Vysoká škola ekonomická v Praze

Národohospodářská fakulta

Hlavní specializace: Národní hospodářství



VÝVOJ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE V OBDOBÍ 2001-2019 SE ZAMĚŘENÍM NA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

bakalářská práce

Autorka: Šárka Tvrdíková

Vedoucí práce: Ing. Josef Klement

Rok: 2019

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

Šárka Tvrdíková

V Praze, dne 7. 5. 2019

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své práce Ing. Josefu Klementovi za odborný dozor, jeho čas a cenné rady při tvorbě této práce.

Poděkování patří také všem mým blízkým, rodině, a především rodičům za dlouholetou podporu během celého studia.

Vysoká škola ekonomická v Praze
Katedra hospodářské a sociální politiky

Národohospodářská fakulta
Akademický rok: 2018/2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Zpracovatelka: **Šárka Tvrdíková**

Studijní program: Ekonomie a hospodářská správa

Obor: Národní hospodářství

Název tématu: **Vývoj financování zdravotní péče v České republice v období 2001-2019 se zaměřením na zdravotní pojišťovny**

Zásady pro vypracování:

1. Cíl práce:
   Cílem bakalářské práce je poskytnout přehled o financování českého zdravotnictví se zřetelem na zhodnocení finančního stavu zdravotních pojišťoven v České republice od roku 2001 do roku 2019.
2. Význam, aktuálnost nebo očekávaný přínos zvoleného tématu:
   Ačkoliv podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP v České republice v posledních letech i mírně klesá, absolutní hodnota v korunách neustále roste a vzhledem k demografickému vývoji, především kvůli stárnutí populace, se očekává, že tyto výdaje v budoucnu porostou. Je tedy potřeba hledat možnosti, jak dosáhnout toho, aby zdravotní péče nezatěžovala v takové míře veřejné zdravotní pojištění a veřejné rozpočty. Jednou z variant může být se analýza fungování českých zdravotních pojišťoven a jejich efektivity.
3. Charakteristika teoretické části práce:
   V teoretické části práce budou nejdříve definovány základní pojmy týkající se zdravotnictví a zdravotní péče. Poté budou nastíněny jednotlivé typy zdravotnických systémů a jejich principy. Součástí budou také vybrané koncepty ekonomických škol v otázce soukromého a veřejného financování zdravotnictví. Dále bude popsán systém zdravotního pojištění a fungování zdravotních pojišťoven konkrétně v České republice.
4. Charakteristika praktické části práce:
   V praktické části bude nejprve představen právní rámec financování českého zdravotního systému. Další kapitola se bude zabývat vývojem makroekonomických ukazatelů České republiky jako podklad pro analýzu zdravotních pojišťoven. Dále budou analyzovány celkové výdaje na zdravotnictví ČR z pohledu zdrojů financování nebo druhu péče. Zkoumání bude podroben vývoj příjmů a výdajů a dalších ekonomických ukazatelů českých zdravotních pojišťoven. Na konci práce bude vyjádřeno zhodnocení a možná doporučení pro zlepšení sektoru zdravotnictví v hospodářské politice vyplívající z analýzy.

Rozsah práce: 45

Seznam odborné literatury:

1. DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví.* Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0998-9.
2. BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví : sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-503-8.
3. JANEČKOVÁ, H. – HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví.* Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
4. KREBS, V. a kol. *Sociální politika.* 4. vyd. Praha: ASPI, 2007. 503 s. ISBN 978-80-7357-276-1.
5. MAAYTOVÁ, A. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
6. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění.* Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2628-1.
7. HSIAO, W. C., HELLER, S. P. What should macroeconomists know about health care policy? [online]. Washington, D.C.: International Monetary Fund. 2007. [vid. 2019-03-06]. ISBN 978-1-282-55354-5. Dostupné z: http://public.eblib.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=1608449
8. Zdravotnické ročenky České republiky 2001-2017. Praha: ÚZIS. Dostupný z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceska-republiky-1961-az-2013

Datum zadání bakalářské práce: březen 2019

Termín odevzdání bakalářské práce: květen 2019

Šárka Tvrdíková
Řešitelka

Ing. Josef Klement
Vedoucí práce

doc. Ing. Miroslav Ševčík, CSc.
Vedoucí katedry

prof. Ing. Zdeněk Chytil, CSc.
Děkan NF VŠE

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá financováním zdravotní péče v České republice od roku 2001 do současnosti. Hlavním cílem práce je analýza finančního stavu zdravotních pojišťoven ve zkoumaném období s návrhy na zlepšení systému.

Teoretická část poskytuje metodou literární rešerše zásadní vědecká východiska pro praktickou část, jako jsou například důvody státních zásahů ve zdravotnictví nebo modely zdravotnických systémů. V praktické části je charakterizováno fungování českého zdravotního systému vycházející z platných právních předpisů a následně jsou analyzovány výdaje na zdravotní péči z údajů Českého statistického úřadu. Stěžejní částí práce je analýza finančního hospodaření zdravotních pojišťoven opírající se o data ze získaných výročních zpráv.

Práce dochází k závěru, že hospodaření českých zdravotních pojišťoven je silně závislé na vývoji domácí ekonomiky s omezenými možnostmi řízení kvůli regulacím zdravotní péče. Nejzdravější pojišťovnou se ukázala Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, a naopak nejhorších výsledků dosáhla Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Klíčová slova

Zdravotnictví, zdravotní systém, zdravotní péče, financování zdravotnictví, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovny

JEL klasifikace

I10, I13, H51

Abstract

This bachelor thesis is concerned with health care funding in the Czech Republic from 2001 until present. The aim of the thesis is to provide an analysis of financial condition of public health insurance companies in the examined period with improvement proposals.

The theoretical part provides fundamental scientific background for the practical part, such as justification of the state intervention into healthcare or a typology of health care systems. In the practical part the functioning of the Czech health care system based on the legislation in force is described following the analysis of health care expenditure using data from the Czech Statistical Office. The mainstay of the thesis is the analysis of the financial management of the health insurance companies, based on their annual reports.

The thesis concludes that the management of Czech health insurance companies is heavily dependent on the development of the domestic economy. The management options are limited due to health care regulations. Ceska Prumyslova Zdravotni Pojistovna has been found to be financially healtiest, while the worst results have been achieved by Vseobecna Zdravotni Pojistovna.

Keywords

Healthcare, health care system, health care funding, health insurance, health insurance companies

JEL classification

I10, I13, H51

Obsah

Úvod **1**

Teoretická část **3**

1 Vymezení základních pojmů **3**

1.1 Použité pojmy 3

1.2 Zdraví 4

1.3 Zdravotní péče 6

1.4 Zdravotní politika 6

1.5 Zdravotní systém 7

2 Přístupy k roli státu **7**

2.1 Pohled do historie na roli státu 8

2.2 Legitimizace státních zásahů ve zdravotnictví 10

3 Zdravotnictví **12**

3.1 Typologie zdravotnických systémů 12

3.1.1 Beveridgeův model 12

3.1.2 Semaškův model 13

3.1.3 Bismarckův model 13

3.1.4 Tržní model 14

3.2 Zdravotní pojištění 15

3.2.1 Veřejné zdravotní pojištění 15

3.2.2 Soukromé zdravotní pojištění 16

3.3 Způsoby úhrady zdravotní péče 17

3.3.1 Platba za výkon 18

3.3.2 Kapitační platba 18

3.3.3 Platba za ošetřovací den 18

3.3.4 Platba za diagnózu 19

4 Metodologie 19

Praktická část 20

5 Právní rámec zdravotní péče v ČR 20

5.1 Změny v legislativě zdravotnictví 20

5.1.1 Změny v přerozdělování pojistného 21

5.1.2 Reforma zdravotnictví 2008 21

5.1.3 Změna systému hrazení zdravotnických pomůcek 23

5.2 Aktuální právní předpisy 24

5.3 Aktuální zdravotní pojištění v ČR 25

5.4 Zdravotní pojišťovny v ČR 27

5.4.1 Volba zdravotní pojišťovny 28

5.4.2 Fondy zdravotních pojišťoven 29

6 Vývoj ekonomických makro indikátorů v ČR v období 2001-2019 30

7 Analýza výdajů na zdravotní péči v ČR 34

7.1 Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR 34

7.2 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování 37

7.3 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle druhu poskytnuté péče 41

7.4 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle typu poskytovatele 44

7.5 Shrnutí 46

8 Analýza zdravotních pojišťoven ČR 47

8.1 Pojištěnci zdravotních pojišťoven 48

8.2 Základní fond zdravotních pojišťoven 52

8.3 Rezervní fond zdravotních pojišťoven 60

8.4 Provozní fond zdravotních pojišťoven 65

8.5 Zhodnocení 69

8.6 Doporučení 71

Závěr **73**

Seznam použitých zkratek **77**

Seznam tabulek a grafů **78**

Seznam použité literatury **80**

Seznam citovaných zákonů a vyhlášek **84**

Seznam příloh **85**

Úvod

Každý alespoň jednou ve svém životě slyšel větu „zdraví je to nejcennější, co máme“ či „zdraví si za peníze nekoupíš“. V určitém smyslu je toto tvrzení pravdivé. Zdraví člověka determinuje mnohá řada faktorů, kdy některé z nich jsou dané již při narození, tzv. vrozené, a nelze je měnit. Nicméně existuje soubor dalších faktorů, kterými lze ovlivnit zdraví, například životní styl jedince, jeho výchova nebo poskytovaná **zdravotní péče**.

Zmíněná zdravotní péče, potažmo zdravotnictví, představuje jedno z rychle rostoucích odvětví za posledních šest dekád, a to jak co do kvality, tak i co se týče objemu vynaložených prostředků. Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále jen OECD) (2018) ve svém ekonomickém průzkumu pro Českou republiku uvádí, že zatímco celkové výdaje na zdravotnictví jsou nízké v porovnání s ostatními státy, podíl veřejných k celkovým výdajům patří k nejvyšším v OECD. Tyto výdaje se každoročně zvyšují a očekává se, že porostou i v budoucnu v důsledku stárnutí populace.

Tato předpověď mě podnítila se blíže podívat na systém a vývoj financování českého zdravotnictví a hledat možnosti, jak zlepšit její aktuální situaci. Pro svou analýzu jsem si vybrala oblast českých zdravotních pojišťoven a **cílem této práce** je zhodnotit jejich finanční stav za období 2001-2019 a navrhnout případná zlepšení.

Bakalářská práce sestává ze dvou částí, teoretické a praktické. V teoretické části jsou nejdříve definovány základní pojmy týkající se zdravotní péče jako je zdraví nebo zdravotní systém. V následující kapitole jsou pro zajímavost nastíněny některé pohledy ekonomů a ekonomických škol napříč historií zaměřené na otázku, jakou roli by měl stát hrát v ekonomice a poté jsou představena zdůvodnění, proč by stát měl zasahovat konkrétně v oblasti zdravotnictví. Následně jsou popsány základní modely zdravotních systémů a jejich nastavení. Rovněž jsou zde rozebrány principy soukromého a veřejného pojištění a v neposlední řadě možné způsoby úhrady za zdravotní péči.

Na teoretickou část navazuje praktická část, která se již věnuje českému zdravotnictví, a ve které se aplikují některé poznatky z předchozích kapitol. Nejprve je osvětlen právní rámec zdravotní péče v České republice (dále jen ČR), kde najdeme některé zásadní změny v legislativě za sledované období jako je reforma z roku 2008. Dále je v kapitole uvedeno současné nastavení českého zdravotního systému vycházející z platných právních předpisů a blíže je rozebráno fungování zdravotních pojišťoven ČR. Následně

je podroben zkoumání vývoj české ekonomiky popsaný a ukázaný na vybraných makro indikátorech (HDP, míra inflace, nezaměstnanost a průměrné mzdy), které představují výchozí bod k následující analýze. Poté jsou analyzovány celkové výdaje na zdravotnictví ČR ze třech různých pohledů, podle zdrojů financování, druhu péče a typu poskytovatele. Poslední kapitola je zaměřena na zhodnocení kondice zdravotních pojišťoven a finanční situace skrze jejich fondy, kde se například analyzují příjmy a výdaje a další ukazatele vycházející z výročních zpráv pojišťoven. V závěru práce formuluji své zhodnocení a možná doporučení pro zlepšení sektoru zdravotnictví v České republice.

Teoretická část

1 Vymezení základních pojmů

1.1 Použité pojmy

Hrubý domácí produkt (dále jen HDP) představuje souhrn hodnot přidaných zpracováním ve všech odvětvích ekonomiky v daném období na určitém území. Jedná se o nejrozšířeněji používaný ukazatel pro stanovení výkonnosti ekonomiky a také k vyjádření různých veličin v poměru k HDP. Lze ho spočítat třemi různými metodami vedoucími ke stejnému výsledku: Produkční, výdajovou a důchodovou metodou.

Produkční metodou se HDP vypočte jako součet hrubé přidané hodnoty (přesněji jde o rozdíl mezi produkcí a mezispotřebou) jednotlivých institucionálních sektorů nebo odvětví, ke které je potřeba přičíst daně z produktů a odečíst dotace na produkty kvůli rozdílnému oceňování produkce a užití. Výdajová metoda získá HDP sečtením výdajů různých subjektů na pořízení vyprodukovaných finálních výrobků a služeb a zahrnuje čtyři složky: spotřební výdaje domácností, investice pro nákup kapitálu, vládní výdaje a salda vývozu a dovozu výrobků a služeb neboli čistý export. U důchodové metody se HDP dosáhne jako součet národních důchodů plynoucích z vlastnictví výrobních faktorů. Mezi jednotlivými metodami pak mohou vznikat malé odchylky ze statistických nepřesností (ČSÚ 2019a).

HDP lze vyjádřit v běžných cenách – tzn. v cenách převládajících v daném období na trhu – jako nominální HDP anebo jako reálné HDP počítané ve stálých cenách pro sledování vývoje čisté produkce bez vlivu změn cen.

Inflace zaznamenává všeobecný růst cenové hladiny v čase neboli snižování kupní síly peněz. Měří se pomocí různých cenových indexů, nejčastěji přes deflátor HDP, index spotřebitelských cen nebo index cen výrobců. V této práci se vychází z indexu spotřebitelských cen používané Českým statistickým úřadem (dále jen ČSÚ), který porovnává ceny reprezentativního spotřebitelského koše přibližně 700 výrobků a služeb ve dvou srovnávaných obdobích. Výrobky v něm mají různou váhu odpovídající podílu jejich spotřeby na celkové spotřebě domácností. Míra inflace pak ukazuje procentní přírůstek indexů spotřebitelských cen (ČSÚ 2019b).

Nezaměstnanost je stav, kdy nabídka tvořená domácnostmi na trhu práce převyšuje poptávku firem po práci, respektive výrobních faktorech. Nezaměstnaným se nazývá jedinec, který je schopný a ochotný pracovat, a který v současné době nemá zaměstnaní, ale aktivně si ho hledá a je připraven do něj nastoupit. Pro zjišťování nezaměstnanosti se používají dvě metodiky. Obecnou míru nezaměstnanosti používá ve svých statistikách ČSÚ a počítá se jako podíl počtu nezaměstnaných na celkové pracovní síle (určená jako součet zaměstnaných a nezaměstnaných) v procentech. Ukazatel se získává z výsledků výběrového šetření pracovních sil dle doporučení Eurostatu, které sbírá data skrze průzkumy náhodně vybraného vzorku domácností a ten je pak přenesen na celou populaci. Podíl nezaměstnaných osob zjišťuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) z dat úřadů práce a vyjadřuje podíl dosažitelných uchazečů o zaměstnání ve věku 15-64 let ze všech obyvatel ve stejném věku v procentech. Dříve MPSV pracovalo s mírou registrované nezaměstnanosti získanou jako podíl uchazečů o zaměstnaní na ekonomicky aktivní obyvatelstvo (osoby pracující a nezaměstnané hledající práci). V této studii pracuji především s obecnou mírou nezaměstnanosti (ČSÚ 2019c; 2019d).

Průměrná měsíční mzda ukazuje podíl mezd na jednoho zaměstnance za měsíc. Do mezd se řadí mzdy a platy, různé příplatky, odměny, náhrady a jiné složky mzdy nebo platu, které byly v daném období zaměstnancům zúčtovány k výplatě. Průměrnou mzdu lze vyjádřit v nominální nebo v reálné podobě. Nominální mzda představuje mzdu, kterou získá zaměstnanec za svou práci, ale teprve reálná mzda vyjadřuje, co si za ni můžeme koupit, neboť zohledňuje i změnu cen, tedy jedná se o nominální mzdu očistěnou o inflaci. Index mezd pak ukazuje změnu mezd oproti stejnému období předchozího roku (ČSÚ 2019e; 2019c).

1.2 Zdraví

Nejvíce citovaná a světově přejímaná definice zdraví byla představena Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization – dále jen WHO) ve své Ústavě

z roku 1947. Ta zdraví chápe jako *„stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli jen jako nepřítomnost nemoci nebo slabosti“*[1] (World Health Organization 1947).

Tato definice se od doby, kdy byla představena světu, nijak nezměnila. Proto není divu, že se postupně objevují názory, že formulace není příliš praktická a nedostačuje dnešnímu stavu vývoje společnosti. Například Saracci (1997) argumentuje, že stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody se týká více štěstí než zdraví a jedná se tedy spíše o subjektivní pocit než o objektivní, což je problematické z pohledu práva. Podobný názor má i Huber et al. (2011), který poukazuje na problém slova “celkové“, neboť „*požadavek na celkové či úplné zdraví* »*by většinu z nás ponechal nezdravými po většinu doby*«“[2]. Oba se shodují, že používaná definice zdraví vykazuje statický charakter a je potřeba nazírat na zdraví jako na koncept s dynamickými rysy. Huber et al. (2011) navrhují přeformulovat zdraví na „*schopnost přizpůsobit se a postarat se o sebe*“[3].

V dnešní době vyspělé společnosti chápou zdraví jako jedno z práv. Mít právo na zdraví je ale z právního pohledu těžko uchopitelné. Zdraví nelze zaručit, a tím pádem i těžko vymoci. Hlavním důvodem je, že zdraví nemá povahu zboží, nelze ho obchodovat a směňovat a často se tak zaměňuje se zdravotní péčí. S rozvojem společnosti převládá myšlenka, že zabezpečit právo na zdraví by měl stát. To lze představit na podepsání Všeobecné deklarace lidských práv v roce 1948, kde desítky států přijaly tento dokument (právně nezávazný) souhlasíce s ochranou vymezených práv, mezi nimiž najdeme i tyto: „Každý má právo na život…“ a „Každý má právo na životní úroveň přiměřenou zdraví a blahobytu jeho i jeho rodiny…“ (UN 1948).

Nicméně je potřeba si uvědomit, že práva "nerostou na stromě”. Aby byla zajištěna a dodržována, musí je někdo hlídat, kontrolovat a zaštiťovat, a to se neobejde bez výdajů. Například pro zajištění bezplatné zdravotní péče v České republice a práva na ochranu zdraví musejí povinně platit úhrady zaměstnanci, zaměstnavatelé i stát. Tedy i právo něco stojí.

V souvislosti s právy se vymezují práva pozitivní a negativní. Jako negativní můžeme popsat ta, která ukládají povinnost osobám neomezovat práva ostatních. Takovým příkladem může být právo na život, které vyžaduje, aby se osoba zdržela zasahování do

[1] „A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity”.
[2] „The requirement for complete health “would leave most of us unhealthy most of the time.”
[3] „The ability to adapt and to self manage“.

životů ostatních. Na druhé straně pozitivní právo opravňuje pomoci osobám, aby dosáhly svých práv. Kupříkladu právo na zdraví vyžaduje poskytnout péči při různých okolnostech (Gewirth 2001; Childress 1980; Culyer 2005). Uplatňování tohoto práva napomáhají například zdravotní pojišťovny ve formě spolu úhrady za výjezdy Záchranné zdravotní služby při nenadálých událostech ohrožujících lidské životy.

1.3 Zdravotní péče

Zdravotní péči tvoří aktivity související s léčením a nemocemi pacientů, které řeší zdraví tzv. ex post, tedy nepředchází vzniku chorobám, ale zaměřuje se na jejich odstraňování. Mezi ně řadíme různé zdravotnické služby materiálního i nemateriálního charakteru, zabezpečovány zdravotnickým systémem, například ošetření nebo ambulantní péči (Durdisová 2005).

Ačkoliv pojmy zdraví a zdravotní péče jsou si velmi blízké, z ekonomického pohledu zde najdeme podstatný rozdíl. Zatímco zdraví označuje subjektivní, nehmatatelnou hodnotu, zdravotní péče je brána jako statek, který může být obchodovatelný na trzích.

1.4 Zdravotní politika

Durdisová a Langhamerová (2001) si pod pojmem zdravotní politika představují „*cílevědomou činnost státu, ale i ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky…zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva*“. Aby zdravotní politika mohla být uskutečňována, je potřeba nejdříve nastavit společenské hodnoty. Stát nemůže prosazovat své cíle, dokud zdraví není uznáváno společností jako veřejná hodnota, která je ku prospěchu a v zájmu občanů. Další nezbytností pro realizaci politiky je vybudování základny ve smyslu vytvoření sítě zdravotnických zařízení nebo institucionálního rámce. Těmi jsou například krajské hygienické stanice, Státní zdravotní ústav, zdravotnická zařízení prvního styku (např. praktický lékař, zubní lékař, gynekologické ordinace), zdravotnické zařízení ambulantní (oční, ortopedie, neurologie, rehabilitace apod.), zdravotnické zařízení hospitalizační (nemocnice, léčebné ústavy), lékárny, laboratoře, zdravotní doprava a ostatní (lázně, domácí péče apod.) Vše výše zmíněné je oblastí zájmu pro zdravotní pojišťovny. Teprve po těchto a mnoha dalších předpokladech si může zdravotní politika určit své cíle a priority pro ochranu a podporu zdraví populace.

1.5 Zdravotní systém

Zdravotní systém definovaný jako „*organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku…*“ tvoří jednu ze složek zdravotní politiky, který se stará o zabezpečování jejích cílů (Durdisová 2005).

Strukturu zdravotnického systému formují tři, respektive čtyři elementární subjekty. V historii hrál úlohu pouze vztah lékař (poskytovatel zdravotní péče) – pacient. S rozvojem společnosti vstupuje do zmíněného vztahu třetí strana, která zodpovídá za přerozdělování finančních prostředků na zdravotní péči. K nim může navíc vstupovat a ovlivňovat jednotlivé vztahy vláda. V dnešním moderním pojetí definujeme tedy stranu pojištěnce (příjemce zdravotních služeb), poskytovatele zdravotních služeb (je oprávněný poskytovat zdravotní služby) a zdravotní pojišťovny (instituce, u které je pojištěnec zdravotně pojištěn) (Durdisová 2005).

2 Přístupy k roli státu

Novodobá ekonomika se vyznačuje poměrně velkými zásahy do tržního systému ze strany státu do mnoha sfér života člověka. Především občané a různé zainteresované skupiny preferují, aby stát reguloval pro ně zásadní oblasti, aby jim poskytl jistotu. Jedním z pilířů státní ekonomiky je tvorba zdravotní politiky, vytváření strategií, národních programů, legislativních procesů a spravování státního rozpočtu ve vztahu ke zdravotnictví. Mimo jiné by měl stát také zaručovat garanci zdravotní péče, o jejíchž příkladech se zmiňuji níže. Vzhledem k řízení takto velkého subjektu je náročné zajistit srovnatelnou kvalitu zdravotní péče. Jako jeden z nástrojů využívá vzdělávání zdravotnických pracovníků nebo hlídá proces distribuce, skladování léčiv, reguluje jejich prodej a stanovuje pravidla pro práci s nimi. Nicméně před několika sty lety takto silný stát neexistoval. Ekonomové zastávají dva základní přístupy na nahlížení úlohu státu. Jedni se přiklánějí na stranu svobodně fungujícího trhu, naopak druzí podporují stát jako instituci, která má právo vstupovat do ekonomiky.

2.1 Pohled do historie na roli státu

Zmínky o tom, jakou úlohu má hrát stát a vláda, najdeme již u starověkých filosofů. Ti uvažují o státu jako o záruce, která udržuje řád, morálku, právo a o tržních procesech zatím nijak nepřemýšlejí (Holman 2005).

S nástupem merkantilismu (17. a 18. století) se dostávají do popředí praktické otázky hospodářské politiky státu. Merkantilisté věří v silný stát, který dokáže svou aktivní úlohou přes politickou moc a prostřednictvím regulačních opatření ovlivňovat ekonomiku (především obchod), a který má slaďovat zájmy jednotlivců v jeden společný, národní zájem (Holman 2005; Sojka 2010).

Zcela opačný názor zastávají představitelé klasické politické ekonomie. V čele s Adamem Smithem prosazují zásadu *laissez faire*, aby se stát zdržel zásahů do ekonomiky. S tím souvisí i Smithův pojem neviditelné ruky trhu, kdy vlastní, sobecký zájem jednotlivce v prostředí konkurenčního trhu je veden neviditelnou rukou k chování, které je v souladu s veřejným zájmem (Holman 2005; Sojka 2010).

Později přichází zástupce Cambridgeské školy a Neoklasické ekonomie Arthur C. Pigou s problémem externalit. Ačkoliv věří v tržní mechanismy, upozorňuje Pigou na náklady, které vytváří externality třetím stranám, a které trh nedokáže zahrnout do svých mechanismů a trh tak selhává v efektivní alokaci zdrojů. Řešením mají být státní zásahy v podobě daní a subvencí, které dorovnají rozdíl mezi soukromými a společenskými náklady (Sojka 2010).

Rakouská škola naopak zastává striktní liberalismus. Ludwig von Mises, jako největší obhájce této doktríny, věří, že socialismus nemůže fungovat a vyhraňuje se proti etatismu. Právě liberalismus dokáže zajistit blaho společnosti přes fungující tržní ekonomiku, neboť nijak neomezuje lidské jednání. Friedrich A. von Hayek taktéž podporuje svobodu a tržní mechanismy, které je potřeba chránit před možným, skrytým socialismem a tvrdí, že řád lze zajistit bez centrálního řízení, navíc moc po kontrole by vedla ke ztrátě svobod až k zániku společnosti. Murray N. Rothbard rovněž podporuje nezasahování státu a zabývá se hlouběji laissez faire. Říká, že jakékoliv zboží nebo služba mohou být poskytovány na svobodném trhu bez vměšování státu a považuje zdanění i státní rozpočet za intervence, které omezují fungování trhu (Holman 2005; Rothbard 2001; Feser 2006).

Institucionalisté přicházejí s významem institucí a jejich rolí v ekonomice. John R. Commons, řadící se do starého institucionalismu, zmiňuje, že stát pomáhá řešit zájmové konflikty, které zkoumal při kolektivním vyjednávání. Z nového institucionalismu je potřeba zmínit Ronalda H. Coaseho, který přišel s teorií transakčních nákladů, čímž podvrátil půdu Pigouovským externalitám pro státní zásahy. Coase vysvětluje, že externality se dají vyřešit existencí vlastnických práv a soukromým vyjednáváním, při nichž mohou vznikat transakční náklady. Pokud jsou nízké, nedojde k selhání trhu a nebude potřeba daní a subvencí (Holman 2005).

Za významného ekonoma 20. století je považován John M. Keynes. Zakládá novou makroekonomickou teorii a přispívá svými poznatky i v oblasti hospodářské politiky státu. Ve svých publikacích hovoří o problému nedostatečné efektivní poptávky, která způsobuje nezaměstnanost, což Keynes považuje za jev vedoucí k zániku kapitalismu. Proto schvaluje zásahy státu do ekonomiky, aby opět nastala rovnováha a bylo dosaženo plné zaměstnanosti. Vláda tento proces může provádět třemi způsoby. Zaprvé skrze přerozdělování příjmu pomocí zdanění, dále prostřednictvím měnové politiky nebo pomocí vládních výdajů, kdy schvaluje deficitní rozpočty v období recese. Nicméně pokud by nedocházelo k těmto problémům, nechal by Keynes alokaci zdrojů výhradně na tržních mechanismech (Holman 2005; Sojka 2010).

Snad největším kritikem Keynese je Milton Friedman. Ten odmítá jakékoliv zásahy skrze vládní stimuly, které navrhoval Keynes. Také ukazuje, jak různé regulace a opatření státu omezují trh a konkurenci, a právě ony zapříčiňují nerovnováhu, navíc s omezenými znalostmi o trzích nelze nikdy předvídat, jaké dopady budou regulace mít. Friedman tedy doporučuje nechat všechny mechanismy čistě na trhu (Holman 2005; Sojka 2010).

Se zajímavou teorií přichází Škola veřejné volby, která do ekonomického rozhodování zahrnuje i politické chování. O působení státu rozhodují individuální zájmy jedinců svým výběrem politiků ve volbách, kteří maximalizují svůj vlastní prospěch. Vládní regulace a výdaje pak představují soupeření politiků o hlasy voličů (Holman 2005).

Z letmého nastínění ekonomické historie plynou dvě základní koncepce teorie státu. Liberální stát podporuje politickou a ekonomickou svobodu, soukromé vlastnictví s důrazem na samočinné tržní mechanismy s minimem státního ovlivňování. Rolí státu má být pouze zaručení se, že tržní síly jsou prosazovány a hájeny a jedinou situací, kdy

stát může zasáhnout, je teprve v případě skutečného selhání trhu a zdravotní péče je chápána jako meritorní zboží. Druhou koncepci představuje sociální stát neboli stát blahobytu. Ten přebírá péči o zajištění sociálních práv občanů, jejich kontrolu, ochranu a vytváří jistoty. Zdraví se považuje za veřejný zájem (Durdisová a Langhamerová 2001).

2.2 Legitimizace státních zásahů ve zdravotnictví

Durdisová a Langhamerová (2001) uvádějí, že *„úloha státu v systému zdravotní péče je nutná tam, kde v tržních ekonomikách tuto úlohu není schopen zabezpečit trh“*, tedy stát má v určitých oblastech nahradit nebo doplňovat trh.

Základní model ekonomické teorie vychází z volného konkurenčního trhu, kde se za určitých daných podmínek střetává poptávka s nabídkou a vytváří se tržní ceny. Tímto mechanismem dochází k efektivní alokaci zdrojů. Ta nastává, pokud je splněna zaprvé podmínka paretovského optima, kdy neexistuje žádná jiná alokace, ve které by si alespoň jeden účastník přilepšil, aniž by zároveň nepohoršil jinému. Zadruhé, pokud dosažené rozdělení zdrojů se zdá být nepřijatelné či nespravedlivé, lze čistě tržními mechanismy přerozdělit stávající zdroje, které budou stejně dobré jako ty předešlé. Těmto poučkám se říká základní věty ekonomie blahobytu a jsou používány ekonomy zastávající liberální myšlenky (Arrow 1963; Stiglitz 1997).

Nicméně autoři ospravedlňující státní intervence poukazují na to, že pokaždé nemusí být splněny předpoklady pro konkurenční trh a trh tak nebude schopen správně alokovat zdroje, což vytváří prostor k vládním regulacím.

Jako jedna z podmínek efektivní konkurence se uvádí, že na trhu musí být mnoho kupujících a prodávajících vzájemně na sebe působíce. Na trhu zdravotní péče se nicméně vytvářejí bariéry pro vstup, například licence pro zdravotnická zařízení a lékaře, čímž je omezena nabídka na straně nabízejících. Navíc pacienti představujíce starší osoby nebo chudé, i kdyby si mohli vybírat z mnoha lékařů, častokrát si je nemohou dovolit, nejsou v jejich dostupnosti bydliště nebo z časových důvodů nemají možnost vybrat si (Folland et al. 2010; Roemer 1982).

Velmi diskutovaným předpokladem je dokonalá informovanost všech zúčastněných stran. Toto je velmi silný argument pro zásahy, neboť lékař disponuje mnohem lepšími znalostmi o nemocech, metodách léčení, účincích léků a dalších, které pacient ve většině případů nemá a musí se spoléhat a věřit v úsudek lékaře. Na druhé straně pacient

může mít také lepší informace o svém zdravotním stavu než jeho lékař. Tento problém asymetrických informací způsobil, že stát začal regulovat trh s léky nebo určuje, kdo se může stát lékařem (Folland et al. 2010; Roemer 1982; Stiglitz 1997).

Existence externalit taktéž omezuje správné fungování trhu a rovněž se hojně využívá pro obhajobu zásahů. Pokud činnost jedince nebo skupiny vytváří nedobrovolné náklady nebo zisky jiným stranám, aniž by je kompenzovala, vytváří se externalita (negativní či pozitivní). Jelikož subjekty tyto jevy nezahrnují do svých nákladů, nedojde k správné alokaci zdrojů na trhu. Externality z oblasti zdravotnictví můžeme uvést na příkladu přenosných nemocí. Nakažený jedinec, aniž by věděl nebo chtěl, může přenést nemoc přímým kontaktem na druhého jedince, tedy vytváří negativní externalitu. Za pozitivní externalitu pak můžeme považovat očkování, kdy rozhodnutím očkovat se chráníme nejen sebe ale i ostatní jedince. V takovýchto případech se vláda snaží o regulaci aktivit nebo zavedení poplatků/subvencí pro subjekty vytvářející externalitu, aby ochránila ostatní (Folland et al. 2010; Stiglitz 1997; Miklánek 2018).

V neposlední řadě se trh zdravotní péče odlišuje od konkurenčních absencí motivu k zisku. Častokrát spadají nemocnice nebo zdravotní pojišťovny pod správu státních orgánů a nejsou tak vedeny ke snižování nákladů, jak by bylo předpokládáno na volném konkurenčním trhu (Stiglitz 1997).

Existuje řada dalších důvodů, proč se má stát podílet na zdravotní politice. Ve většině západních zemí převažuje názor, že každý by měl mít právo na zdravotní péči, tedy alespoň na určitou minimální úroveň a neměla by její dostupnost záviset pouze na velikosti bohatství jedince a jeho příjmu. Proto dochází pomocí vlády k přerozdělování příjmů, aby byly zaručeny důstojné podmínky k žití (Stiglitz 1997).

Hsiao et al. (2007) uvádí několik základních faktů, které je třeba si uvědomit v souvislosti se zdravím. Jednak na zdravotní péči nemůžeme nahlížet jako na normální statek, jedná se o specifický druh, neboť nemoc je nepředvídatelná (pravděpodobnost výskytu je poměrně nízká) a nedá se určit, kolik zdravotní péče bude jedinec za jeho život potřebovat. To tedy vytváří dva případy rizik ve zdravotnictví, jednak riziko onemocnění a zadruhé riziko (ne)zotavení, kdy není jisté, zda se plně uzdraví či nikoliv, případně jak dlouho to bude trvat. Tyto nejistoty dávají vzniknout poptávce po pojištění, které zmenšuje ztrátu společenského blahobytu (Arrow 1963).

Dále léčení onemocnění mnohokrát stojí nemalé peníze, které představují nečekané výdaje pro pacienta. Často jsou náklady na péči větší, než si v dané době může dovolit, ale pro své zdraví je ochoten je zaplatit, například pomocí půjčky, a dostává se tím do svízelné situace ústící až do chudoby. Toto lze pozorovat především v nízkopříjmových zemí (Hsiao a Heller 2007).

3 Zdravotnictví

3.1 Typologie zdravotnických systémů

Ke konci 19. století můžeme pozorovat počátek formování zdravotních systémů. Myšlenka sociálního (zdravotního) pojištění s dohlížením státu reagovala na potřebu zajistit zdravotní péči některým skupinám obyvatel jako byli vojáci a pracující lidé v případě nemoci, aby se poté mohli navrátit do pracovního procesu (Durdisová 2005). Ačkoliv zdravotní systémy zemí se plně neshodují, najdeme v nich určité společné rysy a znaky, ze kterých se vymezily čtyři základní modely odlišující se v převažujícím způsobu financování zdravotnictví. Těmi jsou:

- Beveridgeův model
- Semaškův model
- Bismarckův model
- Tržní model

3.1.1 Beveridgeův model

Beveridgeův model nese jméno po anglickém ekonomovi Williamu Beveridgeovi, který navrhl koncept Národní zdravotní služby, dodnes stále používaný ve Velké Británii a převzatý i dalšími zeměmi.

V tomto systému se stát zavazuje zajistit bezplatnou lékařskou péči pro všechny své občany, financovanou prostřednictvím daní. Zdravotnická zařízení spravuje stát, který rozhoduje například i o tom, kolik doktorů v nich bude pracovat, neboť jsou státními zaměstnanci, a díky tomu má stát přehled o relativní efektivnosti systému. Silné postavení zastávají praktičtí lékaři představující "vstupní bránu" ke specializované péči, čímž přebírají poměrně velikou odpovědnost za pacientovo zdraví. Úhrada za péči je vyplácena ze státního rozpočtu převážně v podobě kapitačních plateb, tím se zamezuje nadbytečnému plýtvání služeb (Durdisová 2005; Bhattacharya et al. 2014).

Mezi hlavní přednosti tohoto modelu patří všeobecně dostupná, garantovaná a kvalitní péče dle potřeby zahrnující princip rovnosti a spravedlnosti. Zároveň i přes nízkou spoluúčast pacientů se řadí k relativně úspornému systému. Avšak i zde nalezneme nedostatky, například delší čekací doby na vyšetření u neakutních případů (Janečková a Hnilicová 2009).

3.1.2 Semaškův model

Semaškův model je pojmenován po profesorovi Nikolajovi A. Semaškovi, jemuž se podařilo vytvořit v sovětském Rusku centrálně řízené státní zdravotnictví, které lze považovat za extrémní případ Beveridgeova modelu a které dnes existuje v ryzí podobě pouze na Kubě (Janečková a Hnilicová 2009).

Základem modelu je, stejně jako u Beveridgeova, všeobecně dostupná zdravotní péče s přihlížením na rovnost a spravedlnost v přístupu ke zdravotnickým službám. Ovšem liší se v tom, že veškerou činnost řídí centrálně stát. Nevystupují zde žádné soukromé subjekty ani zdravotnická zařízení, tudíž jedinec nemá právo jakékoli volby (Janečková a Hnilicová 2009).

3.1.3 Bismarckův model

Bismarckův model představuje nejstarší formu financování zdravotní péče, který uvedl v praxi německý kancléř Otto von Bismarck v Prusku na konci 19. století a poprvé byl tak vytvořen systém sociálního zabezpečení (Janečková a Hnilicová 2009).

Charakteristickým rysem modelu je financování zdravotnictví prostřednictvím Národního zdravotního pojištění. I v tomto případě stát garantuje zdravotní péči (pouze do výše standardu), ale finanční prostředky se získávají ze zákonem stanovených plateb na pojistné (většinou jako určité procento z příjmu), které se posílají do fondu zdravotních pojišťoven vystupujících jako veřejnoprávní subjekty neziskového charakteru, tedy příspěvky neprocházejí státním rozpočtem, jak tomu je u předchozích modelů (Janečková a Hnilicová 2009). Tím se nechává částečný prostor i pro volný trh. Pojištěnci si vlastně předplácí zdravotní péči pro případ nemoci, která by byla velmi nákladná v danou chvíli a tím rozkládají riziko. Tento systém rovněž zahrnuje princip solidarity, kdy každý přispívá dle svých příjmů a získává péči podle potřeby. V souvislosti s tímto poznatkem existují osoby, které z opodstatněných důvodů nemohou mít příjem a stát se zavazuje za ně hradit pojištění, čímž se také podílí na financování péče. Zdravotnická zařízení v modelu vystupují jako soukromé subjekty,

s kterými pojišťovny uzavírají smlouvy a v okamžiku využití zařízení pojištěncem jim pojišťovna proplatí pacientův zákrok. V neposlední řadě zde převládá úhrada za péči skrze platbu za výkon, která kvůli své povaze nadužívání je kombinována s kapitační platbou (Durdisová 2005).

Současným problémem systému je jeho udržitelnost, neboť narůstají náklady na zdravotnictví a jeho podíl na HDP se postupně navyšuje. Řešením nebo spíše ´náplastí´ rostoucích výdajů v zemích se ukazuje zapojení, spoluúčast pacientů a přesunutí některých hrazených služeb do placených, tzv. nadstandardních (Durdisová 2005).

3.1.4 Tržní model

Tržní model funguje na principu volného trhu. Setkáme se s ním ve Spojených Státech (dále jen USA), kde stále převažují liberální myšlenky, že stát má pouze minimálně zasahovat do ekonomiky a sociálních věcí.

V tomto modelu, jako jediném z výše uvedených, neexistuje garance státu, účast na pojištění není povinná, ale pouze dobrovolná. Vše je ponecháno na individuální a svobodné volbě jedince a mechanismu volného trhu, na kterém si může vybírat z mnoha pojišťoven a pojistných produktů, které si konkurují, nebo si určit lékaře a zdravotnické zařízení, které využije. Zdravotní péče zde figuruje jako zboží s určitou tržní cenou, určené nabídkou a poptávkou. Nicméně stát vstupuje do systému skrze programy, kterými se snaží zpřístupnit zdravotní péči některým sociálním skupinám, které si nemohou dovolit platit za služby nebo pojištění. Takovými programy jsou například v USA známé Medicare a Medicaid, které jsou financovány z federálního rozpočtu a podporují osoby starší 65 let a chudé (Durdisová 2005).

I v tomto systému nalezneme klady a zápory. Můžeme si jako vzor vzít Spojené Státy. Ty se pyšní špičkovou úrovní zdravotnictví, používáním nejmodernějších technologií a jejich výzkum dosahuje skvělých výsledků, za což vděčí konkurenci mezi poskytovateli péče. Nicméně zde nalezneme i mnoho slabin. K nejzávažnějším problémům se řadí vysoké náklady a dostupnost, kdy se hledí více na majetkové skupiny než solidaritu. K vysokým nákladům přispívají i soudní spory, kdy pacienti žalují lékaře ze zanedbání péče, kteří pak mnohdy musí zaplatit nemalé odškodné, a proto se lékaři již dopředu pojišťují před těmito událostmi, což se pak často promítne do ceny péče (Durdisová 2005; Janečková a Hnilicová 2009).

V tab. č.1 najdeme základní shrnutí charakteristik a odlišností popsaných systémů v přehledné formě. Nutno podotknout, že jednotlivé modely zřídkakdy najdeme v jejich čisté formě, ale spíše v podobě kombinace s převažujícím systémem a doplňujícími prvky ostatních (Němec 2008).

Tab. č. 1: Shrnutí charakteristik zdravotnických modelů

	Bismarckův model	*Beveridgeův model*	*Semaškův model*	*Model privátního pojištění*
Financování	příspěvky zaměstnavatelů a pojištěnců	daně, státní nebo municipální rozpočet	státní rozpočet	pojistné privátního pojištění
Řízení	samospráva ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců	stát a jeho úřady	centrální vláda, ministerstvo zdravotnictví	privátní organizace– pojišťovny
Rozhodování o právech a povinnostech	zdravotní pojišťovny v rámci svých zákonných kompetencí	stát a jeho úřady	centrální vláda	práva nejsou zaručena, záleží na vztahu nabídky a poptávky
Pojistné pokrytí obyvatelstva	veškeré obyvatelstvo s možnými výjimkami	veškeré obyvatelstvo	veškeré obyvatelstvo	svobodné rozhodnutí jednotlivce
Solidarita	určená konstrukcí pojistného	určená daňovým systémem	určená daňovým systémem	neexistuje nebo velmi omezená
Plánování sítě	stát a zdravotní pojišťovny	stát	stát	neexistuje

Zdroj: Němec 2008, převzato

3.2 Zdravotní pojištění

Podstatou pojištění je sdílení rizika. Pojištěnec přenášející na pojistitele svá rizika se formou odložené části své dnešní spotřeby kryje na případné budoucí, nejisté a mnohdy jinak finančně náročné události. Toto je považováno za výhodu pojištění, neboť se snaží o změnu přístupu k budoucnosti a postoji ke svému zdraví (Gladkij et al. 2003).

Podle toho, zda je účast na zdravotním pojištění dobrovolná nebo povinná, se rozlišují dva typy pojištění, a to veřejné a soukromé. Němec je také nazývá statutární a privátní.

3.2.1 Veřejné zdravotní pojištění

Základním znakem veřejného zdravotního pojištění je zákonná povinnost. Každý občan, nebo určité skupiny obyvatel, musí odvádět pojistné dané zákonem do fondu pojištění, který bývá oddělen od státního rozpočtu. Odvozuje se od příjmu pojištěnce, bez ohledu na jeho individuální rizika a zahrnuje v sobě princip solidarity, obvykle v podobě pro

všechny stejně vysoké procentní sazby z příjmu. S těmito prostředky pak nakládají veřejné zdravotní pojišťovny a hradí s nimi výlohy za své pojištěnce (Vojtěch Krebs, et al. 2015; Durdisová 2005).

Existuje řada variant, jak vypadá veřejné pojištění té které země. Pojistné sazby může stanovovat parlament, vláda, každá pojišťovna zvlášť atp. Platbu si hradí osoba sama nebo je rozdělena určitým poměrem mezi více subjektů, například zaměstnance a zaměstnavatele. Dále je někde možné zahrnout do svého pojištění i rodinné příslušníky, anebo za tyto nevýdělečné osoby, jako jsou děti, může platit pojištění stát ze státního rozpočtu (Němec 2008).

3.2.2 Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé pojištění (neboli komerční pojištění) je na rozdíl od veřejného dobrovolné. Osoby si ho mohou a nemusí sjednat. Nejčastěji se jedná o osoby, které nejsou zahrnuty do veřejného pojištění, nebo do něj sice spadají, ale nemusí jim například plně vyhovovat a mají potřebu se připojistit (Němec 2008).

Tento typ pojištění nabízí mnohem větší škálu pojistných produktů, ve kterých se kvůli rozmanitosti a častým změnám nemusí potencionální pojištěnec dobře orientovat. Pokud se rozhodne sjednat si pojištění, vytvoří se smlouva, ve které je velmi jasně sepsán pojistný produkt a všechny další náležitosti k vymezení přesného vztahu mezi pojištěncem a pojistitelem. Pojistné je hrazeno podle rizikovosti pojištěnce a jeho stanovení se určí podle rizikové skupiny, pokud k nějaké patří, nebo pojišťovna zhodnotí individuálně zdravotní stav a rizika jedince dle vzorců a vypočítá jeho výši (Němec 2008).

Zdravotní pojišťovny zde fungují zcela na tržních principech, vzájemně si konkurují a jejich primárním motivem je zisk. Velmi omezeně se řeší problém prevence a spíše se reaguje na již vzniklé události.

Pokud zdravotní systém stojí výhradně na soukromém pojištění, může docházet k situacím, kdy určité osoby a skupiny si nemohou dovolit platit pojistné nebo jsou vysoce rizikové, že je pojišťovna odmítla přijmout a jejich zdraví je tak ohroženo. Jelikož se většina států zavázala k jeho ochraně, vznikají jako doplňky státní programy, které tyto skupiny zaštiťují a pomáhají jim zajistit alespoň základní životní úroveň (např. Medicare a Medicaid v USA) (Durdisová 2005).

Avšak i na trhu s komerčním pojištěním mohou nastat dva negativní jevy vyplývající z asymetrických informací. Morální hazard a negativní výběr. Morální hazard nastává, když jedinec nenese všechna rizika, protože si platí pojištění. Tím, že neplatí plnou cenu při spotřebě zdravotní péče, má tendence služby využívat více, než by potřeboval a může docházet k nadspotřebě, což zvýší náklady nad optimální výši, se kterými pojišťovatel nepočítal. Negativní výběr představuje situaci, kdy pojišťovatel neumí rozlišit mezi vysoko rizikovým a nízko rizikovým jedincem a nastaví takové pojištění, které je výhodné pro vysoko rizikové osoby, protože mají znalost o svých rizicích a vědí, že dostávají dobré podmínky, proto o něj budou mít větší zájem než nízkorizikové osoby, které si pojištění spíše ani nepořídí a pojišťovatel tak ponese vyšší náklady, než očekával (Bajari et al. 2014; Pauly 1968).

U tohoto typu pojištění se tedy nehledí na objektivní potřebu, ale pouze na to, kolik zdravotní péče si sjednal občan v pojistné smlouvě (Vojtěch Krebs, et al. 2015).

V obou modelech pak může figurovat zavedení spoluúčasti pojištěnců, která se začala používat jednak k omezení nadužívání zdravotní péče, nebo k získání dalšího zdroje financování a může mít několik forem. Pevná částka, kterou platí pojištěnec před plněním od pojišťovny, se nazývá franšíza. Další možností jsou spolu platby, kdy pojištěnec hradí pevně dané procento za poskytnuté služby a zbytek doplatí pojišťovna. Třetí formu představuje pevný poplatek, který musí pacient zaplatit při využívaní dané služby (Němec 2008).

3.3 Způsoby úhrady zdravotní péče

Za využití zdravotnických služeb pacienty hradí jejich pojišťovny smluvenou platbu poskytovatelům zdravotní péče. Objem poskytnuté úhrady závisí na využívané základní jednotce zdravotní péče. Může se jednat o jeden zákrok, návštěvu v ambulanci, jeden den pobytu strávený v nemocnici, dokonce i určité časové období. Základním požadavkem pro výběr mechanismu úhrad je, aby docházelo k co možná nejoptimálnějšímu využívání péče, současně s ohledem na její kvalitu. Tedy nemělo by docházet k zneužívání systému, naopak by měl být jasný, transparentní, přizpůsobivý s minimálními náklady. V reálné zdravotní politice se využívá kombinace úhrad

k zajištění výkonnosti systému (Vojtěch Krebs, et al. 2015; Němec 2008; Durdisová a Langhamerová 2001).

3.3.1 Platba za výkon

Platba za výkon znamená, že každá jednotlivá položka nebo úkon zdravotní péče má určenou cenu a jakmile pacient této služby využije, pojišťovna uhradí poskytovateli předepsanou částku. Výkony jsou předem vydefinované a oceněné (ať už peněžně nebo bodově) v sazebníku výkonů vydaného buď státem nebo se subjekty pojišťoven a poskytovatelů mohou dohodnout mezi s sebou (Vojtěch Krebs, et al. 2015; Němec 2008).

U uplatňování této úhrady dochází mnohdy ze strany poskytovatele k větší míře provedených výkonů, aby získali více finančních prostředků, což jsou pro pojišťovny zvýšené výdaje. Tento způsob se nejčastěji používá u ambulantní péče, praktických lékařů nebo specialistů (Vojtěch Krebs, et al. 2015).

3.3.2 Kapitační platba

Kapitační platby představují *„pevně stanovené platby, které dostane zdravotnické zařízení za registrovaného pacienta po určitou dobu, bez ohledu na to, zda a jak je léčen“* (Durdisová a Langhamerová 2001, str. 61). To motivuje poskytovatele péče, aby neplýtvali svými službami, ale na druhou stranu se zde vytrácí zájem o pacienta, pokud za něj dostane úhradu i v případě, že ho nijak neléčí. Tyto úhrady se objevují v primární péči, především u praktických lékařů (Němec 2008).

Jelikož jak kapitační platba, tak platba za výkon samy o sobě nejsou zcela optimální, začaly se tyto úhrady kombinovat, což je považováno za efektivní způsob.

3.3.3 Platba za ošetřovací den

Pod platbou za ošetřovací den se skrývá pevná částka za jeden den pobytu pacienta, stanovená dle jeho nákladů lišící se kategorií nemocnice nebo oddělení. Zpravidla se využívá v nemocničních zařízení. Ale tato platba nemotivuje poskytovatele ke zkvalitňování služeb, aby se zkracovaly zbytečně dlouhé pobyty. Pro částečné odstranění jevu lze zavést klesající paušál od určité délky hospitalizace (Vojtěch Krebs, et al. 2015).

3.3.4 Platba za diagnózu

V tomto případě se platba zaměřuje na epizodu léčení a platí se soubor služeb. Nemoc je zařazena dle hlavní, vedlejší diagnózy a dalších atributů do jedné z diagnostických skupin a podskupin, určených z nasbíraných dat a ty mají stanovené velikosti úhrad. Tento klasifikační systém se nazývá Diagnosis-related group (dále jen DRG) a nejčastěji se využívá v oblasti akutní zdravotní péče(Vojtěch Krebs, et al. 2015).

4 Metodologie

V teoretické části jsem použila literární rešerši. Tato metoda spočívá ve vyhledávání a získávání informací z literatury vztahující se k dané problematice řešené v části praktické. Cílem rešerše je poskytnout dosavadní, relevantní a ucelené vědecké poznatky o tématu. V práci jsou tyto poznatky předkládány nestranně a z vícero pohledů, aby si čtenář mohl vytvořit vlastní názor o tématu. Literaturou jsou míněné různé vědecké a odborné články, knihy nebo akademické časopisy a sborníky. Ve své práci čerpám z české i zahraniční literatury uvedené v závěru práce, abych mohla podat širší a hlubší poznání o tématu.

Praktická část vychází především z metod analýzy a srovnávání. Cílem analýzy je rozložit daný jev na více menších částí, které jsou jednotlivě zkoumány, a které následně pomohou pochopit daný jev jako celek. Díky tomu se oddělí podstatné a nepodstatné změny. Ve své práci tuto metodu používám pro zhodnocení fungování českých zdravotních pojišťoven, kdy si tento jev rozložím na hospodaření jednotlivých pojišťoven, z kterých pak vyvodím závěr pro celý systém. Vycházím ze 138 výročních zpráv, ve kterých sleduji příjmy a výdaje základního fondu, výdaje provozního fondu a stav rezervního fondu. Metodu dále najdeme v analýze výdajů na zdravotní péči, kdy tento jev zkoumám z několika pohledů, které poté vytvoří ucelený a propojený pohled na výdaje.

V menší míře je použito metody srovnávání, která spočívá ve zjištění shodné nebo rozdílné stránky u dvou nebo více různých objektů (Zeman 2013). V práci ji nalezneme například u poměrného zastoupení zdrojů v zemích Evropské unie (dále jen EU), kde zjišťuji, zda české rozložení zdrojů se podobá či liší od ostatních států.

Praktická část

Veškeré tabulky a grafy použité v praktické části jsou vždy poskytnuty do toho období, za které jsou dostupná data.

5 Právní rámec zdravotní péče v ČR

5.1 Změny v legislativě zdravotnictví

Dříve než popíši současné právní nastavení českého zdravotního systému, je potřeba osvětlit jeho počátek a některé podstatné změny během let, které přispěly k dnešnímu nastavení.

Koncem 19. století byla česká země ovlivňována Bismarckovským modelem, kdy různé spolky zaváděly pro své členy nemocenské pojištění. Změna nastala s nástupem socialismu v druhé polovině 40. let 20. století, kdy byl vytvořen zákon č. 99/48 Sb., o národním pojištění. Tímto předpisem bylo sjednoceno veškeré pojištění do jednoho povinného systému a celá správa byla zestátněna. Dnes tento model nazýváme Semaškův. Další obrat přinesla sametová revoluce, která transformovala jak ekonomiku, ale současně i zdravotnictví, kdy část se privatizovala a celý systém se demokratizoval (Gladkij et al. 2003).

Během následujících tří let (1991-1993) byly zavedeny důležité zákony, určující, jak nový systém bude fungovat. Zákon č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění (v roce 1997 byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb.[4]) a Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně[5] zavádí zpět pojištění Bismarckovského typu. Uznáním tržních principů se vytvořilo konkurenční prostředí pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (dále jen VZP), a to přijetím Zákona o resortních Zdravotních pojišťovnách (dále jen RZP[6]), kdy existovalo v jednom období až 26 pojišťoven. Později se počet zredukoval.

[4] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů (dále jen „zákon o veřejném zdravotním pojištění“)
[5] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (dále jen „zákon o VZP“)
[6] Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (dále jen „zákon o resortních ZP“)

5.1.1 Změny v přerozdělování pojistného

Od roku 1993 byl nastaven systém **přerozdělování vybraného pojistného**, který se ukázal jako nedostatečný a od roku 2005 byl proto změněn jeho mechanismus. Původně se přerozdělovalo pouze 60 % vybraného pojistného zdravotními pojišťovnami, kde kritériem byl jen počet a věková struktura pojištěnců, za které hradí pojistné stát, aby byl vyrovnán rozdílný podíl státních pojištěnců v jednotlivých pojišťovnách. Jelikož účelem přerozdělování není jen vyrovnávat rozdíly mezi pojišťovnami na příjmové straně, jak bylo zvykem do roku 2004, ale zohledňovat i stranu nákladů na hrazené zdravotní služby, byl zaveden v roce 2005 nový způsob, který přerozděluje 100 % vybraného pojistného. Veškeré vybrané prostředky se přidělují podle věku a pohlaví pojištěnců jednotlivé pojišťovny, a kromě toho se z menší části prostředků rozdělí dle jejích nejnákladnějších klientů. Pojišťovna, která má ve svém portfoliu například výrazně starší věkovou skupinu spotřebovávající více zdravotní péče nebo více nákladnějších pojištěnců ve svém kmeni, tímto dosáhne skrze přerozdělení na finanční prostředky od pojišťovny, která má v porovnání s ní mladší a zdravější populaci.

Nicméně ani tento způsob nebyl dostatečný, neboť příjmy na pojištěnce stále neodpovídaly jeho skutečným nákladům na léčbu, protože se nezohledňovala nákladovost chronických onemocnění a pojišťovny tak mohly upřednostňovat zdravé klienty před nemocnými a nebyly motivovány cíleně pečovat o své chronicky nemocné pojištěnce. Proto se od roku 2018 přešlo na Pharmacy-based cost groups (dále jen PCG) model, který zahrnuje kromě předešlých kritérií i farmaceuticko-nákladové skupiny, kam jsou pojištěnci zařazeni podle spotřeby léčiv související s určitou nemocí. Ministerstvo zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) si od toho slibuje, že tento model bude spravedlivější než předchozí verze a bude motivovat pojišťovny k rozvoji preventivních programů, aby tak snížily náklady na léčbu chronicky nemocných a dosáhly úspory(VZP ČR 2019a; Kothera 2011).

5.1.2 Reforma zdravotnictví 2008

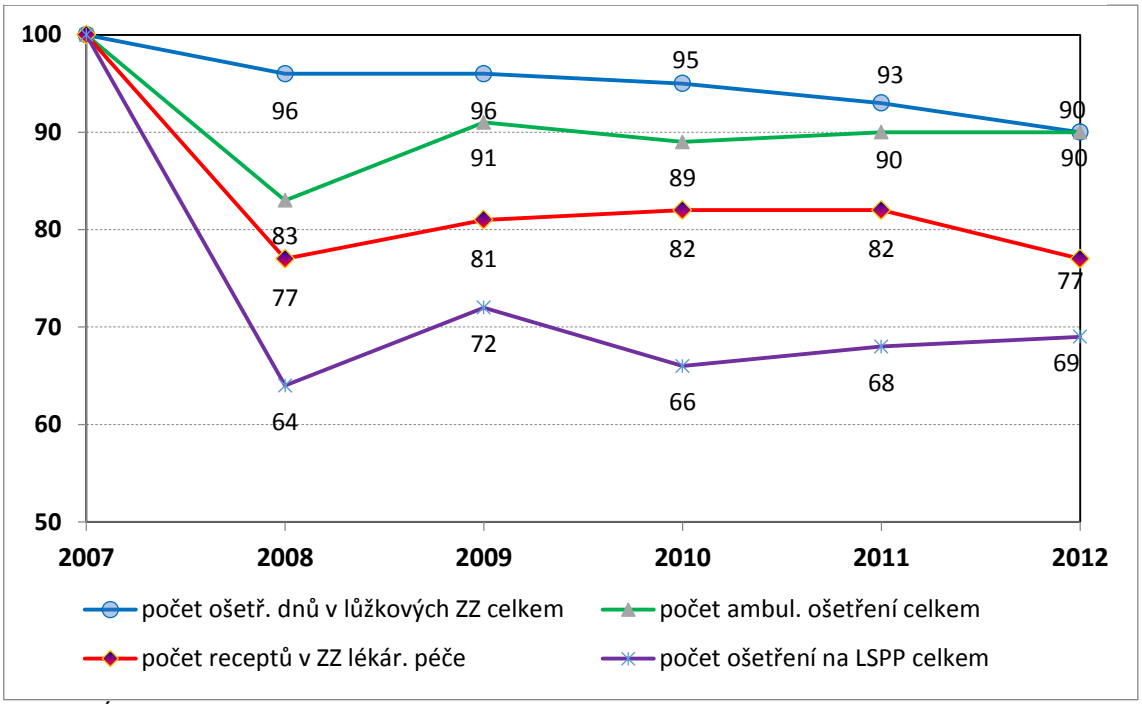
V roce 2007 byla odsouhlasena snad největší a nejdiskutovanější novela zákona ve zdravotnictví s účinností od 1. 1. 2008. Ta jednak zavedla **maximální vyměřovací základ** zaměstnance pro odvod zdravotního pojištění, ale především byla prosazena spoluúčast pacienta v podobě **regulačních poplatků**. Nutno říci, že ani jedna z uvedených změn nezůstala ve stejné podobě do současnosti.

Zavedení stropu odvodu zdravotního pojištění pro zaměstnance s vyššími platy z části reagovalo na kritiku zaměstnanců, kterým se nelíbila rozdílná úprava pro osoby samostatně výdělečně činné, které mají zavedený strop již od počátku vzniku zákona. Výše maxima byla nejdříve určena jako 48násobek průměrné mzdy v ročním souhrnu a později jako 72násobek. Tímto opatřením se však narušil princip solidarity, protože osoby překračující tuto hranici se najednou podílejí nižším procentem zaplaceného pojistného, něž pojištěnci, kteří ji nepřekračují. Dalším negativním důsledkem bylo snížení příjmů ze zdravotního pojištění. V roce 2013 došlo nejprve k pozastavení účinnosti ustanovení a o 2 roky později k jejímu úplnému zrušení. Z mého pohledu šlo tedy spíše o politické rozhodnutí než ekonomické (VZP ČR 2014; Zdražil 2008; Štefková 2007).

Regulační poplatky byly poprvé zavedeny taktéž v roce 2008 a již od svého počátku se staly kontroverzním tématem. Systémově se jednalo o zavedení třech platebních úrovní poplatků, 30 korun za návštěvu lékaře a za každou položku na receptu, 60 korun za den pobytu v nemocnici či jiném zařízení a dále 90 korun za návštěvu pohotovosti. Zároveň byl stanoven tzv. ochranný limit, který určoval maximální výši poplatků zaplacených pacientem a vše nad něj plynulo z peněžních fondů pojišťoven. Vláda a MZ ČR tento krok odůvodňovaly tím, že se zamezí plýtvání prostředky ve zdravotnictví. Opozice naproti tomu argumentovala, že tímto je porušováno právo na bezplatnou zdravotní péči (uvedené v Listině základních práv a svobod) a nejvíce to pocítí sociálně slabší občané. Není proto divu, že v průběhu platnosti docházelo k častým změnám.

Ani ne po půl roce byla schválena novela, která rušila poplatky za pobyt novorozenců v porodnici. Od 1. 4. 2009 byly osvobozeny od poplatků u lékaře děti do 18 let a ochranný limit na výdaje se dětem a seniorům nad 65 let snížil na 2 500 korun. Koncem roku 2011 byl poplatek 30 korun za každou položku na receptu nahrazen poplatkem za recept a poplatek za den v nemocnici navýšen z 60 korun na 100 korun. Na návrh České strany sociálně demokratické (dále jen ČSSD) zrušil Ústavní soud k 31. 12. 2013 poplatek za pobyt v nemocnici a od roku 2015 se zrušily všechny poplatky vyjma 90 korun za využití pohotovostní služby.

Graf č. 1: Využití zdravotnických služeb v letech 2007-2012 (2007 = 100 %)



Zdroj: ÚZIS 2013, převzato

Dle mého názoru zde opět sehrála značnou roli politická rozhodování. Zavedení jakéhokoliv poplatku nebývá většinou podporováno jejími občany, čehož se snažila využít opozice a postupně rušila a měnila zavedené poplatky. Nicméně tato forma spoluúčasti pacienta částečně přinášela potřebné zdroje do zdravotnictví ve výši kolem 5 miliard korun ročně a podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS) došlo i ke snížení využívání pohotovosti po zavedení poplatků (viz. graf č. 1) (VZP ČR 2019b; CEVRO 2014; Zdravotnický deník 2014).

5.1.3 Změna systému hrazení zdravotnických pomůcek

Nejnovější změnu přináší od 1. ledna 2019 úprava zákona o veřejném zdravotním pojištění stanovující nová pravidla pro **úhradu zdravotnických prostředků** předepisovaných na poukaz, které jsou hrazeny z veřejného pojištění. Novela reaguje na nález Ústavního soudu z roku 2017 dávající za pravdu skupině senátorů. Ti tvrdili, že v té době zákonná úprava úhrad zdravotnických prostředků není transparentní. Nalezneme ji až v tzv. číselnících zdravotních pojišťoven, které si upravuje sám Svaz zdravotních pojišťoven a mechanismus tak není vymezen výslovně zákonem, čímž není dodržováno pacientovo právo na bezplatnou zdravotní péči, která může být upravena blíže pouze zákonem. Soud tedy zrušil úhradovou regulaci pomůcek pro ambulantní zdravotnické služby s lhůtou k 31. 12. 2018, nicméně ponechal tu část, která se týká

pomůcek poskytovaných při lůžkové péči, která je však také stanovovaná přes číselníky. Pokud by nedošlo ke zmíněné novele, zvýšila by se skokově o čtvrtinu spoluúčast pacientů na nákup zdravotnických pomůcek.

Od ledna 2019 byl vložen do zákona nový seznam zdravotnických prostředků, v němž jsou vymezeny jednotlivé úhradové skupiny a jejich limity, rozšiřuje se i počet pomůcek plně hrazených a sjednocuje se částka hrazená pojišťovnami za nákup pomůcek (dříve mohla mít každá pojišťovna u několika stovek pomůcek různě vysoké úhrady). Tím se zrychlí zařazování nových pomůcek do seznamu, který bude každý měsíc aktualizován a pacient tak bude mít k nim rychlejší přístup. Tyto změny však jsou implementovány v několika krocích v průběhu roku 2019, aby se na ně stačily připravit všechny subjekty, kterých se týká (MZ ČR 2018a; 2018b; Zdravotnický deník 2018; mka 2018).

5.2 Aktuální právní předpisy

Současný systém českého zdravotnictví se opírá o několik desítek právních předpisů. Ty nejdůležitější jsou sepsány v Ústavě České republiky, v Listině základních práv a svobod a dalších ústavních zákonech.

V zákoně č. 1/1993 Sb., Ústavě České republiky najdeme v článku č. 1, odstavci 2 větu: „*Česká republika dodržuje závazky, které pro ni vyplývají z mezinárodního práva“*, to znamená, že Česká republika se řídí nejen podle svého vlastního práva, ale zároveň přihlíží i k mezinárodním standardům, ať už jsou to například nařízení a směrnice Evropské unie a podobné.

Další základní dokument představuje usnesení zákona č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod, ve které se stanovuje nejen právo na život, ale konkrétně v článku č. 31 nalezneme, že *„každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“*. Ovšem zde je nutné upozornit, že „bezplatnou zdravotní péčí“ se myslí taková, ke které mají všichni volný přístup, ale je hrazená z povinného zdravotního pojištění.

Zásadní pravidla a podmínky vymezující nastavení systému zdravotního pojištění se však opírají o tyto čtyři právní předpisy, ze kterých v následující kapitole vycházím:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění,

- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění,
- zákon č. 551/1991 Sb., o VZP,
- zákon č. 280/1992 Sb., o resortních ZP.

Kromě těchto základních norem najdeme v právu další zákony, nařízení a vyhlášky upravující mimo jiné oblast léčiv, poskytování zdravotnických služeb nebo ochranu životních podmínek.

5.3 Aktuální zdravotní pojištění v ČR

Zákon o veřejném zdravotním pojištění definuje podmínky a rozsah na základě kterého jsou hrazeny zdravotní služby a také způsob, jakým se stanoví ceny a úhrady léčiv a zdravotnických prostředků. Zákon o pojistném pak upravuje jeho výši, penále, jejich placení, přerozdělování pojistného a zřízení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění.

Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a všechny cizince, kteří pracují pro zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem v České republice. Účast na pojištění vzniká dnem narození u osob s trvalým bydlištěm v ČR, dnem, kdy se osoba stala zaměstnancem nebo získala trvalý pobyt v ČR, a naopak zaniká smrtí pojištěnce, skončením pracovního poměru pro osoby bez trvalého pobytu nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR. Z pojištění tedy nelze vystoupit. Jedinou situací, kdy lze ukončit nebo přerušit pojištění je v případě dlouhodobějšího pobytu v zahraničí, a to za určitých a předem daných podmínek.

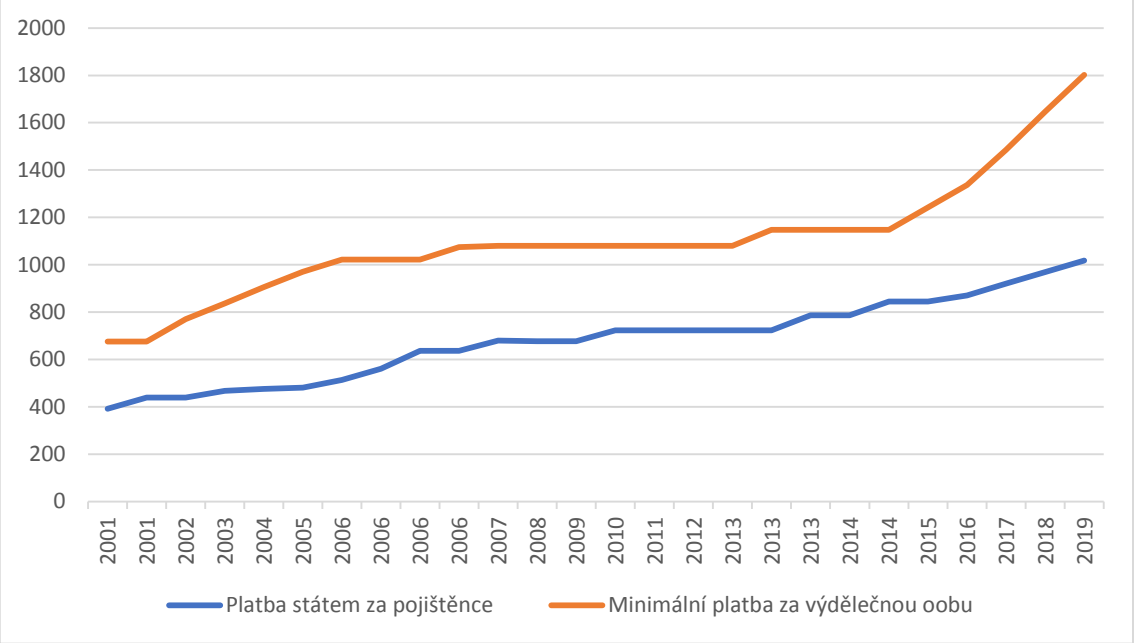
Pojištění platí zaměstnanci (s výjimkami), zaměstnavatelé i stát. Výše pojistného je stanovená zákonem na 13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období a plátce si musí sám tuto výši vypočítat. Za vyměřovací základ se považuje úhrn příjmů ze závislé činnosti a jako minimum se bere minimální mzda. Procentní výše pojistného je rozdělena mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:2, tedy 4,5 % hradí zaměstnanec a zbývajících 9 % pak zaměstnavatel, avšak jak svoji část, tak i část za zaměstnance (jako srážku z jeho mzdy) odvádí zaměstnavatel na účet příslušné pojišťovny, u které je zaměstnanec pojištěn. Principiálně se tak spíše jedná o proporcionální zdravotní daň ze mzdy než o pojištění bismarckovského typu.

U pojistného hrazené státem se za vyměřovací základ stanovuje částka uvedená v zákoně o pojistném, kterou může vláda každoročně měnit přihlížejíc k vývoji

minimální mzdy. Stát, respektive Ministerstvo financí (dále jen MF ČR) platí prostřednictvím státního rozpočtu pojistné za různé skupiny pojištěnců, kteří nemají vlastní příjem. K nim se řadí nezaopatřené děti, studenti, důchodci, uchazeči o zaměstnaní, osoby ve vazbě a mnoho dalších vymezených v zákoně o veřejném zdravotním pojištění.

V grafu č. 2 ukazující výši pojistného za státní pojištěnce a minimální výši pojistného u zaměstnaných osob měnící se v průběhu let, je patrný podobný trend obou křivek, a vláda tedy opravdu sleduje vývoj minimální mzdy. Lze si všimnout, že stát platí výrazně méně za jednoho pojištěnce, než odvádí zaměstnanec, v průměru o 420 Kč za sledované období a znamená to, že vydělávající osoby přispívají na zdravotní péče i státním pojištěncům.

Graf č. 2: Vývoj měsíčního pojistného v letech 2001-2019 (Kč)



Zdroj: MPSV ČR 2018; VZP ČR 2019c, vlastní zpracování

Ze zdravotního pojištění se pak hradí zdravotní služby poskytnuté pojištěnci ke zlepšení zdraví. Rozsah poskytování zdravotní péče je určen zákonem, ve kterém nalezneme kategorie služeb a výkonů, jež jsou plně/částečně hrazeny z pojištění nebo si je musí hradit občan sám. Dále se zákonem mohou stanovovat maximální ceny léčiv a úhrad a regulovat předepsané zdravotnické prostředky.

5.4 Zdravotní pojišťovny v ČR

Zdravotních pojišťoven se týká především zákon o VZP a zákon o resortních ZP. První z nich zřizuje samostatně Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a vymezuje její funkce a úlohy ve zdravotním pojištění. Druhý zákon pak upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven.

Všechny pojišťovny jsou nositeli zdravotního pojištění, ale VZP zastává mezi nimi výsadní postavení. Má na starost správu a vedení zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění (odděleně od ostatních účtů), kam přicházejí platby za státní pojištěnce a jiná plnění dle zákona, z kterých se jednak platí náklady na vedení účtu a následně je zbylá část přerozdělována měsíčně ve formě záloh mezi jednotlivé pojišťovny podle stanovených nákladových indexů a podle nákladů hrazených služeb. VZP mimo jiné vede centrální registr všech pojištěnců obsahující údaje jako je rodné číslo, adresa pobytu nebo datum vzniku a zániku pojistného u příslušné pojišťovny.

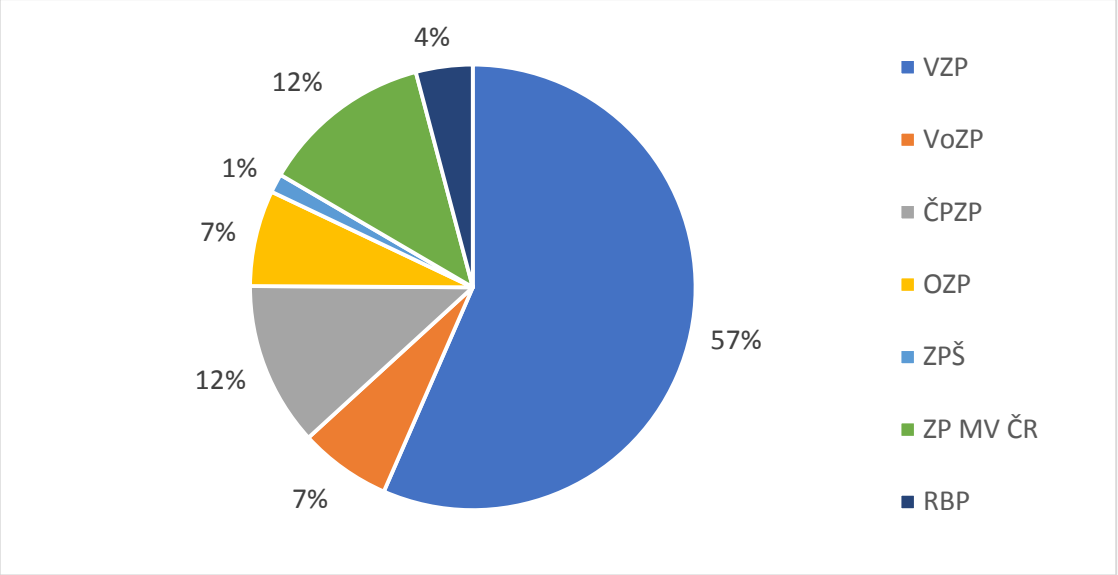
RZP se liší od VZP tím, že mohou vznikat, zanikat nebo se slučovat. O udělení povolení a změnách rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví ČR a MF ČR. Před podáním žádosti musí žadatel složit na zvlášť určený účet peněžní prostředky ve výši 100 000 000 Kč, které se po zápisu do obchodního rejstříku převedou na rezervní fond a zároveň do jednoho roku od svého vzniku musí získat alespoň 100 000 pojištěnců.

V ostatních činnostech jsou si VZP a RZP rovnocenné. Všechny pojišťovny podléhají kontrole a dozoru MZ ČR a MF ČR, musí pravidelně podávat informace o svých celkových příjmech, o stavu bankovních zůstatků a dále předkládat ke schválení výroční zprávy, zdravotně pojistné plány a účetní závěrky, zda jednají ve veřejném zájmu.

Dle MZ ČR (2019) působí v současné době na území ČR 7 zdravotních pojišťoven, konkrétně tyto:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP)
- Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (VoZP)
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (ZPŠ)
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (ZP MV ČR)
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (RBP)

Graf č. 3: Podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven k 31.12.2017



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Největší pojišťovnou co do počtu svých pojištěnců je trvale VZP, a to s výrazným rozdílem oproti ostatním. Z celkového počtu 10 482 270 osob přihlášených k jedné ze zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2017 patří 57 % pojištěnců právě k VZP. Druhá a třetí největší pojišťovna pak pojímá každá „pouze“ 12 % klientů, což můžeme pozorovat na grafu č. 2, z něhož je zřejmá dominantní pozice VZP. Takto silné postavení získala v první polovině 90. let, při již zmíněné transformaci, kdy nově vytvořený zákon stanovil, že občané, kteří se sami nepřihlásí k některé z nabízených pojišťoven, budou automaticky přiřazeni k VZP.

5.4.1 Volba zdravotní pojišťovny

K základním právům pojištěnce patří svobodná volba zdravotní pojišťovny, kterou lze měnit jednou za 12 měsíců. Toto právo se nevztahuje na narozené děti, neboť se stávají pojištěncem té zdravotní pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte v den jeho narození (případně otec dítěte, pokud není matka pojištěna) a teprve po přidělení rodného čísla dítěti může zákonný zástupce změnit pojišťovnu.

Možnost přestupovat mezi pojišťovnami vytváří v podstatě konkurenční boj o každého klienta. Jednotlivé pojišťovny se předhánějí v nabízených benefitech, preventivních programech nebo v proplácení úhrad zdraví prospěšných aktivit a pojištěnec díky tomu

získává lepší zdravotní péči a služby. To má za následek i postupný dlouhodobý pokles počtu klientů VZP znázorněný v tabulce č. 2.

Tab. č. 2: Podíl VZP na celkovém počtu pojištěnců v letech 2001-2017

Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Podíl VZP	70,1 %	68,2 %	66,4 %	65,3 %	64,6 %	63,9 %	63,4 %	62,6 %	62,5 %
Rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Podíl VZP	60,3 %	60,4 %	61,2 %	58,5 %	57,4 %	56,9 %	56,7 %	56,6 %	

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní výpočty

Zákon dále umožňuje pojištěnému vybrat si poskytovatele zdravotních služeb, který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Ceny zdravotní péče a poskytované služby se určují kolektivním vyjednáváním mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů zdravotní péče, které musí schválit MZ ČR, případně je může i upravit a určit samo ministerstvo, pokud s tím nesouhlasí.

V ČR se využívá hned několik způsobů úhrad za zdravotní péči poskytovatelům. Nejpoužívanějším mechanismem je platba za výkon využívaná při hrazení služeb ambulantních specialistů a služeb v nemocnicích, ale jsou omezeny celkovou výší úhrady, aby zdravotnické zařízení nevyžadovalo platbu vyšší než standardní úhradu. U praktických lékařů se od roku 1997 hradí služby skrze kombinovanou kapitačně výkonovou platbu, kdy velká řada výkonů, které lékař provádí při ošetřování svého registrovaného pacienta spadají do kapitační platby, tedy pravidelně stejně vysoké částky a k ní se pak připočtou vykázané výkony lékaře, které nejsou zahrnuty v kapitační platbě. Bodové hodnoty jednotlivých výkonů jsou stanoveny v úhradové vyhlášce.

5.4.2 Fondy zdravotních pojišťoven

Jelikož pojišťovny jsou veřejnoprávní institucí, jejich primárním motivem není zisk, ale mají především za cíl efektivní a účelné nakládání získaných finančních prostředků k hrazení zdravotních služeb. V zákoně se navíc uvádí, že zdravotně pojistný plán má být zpravidla sestavován jako vyrovnaný, tedy plánované výdaje nepřekračují plánované příjmy, čímž je opět potlačena myšlenka zisku. Ke svému hospodaření pak využívají tzv. fondový systém a dle zákona o VZP a o resortních ZP musejí spravovat následující fondy:

a) Základní fond (dále jen ZF)
b) Rezervní fond (dále jen RF)
c) Provozní fond (dále jen PF)
d) Sociální fond
e) Fond majetku
f) Fond reprodukce majetku (dále jen FRM)
g) Fond prevence (nepovinný)

Nejzásadnějšími fondy jsou první tři výše zmíněné. Ze **základního fondu** se hradí poskytnuté služby z uzavřených smluv s poskytovateli zdravotní péče a dále slouží k přídělům dalším fondům a k platbám stanovených ve vyhlášce *č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu* (dále jen vyhláška o fondech). Na stranu příjmů přichází platby pojistného a další příjmy uvedené v předpisech. V případě vzniklého schodku je tento fond kryt prostředky z rezervního fondu.

Rezervní fond, jak je patrné již z názvu, vytváří a udržuje rezervy určené jednak k vyrovnání deficitního účtu ZF a dále pak pro případ výskytu hromadných onemocnění a neočekávaných katastrof. Pojišťovny musí povinně převádět ze svého ZF do rezervního finanční prostředky ve výši 1,5 % průměrných ročních výdajů svého ZF za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky.

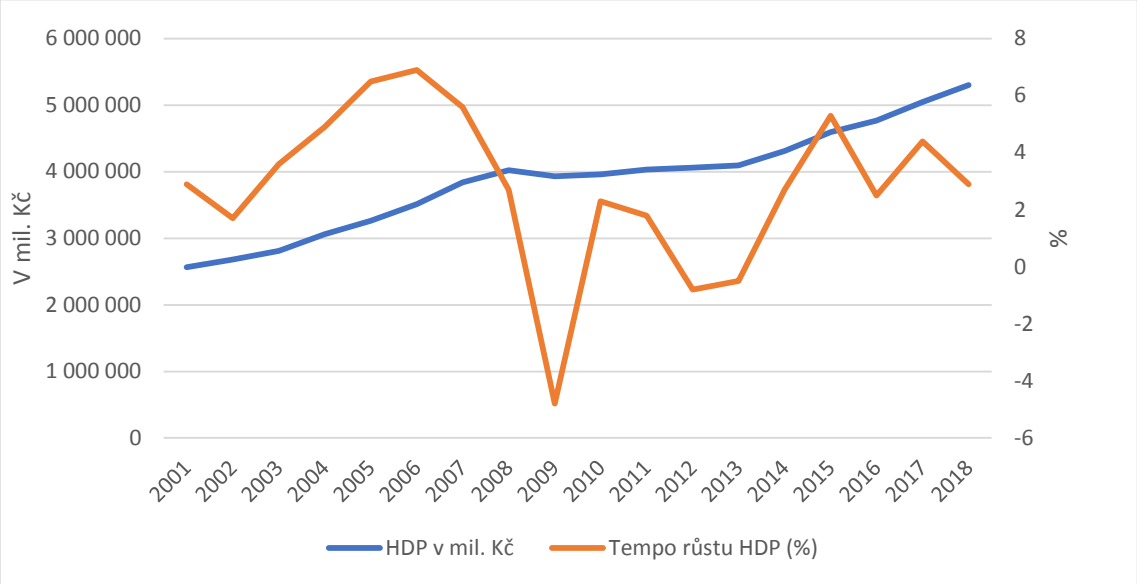
Provozní fond pojišťovny se používá k úhradě nákladů spojených s její činností a hlavní zdroj příjmů tvoří rovněž příděly ze ZF. Ovšem je zde zaveden roční limit nákladů na činnost zdravotní pojišťovny krytý ze zdrojů ZF ve výši upravené vyhláškou.

6 Vývoj ekonomických makro indikátorů v ČR v období 2001-2019

Ekonomické makro indikátory jsou dobrým výchozím bodem k analýze financování zdravotnictví a zdravotních pojišťoven. Některé později zmiňované ukazatele se popisují ve vztahu k HDP, proto se zdá vhodné ukázat vybrané základní indikátory

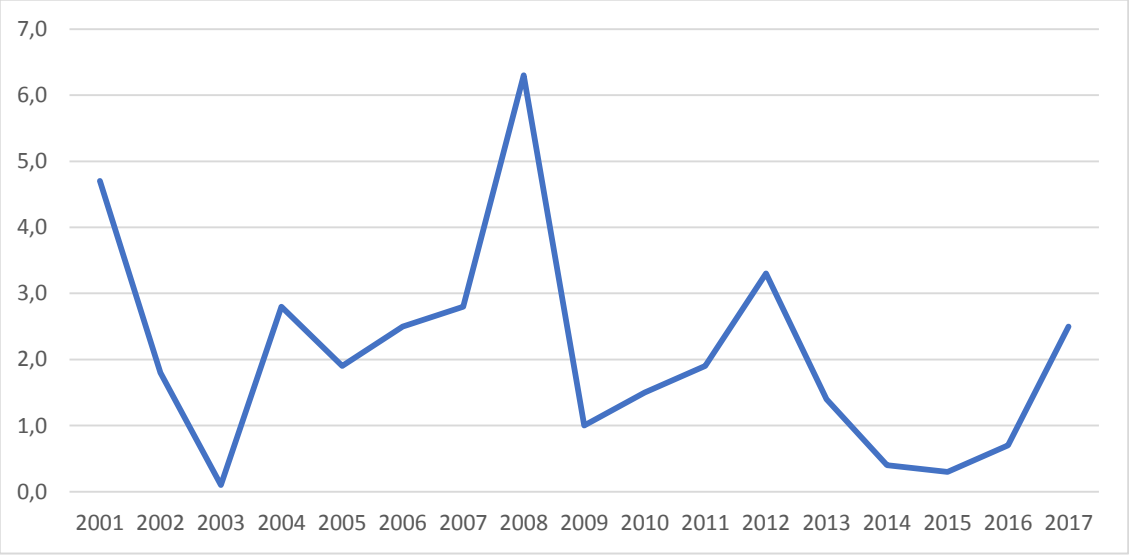
národní ekonomiky níže a popsat její vývoj. K jejímu popisu využívám pro lepší představu grafická znázornění časových řad HDP, inflace, nezaměstnanosti a mezd (grafy č. 4–7). Zároveň se podle predikcí těchto indikátorů řídí zdravotní pojišťovny při sestavování každoročních zdravotně pojistných plánů.

Graf č. 4: Vývoj nominálního HDP v letech 2001-2018 (mil. Kč; %)[7]



Zdroj: ČSÚ 2019c, vlastní zpracování

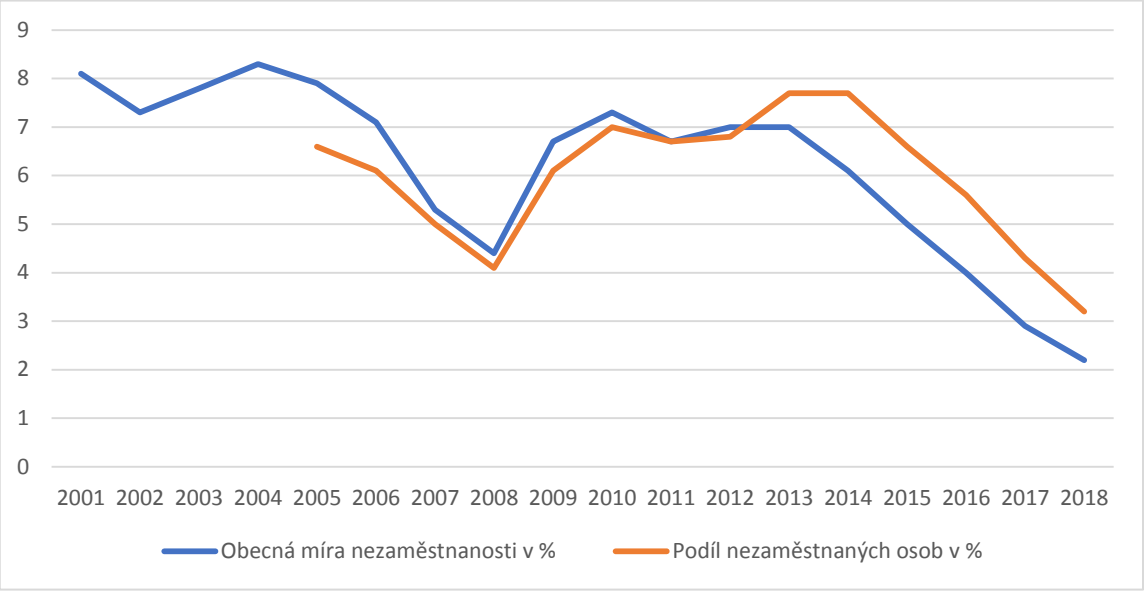
Graf č. 5: Průměrná roční míra inflace v letech 2001-2018 (%)[8]



Zdroj: ČSÚ 2019c, vlastní zpracování

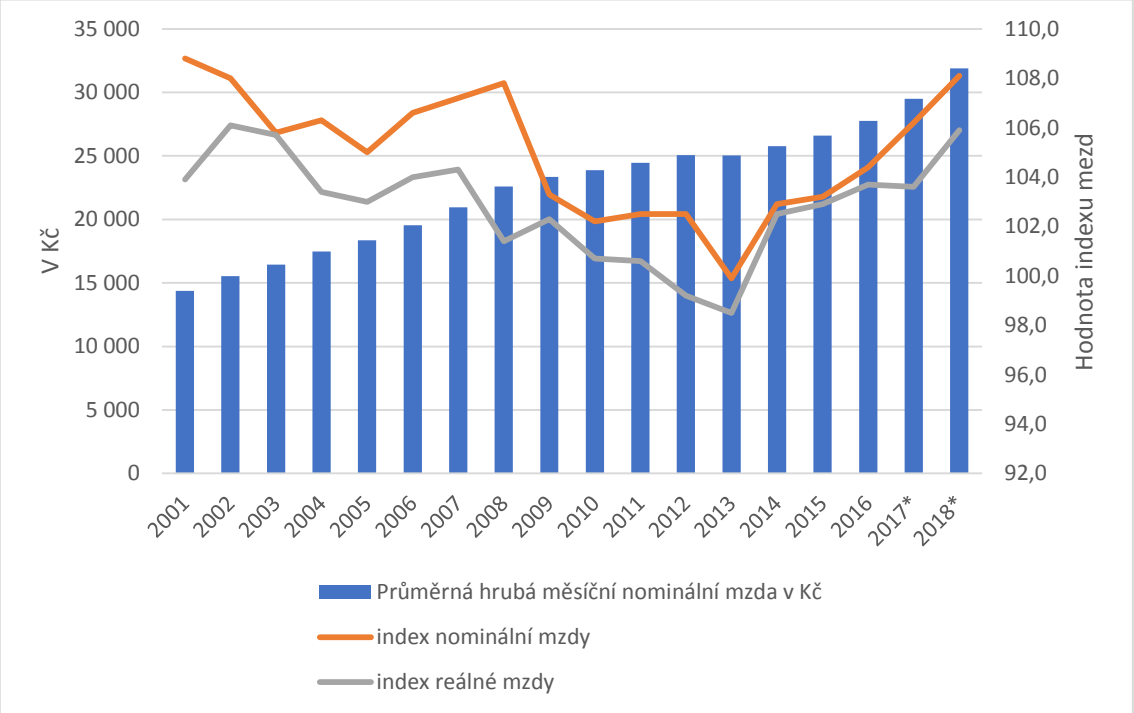
[7] HDP vyjádřený v českých korunách se uvažuje nominální. Tempo růstu HDP představuje reálnou meziroční změnu oproti předchozímu roku ve stálých cenách očištěných o vliv cen.
[8] Míra inflace vyjádřená v indexu spotřebitelských cen.

Graf č. 6: Nezaměstnanost v letech 2001-2018 (%)



Zdroj: ČSÚ 2019c; MPSV ČR 2019, vlastní zpracování

Graf č. 7: Vývoj mezd v letech 2001-2018 (Kč; %)



Zdroj: ČSÚ 2019f; ČNB 2019, vlastní zpracování

Po recesi ke konci 90. let začala česká ekonomika na počátku nového tisíciletí zažívat hospodářský růst, který dokládají v letech 2005 a 2006 nejvyšší tempa růstu HDP od vzniku České republiky přesahující 6 %. První tři roky měly na růst HDP vliv

především výdaje domácností, v letech 2004-2006 přispíval k růstu zvýšený export díky vstupu do Evropské Unie a růst investic do hrubého fixního kapitálu. Inflace se pohybovala poměrně nízko a stabilně, nepřesáhla 5 % (to byl také cíl České národní banky) a v roce 2003 dosáhla dokonce své nejnižší hodnoty 0,1 % za celé sledované období. Zároveň se s pozitivním vývojem hospodářství snižovala míra nezaměstnanosti, z 8,3 % poklesla do roku 2007 na 4,4 % a jak hrubé, tak i reálné mzdy každoročně rostly. Náhlý nárůst inflace v roce 2008 na 6,3 % byl spíše výjimkou způsobenou úpravou nepřímých daní a růstem světových cen komodit.

Na přelomu let 2008 a 2009 zažila ekonomika silné ochlazení a útlum ekonomických aktivit důsledkem světové finanční krize. Recesi vyvolal zejména pokles poptávky po českém zboží v zahraničí a s ním spojený pokles českého vývozu, čímž se snížila i průmyslová produkce. V roce 2009 se HDP skokově propadlo o rovných 4,5 %. O rok později dosáhla míra nezaměstnanosti 7,3 %. Mzdy nadále rostly, což bylo způsobené mzdovými strnulostmi, ale jejich tempo začalo výrazně zpomalovat a teprve v roce 2013 se reálná i nominální mzda snížila oproti předchozímu roku.

V grafech č. 4-7 můžeme v letech 2010-2011 pozorovat mírné oživení ekonomiky, tempo růstu HDP se vrátilo do kladných hodnot a nezaměstnanost klesla o 0,6 %. Toto období trvalo velmi krátce, neboť země eurozóny zasáhla v roce 2011 dluhová krize dopadající i na další státy s vazbami na eurozónu. Tím začala v ČR nová recese, což vedlo k ekonomickému poklesu doprovázeného nízkou mírou inflace po následující dva roky z důvodu snížení spotřeby domácností a investic. Ze strachu z deflace začala Česká národní banka (dále jen ČNB) v roce 2013 intervenovat a udržovat kurz na úrovni 27 korun za euro a slabší.

Ke konci roku 2013 se výkonnost ekonomiky začala zlepšovat. K růstu HDP přispěly především investice, ale pomohly i ostatní složky domácí poptávky. Rovněž poklesla míra nezaměstnanosti a reálné mzdy po dvou letech opět vzrostly. Avšak míra inflace přesto klesla na pouhé 0,4 %. Za takto nízkým růstem spotřebitelských cen stála dezinflace v eurozóně projevující se v dovozních cenách a vývoj cen některých komodit na trhu. V roce 2017 se nakonec i inflace dostala na dvouprocentní cíl ČNB (v té době uvolnila ČNB udržovaný kurz koruny k euru).

Česká ekonomika v posledních letech vykazuje jedny z nejlepších hodnot makro ukazatelů v celé Evropské unii. Míra nezaměstnanosti klesá na historická minima

atakující hranici 2 % a začíná pociťovat nedostatek pracovní síly, což tlačí na zvyšování mezd. V roce 2018 vzrostla průměrná reálná mzda téměř o 6 %. Tempo růstu HDP se udržuje mezi 2-4 % tažené domácí spotřebou a míra inflace kolem 2 % vlivem cen bydlení a energií.

Očekává se, že ekonomika bude mít nadále rostoucí tendence, nicméně existuje riziko, že tempo růstu HDP bude nižší.

7 Analýza výdajů na zdravotní péči v ČR

Analýza výdajů v této kapitole vychází především z dat sbíraných ČSÚ. Výborným zdrojem pro získání ekonomických informací o zdravotnictví jsou úřadem vydávané Výsledky zdravotnických účtů, nazývané také SHA (System of Health Accounts). Tato metodika byla zavedena v roce 2000 na podnět OECD, díky které se vytvořila sada mezinárodně porovnatelných informací o zdravotnictví mezi zeměmi OECD a její výhodou je, že sleduje výdaje na zdravotnictví hned z několika úhlů.

Nicméně v roce 2014 došlo ke změně metodického manuálu SHA, který rozšiřuje a prohlubuje pohled na systém zdravotní péče, čímž se také mění dosavadní výpočty a výsledky projevující se skokovým zvýšením výdajů v datech. ÚZIS (2016) uvádí, že tyto změny představují meziroční zvýšení výdajů v objemu cca 56 mld. Kč (zhruba o 18 %). Proto při interpretaci zde uvedených grafů na tuto skutečnost vždy upozorním.

Dále pracuji s daty uveřejněnými ÚZIS v Ekonomických informacích a zdravotnických ročenkách.

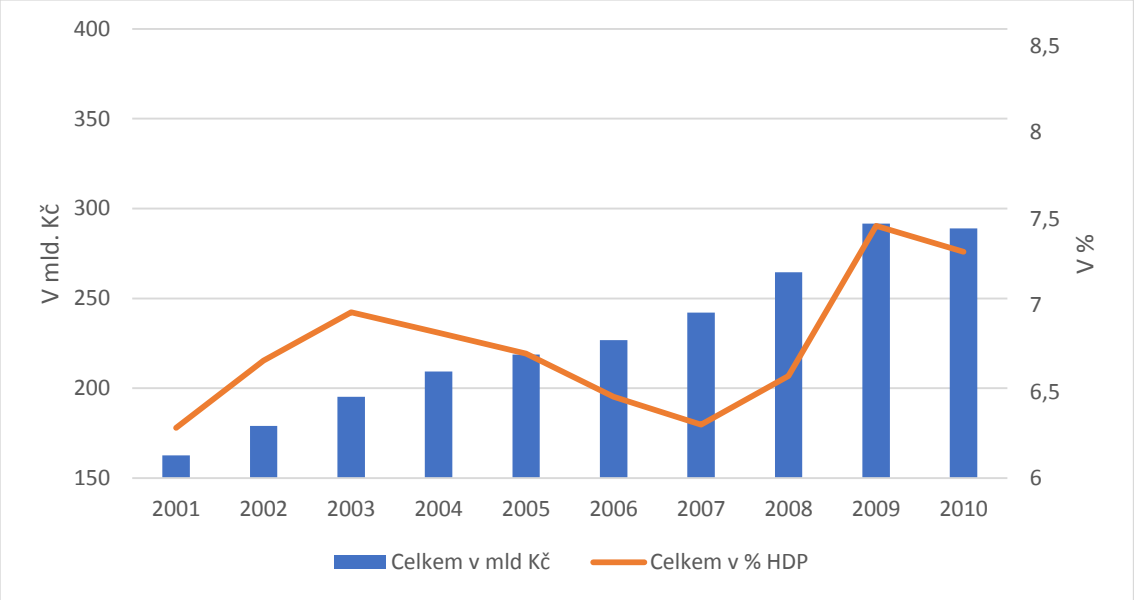
7.1 Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR

Výdaje na zdravotní péči v České republice vyjádřené v absolutních hodnotách každoročně rostou, přičemž v roce 2017 se vyšplhaly na částku 387,4 mld. Kč, což se lze přesvědčit na grafech č. 8 a č. 9.

Kvůli měnící se metodice jsem se rozhodla rozdělit sledované období do dvou grafů, kde v grafu č. 9 je sestavena výše výdajů dle původní metodiky a graf č. 10 navazuje na předchozí již s nově přepočtenými hodnotami. Pro znázornění rozdílných výsledků metodik jsem do obou grafů zanesla výdaje za rok 2010 jako průnik grafů s odlišnými metodikami a rozdíl ve výpočtu činí přibližně 45 mld. Kč, což je o pětinu nižší číslo než

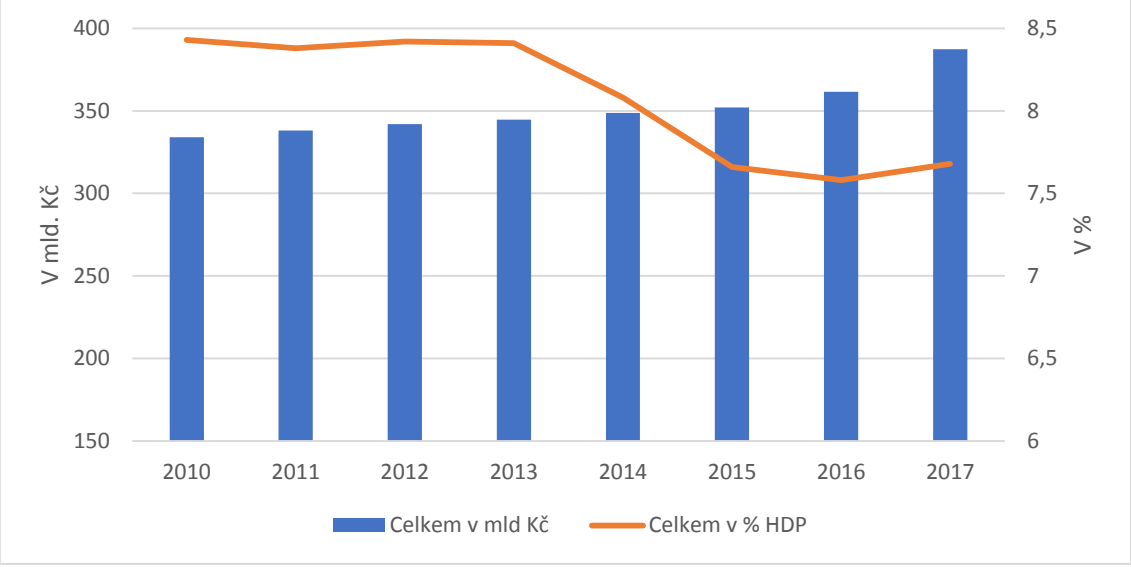
zmíněná hodnota ÚZIS. Navýšení výdajů novou metodikou způsobilo i zvýšení podílu na HDP o 1,12procentních bodů.

Graf č. 8: Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR v letech 2001-2010 (mld. Kč, % HDP)



Zdroj: ÚZIS 2019, vlastní zpracování

Graf č. 9: Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR v letech 2010-2017 (mld. Kč, % HDP)

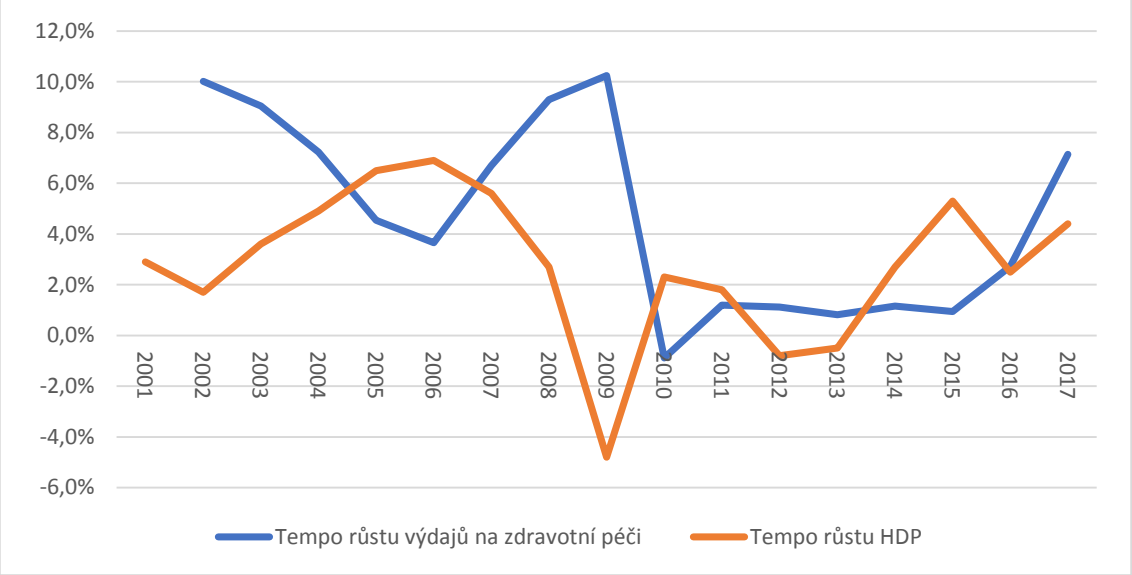


Zdroj: ČSÚ 2019g, vlastní zpracování

Pokud se oprostíme od metodiky a budeme sledovat pouze vývoj trendů, je z grafů patrný dlouhodobý růst výdajů na zdravotní péči. Oproti tomu vývoj výdajů jako

podíl HDP zaznamenal jak pokles, tak i nárůst ve sledovaném období. V případě poklesu, tj. v letech 2003-2007 a 2013-2016, docházelo k situaci, kdy výdaje na zdravotní péči rostly pomaleji, než rostla česká ekonomika, a naopak v období přicházející recesi (2007-2009) se podíl zvyšoval.

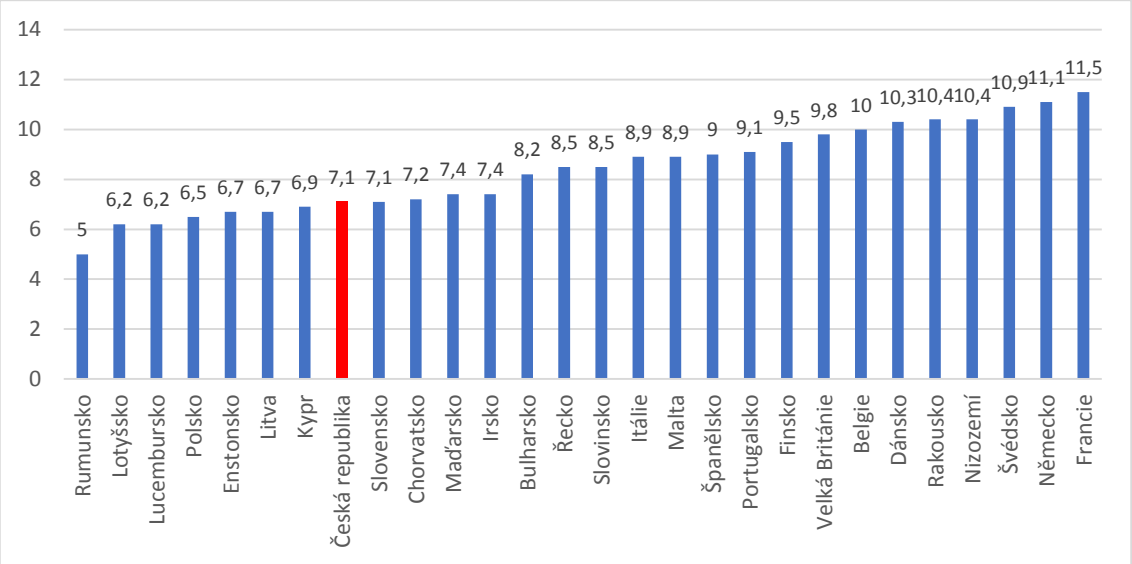
Graf č. 10: Tempa růstu výdajů na zdravotní péči a HDP v letech 2001-2017 (%)



Zdroj: ÚZIS 2019; ČSÚ 2019g; 2019c, vlastní zpracování

V grafu č. 10 lze pozorovat tempo růstu výdajů na zdravotní péči v porovnání s tempem růstu HDP. Do roku 2009 zaznamenávaly výdaje vysoká tempa růstu v rozmezí od 4 do 10 % převyšující tempo růstu HDP. Následující roky ovlivnila jak HDP, tak i výdaje světová krize. Výdaje nepřesáhly v těchto letech 2 % a v roce 2014 a 2015 rostlo HDP oproti předchozímu roku rychleji než výdaje na zdravotní péči. Nicméně v roce 2017 dosáhlo opět vyššího tempa výdaje. Můžeme říci, že v průměru výdaje na zdravotní péči rostly ve sledovaném období rychleji než HDP.

Graf č. 11: Podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích EU v roce 2016 (%)



Zdroj: OECD 2019, vlastní zpracování

Ukazatel podílu výdajů na HDP tedy není pro nás zcela vypovídající, ale je nejčastěji používán k mezinárodnímu srovnání. V evropském srovnání nedosahuje Česká republika se 7,1 % ani průměru EU za rok 2016. Někteří si zajisté všimnou, že hodnota podílu výdajů pro ČR v grafu č. 11 je odlišná toho v grafu č. 9. Důvodem je, že některé země nezapočítávají do výdajů příspěvky na dlouhodobou sociální péči, proto jsou pro mezinárodní srovnání příspěvky vyjmuty z českých dat a podíl tak ponížen.

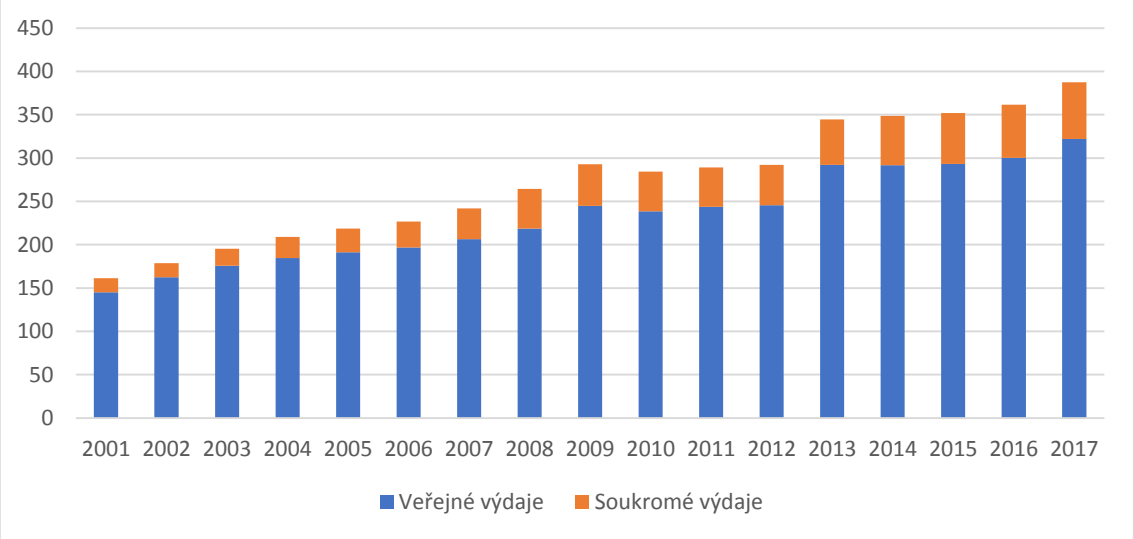
Nicméně tento ukazatel je potřeba brát s rezervou, neboť ho silně ovlivňují socio-ekonomické faktory jednotlivých zemí a nastavení jejich zdravotních systémů. Například Lucembursko vynaložilo na zdravotní péči v porovnání s ostatními zeměmi pouze 6,2 % HDP, ale zároveň je specifické vysokým počtem nadnárodních firem, které mají sídlo na jeho území kvůli daňovým výhodám a ukazatel je zkreslený.

7.2 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle zdrojů financování

Jednou z možností, jak lépe proniknout do rozložení celkových výdajů na zdravotní péči, je sledovat, kdo a v jaké míře se na ní podílí. Nejzákladnějším členěním je rozlišení na soukromé a veřejné zdroje. **Soukromé zdroje** jsou z velké části zastoupeny přímými platbami domácností (včetně spoluúčasti) a dále sem zahrnujeme dobrovolné platby neziskovými institucemi, soukromé zdravotní pojištění a podnikovou preventivní

péči. Do **veřejných zdrojů** řadíme získané finanční příspěvky z povinného veřejného zdravotního pojištění a prostředky ze státního rozpočtu a krajských rozpočtů.

Graf č. 12: Vývoj veřejných a soukromých výdajů na zdravotní péči v letech 2001-2017 (mld Kč)



Zdroj: ČSÚ 2019g, vlastní zpracování

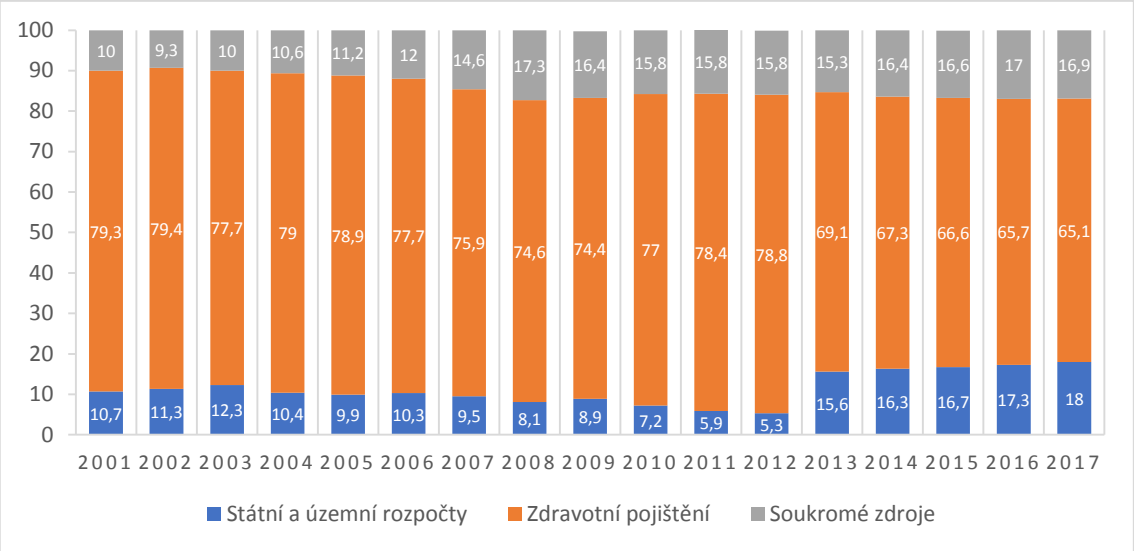
V České republice dlouhodobě převládá financování z veřejných zdrojů, a to výrazným poměrem, doloženém na grafu č. 12. V něm je zachycen vývoj výdajů na zdravotní péči rozložený na veřejné a soukromé zdroje, v němž lze sledovat v průběhu let nárůst jak veřejných, tak i soukromých zdrojů. Poměrně větší změnu ve výši výdajů představuje rok 2013 oproti roku 2012, která je z velké míry způsobená přechodem na novou metodiku.

Při podrobnějším zkoumání zjistíme, že rok 2010 je jediným rokem, kdy všechny zdroje zaznamenaly nižší výdaje oproti předchozímu roku. Pravděpodobně se růst zastavil působením finanční krize z roku 2008, kdy domácnosti začaly šetřit/spořit a kvůli zvyšující se nezaměstnanosti bylo vybráno méně peněz na zdravotním pojištění a zároveň se začaly rušit regulační poplatky.

V posledních letech pak dochází k růstu podílu statního rozpočtu na financování zdravotní péče z veřejných zdrojů, kdy v roce 2013 činil 16,3 % a v roce 2017 19,3 %. Ze státního rozpočtu se hradí především dlouhodobá péče jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře a různé sociálně-zdravotní dávky. Územní rozpočty v ČR tvoří velmi malé procento z financování zdravotní péče.

Přibližně polovina připadá na dopravu pacientů, tedy záchrannou a dopravní službu provozovanou kraji.

Graf č. 13: Podíl zdrojů financování na zdravotní péči na celkových výdajích v letech 2001-2017 (%)



Zdroj: ÚZIS 2019; ČSÚ 2019g, vlastní zpracování

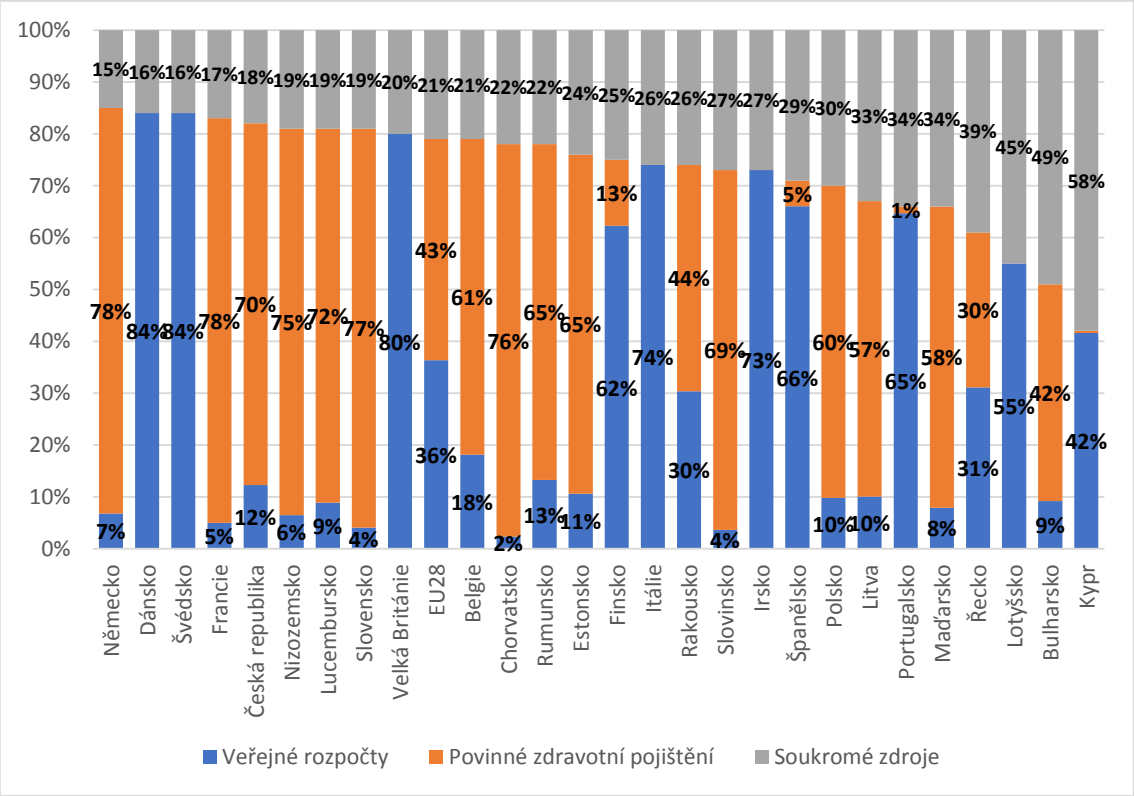
Největší podíl na financování zdravotnictví mají zdravotní pojišťovny skrze vybrané povinné zdravotní pojištění, do kterého patří i platby za státní pojištěnce. V roce 2001 pojištění činilo téměř 80 %, ale v roce 2017 již bylo hrazeno přibližně 65 % zdravotní péče (viz graf č. 13), což bylo způsobeno z velké části měnící se metodikou od roku 2013. V tomto případě se nicméně změnil pouze poměr mezi zdravotním pojištění a veřejnými rozpočty a podíl veřejných zdrojů na celkových výdajích zůstal podobný jako předchozí roky.

Z dlouhodobého pohledu je zřejmý trend navyšování podílu soukromých zdrojů, kdy v roce 2001 tvořily pouze 10 % celkových výdajích a v roce 2017 dosáhly téměř 17 %. Taktéž lze zde dobře vysledovat vliv zavedení regulačních poplatků v roce 2008 skokovým zvýšením podílu soukromých zdrojů o 2,7 % a následný pokles spojený s jejich postupným rušením.

Největší položkou v soukromých výdajích tvoří přímé platby domácností, které vydávají nejvíce peněz za léky a zdravotnické pomůcky a dále si platí za nadstandardní služby u stomatologů. Proto si myslím, že by mohlo být zajímavé sledovat jejich budoucí vývoj především za roky 2018-2020, zda se projeví v datech aktuálně se měnící

zákon o hrazení zdravotnických prostředků, kterým se také rozšiřuje seznam pomůcek plně hrazených z pojištění a mohl by se tak například nepatrně snížit podíl soukromých výdajů na celkových.

Graf č. 14: Poměrné zastoupení zdrojů financování zdravotnictví v zemích EU v roce 2016



Zdroj: ČSÚ 2019g, vlastní zpracování

Jak si stojí Česká republika mezi zeměmi EU v rozložení zdrojů zjistíme v grafu č. 14. Jestliže výdaje na zdravotnictví ve vztahu k jeho HDP měla ČR poměrně nízké oproti ostatním zemím, podíl veřejného financování patří k těm nejvyšším a zaujímá pátou příčku s 82 %. Nejvíce veřejných prostředků z celkových určených na zdravotní péči vydá Německo, 85 %. Do tohoto zdroje se řadí i povinné zdravotní připojištění, které musí zaměstnavatel odvádět například v Německu a také v některých dalších zemí. Naopak nejvyšší podíl soukromého financování mají na Kypru, kde největší část představují přímé platby domácností. Odlišné rozložení zdrojů v jednotlivých zemích je ovšem způsobeno i odlišným nastavením zdravotních systémů, kdy některé země používají povinné pojištění a jiné naopak využívají daně k financování zdravotnictví. I přesto jasně vyplývá, že téměř ve všech zemích převažuje financování z veřejných zdrojů.

7.3 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle druhu poskytnuté péče

Výdaje na zdravotnictví se dají také analyzovat podle druhu poskytované péče. SHA dělí zdravotní péči v základním schématu na osobní služby poskytované jednotlivým pacientům a kolektivní služby, které se zaměřují na zlepšení celkového zdravotního stavu celé nebo části populace a najdeme zde například prevenci či výdaje na správu systému. Do vymezené klasifikace se ovšem neřadí různé zkrášlovací techniky jako jsou plastické operace nebo služby léčitelů.

Tab. č. 3: Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2004-2010 (mil. Kč)

Druh péče	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1 Léčebná péče	103 711	106 601	115 502	125 224	141 241	153 829	153 331
2 Rehabilitační péče	7 183	7 624	7 385	7 959	8 570	11 847	11 527
3 Dlouhodobá péče	6 640	7 144	7 980	9 198	8 650	10 203	10 414
4 Doplňkové služby	10 992	11 602	12 506	12 026	14 331	16 896	15 700
5 Léčiva a zdravotnické prostředky	57 468	60 973	58 689	59 942	63 062	66 929	64 615
6 Preventivní péče	3 977	3 601	4 662	5 227	6 808	7 776	6 785
7 Správa systému	6 394	6 640	6 932	7 760	8 920	9 883	8 749
8 Ostatní	12 893	14 603	13 140	14 583	12 938	14 284	13 019
Zdravotní péče celkem	209 258	218 788	226 796	241 919	264 520	291 647	284 140

Zdroj: ČSÚ 2019h,vlastní zpracování

Tab. č. 4: Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2010-2017 (mil. Kč)

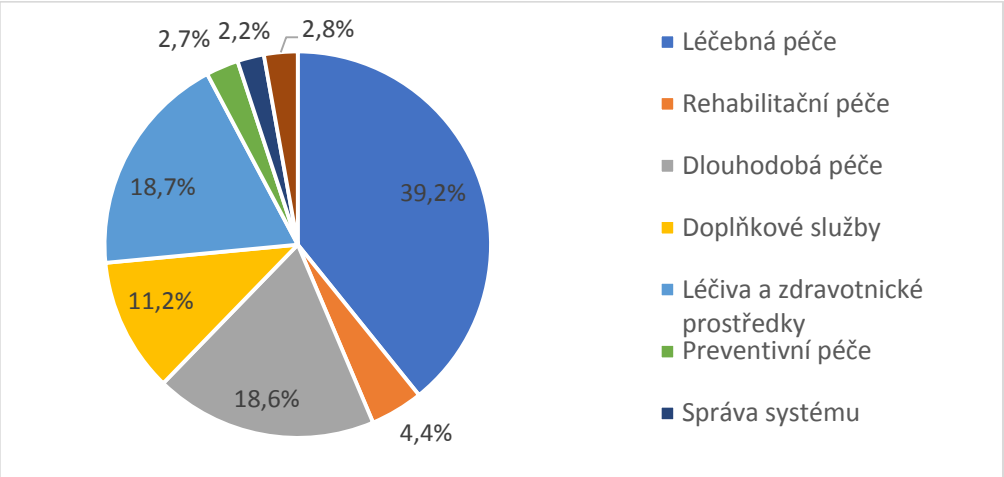
Druh péče	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 Léčebná péče	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	141 600	142 437	151 875
2 Rehabilitační péče	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 764	15 018	17 145
3 Dlouhodobá péče	52 761	53 055	53 007	55 837	62 113	61 018	65 264	72 181
4 Doplňkové služby	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	40 020	41 081	43 524
5 Léčiva a zdravotnické prostředky	66 231	67 626	70 676	66 784	67 021	67 831	69 285	72 578
6 Preventivní péče	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	9 027	9 739	10 540
7 Správa systému	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	8 536	8 583	8 634
8 Ostatní	9 307	9 232	9 149	9 159	9 192	9 245	10 240	10 911
Zdravotní péče celkem	334 087	338 082	341 913	344 720	348 731	352 041	361 647	387 388

Zdroj: ČSÚ 2019g, vlastní zpracování

Pro lepší představu nalezneme v tabulkách č. 3 a 4 vývoj výdajů na zdravotnictví rozlišený na jednotlivé typy péče. Ačkoliv se klasifikace v obou tabulkách zdá být stejná, musíme si dávat pozor, neboť tab. č. 4 pracuje s novou metodikou, ve které došlo především k rozšíření či přidání položek do některých kategorií oproti tab. č. 3. Tyto změny jsou dobře pozorovatelné v roce 2010, kdy jsou dostupná data v staré i nové metodice. Největší úpravou prošla dlouhodobá péče, kam je nově zahrnuta dlouhodobá sociální péče[9], která tak zvýšila dlouhodobou péči ve výkazu výdajů o více než 40 mld. Kč. Další větší změnou prošlo členění preventivní péče, ale odlišné hodnoty najdeme ve všech kategoriích.

[9] Pod dlouhodobou sociální péčí se skrývají poskytované sociální služby tzv. asistenčního charakteru, peněžité dávky dlouhodobé sociální péče jako je příspěvek na mobilitu, příspěvek na zvláštní pomůcku a v neposlední řadě příspěvek na péči k nákupu služeb kompenzující nesoběstačnost osob.

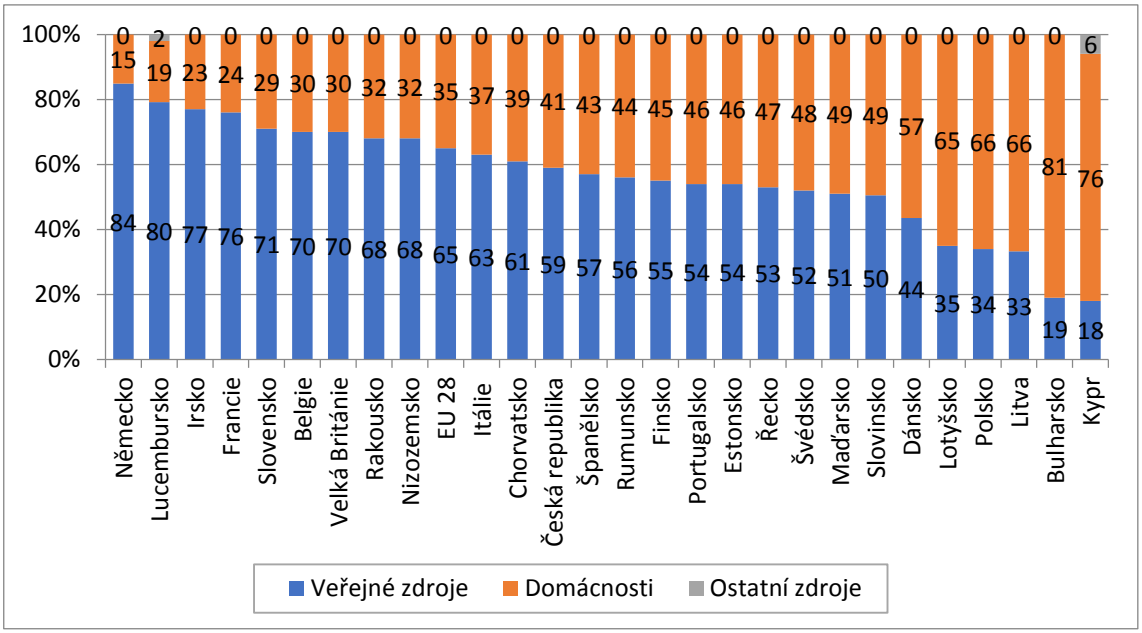
Graf č. 15: Podíl výdajů na jednotlivé druhy péče na celkových výdajích na zdravotní péči v roce 2017 (%)



Zdroj: ČSÚ 2019g, vlastní

Dlouhodobě největší podíl na celkových výdajích zabírá léčebná péče (především s lůžkovou a ambulantní péčí) pohybující se v současnosti kolem 40 %. Druhou nejnákladnější položkou jsou léčiva s téměř 19% podílem v roce 2017. V posledních letech roste význam dlouhodobé péče související se stárnutím populace, kdy její podíl dosáhl 18,6 %. Pod správou systému, která činí přibližně 2 %, najdeme výdaje za vedení veřejných institucí, jako je například ÚZIS nebo MZ ČR a také za řízení zdravotních pojišťoven. Podíl veškerých druhů péče na celkových výdajích za rok 2017 nalezneme v grafu č. 15.

Graf č. 16: Výdaje na léky[10] podle zdrojů financování v zemích EU v roce 2016 (%)



Zdroj: OECD/EU 2018, vlastní zpracování

V evropském srovnání jsem pro zajímavost vybrala financování léčiv za rok 2016, kde nalezneme velké rozdíly v tom, z jakých zdrojů jsou financovány (viz. graf č. 16). Nejvíce štědré je Německo, kde 84 % výdajů na léky je hrazeno z veřejných zdrojů. Na druhé straně najdeme Bulharsko, kde z 81 % platí za vydávané léky přímo domácnosti. Pod ostatními zdroji se schovávají neziskové organizace a podniky. Česká republika se pohybuje kolem středu, kdy přibližně 59 % výdajů na léky jde z veřejných zdrojů a 49 % si hradí domácnosti.

7.4 Výdaje na zdravotní péči v ČR podle typu poskytovatele

Na výdaje na zdravotní péči můžeme nahlížet také z pohledu, kdo tuto péči poskytuje. Platí, že pokud například lékárna bude řazena v rámci subjektu nemocnice, výdaje za ni se započítají do výdajů nemocnice, a nikoliv do výdajů lékáren.

[10] Vyjma léků použitých v nemocnicích.

Tab. č. 5: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle typu poskytovatele v letech 2004-2010 (mil. Kč)

Poskytovatel zdravotní péče	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1 Nemocnice	94 999	98 153	104 904	111 581	117 302	130 079	127 516
2 Ústavy	2 364	2 453	2 573	3 173	2 927	4 209	4 478
3 Zařízení ambulantní péče	46 343	48 503	50 789	55 679	62 556	74 202	71 561
3.1 Ordinace lékaře	20 047	21 401	21 289	25 157	28 550	34 806	33 776
3.2 Ordinace stomatologa	10 833	10 647	11 846	12 465	14 883	17 681	15 270
3.3 Ostatní	15 463	16 455	17 654	18 057	19 123	21 715	22 515
4 Ostatní odvětví	1 264	1 424	1 548	1 741	1 754	1 657	1 492
4.1 Domácnosti	730	819	825	893	811	729	591
4.2 Podniky	534	606	723	848	943	928	901
5 Provádění zdravotních programů	1 452	2 032	1 733	2 249	1 674	1 802	1 832
6 Lékárny a prodejci zdravotnického zboží	46 426	48 433	46 278	49 322	52 797	52 762	59 084
6.1 Lékárny	40 159	41 769	40 499	42 426	44 832	45 177	50 580
6.2 Ostatní prodejci	6 267	6 664	5 779	6 896	7 965	7 585	8 504
7 Správa systému	7 805	8 158	8 024	9 015	9 528	11 920	9 359
7.1 Státní správa	2 261	2 389	2 339	2 581	2 749	2 972	2 598
7.2 Správa zdravotních pojišťoven	5 544	5 769	685	6 434	6 779	8 948	6 761
8 Nezařazeno	8 618	9 618	10 961	9 174	15 982	15 014	8 819
Poskytovatelé zdravotní péče celkem	209 271	218 774	226 810	241 934	264 520	291 645	284 141

Zdroj: ČSÚ 2019h, vlastní zpracování

Tab. č. 6: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle typu poskytovatele v letech 2010-2017 (mil. Kč)

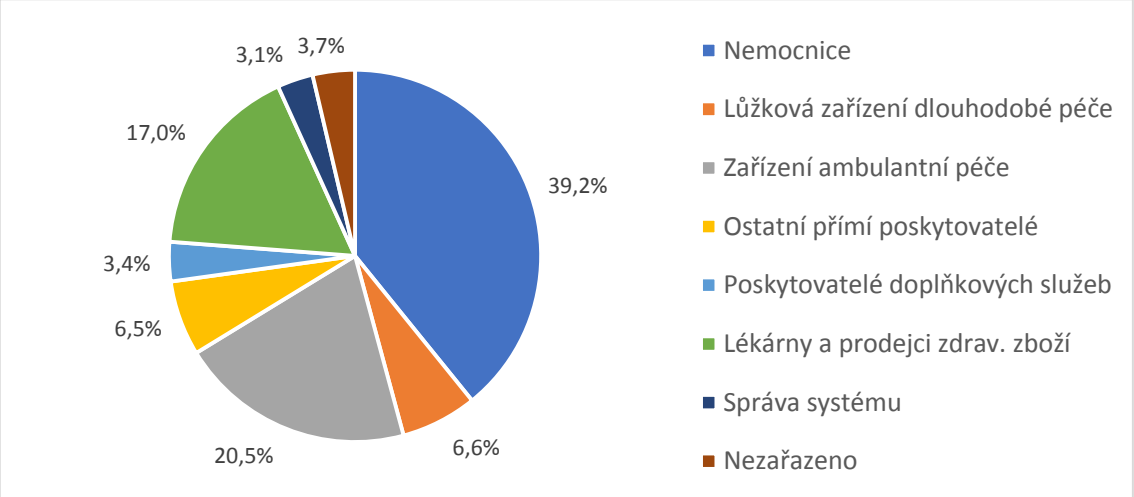
Poskytovatel zdravotní péče	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1 Nemocnice	133 211	133 567	134 498	136 679	136 872	137 195	138 935	149 191
2 Lůžková zařízení dlouhodobé péče	20 756	20 944	21 037	21 895	22 574	24 426	26 014	28 431
3 Zařízení ambulantní péče	66 878	69 798	68 801	71 780	71 988	72 856	74 342	78 513
3.1 Samostatné ordinace lékaře	37 679	37 915	37 764	39 236	38 481	40 159	41 153	42 952
3.2 Samostatné ordinace zubních lékařů	16 674	17 169	14 143	16 704	17 447	17 495	18 030	19 546
3.3 Ambulantní centra a ostatní	12 525	14 714	14 894	15 840	16 060	15 202	15 159	16 014
4 Ostatní přímí poskytovatelé	20 167	19 913	20 039	21 485	23 970	23 525	25 587	28 691
4.1 Domácnosti	13 788	13 362	13 620	14 593	15 207	15 991	17 393	18 855
4.2 Ostatní	6 379	6 551	6 419	6 893	8 763	7 534	8 194	9 836
5 Poskytovatelé doplňkových služeb	11 116	11 019	11 381	11 051	11 240	11 960	12 989	15 295
6 Lékárny a prodejci zdravotnického zboží	60 738	62 654	63 684	59 653	55 541	56 592	58 179	60 406
6.1 Lékárny	51 469	54 193	55 468	50 258	47 159	48 684	49 725	52 207
6.2 Ostatní prodejci	9 268	8 462	8 216	9 395	8 382	7 908	8 454	8 200
7 Správa systému	10 794	11 019	10 539	11 292	11 311	10 845	11 067	10 572
7.1 Státní správa	4 046	4 075	3 767	4 192	4 263	4 355	4 581	4 202
7.2 Správa zdravotních pojišťoven	6 748	6 943	6 772	7 100	7 048	6 490	6 486	6 371
8 Nezařazeno	10 429	9 166	11 933	10 885	15 234	14 639	14 535	16 289
Poskytovatelé zdravotní péče celkem	334 089	338 080	341 912	344 720	348 730	352 038	361 648	387 388

Zdroj: ČSÚ 2019g, vlastní zpracování

Opět musíme mít na paměti, že tabulky č. 5 a 6 vychází ze změněné metodiky a nelze výsledky plně komparovat. V tomto pohledu se jednotlivé kategorie, přesněji položky,

které do nich spadají, metodicky velmi liší, ačkoliv jsem se snažila je vzájemně přiblížit, a je tedy lepší tabulky analyzovat jednotlivě.

Graf č. 17: Podíl výdajů jednotlivých poskytovatelů na celkových výdajích na zdravotní péči za 2010-2017 (%)



Zdroj: ČSÚ 2019g, vlastní výpočty

Nicméně z tabulek jasně vyplývá trend, že nejvíce prostředků dlouhodobě směřuje do nemocnic (přibližně 40 %). Kolem 20 % výdajů spotřebovávají zařízení ambulantní péče, z nichž polovina připadá na samostatné ordinace lékařů a čtvrtina na ordinace stomatologů. Dále poměrně značnou částí, 17 %, se podílejí na celkových výdajích lékárny a ostatní prodejci zdravotnických pomůcek.

7.5 Shrnutí

Výdaje na zdravotní péči v ČR každým rokem rostou a tento trend bude pravděpodobně pokračovat i nadále. I přesto se zdá v porovnání s ostatními státy, že české zdravotnictví je podfinancované.

Nejvíce výdajů je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Jeho výběr však závisí na ekonomickém vývoji, kdy při nízké nezaměstnanosti se na pojistném vybere více než v období recese, a není tak zajištěn stabilní příjem. Jako problém se také jeví minimální či drobné úpravy v zákoně, které ponechávají systém zdravotní péče téměř v původní podobě z 90. let, čímž narážím i na dosud nezměněnou výši pojistného.

Dalším pozorovatelným trendem je zvyšující se spolu účast pacientů na zdravotní péči, která v současnosti dosahuje 17 %, ale v porovnání s dalšími státy je stále poměrně nízká a bylo by dobré ji zvýšit, pokud chceme udržet současný systém.

Pozornost by se měla také věnovat dlouhodobé péči, neboť demografický vývoj ukazuje, že populace stárne a délka dožití se prodlužuje. Bude tedy potřeba zajistit vzhledem k rostoucímu počtu starších lidí dostupnou péči, např. v podobě domovů pro seniory a podobných zařízení, která jsou z velké části hrazena ze státního rozpočtu. Je pravděpodobné, že státní výdaje i nadále porostou.

8 Analýza zdravotních pojišťoven ČR

V České republice v současnosti působí sedm zdravotních pojišťoven a analýza každé z nich by vydala na samostatnou práci. Zaměřila jsem se tedy na vybrané ukazatele, které mohou znázornit, jak pojišťovny v průběhu let hospodařily. Data pro analýzu jsem vybírala a třídila z jednotlivých výročních zpráv každé pojišťovny od roku 2001 do doposud zveřejněných v roce 2017. Uvádění informací a strukturu výroční zprávy upravuje vyhláška č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu.

Tab. č. 7: Počet zdravotních pojišťoven od roku 2001

Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Počet pojišťoven	9	9	9	9	9	9	9	10	9	9
Rok	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
Počet pojišťoven	8	7	7	7	7	7	7	7	7	

Zdroj: Webové stránky jednotlivých pojišťoven, autorka

Na počátku období hospodařilo celkem 9 pojišťoven a to:

- **VZP**
- **VoZP**
- **ZPŠ**
- **OZP**
- **ZPMV**
- **RBP**

- Hutnická zaměstnanecká pojišťovna (**HZP**)
- Česká národní zdravotní pojišťovna (**ČNZP**)
- Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (**ZP M-A**)

Tento stav vydržel do roku 2007, neboť následující rok vznikla nová pojišťovna: Zdravotní pojišťovna AGEL (**AGEL**). V roce 2009 došlo k velkým změnám, když se AGEL, ČNZP sloučila s HZP a toto seskupení se přejmenovalo na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu (**ČPZP**). Nezávisle na vývoji se v tomtéž roce vytvořila nová pojišťovna: Média zdravotní pojišťovna (**Média**). Nejmladší pojišťovna ale vydržela pouze dva roky, neboť nesplňovala zákonem stanovený minimální zisk pojištěnců za první rok působení a v 2011 tak přešla pod správu VZP, čímž se počet pojišťoven snížil na 7. Od té doby již nedošlo k žádné změně. Při každém slučování přešly veškeré závazky, zůstatky účtů, pohledávky i pojištěnci ze zanikající pojišťovny na přejímací.

8.1 Pojištěnci zdravotních pojišťoven

Základním ukazatelem každé pojišťovny je počet a struktura jejích pojištěnců tzv. pojistný kmen. Od toho se odvíjí, jakou částku získá z pojistného po provedeném přerozdělení nebo do jakých oblastí má směřovat prostředky na prevenci.

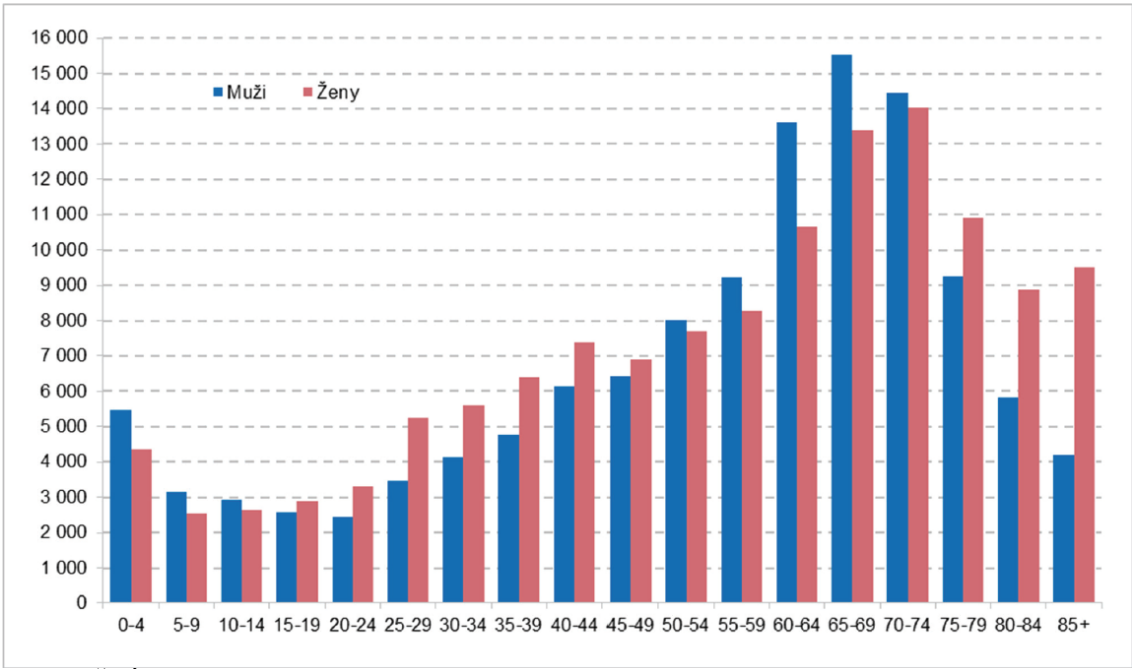
Tab. č. 8: Průměrný počet pojištěnců pojišťoven

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média	Celkem
2001	7 249 981	563 738	398 579	115 500	870 639	281 513		312 847	303 239		252 270		10 348 306
2002	7 045 953	574 770	460 214	118 500	916 799	296 750		310 446	323 365		279 040		10 325 837
2003	6 853 747	581 303	536 628	128 750	956 011	323 595		308 079	332 953		300 043		10 321 109
2004	6 728 495	574 685	591 801	125 100	995 778	340 814		307 570	333 379		311 022		10 308 644
2005	6 651 725	568 885	619 952	126 750	1 011 033	349 992		309 487	339 107		319 455		10 296 386
2006	6 576 805	568 351	641 948	129 289	1 029 956	357 584		313 007	347 289		333 210		10 297 439
2007	6 544 625	566 865	654 824	130 639	1 051 782	363 052		313 707	351 505		346 546		10 323 545
2008	6 491 318	554 130	669 095	132 261	1 088 710	378 850		310 762	360 147	10 599	368 932		10 364 804
2009	6 320 753	569 696	679 041	133 214	1 113 019	413 848	468 422				398 362	20 352	10 116 707
2010	6 264 484	590 924	691 253	133 879	1 132 178	412 797	714 142				405 249	42 261	10 387 167
2011	6 275 839	587 112	695 533	135 403	1 145 460	414 874	722 700				417 210		10 394 131
2012	6 171 190	625 714	699 674	136 959	1 186 766	416 217	845 745						10 082 265
2013	6 084 931	667 970	704 718	137 673	1 205 627	418 148	1 186 460						10 405 527
2014	5 975 170	695 592	728 722	139 319	1 239 890	428 627	1 205 872						10 413 192
2015	5 934 051	708 402	737 563	139 386	1 260 834	430 920	1 212 456						10 423 612
2016	5 920 196	700 285	727 791	141 690	1 288 409	432 793	1 232 406						10 443 570
2017	5 922 387	698 041	729 337	142 841	1 302 942	431 383	1 242 659						10 469 590

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Výše uvedená tabulka zachycuje vývoj průměrného počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven za daný rok. VZP zřetelně dominuje v počtu pojištěnců, nicméně ve sledovaném období jejich počet postupně klesal. Výjimkou je rok 2011, kdy došlo k nárůstu, ale to bylo způsobeno přechodem pojištěnců od zanikající pojišťovny Média k VZP. Teprve v roce 2017 se jí podařilo udržet pojištěnce a dokonce o 2000 tento stav navýšit. Naopak ostatním pojišťovnám od roku 2001 počet klientů rostl. Například u OZP se počet téměř zdvojnásobil a ČPZP si spojením několika pojišťoven získala silné postavení s druhým nejvyšším počtem mezi zaměstnaneckými pojišťovnami. AGEL ani Média nesplnily podmínku minimálního počtu pojištěnců za dané období a byly zrušeny.

Graf č. 18: Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR podle věku a pohlaví pojištěnců v roce 2017 (mil. Kč)



Zdroj: ČSÚ 2019, převzato

Tab. č. 9: Věkové rozložení pojištěnců VZP k 31.12.2017

Věk	Počet pojištěnců VZP	Podíl pojištěnců VZP na celkovém počtu
0-4	285 348	51,7 %
5-9	282 903	48,8 %
10-14	242 059	47,9 %
15-19	226 970	49,8 %
20-24	288 980	54,5 %
25-29	372 965	56,7 %
30-34	396 589	57,5 %
35-39	443 714	55,9 %
40-44	470 004	52,5 %
45-49	390 826	55,2 %
50-54	392 693	57,4 %
55-59	367 294	59,7 %
60-64	425 618	61,2 %
65-69	424 432	62,4 %
70-74	353 901	64,8 %
75-79	237 845	68,6 %
80-84	168 988	74,3 %
85+	155 390	78,0 %
Celkem	5 926 519	57,2 %

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017; ČSÚ 2019g, vlastní zpracování

V příjmech a výdajích pojišťovny hraje důležitou roli věk a nákladovost pojištěnců. Z grafu č. 18 je patrné, které věkové kategorie jsou nejnákladnější. Jsou to jednak nejmladší děti, které potřebují péči již od narození a dále se jedná o starší osoby ve věku přibližně od 50 let. Nejvíce výdajů spotřebují lidé v rozmezí věku 65-75 let. A právě tímto údajem poukazuji na věkové rozložení pojištěnců VZP, které je zobrazeno tabulkou č. 9. Právě ta má nejvyšší podíly starších osob ve výše zmíněných věkových kategoriích. Celých 78 % všech osob starších 85 let je pojištěno u VZP. Kvůli vysokonákladovým pojištěncům pak došlo ke spravedlivější úpravě mechanismu přerozdělování pojistného, jelikož ostatní pojišťovny mají výrazně mladší a méně nákladnější pojistný kmen.

8.2 Základní fond zdravotních pojišťoven

Základní fond nejlépe zobrazuje hospodaření pojišťoven. Do tohoto fondu přicházejí finanční prostředky z vybraného pojistného a hradí se z nich výdaje na zdravotní péči. Mimo to se z něj převádí příspěvky do dalších fondů – provozního, rezervního a fondu prevence a dále se platí různé bankovní poplatky atp.

Pro přezkoumání hospodaření ZF jsem vybrala následující ukazatele. Příjmy a výdaje ZF, které udávají skutečný pohyb finančních prostředků za daný rok. Z údajů jsem pak vytvořila saldo příjmů a výdajů ZF, zda byla pojišťovna finančně v přebytku či v deficitu. K tomu jsem navíc přidala saldo příjmů a nákladů ZF. Náklady se liší od výdajů časově v tom smyslu, že náklady vyjadřují všechny závazky vytvořené v daném roce, ale jejich uskutečnění a proplacení může nastat v jiném roce. Výdaje představují skutečné přesuny finančních prostředků v daném roce, i když závazek nastal například již v minulém roce.

Dále považuji za vhodné poukázat přímo na obdržené příjmy pojistného po přerozdělení. Ač tento údaj zmiňuji, pro komparaci pojišťoven není zásadní. Větší vypovídací hodnotu získáme, když tento příjem přepočteme na 1 pojištěnce dané pojišťovny. To samé jsem provedla pro výdaje na zdravotní péči vydaných ze ZF, tedy zaplacené závazky vůči poskytovatelům zdravotnických služeb, zahrnující i výdaje za léčení svých pojištěnců v cizině. Výdaje na prevenci nejsou zahrnuty, neboť existuje vlastní fond prevence. Opět jsem tyto výdaje vztáhla i na 1 pojištěnce.

Na závěr jsem se podívala na konečný finanční zůstatek na bankovním účtu ZF, který k saldu celkových příjmů a výdajů započítává i zůstatek z předešlého roku braný jako počáteční stav účtu a může tedy srovnat vzniklý deficit v daném roce. Poté jsem zjišťovala, zda pojišťovna v daném roce vykazovala závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti, čímž by mohla být narušena důvěra v pojišťovnu, že zvládne plnit své povinnosti vycházející z uzavřených smluv.

Některé ukazatele najdeme pouze v přílohách, neboť je neshledávám tolik podstatné, ale také se o ně opírám.

V některých následujících tabulkách můžeme narazit na označení N, které znamená, že data nebyla k dispozici. Prázdná a plná pole představují období, ve kterém daná pojišťovna fungovala nebo stále funguje.

Tab. č. 10: Průměrné příjmy z pojistného po přerozdělení na 1 pojištěnce

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	12 866	11 477	12 502	12 764	11 438	10 059		11 010	11 730		10 217	
2002	13 471	12 176	13 193	13 165	11 954	10 664		11 576	12 131		10 885	
2003	14 390	13 221	13 961	13 260	13 128	11 527		12 302	13 023		11 720	
2004	15 644	14 420	15 052	15 022	13 909	12 390		13 357	14 161		12 757	
2005	16 785	15 054	15 232	15 802	14 680	12 949		14 261	14 533		13 369	
2006	18 944	16 087	15 490	16 605	15 703	14 365		15 828	15 872		14 663	
2007	20 667	17 954	16 851	18 621	17 127	15 747		17 298	17 357		16 251	
2008	21 358	18 454	17 644	19 429	17 731	16 554		18 308	17 965	16 349	17 004	
2009	21 672	18 403	17 711	19 475	17 905	16 381	17 863				16 846	10 969
2010	21 475	18 894	18 060	19 964	18 470	17 106	18 346				17 260	13 111
2011	22 403	19 443	18 508	20 338	18 863	17 841	18 767				17 545	
2012	23 562	19 885	19 372	21 214	19 572	18 197	19 278					
2013	23 357	19 763	19 138	21 200	19 747	18 205	19 053					
2014	24 679	21 023	20 203	22 185	20 992	19 722	19 986					
2015	25 855	21 727	20 981	23 206	21 898	20 676	21 152					
2016	26 941	22 895	22 233	24 155	23 020	21 919	22 290					
2017	28 509	25 636	24 607	26 866	25 418	23 678	23 938					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Tab. č. 11: Průměrné výdaje na zdravotní péči ze ZF na 1 pojištěnce

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	12 790	11 031	11 790	12 268	11 213	9 080		9 822	10 745		9 462	
2002	13 202	12 471	12 663	13 612	11 818	10 479		11 377	11 620		10 683	
2003	14 235	13 336	13 869	13 264	12 551	11 179		12 196	12 536		11 448	
2004	15 192	14 146	14 772	14 543	13 491	12 026		12 998	13 223		11 994	
2005	16 583	15 091	14 982	15 414	14 049	12 409		13 825	14 014		12 859	
2006	18 252	15 357	15 138	14 950	14 494	13 121		14 493	14 767		12 976	
2007	18 711	16 127	15 448	16 106	14 958	13 068		14 639	14 987		13 452	
2008	20 094	17 621	16 202	17 918	15 749	14 198		16 254	15 406	8 937	14 391	
2009	21 857	18 970	18 037	19 587	17 408	15 655	17 016				15 684	10 514
2010	21 530	18 528	18 473	19 955	18 216	16 687	18 360				16 618	15 594
2011	22 412	19 592	18 281	19 968	18 525	17 289	19 117				16 989	
2012	23 074	19 107	18 537	20 611	18 830	17 623	18 994					
2013	23 106	18 913	18 403	20 522	19 471	17 839	18 424					
2014	23 702	20 463	19 239	21 270	20 847	19 426	19 814					
2015	25 108	21 387	20 249	22 750	21 708	20 442	21 045					
2016	25 509	22 252	21 221	23 890	22 664	21 331	21 549					
2017	27 105	24 428	22 544	24 761	23 743	23 121	22 774					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Tab. č. 12: Saldo příjmů a nákladů ZF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	2 743 198	136 277	146 654	42 535	-12 933	331 485		216 361	331 192		N	
2002	-5 511 602	-261 347	-454 635	-85 380	-539 317	29 818		-23 513	-40 720		N	
2003	-2 588 805	-474 405	-354 987	-84 685	-274 789	-104 553		-101 495	40 636		N	
2004	-6 542 201	-43 337	266 345	18 524	-29 950	465		-52 582	123 022		20 744	
2005	-1 420 831	-122 626	-491 396	-7 816	338 029	-627		-49 325	70 914		9 513	
2006	6 737 442	206 706	135 458	114 368	1 284 025	273 677		262 119	345 343		398 763	
2007	8 540 483	557 072	79 551	210 418	1 265 933	695 492		529 162	433 966		648 611	
2008	6 166 168	-80 235	139 590	134 168	1 346 024	614 081		464 547	660 785	67 755	596 337	
2009	-6 647 676	-825 781	-699 237	-94 041	-369 060	-48 626	1 150 481				143 582	-1 019
2010	-6 098 876	-386 441	-539 340	-32 014	-276 712	-65 989	-521 364				1 932	-45 394
2011	-3 441 888	6 131	-189 513	-28 903	-1 542 858	-65 900	-553 570				-97 929	
2012	-3 333 061	3 900	62 980	-149 002	1 527	-819 998	-1 384 611					
2013	-958 134	31 736	54 075	27 825	-485 915	-280 733	-42 479					
2014	234 868	-281 791	89 603	-38 664	-763 309	-304 246	-1 206 394					
2015	1 295 029	-253 875	-79 569	-25 999	-789 117	-243 434	-206 298					
2016	2 504 386	-315 943	-33 724	-1 791	-692 610	-194 697	-118 704					
2017	4 228 859	27 381	988 291	110 961	1 569 641	-79 747	399 425					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Tab. č. 13: Konečný zůstatek ZF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	688 725	477 378	1 422 001	329 071	380 511	614 550		346 526	597 200			
2002	51 200	123 639	1 169 067	209 080	117 433	626 120		261 917	566 818			
2003	47 248	19 614	972 013	178 037	218 100	577 231		170 448	566 438			
2004	66 959	27 360	969 956	162 764	118 999	593 525		138 315	700 699		280 620	
2005	56 067	48 492	789 204	146 171	391 272	610 956		108 871	689 792		272 993	
2006	243 208	165 800	671 471	318 866	1 076 183	871 280		344 355	885 209		672 302	
2007	6 918 756	915 674	1 270 796	565 453	2 653 681	1 639 037		986 595	1 519 038		1 439 652	
2008	10 990 453	945 058	1 866 760	686 422	4 186 576	2 310 437		1 402 269	2 188 150	72 707	2 176 543	
2009	6 329 029	411 194	1 257 220	611 318	4 111 024	2 430 293	3 734 915				2 455 516	127 617
2010	2 298 959	398 305	691 217	549 153	3 840 336	2 398 243	3 393 155				2 540 758	1 569
2011	910 771	328 228	278 501	357 521	2 361 680	1 560 193	1 508 390				1 660 096	
2012	123 471	387 644	512 398	320 024	2 567 957	1 516 419	2 533 230					
2013	396 263	612 020	521 599	309 129	2 100 146	1 411 800	2 533 560					
2014	249 530	657 665	689 128	332 465	1 620 363	1 251 502	2 085 961					
2015	907 532	439 656	758 569	302 501	1 067 729	1 090 392	1 636 813					
2016	3 079 430	476 352	953 297	234 723	716 583	1 055 599	1 636 966					
2017	5 118 356	908 200	1 891 034	415 013	2 260 915	969 432	2 146 790					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Tab. č. 14: Závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti VZP (tis. Kč)

Rok	VZP	Rok	VZP
2001	0	2010	0
2002	2 545 881	2011	0
2003	5 578 867	2012	740 362
2004	9 292 758	2013	0
2005	10 613 010	2014	0
2006	2 248 000	2015	0
2007	0	2016	0
2008	0	2017	0
2009	0		

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Výše zobrazené tabulky a dále přílohy č. 1–5 ukazují, jak si každá pojišťovna finančně vedla. Příjmy a výdaje ZF v absolutním vyjádření přibližně kopírují počet pojištěnců. Největšími příjmy i výdaji disponuje jasně VZP, a to právě kvůli vysokému počtu pojištěnců.

Samotné **příjmy z pojistného po přerozdělení** se od celkových příjmů příliš neliší, neboť právě pojistné tvoří hlavní zdroj pojišťoven. Zajímavé je sledovat změnu mezi roky 2004 a 2005, kdy se postupně přecházelo na nový mechanismus přerozdělování pojistného a začalo se zohledňovat kromě počtu pojištěnců i nákladovost pojištěnců. Na této změně nejvíce získala **VZP**, které se oproti roku 2004 zvýšil příjem z pojistného o více než 6 mld. Kč, zatímco ostatní pojišťovny průměrně získaly 300 mil. Kč. Právě VZP má dlouhodobě nejnákladnější pojištěnce, má vysoký podíl starší populace oproti ostatním pojišťovnám, tzn. pacienty, kteří spotřebovávají nejvíce péče. Proto v období před změnou se VZP potýkala s velkými problémy, kdy nedokázala příjmy pokrýt veškeré výdaje. V roce 1997 byla nucena si dokonce vzít úvěr od konsolidační banky. Ten pomohl pojišťovně jen na krátkou dobu, ale její dlouhodobé problémy nevyřešil. Proto v roce 2005 uvítala změnu, která plně zohledňuje věkovou strukturu a náklady. Díky tomu nejdříve snížila dluhy z předešlých let a následující tři roky byla v přebytku ZF.

Více vypovídající a zajímavější jsou **průměrné příjmy z pojistného přepočtené na 1 pojištěnce**. Tím, že odstraníme vliv počtu pojištěnců, získáme porovnatelnou hodnotu.

V tabulce č. 10 jde dobře vidět, že VZP má opravdu nejnákladnější pojištěnce, neboť z pojistného získává nejvíce prostředků na 1 pojištěnce, a to o téměř 2000 Kč více v roce 2017 oproti druhé pojišťovně v pořadí, ZPŠ.

Také **výdaje na zdravotní péči** (ze ZF) dlouhodobě rostou. U některých pojišťoven se výdaje od roku 2001 do roku 2017 téměř čtyřnásobily. Například **ČPZP**, která je evidována v obchodním rejstříku teprve od roku 2009, již stihla své výdaje navýšit na 3,5násobek, což je dáno rostoucím počtem pojištěnců přicházejících z několika sloučených pojišťoven. Růst výdajů určuje především růst cen léků, zdravotnických pomůcek nebo růst platů ve zdravotnictví. **V přepočtu na 1 pojištěnce** vydává nejvíce peněz, stejně jako u příjmů z pojistného, VZP, což opět může ukazovat na její nákladovost. Ostatní pojišťovny se udržují v rozpětí 2000 Kč mezi sebou.

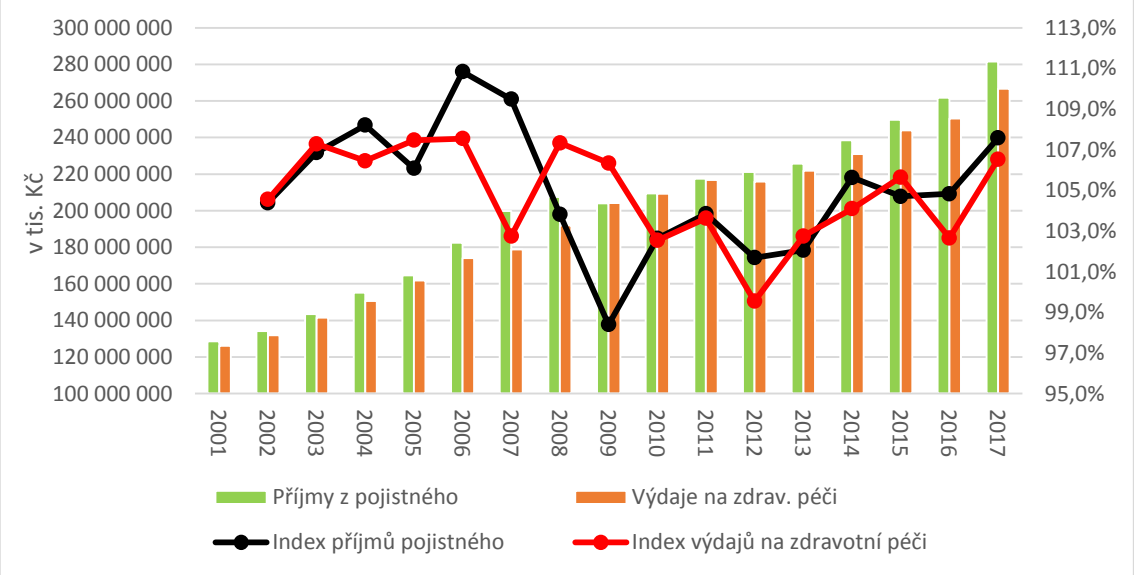
Saldo příjmů a nákladů ZF poukazuje na nedostatky nastavení systému zdravotnictví. Přebytky jsou zobrazeny v bílém poli a deficity zvýrazněny modrou výplní. Z tabulky vyplývá, že výsledky hospodaření se odvíjejí do velké míry z vývoje ekonomiky. Deficity pojišťoven vznikají v obdobích recese a pomalejšího růstu hospodářství, kdy nezaměstnanost dosahuje 6-8 %, tj. v letech 2002-2005 a 2009-2016, neboť s rostoucí nezaměstnaností (menším počtem pracujících) se vybere méně prostředků na pojistném. Přesto příjmy i výdaje každoročně, až na několik výjimek, rostly, a to v souvislosti s růstem mezd a platů, zvyšováním minimální mzdy a růstem cen.

Konečný zůstatek běžného účtu ZF zůstal v kladných číslech v celém období a ve všech pojišťovnách navzdory deficitům příjmů a výdajů (nákladů). Ty byly vyrovnány buď nastřádanými zůstatky z minulých let nebo byly převedeny prostředky z rezervního fondu, který je na tyto případy určený.

Posledním ukazatelem jsou z**ávazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti**. Ty reprezentuje tabulka č. 14, která zobrazuje tyto závazky pouze u **VZP**, neboť ostatní pojišťovny žádné nevykazovaly za celé sledované období. Nezaplacení závazků ve stanovené lhůtě snižuje důvěryhodnost instituce u zdravotních zařízení. I VZP, která dominuje mezi pojišťovnami, by měla dostát svým povinnostem včas. VZP evidovala v letech 2002-2006 závazky po lhůtě splatnosti. Důvodem, proč k tomu docházelo, můžeme z části nalézt ve špatně nastaveném systému přerozdělování, který, jak už jsem zmínila, se od roku 2005 změnil a pojišťovna po dvou letech již neregistrovala žádné dluhy vůči poskytovatelům. Nicméně v roce 2012 opětovně nastala

situace, kdy nestačila zaplatit všechny smluvené závazky. Jako důvod zpoždění úhrad pojišťovna uvedla vyčerpání finančních rezerv v období ekonomické recese trvající od roku 2008, čímž opět narážíme na silnou provázanost s ekonomickými cykly. Aby VZP zabránila narůstání závazků po lhůtě splatnosti a pomohla své bilanci, získala v lednu 2013 nejdříve předsunutou platbu za státní pojištěnce ve výši 2,5 mld. Kč splatnou v listopadu a dále v prosinci pak návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu ve výši 1,7 mld. Kč. Díky těmto opatřením a některým interním úsporám se podařilo na konci roku nemít žádné neuhrazené závazky, a to i v dalších letech, ve kterých se ale vývoj ekonomiky začal zlepšovat. Osobně si myslím a nevylučuji, že v případě příchodu další ekonomické recese, a především při zvyšující se nezaměstnanosti dosahující nad 6 %, nedojde ke stejné situaci jako v roce 2012 a 2013. Tyto problémy VZP mohou být také jednou z příčin dlouhodobého poklesu počtu jejich pojištěnců.

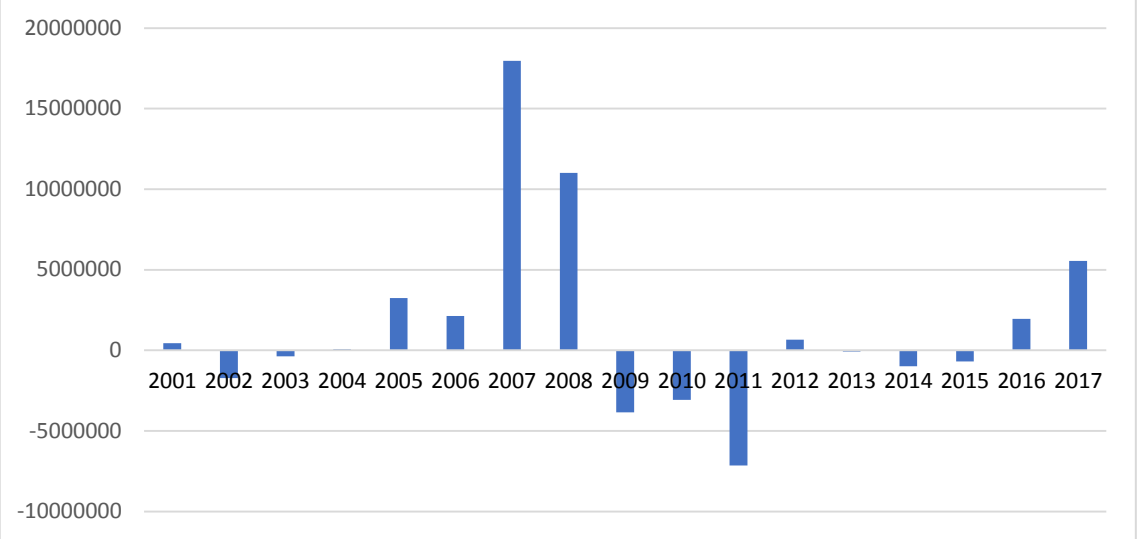
Graf č. 19: Vývoj příjmů po přerozdělení a výdajů na zdravotní péči všech zdravotních pojišťoven v období 2001-2017 (tis. Kč; %) [11]



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

[11] Indexy příjmů a výdajů jsou počítány metodikou SOPR, tedy poměřuje se dané období se stejným obdobím předchozího roku. V tabulkách příloh tyto indexy najdeme pod označením t/t-1

Graf č. 20: Saldo příjmů a výdajů ZF všech zdravotních pojišťoven v období 2001-2017 (tis. Kč)



Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Výše uvedené dva grafy představují souhrn za všechny pojišťovny. První ukazuje **vývoj příjmů z pojistného** (vypočtených jako suma příjmů jednotlivých pojišťoven) **a výdajů na zdravotní péči** (jako suma výdajů jednotlivých pojišťoven)[12] a zároveň jejich **procentní změnu oproti předchozímu roku**. Každý rok, mimo rok 2009, byly celkové příjmy z pojistného vyšší než výdaje na zdravotní péči. To samé se ale nedá říci o jejich meziročním růstu/poklesu. Zde nenajdeme žádný zřejmý trend. Pouze poslední dva roky rostou příjmy rychleji než výdaje a dle mého názoru tomu bude stejně v roce 2018, neboť nadále se snižuje nezaměstnanost a mzdy rostou poměrně vysokým tempem, čímž by mělo stále docházet k navyšování vybraného zdravotního pojištění.

Druhý graf pak znázorňuje **sumu salda příjmů a výdajů ZF všech pojišťoven**, který přibližně kopíruje vývoj makro indikátorů a období růstu a poklesu celé ekonomiky.

8.3 Rezervní fond zdravotních pojišťoven

Rezervní fond má sloužit při neočekávaných výdajích spojených s epidemií nebo přírodními pohromami. Jeho hlavním účelem je ale především krytí ztrát základního fondu. Všechny pojišťovny mají zákonem stanovenou minimální výši. Do roku 2003 činil limit 3 % průměrných ročních výdajů ZF za 3 předcházející roky a od roku 2004 se

[12] Vypočtené hodnoty najdeme v příloze č. 4 a 5.

snížil o polovinu na 1,5 %. Podle tehdejší ministryně zdravotnictví Marie Součkové se jedná o umrtvené peníze, které se dají využít (Pergl 2003).

Prostředky do RF plynou z přídělu ZF, ale teprve v okamžiku, kdy jsou převedeny prostředky na provozní fond a uhrazeny všechny splatné závazky. Dalšími zdroji mohou být dary, výnosy z držby a prodeje cenných papírů a také je do RF fondu převedena kauce u nově vzniklé pojišťovny.

V tomto fondu jsem se zaměřila na plnění zákonem stanovené minimální výše. Konkrétně jsem sledovala konečný zůstatek finanční strany RZ, který představuje skutečné finanční prostředky na běžném účtu RZ ihned k použití, kde najdeme i zisky z držby a prodeje cenných papírů, pokud nějaké pojišťovna měla, ale nikoliv samotnou hodnotu držených cenných papírů. Tyto údaje jsem porovnala s vypočteným zákonným minimálním limitem, viz. příloha č. 6 a 7.

V následující tabulce pak najdeme z kolika procent tento limit pojišťovny naplňovaly v každém roce. Tmavší zelená výplň značí plnění v rozmezí 0-94,9 %, světle zelená výplň 95-99,9 % a bílá výplň znamená, že v RF měly alespoň minimální výši, tedy splnily limit na 100 a více procent.

Poslední ukazatel říká, na kolik dní by vystačily finanční prostředky RZ na úhradu zdravotní péče ze ZF za předpokladu, že by toto byly jediné prostředky, kterými pojišťovna disponuje a žádné jiné v tu chvíli nemůže získat.

Tab. č. 15: Plnění minimální výše RF (%)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	0,0%	200,0%	96,4%	91,6%	100,4%	108,3%		102,2%	70,0%		102,6%	
2002	0,0%	103,5%	253,4%	100,4%	100,1%	106,6%		102,7%	100,0%		100,9%	
2003	0,0%	92,5%	197,6%	90,1%	86,4%	188,0%		95,4%	100,0%		100,5%	
2004	0,0%	101,1%	55,0%	91,2%	100,0%	99,8%		100,5%	102,9%		100,2%	
2005	0,0%	100,3%	63,0%	93,6%	99,4%	100,0%		99,8%	100,0%		100,1%	
2006	0,0%	99,6%	82,5%	96,0%	100,0%	100,0%		94,6%	100,0%		100,1%	
2007	101,9%	97,6%	79,5%	98,5%	100,4%	100,0%		94,9%	100,0%		100,1%	
2008	104,8%	98,6%	88,1%	98,7%	97,7%	99,9%		96,0%	100,0%	x	100,0%	
2009	102,3%	98,4%	91,2%	95,5%	100,2%	100,1%	100,0%				100,0%	x
2010	96,6%	96,1%	84,1%	91,1%	89,1%	100,0%	100,0%				100,0%	x
2011	0,0%	98,1%	94,5%	94,2%	75,3%	100,0%	100,0%				100,0%	
2012	0,0%	99,9%	96,4%	96,9%	80,1%	100,0%	100,0%					
2013	0,0%	99,2%	74,6%	97,6%	80,7%	100,0%	100,0%					
2014	0,0%	95,4%	75,2%	98,4%	86,3%	100,0%	100,0%					
2015	54,2%	93,6%	73,5%	100,0%	87,0%	100,0%	100,0%					
2016	75,9%	99,8%	100,0%	100,0%	96,3%	100,0%	100,0%					
2017	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Tab. č. 16: Zásoba RF ve dnech

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	0	18	7	8	8	10		11	6		8	
2002	0	9	19	9	8	9		10	9		8	
2003	0	8	14	8	8	16		9	9		8	
2004	0	5	2	5	5	4		5	5		5	
2005	0	5	3	5	5	5		5	5		5	
2006	0	5	4	5	5	5		5	5		5	
2007	5	5	4	5	5	5		5	5		5	
2008	5	5	4	5	5	5		5	5	193	5	
2009	5	5	4	4	5	4	7				4	86
2010	5	5	4	5	4	5	5				5	28
2011	0	5	5	5	4	5	5				5	
2012	0	5	5	5	4	6	7					
2013	0	5	4	5	4	6	7					
2014	0	5	4	5	4	5	5					
2015	3	5	4	5	4	5	5					
2016	4	5	5	5	5	5	5					
2017	5	5	5	5	5	5	5					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Nejlépe **plnily minimální rezervu** pojišťovny **M-A** a **ČPZP**. Ani v jednom roce nemusely z RF vyrovnávat schodek ZF, k tomu jim stačily zůstatky ZF z minulých let. Podobný vývoj měla i **RBP**. Ta dokonce v roce 2003 převyšovala minimální výši o 88 %. V roce 2004 a 2008 se nepatrně o 0,2 % dostala pod hranici, ale účetní zůstatek odpovídal minimu. Ačkoliv je RBP již posledních 9 let ve ztrátách účtu ZF, stále tyto rozdíly kryje z nastřádaných prostředků z dřívější doby, které se postupně tenčí. Jako jediná měla i v roce 20017 záporné saldo příjmů a nákladů ZF a ve svém zdravotně pojistném plánu pro rok 2018 také počítá s mínusovými hodnotami, a to i přesto, že se nacházíme v příznivém období pro tvorbu kladných zůstatků.

Na opačném konci se nachází **VZP**. Ta měla během let poměrně velké problémy, kdy saldo příjmů a nákladů ZF se dostalo v roce 2004 do ztráty až 6,5 mld. Kč. Bohužel neměla vysoké zůstatky z let minulých a byla tak nucena vyčerpat celý rezervní fond a jeho každoroční příděly. Od roku 2001 do roku 2006 činil zůstatek na RF pouhých 6000 Kč. Díky několika již dříve zmíněným faktorům dokázala v letech konjuktury 2007-2009 doplnit fond a splňovat minimální výši. Ovšem krize z roku 2008 opět donutila VZP k použití rezervního fondu a v letech 2012-2014 dosahoval jeho zůstatek 12 000 Kč. Posléze se již nacházela v plusových číslech, a to díky hospodářskému růstu a různým opatřením a v roce 2017 dosáhla plnění 100 %. Místopředseda správní rady VZP dokonce v lednu 2019 uvedl, že chce pojišťovna mít v rezervním fondu více než šestinásobek zákonného minima, tj. 16 mld Kč (Malý 2019). Doufejme, že v těchto příznivých letech si vytvoří dostatečné rezervy pro budoucí krizová období.

Zbývající pojišťovny téměř nečerpaly prostředky z RZ, pouze **VoZP** v roce 2002 a **OZP** v roce 2004. Ostatní změny jsou pak z valné většiny způsobené nákupy cenných papírů, např. u ZP MV v letech 2010 a 2011 nebo u OZP v roce 2013. Hodnoty, které mají 98-99,9 %, se ve výročních zprávách interpretují jako splněné, protože z účetního hlediska jsou na úrovni zákonného minima a jejich finanční dorovnání často nastane v lednu následujícího roku.

V tabulce č. 16 nalezneme **zásobu RF přepočtenou na dny**, tedy na kolik dní by vystačily rezervy pojišťoven k úhradě zdravotní péče při výpadku ostatních zdrojů. Ukazuje se, že při 100% plnění zákonného limitu dokážou pokrýt 5 dnů. V době, kdy byla povinná 3% výše, by postačily přibližně na 10 dnů. V ojedinělých případech až 19 dnů. Samozřejmě toto je pouze hypotetický výpočet, protože se nepředpokládá, že by pojišťovně vypadly veškeré příjmy, že by například ani stát neposílal peníze za státní

pojištěnce. Pojišťovny AGEL a Média jsou velmi specifické, neboť se na trhu pojišťoven pohybovaly velmi krátce a neměly tak ani vymezenou minimální výši fondu a jejich rezervy byly vysoké díky kauci, kterou skládaly při jejich vzniku.

8.4 Provozní fond zdravotních pojišťoven

Provozní fond zdravotní pojišťovny byl zřízen na úhradu nákladů na její činnost. Jedná se například o platy zaměstnanců, nákup běžného hmotného či nehmotného majetku. Současně z něj plynou příděly do dalších fondů – sociálního fondu určeného k zabezpečení kulturních a sociálních potřeb zaměstnanců pojišťovny, fondu reprodukce majetku, kterým se pořizuje a odepisuje majetek a také do rezervního fondu.

Zdroje získává především ze ZF v zákonem stanovené maximální výši. V současné době se pohybuje kolem 3 % příjmů ZF, přesná výše se odvozuje od počtu pojištěnců dané zdravotní pojišťovny. Dále to mohou být příjmy z prodeje dlouhodobého majetku a jiné příjmy uvedené ve vyhlášce o fondech.

V této části jsem svou pozornost upřela na výdaje PF. V příloze č. 8 najdeme pro představu jejich absolutní výši. Pro lepší komparaci mezi pojišťovnami jsem tyto čísla opět převedla na výdaje PF na 1 pojištěnce. Dále jsem se rozhodla tyto výdaje vztáhnout k výdajům ZF a na závěr jsem provedla saldo příjmů a výdajů PF, zda pojišťovny dokáží svými omezenými zdroji zaplatit všechny své závazky.

Tab. č. 17: Průměrné výdaje PF na 1 pojištěnce

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	389	737	N	480	446	380		450	499		N	
2002	460	495	N	455	407	477		445	421		N	
2003	499	457	N	529	393	408		475	454		N	
2004	547	459	582	699	401	404		510	1 111		449	
2005	571	427	1 085	625	425	377		569	534		442	
2006	636	470	967	579	441	381		553	466		461	
2007	729	712	976	549	491	451		586	505		512	
2008	676	518	902	877	507	715		789	615	6 704	580	
2009	732	630	903	679	914	693	970				748	4 985
2010	661	561	729	734	1 354	644	663				609	3 447
2011	704	1 012	852	750	1 052	700	658				609	
2012	705	596	881	755	1 386	607	733					
2013	665	566	838	662	798	616	637					
2014	665	573	689	644	584	627	620					
2015	649	497	765	661	594	610	598					
2016	746	582	587	681	625	666	594					
2017	716	610	635	766	605	699	681					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Tab. č. 18: Výdaje PF vyjádřených v % výdajů ZF

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	2,95%	6,20%	N	3,72%	3,70%	3,86%		4,32%	4,31%		N	
2002	3,36%	3,77%	N	3,17%	3,30%	4,28%		3,73%	3,42%		N	
2003	3,38%	3,34%	N	3,86%	2,95%	3,39%		3,73%	3,41%		N	
2004	3,47%	3,13%	3,77%	4,53%	2,81%	3,16%		3,75%	7,95%		3,55%	
2005	3,41%	2,78%	6,96%	3,87%	2,88%	2,85%		3,91%	3,60%		3,29%	
2006	3,38%	2,92%	6,15%	3,75%	2,90%	2,75%		3,64%	3,02%		3,41%	
2007	3,60%	4,23%	6,10%	3,22%	3,10%	3,25%		3,82%	3,21%		3,63%	
2008	3,25%	2,77%	5,36%	4,66%	3,05%	4,74%		4,61%	3,75%	69,61%	3,85%	
2009	3,22%	3,22%	4,83%	3,33%	5,02%	4,24%	5,44%				4,59%	106,11%
2010	2,96%	2,93%	3,84%	3,54%	7,17%	3,71%	3,46%				3,53%	21,40%
2011	3,03%	5,01%	4,44%	3,40%	5,17%	3,47%	3,05%				3,09%	
2012	2,93%	2,98%	4,61%	3,47%	7,08%	3,28%	3,69%					
2013	2,79%	2,88%	4,36%	3,10%	3,93%	3,29%	3,32%					
2014	2,66%	2,71%	3,44%	2,91%	2,71%	3,09%	3,01%					
2015	2,49%	2,23%	3,65%	2,81%	2,64%	2,88%	2,76%					
2016	2,77%	2,51%	2,66%	2,75%	2,66%	3,01%	2,65%					
2017	2,51%	2,40%	2,71%	2,98%	2,48%	2,91%	2,88%					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Tab. č. 19: Saldo příjmů a výdajů PF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	-48 517	24 804	N	8 471	58 484	8 990		2 985	-1 194		N	
2002	-33 407	33 153	N	13 194	-47 628	-7 510		2 749	31 367		N	
2003	233 077	-126 153	N	-18 772	189 042	18 645		782	146 757		N	
2004	-1 118	105 613	150 511	6 037	-13 776	26 947		-6 545	-76 776		13 675	
2005	3 334	-84 203	77 685	-14	83 522	44 924		24 315	27 723		21 455	
2006	-812 641	63 263	31 808	-17 461	83 080	59 030		8 503	52 914		15 895	
2007	963 193	-35 032	90	51 090	148 561	54 133		15 396	42 835		31 166	
2008	788 027	99 490	113 135	-17 976	131 940	-30 246		-14 379	62 114	17	31 422	
2009	-246 551	-80 261	-33 354	2 936	81 765	6 106	-129 604				-60 688	-18 528
2010	-973 986	-10 547	40 071	1 415	36 389	-36 806	-23 624				-18 648	9 097
2011	-220 755	-29 509	-99 975	-18 919	28 840	-12 767	37 174				21 891	
2012	437 717	-22 541	5 511	34 462	38 806	31 574	73 997					
2013	-527 713	44 960	167 314	9 369	162 014	5 410	47 093					
2014	2 135 979	-28 153	126 919	18 953	-12 699	23 285	79 769					
2015	-1 254 762	135 586	86 378	10 281	94 454	13 323	18 890					
2016	2 307 424	-32 212	126 057	11 986	108 017	6 486	177 612					
2017	2 663 182	9 561	187 071	10 464	-82 361	16 589	84 049					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Výdaje na provozní činnost zdravotních pojišťoven se téměř u většiny zdvojnásobily za sledované období. Určitou roli zde hraje růst mezd v ekonomice, protože nejnákladnější položkou ve výdajích PF jsou právě mzdy zaměstnanců. Naopak výdaje vztažené k výdajům ZF postupně klesají a v posledních letech se nacházejí pod 3 %. Pojišťovny ve svých výročních zprávách uvádějí, že se samy snaží mít provozní výdaje nižší, než je vypočtený maximální limit, aby nevyčerpané prostředky mohly převést zpět do ZF a využít je na potřeby svých pojištěnců, případně s nimi dorovnat RZ do zákonného minima.

V některých letech došlo v uvedených datech k výkyvům nejlépe pozorovatelných na výdajích na 1 pojištěnce. Velmi zřetelnou odchylku najdeme u VoZP v roce 2011, kdy oproti předcházejícímu roku vzrostly procentní body téměř na dvojnásobek. Toto zvýšení však bylo ze strany pojišťovny plánované, když převedla 250 mil. Kč z fondu reprodukce majetku přes PF do ZF. Dále OZP v roce 2005 nakoupila cenné papíry v hodnotě bezmála 400 mil. Kč, aby zhodnotila své volné finanční prostředky. ZP MV v letech 2009-2012 realizovala nejdříve prodej budovy a zisk z ní byl převeden na FRM. Poté několikrát nakoupila cenné papíry, čímž zvýšila po tuto dobu výdaje PF, ale následně se vrátily na předcházející úroveň. Poslední větší skok najdeme v roce 2004 u HZP, který byl způsobený převodem z prodaných cenných papírů do FRM.

Ani saldo běžného účtu PF pojišťoven nezůstalo vždy v kladných hodnotách. Nejvíce záporných rozdílů evidovala VZP a VoZP. U druhé zmíněné byl důvodem nižší příděl ze ZF, protože byly potřeba prostředky na uhrazení zdravotní péče pojištěnců, čímž vznikl nepoměr mezi příjmy a výdaji. VZP taktéž převáděla menší prostředky ze ZF, než s čím počítala v plánech. Ostatní pojišťovny také zaznamenaly nižší příjmy než výdaje, ale ne již v takové míře.

8.5 Zhodnocení

Analýza zdravotních pojišťoven ukázala, jak hodně jsou pojišťovny závislé na vývoji ekonomiky, především na míře (ne)zaměstnanosti obyvatelstva. V období hospodářského růstu dosahují jejich salda kladných hodnot a jsou schopné vytvářet rezervy. Naopak v období poklesu a recese vyčerpávají své nastřádané zůstatky a v některých případech dokonce musely použít i rezervní fond ke krytí ztrát. Zatím se zdá, že pojišťovny jsou schopné v horizontu jednoho ekonomického cyklu, tedy při

prostřídání relativního růstu a poklesu, být v průměru vyrovnané. Jejich zůstatky na účtu ZF byly v každém roce v plusu. Nicméně osobně toto nepovažuji za vhodnou a dlouhodobě udržitelnou cestu.

Po prozkoumání jednotlivých zdravotních pojišťoven musím konstatovat, že nejhorších výsledků dosáhla **VZP**. Během sledovaného období měla několikrát vysoké ztráty, které musela financovat z rezervního fondu, ovšem i ten vyčerpala a byla nucena si zažádat o finanční pomoc od státu. Navíc jako jediná evidovala závazky po lhůtě splatnosti, což jenom dokazuje, že se nacházela ve velkých problémech. Jako pozitivum vidím snahu snižovat provozní náklady po roce 2007. Poslední uvedený rok 2017 byl pro ni úspěšný a doufám, že další roky nebudou jiné.

Mezi nejúspěšnější ze zdravotních pojišťoven řadím **ČPZP**. Dobře se vypořádala se slučováním tří pojišťoven do jedné v roce 2008. Jako ostatní pojišťovny měla i ČPZP v období poklesu ekonomiky záporná salda příjmů a výdajů, ale ani v jednom roce nemusela využít rezervní fond a po celou dobu tak udržovala zákonnou výši na 100 %. V ukazatelích na jednoho pojištěnce se nijak nevymykala od ostatních, PF udržuje v dobré a vyrovnané kondici a lze říci, že se svými zdroji nakládala v rámci možností nejlépe, nejefektivněji.

Zbylé pojišťovny se nijak nevymykaly průměru, ani vysloveně nepropadly. **OZP** má již od roku 2012 na rozdíl od jiných pojišťoven každoroční přebytky ZF (z rozdílu příjmů a výdajů). Avšak i ona se dříve nevyhnula zápornému rozdílu v příjmech a nákladech a v roce 2004 musela využít prostředky RF a dlouhou dobu nesplňovala zákonný limit. Na druhé straně v příjmech a výdajích na 1 pojištěnce dosahuje jedné z nejnižších hodnot a záporné saldo z PF zažila pouze dvakrát. Z mého pohledu tedy hospodařila s penězi dobře.

VoZP a **ZP MV** hodnotím průměrně. Kladně cením jejich nízké provozní výdaje v % k ZF a na 1 pojištěnce v posledních letech. Saldo PF nijak zvlášť nehovoří pro VoZP, kdy více než polovinu let ze sledovaného období měla mínusové rozdíly. Navíc v roce 2002 čerpala RF k doplnění ZF, ale jinak si stabilně udržovala finanční prostředky téměř v zákonném minimu (kolem 98 %). ZP MV se nacházela na podobné úrovni, s tím rozdílem, že nepotřebovala použít RF.

ZPŠ a **RBP** také nedopadly ve srovnání špatně. ZPŠ byla sice ze všech pojišťoven nejvíce krát ztrátová co týče ZF, ale přesto nemusela použít RF. A to ani RBP, která ale

jako jediná má ztrátové saldo příjmů a výdajů i v roce 2017 v době relativní prosperity pojišťoven. Zlepšit by se obě mohly ve výdajích na provozní činnost, které mají v % ZF dlouhodobě nejvyšší.

ČNZP, **HZP** a **M-A**, které v průběhu let přešly pod správu nově vzniklé ČPZP, vykazovaly všechny ve své době slušné výsledky. U žádné nenastaly větší problémy, nedošlo k čerpání RZ a od zákonného limitu se jen nepatrně odchylovaly. V hodnotách přepočtených na 1 pojištěnce nijak nevybočovaly a musím tedy říci, že hospodařily rozvážně.

Pojišťovny **AGEL** a **Média** v práci téměř nehodnotím, neboť jejich krátká působnost na trhu pojišťoven nestačí ke zhodnocení, teprve si budovaly svou pozici a jejich hodnoty se tak v mnoha ukazatelích výrazně liší od dlouhodobě fungujících pojišťoven.

8.6 Doporučení

Po detailním prozkoumání zdravotních pojišťoven a celkových výdajů na zdravotní péči musím říci, že na financování českého zdravotnictví je stále co zlepšovat.

Rezervu pozoruji v nízké spoluúčasti pacientů, ta je pátá nejnižší v Evropě. Opětovné zavedení regulačních poplatků by mohlo přinést alespoň malou část chybějících financí ve zdravotním sektoru. Další možností je zpřístupnit lepší zdravotní služby a produkty těm, kteří je chtějí a jsou ochotni za ně zaplatit, ale s tím, aby se nesnížila kvalita péče ostatním občanům, kteří si nemohou dovolit platit nad rámec pojištění.

Co se týče zdravotních pojišťoven, správným krokem byla změna v přerozdělovacím mechanismu pojistného dle nákladovosti a potřeby léků jejích klientů. Nicméně pokud se již přerozděluje 100 % pojistného, zdá se mi efektivnější vytvořit jeden centrální účet, kam by přicházely platby od zaměstnanců a za státní pojištěnce, které by byly hned ve správném poměru rozděleny mezi pojišťovny. Dnešní systém zatím funguje tak, že zaměstnanci odvádí pojistné přímo na účet své pojišťovně a teprve pak dojde k zúčtování mezi pojišťovnami a případnému přesunu části pojistného jiné pojišťovně.

Dále zde, dle mého názoru, chybí uzákoněná valorizace plateb za státní pojištěnce, díky čemuž by docházelo k pravidelnému navyšování plateb bez možnosti zasahování vlády a která by pomohla pojišťovnám při sestavování dlouhodobějších plánů.

Moje poslední doporučení se týká konkurenčního prostředí pojišťoven. Po přečtení zákonů a výročních zpráv pojišťoven jsem byla překvapena, jaké množství věcí je regulováno a jak moc jsou pojišťovny svazovány zákonem, ať už se jedná o limity jednotlivých fondů nebo určování, v čem se mohou pojišťovny lišit. Tím zůstává jen malý prostor pro vlastní rozhodování pojišťovny a nabízené služby, což se promítlo i do zhodnocení zdravotních pojišťoven. Ptám se tedy, proč máme sedm zdravotních pojišťoven, pokud nemají možnost mezi sebou soupeřit. Věřím, že správným právním nastavením konkurenčního trhu s pojišťovnami, by mohlo dojít k efektivnějšímu řízení pojišťoven a také by mohlo vytvořit tlak na ceny zdravotní péče a léčiv.

Závěr

Zvolená oblast bakalářské práce, kterou je zdravotnictví a zdravotní pojišťovny v České republice, je diskutovaným tématem v každé době, jelikož se dotýká celé populace. Každý rok probíhají debaty o navyšování platů lékařům a zdravotním sestrám, nedostatku lůžek pro nevyléčitelně a dlouhodobě nemocné osoby a mnoho dalších. Jako problém se jeví nedostatek financí. Po přezkoumání dané problematiky jsem toho názoru, že Česká republika bude v současnosti a v příštích letech čelit nesnadnému úkolu, jak zajistit udržitelnost zdravotního systému do budoucnosti s ohledem na stárnutí populace, včetně zlepšení nastavení a fungování zdravotních pojišťoven.

Na samém počátku teoretické části bylo vymezeno pro snadnější orientaci v tématu některé pojmy související se zdravotnictvím, jako je zdravotní péče nebo zdravotní systém. V následující kapitole bylo snahou podat nestranný přehled o názorech ekonomů na roli státu v ekonomice. Zde se vymezily dva hlavní proudy. První skupinu, v čele s Rothbardem nebo Friedmanem, charakterizuje společný pohled na stát jako na hlídače, který pouze zajišťuje a kontroluje dodržování práv a svobod a pokud možno nechává rozhodování na tržních silách. Naopak sociální stát má cíleně vytvořit jistoty pro své občany, jelikož skutečný trh je nedokonalý. Právě selhávání trhu je jedním z důvodů zasahování státu i v oblasti zdravotnictví. Dalšími důvody, které jsem v práci uvedla, jsou například asymetrické informace mezi lékařem a pacientem nebo externality v podobě přenosných nemocí. Osobně se spíše přikláním k liberálním myšlenkám, neboť věřím, že špatně provedená regulace státu může uškodit více než nedomýšlené důsledky jednání jedinců v tržní směně. Na druhé straně se ztotožňuji s některými uvedenými výroky ke zdůvodnění intervencí ve zdravotnictví. Například, aby lékař mohl praktikovat činnost pouze po složení příslušných zkoušek, čímž se zamezí nákladům spojených s nesprávně stanovenou diagnózou pacienta.

Zásadní část teoretické části tvoří kapitola zabývající se systémem zdravotnictví, která je hlavním východiskem k praktické části. Zde byly vysvětleny základní modely zdravotnických systémů vyskytujících se v různých zemích, rozdíl mezi veřejným a zdravotním pojištěním a používané metody úhrady zdravotní péče. Z popsaných modelů se ukázalo, že ani jeden není lepší než ten druhý, a že každý systém má své stinné a světlé stránky. Záleží tedy na státu, jak si ho uzpůsobí svým podmínkám.

Praktická část se zaměřovala na zdravotnictví v českém prostředí. Z analýzy právního rámce vyplynulo, že původní nastavení systému z roku 1993 nedoznalo za sledované období mnoha zásadních úprav. Nicméně veřejností velmi diskutovanou změnou bylo zavedení regulačních poplatků v roce 2008 při návštěvě lékaře nebo pohotovosti. Tímto opatřením se zásadně snížilo využití pohotovosti oproti předchozímu roku o 36 % a poplatky ročně přinesly do zdravotnictví kolem 5 mld. Kč. I přes tyto plynoucí příjmy byly opozicí zrušeny v roce 2015. Výraznou změnou k lepšímu prošel mechanismus přerozdělování pojistného zdravotním pojišťovnám, který začal zohledňovat věk, nákladovost a zároveň spotřebu léčiv klientů pojišťoven, díky čemuž se největší pojišťovna VZP dostala z velkých ztrát a v současnosti vytváří i přebytky.

Součástí praktické části byla dále analýza výdajů na zdravotní péči v ČR, která uvádí, že v roce 2017 činily přes 7,5 % HDP. V porovnání se zeměmi v EU se ČR nachází hluboce pod průměrem. ČR má také nízký podíl výdajů financovaných ze soukromých zdrojů v čele s domácnostmi. Právě poměrně nízká spoluúčast pacientů, ač se za sledované období zvýšila o 7 %, představuje jeden z možných kroků, jak navýšit potřebné prostředky ve zdravotnictví. Navrhuji navrátit regulační poplatky a dále jsem pro umožnění placení nadstandardních služeb, jako jsou kratší čekací lhůty nebo rozšíření portfolia zdravotních úkonů. Výdaje dlouhodobě rostou rychleji než HDP a očekávám, že tento trend bude pokračovat i nadále, čímž nastává problém ufinancování systému, neboť demografické prognózy uvádějí, že přibývá starších osob na úkor mladší generace, s vysokými náklady na zdravotní péči, ve které najdeme i rychle rostoucí výdaje na dlouhodobou péči.

Stěžejní část práce představovala analýza hospodaření zdravotních pojišťoven ve sledovaném období. Po prozkoumání dat z výročních zpráv se došlo k závěru, že výsledky pojišťoven silně ovlivňují hospodářské cykly a (ne)zaměstnanost. V letech 2001-2004 a 2009-2016, kdy se ekonomika dostala do recese a následně se z ní vzpamatovávala, zaznamenaly všechny pojišťovny zápornou bilanci příjmů a výdajů základního fondu, tedy finanční zdroje nedokázaly pokrýt vzniklé výdaje. Naopak v letech hospodářského růstu si dokázaly tvořit rezervy, kterými hradily později vzniklé schodky. Dalším zjištěním bylo, že pojišťovny dokáží pouze v malé míře ovlivňovat, jak naloží se získanými zdroji. Mají zákonem stanovené limity odkud, kolik a kam mohou přesouvat své prostředky a jejich funkce tak převážně spočívá v úhradě veřejně dostupné zdravotní péče z vybraného pojistného. Proto v závěru poslední kapitoly

doporučuji, aby došlo k posílení konkurenčního prostředí současných zdravotních pojišťoven omezením stávajících regulací a pojišťovny získaly možnost nabízet své vlastní služby při řádné konkurenci. Jako poslední změnu navrhuji zavést pravidelnou valorizaci plateb za státní pojištěnce.

Z analýzy jednotlivých zdravotních pojišťoven jsem shledala jako nejlépe hospodařící ČPZP, neboť vykazovala dlouhodobě vyrovnané výsledky, vždy plnila minimální výši rezervního fondu a účet provozního fondu také udržovala v kladných číslech. Naopak nejhorších výsledků dosáhla VZP. Své vysoké ztráty byla nucena krýt z rezervního fondu, ale ani ten v roce 2013 nestačil a pojišťovna získala návratnou finanční pomoc od státu. Rok 2017 nasvědčuje tomu, že se VZP vymanila z dlouhého období krize a že by mohla v příštích letech dosahovat přebytků.

Hlavní přidanou hodnotu, dle mého názoru, shledávám ve zpracování více než 130 výročních zpráv zdravotních pojišťoven za sledované období do přehledných a souhrnných tabulek, které dávají možnost porovnat a zhodnotit všechny pojišťovny na jednom místě.

Během tvorby práce se však vyskytlo několik překážek. Za zásadní problém spatřuji změnu metodiky v roce 2014 u zdravotnických účtů vytvářených ČSÚ, které přestavovaly hlavní zdroj dat a informací pro analýzu výdajů na zdravotní péči. Došlo nejen k rozšíření dosavadního seznamu položek, a tedy navýšení celkových výdajů, ale i k reorganizaci některých kategorií. Proto nebylo plně možné pozorovat změny v celém období najednou. Dále jsem se potýkala s omezenou dostupností výročních zpráv jednotlivých pojišťoven. Mnohé z nich neuváděly na svých internetových stránkách veškeré své výroční zprávy a tři výroční zprávy zaniklé pojišťovny METAL-ALIANCE za roky 2001-2003 se nepodařilo dohledat. Limitujícím faktorem také shledávám možný rozsah práce, neboť zkoumané téma je velmi obsáhlé. Pro hlubší a detailnější analýzu zdravotních pojišťoven by bylo vhodnější zvolit větší rozsah, než je současný.

I přes vzniklé problémy a limity si myslím, že stanovený cíl práce, kterým byla analýza a zhodnocení finančního stavu zdravotních pojišťoven v ČR za období 2001-2019, se podařil naplnit.

Jako námět ke zkoumání pro budoucí autory nabízím nedávný návrh ministryně financí Aleny Schillerové, kterým by se zrušilo zdravotní pojištění dětí a seniorů hrazené ze státního rozpočtu a zvýšily se odvody pojistného zaměstnancům, čímž by se pokryl

výpadek za státní pojištěnce. Bylo by zajímavé simulovat situaci, jak by se tato změna projevila v období ekonomického růstu a v období recese.

Seznam použitých zkratek

ČNB	Česká národní banka
ČPZP	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
ČSÚ	Český statistický úřad
DRG	Diagnosis-related group
EU	Evropská unie
FRM	Fond reprodukce majetku
HDP	Hrubý domácí produkt
HZP	Hutnická zdravotní pojišťovna
LSPP	Lékařská služba první pomoci
MF ČR	Ministerstvo financí České republiky
MPSV ČR	Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky
MZ ČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví
PCG model	Pharmacy-based cost groups
PF	Provozní fond
RBP	Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna
RF	Rezervní fond
RZP	Resortní zdravotní pojišťovna
SHA	System of Health Accounts
USA	Spojené státy americké
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky
VoZP	Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization
ZF	Základní fond
ZPMV	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra České republiky
ZPŠ	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda
ZZ	Zdravotnické zařízení

Seznam tabulek a grafů

Graf č. 1: Využití zdravotnických služeb v letech 2007-2012 (2007 = 100 %) 23
Graf č. 2: Vývoj měsíčního pojistného v letech 2001-2019 (Kč) 26
Graf č. 3: Podíl jednotlivých zdravotních pojišťoven k 31.12.2017 28
Graf č. 4: Vývoj HDP v letech 2001-2018 (mil. Kč; %) 31
Graf č. 5: Průměrná roční míra inflace v letech 2001-2018 (%) 31
Graf č. 6: Nezaměstnanost v letech 2001-2018 (%) 32
Graf č. 7: Vývoj mezd v letech 2001-2018 (Kč; %) 32
Graf č. 8: Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR v letech 2001-2010 (mld. Kč, % HDP) 35
Graf č. 9: Vývoj celkových výdajů na zdravotní péči v ČR v letech 2010-2017 (mld. Kč, % HDP) 35
Graf č. 10: Tempa růstu výdajů na zdravotní péči a HDP v letech 2001-2017 (%) 36
Graf č. 11: Podíl celkových výdajů na zdravotní péči na HDP v zemích EU v roce 2016 (%) 37
Graf č. 12: Vývoj veřejných a soukromých výdajů na zdravotní péči v letech 2001-2017 (mld Kč) 38
Graf č. 13: Podíl zdrojů financování na zdravotní péči na celkových výdajích v letech 2001-2017 (%) 39
Graf č. 14: Poměrné zastoupení zdrojů financování zdravotnictví v zemích EU v roce 2016 40
Graf č. 15: Podíl výdajů na jednotlivé druhy péče na celkových výdajích na zdravotní péči v roce 2017 (%) 43
Graf č. 16: Výdaje na léky podle zdrojů financování v zemích EU v roce 2016 (%) 44
Graf č. 17: Podíl výdajů jednotlivých poskytovatelů na celkových výdajích na zdravotní péči za 2010-2017 (%) 46
Graf č. 18: Výdaje zdravotních pojišťoven v ČR podle věku a pohlaví pojištěnců v roce 2017 (mil. Kč) 50
Graf č. 19: Vývoj příjmů po přerozdělení a výdajů na zdravotní péči všech zdravotních pojišťoven v období 2001-2017 (tis. Kč; %) 59
Graf č. 20: Saldo příjmů a výdajů ZF všech zdravotních pojišťoven v období 2001-2017 (tis. Kč) 60

Tab. č. 1: Shrnutí charakteristik zdravotnických modelů 15
Tab. č. 2: Podíl VZP na celkovém počtu pojištěnců v letech 2001-2017 29
Tab. č. 3: Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2004-2010 (mil. Kč) 41
Tab. č. 4: Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2010-2017 (mil. Kč) 42
Tab. č. 5: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle typu poskytovatele v letech 2004-2010 (mil. Kč) 45
Tab. č. 6: Výdaje na zdravotní péči v ČR podle typu poskytovatele v letech 2010-2017 (mil. Kč) 45
Tab. č. 7: Počet zdravotních pojišťoven od roku 2001 47
Tab. č. 8: Průměrný počet pojištěnců pojišťoven 49
Tab. č. 9: Věkové rozložení pojištěnců VZP k 31.12.2017 51
Tab. č. 10: Průměrné příjmy z pojistného po přerozdělení na 1 pojištěnce 53
Tab. č. 11: Průměrné výdaje na zdravotní péči ze ZF na 1 pojištěnce 54
Tab. č. 12: Saldo příjmů a nákladů ZF v tis. Kč 55
Tab. č. 13: Konečný zůstatek ZF v tis. Kč 56
Tab. č. 14: Závazky vůči poskytovatelům zdravotních služeb po lhůtě splatnosti VZP v tis. Kč 57
Tab. č. 15: Plnění minimální výše RF v tis. Kč 62
Tab. č. 16: Zásoba RF ve dnech 63
Tab. č. 17: Průměrné výdaje PF na 1 pojištěnce 66
Tab. č. 18: Výdaje PF vyjádřených v % výdajů ZF 67
Tab. č. 19: Saldo příjmů a výdajů PF v tis. Kč 68

Seznam použité literatury

ARROW, Kenneth J., 1963. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *The American Economic Review*. **53**(5), 941–973. ISSN 0002-8282.

BAJARI, Patrick, Christina DALTON, Han HONG a Ahmed KHWAJA, 2014. Moral hazard, adverse selection, and health expenditures: a semiparametric analysis. *The RAND Journal of Economics*. **45**(4), 747–763. ISSN 0741-6261.

BHATTACHARYA, Jay, Timothy HYDE a Peter TU, 2014. *Health Economics*. Houndmills: Palgrave Macmillan. ISBN 978-1-137-02997-3.

CEVRO, 2014. *Poplatky ve zdravotnictví* [online]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctrnacni-deniky/2014/14denik_06_2014.pdf

CULYER, Anthony J., 2005. *The Dictionary of Health Economics*. Cheltenham: Edward Elgar Pub. ISBN 978-1-84376-208-9.

ČNB, 2019. *Nominální mzda v Kč, roční data* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: https://www.cnb.cz/cnb/STAT.ARADY_PKG.VYSTUP?p_period=12&p_sort=2&p_des=50&p_sestuid=21738&p_uka=1&p_strid=ACFA&p_od=200101&p_do=201812&p_lang=CS&p_format=0&p_decsep=%2C

ČSÚ, 2019a. *Hrubý domácí produkt (HDP) - Metodika* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/hruby_domaci_produkt_-hdp-

ČSÚ, 2019b. *Inflace, míra inflace - Metodika* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/kdyz_se_rekne_inflace_resp_mira_inflace

ČSÚ, 2019c. *Hlavní makroekonomické ukazatele* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/hmu_cr

ČSÚ, 2019d. *Zaměstnanost a nezaměstnanost podle výsledků VŠPS - Metodika* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/zam_vsps

ČSÚ, 2019e. *Průměrná mzda a evidenční počet zaměstnanců - Metodika* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/1-pmz_m

ČSÚ, 2019f. Průměrná hrubá měsíční mzda a průměrný počet zaměstnanců. *Mzdy, náklady práce – časové řady* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/pmz_cr

ČSÚ, 2019g. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 - 2017* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-7luhzp32ax

ČSÚ, 2019h. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2000 až 2010* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/cri/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2000-az-2010-cu6vsgcty1

DURDISOVÁ, Jaroslava, 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica. ISBN 978-80-245-0998-3.

DURDISOVÁ, Jaroslava a Jitka LANGHAMEROVÁ, 2001. *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Národohospodářská fakulta. ISBN 80-245-0217-8.

FESER, Edward, 2006. *The Cambridge Companion to Hayek*. Cambridge University Press. ISBN 978-1-139-82758-4.

FOLLAND, Sherman, Allen C GOODMAN a Miron STANO, 2010. *The economics of health and health care*. Boston: Pearson. ISBN 978-0-13-800487-3.

GEWIRTH, Alan, 2001. Are All Rights Positive? *Philosophy & Public Affairs*. **30**(3), 321–333. ISSN 0048-3915.

GLADKIJ, Ivan, Kateřina IVANOVÁ, Zdenka KOLDOVÁ, Jaroslava KRÁLOVÁ, Ladislav STRNAD a Jaroslav ZLÁMAL, 2003. *Management ve zdravotnictví*. B.m.: Computer Press. ISBN 978-80-7226-996-9.

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

HSIAO, William C a Peter S HELLER, 2007. *What should macroeconomists know about health care policy?* Washington, D.C.: International Monetary Fund.

HUBER, Machteld, J. André KNOTTNERUS, Lawrence GREEN, Henriëtte van der HORST, Alejandro R. JADAD, Daan KROMHOUT, Brian LEONARD, Kate LORIG, Maria Isabel LOUREIRO, Jos W. M. van der MEER, Paul SCHNABEL, Richard SMITH, Chris van WEEL a Henk SMID, 2011. How should we define health? *BMJ* [online]. **343**, d4163. ISSN 0959-8138, 1468-5833. Dostupné z: doi:10.1136/bmj.d4163

CHILDRESS, James F., 1980. Negative and Positive Rights. *The Hastings Center Report* [online]. **10**(1), 19–19. ISSN 0093-0334. Dostupné z: doi:10.2307/3560496

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

KOTHERA, Vladimír, 2011. Přerozdělování peněz ve zdravotnictví. *Hospodářské noviny* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://ihned.cz/c1-51067340-prerozdelovani-penez-ve-zdravotnictvi

MALÝ, Lukáš, 2019. VZP chce téměř sedmkrát navýšit rezervní fond, má být na 20 dní. *zdravi.euro.cz* [online] [vid. 2019-05-03]. Dostupné z: https://zdravi.euro.cz/vzp-chce-temer-sedmkrat-navysit-rezervni-fond-ma-byt-na-20-dni/

MIKLÁNEK, Tomáš, 2018. Přednáška Ekonomie života, téma ekonomie zdraví. In: . Vysoká škola ekonomická v Praze.

MKA, 2018. Senát schválil novou úpravu úhrad zdravotnických prostředků. *Česká televize* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://ct24.ceskatelevize.cz/domaci/2653196-senat-schvalil-novou-upravu-uhrad-zdravotnickych-prostredku

MPSV ČR, 2018. *Přehled o vývoji částek minimální mzdy* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/871

MPSV ČR, 2019. *Podíl nezaměstnaných osob od roku 2005* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/stat/nz/casove_rady

MZ ČR, 2018a. *Postupné změny v úhradách zdravotnických prostředků v roce 2019* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/postupne-zmeny-v-uhradach-zdravotnickych-prostredku-v-roce-2019_16509_3801_1.html

MZ ČR, 2018b. *Nová pravidla pro úhrady zdravotnických prostředků schválil Senát, zajistí širokou dostupnost pomůcek pro pacienty* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/nova-pravidla-pro-uhrady-zdravotnickych-prostredku-schvalil-senatzajisti-sirok_16318_3801_1.html

MZ ČR, 2019. *Zdravotní pojišťovny* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/zdravotni-pojistovny_2619_22.html

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

OECD, 2018. *OECD economic surveys: Czech Republic 2018.* Paris: OECD Publishing. ISBN 978-92-64-30300-3.

OECD, 2019. *Health spending* [online] [vid. 2019-05-06]. Dostupné z: http://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm

OECD/EU, 2018. *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle* [online]. Paris: OECD Publishing [vid. 2019-04-30]. ISBN 978-92-64-30335-5. Dostupné z: https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

PAULY, Mark V., 1968. The Economics of Moral Hazard: Comment. *The American Economic Review*. **58**(3), 531–537. ISSN 0002-8282.

PERGL, Václav, 2003. Vláda přerušila jednání o zdravotních pojišťovnách. *Novinky.cz* [online] [vid. 2019-05-03]. Dostupné z: https://www.novinky.cz/ekonomika/12473-vlada-prerusila-jednani-o-zdravotnich-pojistovnach.html

ROEMER, Milton I., 1982. Market Failure and Health Care Policy. *Journal of Public Health Policy* [online]. **3**(4), 419–431. ISSN 0197-5897. Dostupné z: doi:10.2307/3342006

SARACCI, Rodolfo, 1997. The world health organisation needs to reconsider its definition of health. *BMJ : British Medical Journal; London* [online]. **314**(7091) [vid. 2019-03-15]. ISSN 09598138. Dostupné z: doi:http://dx.doi.org.zdroje.vse.cz:2048/10.1136/bmj.314.7091.1409

SOJKA, Milan, 2010. *Dějiny ekonomických teorií*. Praha: Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-21-2.

STIGLITZ, Joseph E., 1997. *Ekonomie veřejného sektoru*. Praha: Grada. ISBN 978-80-7169-454-0.

ŠTEFKOVÁ, Veronika, 2007. I zaměstnanci mají mít strop při odvodu pojistného. *Hospodářské noviny* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://byznys.ihned.cz/c1-20641100-i-zamestnanci-maji-mit-strop-pri-odvodu-pojistneho

ÚZIS, 2013. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2012* [online]. 17. září 2013. [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2012

ÚZIS, 2016. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2015* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2015

ÚZIS, 2019. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2001-2013* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi

VOJTĚCH KREBS, ET AL., 2015. *Sociální politika*. šesté, přepracované a aktualizované. Praha: Wolters Kluwer. ISBN 978-80-7478-921-2.

VÝROČNÍ ZPRÁVY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN 2001-2017.

VZP ČR, 2014. *Maximální vyměřovací základ ve zdravotním pojištění* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/maximalni-vymerovaci-zaklad-ve-zdravotnim-pojisteni

VZP ČR, 2019a. *Splatnost a přerozdělování pojistného* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/splatnost-a-prerozdelovani-pojistneho

VZP ČR, 2019b. *Regulační poplatky* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/regulacni-poplatky

VZP ČR, 2019c. *Vyměřovací základ a výpočet pojistného* [online] [vid. 2019-05-04]. Dostupné z: https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/vymerovaci-zaklad-a-vypocet-pojistneho

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1947. *Constitution of the World Health Organization, signed at the International Health Conference, New York, 22 July 1946.* New York: World Health Organization.

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK, 2014. *Sbohem poplatky!* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2014/12/2741/

ZDRAVOTNICKÝ DENÍK, 2018. *Odborníci, pojišťovny i pacienti žádají politiky: Schvalte návrh úpravy zdravotnických pomůcek a nepokazte ho* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.zdravotnickydenik.cz/2018/09/odbornici-pojistovny-i-pacienti-zadaji-politiky-schvalte-navrh-upravy-zdravotnickych-pomucek-nepokazte/

ZDRAŽIL, Vladimír, 2008. Reforma zavádí strop na odvody sociálního pojištění i pro zaměstnance. *iDNES.cz* [online] [vid. 2019-04-27]. Dostupné z: https://www.idnes.cz/finance/dane/reforma-zavadi-strop-na-odvody-socialniho-pojisteni-i-pro-zamestnance.A071228_142517_fi_osobni_amr

ZEMAN, Karel, 2013. *Metodika pro psaní bakalářských a diplomových prací na Národohospodářské fakultě Vysoké školy ekonomické v Praze*. 2013.

Seznam citovaných zákonů a vyhlášek

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-05], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-1

Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení LISTINY ZÁKLADNÍCH PRÁV A SVOBOD jako součásti ústavního pořádku České republiky, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-05], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2/zneni-19990101

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-05], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48

Zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-05], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-592

Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-06], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-551

Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-06], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280

Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů

základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-07], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2003-418

Vyhláška č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu, Zákony pro lidi [online] [vid. 2019-04-30], dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-362

Seznam příloh

Příloha č. 1: Příjmy ZF (tis. Kč)

Příloha č. 2: Výdaje ZF (tis. Kč)

Příloha č. 3: Saldo příjmů a výdajů ZF (tis. Kč)

Příloha č. 4: Příjmy z pojistného po přerozdělení (tis. Kč)

Příloha č. 5: Výdaje na zdravotní péči ze ZF (tis. Kč)

Příloha č. 6: Konečný zůstatek RF (tis. Kč)

Příloha č. 7: Zákonem stanovená minimální výše RF (tis. Kč)

Příloha č. 8: Výdaje PF (tis. Kč)

Příloha č. 1: Příjmy ZF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média	Celkem
2001	95 871 058	6 524 043	5 026 573	1 504 722	10 087 883	2 989 581		3 474 209	3 698 811		N		129 176 880
2002	95 749 978	7 192 354	6 083 137	1 581 339	11 067 234	3 316 710		3 616 116	3 953 846		N		132 560 714
2003	101 291 276	7 848 995	7 560 734	1 734 076	12 838 996	3 841 079		3 831 930	4 427 429		N		143 374 515
2004	106 132 249	8 445 464	9 132 687	1 912 967	14 114 437	4 383 332		4 151 997	4 798 978		3 975 407		157 047 518
2005	114 497 477	8 744 934	9 478 594	2 028 401	15 188 707	4 641 474		4 474 950	5 015 000		4 284 559		168 354 096
2006	123 962 794	9 246 783	9 979 347	2 170 499	16 385 350	5 207 881		4 986 500	5 545 970		4 912 996		182 398 120
2007	144 536 674	10 289 879	11 072 620	2 477 245	18 228 790	5 805 086		5 461 659	6 157 145		5 647 065		209 676 163
2008	141 171 514	10 379 594	11 849 145	2 611 548	19 591 730	6 389 584		5 742 517	6 559 740	174 782	6 296 552		210 766 706
2009	138 943 157	10 610 911	12 098 194	2 643 126	20 190 176	6 890 458	9 933 546				6 775 014	223 234	208 307 816
2010	138 238 909	11 280 804	12 569 276	2 711 745	21 116 714	7 133 826	13 394 279				7 066 676	554 490	214 066 719
2011	144 383 424	11 784 718	12 919 003	2 795 451	21 811 624	7 532 188	13 715 136				7 349 169		222 290 713
2012	147 724 491	12 561 204	13 599 775	2 940 023	23 442 186	7 653 323	17 816 380						225 737 382
2013	145 421 776	13 335 222	13 536 758	2 929 760	24 013 894	7 706 583	22 771 996						229 715 989
2014	149 195 141	14 752 284	14 780 221	3 105 758	26 225 743	8 523 893	24 375 892						240 958 932
2015	155 235 036	15 547 814	15 538 309	3 252 941	27 844 566	8 980 729	25 834 329						252 233 724
2016	161 462 647	16 239 428	16 251 220	3 440 520	29 890 804	9 548 900	27 587 537						264 421 056
2017	170 892 228	18 170 722	18 038 677	3 852 762	33 353 181	10 266 471	29 891 132						284 465 173

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Příloha č. 2: Výdaje ZF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	95 613 743	6 697 455	4 910 262	1 492 475	10 484 155	2 774 045		3 257 848	3 507 937		N	
2002	96 387 503	7 546 093	6 336 071	1 701 330	11 330 312	3 305 140		3 700 725	3 983 492		N	
2003	101 295 228	7 953 020	7 757 788	1 765 119	12 738 329	3 889 968		3 923 399	4 424 538		N	
2004	106 112 538	8 437 718	9 134 744	1 928 240	14 213 538	4 367 038		4 184 130	4 663 384		3 931 258	
2005	111 327 032	8 723 802	9 659 346	2 044 994	14 916 434	4 624 043		4 504 394	5 022 115		4 292 186	
2006	123 775 653	9 129 475	10 097 080	1 997 814	15 700 439	4 947 557		4 751 016	5 349 157		4 513 687	
2007	132 553 212	9 540 005	10 473 295	2 230 648	16 651 292	5 037 329		4 819 419	5 526 591		4 879 715	
2008	135 005 346	10 350 210	11 254 172	2 490 579	18 058 835	5 718 184		5 326 843	5 896 701	102 075	5 559 661	
2009	143 604 581	11 144 775	12 706 743	2 718 230	20 265 728	6 770 602	8 356 794				6 496 041	95 617
2010	140 014 233	11 308 653	13 135 279	2 773 910	21 387 402	7 165 876	13 687 249				6 981 434	680 538
2011	145 771 612	11 854 795	13 331 719	2 987 083	23 290 280	8 370 238	15 595 542				8 229 831	
2012	148 511 791	12 501 788	13 365 878	2 977 936	23 235 909	7 697 097	16 782 938					
2013	145 148 984	13 110 846	13 527 557	2 940 655	24 481 705	7 811 202	22 771 666					
2014	149 341 874	14 706 639	14 612 692	3 082 422	26 705 526	8 684 191	24 813 077					
2015	154 577 034	15 765 823	15 468 868	3 282 905	28 397 200	9 141 839	26 283 477					
2016	159 290 749	16 202 732	16 056 492	3 508 296	30 241 950	9 583 693	27 587 384					
2017	168 853 302	17 738 874	17 100 940	3 672 472	31 808 849	10 352 638	29 381 308					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Příloha č. 3: Saldo příjmů a výdajů ZF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	257 315	-173 412	116 311	12 247	-396 272	215 536		216 361	190 874		N	
2002	-637 525	-353 739	-252 934	-119 991	-263 078	11 570		-84 609	-29 646		N	
2003	-3 952	-104 025	-197 054	-31 043	100 667	-48 889		-91 469	2 891		N	
2004	19 711	7 746	-2 057	-15 273	-99 101	16 294		-32 133	135 594		44 149	
2005	3 170 445	21 132	-180 752	-16 593	272 273	17 431		-29 444	-7 115		-7 627	
2006	187 141	117 308	-117 733	172 685	684 911	260 324		235 484	196 813		399 309	
2007	11 983 462	749 874	599 325	246 597	1 577 498	767 757		642 240	630 554		767 350	
2008	6 166 168	29 384	594 973	120 969	1 532 895	671 400		415 674	663 039	72 707	736 891	
2009	-4 661 424	-533 864	-608 549	-75 104	-75 552	119 856	1 576 752				278 973	127 617
2010	-1 775 324	-27 849	-566 003	-62 165	-270 688	-32 050	-292 970				85 242	-126 048
2011	-1 388 188	-70 077	-412 716	-191 632	-1 478 656	-838 050	-1 880 406				-880 662	
2012	-787 300	59 416	233 897	-37 913	206 277	-43 774	1 033 442					
2013	272 792	224 376	9 201	-10 895	-467 811	-104 619	330					
2014	-146 733	45 645	167 529	23 336	-479 783	-160 298	-437 185					
2015	658 002	-218 009	69 441	-29 964	-552 634	-161 110	-449 148					
2016	2 171 898	36 696	194 728	-67 776	-351 146	-34 793	153					
2017	2 038 926	431 848	937 737	180 290	1 544 332	-86 167	509 824					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Příloha č. 4: Příjmy z pojistného po přerozdělení (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média	Celkem	Index t/t-1
2001	93 279 784	6 470 301	4 983 209	1 474 234	9 958 037	2 831 742		3 444 480	3 556 842		2 577 441		128 576 070	
2002	94 912 877	6 998 411	6 071 495	1 560 068	10 959 814	3 164 468		3 593 785	3 922 835		3 037 287		134 221 040	104,4%
2003	98 622 767	7 685 350	7 491 802	1 707 177	12 550 076	3 729 997		3 790 087	4 336 206		3 516 635		143 430 097	106,9%
2004	105 261 237	8 287 233	8 907 780	1 879 193	13 850 335	4 222 717		4 108 077	4 720 882		3 967 802		155 205 256	108,2%
2005	111 648 342	8 564 097	9 442 894	2 002 927	14 841 768	4 532 030		4 413 735	4 928 203		4 270 777		164 644 773	106,1%
2006	124 591 895	9 143 097	9 943 986	2 146 806	16 172 948	5 136 626		4 954 406	5 512 286		4 885 812		182 487 862	110,8%
2007	135 257 273	10 177 658	11 034 521	2 432 609	18 013 761	5 717 158		5 426 518	6 101 213		5 631 595		199 792 306	109,5%
2008	138 643 155	10 226 020	11 805 202	2 569 642	19 303 834	6 271 301		5 689 412	6 469 876	173 278	6 273 149		207 424 869	103,8%
2009	136 981 162	10 484 165	12 026 475	2 594 323	19 928 888	6 779 103	8 367 213				6 710 966	223 231	204 095 526	98,4%
2010	134 529 000	11 164 712	12 483 698	2 672 786	20 911 478	7 061 240	13 101 601				6 994 483	554 064	209 473 062	102,6%
2011	140 600 666	11 415 416	12 872 639	2 753 773	21 606 776	7 401 791	13 563 260				7 320 028		217 534 349	103,8%
2012	145 198 422	12 442 495	13 554 100	2 905 438	23 227 196	7 574 053	16 304 333						221 206 037	101,7%
2013	142 125 596	13 201 332	13 486 761	2 918 610	23 807 197	7 612 547	22 605 128						225 757 171	102,1%
2014	147 458 283	14 623 233	14 722 274	3 090 808	26 027 363	8 453 169	24 100 542						238 475 672	105,6%
2015	153 427 031	15 391 525	15 474 883	3 234 646	27 609 860	8 909 880	25 645 473						249 693 298	104,7%
2016	159 498 456	16 032 882	16 180 872	3 422 573	29 659 222	9 486 356	27 470 414						261 750 775	104,8%
2017	168 839 789	17 895 105	17 947 005	3 837 625	33 117 717	10 214 398	29 747 120						281 598 759	107,6%

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Příloha č. 5: Výdaje na zdravotní péči ze ZF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média	Celkem	Index t/t-1
2001	92 727 761	6 218 739	4 699 070	1 416 902	9 762 566	2 556 113		3 072 782	3 258 185		2 387 018		126 099 136	
2002	93 021 555	7 167 842	5 827 758	1 612 966	10 835 001	3 109 749		3 531 896	3 757 394		2 980 967		131 845 128	104,6%
2003	97 563 616	7 752 488	7 442 503	1 707 736	11 999 100	3 617 401		3 757 198	4 174 014		3 434 827		141 448 883	107,3%
2004	102 218 295	8 129 316	8 742 181	1 819 297	13 434 382	4 098 481		3 997 847	4 408 205		3 730 327		150 578 331	106,5%
2005	110 306 708	8 585 323	9 288 159	1 953 715	14 204 407	4 342 925		4 278 560	4 752 268		4 107 797		161 819 862	107,5%
2006	120 041 242	8 728 392	9 717 551	1 932 821	14 928 141	4 691 726		4 536 421	5 128 295		4 323 883		174 028 472	107,5%
2007	122 455 271	9 142 063	10 115 449	2 104 125	15 732 377	4 744 312		4 592 370	5 267 935		4 661 739		178 815 641	102,8%
2008	130 433 658	9 764 334	10 840 449	2 369 850	17 145 737	5 378 841		5 051 139	5 548 466	94 721	5 309 122		191 936 317	107,3%
2009	138 152 464	10 807 349	12 247 666	2 609 205	19 375 625	6 478 968	7 970 720				6 247 757	213 989	204 103 743	106,3%
2010	134 877 000	10 948 781	12 769 791	2 671 609	20 623 194	6 888 264	13 111 817				6 734 445	659 006	209 283 907	102,5%
2011	140 655 547	11 502 940	12 714 964	2 703 694	21 219 744	7 172 910	13 816 109				7 087 976		216 873 884	103,6%
2012	142 392 816	11 955 394	12 969 849	2 822 859	22 347 328	7 334 889	16 063 885						215 887 020	99,5%
2013	140 599 689	12 633 238	12 968 967	2 825 354	23 474 871	7 459 205	21 859 484						221 820 808	102,7%
2014	141 621 167	14 234 101	14 020 229	2 963 297	25 848 443	8 326 414	23 892 800						230 906 451	104,1%
2015	148 991 392	15 150 534	14 934 953	3 171 062	27 370 343	8 808 950	25 516 590						243 943 824	105,6%
2016	151 017 722	15 582 979	15 444 706	3 385 034	29 201 024	9 232 008	26 557 232						250 420 705	102,7%
2017	160 527 587	17 051 950	16 441 819	3 536 955	30 935 170	9 974 034	28 300 145						266 767 660	106,5%

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Příloha č. 6: Konečný zůstatek RF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	6	298 195	92 979	29 738	205 169	67 696		89 167	55 899		55 486	
2002	6	173 773	296 467	38 632	246 287	74 560		92 577	89 893		63 128	
2003	6	178 728	289 847	39 273	251 637	156 776		94 439	103 821		77 093	
2004	6	110 669	51 546	22 441	169 677	49 753		54 388	60 263		46 045	
2005	6	119 483	72 308	25 067	186 687	57 810		58 660	64 666		52 944	
2006	114	124 353	109 129	27 408	205 737	64 409		59 401	69 832		58 794	
2007	1 746 151	127 496	114 202	29 248	221 175	69 681		63 448	74 683		63 342	
2008	1 914 279	134 747	132 363	30 802	228 961	72 978		67 569	78 909	50 022	68 163	
2009	2 000 700	142 580	144 707	31 865	251 515	78 561	158 148				74 715	50 327
2010	1 985 879	149 213	144 737	33 639	244 943	87 638	174 250				84 624	50 722
2011	257	160 769	175 325	37 287	224 772	98 290	191 407				95 102	
2012	12	171 393	188 800	39 928	260 022	111 555	325 470					
2013	12	176 833	148 626	41 452	274 176	116 168	399 531					
2014	12	178 630	151 228	42 703	306 358	119 394	348 346					
2015	1 200 070	188 700	152 620	44 903	323 775	120 963	352 480					
2016	1 704 376	217 564	218 003	46 529	383 048	128 187	369 327					
2017	2 316 048	233 376	230 690	49 368	426 723	137 050	393 420					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Příloha č. 7: Zákonem stanovená minimální výše RF (tis. Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	2 541 527	149 117	96 487	32 476	204 270	62 505		87 273	79 842		54 068	
2002	2 683 910	167 878	116 975	38 470	246 091	69 925		90 154	89 859		62 594	
2003	2 791 666	193 188	146 708	43 567	291 410	83 391		98 989	103 816		76 736	
2004	1 466 482	109 444	93 739	24 609	169 604	49 846		54 109	58 593		45 956	
2005	1 518 976	119 093	114 786	26 785	187 874	57 811		58 799	64 664		52 916	
2006	1 609 581	124 898	132 335	28 536	205 719	64 405		62 805	69 832		58 750	
2007	1 713 998	130 622	143 712	29 702	220 188	69 693		66 881	74 683		63 280	
2008	1 825 867	136 607	150 202	31 202	234 261	73 045		70 374	78 909	x	68 161	
2009	1 956 200	144 872	158 647	33 351	250 950	78 515	158 148				74 714	x
2010	2 055 344	155 329	172 171	36 909	274 879	87 631	174 250				84 624	x
2011	2 125 167	163 828	185 481	39 600	298 560	98 273	191 407				95 102	
2012	2 168 938	171 541	195 869	41 200	324 717	111 534	325 470					
2013	2 192 735	178 326	199 164	42 486	339 568	116 166	339 530					
2014	2 197 574	187 337	201 126	43 416	355 039	119 393	384 346					
2015	2 215 013	201 596	207 531	44 903	372 116	120 962	352 478					
2016	2 245 339	217 917	218 046	46 530	397 922	128 186	369 341					
2017	2 316 048	233 376	230 690	49 368	426 723	137 049	393 420					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování

Příloha č. 8: Výdaje PF (tis Kč)

	VZP	VoZP	OZP	ZPŠ	ZP MV	RBP	ČPZP	ČNZP	HZP	AGEL	M-A	Média
2001	2 820 983	415 570	N	55 472	388 315	106 989		140 658	151 292		N	
2002	3 240 961	284 573	N	53 909	373 543	141 559		138 202	136 119		N	
2003	3 419 277	265 404	N	68 158	375 328	131 894		146 432	151 097		N	
2004	3 679 316	264 065	344 474	87 385	399 431	137 831		157 005	370 527		139 526	
2005	3 795 538	242 880	672 357	79 167	429 865	131 869		176 177	180 984		141 110	
2006	4 180 842	266 867	621 065	74 856	454 574	136 235		172 994	161 757		153 729	
2007	4 770 670	403 713	638 846	71 773	515 979	163 899		183 954	177 534		177 260	
2008	4 388 907	287 018	603 585	116 020	551 678	270 950		245 315	221 398	71 056	214 014	
2009	4 624 989	358 662	613 132	90 470	1 017 075	286 772	454 225				297 890	101 456
2010	4 141 824	331 451	504 125	98 312	1 532 975	265 970	473 390				246 623	145 669
2011	4 415 648	594 409	592 447	101 540	1 204 462	290 235	475 687				254 139	
2012	4 350 311	373 090	616 358	103 338	1 644 395	252 649	619 850					
2013	4 048 303	378 118	590 305	91 172	962 464	257 379	755 699					
2014	3 975 109	398 918	502 062	89 756	723 905	268 639	747 376					
2015	3 853 284	352 325	564 366	92 149	748 624	263 024	725 187					
2016	4 416 986	407 296	427 483	96 428	805 602	288 233	732 050					
2017	4 240 147	425 670	463 305	109 465	788 156	301 736	845 884					

Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven 2001-2017, vlastní zpracování