

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra ekonomických teorií



Bakalářská práce

Dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví

Jana Holešínská

© 2013 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra ekonomických teorií

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Holešínská Jana

Podnikání a administrativa

Název práce

Dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví

Anglický název

Effect of Economic Crisis on Financing of Health Care

Cíle práce

Cílem práce je zhodnotit vliv ekonomické krize na české zdravotnictví. Budou navrženy změny, opatření vedoucí ke zlepšení finanční stability českého zdravotnického systému.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury. Informace budou získávány z českých i zahraničních materiálů. Aktuální informace budou čerpány z odborných časopisů a internetových zdrojů. Využita bude metoda deskripce, komparace, analýzy. Využita budou data především Českého statistického úřadu a Ministerstva zdravotnictví ČR.

Harmonogram zpracování

získání podkladových materiálů, odborných publikací k literární rešerši: 01/2011 - 05/2011

zpracování literární rešerše: 06/2011 - 09/2011

zpracování praktické části a formulování závěrů práce: 10/2011 - 12/2011

úpravy a dokončení práce: 01/2012 - 02/2012

odevzdání práce: 03/2012

konzultace s vedoucím práce: 01/2011 - 03/2012 (podle potřeby studenta)

průběžné předkládání dílčích částí práce: 09/2011, 12/2011, 02/2012

Rozsah textové části

30 - 40 stran

Klíčová slova

krize, pacient, pojistný plán, reformy, spoluúčast, stát, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovny

Doporučené zdroje informací

FOSTER, John Bellamy ; MAGDOFF , Fred. Velká finanční krize : Příčiny a následky . [s.l.] : Grimmus, 2009. 160 s. ISBN 978-80-902831-1-4.

GLADKIJ, Ivan, et al. Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press, 2001. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

JANÁČKOVÁ, Stanislava. Krize eurozóny a dluhová krize vyspělého světa . Praha : CEP, 2010. 99 s. ISBN neuvedeno.

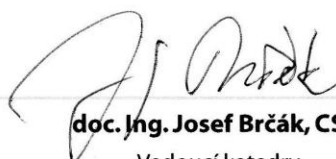
PEKOVÁ, Jitka, et al. Veřejná správa a finance veřejného sektoru. Praha : ASPI, 2005. 556 s. ISBN 80-7357-052-1.

Vedoucí práce

Stará Dana, Ing.

Termín odevzdání

březen 2013



doc. Ing. Josef Brčák, CSc.
Vedoucí katedry



prof. Ing. Jan Hron, DrSc., dr.h.c.
Děkan fakulty

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 14.3.2013

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Ing. Daně Staré za odbornou pomoc, připomínky, poskytnuté rady a ochotu při zpracování mé bakalářské práce, především za vstřícnost při vypracování této bakalářské práce.

Dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví

Impact of economic crisis on health care financing

Souhrn

Bakalářská práce popisuje dopady ekonomické krize na financování zdravotnictví. Práce je členěna na dvě části. Teoretická část objasňuje základní pojmy fungování zdravotnického systému. Důležitým oddílem práce je popis způsobu financování zdravotnictví v České republice, na němž se většinou podílí stát a zdravotní pojišťovny přerozdělující prostředky z povinného zdravotního pojištění. Je zde definován zdravotnický systém, jeho parametry, subjekty a vztahy mezi těmito subjekty.

Na základě údajů Českého statistického úřadu je v praktické části popsán vývoj hlavních ekonomických ukazatelů v období krize, jejich vliv na příjmy a výdaje v systému zdravotnictví České republiky.

V samotném závěru jsou popsány možnosti zmírnění dopadů ekonomické krize ve zdravotnictví.

Summary

Bachelor thesis describes the impact of the economic crisis on health financing. The work is divided into two parts. The theoretical part explains the basic concepts of the functioning of the health system. An important unit is the description of the method of financing health care in the Czech republic, where the majority of states and health insurance redistributing resources from the compulsory health insurance. There is a defined medical system, his parameters, entities and the relationships between these entities.

Based on data from Czech statistical office of the practical part describes the development of major economic indicators during the crisis and their impact on revenues and expenditures in the health system of the Czech republic.

The conclusion describes the options for moderation impacts of the economic crisis in health care.

Klíčová slova: Krize, řešení, zdravotní pojišťovny, zdravotnictví, stát, následky, reformy, zdravotní pojištění, spoluúčast, pacient.

Keywords: Crisis, solutions, health insurance, healthcare, state, consequences, reform, health insurance, participation, patient.

Obsah

1	ÚVOD	9
2	CÍL PRÁCE A METODIKA	10
3	TEORETICKÁ VÝCHODISKA ZDRAVOTNICTVÍ V DOBĚ KRIZE	11
	3.1. EKONOMICKÁ KRIZE.....	11
	3.2. ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	11
	3.3. ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM A JEHO VÝZNAM V EKONOMICE	13
	3.4. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR	14
	3.5. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	17
	3.5.1. PŘÍJMY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	18
	3.5.2. ZBŮSOBY ÚHRADY ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI.....	19
	3.6. SUBJEKTY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU	21
	3.7. PARAMETRY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU	22
	3.8. ÚLOHA STÁTU VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU	24
	3.9. SPOLUÚČAST PACIENTA	25
	3.10. ÚLOHA TRHU VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	27
	3.11. STÁTNÍ ROZPOČET	29
	3.12. ZDRAVOTNICTVÍ VE VZTAHU K HRUBÉMU DOMÁCÍMU PRODUKTU	30
4	VLASTNÍ PRÁCE.....	31
	4.1. VÝVOJ HRUBÉHO DOMÁCÍHO PRODUKTU V OBDOBÍ KRIZE.....	31
	4.2. NEZAMĚSTNANOST V DOBĚ FINANČÍ KRIZE.....	32
	4.3. VÝVOJ VÝDAJŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	34
	4.4. HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	38
	4.4.1. PŘÍJMY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	38
	4.4.2. NÁKLADY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN	39
	4.4.3. VÝNOSY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	40

5	ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A DISKUSE	41
6	ZÁVĚR	43
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	45

1 ÚVOD

V roce 2008 vypukla ekonomická krize postihující většinu států světa, Českou republiku nevyjímaje. Drtivě zasáhla mimo jiné i všechny oblasti státem financovaných služeb, včetně zdravotnictví.

Finanční krize projevující se ve všech oblastech ekonomiky a hospodářství s sebou nese pokles spotřeby, v důsledku toho pokles výroby a s tím související růst nezaměstnanosti. Tím se snižuje objem prostředků odváděných za každého zaměstnance do zdravotních pojišťoven, ze kterých je zdravotní péče financována. To může mít za následek omezení objemu hrazené péče.

V období krize nastává problém kde získat a jak přerozdělovat finance, ale také příležitost, kdy poskytuje argumenty a motivaci k provedení nutných změn formou reform. Zdravotnický systém patří mezi oblasti, která disponuje velkým množstvím finančních prostředků. Množství finančních prostředků neurčuje kvalitu zdravotní péče, tudíž i v době finanční krize, kdy jich není přebytek, lze ji zajistit na adekvátní úrovni. Proto je třeba zdravotnický systém, jeho financování a poskytování zdravotní péče reformovat.

Za žádných okolností by neměla nastat situace, kdy by stát přestal mít zájem na zdraví všech svých občanů z důvodu nedostatků finančních prostředků určených k zajištění základní zdravotní péče.

2 CÍL PRÁCE A METODIKA

Cílem bakalářské práce v teoretické části je popsat obecně způsob financování zdravotnictví v České republice a dopady ekonomické krize na resort zdravotnictví. Daty teoretické části jsou odborná literatura a internet. Jejich seznam je uveden ve zdrojích. Teoretická východiska vysvětlují základní souvislosti, které se týkají zdravotnictví, ekonomické krize a její dopady na financování zdravotní péče.

Cílem praktické části je zhodnocení vlivu ekonomické krize na české zdravotnictví. Jsou zde navrženy změny a opatření vedoucí ke zlepšení finanční stability českého zdravotnického systému. V praktické části jsou srovnána statistická data Ministerstva zdravotnictví ČR, data Českého statistického úřadu z předešlých let a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Jako metody zpracování a popisu problematiky jsou použity metody komparace, deskripce a analýzy.

3 TEORETICKÁ VÝCHODISKA ZDRAVOTNICTVÍ V DOBĚ KRIZE

3.1. EKONOMICKÁ KRIZE

Světová Finanční krize, která postihla celý svět, nevznikla ze dne na den. Byl to následek dlouholetých sledů událostí v ekonomice, nejenom v České republice, ale týká se to především velkých velmocí, jako jsou Spojené Státy Americké.

„První krach, jenž otřásl trhem, se odehrál v červnu 2007, když zkolabovaly dva hedgeové fondy investiční banky Bear Stearns, které dohromady držely téměř 10 miliard v cenných papírech krytých hypotékami. Jeden ztratil 90 procent své hodnoty a druhý zkolaboval úplně.“ [2]

Finanční krize je většinou charakterizována jako důsledek americké hypoteční krize, která vyvrcholila v Americe v roce 2008 a dále ovlivnila všechny ekonomiky po celém světě. Některé země se potýkají s jejími následky až dodnes a bude dlouho trvat, než se jejich situace zlepší. Hospodářská krize se nejvíce dotkla bank, pojišťoven a subjektů nabízejících hypotéky, ale došlo i k uzavření podniků mimo finanční sektor. *„Dříve nás banky nabádaly k větší obezřetnosti. Nyní nás nabádají, abychom se zadlužovali víc.“ [2]*

K největšímu propadu trhu ve Spojených státech Amerických došlo v září 2008, kdy zbankrotovala největší americká spořitelna Washington Mutual. Ke konci září roku 2008 postihla krize i evropský kontinent. Postupně se šířila kontinentem a zanechávala za sebou spousty znárodněných bank, narušených ekonomik jednotlivých zemí.

3.2. ZDRAVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE

Zdraví je považováno za jednu ze základních lidských hodnot, která se u každého člověka v průběhu jeho života mění. *„Zdraví je stav plné fyzické, psychické, a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ [5]*

Pro každého člověka by se zdraví mělo stát důležitou hodnotou upřednostňovanou před ostatními. Bohužel ne vždy a u všech to platí. Každý by měl mít za své zdraví zodpovědnost a chránit si ho.

Na člověka během jeho života působí mnoho faktorů, které jeho zdraví ovlivňují. Mezi ty nejvýznamnější patří životní styl, prostředí ve kterém žije, stres, genetické předpoklady, prevence, způsob stravování.

Každý občan bez výjimky má nárok na zdravotní péči, jak již je uvedeno v Základní listině práv a svobod. Zdravotní péče spadá pod sociální péči, kterou má na starost stát. Rozsah a kvalitu zdravotní péče ovlivňuje zdravotní politika státu, která obecně vychází z principů práva na ochranu zdraví, práva na zdravotní péči a rovnosti v těchto právech a svobodách. Péče o zdraví zahrnuje jak prevenci, tak i včasné určení nemoci a následnou léčbu. Dalším důležitým bodem, který se stále více zdůrazňuje je individuální odpovědnost člověka za své zdraví. To vše zahrnuje náklady, které by v případě dobře fungující prevence nemusely být vynaloženy a tyto finanční prostředky by mohly být použity jinak.

„Potřeba poskytnutí zdravotní péče má jednak subjektivní a jednak objektivní charakter. Ze subjektivního hlediska jde o vyjádření pocitu zhoršeného zdravotního stavu. Objektivní hledisko je založeno na organizované prevenci.“ [9]

Obecně do zdravotní péče lze zahrnout pět základních bodů. Ambulantní péči, která je poskytována většinou soukromými lékaři. Zdravotnické služby poskytované příslušnými zdravotnickými zařízeními- nemocnicemi. Zdravotnickou výrobu, kam spadá výroba přístrojů a zdravotnických potřeb. Tento sektor je většinou zajišťován soukromými firmami. Zdravotnická výchova, vzdělávání budoucích lékařů a personálu a zvyšování jejich kvalifikace. A v neposlední řadě věda a výzkum. V předchozích bodech je charakterizována zdravotní péče. Tyto body se od sebe liší ve způsobu jejich financování. Důležitou roli, jak bude dále uvedeno v kapitole Financování zdravotnictví v ČR, zde hraje stát.

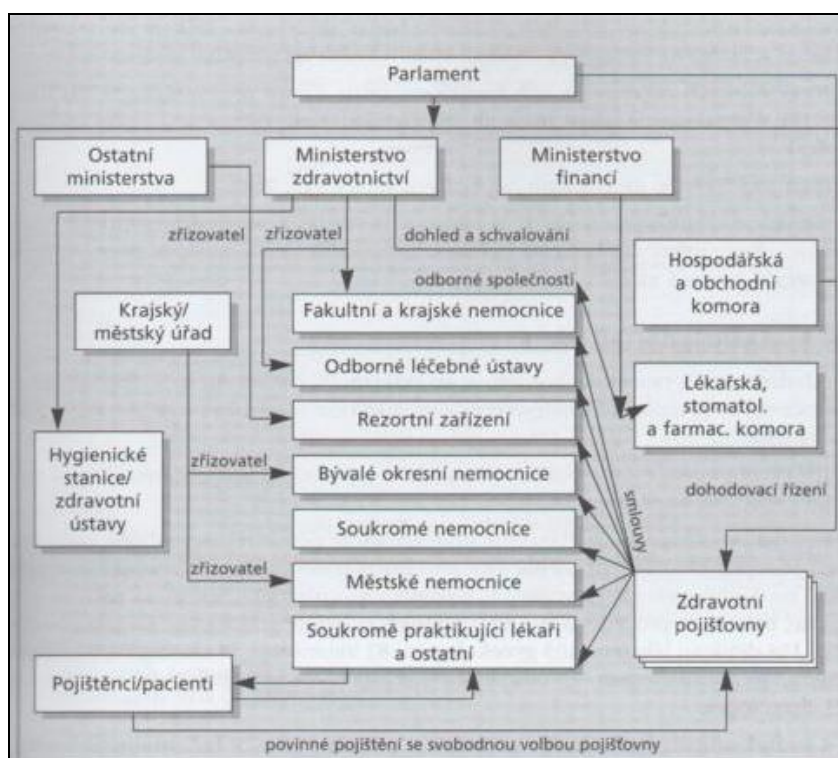
3.3. ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM A JEHO VÝZNAM V EKONOMICE

„Zdravotnický systém můžeme definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.“ [1]

Zdravotnický systém charakterizuje mnoho hledisek. Patří zde ekonomicko-společenské, historické a mnohé další aspekty. Přístupy ke zdravotní péči nejsou stálé, mění se na základě objektivní reality a na přístupech v chápání práva na zdraví.

Tento systém je nejvýznamnější, ale je taky složitou složkou realizace zdravotní politiky. Zdravotnický systém je vymezen vztahy mezi subjekty zdravotnického systému a subjekty zastupující vládní politiku. Aby byl zdravotnický systém efektivní, je třeba, aby dynamika vývoje výdajů na zdravotnický systém nepředstihovala vývoj ekonomického růstu. *„Rychlejší tempo výdajů na zdravotnictví před tempem růstu HDP nutně tlačí na zvyšování veřejných výdajů formou zvyšování pojistného, daňové zátěže a finanční spoluúčasti, případně zavedením přímých plateb pacientů a potažmo k zpomalování ekonomického růstu, k nežádoucí polarizaci ve spotřebě zdravotní péče.“ [1]*

Schéma 1. Organizační systém zdravotnictví v ČR



Zdroj: GLADKIJ, CSC, MUDR. IVAN. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2003, 55 s. ISBN 80-7226-996-8.

Z následujícího grafu je zřejmé, jak je organizován zdravotnický systém v České republice. Je to soustava zdravotnických zařízení a institucí a jejich organizační uspořádání.

V 90. letech 20. století proběhla tzv. privatizace zdravotnictví. Privatizaci zdravotnictví můžeme vysvětlit jako odstátnění části zdravotnických zařízení. Tím vznikly soukromé ordinace, laboratoře, byly i zprivatizovány některé nemocnice. Souhrn všech zdravotnických institucí a zařízení je založen na systému zdravotního pojištění.

3.4. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR

Již několikrát od vzniku České republiky se změnilы principy financování zdravotnictví, také se rozlišila vnitřní struktura zdravotnických subjektů. Každý vyspělý stát se snaží zajistit pro své obyvatelstvo kvalitní a všem dostupnou lékařskou péči.

Způsoby, které se dotýkají financování zdravotní péče se neřeší jen v naší republice, ale jsou velkým problémem i ostatních států.

Podle rozsahu podílu státu na financování zdravotnictví lze obecně rozdělit zdravotnické systémy do třech kategorií. V národní zdravotní službě je poskytovaná zdravotní péče bezplatná, výjimku tvoří soukromí lékaři, kteří uzavírají smlouvu se zdravotní pojišťovnou. V Evropském pluralitním systému zdravotnictví jsou poskytovatelem péče nestátní orgány, které uzavírají smlouvu se zdravotními pojišťovnami. A nakonec v tržním zdravotnictví je zdravotní péče financována jenom těm nejchudším vrstvám obyvatel.

Zdravotní péče je ve většině zemí financována prostřednictvím rozdělování financí, využití fondů. Financování zdravotní péče v České republice nemá na starost jeden subjekt, ale peněžní prostředky jsou přerozdělovány z více zdrojů.

Nemalou roli ve financování zdravotnictví má, tak jako v jiných vyspělých zemích i v České republice, stát. V ústavě je dáno, že stát má pro své obyvatele zajistit dostupnou lékařskou péči, bez ohledu na jakékoliv výjimky. Veškeré obyvatelstvo by mělo mít přístup ke kvalitní, obecně dostupné zdravotnické péči.

„Zdraví je chápáno nejen jako individuální, ale rovněž jako celospolečenský, tedy veřejný statek.“ [3]

Základní úlohou státu by mělo být poskytování co nejkvalitnějších zdravotních služeb, ale velkým problémem jsou zde vysoké náklady s nimi spojené. Čím lepší a modernější péče je poskytována, tím jsou na ni vynakládány vyšší finanční prostředky. Cílem pro stát je při optimálním financování zavést co nejefektivnější poskytování lékařské péče dostupné pro všechny občany. Tento problém neřeší jenom Česká republika. Najít optimální řešení je složité.

Průběh přerozdělování peněz je celkem složitý. Financování zdravotnických služeb probíhá z prostředků ze státního rozpočtu, z rozpočtů krajů, obcí a měst, přímými platbami obyvatel, z prostředků nadací a sponzorů a důležitou, hlavní část tvoří poplatky zdravotního pojištění, odváděné zaměstnanci z jejich platů a zaměstnavateli za zaměstnance. Za děti, ženy na mateřské dovolené, důchodce, studenty, a ostatní vybrané skupiny zdravotní pojištění hradí stát. Výše přerozdělované částky za zdravotní pojištění zdravotním pojišťovnám mají na starosti zákonodárci ČR.

Pro Českou republiku je typické financování prostřednictvím rozpočtů zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny jsou financovány převážně z povinných zdravotních pojištění. Vybrané prostředky jsou přeposlány na účty jednotlivých zdravotních pojišťoven. Odtud jsou přerozdělovány zdravotnickým zařízením podle určitých pravidel a platných norem. Jednak jsou prováděny platby za evidované pacienty. To jsou tzv. kapitační platby. Jedná se o platbu, kterou obdrží poskytovatel zdravotní péče na výdaje spojené s léčbou pacienta. Tuto částku za jednoho pacienta platí pojišťovna pravidelně bez ohledu na to, jestli byl pojištěnec v daném období ošetřen nebo ne. Je poskytována určitou částkou na jednoho pacienta registrovaného u zdravotní pojišťovny s přihlédnutím k věku a dalším charakteristikám pojištěnce. Výše kapitační platby u praktických lékařů pro dospělé, děti a dorost je stanovena vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR. V kapitační platbě je zahrnuta řada výkonů poskytované zdravotní péče. Její sazba se pohybuje mezi 47- 50 korunami za jednoho pacienta. Tato sazba se pak násobí věkovým koeficientem. Tento index zahrnuje náročnost poskytované péče a pro jednotlivé věkové skupiny. Nejvyšší index je u dětí do čtyř let a u pacientů nad 85 let. Do kapitační platby jsou obvykle zahrnuty nejčastější výkony, kde spadá klinická péče, kontrolní a cílené vyšetření, injekce, převaz ran, administrativní úkony. Nevýhodou kapitační platby je riziko spojené s neposkytováním dostatečné zdravotní péče. To znamená, že praktický lékař může posílat pacienty na vyšetření ke specialistům, kteří jsou hodnoceni prostřednictvím výkonově orientovaných úhradových principů.

Dalším způsobem financování zdravotní péče je platba za provedený výkon. Ten spočívá v předložení seznamu provedených úkonů lékařem. Každý lékařský úkon je tabulkově ohodnocen, čím je úkon složitější, tím je v tabulce na vyšší pozici. Je zaveden bodový systém a každý úkon je určitými počty bodů ohodnocen. Poté lékař předloží seznam a následně je předán ke zkoumání a následnému proplacení zdravotní pojišťovně a lékařské komoře.

V České republice je zdravotnictví financováno nejen ze státního rozpočtu, podílí se částečně na něm i kraje, respektive města a obce, které jsou zřizovatelem zařízení poskytujících zdravotní péči. Většinou do této kategorie patří nemocnice.

„Povinnost účasti na tomto systému formou pravidelných plateb mají jak všichni občané České republiky, tak cizinci s trvalým pobytem na území ČR nebo zaměstnanci firem se sídlem v ČR.“ [6]

3.5. ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

V České republice nyní působí tyto zdravotní pojišťovny Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR, Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna METAL- ALIANCE, která se k 1. 10. 2012 spojila s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou.

Dominantní postavení v systému pojišťoven má Všeobecná zdravotní pojišťovna, která byla založena v roce 1994 jako první. To ji přináší i některé povinnosti a výsady a v určitých aspektech se odlišuje od ostatních pojišťoven. Zakladatelem je stát, nemůže se stát předmětem konkursu a vyrovnání, v případě problémů může zažádat o finanční pomoc ze státního rozpočtu, vede centrální registr pojištěnců a liší se pravidly pro výpočet výše nákladů na provoz. Občan, který se nepřihlásí u některé jiné zdravotní pojišťovny, stává se automaticky jejím klientem. Zde je také zaregistrován největší počet pojištěnců.

V systému zákonem povolené konkurence zdravotních pojišťoven je umožněno občanům svobodně si zdravotní pojišťovnu vybrat.

Zdravotní pojišťovny se v České republice vyznačují minimálními pravomocemi a jejich vliv je omezen. Velkým problémem je nedostatečné a neúčinné postižení neplatičů zdravotního pojištění. Konkurenceschopnost mezi pojišťovnami způsobuje boj o klienty. Pro pojištěnce to je obvykle výhoda, jelikož pojišťovny se jim snaží předcházet mnohými výhodami například hrazením ozdravných pobytů, příspěvky na očkování, příspěvky na zdravotní pomůcky.

V roce 1993 začal systém s vybíráním pojistného. Mezi hlavní příjmy pojišťoven můžeme zařadit platby pojistného od zaměstnanců, zaměstnavatelů, státu, osob samostatně výdělečně činných, osob bez zdanitelných příjmů. Výdaje pojišťoven zahrnovaly platby za poskytovanou zdravotní péči zdravotnickým zařízením, se kterými měly pojišťovny uzavřené smlouvy. Hodnota vyplácené částky byla ohodnocena podle počtu vykonaných zákroků. Tento způsob byl výhodnější pro pacienty, neboť to vedlo k větší pozornosti o zdraví pacienta, ale také to vedlo k nárůstu výdajů za výkony lékařů. Zdravotní péče je pojišťovnami hrazena bez ohledu na její kvalitu, bez kontroly, některé vyplácené peníze by mohly být financovány mnohdy na potřebnější zákroky, či péči.

Schéma 2. Dělení zdravotních pojišťoven v České republice

Název ZP	Hlavní činnosti	Hlavní příjmy
Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)	Zdravotní pojišťovny nabízejí téměř totožné služby (odlišují se pouze v rozsahu hrazené preventivní péče), inkasují stejné pojistné, poskytují stejné pojistné krytí a mají uzákoněné jednotné kontrakty s poskytovateli zdravotní péče, neziskovými organizacemi.	Příjmy z pojistného a zákonem daných pokut, penále a přírážek k pojistnému. Plátcem pojistného za zákonem určené skupiny obyvatel je stát.
Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny		

Zdroj: MINISTERSTVO FINANČÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotní pojišťovny* [online]. Praha: Ministerstvo financí ČESKÉ REPUBLIKY [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/gfsm_2001_14033.html

Na schématu je uvedeno, jak se v České republice rozdělují zdravotní pojišťovny. Samostatnou skupinu tvoří Všeobecná zdravotní pojišťovna, do další skupiny spadají zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

3.5.1. PŘÍJMY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Jak již bylo uvedeno v České republice působí více zdravotních pojišťoven. Celkem je tedy pravděpodobné, že každá z nich bude mít různé zastoupení pojištěnců. Ti se mohou lišit hlavně věkovým zastoupením, zdravotním stavem a sociálním zastoupením jednotlivých typů pojištěnců. Nejdůležitějšími faktory, které budou nejvíce ovlivňovat finanční stav zdravotní pojišťovny, jsou sociální skupiny a zdravotní stav klientů. Dle zákona nebo na dobrovolném vztahu dochází k přerozdělování peněz, kdy je cílem kompenzovat vyšší náklady na rizikové skupiny pojištěnců. V České republice dochází k tomuto přerozdělování financí již od roku 1993, kdy začal fungovat systém zdravotních pojišťoven. Měly být vyrovnány rozdíly mezi pojištěnci, hlavně dětmi a důchodci, za které platil zdravotní pojištění stát. Výpočet pojistného se tedy lišil tím, že důchodci měli větší váhu než ostatní státní pojištěnci.

Zdravotní pojištění je typ zákonného pojištění, ze kterého je hrazena zdravotní péče. Zákon vymezuje osoby, které jsou povinny platit pojistné za zdravotní pojištění. Patří zde stát, zaměstnavatelé, pojištěnci, kde spadají osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů. Platby jsou stanoveny zákonem č. 592/92 sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Výše pojistného za zdravotní pojištění, které hradí zaměstnavatel za zaměstnance dle zákona je 13,5% a počítá se z vyměřovacího základu za určité časové období. Tato částka se zaokrouhluje nahoru, a poté je odvedena zaměstnavatelem určité zdravotní pojišťovně. 1/3 z této částky odvede zaměstnanec ze své mzdy, tj. 4,5%. Rozdíl mezi celkovou výší zdravotního pojištění a částkou strhnutou ze mzdy zaměstnance, je částka hrazená zaměstnavatelem za zaměstnance, tj. 9%.

Osoby samostatně výdělečně činné odvádí zdravotním pojišťovnám částku z vyměřovacího základu, která činí 13,5 %. Výše vyměřovacího základu je 50% z příjmu z podnikání.

Stát platí pojištění za osoby, které nejsou samy schopny splácet zdravotní pojištění. Mezi tyto osoby můžeme zařadit studenty, důchodce, nezaopatřené děti, ženy na mateřské dovolené. Stát každý měsíc za tyto osoby odvádí sumu ve výši 13,5% z hodnoty rovnající se vyměřovacímu základu, který v současné době činí 5355 korun. Osoby, které jsou vedeny v evidenci úřadu práce neplatí zdravotní pojištění. Toto pojištění za ně hradí stát.

3.5.2. ZBŮSOBY ÚHRADY ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI

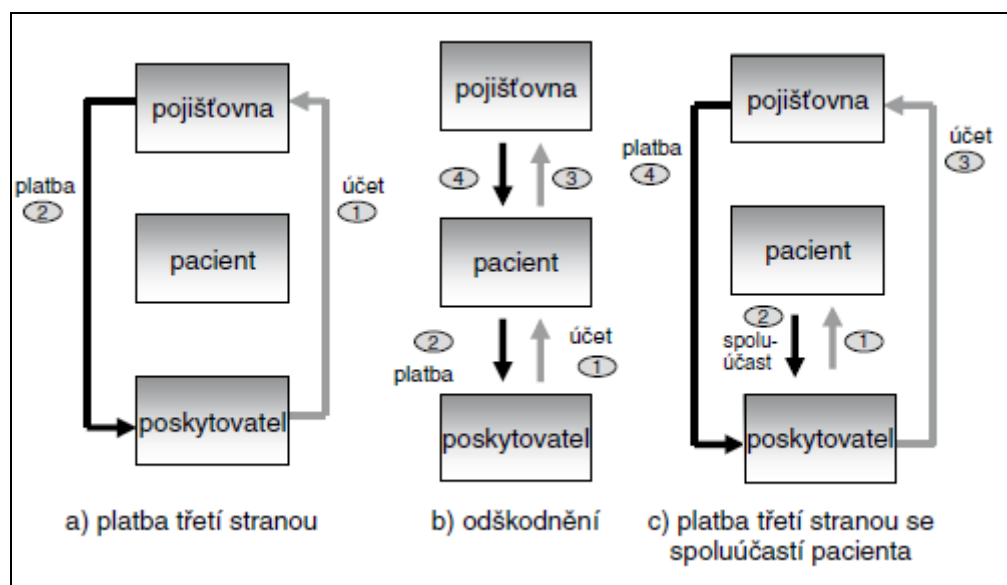
V České republice zdravotní pojišťovny poskytují své služby zhruba pro 10,5 milionů osob. V roce 2012 stále trvá nepříznivý vliv ekonomické situace v České republice, příjmy rostou pomaleji. S tím souvisí již zmiňovaná opatření v nemocnicích, omezuje si i lázeňská péče. Zdravotní pojišťovny přestaly platit některé levnější léky.

Důležitou částí výdajů jsou náklady za zdravotní péči, a proto je v zájmu zdravotních pojišťoven tyto výdaje mít pod kontrolou a omezit jejich výkyvy. To vše záleží na mnoha ohledech. Významnou úlohu zde hrají faktory týkající se úhrady zdravotní péče. Zdravotní pojišťovna může poplatky související s poskytováním zdravotní péče hradit přímo jejím poskytovatelům nebo může odškodňovat pojištěnce. Klasicky známým způsobem je hrazení nákladů spojených s poskytovanou péčí lékařům zdravotními pojišťovnami. Další způsob je odškodnění pacienta. Náklady spojené s léčbou jsou

pojištěnci zpětně částečně nebo plně uhrazené. Někdy se tento způsob označuje jako pokladenský systém.

Podstatou dalšího způsobu úhrady za zdravotní péči, tedy platby třetí stranou se spoluúčastí pacienta, je, že pacient část nákladů na zdravotní péči hradí sám a zbylé poplatky hradí zdravotní pojišťovna poskytovateli zdravotní péče.

Graf 1. Modus úhrady zdravotní péče



Zdroj: NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 94 s. ISBN 978-80-247-6378-1

Na uvedeném grafu můžeme vidět, jakými způsoby mohou být proplaceny náklady spojené s poskytovanou zdravotní péčí v České republice. Nejčastěji jsou využívány platby třetí stranou se spoluúčastí pacienta a platba třetí stranou. Platba třetí stranou umožňuje zdravotním pojišťovnám větší kontrolu nad výši úhrady zdravotní péče.

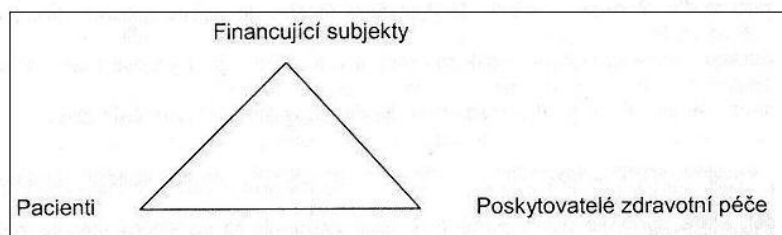
Zdravotní pojišťovny se snaží omezit jejich náklady na vyplacení vykonané zdravotní péče, proto zavádí různá opatření a kontroly, aby nedocházelo k pojistným podvodům jak ze strany pojištěnce, tak ze strany poskytovatelů zdravotní péče.

3.6. SUBJEKTY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

Ve zdravotnickém systému každé vyspělé země, při zjednodušení lze říci, že zde vystupují tři subjekty, které se navzájem ovlivňují. Patří sem pacienti, financující subjekty a poskytovatelé zdravotní péče. „*Vztah mezi občanem- pojištěncem, pojišťovnou a poskytovatelem zdravotních služeb je tvořen na základě vzájemných dohod. Na jejich dodržování dozírá stát prostřednictvím příslušných zákonů a nařízení.*“ [6]

Pacientem se stává každá nemocná osoba, která vyhledá zdravotnické zařízení a je zde ošetřena. Mezi financující subjekty řadíme stát a zdravotní pojišťovny. Poskytovatelé zdravotní péče jsou lékaři a zdravotnická zařízení. Na následném obrázku je vztah těchto tří subjektů jednoduše znázorněn.

Schéma 3. Subjekty zdravotnického systému



Zdroj: DURDISOVÁ, CSC, Doc.Ing Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005, 95 s. ISBN 80-245-0998-9.

Z uvedeného schématu lze popsat vzájemný vztah mezi pacienty, poskytovateli zdravotní péče a mezi ně vstupují financující subjekty. Financující subjekty mohou mít odlišnou formu, která může být soukromá, veřejno- právní, ale patří zde i regionální a státní rozpočty.

Zdravotnické systémy se dělí dle různých hledisek. Nejčastějším dělením může být podle druhu financování, kde spadá veřejný a komerční sektor. Veřejný sektor nakládá s finančními prostředky podle státem nastavených norem, které upravuje veřejné právo. Jestliže se ve veřejném sektoru nacházejí soukromé subjekty, upravuje jejich chování

soukromé právo. Při financování zdravotní péče se uplatňuje princip solidarity a veřejných rozpočtů. Tím nejsou ze společnosti vyloučeny sociálně slabé skupiny obyvatelstva a je státem zaručena dostupná síť zdravotnických zařízení, kvalita, výkonnost zdravotního systému. Zdravotní péči nakupuje plátce. Obecně je tento systém velice obtížný na výkon státní správy, zdravotních pojišťoven a samospráv.

Komerční sektor nakládá se soukromými prostředky podle norem stanovených soukromými komerčními subjekty. Stát má zde omezenou působnost, zastupuje zde určitou skupinu osob, kde patří matky s dětmi, staří lidé a další. Způsoby financování zdravotnické péče jsou přímé platby za službu nebo prostřednictvím komerčního pojištění. Nedostatkem tohoto systému jsou nepojistitelné nebo nepojištěné osoby.

3.7. PARAMETRY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

V sociálně- tržních státech je stát odpovědný za zdravotní péči, přebírá zodpovědnost za získávání peněžních zdrojů k financování zdravotnictví. Stát tedy nese zodpovědnost za určité parametry zdravotnického systému. Tyto povinnosti nemůže přenechat jinému subjektu.

Nejsložitějším problémem efektivnosti systému je vymezení legislativního vztahu mezi ministerstvem zdravotnictví, ministerstvem financí, ministerstvem práce a sociálních věcí a zdravotními pojišťovnami. *„Zdravotnická legislativa musí být v souladu s právním řádem země a omezující zásahy do pravomocí samospráv a soukromých subjektů jsou vysoce konfliktní, proto také zůstávají tyto vztahy poznamenány vysokým stupněm neurčitosti, nedostatečnou mírou právní jistoty a institucionalizace.“* [1]

„Řešení rozporu mezi omezenými zdroji a potřebami zdravotnických zařízení a očekáváním pacientů, potažmo kvalitativních parametrů zdravotnictví nemá potřebné parametry pro jejich jednoznačné směřování. Dochází tak k destabilizaci, k různým formám neopodstatněných nákladů.“ [1]

Mezi nejdůležitější parametry zdravotnického systému můžeme zařadit dostupnost zdravotní péče, kvalitu poskytované péče, ekonomickou nákladovost, výkonnost, rovnost a společenskou akceptabilitu.

Dostupnost zdravotní péče charakterizuje překážky, které musí pacient překonat, aby se mu tato péče dostala. Dostupnost péče obsahuje finanční, geografickou, organizační, sociokulturní a časovou složku. Finanční složka obsahuje typ zdravotního

pojištění, míru spoluúčasti a úhradu nákladů. Pro geografickou dostupnost je typická dostupnost zdravotnických služeb na různých místech země. Časová dostupnost je čekací doba na vyšetření nebo lékařský zákrok. Organizační dostupnost charakterizuje administrativní činnost, kterou má pacient vůči zdravotnickým zařízením. Sociokulturní dostupnost vyjadřuje překážky při poskytování zdravotní péče, které souvisejí s náboženskou orientací, stupněm vzdělání, etnickou příslušností.

Kvalita zdravotnické péče je odrazem ekonomické situace země. Závisí na hospodářských ukazatelích, které ovlivňují finanční prostředky, které jsou dále vynaložené do zdravotnictví. Kvalitu zdravotní péče ovlivňuje i technologická a materiální vybavenost zdravotnických zařízení, medicínské vzdělání. Mezi základní ukazatele zdravotní úrovně obyvatelstva, které odpovídají vynaložené zdravotní péči související s kvalitou péče, patří úmrtnost, střední délka života, nemocnost a počet předčasně zemřelých.

Ekonomická nákladovost souvisí s výdaji finančních prostředků resortem zdravotnictví a je charakterizována procentuálním podílem těchto nákladů z celkového hrubého domácího produktu dané země.

Výkonnost zdravotnického systému vyjadřuje rozsah péče, její kvalitu a jak je zdravotnický systém schopen zajistit zdravotní péči při různých výdajích. K posuzování výkonnosti zdravotnického systému slouží mnoho hledisek. Hodnotí se efektivnost vstupů-výstupů, analýza nákladů a přínosů, nákladů a jejich využití, nákladů a efektivnosti a mnoho dalších.

Rovnost a spravedlivost patří mezi důležitou součást zdravotnického systému. Rovnost souvisí s uplatněním stejných zásad při léčení pacienta u všech osob bez rozdílů.

Jako poslední sem spadá sociální akceptabilita, která vyjadřuje, jak zdravotnický systém odpovídá potřebám a představám společnosti. *„Spokojenost veřejnosti se zdravotnictvím je primárně podmíněna vyrovnanou bilancí mezi dostupností a kvalitou péče tak, aby v rámci disponibilních zdrojů dostupná péče byla kvalitní a kvalitní péče byla dostupná.“* [1]

3.8. ÚLOHA STÁTU VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU

Stát vstupuje mezi ekonomické subjekty, mezi poskytovatele, plátce a pacienty, aby přispěl k zajištění úspěšné zdravotní politiky. K tomu používá různé mechanismy, různé způsoby s různou intenzitou.

Zdravotnický systém, kde je zdravotní péče, její kvalita, dostupnost, její náklady a výkonnost systému garantována státem, vytváří prostřednictvím zákonodárné moci parametrické prostředí. To vše prosazuje prostřednictvím makroekonomických a mikroekonomických kritérií, kde by mělo platit, co je efektivní na mikroúrovni, to by mělo být efektivní i z makroekonomického hlediska. Toto vytvořené prostředí je ovlivněno subjektivní administrativou pracovníků státní správy a nemalým vlivem lobbistů. Vláda zde odpovídá za fungování trhu a používá k tomu přímých i nepřímých nástrojů regulace.

Platí-li, že stát zajišťuje bezplatnou zdravotní péči, pak peníze, ze kterých je zdravotní péče financována, musí odpovídat jejich efektivnímu vynakládání. Při tom platí zásada, co je efektivní pro stát, musí být efektivní i pro pacienty a zdravotnická zařízení.

Stát prostřednictvím své legislativní moci určuje zdroje financování a následné hospodaření s nimi. Mezi zdroje financování můžeme zařadit daně a zákonné pojištění. Prostřednictvím daňového systému jsou vybírány finanční zdroje na financování zdravotní péče. Zákonné pojištění obsahuje finanční zdroje získané ze zákonných plateb každé osoby. Získané finanční zdroje jsou odděleny od státního rozpočtu a jsou fondem samostatně spravovaným a dále slouží k financování zdravotní péče. Stát zde může za určité skupiny hradit pojištění.

Vláda a subjekty státní správy spolu s dalšími organizacemi, které se podílejí na zajištění zdravotnictví, navrhují parlamentu zákony k přijetí a vypracovávají určitý systém zdravotní politiky. Zde se řadí věcné cíle, stěžejní programy, vymezená pravidla pro chování subjektů spadající do zdravotní politiky.

Prostřednictvím zákonodárné moci parlament vymezuje a schvaluje zákony, tím vytváří vhodné prostředí efektivního chování ekonomických subjektů. Aplikováním systému zdravotní péče a sladováním všech zájmů společnosti, vládní politikou se zaměřením na lokální či celospolečenské zájmy, vede k neustálé konfrontaci. *„Podstata jednotlivých systémů péče o zdraví spočívá tedy ve způsobu řešení těchto různých zájmů a jejich vztahů i rozporů v určitých konkrétních podmínkách a ve vymezení prostoru pro*

chování různých subjektů, které se podílejí na utváření zdravotního stavu obyvatelstva nebo péči o zdraví.“ [1]

Ve většině vyspělých zemí se uplatňuje role státu především v oblastech, do kterých spadají legislativní oblasti zastupující zákonodárné orgány a zákony, oblast financování při získávání finančních zdrojů a oblast ovlivňující samostatnou zdravotnickou soustavu. Hledá se optimální postavení úlohy státu ve zdravotnické politice. Řeší se zde otázky vztahu státní garance a zdroje financování zdravotnictví. Je tedy zřejmé, že všechny státy hledají optimální vztah mezi státem a trhem, který by co nejlépe zajistil potřeby zdravotnické, ale i sociální ve vztahu k ekonomice dané země.

3.9. SPOLUÚČAST PACIENTA

Spoluúčastí se rozumí přímé platby pacienta z vlastních zdrojů, které pacient musí zaplatit ve zdravotnickém zařízení za poskytnuté služby ze zdravotního pojištění. Spoluúčast může být oficiální, ale i neoficiální. Oficiální spoluúčast se týká služeb, které jsou uhrazeny ze zdravotního pojištění jen částečně. Neoficiální spoluúčast je v rozporu se zákonem a znamená vybírání plateb navíc, nad rámec oficiálních plateb. Spoluúčast pacienta na hrazení poplatků se v poslední době stává velmi často diskutovaným tématem. Spoluúčast se používá jako prostředek pro doplnění finančních zdrojů, zmírnění využívání zdravotní péče nad rámec potřeby, přimět obyvatelstvo více se starat o své zdraví.

Zavedením spoluúčasti plateb ubylo i pacientů, kteří zneužívali zdravotní péči tím, že navštěvovali lékaře i s banálním problémem. Tím se zkrátila čekací doba, a lékaři se mohou více řádně věnovat svým pacientům. Tyto poplatky se dotkly i lékáren. Za každý recept musí být uhrazena určitá částka.

„Zdraví se upevňuje a rozvíjí zajišťováním adekvátní životní úrovně, dobrých pracovních podmínek, školního vzdělání, tělesné kultury, prostředků pro odpočinek a rekreaci. K dosažení toho je nutné vyvíjet koordinované úsilí velkých skupin lidí, politiků, pracovníků průmyslu, vychovatelů a lékařů, kteří jako experti ve věcech zdraví musí vymezovat normy a vytyčovat standardy.“ [3]

Tabulka 1. Podíl privátních výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v jednotlivých kategoriích zemí podle výše HDP

<i>Podíl privátních výdajů na zdravotní péči (%)</i>	<i>Nízké HDP (%)</i>	<i>Střední HDP (%)</i>	<i>Vyšší HDP (%)</i>	<i>Vysoké HDP (%)</i>
< 33	34	53	58	87
≥ 33	66	47	42	13
≥ 50	33	16	12	5
≥ 66	13	0	0	0

Zdroj: NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008, 134 s. ISBN 978-80-247-6378-1.

Privátní výdaje na zdravotnictví zahrnují privátní pojištění, výdaje za nákupy zdravotnického zboží a služeb, které nepokrývají statutární zdravotní pojištění. Tato spoluúčast je brána jako prostředek k doplnění finančních zdrojů. Tato tabulka vyjadřuje procento zemí s podílem privátních výdajů na zdravotní péči na celkových výdajích na zdravotní péči v závislosti na hrubém domácím produktu. Z tabulky můžeme usoudit, že v 87% bohatých zemí představují výdaje na zdravotní péči méně než polovinu nákladů. Zatímco v chudých zemích představují náklady více jak 66%. Pro tyto země je také typické to, že z finančních důvodů mnoho pacientů lékařskou péči nevyhledává. S tímto je spojená nízká průměrná délka života. V bohatších zemích se tento způsob využívá pro ovlivnění chování pacientů a uvědomění si pečovat o své zdraví.

V roce 2008 bývalá vláda pod vedením Miroslava Topolánka zavedla povinné poplatky, které musí pacienti uhradit při návštěvě lékaře. Byla to první část plánované reformy, která spočívá ve spoluúčasti pacienta na platbě za zdravotní péči. Toto zákonné opatření nebylo přijato s všeobecným souhlasem. Bylo poukazováno na to, že v ústavě je zakotvena bezplatná zdravotní péče.

Zavedení poplatků přineslo do zdravotnictví i několik výhod. Získané peníze byly dále využity na zlepšování poskytované péče. Mnoho nemocnic si mohlo dovolit nakoupit nové přístroje, mohlo vylepšit svoji poskytovanou péči. *„Díky regulačním poplatkům se podařilo výrazně omezit plýtvání ve zdravotnictví, ušetřit prostředky za levné léky a přesunout je na péči pro těžce nemocné. Ve specializovaných centrech, kde se léčí*

rakovina, roztroušená skleróza a další závažné choroby, bylo léčeno o 40 % více pacientů než v roce 2007, úhrada na léky ve specializovaných centrech vzrostla o 47 %, počet operací kyčelních a kolenních náhrad vzrostl například u VZP o 35 %. Zároveň působí jako velmi účinné protikrizové opatření.“ [17]

V poslední době je s poplatky u lékaře kladena otázka, kdo by se měl jakou mírou podílet na nákladech spojených s léčbou. Jestli by to měl být sám pacient, nebo zdravotní pojišťovna s většími příspěvky od státu. „*S regulačními poplatky úzce souvisí i ochranný limit, který chrání především chronicky nemocné pacienty a pacienty trpící více chorobami. Díky němu se výrazně snížily náklady na léčbu celkem 18 700 pojištěncům. Přesto, že jsou poplatky nepopulární, zásadním způsobem zvýšily jistotu našich občanů, že až budou sami nebo jejich blízcí vážně nemocní, dostane se jim moderní a účinné léčby včas.*“ [17]

Další otázka se týká etiky, do jaké míry je člověk sám zodpovědný za své zdraví, nakolik se na něm podílelo životní a pracovní prostředí, stres. Patří zde i dědičné předpoklady, které samozřejmě nemůže člověk ovlivnit, ale jeho život stejně ovlivňují. Protikladem může být ekonomická otázka, která zahrnuje prostředky rozdělování, přidělování a kdo s těmito penězi bude hospodařit.

3.10. ÚLOHA TRHU VE ZDRAVOTNICTVÍ

Charakteristickým rysem tržního hospodářství je směna protihodnot, kdy jsou peníze v neustálých směnách mezi nakoupeným a prodaným zbožím a službách. Tyto procesy probíhají na trhu ve vzájemném střetu nabídky a poptávky. Množství peněz, které mají osoby k dispozici, ovlivňují velikost jejich poptávky. Z toho vyplývá, že tato poptávka je omezená, limitovaná. Tento způsob, který je obvyklý ve všech sférách trhu, není možné použít v poskytování zdravotnických služeb a v lékařské péči. V moderní vyspělé společnosti se zdraví společnosti a obyvatelstva, zdravotnické služby, lékařská a zdravotní péče a finanční procesy ve zdravotnictví, nemohou jen výlučně řídit tržními mechanismy.

Poptávku po zdravotní péči nelze předpovídat. Elasticitu poptávky ovlivňuje zhoršení zdravotního stavu, které je spojeno s náklady na straně jednotlivce, s náklady, které jsou použity na poskytnutou zdravotní péči a náklady zaměstnavatele. „*Pružnost poptávky po zdravotní péči i po zdravotním pojištění je velmi důležitá jak pro formulaci*

zdravotní politiky v celonárodním kontextu, tak i pro jednotlivé zdravotní pojišťovny pro návrh a marketing jejich produktů.“ [7]

Zdravotnický systém v moderním státě by měl být založen na zájmu o každého člověka a možnosti zajištění kvalitní zdravotní péče. Zdravotní péče by měla být poskytnuta všem, i nemocným lidem bez rozdílů, založena na soudržnosti a lidské solidaritě.

Poskytování zdravotní péče není možno chápat jen z ekonomického hlediska, které vyplývá ze závislosti střetu nabídky a poptávky. Navíc je potřeba se zaměřit na prevenci a předcházení nemocí obyvatelstva, na zdravý vývoj populace, na zavedení účinného systému poskytování péče a úhrady za poskytované služby. To vše může ovlivnit stát, který je nositelem politické a ekonomické moci.

Trh je ve zdravotním systému ovlivňován státem, jelikož zdravotnictví nemůže být chápáno jako služba či zboží. Nelze předpovědět, kdy lidé budou potřebovat využít zdravotní péči a dopředu odhadnout výdaje na poskytnutí ošetření lékaři. Existuje zde vysoká míra nejistoty v potřebě využití zdravotní péče, která se odlišuje od jiných služeb. Nejvyšší náklady na zdravotní péči jsou vynaloženy na starší občany. Stát přerozděluje peníze do zdravotnického systému prostřednictvím peněz ze státního rozpočtu. Stát má možnost ovlivňovat výši pojistného, regulovat počet zdravotních pojišťoven. *„Jestliže stát garantuje zdravotní péči a zákonem stanoví povinné platby obyvatelstva, státu a zaměstnavatelů, potom v souladu s principem symetrie pravomoci a odpovědnosti musí odpovídat za efektivnost systému financování zdravotní péče a k tomu využívá různých nástrojů regulace přímých i nepřímých.“ [1]*

Stát by se měl pokusit zřídit celostátní systém zdravotnických služeb, založených na centrálním a krajském plánování, s možností využít všech prostředků. Společnost i samotný člověk by měli za své zdraví nést zodpovědnost. Každý člověk by měl mít možnost využít zdravotní i preventivní péči, poskytované bez jakýchkoliv omezení. Stát by měl vycházet ze světového zdravotnického výzkumu, využívat zkušeností ostatních zemí a vytvářet schopné zdravotnictví.

Zdravotnictví je i v nemalé míře ovlivněno politickou situací. Jednotlivé vlády se liší v postoji ve financování a organizaci zdravotní sféry.

Názory k tomuto tématu se liší, v mnoha zemích probíhá transformace zdravotnictví, která je v některých zemích radikální, někde umírněnější.

3.11. STÁTNÍ ROZPOČET

Státní rozpočet je finanční plán hospodaření země, který si stanovuje každý stát na jeden rok. Obsahuje odhad nákladů a příjmů, se kterými stát musí počítat. Mezi hlavní příjmy státního rozpočtu patří daně, cla, povinné poplatky. A mezi hlavní výdaje patří ty, které jsou většinou dány zákonem. Za správné plnění odpovídá Ministerstvo financí, které i musí předkládat zprávu o jeho fungování. Státní rozpočet plní funkce alokační, redistribuční a stabilizační. Státní rozpočet je nejdůležitějším fondem v rozpočtové soustavě, jelikož dále určuje výši peněz, která bude dále přerozdělena na výdaje všech ministerstev. Sice stát neplní nejdůležitější funkci ve financování zdravotní péče, ale z nemalé části se na ni podílí.

Rozpočet pro zdravotnický sektor je možno rozdělit dle několika hledisek. Existují rozpočty založené na potřebě vstupních faktorů, poskytování určitého objemu zdravotní péče nebo založené na dosahování určitých zdravotně politických cílů.

Dalším dělením je rozpočet pevný nebo variabilní, které se odlišují v závislosti na skutečných nákladech nebo skutečně poskytnuté zdravotní péči. Rozpočet se může používat vůči jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče nebo může být používán jako globální rozpočet na celý zdravotnický systém. *„Veřejný rozpočet je v případě státního rozpočtu nástrojem hospodářské politiky, jejíž součástí je i rozpočtová a stabilizační fiskální politika státu, kdy stát záměrně využívá příjmy státního rozpočtu- především progresivně konstruované důchodové daně a výdaje, zejména výdaje na vládní nákupy zboží a služeb pro zabezpečení veřejných statků a do určité míry také transfery ze státního rozpočtu a rozpočtové saldo k ovlivňování chodu ekonomiky.“* [8]

Úroveň poskytované zdravotní péče, její rozsah, financování a základní fungování je hlavně závislé na makroekonomických veličinách daného státu. Zde můžeme zařadit vývoj ekonomiky státu, hrubý domácí produkt, nezaměstnanost, klesající či stoupající inflaci, kladný nebo záporný rozpočet státu, výše hrazení sociálního a zdravotního pojištění. Mezi ukazatele úrovně státu patří poskytovaná péče, její dostupnost, počet zdravotníků na obyvatele.

„Dobře fungující národní hospodářství potřebuje zdravé a spokojené občany, bohatý a rozvíjející se stát může více investovat do zdravotní péče a služeb obyvatelstva.“ [3]

Pokud chceme zjistit, jaký zájem má stát o zdravotnictví, srovnáme hrubý domácí produkt s výdaji ve zdravotnictví na jednu osobu daného státu.

3.12. ZDRAVOTNICTVÍ VE VZTAHU K HRUBÉMU DOMÁCÍMU PRODUKTU

Základním ekonomickým ukazatelem každého státu je hrubý domácí produkt. Tento ekonomický ukazatel se využívá pro sledování vyspělosti ekonomického rozvoje daného státu i pro mezinárodní srovnání. Hrubý domácí produkt se vykazuje v celkovém objemovém vyjádření, nebo i ve vyjádření na počet obyvatelstva. Hrubý domácí produkt je ukazatelem v rámci Evropské unie, ale používá se i pro širší mezinárodní srovnání. Tento ukazatel tak vypovídá o makroekonomické úspěšnosti všech institucí vyrábějících statky a služby. Kladné přírůstky tedy charakterizují ekonomický růst, snižující přírůstky symbolizují recesi a záporné hodnoty krizový stav. Čím vyšší bude ekonomický růst, tím více bude produkováno bohatství. Čím vyšší bude přidaná hodnota, tím více peněžních prostředků může být dále přerozdělováno do dílčích oblastí daného státu, tedy i do zdravotnictví. Proto je důležité sledovat nejen samostatný hrubý domácí produkt v poměrovém vyjádření, ale i podíl tvorby a rozdělování hrubého domácího produktu mezi jednotlivé sektory. *„Podíl výdajů na zdravotnictví a tvorby hrubého domácího produktu je důležitým ukazatelem, jak příslušný stát věnuje pozornost této oblasti, jakou prioritu přikládá péči o zdraví obyvatelstva a kolik prostředků je schopen a ochoten obětovat na řešení problematiky zdravotnictví.“* [3]

4 VLASTNÍ PRÁCE

4.1. VÝVOJ HRUBÉHO DOMÁCÍHO PRODUKTU V OBDOBÍ KRIZE

S ekonomikou úzce souvisí kvalita a dostupnost zdravotní péče. Náklady státu na zdravotnictví vyjadřujeme v procentech hrubého domácího produktu.

Zdravotnictví je důležitou součástí národního hospodářství a spadá do terciálního sektoru. Ukazatelé, jako střední délka života, údaje o zdravotním stavu obyvatelstva, úroveň poskytované péče, charakterizují zdravotní stav obyvatel daného státu. Zmíněné ukazatele patří mezi nezbytné ukazatele úrovně ekonomiky daného státu.

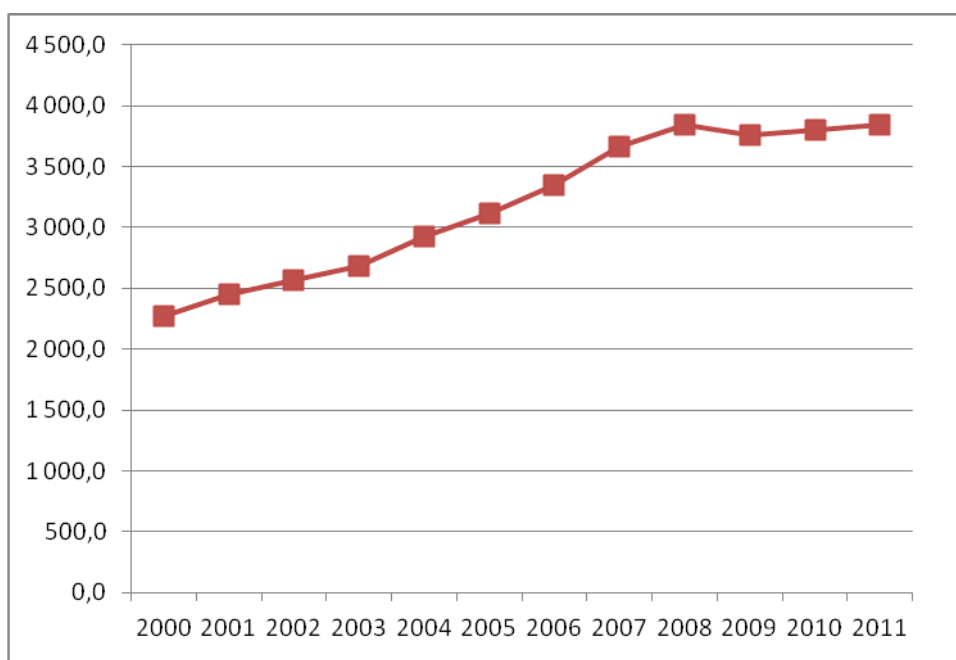
Tabulka 2. Výdaje na zdravotnictví a HDP v běžných cenách mezi roky 2000- 2010

	2000		2008		2009		2010	
	mld Kč	zdrav. jako % z HDP	mld Kč	zdrav. jako % z HDP	mld Kč	zdrav. jako % z HDP	mld Kč	zdrav. jako % z HDP
výdaje na zdravotnictví	146,8	6,7	264,5	7,2	291,6	8	284,1	7,5
HDP v běžných cenách	2189,2		3689		3627,2		3775,2	

Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z ČSÚ

Uvedená tabulka vykazuje vztah mezi výdaji na zdravotnictví mezi roky 2000-2010 a hrubým domácím produktem. Jen mezi roky 2009 a 2010 došlo ke snížení výdajů na zdravotnictví, jinak to vždy bylo naopak. Mezi lety 2009 a 2010 klesly výdaje o 3% v porovnání s hrubým domácím produktem, zatímco hrubý domácí produkt vzrostl o 4,1%. V roce 2010 dosahoval hrubý domácí produkt jako procento ze zdravotnictví 7,5%, což je oproti roku 2009 pokles a tím se přiblížil hodnotě jako v roce 2008.

Graf 2. Vývoj HDP v ČR v letech 2000 až 2011 v mld. Kč



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z ČSÚ

Na uvedeném grafu můžeme vidět, jak se v letech 2000- 2011 vyvíjel hrubý domácí produkt v České republice. V roce 2000 dosahovala hodnota 2268,9 miliard Kč. Do roku 2008 vykazoval hrubý domácí produkt nárůst, poté došlo k mírnému poklesu těchto hodnot.

4.2. NEZAMĚŠTNANOST V DOBĚ FINANČNÍ KRIZE

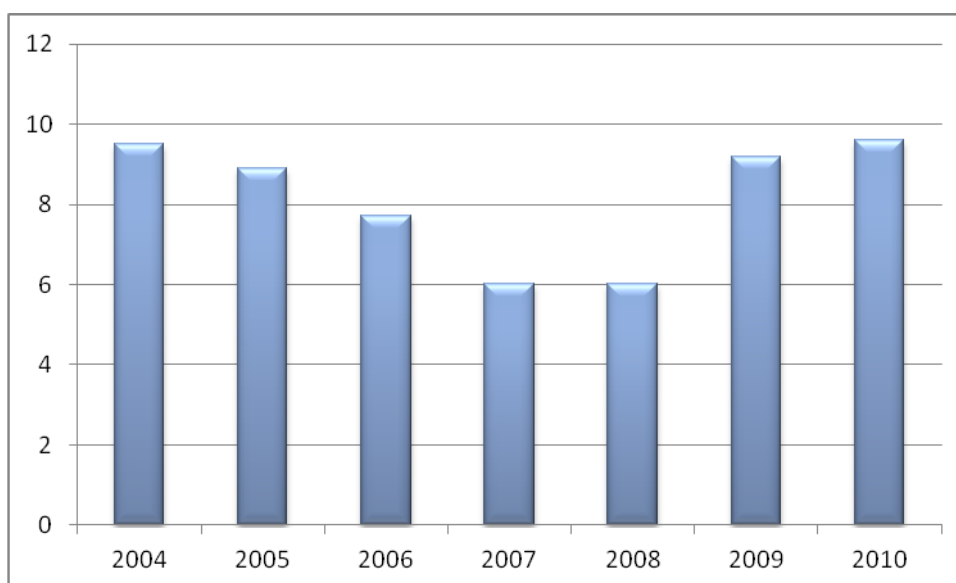
V roce 2011 celková zaměstnanost vzrostla na 4 904 000 osob, meziročně tato hodnota činila 18 800 osob, což je o 0,4%. V roce 2009 došlo k výraznějšímu poklesu zaměstnanosti, v následujícím roce tento trend pokračoval mírnějším tempem, v roce 2011 byl zaznamenán jeho mírný nárůst, především v prvních třech čtvrtletích.

Nejvíce se na zvýšení zaměstnanosti podílely ženy, jejichž počet vzrostl o 22 700 na 2 109 600. Zatímco počet mužů klesl o 3900 na 2 794 400 osob. Každý přírůstek nebo úbytek počtu zaměstnaných s sebou přináší přírůstky nebo úbytky příjmů financí do systému zdravotnictví, které představují příjmy zdravotních pojišťoven.

Klesající zaměstnanost je důsledkem ekonomických krizí, ta vyvolává krizi ve financování zdravotnictví.

V roce 2008 kdy odstartovala ekonomická krize, docházelo ke zvyšování míry nezaměstnanosti až do roku 2010. Od roku 2010 dochází k mírnému poklesu nezaměstnanosti v České republice. Ke konci roku 2011 byl celkový počet registrovaných nezaměstnaných osob v České republice 508 451 osob. Tento počet meziročně poklesl o 53100 osob.

Graf 3. Míra registrované nezaměstnanosti v procentech mezi roky 2004- 2010



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z ČSÚ

Na uvedeném grafu je vidět, jak se vyvíjela nezaměstnanost za posledních sedm let od roku 2004 do roku 2010. Nejvyšší nezaměstnanost byla zaznamenána v roce 2010, kdy míra nezaměstnanosti činila 9,57%. V roce 2008 odstartovala ekonomická krize, která postupem času postihla i Českou republiku, měla vliv i na ekonomiku České republiky. V roce 2008 byla míra registrované nezaměstnanosti 5,96%, zatímco o rok později v roce 2009 byla již na úrovni 9,24%.

Po odstartování finanční krize nezaměstnanost stále stoupá a aktuální čísla míry registrované nezaměstnanosti v roce 2011 činila 8,6% v celé České republice. Samozřejmě to ještě snížilo úspěšnost při získání zaměstnání v krajích, kde už je i tak problém s nedostatkem pracovních pozic. Vlivem finanční krize bylo nuceno mnoho firem ukončit provoz a propustit všechny své zaměstnance.

4.3. VÝVOJ VÝDAJŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ

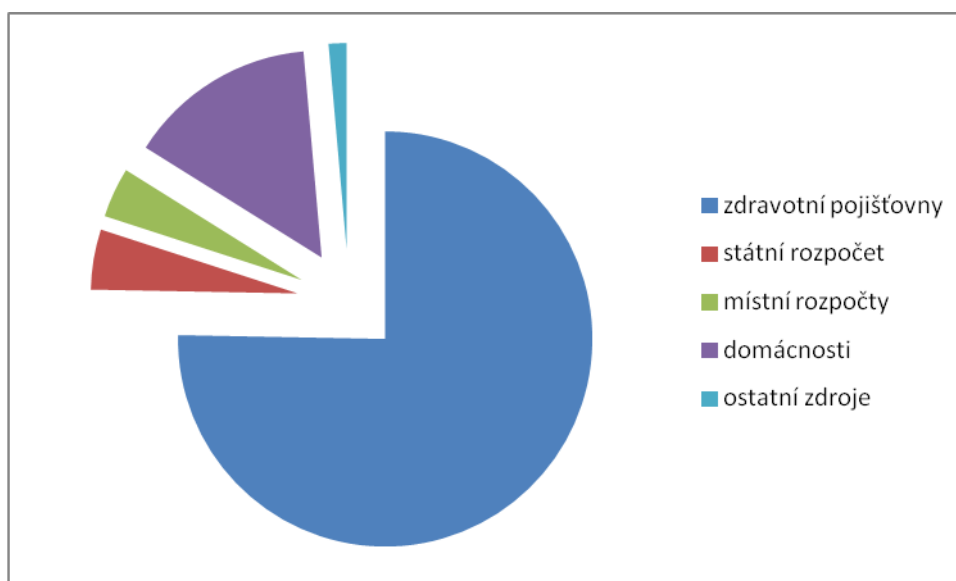
Mezi nejdůležitější finanční zdroje řadíme domácnosti, zdravotní pojišťovny a veřejné rozpočty.

Výdaje ve zdravotnickém systému lze rozlišit podle zdrojů financování, typu poskytovatele a druhů péče. Dalším podrobnějším dělením může být hledisko věku, pohlaví nebo diagnóza pacienta.

Výdaje na zdravotnictví podle zdroje financování v roce 2008 činily 197 280 milionů korun a v roce 2009 dosahovaly 227 469 milionů korun. K nejvyššímu nárůstu výdajů zdravotních pojišťoven došlo mezi těmito roky, což činilo nárůst o 15,3%.

Zdravotním pojišťovnám, které se největší částí podílí na financování zdravotní péče, klesly v roce 2010 výdaje oproti roku 2009 o necelá 2%.

Graf 4. Struktura výdajů na zdravotnictví v ČR podle zdroje financování v roce 2010



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z ČSÚ

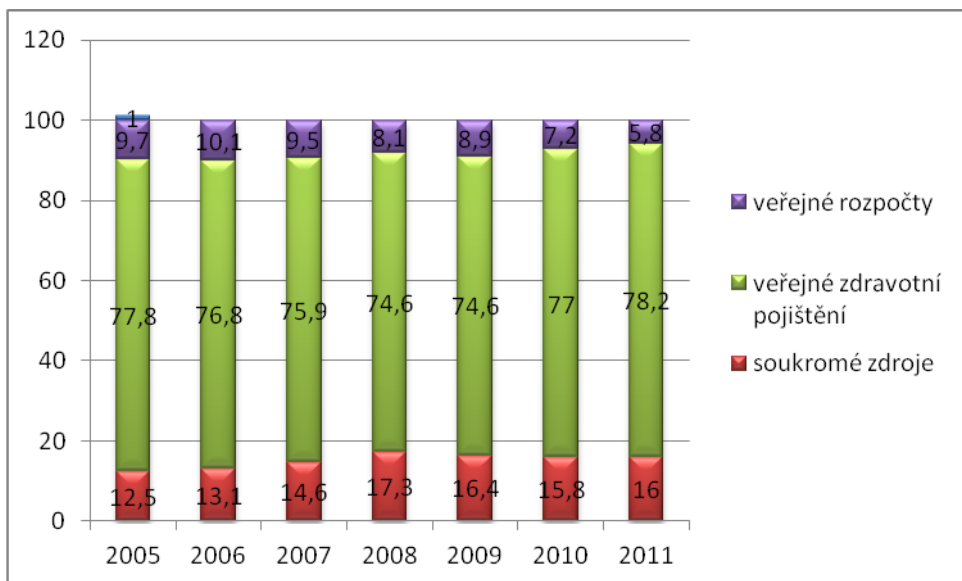
Na uvedeném grafu můžeme vidět, jakou částí se jednotlivé subjekty podílely na financování zdravotnictví v roce 2010. Největší podíl se 75,3% zaujímaly zdravotní pojišťovny. Domácnosti se podílely na financování 14,3%. Veřejné rozpočty, kde řadíme státní rozpočet a místní rozpočty tvořily 4,7% a 3,9%. Ostatní zdroje vykazovaly 1,4 %.

Celkové výdaje, které zahrnují veškerá zdravotní pojištění, rozpočty státu, krajů, měst, obcí a soukromé výdaje dosáhly podle předběžných výpočtů 288 784 mil. Kč v roce 2011 a to znamená mírný pokles. Výdaje na zdravotní péči představovaly 7,6% objemu hrubého domácího produktu. Velký podíl na hospodaření s penězi mají vliv zdravotní pojišťovny s podílem 78,1%.

Dle předběžných údajů v roce 2011, jako v předešlých letech, byla většina výdajů na zdravotní péči hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které dosahovalo 72,8% výdajů. Územní rozpočty pokryly 5,8% celkových výdajů. Soukromé výdaje dosáhly 16%. Po roce 2008 vzrostly nejvíce soukromé podíly na celkových výdajích, které byly zapříčiněny zavedením regulačních poplatků. Celkové výdaje se snížily oproti roku 2010 o 463 milionů korun. Tyto výdaje v roce 2011 dosáhly 288 572 milionů korun. To představuje 27 512 korun na jednoho obyvatele. Tyto celkové výdaje dosahují 7,51% hrubého domácího produktu roku 2011.

Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele od roku 2000 neustále rostou. V roce 2000 činily tyto výdaje 14 294 Kč na osobu. V roce 2011 se předpokládají výdaje 27 512 Kč. Zatím největší výdaje byly zaznamenány v roce 2009, kdy dosáhly 27 798 Kč za jednu osobu. Dle věkových skupin jsou nejvyšší náklady v roce 2010 vynaloženy na obyvatele ve věku 85 a více u mužů i žen. Zatímco nejnižší náklady ve stejném roce byly použity na léčbu dětí ve věkové skupině 5- 9 roků.

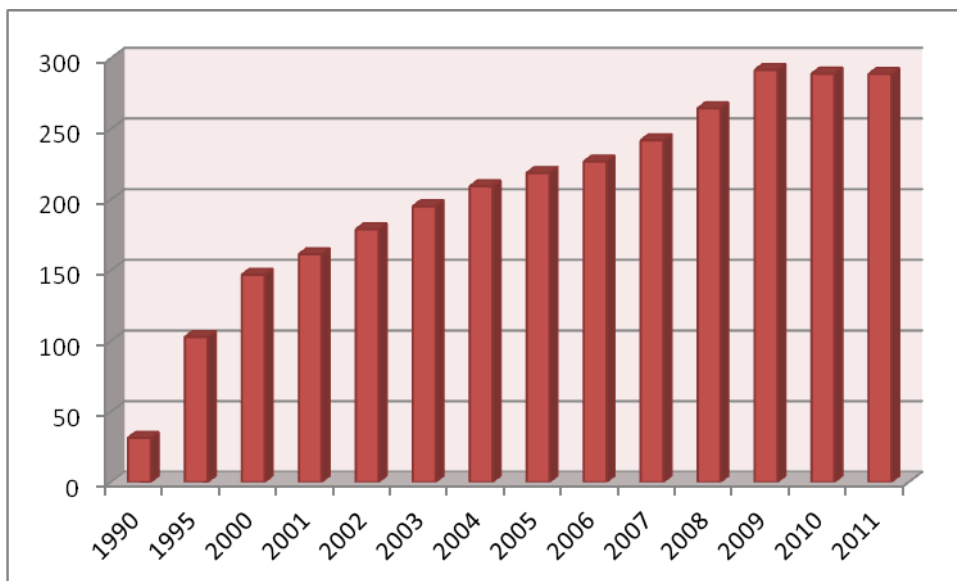
Graf 5. Výdaje na zdravotnictví podle způsobu financování v letech 2005- 2011(v %)



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

Na výše uvedeném grafu jsou znázorněny výše výdajů na zdravotnictví podle jejich způsobů financování v letech 2005- 2011. Nejvyšší mírou se na financování zdravotnictví podílí veřejné zdravotní pojištění. Podíl financování veřejných rozpočtů se v posledních letech snižuje. Vývoj výdajů ze soukromých zdrojů mírně klesá, až stagnuje.

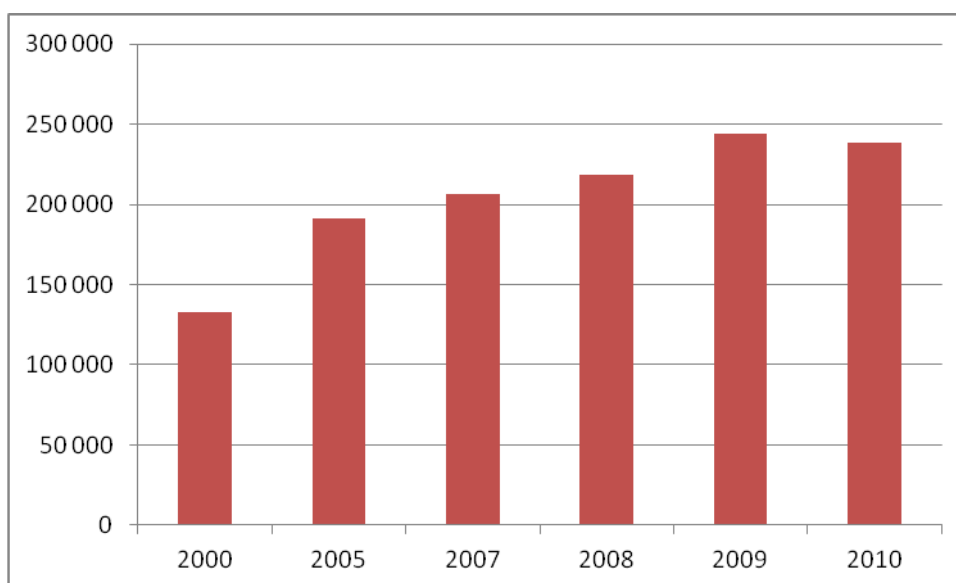
Graf 6. Výdaje na zdravotnictví v ČR v mld. Kč v letech 1990- 2011



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR

Na uvedeném grafu je uveden vývoj výdajů na zdravotnictví mezi roky 1990- 2011. Od roku 1990 dochází k neustálému nárůstu těchto výdajů. Nejvyšší výdaje na zdravotnictví dosáhly v letech 2009, kdy činily téměř 292 miliard korun oproti roku 2008, kdy činily téměř 265 miliard korun. Od roku 2009 dochází sice k mírnému poklesu těchto výdajů, ale přesto jsou tyto výdaje neustále vysoké.

Graf 7. Vládní výdaje na zdravotnictví v ČR mezi roky 2000- 2010 (v mil. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat z ČSÚ

Na uvedeném grafu je zaznamenáno, jakou částku musí stát vynaložit na financování zdravotnictví. K nejvyššímu nárůstu došlo mezi roky 2008 a 2009. Rozdíl mezi těmito roky je 24 973 milionů korun. Zatímco v roce 2010 došlo ke snížení těchto výdajů. V předešlých letech tyto výdaje nevykazovaly takový razantní nárůst.

Zdravotním pojišťovnám rostou i výdaje na léky, poskytovanou zdravotní péči, prevenci. Podle vývoje hospodaření vzrostly výdaje průměrně na jednoho člověka z 20 719 na 21 084 korun. Na nárůst této částky má vliv mnoho faktorů, kde můžeme zmínit mimo jiné pokroky v medicíně, rostoucí počet nemocných lidí, drahé přístroje, ale i faktory spojené s ekonomickou krizí.

4.4. HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

4.4.1. PŘÍJMY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

V důsledku finanční krize se snižují příjmy zdravotních pojišťoven. Jsou nižší než výdaje spojené se zdravotnickou péčí. A výhledy na následující léta nejsou o mnoho pozitivnější. Zdravotním pojišťovnám dochází rezervy, nebo jsou ve stavu, kdy již nemají z čeho čerpat. Zatímco v roce 2010 činily příjmy 215 615 mil. Kč, příjmy veřejného

zdravotního pojištění v roce 2011 činily 220 miliard a 391 milionů korun a výdaje byly 225 miliard a 547 milionů korun. Tato situace je nejen důsledkem pokračování ekonomické krize, ale i nezměněných legislativních podmínek týkajících se hrazení pojištění. To znamená, že stát už několik let ponechává výši úhrady za svého pojištěnce a to ve výši 723 korun. V České republice stát platí zdravotní pojištění za studenty, důchodce a další skupiny obyvatel. Při tom ve srovnání s člověkem, který má velmi nízký plat nebo nepobírá žádný zdanitelný plat, musí měsíčně zaplatit 1080 korun. Celkem za rok 2011 činily příjmy ze státního rozpočtu za nevýdělečné osoby 52 960 milionů korun..

Zdravotnický systém se v posledních čtyřech letech ocitá v deficitu. Ke zlepšení situace by mohl přispět stát, kdyby zvýšil úhrady za pojištění, na kterém se podílí. Zdravotní pojišťovny musejí v důsledku toho pojistné smlouvy se zdravotnickými zařízeními omezovat. Nové smlouvy vedou k výrazným redukcím poskytovaného typu zdravotní péče v nemocnicích, ke snižování počtu lůžek, či počtu zdravotnického personálu. Současně s těmito úsporami pojišťovněm chybí prostředky pro vytváření vlastních finančních rezerv.

Mezi vybrané ukazatele příjmů patří příjmy zdravotního pojištění. Celkem se v roce 2011 předpokládá částka 220 391 mil. Kč.

4.4.2. NÁKLADY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Největší částí se v České republice na financování zdravotní péče podílejí zdravotní pojišťovny a to 75,3%. Zdravotní péče je zde hrazena v převážné míře z veřejného zdravotního pojištění. Jen v některých případech je zdravotní péče doplněna o spoluúcast pacienta. Pacient si například hradí doplatky na některé léky, stomatologickou péči.

Náklady zdravotních pojišťoven jsou finanční prostředky, které zdravotní pojišťovna hradí lékařům a nemocnicím za vykonané služby.

Náklady na zdravotnictví z veřejného zdravotního pojištění v roce 2007 dosáhly 180 657 milionů korun. O rok později tyto náklady dosáhly už výše 191 958 milionů korun českých. I v roce 2009 tyto náklady neklesly, opět naopak stouply a dosahovaly 211 459 milionů korun.

Pojišťovny nad rámec zdravotní péče poskytují svým pojištěncům každý rok bonusové balíčky zahrnující slevy na lékařská vyšetření, na lázeňské pobyty dětí,

očkování, zdravotnické pomůcky, vitamíny pro děti. Účelem poskytování těchto bonusů je podpořit preventivní péči o zdraví klientů. Každá zdravotní pojišťovna nabízí jinou strukturu bonusů, tím usiluje o zvýšení počtu svých klientů. Platí zde přímá úměra se zvyšujícím počtem klientů se zvyšují příjmy pojišťovny.

4.4.3. VÝNOSY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Výnosy zdravotních pojišťoven představují platby, které jsou pro všechny osoby povinné. Odlišuje se zde to, kdo tyto poplatky hradí. Rozlišujeme úhrady od zaměstnavatelů za zaměstnance, osob samostatně výdělečně činných, od osob bez zdanitelných příjmů a od státu za osoby, kde patří studenti, důchodci, ženy na mateřské dovolené.

Celkové výnosy z předepsaného pojistného v roce 2008 činily 161 629 milionů korun, v roce 2009 dosahovaly 163 221 milionů a v roce 2010 byly 162 862 milionů korun.

Do výnosů zdravotních pojišťoven patří i platby od zahraničních zdravotních pojišťoven za uhrazenou péči za cizince ošetřené v České republice. V roce 2009 získaly pojišťovny za takto ošetřené pacienty 402 milionů. V roce 2010 dosahovala tato částka 470 milionů korun a v roce 2011 tato částka vzrostla na 583 milionů korun.

5 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A DISKUSE

V souhrnu lze z uvedených údajů, hlavně z Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR, vyhodnotit vývoj ekonomických ukazatelů- hrubý domácí produkt, nezaměstnanost v posledních letech a jejich vliv na financování, příjmy a výdaje zdravotnického systému jako celku.

V krizovém období, tj. po roce 2008, hlavní ekonomické ukazatele vykazují hodnoty vypovídající o poklesu nebo stagnaci ekonomického vývoje. To vše se odráží nejen na zdravotnickém systému a jeho fungování.

Existuje přímá spojitost mezi ekonomickou úrovní státu vyjádřenou úrovní hrubého domácího produktu a úrovní zdravotní péče a dostupnosti zdravotních služeb. Ekonomická situace státu ovlivňuje možnost řešení rozporů mezi finančními zdroji a potřebami obyvatelstva. Podíl výdajů na zdravotní péči a tvorby hrubého domácího produktu je významným ekonomickým ukazatelem, jak stát věnuje svou pozornost zdravotnictví. Srovnáním výdajů na zdravotní péči ve vztahu k hrubému domácímu produktu vyjádřeného na jednoho obyvatele, lze zjistit míru pozornosti státu ke zdravotnictví. Platí zde přímá úměra- s růstem nákladů na zdravotnictví se zlepšuje i zdravotní péče. Vzhledem ke klesající respektive ke stagnující výši hrubého domácího produktu v krizovém období a narůstajícím výdajům ve zdravotnickém systému, je nutno zvýšit jeho celkovou efektivitu.

Dalším sledovaným ekonomickým ukazatelem byla nezaměstnanost v České republice. Od roku 2008 nezaměstnanost neustále rostla. V důsledku krize ubylo nabízených míst, stoupla i konkurence mezi zájemci o konkrétní pozici, klesá tím úspěšnost při výběrovém řízení. Během roku 2011 docházelo k mírnému poklesu nezaměstnanosti. Zvyšující se počet nezaměstnaných osob přináší finanční zatížení pro stát, který za tyto osoby musí hradit zdravotní pojištění a zdravotním pojišťovnám nižší příjmy z povinného zdravotního pojištění zaměstnaných pojištěnců. Nezaměstnanost je velkým problémem. Ztráta zaměstnání snižuje sociální postavení, lidé bez práce si připadají méněcenní a to se může projevit i na jejich psychice, sebevědomí a zdraví.

Možnosti příjmů zdravotních pojišťoven jsou v době krize omezeny. Zvyšují se výdaje v důsledku stárnutí populace. Každým rokem roste počet lidí v důchodovém věku o

desítky tisíc, klesá počet pracujících pojištěnců. S využitím nových poznatků v oblasti medicíny, s použitím nových přístrojů a účinnějších léků rostou náklady zdravotním pojišťovnám. Obecně lze říci, že výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele neustále rostou. Výše výdajů na jednoho obyvatele v desetiletém období se téměř zdvojnásobila.

Podmínkou pro dlouhodobě funkční a kvalitní systém, pro účinnou a efektivní léčbu pacientů, je finančně stabilní zdravotnický systém.

6 ZÁVĚR

Finanční krize se netýká jen zdravotní péče, ale postihla i přímo ty nejdůležitější, tedy lékaře. Pro mnoho z nich je jejich plat nedostatečný, neodpovídá jejich kvalitám. Někteří z nich odcházejí raději pracovat do zahraničí, kde jim jsou nabídnuty lepší pracovní podmínky. Naši lékaři byli a jsou nahrazováni čím dál více lékaři z východních zemí. Jsou ochotni opustit své domovy, rodiny a případně se naučit cizí jazyk. V zahraničí jim jsou nabízeny podmínky, které odpovídají jejich kvalitám. Stát by měl mít zájem, aby lékaři, na jejichž studium vynaložil nemalé finanční prostředky a poskytl jim kvalitní vzdělání, nehledali lepší podmínky pro svou práci v zahraničí, kde jsou lépe finančně ohodnoceni.

Lékařská péče, starání se o své zdraví nezahrnuje jenom léčení už určité choroby, ale zahrnuje i prevenci, tedy předcházení onemocnění. Jelikož čím je člověk méně nemocný a preventivně a pravidelně pečuje o své zdraví, tím méně je vynaloženo finančních prostředků na jeho léčbu. Opakem tohoto je, že mnoho pacientů navštěvuje svého lékaře mnohdy s maličkostmi, se kterými by si jistě poradil i sám. Tímto je lékařská péče zneužívána, zbytečně jsou vynakládány finanční prostředky. Prevenci je třeba jistými opatřeními podporovat, a zneužívání omezovat.

Jedním z možných způsobů motivace zdravotních pojištěnců, jak se starat o své zdraví a preventivně o něj pečovat, by mohla být realizace návrhu odměňovat za pravidelné dodržování preventivních prohlídek, dodržování zdravotních doporučení od lékařů, například zdravé stravování diabetiků, jejich pohyb atd. Do skupiny odměňovaných nebo zvýhodňovaných osob by měli být zařazeni i nekuřáci.

Na řešení dopadů krize na zdravotnictví by se měl podílet i stát, paušální platby státu za nevýdělečně činné osoby jsou již řadu let na stejné úrovni a po daňových úpravách státem by se tato sazba z nynějších 723 korun měla zvýšit. Tato daňová úprava přinesla zdražení zdravotnických potřeb a léků. Dalším důvodem je to, že farmaceutické firmy produkují stále účinnější a tím i dražší medikamenty, na léčbu a prevenci se používají modernější, dražší zdravotnické pomůcky a vyšetřovací přístroje.

Dále by stát měl podporovat zaměstnanost, na níž závisí příjmy pojištěven. V neposlední řadě by se na financování zdravotní péče měli podílet i samotní pacienti. Poplatky za zdravotní péči a léky jednak motivují pacienty k preventivní péči o své zdraví

a současně je nutí nezneužívat zdravotnické služby a plýtvat léky. Stanovení výše podílu spolufinancování v současné krizové době je třeba zvažovat citlivě a s rozmyslem. Ne každý pacient by si mohl nákladnou zdravotní péči dovolit.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Tištěné dokumenty

- [1] DURDISOVÁ, CSC, Doc.Ing Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- [2] FOSTER, John Bellamy ; MAGDOFF , Fred. *Velká finanční krize : Příčiny a následky* [s.l.] : Grimmus, 2009, 160 s. ISBN 978-80-902831-1-4.
- [3] GLADKIJ, Ivan, et al. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2001, 380 s. ISBN 80-7226-996-8.
- [4] JANÁČKOVÁ, Stanislava. *Krize eurozóny a dluhová krize vyspělého světa* . Praha : CEP, 2010, 99 s. ISBN nevedeno.
- [5] MAAYTOVÁ, Alena, et al. *Otázky ekonomiky zdravotnictví*. 1.vyd.Praha: Wolters Kluwer ČR,a.s., 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.
- [6] NAHODIL, František a kol. *Veřejné finance v České republice*. 1. vyd. Plzeň: Aleš Čenek, 2009, 359 s. ISBN 978-80-7380-162-5.
- [7] NĚMEC, CSC, RNDr. Ing. Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada Publishnig, a.s., 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- [8] PEKOVÁ, Jitka. *Veřejné finance: úvod do problematiky*. 4. vyd. Praha: ASPI, a.s., 2008, 556 s. ISBN 978-80-7357-358-4.
- [9] PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ a Marek JETMAR. *Veřejný sektor- řízení a financování*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2012, 488 s. ISBN 978-80-7357-936-4.

Elektronické dokumenty

BUSINESSINFO.CZ. *Zákonné zdravotní pojištění* [online]. BusinessInfo.cz [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: <http://www.businessinfo.cz/cs/clanky/zakonne-zdravotni-pojisteni-3568.html#stat>

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Analýza výdajů na zdravotnictví* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2011, 17.5. 2012 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/6A004102AE/\\$File/330611a2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/6A004102AE/$File/330611a2.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Analýza výdajů na zdravotnictví* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012, 17.5. 2012 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F998E/\\$File/330612k2.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/CD003F998E/$File/330612k2.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven za rok 2009* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2010, 17.8. 2011 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/FC00279E57/\\$File/95021002.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/FC00279E57/$File/95021002.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven za rok 2010* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2011, 28.12. 2011 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/4500260679/\\$File/95021002.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/4500260679/$File/95021002.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Ekonomické výsledky zdravotních pojišťoven za rok 2011* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2012, 13.9. 2012 [cit. 2013-02-16]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/69002EA28E/\\$File/95021202.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/69002EA28E/$File/95021202.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Makroekonomické údaje* [online]. Praha: Český statistický úřad, 1.3. 2013 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: http://www2.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr:_makroekonomicke_udaje

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Registrovaná nezaměstnanost k 31.12. od roku 1993* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2013-02-09]. Dostupné z: http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabparam.jsp?voa=tabulka&cislotab=PRA1020CU&&kapitola_id=3

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Registovaná nezaměstnanost k 31.12. od roku 1993* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2013-02-03]. Dostupné z:

http://vdb.czso.cz/vdbvo/tabdetail.jsp?cislotab=PRA1020CU&kapitola_id=3&null

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výnosy z pojistného a příslušenství* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/05003009DF/\\$File/950109q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/05003009DF/$File/950109q402.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výnosy z pojistného a příslušenství* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/730041EEC6/\\$File/950110q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2010edicniplan.nsf/t/730041EEC6/$File/950110q402.pdf)

ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výnosy z pojistného a příslušenství* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2013-02-10]. Dostupné z:

[http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/BC00209E94/\\$File/950111q402.pdf](http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/t/BC00209E94/$File/950111q402.pdf)

FINANCE.CZ. *Pojistné na zdravotní pojištění* [online]. Finance.cz [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/dane-a-mzda/dane-z-prijmu/zdravotni-pojisteni-osvc/pojistne/>

MINISTERSTVO FINANČÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Návrh státního závěrečného účtu České republiky za rok 2011* [online]. Praha: Ministerstvo financí ČESKÉ REPUBLIKY [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xbcr/mfcr/SZU2011_B.pdf

MINISTERSTVO FINANČÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Správa o hospodaření dalších složek veřejných rozpočtů a o fondech organizačních složek státu* [online]. Praha: Ministerstvo financí ČESKÉ REPUBLIKY [cit. 2013-02-16]. Dostupné z:

http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/statni_zav_ucet_70195.html?year=PRESENT#II

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2011* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 09.05.2012 [cit. 2013-02-03]. Dostupné z:

http://www.mpsv.cz/files/clanky/12927/Analyza_zamestnanost_2011.pdf

[17] MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2009, 15.3.2010 [cit. 2011-08-19]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-uspору-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych_1259_868_1.html

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Zdravotní pojišťovny* [online]. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2008, 15.10.2012 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 2013-02-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/ekin2011.pdf>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2012 [cit. 2013-02-010]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/system/files/zdrnarekon2011.pdf>

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2011* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2013-02-03]. Dostupné z: <http://uzis.cz/system/files/zdrroccz2011.pdf>

VYPLATA.CZ. *Zdravotní pojištění* [online]. Vyplata.cz [cit. 2013-01-31]. Dostupné z: <http://www.vyplata.cz/vyplatamzdy/zdravotnipojisteni.php>