

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra práva



Diplomová práce

**Právní a ekonomické problémy soukromých
zdravotnických zařízení**

Vladimír Kertész

© 2016 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Vladimír Kertész

Provoz a ekonomika

Název práce

Právní a ekonomické problémy soukromých zdravotnických zařízení

Název anglicky

Economic and Legal Issues of Private Healthcare Facilities

Cíle práce

Cílem práce je prostudování základní právní úpravy a zhodnocení dopadů nové úpravy této oblasti tj. zákona o zdravotních službách 372/2011 Sb., zákona o veřejném zdravotním pojištění 48/1997 Sb., zákona o péči o zdraví lidu 20/1966 Sb., nového občanského zákoníku 89/2012 Sb. na soukromá zdravotnická zařízení. V druhé řadě bude definován charakter základní problematiky. Práce bude hodnotit výhody a nevýhody jak ekonomické, tak právní výše zmíněných dopadů nové legislativní úpravy. Hodnocení je možné nazírat ze dvou různých pohledů a sice poskytovatele a pacienta. Cílem je v obou rovinách sběr dat, která budou sloužit k vyhodnocení získaných poznatků. Posledním z dílčích cílů je návrh možných řešení vytyčeného problému.

Metodika

Teoretická část vychází ze studia literatury, z vlastních vědomostí získaných v praxi a z ekonomických podkladů poskytnutých provozovateli zdravotnických zařízení a jejich následná analýza. Dalším krokem bude získání podkladů pro praktickou část práce. Na základě těchto podkladů může dojít k vyhodnocení získaných dat pro zpracování praktické části práce. Praktická část bude obsahovat dotazník realizovaný mezi provozovateli zdravotnických zařízení. Dotazování bude probíhat napříč různými medicínskými odbornostmi: Psychiatrie, dermatovenerologie, praktické lékařství. Dotazník bude používat jak metody kvalitativní, tak kvantitativní. Získaná data budou vyhodnocena pomocí základních statistických metod. V posledním kroku dojde k sumarizaci výsledků a jejich vyhodnocení.

Doporučený rozsah práce

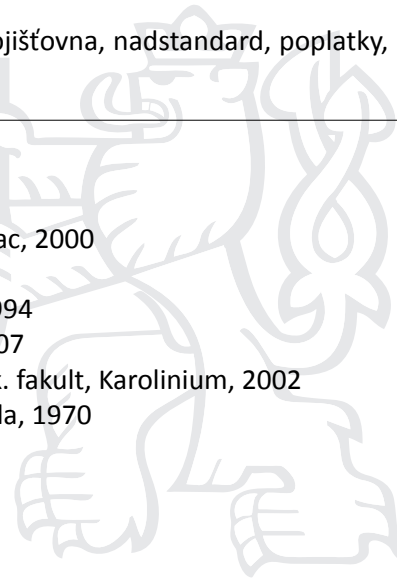
60 – 80 stran

Klíčová slova

soukromé zdravotnické zařízení, lékař, pacient, zdravotní pojišťovna, nadstandard, poplatky, právní odpovědnost, právní ochrana, mlčenlivost

Doporučené zdroje informací

Další literatura po dohodě s vedoucí práce.

1. Císařová, Sovová: Trestní právo a zdravotnictví, Praha: Orac, 2000
 2. Mach: Lékař a právo, Praha: Grada, 2010
 3. Mason, McCall: Law and medical ethics, Butterworths, 1994
 4. Dvořáček: Medicínské právo, Universitas Ostraviensis, 2007
 5. Vondráček: Zdravotnické právo pro praxi a posluchače lék. fakult, Karolinium, 2002
 6. Štěpán: Právní odpovědnost ve zdravotnictví, Praha: Grada, 1970
- 

Předběžný termín obhajoby

2016/17 ZS – PEF

Vedoucí práce

Ing. JUDr. Eva Daniela Cvik

Garantující pracoviště

Katedra práva

Elektronicky schváleno dne 29. 10. 2013

JUDr. Jana Borská

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 11. 11. 2015

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 24. 11. 2016

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Právní a ekonomické problémy soukromých zdravotnických zařízení" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autor uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 24. 11. 2016

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval JUDr. Ing. Evě Daniele Cvik, Ph.D. za odborné vedení a konzultace při zpracování této diplomové práce.

Právní a ekonomické problémy soukromých zdravotnických zařízení

Souhrn

Diplomová práce podává náhled na fungování zdravotnických zařízení v České republice. Ve své teoretické části na základě analýzy odborné literatury a právních předpisů přibližuje právní kontext činnosti těchto zařízení, a to se zaměřením zejména na rozbor práv a povinností ve vztahu lékaře a pacienta a dále popis jednotlivých zdravotních systémů napříč státy celého světa. Stěžejní část je pak věnována teoretickým východiskům financování zdravotní péče se zaměřením na úlohu regulace ze strany státu a institutů zdravotních pojišťoven. Blíže rozebrána je také problematika a vývoj regulačních poplatků zavedených v České republice v roce 2008. Zajímavostí je nástin ekonomiky zdraví a specifik nabídky a poptávky zdravotní péče. Na teoretické základy úzce navazuje praktická část diplomové práce, ve které je poskytnut detailní pohled do fungování konkrétního zdravotnického zařízení, a to soukromé psychiatrické ambulance. Na základě analýzy údajů poskytnutých zkoumaným subjektem je charakterizována jeho činnost co do počtu pacientů či provedených úkonů v jednotlivých letech a rozkryta příjmová a výdajová struktura subjektu. Rozbor dat je prostřednictvím rozhovorů se dvěma lékaři doplněn o kontext a praktické poznámky. Problémy zdravotnického zařízení vyplývající z výsledku šetření jsou dále zobecněny a rovněž jsou navržena jejich řešení.

Klíčová slova:

Poskytovatelé zdravotních služeb, Zdravotní systémy, Zdravotní pojišťovny, Regulační poplatky, Příjmy a výdaje zdravotních zařízení

Economic and Legal Issues of Private Healthcare Facilities

Summary

This thesis gives inside into the functioning of healthcare facilities in the Czech Republic. The theoretical part based on the analysis of the specialized literature and legislation describes the legal context behind the activities of these facilities, with the focus on the rights and obligations between doctors and patients, and health systems across the whole world. The main part is devoted to the theoretical bases of healthcare financing considering the role of state regulations and health insurance companies. Closely discussed is the issue of regulatory fees established in 2008. Also the specifics of health economics and supply and demand of the health care are outlined. The theoretical part of the thesis is followed by the practical part which provides depth perspective on functioning of the particular healthcare facility, i.e. the private psychiatric clinic. The analysis of data provides description of the examined facility such as number of patients and acts performed in different years and structure of incomes and expenses. Analysis is supplemented by interviews with two doctors giving practical notes and context. Problems of the healthcare facility resulting from the outcome of the analysis are further generalized and there are also designed their solutions.

Keywords:

Healthcare Service Provider, Health Systems, Health Insurance Companies, Regulatory Fees, Incomes and Expenses of Healthcare Facilities

Obsah

Úvod	12
1 Cíl práce a metodika	14
1.1 Cíl práce	14
1.2 Metodika	15
2 Teoretická východiska	16
2.1 Vztah lékaře a pacienta	17
2.1.1 Obsah a forma vztahu	17
2.1.2 Artes liberales	18
2.1.3 Odměňování lékařů	19
2.1.4 Postavení lékaře	20
2.1.5 Pojistný systém ve vztahu lékaře a pacienta	20
2.1.6 Lékařské povolání ve 20. a 21. století	22
2.2 Práva a povinnosti zdravotnických pracovníků	24
2.2.1 Povinnost postupovat lege artis	25
2.3 Hierarchie právních předpisů	27
2.4 Soustava poskytovatelů zdravotních služeb	30
2.4.1 Zdravotnická zařízení v působnosti státu	30
2.4.2 Zdravotnická zařízení v působnosti územních samosprávných celků	31
2.4.3 Soukromí poskytovatelé zdravotních služeb	32
2.5 Problematika zdravotních systémů	34
2.5.1 Mezinárodní srovnávání zdravotních systémů	34
2.5.2 Funkce zdravotních systémů	35
2.5.3 Zdravotní systémy a jejich druhy	36
2.5.4 Zdravotní systém v České republice	38
2.5.4.1 Problematika regulačních poplatků a historický vývoj péče o zdraví	39
2.6 Ekonomika zdraví a zdravotnictví	47
2.6.1 Poptávka péče o zdraví	48
2.6.2 Nabídka péče o zdraví	48
2.6.3 Makroekonomický rámec zdravotnictví	49
2.6.4 Financování péče o zdraví	52
3 Praktická část práce	54
3.1 Charakteristika zkoumaného subjektu	55

3.2	Příjmy a příjmová struktura ambulance	64
3.3	Výdaje a výdajová struktura ambulance.....	74
4	Zhodnocení výsledků a doporučení	79
4.1	Nadměrná administrativní zátěž ambulance	79
4.2	Úhradová vyhláška a limity na poskytování zdravotních služeb	80
4.3	Srovnání příjmů lékaře ve státním a soukromém sektoru.....	81
5	Závěr	83
6	Seznam použitých zdrojů.....	85

Seznam zkratk

AD –	anno Domini
BC –	before Christ
ČLK –	Česká lékařská komora
ČR –	Česká republika
KS –	Krajský soud
MS –	mezinárodní smlouva
NHS –	National Health Service
NOZ –	Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
NSS –	Nejvyšší správní soud
OECD –	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
ÚS –	Ústavní soud České republiky
USA –	United States of America
ZZS –	Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
ZPP –	průkaz pro osoby se zdravotním postižením
OSPOD –	Orgán sociálně právní ochrany dítěte
ÚZIS –	Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky
SUKL –	Státní ústav pro kontrolu léčiv
VZP –	Všeobecná zdravotní pojišťovna
OZP –	Oborová zdravotní pojišťovna
ZPMV –	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
ČPZP –	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna

Seznam grafů

Graf č. 1 –	Využití zdravotnických služeb v letech 2007 až 2012
Graf č. 2 –	Počet ošetřených pacientů za rok
Graf č. 3 –	Struktura pojištěnců dle zdravotní pojišťovny
Graf č. 4 –	Počet ošetření provedených v ambulanci za rok
Graf č. 5 –	Příjmy ambulance
Graf č. 6 –	Poměr neproplacené částky k částce fakturované

Graf č. 7 –	Příjmy ambulance od jednotlivých pojišťoven
Graf č. 8 –	Výše nedoplatků zdravotní pojišťovny 111
Graf č. 9 –	Výše nedoplatků zdravotní pojišťovny 201
Graf č. 10 –	Procentuální vyjádření proplacené částky u pojišťovny 111
Graf č. 11 –	Počet neproplacených ošetření za rok celkem
Graf č. 12 –	Průměrná cena jednoho vyšetření v Kč
Graf č. 13 –	Struktura výdajů ambulance
Graf č. 14 –	Celkové výdaje v jednotlivých letech
Graf č. 15 –	Průměrná výše příjmů a výdajů na jedno ošetření
Graf č. 16 –	Celkové roční zisky

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 –	Počátky vztahu lékaře, pacienta a pojišťovny
----------------	--

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 –	Přehled poplatků u lékaře v roce 2008
Tabulka č. 2 –	Přehled poplatků u lékaře v roce 2012
Tabulka č. 3 –	Přehled poplatků u lékaře v roce 2014
Tabulka č. 4 –	Přehled poplatků u lékaře od roku 2015
Tabulka č. 5 –	Názory občanů na regulační poplatky – srovnání v čase
Tabulka č. 6 –	Celkové výdaje (v mil. Kč) na zdravotnictví v ČR letech 2010 až 2014
Tabulka č. 7 –	Pojišťovny, se kterými má poskytovatel uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotní péče
Tabulka č. 8 –	Přehled výkonů ambulance
Tabulka č. 9 –	Maximální možný počet vyšetření za jeden rok
Tabulka č. 10 –	Nedoplatky v Kč dle jednotlivých zdravotních pojišťoven
Tabulka č. 11 –	Přehled získaných bodů dle jednotlivých zdravotních pojišťoven

Úvod

Zdravotnictví je velmi důležitým pilířem dnešní společnosti, zasahujícím do ekonomické, politické i sociální sféry každé země. Každý člověk se zapojuje do zdravotního systému a je v zájmu všech, aby tento systém byl dlouhodobě udržitelný a funkční. Zdravotní systém je vytvářen a regulován státem, i proto je zdravotnictví častým politickým tématem. Koncepční shoda se v politické rovině nalézá těžko, což demonstruje rozdílnost zdravotních systémů napříč státy celého světa. Existují tři hlavní proměnné v systému, kterými jsou dostupnost zdravotní péče, kvalita poskytovaných služeb a financování systému. Pohyb jedné proměnné vyvolá pohyb i ostatních proměnných. Jinými slovy nelze zvyšovat kvalitu bez zvýšení na straně financování nebo poklesu na straně dostupnosti. Nedosažitelným ideálem je maximální dostupnost zdravotní péče i kvalita poskytovaných služeb. Systém je třeba nastavovat citlivě s ohledem na společensko-kulturní aspekty konkrétní země, kde nám příkladem mohou být ožehavé reformy prováděné ve Spojených státech amerických.

Dalším ze specifíků zdravotnictví je nemožnost jeho komoditizace. Zdravotní péči nelze prodávat jako službu pouze za účelem zisku. Má to několik důvodů. Nejenže obchod s lidským zdravím vzbuzuje etické otázky, ale důvodem je i snaha podporovat vývoj v oblasti medicínských technologií, kde snaha používat při léčbě nejmodernější technologie podporuje vývoj těchto technologií, což ale zároveň klade vysoké ekonomické nároky na celý systém. Politická debata obvykle nepostihuje reálné problémy subjektů účastnících se systému (kterými jsou lékaři, zdravotní pojišťovny a pacienti (pojištěnci)) a právě na tyto problémy se diplomová práce bude zaměřovat.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí na část teoretickou a praktickou. V teoretické části budou na základě studia právních předpisů definovány pojmy jako je poskytovatel zdravotních služeb či zdravotnické zařízení, dále dojde k popsání vztahu lékaře a pacienta s důrazem na postavení lékaře. Tento vztah bude vymezen z pohledu právního, tedy z hlediska smluvního vztahu, na základě kterého vzniká, a následně dojde k vymezení jednotlivých práv a povinností, které mezi sebou lékař a pacient mají. Zohledněny zde budou i morální aspekty vstupující do jejich vztahu a u obou faktorů bude taktéž vymezen jejich vývoj v čase. Další část práce se bude zabývat zdravotními systémy používanými ve světě. Nejprve dojde k vytyčení obecné charakteristiky těchto systémů,

jejich zhodnocení a dále k podrobnějšímu přiblížení fungování zdravotního systému v České republice. Práce se zde zaměří na problematiku financování zdravotní péče, rozebere institut zdravotního pojištění a bude se zabývat se problematikou regulačních poplatků. Závěr teoretické části nabízí pohled na ekonomiku zdraví a specifika poptávky a nabídky péče o zdraví.

Praktická část diplomové práce bude krok po kroku rozkrývat fungování soukromé psychiatrické ambulance. Dojde k vymezení ambulance z pohledu velikosti dle počtu provedených výkonů (vyšetření), počtu vyšetřených pacientů a počtu pracovníků. Následně bude zkoumána příjmová a výdajová struktura ambulance na základě údajů z účetnictví. Výdaje budou rozděleny do konkrétních kategorií a účelem jejich zkoumání bude rozkrytí výše jednotlivých položek a určení nejvýznamnějších nákladů pro provoz ambulance. Struktura příjmů ambulance by se mohla zdát jasná a nezajímavá – veškeré příjmy plynou od zdravotních pojišťoven, ale vztahy s těmito pojišťovnami jsou velice složité. Zkoumáno bude dodržování závazků ze strany pojišťoven při proplácení poskytnuté zdravotní péče a možné řešení sporů mezi pojišťovnou a lékařem v této oblasti. Poslední část praktické části práce se bude zabývat otázkou, zda zjištěné problémy ve zkoumané ambulanci lze zobecnit a zda platí pro celý sektor soukromých ambulancí napříč odbornostmi. Za tímto účelem budou vedeny rozhovory s lékaři, které taktéž objasňují některé informace vzešlé z vlastního šetření. Po identifikaci problémů budou navržena řešení podporující dlouhodobou udržitelnost zdravotního systému s ohledem na zachování úrovně kvality poskytovaných zdravotních služeb a udržení vysoké míry dostupnosti zdravotní péče.

1 Cíl práce a metodika

1.1 Cíl práce

Hlavním cílem diplomové práce je zjištění příjmové a výdajové struktury soukromé ambulance lékaře. Na základě těchto zjištění si práce klade za cíl popsat možné problémy ve fungování systému financování zdravotní péče v soukromých ambulancích lékařů a navrhnout řešení přispívající k dlouhodobé udržitelnosti stávající úrovně zdravotní péče.

Dílními cíli diplomové práce jsou:

- vytvoření obecného pohledu na zdravotnictví v České republice,
- definování základních pojmů jako je poskytovatel zdravotních služeb a zdravotnické zařízení,
- vymezení vztahu lékaře a pacienta nejdříve z pohledu práv a povinností, které mezi nimi vznikají, a následně vymezení právních skutečností, na jejichž základě je vztah mezi nimi postaven,
- zobrazení zdravotních systémů používaných ve světě a přiblížení fungování zdravotního systému v České republice,
- zhodnocení dopadů regulačních poplatků ve zdravotnictví,
- odhalení problémů vznikajících mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami, a
- zodpovězení výzkumné otázky: Jsou zjištění vzešlá z šetření u konkrétního subjektu (soukromé psychiatrické ambulance) platná pro celý sektor nestátních poskytovatelů zdravotních služeb?

1.2 Metodika

Teoretická část práce je rešeršního charakteru. Je založena na studiu odborné literatury, analýze platné právní úpravy České republiky, analýze dat poskytnutých Českou lékařskou komorou a studiu odborných článků. Dále teoretická část popisuje statistická zjištění Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Na základě poznatků zjištěných ze zahraniční literatury a internetových zdrojů jsou komparovány zdravotní systémy ve světě i v České republice. Poté je proveden rozbor právních předpisů a popsány práva a povinnosti zdravotnických pracovníků.

Praktická část práce vychází z části teoretické a obsahuje několik na sebe navazujících kroků, které společně vedou k dosažení vytyčeného cíle. Prvním krokem je analýza dat o nestátním poskytovateli zdravotních služeb získaných vlastním šetřením u daného subjektu z jeho informačního systému Winmed 2. Výsledkem této analýzy je zejména pochopení a popis fungování soukromé ambulance lékaře s odborností psychiatrie. Dalším krokem je analýza finančních výkazů poskytovatele zdravotních služeb, která vede k popsání výdajové a příjmové struktury ambulance.

Na základě výše uvedených poznatků dojde k syntéze problémů vyskytujících se při provozu ordinace a hrozeb schopných ovlivnit fungování celého sektoru soukromých poskytovatelů zdravotních služeb.

K ověření, zda zjištěné poznatky platí pro celý sektor soukromých poskytovatelů zdravotních služeb, budou využity metody kvalitativního výzkumu. Tato metoda bude použita především pro její vysokou validitu. Ke sběru primárních dat dojde pomocí polostrukturovaného rozhovoru s lékaři soukromých ambulantních zařízení.

Na závěr budou diskutovány možné dopady nalezených problémů a navrženy možnosti jejich řešení.

2 Teoretická východiska

Ve vymezení pojmu zdravotnického zařízení byla dřívější právní úprava poněkud nejednoznačná. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů (dále také Zákon o péči a zdraví lidu) tento základní pojem nedefinoval a různé právní předpisy jej používaly rozdílně. V důsledku toho byly za zdravotnické zařízení označovány jak právnické a fyzické osoby oprávněné poskytovat zdravotní péči, tak i prostory, ve kterých byla zdravotní péče poskytována.¹ Dne 01. 04. 2012 nabyl účinnosti zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů (dále také Zákon o zdravotních službách), který v základních ustanoveních sjednotil tuto dosud roztržštěnou terminologii. „Zdravotnickým zařízením se rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb.“² Druhá varianta, se kterou byl tento termín dříve zaměňován, tedy právnické a fyzické osoby, které mají oprávnění k poskytování zdravotnických služeb, jsou nově označovány za poskytovatele zdravotních služeb.³ Poskytovatel zdravotních služeb musí splňovat dvě základní definiční kritéria. Prvním definičním znakem je právní osobnost, tedy způsobilost nabývat práva a povinnosti.⁴ Druhým znakem je oprávnění k této činnosti vydané příslušným krajským úřadem.⁵

Dle nové terminologické úpravy by se zdálo vhodnější práci pojmenovat „Právní a ekonomické problémy poskytovatelů zdravotních služeb“, avšak i současná literatura tyto pojmy zaměňuje.

¹ Těšínová, Žďárek, Polícar: Medicínské právo, Praha: C. H. Beck, 2011, s. 230

² § 4 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů

³ § 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů

⁴ § 15 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

⁵ § 15 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) ve znění pozdějších předpisů

2.1 Vztah lékaře a pacienta

Vztah lékaře a pacienta je ovlivněn nejen právními normami, ale také etickými. Tento vztah prošel dlouhým vývojem a v posledních desetiletích dostal významných změn především v přeskupení hierarchie hodnot při poskytování zdravotní péče.⁶ První dochovaný záznam o úpravě právního vztahu mezi lékařem a pacientem je ze starobabylonského zákoníku, který reguloval výši odměny lékaře za provedený zákrok a jeho odpovědnost, přičemž výše odměny byla dána fixně.

2.1.1 Obsah a forma vztahu

Ve starověkém Řecku se vedle sebe rozvíjelo několik lékařských škol. Metody jednotlivých lékařů byly odlišné a lékaři museli přesvědčit pacienty (jako své klienty) o správnosti jejich přístupu a na rozdíl od Babylónie zde při sjednávání odměny panovala smluvní volnost. V tomto konkurenčním prostředí není známa žádná regulace vztahů mezi lékařem a pacientem. Ze stejné doby pochází Hippokrates, který položil etické základy vztahu mezi lékařem a pacientem, známé jako tzv. Hippokratova přísaha⁷. Autor tohoto

⁶ Těšínová, Žďárek, Polícar: Medicínské právo, Praha: C. H. Beck, 2011, s. 25

⁷ Přisáhám a volám Apollóna lékaře a Asklépia a Hygieiu a Panakín a všechny bohy a bohyně za svědky, že budu tuto smlouvu a přísahu dle svých možností a dle svého svědomí dodržovat. Toho, kdo mě naučil umění lékařskému, budu si vážit jako svých rodičů a budu ho ze svého zajištění podporovat. Když se dostane do nouze, dám mu ze svého, stejně jako i jeho potomkům dám a budou pro mne jako moji bratři. Pokud po znalosti tohoto umění (lékařského) zatouží, budu je vyučovat zdarma a bez smlouvy. Seznámím své syny a syny svého učitele a všechny ustanovené a na lékařský mrav přísahající s předpisy, přednáškami a se všemi ostatními radami. Jinak však s nimi neseznámím nikoho dalšího.

Lékařské úkony budu konat v zájmu a ve prospěch nemocného, dle svých schopností a svého úsudku. Vystříhám se všeho, co by bylo ke škodě a co by nebylo správné. Nepodám nikomu smrtící prostředek, ani kdyby mne o to kdokoli požádal, a nikomu také nebudu radit (jak zemřít). Žádné ženě nedám prostředek k vyhnání plodu. Svůj život uchovám v čistotě a bohabojnosti, stejně tak i své lékařské umění. Nebudu (lidské tělo) řezat, ani ty, co trpí kameny, a tento zákrok přenechám mužům, kteří takovému řemeslo provádějí.

Do všech domů, kam vstoupím, budu vstupovat ve prospěch nemocného, zbaven každého vědomého bezpráví a každého zlého činu. Zvláště se vystříhám pohlavního zneužití žen i mužů, svobodných i otroků. Cokoli, co při léčbě i mimo svou praxi ve styku s lidmi uvidím a uslyším, co se nesmí sdělit, to zamlčím a uchovám v tajnosti. Když tuto přísahu dodržím a neporuším, nechť ve svém životě i ve svém umění skromně dopředu postoupím. Tak získám si vážnost všech lidí po všechny ty časy. Když ale zákazy přestoupím a přísahu poruším, nechť stane se pravý opak.

textu, který vznikl roku 400 BC není s jistotou znám. Za zmínku stojí fakt, že nejen pacienti platili za léčbu, ale i studenti platili za výuku lékařského řemesla.⁸

Římská říše za své dlouhé existence, která trvala téměř 700 let, měla velmi nestálé a často se měnící území. V dobách své největší slávy se rozprostírala od dnešního Egypta až po Velkou Británii, proto se pohled na lékařství lišil nejen v čase, ale i v rámci jejího území. Jak uvádí Jackson, v oblasti dnešní Itálie se projevoval silný vliv Řecka, které bylo v oboru lékařství vyspělejší. Lékaři se zde dělili do dvou hlavních skupin – Public doctors a Private doctors. Public doctors byli lékaři ve službách veřejnosti a dále se dělili na městské lékaře, císařské lékaře, vojenské lékaře a lékaře města Říma. Tito lékaři byli ve službách příslušných měst nebo úřadů, kteří jim poskytovali plat, a působili takto trvale. Oproti tomu Private doctors byla nesourodá skupina, která nebyla výrazněji regulována, nebylo od ní vyžadováno žádné lékařské vzdělání a vztah s pacientem fungoval na smluvním základě. V Římě se lékaři těšili mnoha privilegiím a patřili k nejbohatší vrstvě obyvatelstva. V tomto období se také začíná lékařské povolání řadit mezi „artes liberales“, avšak toto zařazení není zcela jasné a názory autorů se různí.⁹

2.1.2 Artes liberales

Dnes zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů (dále také jen Živnostenský zákon) v § 3 uvádí taxativní výčet činností, které vylučuje z okruhu své působnosti. Lékařské povolání je zmíněno v odstavci 2, kde se vyskytují povolání upravená zvláštními zákony (v tomto případě se jedná o zákon o zdravotních službách). Tato vyloučená povolání mohou být vykonávána pouze fyzickými osobami splňující podmínky podle zvláštních zákonů. Tedy i v případě právnických osob musí být tato činnost vykonávána v zastoupení fyzickými osobami, které splňují podmínky podle zvláštního zákona. Samotnou způsobilost lékaře upravuje zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované činnosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění

⁸ Doležal: Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva, Praha: Leges, 2012, s. 18

⁹ Jackson: Doctors and Diseases in the Roman Empire, University of Oklahoma, 1988, s. 387

pozdějších předpisů.¹⁰ Činnosti uvedené v § 3 odst. 2 Živnostenského zákona se souhrnně označují jako svobodná povolání. Z výše uvedeného tedy vyplývá, že se jedná o podnikatelskou činnost fyzických osob podle jiného než Živnostenského zákona. Podrobnější náhled na tuto problematiku poskytl Evropský soudní dvůr, který uvádí následující definici: Jedná se o povolání intelektuálního charakteru, podléhající profesní regulaci, vyžadující vysokou úroveň kvalifikace, vykonávaného osobně a se značnou mírou samostatnosti.¹¹ Rovněž Heckendon uvádí, že pro výkon svobodných povolání jsou typické tyto zvláštní povinnosti:

1. osobní výkon činnosti, jako záruka odbornosti;
2. povinnost jednat s odbornou péčí;
3. informační povinnost z důvodu vyrovnání informační asymetrie; a
4. povinné pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou výkonem povolání.¹²

Tyto povinnosti se objevují právě ve zvláštních zákonech upravujících konkrétní typy svobodných povolání. Vývoj těchto povinností ve zdravotnictví je nepatrně odlišný od ostatních svobodných povolání, neboť život a zdraví jsou hodny zvláštní ochrany, která se projevuje v další zákonné regulaci.

2.1.3 Odměňování lékařů

Odměňování lékařů bylo ve starém Římě stejně kontroverzní téma jako dnes. Ač nikdo nepředpokládal, že by lékaři měli provádět své řemeslo zadarmo, byl zároveň rozšířen názor, že brát si odměnu za záchranu života je nečestné. Jackson uvádí, že tento názor převládal hlavně mezi starší generací svobodných Římanů, kteří bezplatné poskytování zdravotnických služeb mezi sebou považovali za společenskou slušnost a projev přátelství. Z původních textů je však zřejmé, že lékaři odměňováni byli, většinou velice štědře, neboť každý, kdo se strachoval o svůj život, byl ochoten zaplatit nemalé peníze. Problém však představuje samotná povaha odměny, respektive co odměna vyjadřuje. Platíme-li kupní cenu nebo odměnu za dílo ohodnocujeme statek,

¹⁰ Kamínek, Hrabánková, Orlová: Živnostenský zákon. Zákon o živnostenských úřadech. Komentář, Praha: Wolters Kluwer, 2014, s. 236

¹¹ Rozsudek Soudního dvora EU ve věci C-267/99, Christine Adam – Urbing, proti Administration de lenregistrement et des domaines

¹² Heckendon: Die Haftung freier Berufe zwischen Vertrag und Delikt, Bern: Stampfli Verlag, 2006, s. 45

který získáváme. Ocenění života samotného nebo zdraví je složité a jejich vyjádření v peněžní sumě takřka nemožné.¹³ Seneca rovněž uvádí, že jsou věci penězi neohodnotitelné, za které se platí suma menší, než je jejich skutečná hodnota. Lékaře přirovnává k učitelům a těžkosti vyčíslení hodnoty zdraví a života k hodnotě vzdělání. Povahu odměny lékaře vysvětluje jako odměnu za jeho čas a námahu.¹⁴

V období antického Řecka se formovalo obsahové naplnění vztahu lékaře a pacienta, které poskytl především Hippokrates a jeho následovníci. Šlo především o etickou rovinu a respektování jejich základních pravidel. Řím a především jeho právníci tomuto vztahu dali formu.

2.1.4 Postavení lékaře

V období starověku nedošlo k zásadnímu vývoji ani v lékařství samotném ani ve vztahu lékaře a pacienta. V 19. století byla veškerá právní úprava západní části Evropy ovlivněna římskoprávním myšlením, proto i vztah lékaře a pacienta zůstal smluvním vztahem v soukromoprávní rovině. Obsahem tohoto vztahu bylo poskytnutí zdravotní péče ze strany lékaře a úhrada této péče pacientem. Vážnost lékařského povolání rostla a s tím se kladl větší důraz na stavovské povinnosti a čest. V tomto období je už bez pochyb lékařství řazeno mezi svobodná povolání, kam se řadí dodnes.¹⁵

2.1.5 Pojistný systém ve vztahu lékaře a pacienta

Do dvoustranného vztahu lékaře a pacienta, kde lékař poskytuje ošetření a pacient odměnu, se postupem času přidal prvek pojistných systémů. Za vlády říšského kancléře Bismarcka v druhé polovině 19. století dochází k mnoha společenským změnám prostřednictvím sociálního zákonodárství. Tento trend se šířil Evropou a do Českých zemí se dostává ve stejném období v podobě rakouského zákona o povinném nemocenském pojištění dělnictva z roku 1888. Toto je první velká změna v systému zdravotní péče a zároveň změna v postavení lékařů. Vedle toho byl také přijat zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Těmito zákony bylo

¹³ Jackson: Doctors and Diseases in the Roman Empire, University of Oklahoma, 1988, s. 390

¹⁴ Seneca: O dobrodiních, Praha: Svoboda, 1991, s. 68

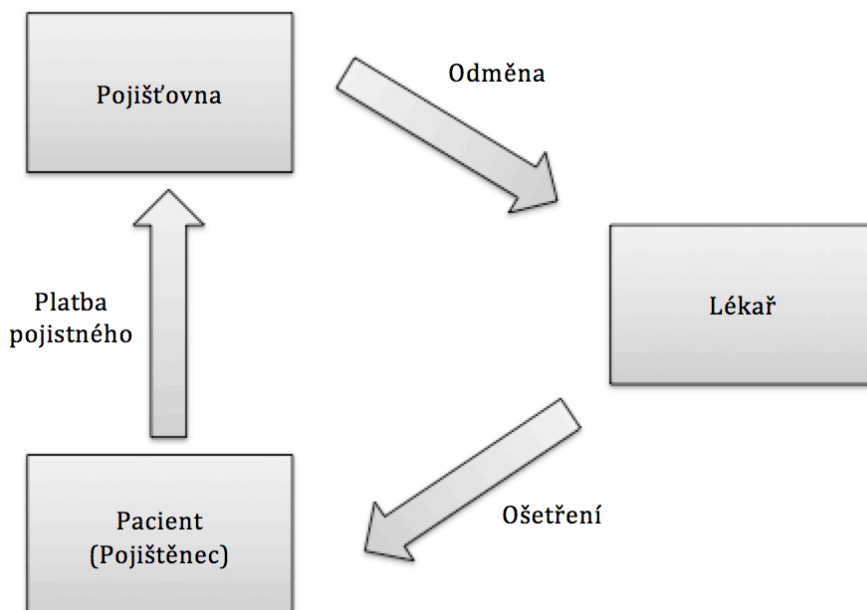
¹⁵ Doležal: Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva, Praha: Leges, 2012, s. 29

zavedeno povinné nemocenské pojištění a došlo k mnoha dalším změnám v postavení lékařů a jejich vztahu s pacientem.¹⁶ Lékaři nově posuzovali pracovní schopnost, pracovní úrazy, nemoci z povolání a tím se dostávali do zcela nových právních vztahů. Z pohledu lékaře byl tento nový vztah rozporuplný. Na straně jedné lékař dostal určitou jistotu pro budoucnost své praxe, ale na straně druhé došlo k nárůstu povinností, a to jak administrativních, tak v souvislosti s novými službami, do té doby neposkytovanými. Přitom bylo stále žádoucí, aby nedošlo k poklesu úrovně poskytované zdravotní péče. V tomto trojstranném vztahu dále dochází k mnohé regulaci (např. preskripce léčiv). Poprvé se zde lékař dostává mezi dva mlýnské kameny reprezentované pacienty a pojišťovnou (v dřívější terminologii „pokladnou“). Mezi zájem pacienta, někdy také simulanta, o uznání za nezpůsobilého k práci a zájem pojišťovny, která chce mít málo nemocných. Na lékaře tím byla přenesena povinnost chránit prospěch a zdraví dělníků a zároveň chránit zájmy pojišťovny.¹⁷ Zavedení pojistného systému reflektuje zájem státu na ochraně zdraví obyvatelstva a snahu o zpřístupnění lékařské péče všem společenským vrstvám. Pojistné systémy budou rozebrány v dalších kapitolách, kde proběhne komparace českého pojistného systému s ostatními zeměmi a podrobnější popis současného systému v České republice.

¹⁶ Doležal: Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva, Praha: Leges, 2012, s. 31

¹⁷ Niklíček: Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938 [online]. [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://www.sasp.cz/cesti-lekari-a-povinne-nemocenske-pojisteni-v-letech-1888-1938>

Obrázek č. 1 – Počátky vztahu lékaře, pacienta a pojišťovny



Zdroj: Vlastní zpracování autora na základě monografie Doležal: Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva, Praha: Leges, 2012

2.1.6 Lékařské povolání ve 20. a 21. století

V současnosti není zcela jasné, zda vztah lékaře a pacienta řadit do vztahu soukromoprávního nebo veřejnoprávního. Jednoduchý smluvní vztah se v průběhu doby výrazně změnil, přistoupil do něj prvek pojistných systému a do jisté míry ho ovlivnila rozhodnutí politického charakteru o představě fungování systému zdravotních služeb. V minulosti státy se socialistickým řízením přešly k veřejnoprávnímu vztahu lékaře a pacienta.¹⁸ V dnešní době je veřejnoprávní vztah zřejmý také ve skandinávských zemích. Velice speciální situace panuje ve Velké Británii, kde je zdravotní péče poskytována kromě jiného prostřednictvím National Health Service (dále také jen NHS). Grubb uvádí, že zde povinnost poskytnout pacientovi zdravotní služby vzniká ze zákona a absentuje tak „consideration“ na straně pacienta, který je nezbytným předpokladem ke vzniku smlouvy.¹⁹ Z tohoto důvodu zde smluvní vztah nevzniká vůbec. Státy s tímto přístupem jsou však výjimkou a celosvětově převládá smluvní soukromoprávní vztah, který je

¹⁸ Stolínová: Právní odpovědnost a postavení lékaře, Praha: Avicenum, 1977, s. 58

¹⁹ Grubb: Principles of Medical Law, New York: Oxford University Press, 2004, s. 612

navázáním na historickou tradici. Státy, ve kterých je existence soukromoprávního vztahu založena smlouvou, mají rozdílnou koncepci právní regulace vztahu mezi lékařem a pacientem. Tuto koncepci můžeme rozdělit na 3 základní druhy:

1. Vztah se řídí obecnou úpravou občanskoprávních vztahů tedy občanským zákoníkem – neexistuje zvláštní smluvní typ. Tento vztah je podřazen některému z existujících obecných smluvních typů. Tato úprava je typická pro Německo, Rakousko a další.
2. Občanský zákoník k tomuto účelu zavádí zvláštní smluvní typ. Tento druh úpravy je zvolen v Holandsku nebo České republice, kde zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník hovoří o smlouvě o péči o zdraví.
3. Úprava je obsažena ve zvláštním zákoně, který zavádí zvláštní smluvní typ. Touto cestou se vydalo Slovensko zákonem č. 576/2004 Sb., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich a poskytovaním zdravotnej starostlivosti.²⁰

Z výše popsaných historických událostí je patrný vývoj od jednoduchého dvoustranného vztahu mezi pacientem a lékařem při poskytování zdravotní péče k složitějším vícestranným vztahům, které reflektují potřebu moderní společnosti k zajištění solidarity a širší dostupnosti zdravotních služeb. Tato potřeba byla naplněna přistoupením třetího subjektu (zdravotní pojišťovny). V současném systému, který bude detailněji popsán v dalších kapitolách, se vyskytují tři základní vztahy:

1. Vztah pacienta (pojištěnce) a pojišťovny, ve kterém pojištěnec platí pojišťovně pojistné a pojišťovna zajišťuje pojištěnci lékařskou péči.
2. Vztah lékaře a pojišťovny, kde se lékař zavazuje poskytnout služby pojištěncům a pojišťovna se zavazuje tyto služby uhradit.
3. Vztah lékaře a pacienta, v němž má pacient právo na lékařské služby poskytované v rámci pojištění a lékař má povinnost tyto služby poskytnout.²¹

²⁰ Doležal: Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva, Praha: Leges, 2012, s. 39

²¹ Zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

S přijetím Zákona o zdravotních službách v roce 2011 došlo k zásadním změnám v pojetí vztahu lékaře a pacienta. Promítla se zde především změna hodnot v poskytování zdravotních služeb. V dřívějších dobách byla na prvním místě ochrana života a zdraví, která je dnes nahrazena primátem vůle pacienta.²²

Vztah mezi lékařem a pacientem i vývoj tohoto vztahu byl v předchozích kapitolách rozebrán zejména z právního pohledu. Druhým pohled může být faktický, tedy poměry, které panují mezi pacientem a lékařem při samotném procesu léčení. Dříve se v tomto vztahu objevoval **paternalistický model**, který se vyznačoval silným postavením lékaře. Lékař sám rozhodoval o způsobu léčby pacienta stejně, jako rozhodoval o informacích, které uzná za vhodné pacientu podat. Zcela běžná byla praxe, kdy lékař pacientovi nesdělával podstatné informace o jeho zdravotním stavu a sám rozhodoval o způsobu léčby.²³ Tento vztah se pozvolna měnil až do podoby dnešního **partnerského modelu**, ve kterém je kladen důraz na autonomii vůle pacienta. V tomto modelu je pacient vždy plně informován (lékař už nemá možnost posuzovat, zda pacientovi informace pomohou a musí mu je sdělit vždy) a na základě těchto informací má právo sám rozhodnout léčbě. V krajním případě může léčbu odmítnout, a to i za cenu, že tím ohrozí své zdraví nebo život. Tento model se rozvíjí od poloviny dvacátého století v USA. Trend vzrůstajícího respektu k autonomii člověka se projevil v lékařství stejně jako ve všech ostatních oblastech života.

V České republice proběhl tento proces zvláštním způsobem – transformací shora – nešlo tedy o přirozený vývoj, ale násilné vnucení koncepce zdravotnictví z cizích zdravotních systémů do systému českého. K této změně došlo přistoupením České republiky k Úmluvě o lidských právech a biomedicíně z roku 2001. Partnerský model je však stále ve velké míře zdravotnickými pracovníky odmítán.²⁴

2.2 Práva a povinnosti zdravotnických pracovníků

Povinnosti zdravotnických pracovníků jsou velice rozsáhlé a jejich kompletní výčet a popis by přesáhl možnosti této práce. Proto budou zmíněny pouze nejčastější povinnosti

²² Císařová, Sovová: Trestní právo a zdravotnictví, Praha: LexisNexis, 2004, s. 32

²³ Haškovcová: Lékařská etika, Praha: Galén, 1994, s. 106

²⁴ Těšinová, Žďárek, Policar: Medicínské právo, Praha: C. H. Beck, 2011, s. 19

a problémy s nimi spojené. Co do počtu povinností zdravotnických pacientů výrazně převažují jejich práva. Po desetiletí jsou neustále posilována práva pacienta, ale v současné právní úpravě nalezneme i práva zdravotnických pracovníků, mezi která patří například právo být informován o tom, zda je pacient nositelem infekční nemoci, a o dalších podobně závažných skutečnostech, které se týkají zdravotního stavu pacienta. Dalším právem zdravotnických pracovníků je právo neposkytnout zdravotní službu v případech, kdy by při jejím poskytování mohlo dojít k přímému ohrožení života zdravotnického pracovníka nebo k ohrožení jeho zdraví. Mezi práva zdravotnických pracovníků je také řazena výhrada svědomí a výhrady vyznání. Jde o právo zdravotnického pracovníka odmítnout poskytnutí zdravotních služeb, které odporují jeho svědomí nebo náboženskému vyznání. Toto právo je zakotveno již v Listině základních práv a svobod²⁵ a promítlo se i v Zákoně o zdravotních službách. Je uplatňováno například při provádění interrupcí, asistované reprodukci nebo v souvislosti s problematikou podávání transfuzí při přání pacienta nebyť resuscitován. Mezi nejvýznamnější povinnosti zdravotnických pracovníků však patří povinnost postupovat lege artis, povinnost poskytovat první pomoc a povinnost zachovávat mlčenlivost, přičemž nejvýznamnější změna se udála při zavedení legální definice lege artis postupu v Zákoně o zdravotních službách.²⁶

2.2.1 Povinnost postupovat lege artis

Výklad pojmu lege artis se v čase měnil a nad jeho přesnou definicí v odborných kruzích do nedávna nepanovala shoda. Doslovně lze pojmy přeložit jako lex = zákon a ars = umění, tedy dohromady lege artis znamená „podle pravidel umění“. V dávných dobách nebylo lékařství považováno za exaktní vědu, ale spíše za umění, kde postavení stran bylo nerovné. Lékař se snažil uzdravit pacienta, rozhodoval o léčbě a jednal v zájmu pacienta dle svých možností, a pacient se na rozhodování o léčbě podílel minimálně z důvodů nedostatku vzdělání a informací obecně. Je rozšířeným omylem, že lege artis je jen takový postup, který vede k uzdravení pacienta. Už z doslovného překladu je zřejmé, že pojem v sobě **nezahrnuje výsledek, ale pouze postup**. Tento pohled na věc nebyl

²⁵ Vyhlášená usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky

²⁶ Prudil: Právo pro zdravotnické pracovníky, Praha: Linde, 2014, s. 15–31

vždy stejný. V dobách krále Chamurappiho se neúspěšní chirurgové trestali trvalým zákazem činnosti. Jeho trvalost spočívala v oddělení ruky od těla. Z historie nám bližší je znám případ lékaře Jana Lucemburského, který byl utopen za nezdaru v léčbě královi oční choroby. Bez ohledu na jazykový výklad pojmu, dnes lege artis chápeme výhradně jako odborně správný postup. Tento pojem se nevztahuje pouze na lékaře, ale také na ostatní zdravotnické pracovníky. Každý si jistě dovede představit, že zaručit vždy stejný postup je s ohledem na lidský faktor téměř nemožné. Tyto limity jsou spatřovány především v provedení postupu. Jako příklad můžeme uvést neurochirurgické operace, při kterých jsou výkony lékařů přirovnávány k houslovým virtuosům s dovětkem, že nelze od každého lékaře požadovat, aby byl virtuosem. V právní praxi je nezbytné odpovědět na otázku, zda byl postup lege artis nebo **non lege artis**, tedy jednoznačně odborně chybný. Při posuzování této otázky se začal objevovat termín **vitium artis**, který je možné přeložit jako nedostatek umění. Jde o postup, který byl v zásadě správný, avšak nedostatkem zkušeností došlo k nezdaru v některém dílčím kroku.²⁷

Od roku 1966 nastal další posun, kdy zákon uložil povinnost poskytovatelům zdravotnických služeb poskytovat zdravotní péči na úrovni současných vědeckých poznatků.²⁸ Jednalo se o snahu zákonného zakotvení pojmu lege artis, která přinesla nespočet problémů. Slovní spojení „na úrovni poznatků současné vědy“²⁹ zapříčinilo, že každý postup, který nevyhověl nejvyšším světovým standardům, nenaplnil toto zákonné ustanovení a tím došlo k porušení zákona.³⁰

Dnes je postup lege artis definován v Zákoně o zdravotních službách v § 4 odst. 5 takto: *Náležitou odbornou úrovní se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.* Právě odkaz na **konkrétní podmínky a objektivní možnosti** je nejzásadnější změnou. Co je a co není postup lege artis je nutné posuzovat v závislosti na specializaci lékaře, dostupném vybavení

²⁷ Ptáček, Bartůněk, Mach a kol.: Lege artis v medicíně, Praha: Grada, 2013, s. 15

²⁸ Dle § 11 zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

²⁹ Tamtéž.

³⁰ Pokud si znovu představíme reálnou situaci a rozdílnost mezi Fakultní nemocnicí v Motole a okresní nemocnicí, která spočívá nejen ve vybavení, ale také v odbornosti lékařů, tak tento standard nelze naplnit v žádném případě. Ad absurdum by bylo možné argumentovat, že ač má nemocnice pár měsíců starý přístroj, tak byl vynalezen modernější přístroj a z toho důvodu nebyla výše uvedená povinnost splněna.

zdravotnického zařízení, ale také personálním zajištění pracoviště. Pro ilustraci problému je možné si představit dvě situace, které mohou nastat při akutní operaci (pacient byl převezen do nemocnice s vážnými vnitřními poraněními):

- Situace 1 – pacient byl převezen do fakultní nemocnice v běžnou denní dobu, operační sál této nemocnice odpovídá jejímu postavení a je vybaven nejmodernější technikou. Lékaři jsou přítomni v nemocnici a z hlediska odbornosti mají možnost se úzce specializovat. V takovém případě může být na sále přítomno až 5 lékařů. Zaběhlý postup je následující: jeden lékař provádí operaci pomocí robotického zařízení a pro případ neúspěchu této metody operace jsou na sále připraveni další tři lékaři čekající na pokyn k zahájení operace klasickou chirurgickou cestou. Posledním lékařem je anesteziolog. Na sále jsou dále přítomny tři zdravotní sestry.
- Situace 2 – pacient byl převezen do krajské nemocnice uprostřed noci. Ve službě je jeden operatér a jeden anesteziolog. Při operaci jsou na sále dva lékaři a jedna sestra. Lékař se v malé krajské nemocnici nemá možnost specializovat tak jako lékaři ve fakultních nemocnicích a vybavení sálu se také značně liší od fakultní nemocnice. V případě nezdaru robotické operace není možné provést operaci klasickou chirurgickou cestou, neboť v jednom lékaři je taková operace nezvládnutelná.

Přes rozdílnost těchto dvou operací lze říci, že v obou případech bylo postupováno *lege artis* a to právě s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti.³¹

2.3 Hierarchie právních předpisů

Česká republika náleží do systému kontinentálního práva, který je taktéž nazýván systémem psaného práva. Hlavním charakteristickým znakem tohoto systému je zákonodárná činnost plně v rukou státu (oproti systému angloamerického práva, kde je právo vytvářeno taktéž soudcovskou činností).³²

³¹ Ptáček, Bartůněk, Mach a kol.: *Lege artis v medicíně*, Praha: Grada, 2013, s. 40–51

³² Knapp: *Teorie práva*, Praha: C. H. Beck, 1995, s. 72

V medicínském právu se projevují právní předpisy různé síly.³³ Nejprve to jsou ústavní zákony, tedy Listina základních práv a svobod, ve které nalezneme většinou přirozená lidská práva jako například:

- právo na život (čl. 6),
- právo na nedotknutelnost osoby (čl. 7),
- právo na osobní svobodu (čl. 8),
- právo na ochranu zdraví (čl. 31).³⁴

Dalším stupněm v hierarchii právních předpisů jsou ratifikované mezinárodní smlouvy. Pro oblast lékařství patří mezi nejdůležitější Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, Úmluva o lidských právech a biomedicině (spolu s protokolem o zákazu klonování lidských bytostí). V těchto MS se mimo jiné nacházejí následující principy:

- právo na rovnou dostupnost zdravotní péče,
- nutnost informovaného souhlasu osoby podstupující zákrok zdravotní péče,
- dříve vyslovená přání,
- právo na ochranu soukromí (jedná se především o ochranu informací týkajících se zdravotního stavu pacienta),
- pravidla vědeckého výzkumu.³⁵

Níže v hierarchii následují zákony. Následující výčet uvádí pouze ty nejdůležitější zákony, které se vztahují se k zaměření práce:

- **občanský zákoník** upravující práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče a odpovědnost za škodu a její náhradu,³⁶
- **zákon o zdravotních službách** upravující vztahy poskytovatelů zdravotních služeb a orgánů státní správy a rovněž vztahy pacientů a lékařů;

³³ V českém právním řádu mají právní předpisy hierarchický vztah, který stanoví přednost jednoho předpisu před druhým v případě jejich kolize. Sestupně podle síly jsou řazeny takto: ústavní zákony a mezinárodní smlouvy ratifikované parlamentem, zákony a podzákoné právní předpisy.

³⁴ Vyhlášená usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky

³⁵ Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnost lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny

³⁶ Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

- **zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách**, ve znění pozdějších předpisů (dále také Zákon o specifických zdravotních službách), ve kterém se nachází úprava zvláštních zdravotních služeb jako je sterilizace, asistovaná reprodukce nebo kastrace;
- **zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů**, ve znění pozdějších předpisů (dále také Zákon o veřejném zdravotním pojištění) upravující vztahy pojištěnců, pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb především co do rozsahu a úhrady zdravotních služeb, které jsou poskytovány v rámci veřejného zdravotního pojištění;
- **zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře**, ve znění pozdějších předpisů (dále také Zákon o České lékařské komoře nebo Zákon o ČLK), který upravuje stavovskou organizaci lékařů a jejich samosprávu; a
- **zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta**, ve znění pozdějších předpisů, kde jsou upraveny podmínky způsobilosti k výkonu povolání lékaře.

Nejnižší právní sílu mají podzákoné (sekundární) právní předpisy, do kterých řadíme nařízení vlády a vyhlášky.³⁷ Přičemž pro tuto práci budou dále důležité:

- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, ve znění pozdějších předpisů;
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů;
- vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016, ve znění pozdějších předpisů.

³⁷ Knapp: Teorie práva, Praha: C. H. Beck, 1995, s. 77

Dále nesmí být opomenuty stavovské předpisy vydávané Českou lékařskou komorou, které upravují její vnitřní vztahy. Mezi ně patří například Disciplinární řád ČLK a Etický kodex ČLK.

2.4 Soustava poskytovatelů zdravotních služeb

Před rokem 1990 byla síť poskytovatelů v ČR vybudována ve třístupňové struktuře pouze státních zařízení. Tato struktura kopírovala územní členění státu na okres, kraj a celý stát. Změny nastaly při zrušení okresních úřadů, s čímž bylo spjato přesunutí okresních nemocnic pod správu územních samosprávných celků a převedení nemocnic ve správu krajů na obchodní společnosti. Tato soustava byla zakotvena v Zákoně o péči o zdraví lidu. Nestátní zdravotnická zařízení a podmínky pro jejich provozování byla pak upravena v zákoně č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Oba tyto zákony byly zrušeny a komplexní úpravu přebíral Zákon o zdravotních službách. Zdravotnická zařízení je možné dělit do tří, respektive čtyř skupin³⁸ dle toho, kdo je zřizuje. Mohou to být zdravotnická zařízení řízené státem (ministerstvy), kraji, obcemi nebo městy a soukromými poskytovateli nebo církví.³⁹

2.4.1 Zdravotnická zařízení v působnosti státu

Soustava poskytovatelů zdravotních služeb se skládá ze zdravotnických zařízení v působnosti státu, za které jsou považovány organizace přímo podřízené ministerstvům. Jedná se o Ministerstvo zdravotnictví, Ministerstvo obrany a Ministerstvo spravedlnosti. Ministerstvo zdravotnictví je zřizovatelem fakultních nemocnic⁴⁰, které jsou specifické vysokou mírou odbornosti poskytovaných služeb a slouží ke vzdělávání při spolupráci s lékařskými fakultami. Krom jejich úlohy léčení pacientů a vzdělávání studentů se zabývají taktéž vědeckou a výzkumnou činností. Vedení fakultních nemocnic

³⁸ Údaje pro rok 2011 zveřejněné 3. Lékařskou fakultou o počtech zdravotnických zařízení dle zřizovatele: Ministerstvo zdravotnictví 19, Kraje 24, Města nebo obce 17, Soukromí poskytovatelé 121, Církev 3, Ministerstvo obrany a spravedlnosti 5.

³⁹ O nemocnicích. www.ozdravotnictvi.cz [online]. [cit. 2016-11-04]. Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/nemocnice/>

⁴⁰ V České republice se nachází celkem 11 fakultních nemocnic. Z toho v Praze to jsou: Všeobecná fakultní nemocnice, Fakultní Thomayerova nemocnice, Fakultní nemocnice v Motole a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.

je jmenováno přímo ministrem zdravotnictví. Vnitřní struktura fakultních nemocnic je od běžných nemocnic⁴¹ odlišná. Zejména v pracovně právních vztazích s lékaři, kteří obvykle mají pracovní úvazek s nemocnicí, v rámci kterého poskytují zdravotní péči pacientům, a rovněž pracovní vztah s lékařskou fakultou, v rámci kterého poskytují vzdělávání studentům a dalším zdravotnickým pracovníkům. Standardní název pro oddělení je v těchto nemocnicích upraven na kliniku. V čele kliniky stojí přednosta, který je do své funkce jmenován ministrem školství. Léčebnou péči zajišťuje primář, který je v postavení zástupce přednosty. Z výše uvedeného je patrná složitost vnitřní struktury, která vykazuje známky dvoukolejnosti. Dvoukolejnost je spatřována především v oddělení vzdělávací a léčebné resp. výzkumné části.⁴² Ministerstvo zdravotnictví je dále zřizovatelem center a institutů⁴³, odborných léčebných ústavů a psychiatrických léčeben.⁴⁴ Specifické postavení má záchranná služba, která poskytuje přednemocniční péči, a na jejímž fungování se podílejí jak kraje tak stát.

Nelze opomenout ani soustavu vojenských nemocnic zřizovaných Ministerstvem spravedlnosti (např. Ústřední vojenská nemocnice Praha).

2.4.2 Zdravotnická zařízení v působnosti územních samosprávných celků

V tomto případě hovoříme především o zdravotnických zařízeních zřízených kraji, obcemi nebo městy v rámci jejich samostatné působnosti⁴⁵. Vedle samostatné působnosti

⁴¹ V České republice se v roce 2011 nacházelo **189 nemocnic** z toho fakultních nemocnic 11, nemocnic následné péče 30, nemocnic akutní péče 148.

⁴² Toto striktní dělení panuje i na nižších postech v rámci zaměstnanecké struktury, kde je odděleno, kdo rozhoduje ve věcech výzkumu a léčby a kdo rozhoduje ve sféře vzdělávací – do těchto věcí zasahuje dokonce i děkan fakulty, která je spjata s nemocnicí. Děkanovi je podřízen přednosta kliniky ve věcech vysokoškolského vzdělávání studentů.

⁴³ Jedná se o Institut klinické a experimentální medicíny známý pod zkratkou IKEM.

⁴⁴ Těšinová, Žďárek, Polícar: Medicínské právo, Praha: C. H. Beck, 2011, s. 276

⁴⁵ Rozlišujeme samostatnou a přenesenou působnost, kdy kraj nebo obec vykonává obojí. Pokud hovoříme o **přenesené působnosti**, máme na mysli výkon pravomoci státu (tedy výkon státní správy), která je vykonána prostřednictvím orgánu obce nebo kraje. Jinými slovy se jedná o výkon státní správy, kterou stát svěřil orgánu obce nebo kraje. Typickým příkladem je stavební řízení. V případě **samostatné působnosti** se jedná o výkon samosprávy. Obec nebo kraj je do určité míry samostatná jednotka (složena ze společenství lidí a majetku), která své záležitosti spravuje samostatně, a stát do nich může zasáhnout jen, vyžaduje-li to ochrana zákona a jen způsobem, který stanoví zákon. Jedná se především o tyto případy: schvalování rozpočtu obce, zřizovat obecní policii, vydávat obecně závazné vyhlášky atd.

je krajům a obcím svěřena i přenesená působnost, kterou ve vztahu k poskytovatelům zdravotních služeb vykonávají především:

- vydávání (a taktéž změně nebo zrušení) registrace soukromých poskytovatelů zdravotních služeb,
- vydávání souhlasu s věcným vybavením a personálním zajištěním zdravotnického zařízení,
- v případě zániku poskytovatele přebírá zdravotnickou dokumentaci,
- před uzavřením smlouvy mezi pojišťovnou a poskytovatelem zajišťuje výběrové řízení.

2.4.3 Soukromí poskytovatelé zdravotních služeb

Jedná se o soukromou praxi, kde je zřizovatelem právnická nebo fyzická osoba. Nezbytnou podmínkou pro zřízení zdravotnického zařízení tohoto typu je získání oprávnění k provozování nestátního zdravotnického zařízení, které je taktéž označováno jako registrace. Právnická nebo fyzická osoba se může stát poskytovatelem zdravotních služeb a provozovat zdravotnické zařízení za podmínek stanovených zákonem a na základě oprávnění⁴⁶ vydaném příslušným krajským úřadem. Konkrétně se jedná o odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu, kam fyzická nebo právnická osoba musí podat žádost o udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb. K této žádosti je nutné doložit:

- potvrzení způsobilosti samostatného výkonu zdravotnického povolání,
- diplom potvrzující potřebné vzdělání,⁴⁷
- prokázání zdravotní způsobilosti,
- povolení místní hygienické stanice deklarující splnění všech hygienických požadavků⁴⁸ pro zařízení, ale také provozní řád a jeho schválení orgánem ochrany veřejného zdraví,
- prohlášení o dostatečném technickém a věcném vybavení.

⁴⁶ Toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci vydaném krajským úřadem v místě provozování zdravotnického zařízení.

⁴⁷ Pro otevření soukromé praxe potřebuje lékař nejen absolvovat lékařskou fakultu, ale i složit 2 atestační zkoušky z daného oboru.

⁴⁸ Tyto požadavky se liší dle konkrétního lékařského oboru, který bude v zařízení provozován.

Za tento proces registrace je správní poplatek ve výši 1000,- Kč a lhůta pro vydání rozhodnutí činí 30 dnů. Dalším účastníkem řízení je zdravotní pojišťovna, která se vyjadřuje také k dostupnosti zdravotní péče.⁴⁹ Vyjádření pojišťovny je v tomto případě klíčové a rozhoduje o úspěchu či neúspěchu ve věci.⁵⁰

Od soustavy poskytovatelů zdravotních služeb musíme odlišit druhy a formy zdravotní péče, jak je definuje Zákon o zdravotních službách.

Druhy zdravotní péče rozlišuje § 5 ZZS následovně:

1. Podle časové naléhavosti poskytnutí zdravotní péče:
 - a. neodkladné péče,
 - b. akutní péče,
 - c. nezbytná péče,
 - d. plánovaná péče.
2. Podle účelu jejího poskytnutí, kterým je například:
 - a. preventivní péče,
 - b. diagnostická péče,
 - c. léčebná péče.

Oproti tomu **formou zdravotní péče** se dle § 6 ZZS rozumí:

1. ambulantní péče,
2. jednodenní péče,
3. lůžková péče,
4. zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Ve vlastní části práce se budeme zabývat především ambulantní formou zdravotní péče, pod kterou rozumíme péči, při níž nedochází k hospitalizaci pacienta.⁵¹

⁴⁹ Pojišťovna je ze zákona povinna zajistit svým pojištěncům dostupnou zdravotní péči. Tato povinnost je v praxi realizována vytvořením (spoluprací) s dostatečně širokou sítí poskytovatelů zdravotních služeb.

⁵⁰ Portál veřejné správy. Portál veřejné správy [online]. Praha: Ministerstvo vnitra, 2016 [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/portal/podnikani/situace/260/280/5121.html>

⁵¹ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů

2.5 Problematika zdravotních systémů

2.5.1 Mezinárodní srovnávání zdravotních systémů

Z hlediska naplňování potenciálu zdraví každého z nás, ale i z hlediska populace jako celku, mají zdravotní systémy bezpochyby nezastupitelnou úlohu. Pokud mluvíme o mezinárodním srovnání v rámci zdravotních systémů, můžeme se zaměřit na dvě hlavní představy, jež s nimi úzce souvisí. První představa, která je v odborných kruzích hojně diskutována, je představa o nalezení ideálního vzoru či modelu. Už při jejím samotném vyslovení ovšem narážíme na problém, že v kontextu jednotlivých států je jaksí nereálná. Každý z nás může mít diametrálně odlišnou představu o tom, jak by měl ideální zdravotní systém vypadat. Je tudíž jasné, že hledání ideálu nutně naráží na hodnotové zakotvení hledajících. Druhá představa se snaží využít především zkušeností založených na praxi. To by byl zajisté dobrý směr, pokud by nenarážel na problém, že převod zkušeností je kvůli rozdílnému kontextu prakticky nemožný. Za jistých podmínek je ale praktické využití zahraničních zkušeností samozřejmostí a může přispívat k rozvoji praxe mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů u nás.

V posledních několika dekádách zažívá metoda mezinárodního srovnávání zdravotnických systémů veliký rozmach. Jednotlivé přístupy a využití získaných poznatků se případ od případu liší. Jinou váhu mají výsledky získané velkými mezinárodními organizacemi, např. OECD či WHO, a jinou váhu má srovnání, které je prováděno pro potřeby veřejné správy nebo v rámci akademického výzkumu. Je ovšem jasné, že mezinárodní srovnávání zdravotnických systémů pomáhá předjímat problémy ve vývoji zdravotní politiky v daném státě a hraje také základní roli v šíření inovací.⁵²

Pokud se zabýváme srovnáváním zdravotnických systémů, nesmíme opomenout výzkum zdravotnických služeb. Ten můžeme definovat jako multidisciplinární výzkum, zabývající se studiem organizačních struktur, sociálních faktorů, finančních systémů a procesů. Je to soubor zdravotnických technologií a jednání aktérů, kteří ovlivňují kvalitu, dostupnost, náklady zdravotní péče a v konečném důsledku naše zdraví a pohodu. Dle jiné definice lze výzkum zdravotních služeb chápat jako vztah mezi kvalitou a nákladovou

⁵² Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 50

efektivitou jak z pohledu individuálního tak společenského. Výzkum využívá závěry klinických studií v praxi poskytování zdravotnických služeb. Někteří autoři (Byington a Roemer) se v souvislosti s výzkumem zdravotnických systémů zabývali využitím prognostických metod, které mají velký vliv na budoucí vývoj. Ranson, Tiler a Benettová se zabývali srovnáváním několika zdravotnických systémů v různých regionech WHO a vymezili tak základní oblasti výzkumu v oblasti zdravotnických služeb. Problémy mezinárodního srovnávání jsou jak v oblasti datové základny, tak v zastoupení jednotlivých států. Z dosud zjištěných poznatků plyne, že čím ekonomicky vyspělejší stát, tím větší zapojení do srovnávacích výzkumů. Tím ovšem může docházet k upřednostňování priorit takto vyspělejších států před prioritami států méně a zejména nejméně rozvinutých.⁵³

V dané problematice můžeme narazit na tři následující doporučení. Prvním z nich je ujasnění a zpřesnění samotné definice zdravotnického systému i systému zdravotnických služeb. Druhým pak jasné zformulování definice výzkumu zdravotní politiky a v neposlední řadě doporučení věnovat metodám výzkumu v této oblasti dostatečnou pozornost.⁵⁴

2.5.2 Funkce zdravotních systémů

Můžeme popsat tři fundamentální funkce systémů péče o zdraví. Celkové zlepšení zdraví populace, poskytování finanční ochrany proti nákladům nemocí a reagování na očekávání občanů. Podle tohoto hodnocení se v minulosti Česká republika umístila na 28. až 33. místě ze 191 hodnocených států, čímž získala status státu s vysoce rozvinutým systémem péče o zdraví. Aktuálnější informace jsou ovšem z roku 2011 ve zprávě, kterou vydalo WHO, a jejíž podtitul zní Cesta k univerzálnímu financování. Zde se řešily mezinárodní srovnávání financování, úhrad a organizace systémů. Hlavní myšlenka, tedy univerzální přístup, který je definován členskými státy WHO, vyžaduje, aby všichni lidé měli přístup k potřebným zdravotnickým službám – prevenci, podpoře,

⁵³ Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 54

⁵⁴ MILLS. Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods. Health Policy Plan [online]. 2011, (27) [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapol/article/27/1/1/659637/Health-policy-and-systems-research-defining-the?searchresult=1>

léčbě a rehabilitaci, aniž by museli složitě řešit finanční stránku věci. V ústavě WHO je řečeno, že základním lidským právem je dosažení nejvyšší možné úrovně zdraví a že zdraví je zásadní pro blahobyt každého jedince. Přináší totiž ekonomické výhody nejen jedincům a domácnostem, ale i zemím, které tak mají větší podíl ekonomicky aktivních lidí.⁵⁵

Systém péče o zdraví a jeho správa vychází z historických tradic a zkušeností každého státu. Nelze vymezit jediný správný systém vhodný pro všechny státy, ovšem můžeme vymezit některé obecně dané funkce, které by správa a řízení systému měly mít:

- Dobrý zdravotnický informační systém – přístup k informacím o zdravotních rizicích, sociálních souvislostech (zejména spravedlnosti), informace o spotřebě jednotlivých druhů zdravotní péče, spotřebě léčiv atd.
- Přehled o financování systému péče o zdraví, jež je základním nástrojem politiky pro zlepšení zdraví a zmenšování nerovností ve zdraví.
- Odstranění finančních bariér dostupnosti péče a prevence katastrofických zdravotních výdajů.
- Zajištění efektivních služeb, neboť zdravotnický systém je tak efektivní, jak efektivně jsou poskytovány služby, které nabízí.⁵⁶

2.5.3 Zdravotní systémy a jejich druhy

Vlivem různorodých světových a vnitrostátních podmínek (např.: politické a ideologické prostředí, sociologický a hospodářský vývoj, rozvoj vědy a techniky, cíle státu v oblasti zdravotní péče, či způsob financování) postupně vzniklo několik systémů financování zdravotní péče. Je dobré zmínit, že v konkrétním státě se zpravidla vyskytuje pouze jeden, dominantní způsob financování a další typy ho pouze doplňují.⁵⁷

Z historického hlediska je nejstarším systémem **systém přímých plateb**. V něm pacienti platili poskytovateli přímo finančními prostředky, v naturáliích či protisloužbou. Tento systém vystavoval pacienta nemožnosti uhradit si cokoliv jiného

⁵⁵ Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 65

⁵⁶ Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 74

⁵⁷ Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 79

než základní péči, neboť výdaje za složitější úkon dosahovali tak vysokých částek, že mnohdy ani za pomoci rodiny či přátel, nebyl pacient schopný si léčbu zaplatit. Systém přímých plateb spadá do **smíšeného (liberálního) systému**. Ten je založen na liberalistické koncepci zdravotnictví, tzn., vyznačuje se individuálními svobodami a odpovědnostmi. Sociální úroveň a blahobyt závisí na ekonomické výkonnosti jednotlivce, tedy každý jedinec by si měl o své zdraví pečovat sám a větší část zdravotních výdajů si také hradit. Tento systém chápe zdravotní péči jako určitý druh služby (zboží), jež je předmětem obchodování, ve kterém je lékař v pozici poskytovatele služby a pacient si službu od něj kupuje skrze soukromé pojištění nebo přímé platby. Důležitým prvkem tohoto systému je tedy soukromé zdravotní pojištění ale i nastolení „rovných příležitostí“ v podobě státních intervencí, veřejných zdravotních programů aj. Pokud se budeme bavit o financování takového systému, můžeme říci, že 30–40% zahrnují přímé platby a zbytek pak nepřímé, tedy ty z pojištění. Stát pak financuje zdravotní péči těm, kteří si ji nemohou dovolit. Mezi země s takovýmto zdravotnickým systémem patří USA, Japonsko, Austrálie či Švýcarsko.⁵⁸

Dalším zaběhlým systémem je **Beveridgův systém**, který také chápe zdravotní péči jako službu (zboží), kterou ovšem nakupuje pro své občany stát. Tímto způsobem tak zajišťuje až 90 % z celkového financování zdravotní péče. Zdravotnická zařízení jsou především v jeho režii, soukromá zařízení jen doplňují celkový obraz. V rámci tohoto modelu probíhá financování z daňových výnosů, tedy z daní, které platí občané. Jedná se jak o daně z příjmu, tak o daně spotřební (př. daň z tabákových výrobků). Můžeme se také setkat s tzv. zdravotní daní (určité procento připadá právě na sektor zdravotnictví). Problémem tohoto modelu je jeho omezování finančních zdrojů v závislosti na daňovém výnosu. Do jisté míry tak znemožní vynaložení dalších daňových prostředků pro zdravotnictví. Země, které používají tento systém, jsou například Velká Británie, Dánsko, Itálie či Norsko a Kanada. Podobně sestaveným a zavedeným systémem (například na Kubě) je **Semáškův zdravotní systém**. Jediným a zásadním rozdílem je neexistence soukromých zdravotních služeb.⁵⁹

⁵⁸ Němec: Principy zdravotního pojištění, Praha: Grada, 2008, s. 33–38

⁵⁹ Němec: Principy zdravotního pojištění, Praha: Grada, 2008, s. 41–43

Za zmínku stojí také systém založený pouze na **soukromém zdravotním pojištění**. Takové pojištění je ve své prosté formě založené na kalkulaci zdravotních rizik zdravotní pojišťovnou. Ta pečlivě posoudí zdravotní stav a naděje na dožití pacienta a dle výsledku sestaví samotné pojištění. Reálně se ovšem setkáváme s problémem, že takové pojištění není dostupné pro lidi, kteří nemají dostatek finančních prostředků, aby si pojištění sjednali. Soukromá pojišťovna je tedy může odmítnout a tudíž nepojistit. Často je takové pojištění sjednáváno skupinově, zaměstnavatelem pro zaměstnance s tím, že zaměstnavatel pojištění hradí nebo na něj přispívá například formou zaměstnaneckých benefitů. V některých státech je povinné a lze jej tudíž přirovnat k povinnému ručení za škody způsobené řízením automobilu, které v České republice velice dobře známe.⁶⁰

2.5.4 Zdravotní systém v České republice

Posledním typem zdravotního systému je **systém založený na veřejném zdravotním pojištění**. Tento systém je zaveden, mimo další státy jako jsou Německo, Francie, Belgie či Slovensko, také v České republice. V obecné rovině lze říci, že je veřejné zdravotní pojištění zpravidla povinné pro všechny občany daného státu. Na zdravotní péči zde přispívá jak stát (např. ekonomicky neaktivním lidem), tak zaměstnavatelé a i sami občané. V rámci systému existují rozdíly mezi počtem zdravotních pojišťoven. Existují systémy s jednou zdravotní pojišťovnou, ale i s několika desítkami pojišťoven. Je na občanovi, jakou zdravotní pojišťovnu si zvolí. V některých případech ale může být stanovena např. bydlištěm pojištěnce, jeho příslušností k určité profesní skupině nebo například pojišťovnou živitele. Sice existují určité stropy, avšak zpravidla je pojištění odvozeno od příjmu pojištěnce. Celkově se jedná o systém, který je založen na principu solidarity. Část finančních prostředků je určena na poskytovanou zdravotní péči, včetně příspěvků na léky, zdravotní pomůcky a další služby.⁶¹ Základ tohoto systému je u nás položen v Listině základních práv a svobod, konkrétně v článku 31⁶², který zakládá bezplatnou zdravotní péči. Pro většinu fyzických osob, které na své léčení nemají zpravidla dost finančních prostředků, stát stanoví

⁶⁰ Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 93–95

⁶¹ Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 101

⁶² „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.“

povinnost pojištění. Zpravidla ve všech západoevropských zemích hraje významnou roli v řízení a regulaci stát. Jinak tomu není ani v případě zdravotní péče. Zejména stanovení výše pojistného, honorářů za zdravotní výkony, ale především i v otázce regulačních opatření.⁶³

2.5.4.1 Problematika regulačních poplatků a historický vývoj péče o zdraví

V 70. a na počátku 80. let dvacátého století rostly výdaje na zdravotnictví více než hrubý domácí produkt téměř ve všech evropských i mimoevropských zemích. Hlavní příčinou byl růst podílu lidí v postproduktivním věku a větší spotřeba zdravotní péče v této populační skupině. Příčinou byly též nové medicínské postupy (např.: transplantace orgánů či totální náhrady kloubů), které předtím nebyly známy nebo jen ojediněle. Krátce po roce 1989 se rozběhla reforma českého zdravotnictví. Byl zrušen státní monopol v poskytování zdravotní péče občanům. Byla umožněna privatizace majetku i činností ve zdravotnictví. Vše odstartovala novela zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (zákon České národní rady č. 548/1991 Sb.), která vytvořila předpoklady pro odstranění centralistického řízení zdravotnictví. Bylo opět oživeno pojištění léčebné péče, konkrétně zákonem České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, a to po čtyřicetiletém přerušení, kdy bylo naše zdravotnictví financováno a řízeno výlučně státem. Zákonem České národní rady č. 551/1991 Sb. byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a postupně začaly vznikat další zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Dále byl vydán zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, který vymezil podmínky poskytování zdravotní péče jinými než státními subjekty. Též vymezil postup při udělování oprávnění k provozování nestátních zdravotnických zařízení příslušným orgánem státní správy. V roce 1992 byl ještě přijat zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Upravoval zejména výši pojistného a způsob jeho placení.

V roce 1998 česká vláda předložila návrh nové zákonné úpravy odděleného financování důchodového a nemocenského pojištění od státního rozpočtu. Již dříve byl tento proces zahájen zavedením placení pojistného jako zvláštní platby mimo

⁶³ Troster a kol.: Právo sociálního zabezpečení, Praha: C. H. Beck, 2013, s. 96

daňový systém a to od roku 1993. Součástí státních finančních aktiv byl od roku 1996 i zvláštní účet důchodového pojištění. Pojistné na něj i nadále proudilo do státního rozpočtu a pokrývalo důchodové i nemocenské pojištění. Oproti tomu zdravotní pojištění státním rozpočtem neprocházelo a platby pojistného šly do fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven. V roce 1999 česká vláda tento věcný záměr schválila a podle něj měla být s účinností od 1. 1. 2002 jako veřejnoprávní instituce vytvořena Sociální pojišťovna. Ta měla oba druhy sociálního pojištění spravovat a převzít veškeré činnosti dosavadního nositele pojištění (České správy sociálního zabezpečení). Jako výkonný orgán zřízený zákonem měla zabezpečovat ústavní práva občanů. V 90. letech dvacátého století byl také zaveden **bodový systém plateb za výkony (fee-for-service)**. Čím více vykonali lékaři zdravotních úkonů, tím více měli bodů, za které dostávali peníze. Mohli nakupovat nové přístroje, a tak se rozšířila paleta vyšetřovacích metod, jako sonografie, mamografie či magnetická resonance a na český trh invazivně pronikly zahraniční farmaceutické firmy.

V říjnu 2007 publikovala Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD Health Data) přehled, ve kterém měla Česká republika druhý nejvyšší podíl veřejných výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví, ze všech vyspělých zemí. Avšak podíl výdajů z vlastní kapsy byl druhý nejnižší.⁶⁴ I možná proto byla v roce 2008 provedena reforma financí ve zdravotnictví. Ta s sebou přinesla mnoho změn. Jednou z významných změn bylo zavedení **regulačních poplatků**, konkrétně se tak stalo zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Tehdy šlo o reformu zdravotnictví, kterou prosazovala vláda Mirka Topolánka s účelem zamezení plýtvání ve zdravotnictví. Přínos byl spatřován v eliminaci návštěv lékaře v případech, kdy to nebylo nutné. Argumentovali zejména tím, že si lidé neuvědomují cenu zdravotních služeb a využívají je i v případech, kdy to není nutné. Při návštěvě lékaře pacient neplatí ani nedostane vyúčtování poskytnutých služeb a naprostá většina z nich nemá ani řádově představu kolik taková návštěva lékaře odčerpá prostředků z veřejného zdravotního pojištění. Přičemž řadový pacient nemá představu o problémech financování zdravotnictví a lze usuzovat, že si neuvědomuje potřebu snižovat výdaje na zdravotní péči a zároveň problém přetížení poskytovatelů zdravotních služeb, kteří své kapacity potřebují uvolnit, aby mohli udržet

⁶⁴ Troster a kol.: Právo sociálního zabezpečení, Praha: C. H. Beck, 2013, s. 98–101

kvalitu poskytovaných služeb a soustředit svoji pozornost směrem k vážněji nemocným pacientům. Vláda spatřovala pozitivní efekt uvědomění si hodnoty zdravotnických služeb v zavedení regulačních poplatků. Regulační poplatek sice nic nevypovídá o skutečné hodnotě služeb, ale jakákoli participace přiměje pacienta lépe zvážit nezbytnost návštěvy lékaře. S touto ideou byly od 1. 1. 2008 zavedeny tyto poplatky.⁶⁵

Tabulka č. 1 – Přehled poplatků u lékaře v roce 2008

Poplatek za návštěvu lékaře	Děti do 18 let	30 Kč
	Pacienti na 65 let	30 Kč
	Ostatní pacienti	30 Kč
Poplatek za den strávený v nemocnici		60 Kč
Poplatek za návštěvu pohotovosti		90 Kč
Poplatek za položku na receptu		30 Kč
Poplatek za recept		0 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování na základě zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Současně s jednotlivými regulačními poplatky byl nastaven i roční limit 5 000 Kč. Po překročení tohoto limitu, tedy zaplacení více než 5 000 Kč pacientem na regulačních poplatcích za kalendářní rok, mohl pacient žádat o vrácení peněz. Takto mělo být zamezeno negativnímu vlivu na chronicky nemocné. Tedy aby nedocházelo k sankcionování právě té skupiny pacientů, které se mělo dostat lepší zdravotní péče díky omezení návštěv pacientů s méně závažnými onemocněními. Struktura poplatků se dále několikrát změnila. Nejprve v roce 2009 byly od poplatků za návštěvu lékaře plně osvobozeny děti do 18 let a u ostatních poplatků byl pro tuto kategorii nastaven ochranný limit 2 500 Kč. Ochranný limit ve stejné výši byl nastaven také pro pacienty starší 65 let. Další úprava, ke které došlo v roce 2011, spočívala v navýšení poplatku za pobyt v nemocnici na 100 Kč a změny z poplatku za položku na receptu na poplatek za recept.⁶⁶

⁶⁵ Buchtíková. Poplatky ve zdravotnictví. Čtrnácti deník [online]. 2014, (06), 3 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctrnacni-deniky/2014/14denik_06_2014.pdf

⁶⁶ Buchtíková. Poplatky ve zdravotnictví. Čtrnácti deník [online]. 2014, (06), 3 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctrnacni-deniky/2014/14denik_06_2014.pdf

Tabulka č. 2 – Přehled poplatků u lékaře v roce 2012

Poplatek za návštěvu lékaře	Děti do 18 let	0 Kč
	Pacienti na 65 let	0 Kč
	Ostatní pacienti	30 Kč
Poplatek za den strávený v nemocnici		100 Kč
Poplatek za návštěvu pohotovosti		90 Kč
Poplatek za položku na receptu		Zrušen
Poplatek za recept (bez ohledu na počet položek)		30 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Regulační poplatky byly především politické téma. Opozice se s nimi snažila bojovat všemi možnými prostředky a spor se tak dostal až k Ústavnímu soudu (dále také ÚS), který v nálezu Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. 5. 2008 vyslovil, že sociální právo na bezplatnou zdravotní péči je spjato s ekonomickou situací státu a poskytování těchto sociálních práv jde ruku v ruce s hospodářským a sociálním vývojem státu. Dále judikoval, že přerozdělování v rámci veřejného zdravotního pojištění je omezeno množstvím vybraných a naakumulovaných prostředků a bezplatnou zdravotní péči je možno poskytnout pouze do této výše. Regulační poplatky nebyly shledány protiústavní.

Další fází tohoto politického boje byla aktivita krajských úřadů, které nemocnicím řízeným těmito úřady nařizovaly nevybírat regulační poplatky nebo sjednávat darovací smlouvy, čím se obcházel výběrání zákonem stanovených poplatků. Takto nevybrané poplatky poté byly hrazeny nemocnicím přímo z rozpočtu kraje. V těchto případech zdravotní pojišťovny v rámci správního řízení pokutovaly nemocnice, které k takovému jednání přistoupily. Touto problematikou se zabýval nejdříve Krajský soud (dále také KS) v Praze, který rozsudkem ze dne 31. 8. 2010 pod sp. zn. 44 Af 16/2010 uzavřel, že poskytovatel zdravotních služeb má povinnost vybrat regulační poplatek v okamžiku poskytnutí zdravotní služby, nikoliv později. Jinými slovy nemocnice se nemůže rozhodovat, zda poplatek vybere nebo nevybere, ale je její povinností tento poplatek vybrat. Vybrání tohoto poplatku nelze ani odložit, protože součástí povinnosti je tento poplatek vybrat v okamžiku poskytnutí zdravotní péče. Druhým bodem rozsudku je problém přenesení poplatku z pojištěnce na někoho jiného (v tomto případě na kraj). Soud označil chování poskytovatele zdravotních služeb, který vědomě a setrvale vybírá

regulační poplatky od osoby odlišné od pojištěnce za správní delikt, a to bez ohledu na skutečnost, že je tato úhrada prohlašována za dar pojištěnci. Tento bod dává za pravdu pojišťovně v jejich postupu ukládání pokut ve správním řízení. Posledním bodem, kterým se soud zabýval, je platnost darovacích smluv, které nemocnice uzavíraly s pojištěnci. V tomto bodě soud došel k závěru, že plošné darování částek na úhradu regulačních poplatků všem pacientům využívajících zdravotní služby daného poskytovatele svým účelem odporuje zákonu a proto je toto jednání absolutně neplatné.

Stejnou problematikou se opakovaně zabýval i Nejvyšší správní soud (dále také NSS), který několikrát judikoval⁶⁷, že znění příslušné ho ustanovení zákona „v souvislosti s poskytováním zdravotní péče“ znamená, že poplatek musí být poskytovatelem vybrán ihned po skončení zdravotní péče. V případě lékáren ihned po vydání léčiv na recept. Pojištěnec je povinen tento poplatek zaplatit nestanoví-li zákon konkrétní delší lhůtu pro zaplacení.⁶⁸ NSS dále upozornil, že povinnost vybrat a zaplatit regulační poplatek je veřejnoprávní povinností, a proto není možné ji převést na jinou osobu pomocí soukromoprávní smlouvy. Nejvyšší správní soud tak vyslovil souhlas se všemi závěry Krajského soudu v Praze.⁶⁹

Politický boj pokračoval však neustále a v roce 2013 se problematikou opět zabýval Ústavní soud. Tentokrát stěžovateli vyhověl a zrušil poplatky za pobyt v nemocnici. Nová vláda se tenkrát shodla, že poplatek znovu zavádět nebude.

⁶⁷ Například Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 05. 01. 2011, sp. zn. 3 Ads 152/2010 nebo Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 10. 11. 2010, sp. zn. 3 Ads 106/2010

⁶⁸ Tato konkrétní delší lhůta je stanovena u hospitalizace.

⁶⁹ Sovová: Zdravotnická praxe a právo, Praha: Leges, 2011, s. 12–14

Tabulka č. 3 – Přehled poplatků u lékaře v roce 2014

Poplatek za návštěvu lékaře	Děti do 18 let	0 Kč
	Pacienti nad 65 let	0 Kč
	Ostatní pacienti	30 Kč
Poplatek za den strávený v nemocnici		0 Kč
Poplatek za návštěvu pohotovosti		90 Kč
Poplatek za položku na receptu		Zrušen
Poplatek za recept (bez ohledu na počet položek)		30 Kč

Zdroj: Vlastní zpracování na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Současná vláda se rozhodla regulační poplatky zrušit v roce 2015 s výjimkou poplatku za návštěvu na pohotovosti. Toto rozhodnutí ze systému odčerpalo značnou část prostředků, které budou muset být nahrazeny. Aktuální struktura poplatků vypadá takto.

Tabulka č. 4 – Přehled poplatků u lékaře od roku 2015

Poplatek za návštěvu lékaře	Děti do 18 let	Zrušen
	Pacienti na 65 let	Zrušen
	Ostatní pacienti	Zrušen
Poplatek za den strávený v nemocnici		Zrušen
Poplatek za návštěvu pohotovosti		90 Kč
Poplatek za položku na receptu		Zrušen
Poplatek za recept (bez ohledu na počet položek)		Zrušen

Zdroj: Vlastní zpracování na základě zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Názor veřejnosti na problematiku regulačních poplatků reprezentuje následující tabulka, ze které je patrný nesouhlasný postoj ke všem druhům poplatků. Nejsmířlivěji se společnost staví k poplatku za den strávený v nemocnici, avšak i v tomto případě převažují záporné odpovědi.

Tabulka č. 5 – Názory občanů na regulační poplatky – srovnání v čase

	2006 S/N	2010 S/N	2011 S/N	2012 S/N	2013 S/N
Při pobytu v nemocnici připlácet na stravu a lůžko.	40/55	47/50	38/58	38/59	42/56
Platit za návštěvu u specialisty, pokud jeho návštěva nebyla doporučena praktickým lékařem.	41/51	36/59	31/62	31/65	30/66
Platit poplatek za návštěvu u lékaře.	-	32/66	23/76	19/79	19/80
Platit poplatek za položku na receptu v lékárně.	-	13/85			
Platit jednotný poplatek za recept v lékárně.	-	-	48/49	36/60	32/64

Pozn.: S= součet souhlasných odpovědí, N= součet nesouhlasných odpovědí. Dopočet do 100 % tvoří odpovědi „nevím“.

Zdroj: CVVM SOÚ AV ČR, v.v.i. Naše společnost, Buchtíková. Poplatky ve zdravotnictví. Čtrnáctideník [online]. 2014, (06), 3 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctnacdniceni/2014/14denik_06_2014.pdf

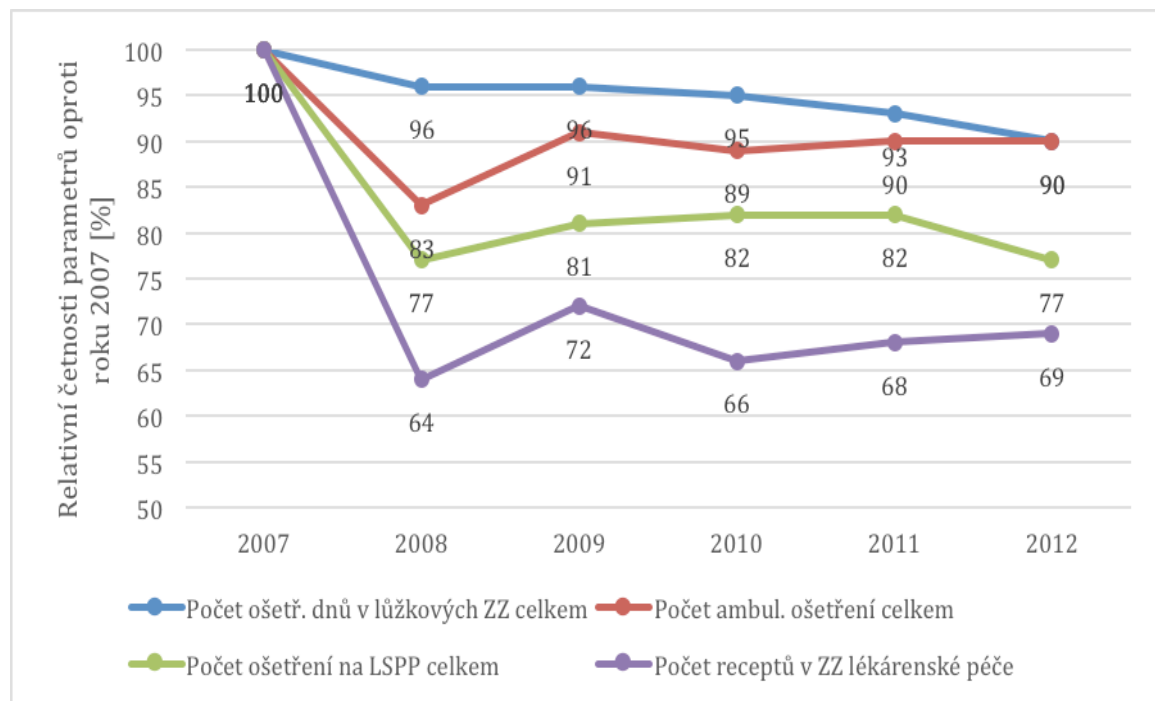
Výše byl popsán jeden z argumentů zavedení regulačních poplatků, kterým byla snaha redukovat návštěvy lékaře v banálních záležitostech. Ze statistik Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (dále také ÚZIS) je možné provést vyhodnocení tohoto argumentu. V následujícím grafu je sledován:

- počet ambulantních ošetření, která byla regulována poplatkem za návštěvu lékaře,
- počet dnů strávených na lůžku ve zdravotnickém zařízení, které byly regulovány poplatkem za den strávený v nemocnici,
- počet ošetření na pohotovosti, a
- počet receptů přijatých v zařízeních lékárenské péče, které byly regulovány nejdříve poplatkem za položku na receptu a následně poplatkem za recept.

Hodnoty jsou porovnávány s rokem 2007, tedy posledním rokem před zavedením regulačních poplatků, který je v grafu označen hodnotou 100 %. Pokles hodnot u sledovaných veličin je možné pozorovat ve všech sledovaných letech. Nejvýznamnější pokles nastal v počtu ošetření na pohotovosti. Tato hodnota poklesla v prvním roce o 36 % a v následujících letech se držela stále kolem 70 % hodnot před zavedením regulačních

poplatků. Druhý nejvýznamnější pokles byl zaznamenán v počtu přijatých receptů ve zdravotnických zařízeních lékárenské péče. V roce 2012 byl počet receptů o 23 % menší, než v roce 2007. Paradoxem je, že spotřeba léků mírně stoupá. Ve zbylých dvou kategoriích došlo k dalším změnám směřujícím k úsporám ve zdravotnictví, a proto nelze pokles přičítat pouze regulačním poplatkům. Počet návštěv ambulantních lékařů se snížil od 10 % a v počtu dní strávených na lůžku došlo k minimálnímu poklesu. Nelze předpokládat, že v situacích, kdy si závažnost onemocnění žádá hospitalizaci, dojde ke změně díky zavedením regulačních poplatků, avšak poplatek fungoval jako příspěvek na běžné náklady spojené s pobytem v nemocnici. Tyto regulační poplatky přinášely do zdravotnictví každoročně kolem 5,5 miliardy Kč.

Graf č. 1 – Využití zdravotnických služeb v letech 2007 až 2012



Zdroj: Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS), Buchtíková. Poplatky ve zdravotnictví. Čtrnácti deník [online]. 2014, (06), 3 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctrnacni-deniky/2014/14denik_06_2014.pdf

Ač se u vybírání regulačních poplatků jedná o zákonnou povinnost, je třeba upozornit na složitost jejich vymáhání. Poskytovatelé zdravotních služeb nemají dostatečně účinné nástroje pro jejich vymáhání, které se řídí soukromým právem. Efektivita vynaloženého času a prostředků je diskutabilní, protože vymáhání poplatků

soukromoprávní cestou je značně zatěžující a výsledek je nejistý. Nejproblematictější jsou případy, kdy pacient zemře, je hospitalizován dlouhodobě (děle než jeden měsíc) nebo pacienti, kteří nejsou schopni vnímat, ani jednat sami za sebe. Z výše popsaných soudních rozhodnutí plyne, že poskytovatel musí řešit otázku, zda existuje někdo jiný, kdo má zákonnou povinnost tento regulační poplatek zaplatit. Z judikatury je jasné, že pouhá ochota poplatek zaplatit nestačí, protože soustavné vybírání poplatků od osoby odlišné od pojištěnce by znamenalo páchání správního deliktu. V tomto problému nabízí řešení Občanský zákoník, který manželům ukládá vyživovací povinnost a na základě této povinnosti je možné úhradu regulačních poplatků požadovat taktéž po manželovi pacienta. V případě smrti pacienta přechází povinnost hradit regulační poplatky na dědice. Pokud dojde k soudnímu vymáhání pohledávky prostřednictvím právního oddělení poskytovatele nebo prostřednictvím advokátní kanceláře, dlužník musí uhradit kromě dlužných poplatků i účelně vynaložené náklady,⁷⁰ které zdravotnické zařízení muselo vynaložit na vymáhání své pohledávky.⁷¹

Nyní je stav našeho zdravotnictví srovnatelný s vyspělými evropskými státy, avšak největším problémem je stále jeho financování. Vyznačuje se vícezdrojovým financováním, kdy prostředky do něj plynou z veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu republiky, rozpočtů krajů a obcí či z prostředků zřizovatelů. Přispívají také církevní a charitativní či jiné právnické nebo fyzické osoby formou darů nebo jsou zdrojem například výtěžky z her, loterií apod.⁷²

2.6 Ekonomika zdraví a zdravotnictví

Ekonomické souvislosti zdraví a zdravotnictví můžeme nalézt na mikroekonomické i makroekonomické úrovni. Sektor péče o zdraví zaměstnává velice kvalifikovanou pracovní sílu a představuje tak významný přínos pro tvorbu bohatství. Rovněž je velmi významným producentem služeb a nezanedbatelným zdrojem inovací. Výkonnost národní ekonomiky je silně ovlivněna tím, kolik občanů je v pracovní neschopnosti či kolik lidí je nemocných, tudíž ekonomicky neaktivních. Samotné zdravotnické služby jsou

⁷⁰ Účelně vynaložené náklady jsou náklady advokátního zastoupení a soudní poplatky.

⁷¹ Sovová: Vymáhání pohledávek poskytovateli zdravotní péče, Zdravotnictví a právo č. 2/2011, s. 12–14

⁷² Troster a kol.: Právo sociálního zabezpečení, Praha: C. H. Beck, 2013, s. 105

ekonomickým statkem. Přispívají významnou měrou ke zdraví lidí a je nutné si pokládat otázky, jakým způsobem a v jakém množství bude zdravotní péče produkována a rozdělována.⁷³

2.6.1 Poptávka péče o zdraví

Poptávka péče o zdraví se odvíjí od poptávky po zdraví, resp. po dobrém zdraví, neboli po naplnění zdravotního potenciálu jedince. Existuje poptávka péče po zdraví individuální a poptávka péče po zdraví tržní. Poptávkou individuální se myslí poptávka po zdraví, respektive zdravotnických službách. Mezi její determinanty patří cena, příjem, ceny statků, mezi kterými existuje vztah, preference a očekávání. Poptávka tržní vyjadřuje součet všech individuálních poptávek spotřebitelů (za jinak nezměněných podmínek), kteří na daném trhu participují. Protože je tržní poptávka odvozená z poptávek individuálních, záleží poptávané množství na daném trhu na stejných faktorech, jež ovlivňovaly poptávané množství jednotlivce. Pokud bychom se bavili o celkové poptávce, tedy agregátní, tak ta představuje celkové poptávané zboží a služby v ekonomice. Skládá se z poptávky domácností, podniků, státu a čistého vývozu. Mezi další důležité pojmy nejen v rámci ekonomie zdraví a zdravotnictví patří cenová elasticita poptávky nebo také neelastická poptávka. V našem případě můžeme říci, že poptávka po péči o zdraví, tedy po zdravotnických službách, je považována za málo elastickou. Poptávané množství zdravotnických služeb není do určité míry závislé na její ceně. V praxi to vypadá tak, že jsme-li nemocní, nemáme vlastně jinou možnost než péči poptávat, jestliže se chceme uzdravit. Též bychom mohli říci, že poptávka po zdravotnických službách je neelastická ve vztahu k příjmu jedince. Avšak i zde existují výjimky, jako například poptávka po kosmetických chirurgických zákrocích či nákupu kontaktních čoček. V takovém případě jde o poptávku elastickou.

2.6.2 Nabídka péče o zdraví

Stejně jako poptávku péče o zdraví rozlišujeme i její nabídku na individuální a tržní. Individuální nabídka péče o zdraví zaznamenává nabídku jednotlivých prodávajících.

⁷³ Barták: Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů, Praha: Wolters Kluwer, 2013, s. 112

I zde můžeme vyjmenovat několik jejích determinantů, např. cenu, technologie, cenu vstupů a očekávání. Oproti tomu tržní nabídka péče o zdraví zaznamenává součet všech nabídek všech prodávajících, za jinak nezměněných podmínek na daném trhu. Agregátní nabídka, v tomto případě, znamená celkovou nabídku zboží a služeb v určitém časovém období v národní ekonomice. Tržní nabízené množství záleží na stejných faktorech, jež určují nabízené množství jednotlivých prodejců. Tedy na ceně statku, dostupné technologii, ceně vstupů užívaných k výrobě statků a na očekávání. Množství prodávajících nejvíce ovlivňuje tržní nabízené množství.⁷⁴

V souvislosti s nabídkou péče o zdraví se často hovoří o zdravotních službách. Zdravotní služba je nejmenší jednotkou produkce poskytovatele zdravotní péče, jejíž výsledek je spotřebitelsky cenný a uspokojuje nějakou z potřeb spotřebitele. Zdravotní služby se mohou vzájemně lišit cenou. Mají dva definiční znaky, kterými jsou rozpoznatelnost a rozlišitelnost služby spotřebitelem a cennost výsledku služby pro spotřebitele.⁷⁵

2.6.3 Makroekonomický rámec zdravotnictví

Ekonomické informace o zdravotnictví jsou v dnešním globalizovaném světě cenné. Nutnost vzájemné mezinárodní výměny srovnatelných informací v oblasti zdravotnictví umožňuje **tzv. systém zdravotnických účtů**. Ten je vhodným nástrojem, sloužícím ke komplexnímu vyjádření veškerých výdajů na zdravotní péči, tedy na zdravotnictví v širším slova smyslu. V zemích OECD se s využitím jednotného manuálu a mezinárodní klasifikace sestavují zdravotnické účty, které mají zkratku SHA. Tento systém má vícerozměrnost členění výdajů. Mezi hlavní rozměry patří funkce (druh) poskytované zdravotní péče, typ poskytovatele a konečný zdroj financování. Libovolnou kombinací těchto tří základních rozměrů dostáváme maticově uspořádané tabulky zdravotnických výdajů. Hlavním výstupem zdravotnických účtů jsou výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a zdroje financování, výdaje na zdravotní péči podle druhu péče a typu poskytovatele a výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele a zdroje financování. Díky tomuto

⁷⁴ Barták: *Ekonomika zdraví*, Praha: Wolters Kluwer, 2010, s. 49

⁷⁵ *Ekonomie zdravotnictví. Farmakoekonomie: Léky na trh* [online]. Praha, 2013 [cit. 2016-11-23]. Dostupné z: <http://www.farmakoekonomie.cz/news/ekonomie-ve-zdravotnictvi/>

členění je možný propracovanější a detailnější pohled na zdravotnické výdaje, ovšem z hlediska získávání a úpravy požadovaných dat je to náročnější. V České republice proto existuje efektivnější, přesnější a současně méně nákladné rozdělení zdrojů financování, a to pouze do tří hlavních skupin. První skupina jsou zdravotní pojišťovny (veřejné zdravotní pojištění). Druhou skupinu tvoří veřejné rozpočty (státní a místní rozpočty) a třetí domácnosti. Systém zdravotních účtů vymezuje také samotnou zdravotní péči. V tomto systému se zdravotní péčí rozumí péče prováděná akreditovanými institucemi nebo jednotlivci, jež využívají zdravotnických, ošetrovatelských a lékařských znalostí a technologií. Jejich cílem je především podpora zdraví a prevence onemocnění, léčení nemocí, péče o osoby s chronickými nemocemi a mnoho dalších.

Zdravotnictví řadíme do sektoru služeb, stejně jako péči o zdraví. Každoročně jsou na něj vynakládány velké finanční prostředky, díky nimž patří tato oblast mezi nejvýznamnější oblasti ekonomiky. Mezi zdroje financování zdravotnictví patří **zdravotní pojišťovny** (tvoří zhruba 76 % veškerých zdravotnických výdajů), **veřejné rozpočty** (asi 9 % veškerých zdravotnických výdajů) a **přímé výdaje domácností** (asi 13 % veškerých zdravotnických výdajů). Zmínit můžeme též zdroje jako cestovní zdravotní připojištění, podniky či neziskové organizace, které tvoří asi 1–2 % celkových výdajů na zdravotnictví. Veřejné rozpočty financují specifické činnosti, které se nehradí z veřejného zdravotního pojištění, jako například výdaje na vědu, činnost hygienických stanic či provoz institucí státní zdravotní správy. Přímé výdaje domácností pak zahrnují třeba nadstandartní služby u stomatologů.⁷⁶

V podmínkách České republiky se podle užívané mezinárodní metodiky za veřejné výdaje na zdravotnictví považují **státní rozpočet a územní rozpočty** (rozpočty krajů a obcí) a **výdaje systému veřejného zdravotního pojištění**. Za soukromé výdaje se považují výdaje na zdravotní péči placené přímo obyvatelstvem. V roce 2013 se výše výdajů na jednoho člena průměrné domácnosti snížila o 162,- Kč, tedy o 4,9 %, na celkových 3 168,- Kč. Výdaje na zdraví na jednu osobu v domácnostech důchodců pak průměrně dosáhly částky 5 386,- Kč. Oproti roku 2012 klesly o 5,1 %. Největší položka z výdajů na zdravotní péči průměrné domácnosti je platba za léky a zdravotnické

⁷⁶ Barták: Ekonomika zdraví, Praha: Wolters Kluwer, 2010, s. 51

prostředky. Ty v roce 2013 dosáhly až 68,8 % z celkových výdajů na zdravotní péči průměrné domácností (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013).

Tabulka č. 6 – Celkové výdaje (v mil. Kč) na zdravotnictví v ČR letech 2010 – 2014

Položky výdajů	2010	2011	2012	2013	2014
Rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	20 781	16 863	15 648	16 657	15 671
Zdravotní pojišťovny	222 500	225 547	231 270	229 905	239 012
Veřejné výdaje celkem	243 281	242 410	246 918	246 562	254 683
Soukromé výdaje	45 754	45 358	46 388	45 573	45 224
Výdaje celkem	289 035	287 768	293 306	292 135	299 907
Podíl z HDP v %	7,3	7,2	7,3	7,1	7,0

Zdroj: ČSÚ, MF ČR, ÚZIS ČR, Popovič. Celkové výdaje na zdravotnictví 2010–2014. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. 2015, (5), 2 [cit. 2016-11-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

Výše uvedená tabulka zaznamenává jednotlivé výdaje na zdravotnictví za roky 2010 až 2014. V roce 2013 dosáhly veřejné výdaje na zdravotnictví výše 246 562 mil. Kč. Tato částka zahrnovala dvě položky. První z nich byly rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů, které činili 16 657 mil. Kč. Druhou položkou byly zdravotní pojišťovny a to ve výši 229 905 mil. Kč. Výdaje veřejného zdravotního pojištění v přepočtu na jednoho obyvatele dosahovaly v roce 2013 výše 23 458,- Kč. V porovnání s rokem 2012 můžeme říci, že výdaje veřejného zdravotního pojištění vykázaly pokles 0,6 %. Výdaje veřejných rozpočtů naopak vzrostly o 6,45 %. V souvislosti s hrubým domácím produktem (HDP) se pak podíl veřejných výdajů na zdravotnictví pohyboval nad 6 %. Za rok 2014 se celkové výdaje na zdravotnictví vyšplhaly na rekordních 299 907 mil. Kč

(dle doposud publikovaných podkladů). Představovaly tak 7,04 % z hrubého domácího produktu ČR.⁷⁷

2.6.4 Financování péče o zdraví

Zajištění efektivního systému zdravotnických služeb je závislé na tom, jakým způsobem jsou tvořeny, alokovány a spotřebovány finanční prostředky. Zajištění spravedlivého a ekonomicky efektivního systému zdravotnických služeb předchází také překonání finančních bariér a správné nastavení procesu (jak a odkud) získávání dostatečných finančních prostředků. Mezi základní funkce financování péče o zdraví patří:

- **Výběr prostředků** – v rámci veřejného zdravotního pojištění přispívají na pojistné zpravidla zaměstnavatelé, zaměstnanci a stát. Finanční prostředky vybírá jedna nebo více institucí. V rámci systémů, které jsou financovány z daňových výnosů je výběr prostředků součástí výběru všeobecných a/nebo specifických daní. Zahrnuje také možnost výběru prostředků přímo poskytovateli zdravotní péče.
- **Řízení rizika** – zajišťuje ochranu jednotlivce před katastrofickými výdaji na zdravotní péči v rámci systému. Riziko závisí například na věku a pohlaví pojištěnce. Uplatňuje se solidarita zdravých s nemocnými, mladých se staršími apod. Ve veřejných systémech je riziko rozdělováno v rámci celé populace, tj. například mezi pojištěnci všech veřejných zdravotních pojišťoven. V rámci systémů, které jsou financovány z daňových výnosů, může být riziko řízené např. podle geografické polohy regionu. V soukromém zdravotním pojištění je riziko řízeno pouze v rámci pojistného kmene zdravotní pojišťovny.
- **Nakupování péče** – je organizováno prostřednictvím smluvních vztahů s poskytovateli zdravotnických služeb, přičemž péče je zajišťována organizacemi, jež vybírají příspěvky přímo. Jednotlivé zdravotní systémy

⁷⁷ Popovič. Celkové výdaje na zdravotnictví 2010–2014. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. 2015, (5), 2 [cit. 2016-11-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

stanovují ceny služeb a jejich rozsah rozdílně. Důležitým faktorem je zde svobodná volba poskytovatele.

- **Poskytování péče o zdraví** – zahrnuje organizaci a úhradu zdravotnických služeb. Péče o zdraví je zajišťována státem, jedná-li se o financování založené na daňových výnosech. V rámci systému veřejného zdravotního pojištění jsou služby poskytovány smluvními zařízeními a zdravotníky a v rámci systému soukromého zdravotního pojištění je pak poskytována konkurujícími poskytovateli.

Lze říci, že zdravotnické služby jsou financovány buď formou přímé úhrady uživatelů či pacientů poskytovatelům, nebo prostřednictvím daní a poplatků, pomocí veřejného zdravotního pojištění na základě příspěvků pojištěnců či v rámci soukromého zdravotního pojištění.⁷⁸

⁷⁸ Barták: *Ekonomika zdraví*, Praha: Wolters Kluwer, 2010, s. 71–90

3 Praktická část práce

Praktická část práce se zabývá provozem soukromé ambulance lékaře a klade si za cíl prozkoumat nejprve interní systém fungování ordinace především za použití statistik a informací dostupných z programu Winmed 2, který ordinace využívá pro vedení a archivaci zdravotnické dokumentace, a také k vykazování provedených výkonů pro pojišťovnu.

Z tohoto programu byly využity statistiky týkající se:

- počtu ošetřených pacientů,
- počtu provedených vyšetření za jednotlivé roky,
- počet získaných bodů za tyto ošetření a
- suma fakturovaná pojišťovnám.

Z těchto údajů dále byla vypočítána:

- průměrná cena jednoho vyšetření,
- průměrný počet ošetření jednoho pacienta za rok,
- počet bodů získaných za jedno ošetření a
- cena jednoho bodu.

Dalším krokem byla analýza účetnictví ordinace. Její příjmy plynou výhradně z plateb od pojišťoven a struktura výdajů je rozdělena do kategorií jako služby nemateriálové povahy, režijní náklady, výkony spojů, drobný inventář, nájem, pojištění a poplatky sdružením a komorám.

Na zjištění vzešlá z tohoto šetření navazují rozhovory s poskytovateli zdravotních služeb. Před započítáním rozhovorů bylo nutné určit si konkrétní okruhy otázek. Otázky byly voleny tak, aby naplnily svůj účel, a to nalezení odpovědi na výzkumnou otázku stanovenou v úvodní části práce. Jedná se polostrukturované rozhovory, které mají za účel ověřit platnost závěrů vzešlých ze šetření u daného subjektu i pro další odbornosti zdravotních služeb v sektoru nestátních zdravotnických zařízení ambulantního typu a vysvětlit některé jevy a výkyvy, které nastaly ve sledovaném období. První lékař, který rozhovor poskytl, je lékařem v ambulanci, u které probíhalo šetření, a kromě jiného v rozhovoru pomůže objasnit některé jevy a výkyvy vyskytující se v pozorování. Jedná se o psychiatra s více než dvacetiletou praxí, který působil nejdříve ve fakultní

nemocnici a poté v soukromé ambulanci (dále také Lékař 1). Druhý lékař je z oboru dermatologie (dále také Lékař 2), provozuje taktéž soukromou ambulanci a cílem rozhovoru s ním bylo ověřit, zda zjištění vzešlá z šetření u sledovaného subjektu jsou platná i pro ostatní nestátní zdravotnická zařízení ambulantního typu (dále také ambulance). Oba lékaři byli ochotni poskytnout rozhovor pouze pro účely této diplomové práce a anonymně, protože hovořili také o svých vztazích (z pohledu poskytovatele zdravotních služeb) s pojišťovnami a informace, které poskytnou, by mohli vést k bezprostřednímu rozvázání smlouvy o poskytování zdravotní péče ze strany pojišťovny.

Sledování probíhá v období let 2006 až 2015. Data z programu Winmed 2 jsou dostupná od dřívějšího data, ale začátek sledovaného období se řídil podle dodaných dat z účetnictví ambulance. Rok 2016 v době dokončení práce není uzavřen, a proto nemohl být zahrnut do sledování.

3.1 Charakteristika zkoumaného subjektu

Zkoumaný subjekt je zdravotnické zařízení ambulantního typu s neomezenou dostupností ve smyslu volného přístupu k odborné péči bez nutnosti doporučení praktického lékaře. Neomezená dostupnost spočívá taktéž ve svobodě pacienta vybrat si svého lékaře bez ohledu na místo bydliště pacienta. Zdravotní služby jsou zde poskytovány v odbornosti psychiatrie na území města Prahy. Péče je poskytována pro celé spektrum duševních poruch u dospělých kromě problematiky adiktologie. Podrobnější specifikaci subjektu není možné z důvodu zachování důvěrnosti informací uvést. Podmínkou poskytovatele zdravotních služeb ke zpřístupnění dat byla rovněž anonymizace dat vztahujících se k poskytovateli i jeho pacientům. Oproti tomu data vztahující se k pojišťovnám anonymizována nejsou. Smlouva o poskytování zdravotních služeb uzavíraná mezi poskytovatelem zdravotních služeb a pojišťovnou je veřejně přístupná a zakazuje zveřejnění pouze některých dat. Porušení tohoto zákazu by mohlo vést k rozvázání smlouvy ze strany pojišťovny, proto poskytovatel dal souhlas se zveřejněním pouze pro účely této diplomové práce a za podmínky utajení jeho identity. Poskytovatel má uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotních služeb s pojišťovnami uvedenými v následující tabulce.

Tabulka č. 7 – Pojišťovny, se kterými má poskytovatel uzavřenou smlouvu o poskytování zdravotní péče

Kód zdravotní pojišťovny	Název	Podíl pacientů pojišťovny
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	51 %
201	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	9 %
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	2 %
207	Oborová zdravotní pojišťovna	22 %
211	Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR	16 %

Zdroj: Vlastní zpracování

Lékař vlastníci zkoumanou ambulanci v ní sám pracuje, kromě toho zaměstnává na dohodu o provedení práce jednoho lékaře, který dle potřeby ordinuje polovinu dne nebo celý den, a to v závislosti na počtu objednaných pacientů. Dále na dohodu o provedení práce zaměstnává paní na úklid. V ambulanci není zaměstnaná zdravotní sestra, což klade větší nároky na lékaře, který musí obstarat všechny úkony sám. Jedním ze specifíků psychiatrické ambulance je nepotřebnost sestry při samotných vyšetření prováděných v ambulanci, avšak zdravotní sestra v jiných psychiatrických ambulancích obstarává administrativní úkony jako je například vyřizování telefonátů, objednávání pacientů, vydávání receptů a další, které v tomto případě zatěžují lékaře.

Lékař 1 k tomuto uvádí: „*Po těch letech jsem si zvykla pracovat bez sestry. Kdysi dávno jsem ji měla, ale bylo to více starostí než užitku. V psychiatrii ji nepotřebuju jako například zubař, který bez sestry nemůže vůbec pracovat. Nevýhoda je, že nemá kdo obstarat telefony a recepty. Neustále někdo volá a já v průběhu vyšetření musím zvedat telefony a objednávat lidi. To ruší a výrazně zpomaluje práci.*“

Lékař 2 se k potřebě zdravotní sestry vyjadřuje takto: „*Na kožním je sestra užitečná. Některé kosmetické zákroky může provádět sama. V ordinaci mám dvě místnosti a zatím co já vyšetřuji pacienta v jedné místnosti, sestra může ve druhé místnosti ošetřovat*

jiného pacienta. A samozřejmě mi pomáhá s administrativou, ale chodí vždy jen na půl dne.“

Ordinační doba ambulance je 7 hodin každý pracovní den. Pacient může přijít pouze po objednání. Ordinační hodiny jsou vyhrazené především pro ošetření pacientů, některé administrativní úkony se provádějí za přítomnosti pacienta, ale hlavní část administrativy se provádí mimo ordinační hodiny. Mezi tyto administrativní úkony se řadí:

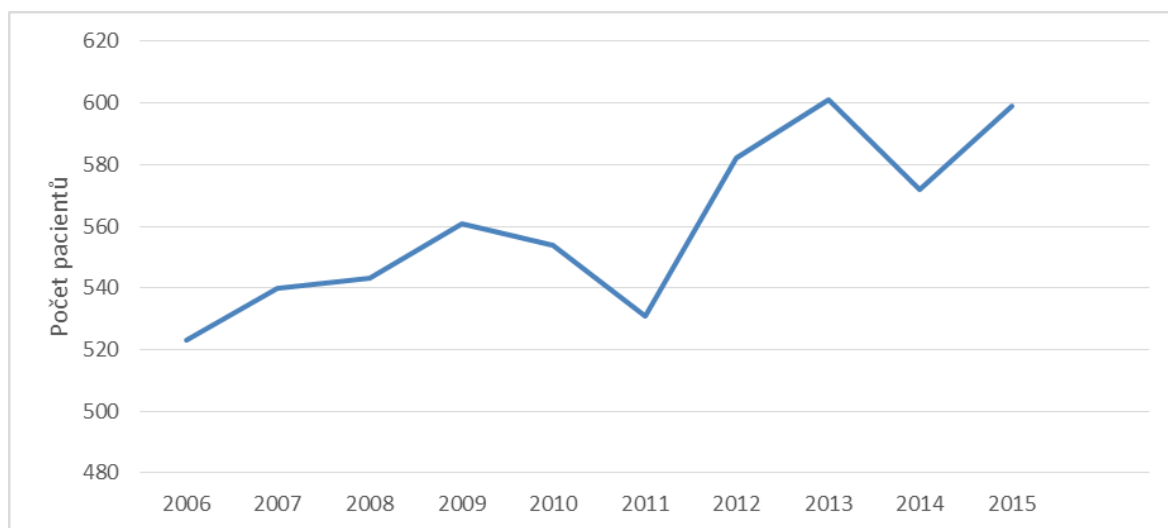
- pravidelné vypracovávání lékařských zpráv pro potřeby praktického lékaře, kdy je lékař specialista povinen informovat praktického lékaře i bez souhlasu pacienta;
- lékařské zprávy pro potřeby správy sociálního zabezpečení v případě invalidního pacienta, zejména žádosti o čerpání příspěvku na péči a ZPP;
- lékařské zprávy pro úřední účely – soudy, školy, komerční pojišťovny;
- písemná komunikace se zdravotními pojišťovnami – dodatky ke smlouvám, zdůvodnění překračování limitů na léčebné přípravky a léčbu samotnou a s tím spojené žádosti o navýšení těchto limitů, podávání hlášení o počtu a kvalifikaci zdravotnických pracovníků;
- komunikace s právním oddělením České lékařské komory ve věci zapůjčování zdravotní dokumentace pro znaleckou činnost, poskytování informací o pacientech pro potřeby státních orgánů (policie, soudy, OSPOD);
- administrativa spojená s vypracováním dokladů pro pravidelné kontroly ze strany Magistrátu hlavního města Prahy, SUKL, inspektorátu práce a hygienické stanice; či
- vyúčtování výkonů pro zdravotní pojišťovny.

Lékař 1 k problematice administrativní zátěže uvádí: *„Na jednoho pacienta mám 20 minut. Objednávám je hned za sebou bez jakékoli mezery. Objednací termíny mám tak za dva až tři měsíce. Pacientům by samozřejmě vyhovovalo, že by si pro recept na léky mohli přijít kdykoli, ale tím, že nemám sestru, to není možné. I když se to nezdá, tak tyhle věci zabírají spoustu času, a narušilo by mi to celý provoz ordinace. Díky tomuto systému u mě pacienti nikdy nečekají a jdou na řadu přesně v objednanou hodinu.*

Už dlouho mám pocit, že víc píšu, než léčím. Stále více nás zahrnují administrativními povinnostmi a na pacienta zbývá méně a méně času.“

Lékař 2: „Musíme dělat naprosté nesmysly. Nově jsem se dozvěděla, že ve skříni s léky musím mít teploměr a dvakrát denně zapisovat teplotu do zvláštního deníku. A teploměr musí být každý rok kalibrováný. Další z mých oblíbených věcí je povinnost mít na každém koši nálepku s označením zda jde o infekční nebo směsný odpad i se speciálním číselným kódem. Dál musím mít ve zvláštní lednici kontejner na použité jehly (...) tohle všechno by bylo dobrý, kdybych nějaký infekční odpad měla. V nemocnici na to mají lidi, který se starají jen o to aby byly dodrženy všechny hygienické předpisy, ale když jsem tady sama tak na tyhle nesmysly nemám čas. Spousta doktorů je ze starý školy - léčí lidi a nezajímá je kolik mají stupňů ve skříni. Mně kdyby přišla nějaká kontrola, tak to tady můžu rovnou zavřít.“

Graf č. 2 – Počet ošetřených pacientů za rok



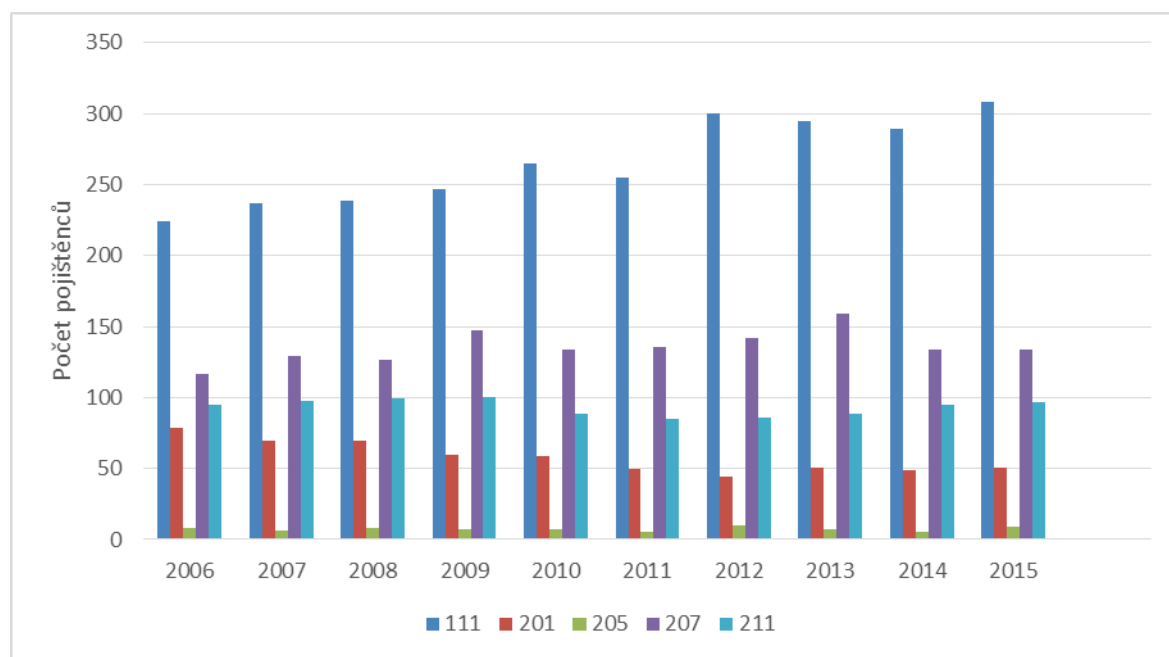
Zdroj: Vlastní zpracování

Ve zkoumané ordinaci se ošetří každý rok 523 až 601 pacientů. Největší výkyv lze pozorovat mezi lety 2011 a 2012, kde bylo ošetřeno o 51 pacientů více, což je 8,7 % nárůst. Důvodem mohlo být zrušení psychiatrické ambulance dlouholeté kolegyně lékařky provozující sledovanou ambulanci a doporučení, aby pacienti přešli právě do zkoumané ambulance. V ostatních letech dochází zcela běžně k výkyvům o 20 ošetřených pacientů ročně, což činí 3,3 %.

Lékař 1 k počtu ošetřených pacientů uvádí: „Nové pacienty přijímám pouze na doporučení. Pokud zavolá někdo neznámý a řekne, že mě našel na internetu, tak ho do péče přijmu jen ve výjimečných případech. Jsou pacienti, kterým se zdravotní stav zlepšil, vysadí medikaci, nějakou dobu nepřijdou a vrátí se, až když je jim znovu zle.“

Psychiatrie je v tomto specifický obor. Psychická choroba je trvalého charakteru a její projevy lze korigovat medikamenty. Choroba ovšem nezmizí (nevyléčí se), proto je nutné medikaci užívat dlouhodobě i v období, kdy se obtíže neprojevují. V případě vysazení léčby dochází u pacientů k opětovnému zhoršení stavu. Takto vysvětluje Lékař 1 poměrně stálý počet pacientů.

Graf č. 3 – Struktura pojištěnců dle zdravotní pojišťovny



Zdroj: Vlastní zpracování

Z Grafu č. 3 lze vidět, že se počty pacientů od jednotlivých zdravotních pojišťoven v průběhu let zásadně nemění. Po celou dobu je dominantní pojišťovna 111, tedy Všeobecná zdravotní pojišťovna, od které pochází dvakrát více pacientů než od druhé nejvýznamnější pojišťovny 207. Po celou dobu sledovaného období je možné pozorovat zmenšující se podíl pacientů pojišťovny 201 a naopak narůstající podíl pojišťovny 207. V roce 2015 byla majoritní zdravotní pojišťovna 111 (VZP ČR, 51 %), za ní následuje

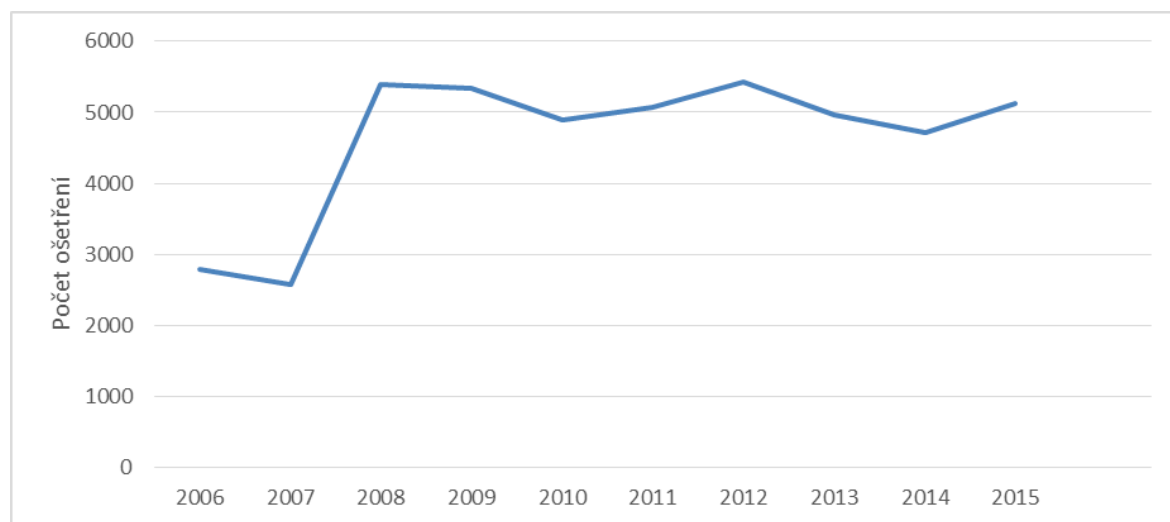
pojišťovna 207 (OZP, 22 %), dále pojišťovna 211 (ZPMV, 16 %), pojišťovna 201 (VoZP, 9 %) a nejméně pojištěnců ze sledovaných zdravotních pojišťoven měla 205 (ČPZP, 2 %).

Lékař 2 k tomuto uvádí: „V ambulanci mám nejvíce pacientů u 111. Bez smlouvy s touto pojišťovnou by nemohl fungovat asi žádný doktor, ale nemám přehled, jaký podíl tvoří pacienti od ostatních pojišťoven.“

Z Grafu č. 3 i z následujícího vyjádření Lékaře 2 je zřejmé, že pro ambulance je nejdůležitější pojišťovna 111, tedy Všeobecná zdravotní pojišťovna. Polovina pacientů přichází právě od této pojišťovny a bez smlouvy s touto pojišťovnou lze předpokládat, že by ambulance měla existenční problémy – na toto bude možné odpovědět přesněji v následujících kapitolách při analýze příjmů.

Poslední z veličin charakterizujících zkoumanou ambulanci je počet provedených vyšetření v jednotlivých letech. Překvapením je, že počet vyšetření nekopíruje křivku znázorňující počet ošetřených pacientů.

Graf č. 4 – Počet ošetření provedených v ambulanci za rok



Zdroj: Vlastní zpracování

Z Grafu č. 4 je vidět skokový nárůst v roce 2008, a to o 2 818 vyšetření. To znamená, že se počet vyšetření oproti předchozímu roku více než zdvojnásobil. Do roku 2007 vykazovala data stabilitu okolo 3 000 vyšetření za rok, poté se, po jednorázovém zvýšení v roce 2008, pohybují okolo 5 000 vyšetření za rok. V první řadě

je zarážející, že počet ošetřených pacientů se mezi roky 2007 a 2008 zvýšil pouze o 20, ale počet vyšetření stoupl o 2 800. Pokud by došlo k přepočtu na průměrný počet vyšetření jednoho pacienta za rok, tak v roce 2007 se tato hodnota pohybovala na 4,8 vyšetření/rok a v roce 2008 se hodnota zvýšila na 10 vyšetření za rok. Druhým zarážejícím zjištěním je, že dle oficiálních dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky (ÚZIS) došlo mezi roky 2007 a 2008 všeobecně k poklesu návštěv u lékaře o 17 %, a to v souvislosti se zavedením regulačního poplatku, o kterém byla řeč v teoretické části. Přestože v následujících letech došlo opět k mírnému zvýšení oproti roku 2008, tak ve srovnání s rokem 2007 byl viditelný stálý pokles o 10 %. Celorepublikové statistiky tak vůbec neodpovídají vývoji ve zkoumané ambulanci.

Ve snaze nalézt odpověď na tuto otázku poskytl možné vysvětlení až Lékař 1, který k tomuto uvedl: *„Důvodů k tak skokovému nárůstu vyšetření je hned několik. Vešla v platnost nová koncepce zdravotnictví, jejíž součástí byly i regulační poplatky. Součástí této koncepce byl trend snižování počtu ošetrovacích dnů při hospitalizaci. V předchozích letech délka hospitalizace u nemocných se závažnou duševní poruchou, například psychózou a depresí, dosahovala až dvanácti týdnů. V současné době se délka hospitalizace u těchto poruch pohybuje v délce dvou až tří týdnů. Kvůli tomu pacient přechází do ambulantní péče v ne zcela v kompenzovaném stavu. Hrozí nebezpečí autoagrese či heteroagrese a z těchto důvodů jsou nutné častější kontroly. Krom provozování soukromé ambulance jsem ještě soudní znalec v oboru psychiatrie. Této činnosti jsem se dříve věnovala daleko více. Dnes se více věnuji ambulanci. To může být další z důvodů. Ale regulační poplatky neměly žádný vliv na počet přichozích pacientů nebo počet provedených vyšetření. To je alespoň můj subjektivní pocit z toho co pozoruji v ordinaci. Mezi mými pacienty jsou nemocní lidé, kteří potřebují pravidelnou péči. Pokud mě navštíví někdo, komu pomoci nemohu, tak ho s doporučením odešlu na specializované pracoviště a znovu už nepřijde. Mimo to psychiatrická péče má společensky negativní konotace, a proto není tendence pacientů navštěvovat psychiatrickou ambulanci, pokud ji opravdu nepotřebují. Regulační poplatky měly za úkol regulovat, tedy odradit pacienty, kteří lékařskou pomoc nepotřebují. Tato regulace na dlouhodobé pacienty, kteří psychiatrické ambulance navštěvují, neměla téměř žádný vliv.“*

Lékař 2 se k vlivu regulačních poplatků vyjádřil takto: „Do mé ambulance přicházejí lidé i bez objednání a bez doporučení praktického lékaře. Většina onemocnění má rychlý průběh, někdy stačí pouze jedna návštěva, v jiných případech proběhne jedna nebo dvě následné kontroly. Ale pacienti, kteří vyžadují dlouhodobou léčbu, tvoří maximálně jednu třetinu. Ve všeobecné dermatologické ambulanci je poskytována péče většinou pacientům s akutními krátkodobými problémy, kdy je potřebná krátká intervence. Pacienti s chronickými problémy jsou ošetřováni ve specializovaných centrech na klinických pracovištích. V tomto má každá odbornost svá specifika. Na chirurgii se pacient ukáže třeba jednou za život. Z tohoto důvodu jsem v souvislosti se zavedením regulačních poplatků nepocítila odliv pacientů.“

Tabulka č. 8 – Přehled výkonů ambulance

Rok	Počet ošetřených pacientů	Počet vyšetření	Průměrný počet vyšetření jednoho pacienta/rok
2006	523	2 793	5,34
2007	540	2 580	4,78
2008	543	5 398	9,94
2009	561	5 332	9,50
2010	554	4 896	8,84
2011	531	5 071	9,55
2012	582	5 428	9,33
2013	601	4 970	8,27
2014	572	4 715	8,24
2015	599	5 121	8,55

Zdroj: Vlastní zpracování

V Tabulce č. 8 nalezneme konkrétní hodnoty počtu pacientů ošetřených v letech 2006 až 2015, přičemž nejnižší počet pacientů byl ošetřen v roce 2006, kdy bylo ošetřeno 523 pacientů a nejvíce pacientů bylo ošetřeno v roce 2013 (601 pacientů). Meziroční změny pohybující se pod hranicí 5 % lze považovat za přirozené. Počet vyšetření se po roce 2008 ustálil na hodnotách kolem 5 000 vyšetření za rok a jeho skokový nárůst mezi lety 2007 a 2008 byl podrobně komentován výše. V údajích průměrného počtu

vyšetření jednoho pacienta za rok lze vidět stejný skokový nárůst jako v celkovém počtu vyšetření. Vysvětlení tohoto jevu je stejné jako pro nárůst celkového počtu vyšetření. V posledních pěti letech se průměrný počet vyšetření jednoho pacienta za rok pohybuje v intervalu od 8,24 do 9,55. Průměrné hodnoty je však třeba chápat pouze orientačně, protože léčba je velice individuální záležitostí a u každého pacienta probíhá odlišně, jak dále vysvětluje Lékař 1 v rozhovoru.

Lékař 1 k průměrnému počtu ošetření jednoho pacienta za rok: „*Průměrné údaje v počtu ošetření lze chápat pouze orientačně. Záleží na zdravotním stavu pacienta a klasický průběh je asi takovýto: můžeme rozlišit pacienty dlouhodobě stabilizované a pacienty s akutním průběhem duševní poruchy. Stabilizovaní pacienti dochází na kontroly cca jednou za tři měsíce (pozn. 4 vyšetření za rok). U pacientů s akutním průběhem duševní poruchy jsou návštěvy častější. Praxe je taková, že po prvním vyšetření je pacient zván na kontroly po dvou až třech týdnech, kdy je nutno zjistit, jestli nedochází k vedlejším účinkům medikace a upravení denní dávky medikace.*“

Při zkoumání velikosti ambulance se nabízí otázka, do jaké míry může ordinace růst z hlediska počtu pacientů resp. počtu provedených vyšetření. Jak uvedl Lékař 1, tak na jednoho pacienta má 20 minut času, a dále uvádí, že vyšetření na sebe navazují bez prodlevy. Ordinační hodiny má 7 hodin každý pracovní den a v roce je průměrně 260 pracovních dnů. Z toho vychází, že v ordinaci je možno každý rok provést **5 460 vyšetření**. Za předpokladu, že každý pacient průměrně absolvuje 8,5 vyšetření ročně, zvládne ambulance ošetřit až **642 pacientů** za rok.

Tabulka č. 9 – Maximální možný počet vyšetření za jeden rok

Doba trvání jednoho vyšetření	Průměrný počet pracovních dnů v roce	Počet ordinačních hodin v roce	Maximální možný počet vyšetření za 1 rok	Maximální počet ošetřených pacientů za 1 rok
1/3 hod (20 min)	260	1 820	5 460	642

Zdroj: Vlastní zpracování

Ambulance dosahuje téměř maxima možného výkonu a nelze očekávat její další trvalý růst. V porovnání s rokem 2015 je růst možný ještě o 6,6% co do počtu provedených vyšetření, a 7 % co do počtu pacientů. Pokud k růstu dojde, tak tento růst nelze opakovat, protože budou naplněny maximální kapacity ambulance.

3.2 Příjmy a příjmová struktura ambulance

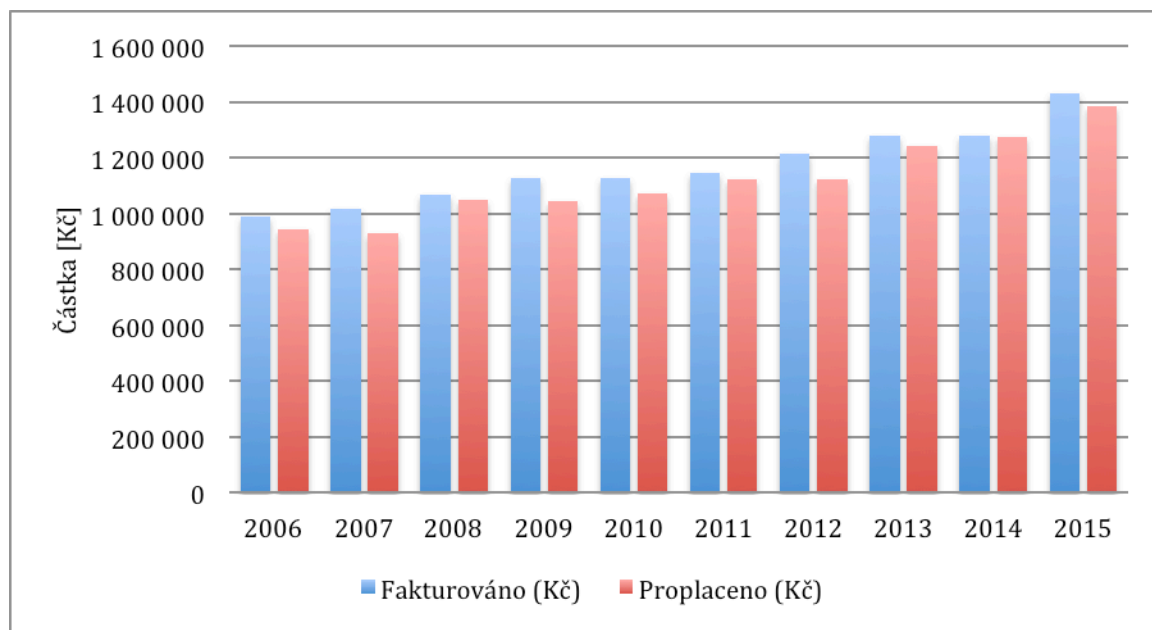
Příjmy ambulance plynou výhradně od zdravotních pojišťoven. Údaje o příjmech byly zjišťovány z programu Winmed 2 a z dostupného účetnictví ambulance. Překvapujícím zjištěním byly značné rozdíly mezi částkou fakturovanou pojišťovně a částkou od pojišťovny skutečně proplacenou. Z rozhovorů s lékaři je zřejmé, že mezi praktikujícími lékaři je tato problematika dobře známa, ale veřejná diskuse téměř neexistuje. Jedná se o problematiku „přepočtu bodu“ nebo také výpočtu hodnoty bodu. Tento přepočet se řídí vyhláškou č. 273/2015 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016 (dále také Úhradová vyhláška) a smlouvou o poskytování a úhradě zdravotních služeb uzavřenou mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou resp. jejími dodatky. Konkrétní způsob výpočtu plateb se řídí složitým algoritmem vycházejícím z výše uvedených dokumentů a práce si neklade za cíl tento algoritmus vysvětlit, ale pouze nastínit způsob a výši plateb v hrubých rysech.

Platby od pojišťoven jsou zálohové a vyplácí se měsíčně. Výše těchto zálohových plateb je dána referenčním obdobím, za které se označuje rok o dva roky předcházející roku hodnocenému. Pro rok 2016 (hodnocený rok) je tedy referenčním obdobím rok 2014. Na konci roku dojde k vyúčtování a doplatku nebo vrácení přeplatku ze zálohových plateb. Každý poskytovatel zdravotních služeb má stanovené limity pro výkony. Limit je stanoven v částce, která může být maximálně vyčerpána (vyplacena) na jednoho pacienta. V případě překročení těchto limitů dojde k proplacení výkonů (získaných bodů) pouze zlomkem hodnoty bodu stanovené Úhradovou vyhláškou. Jinými slovy lékař nedostane zapláceno za práci, kterou odvedl v případě, že léčí více, než mu limit povoluje.

Právní úprava už se dále nezabývá situací, jak postupovat pokud už byl limit vyčerpán, ale pacient potřebuje další ošetření. A právě zde začíná jeden z nejtíživějších problémů projevujících se v praxi.

Složitost a závažnost tohoto problému potvrzuje fakt, že Úhradová vyhláška byla několikrát přezkoumávána Ústavním soudem a v roce 2013 byla zrušena pro neústavnost (každý rok vychází nová Úhradová vyhláška).

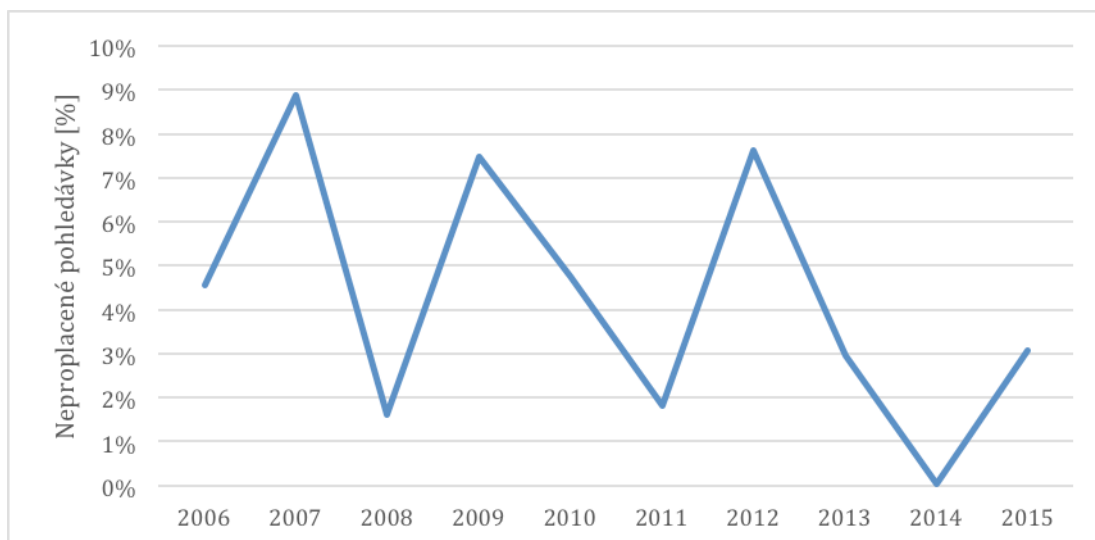
Graf č. 5 – Příjmy ambulance



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 5 znázorňuje příjmy ambulance v červeném sloupci, tedy výslednou částku proplacenou všemi zdravotními pojišťovnami dohromady a v modrém sloupci částku pojišťovněm fakturovanou. Zde se projevuje vliv Úhradové vyhlášky a systém přepočtu bodů na peníze i s vlivem limitů. Z Grafu č. 5 je patrné, že příjmy ambulance dlouhodobě rostou. Je zajímavé, že mezi lety 2007 a 2008, kdy došlo k dvojnásobnému nárůstu vyšetření – tedy lékař v ambulanci pracoval dvakrát více, nedošlo k výraznému navýšení příjmů.

Graf č. 6 – Poměr neproplacené částky k částce fakturované



Zdroj: Vlastní zpracování

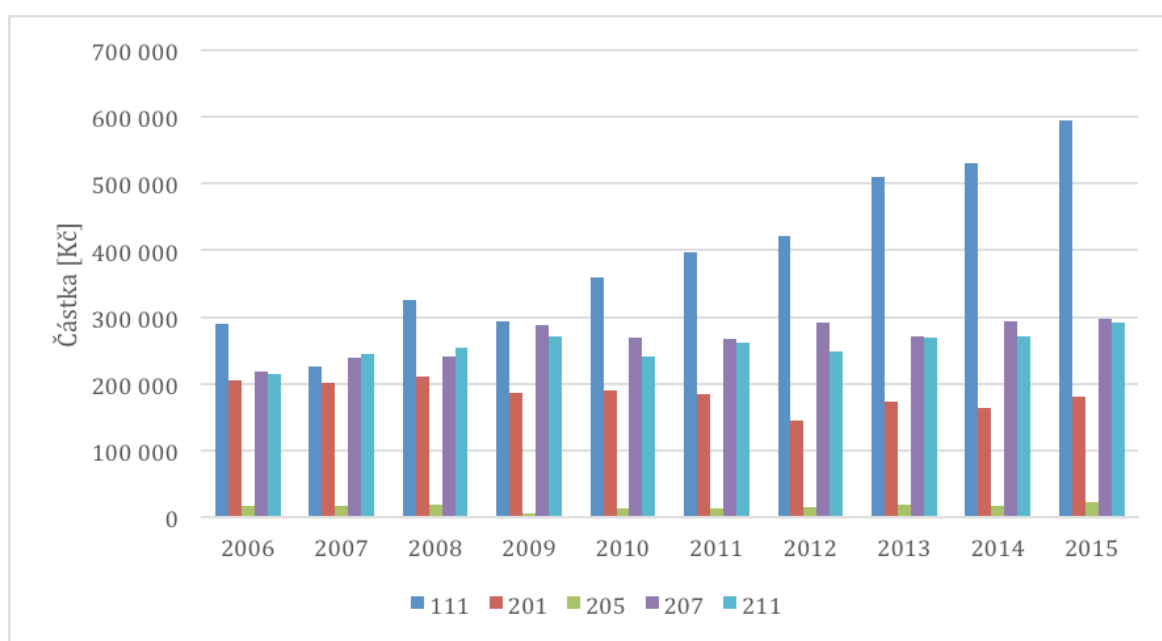
Graf č. 6 bezprostředně navazuje na Graf č. 5 a znázorňuje kolik procent z fakturované částky pojišťovně nebylo proplaceno. Nejvíce nebylo proplaceno 9 % v roce 2007 a nejméně 0 % v roce 2014. Na toto má vliv výše zmíněný nálezn Ústavního soudu, který zrušil limity v Úhradové vyhlášce, a díky tomu pojišťovny proplatily vše, co bylo ambulancemi fakturováno. Dle dostupných dat došlo v roce 2013 k nedoplatku ve výši 3 %, ale je pravděpodobné, že tento nedoplatek byl kompenzován v rámci jiné platby a z účetních záznamů nebylo pouze rozeznatelné, že část platby patří do jiného období (jako doplatek za rok 2013). V ostatních letech zdravotní pojišťovny neproplácí mezi 2 % a 8 % z fakturované částky. Neproplacené částky budou později rozebrány dle jednotlivých pojišťoven s cílem určit, které pojišťovny jsou problematické.

Lékař 1 k tomuto uvádí: „*Fungování Úhradové vyhlášky vám nevysvětlím. Snažila jsem se do toho proniknout několikrát, ale bezvýsledně. Pro mě jsou to neuchopitelné matematické vzorce. Obecně při pročitání právních předpisů netuším, co se po mně chce. Chodím na semináře pořádané Českou lékařskou komorou, kde se snaží tuto a podobnou problematiku sdělit stravitelně pro nás doktory. Ale odnesla jsem si zhruba toto: každý rok dostaneme limit na jedno rodné číslo, tím není myšleno na každého pacienta, ale jedná se o průměr. Tento limit je udán v korunách, a jakmile limit překročíme, tak nám nikdo nic nezaplatí. Výjimka z toho byla v roce 2013, kdy Ústavní soud limity zrušil. V Tempusu na to vyšla série článků, jak se limity vypočítávají, ale nejsem schopná to sama vysvětlit.*

Odnesla jsem si z toho to, že současný rok se porovnává s rokem dva roky dozadu a jakmile vydělám víc než v porovnávacím roce, tak mi to pojišťovna nezplatí. Je to ještě složitější. Záleží na počtu pacientů u dané pojišťovny a na dalších věcech. Jsou pojišťovny, které zaplatí vždy a vše.“

Lékař 2 se k problematice limitů vyjadřuje takto: „O Úhradové vyhlášce Vám toho moc neřeknu. Vím, že existuje a že podle ní dostáváme limity, ale je to pro mne nepřehledné. Nikdo nám pořádně neřekne jaký máme limit pro následující rok a i kdyby, tak není jak sledovat jestli jsem limitu dosáhla nebo ne. Já potřebuju aby mi někdo řekl naprosto jasně kolik lidí můžu ošetřit a aby to bylo snadno kontrolovatelné. Teď je situace taková, že celý rok pracuji a v březnu následujícího roku mi z pojišťovny oznámí, jestli jsem pracovala moc nebo málo.“

Graf č. 7 – Příjmy ambulance od jednotlivých pojišťoven

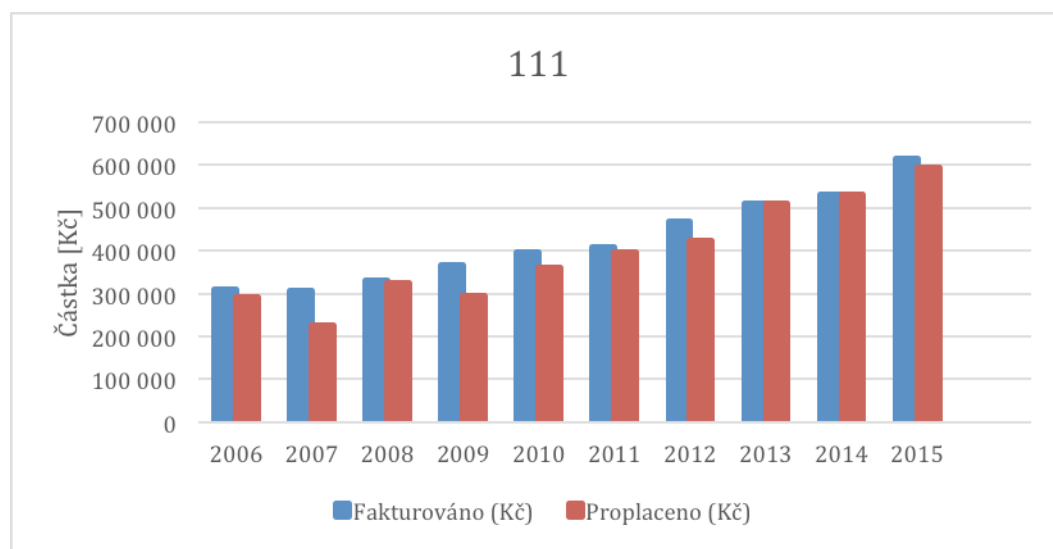


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 7 znázorňuje strukturu příjmů ambulance dle jednotlivých pojišťoven, nejvyšší příjmy plynou od zdravotní pojišťovny 111 (VZP), nicméně v roce 2007 ambulance přijala podobnou částku i od zdravotní pojišťovny 201, 207 i 211 (okolo 250 tis. Kč). Navíc jediné u pojišťovny 111 (VZP) se částka z roku 2006 do roku 2015 navýšila na téměř 200 %. Nejmenší příjmy jsou pak zaznamenány u pojišťovny 205 (ČPZP).

Růst příjmů od pojišťovny 111 vykazuje určitou podobnost s růstem počtu pacientů od této pojišťovny. Z Grafu č. 7 vidíme neustálý nárůst příjmů (podobně jako probíhá nárůst počtu pacientů této pojišťovny znázorněn v Grafu č. 3) s mírným propadem v letech 2007 a 2009. Nejvyšší nárůst příjmů byl u pojišťovny 111 zaznamenán po roce 2012, kdy příjmy z úrovně 421 tis. Kč vzrostly na 510 tis. Kč v roce 2013. Na tento nárůst bude mít nepochybně vliv dříve zmíněný nález Ústavního soudu, který zrušoval limity pro tento rok.

Graf č. 8 – Výše nedoplatků zdravotní pojišťovny 111

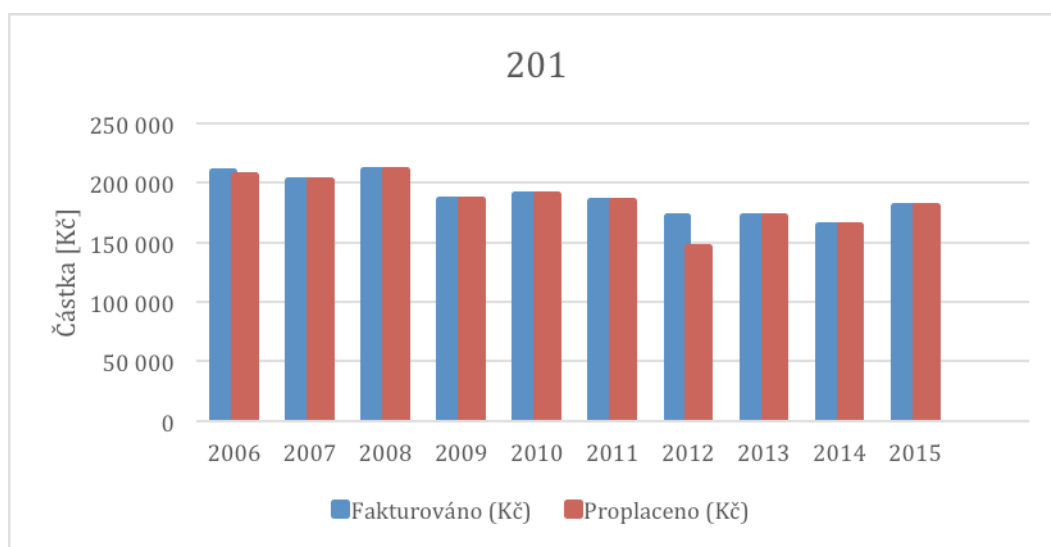


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 8 znázorňuje rozdíl mezi fakturovanou a skutečně proplacenou částkou u Všeobecné zdravotní pojišťovny (111). Tento graf potvrzuje tvrzení z minulého odstavce, kde je vysvětlován nárůst příjmů od této pojišťovny mezi lety 2012 a 2013. V těchto letech sice došlo k nárůstu fakturované částky, ale pouze o 40 tis. Kč, zatímco částka skutečně proplacená vzrostla o 90 tis. Kč. Dále v tomto grafu můžeme pozorovat velikost nedoplatků, které byly nejvyšší v roce 2007. Jednalo se o nedoplatek ve výši 79 tis. Kč, což činilo více než 25 % fakturované částky. Nedoplatky v takovéto výši jsou pro lékaře demotivující. A systémově je vedou k tomu, aby pracovali méně. V krajním případě hrozí, že pacientům neposkytnout nejvyšší standardy léčby, protože vědí, že za služby nedostanou zaplacené.

Lékař 2 k příjmové struktuře ambulance a problematice nedoplatků uvádí: „Nejvíce v patrnosti vedu VZP, ostatní pojišťovny vám z hlavy neřeknu. Od 111 mám nejvíce pacientů a s tím souvisí i to, že hlavní část příjmů plyne od nich. Není se čemu divit, mají s velkým náskokem nejvíce pojištěnců. Jinak to může být možná v některých regionech jako je Kladensko, kde má historicky nejsilnější postavení Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. S VZP jsou vždy problémy. Pravidelně u nich vznikají nedoplatky v různé výši, kterou nejsem schopna dopředu určit ani odhadnout. Bojovat s nimi přináší víc problémů než užítku. Píšete jednu stížnost za druhou, ale málokdy je jí vyhověno. A pokud ano, tak jenom částečně.“

Graf č. 9 - Výše nedoplatků zdravotní pojišťovny 201



Zdroj: Vlastní zpracování

Tento Graf č. 9 znázorňuje stejně jako Graf č. 8 rozdíl mezi fakturovanou a skutečně proplacenou částkou u Vojenské zdravotní pojišťovny (201), ale můžeme v něm pozorovat zcela opačnou situaci než v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny (111). Zatím co u pojišťovny 111 jsou nedoplatky zcela běžné, v částkách několik deseti tisíců Kč, tak u pojišťovny 201 dochází k nedoplatkům zcela výjimečně. Z Grafu č. 9 je viditelné, že k nedoplatku došlo ve dvou případech – poprvé v roce 2006, kdy nedoplatek činil 3 tis. Kč a podruhé v roce 2012, kdy nedoplatek činil 25 tis. Kč. Ve všech ostatních případech bylo proplaceno 100 % fakturované částky.

Rozdíl mezi těmito dvěma zdravotními pojišťovnami je především v počtu pacientů ošetřovaných v ordinaci. Zatím co pojišťovna 111 je dlouhodobě reprezentována nejvyšším

počtem pacientů s podílem 51 %, tak pojišťovna 201 se dlouhodobě propadá až na současných 9 %, ale stále drží čtvrtou pozici v zastoupení pacientů u zkoumané ambulance (stav v roce 2015).

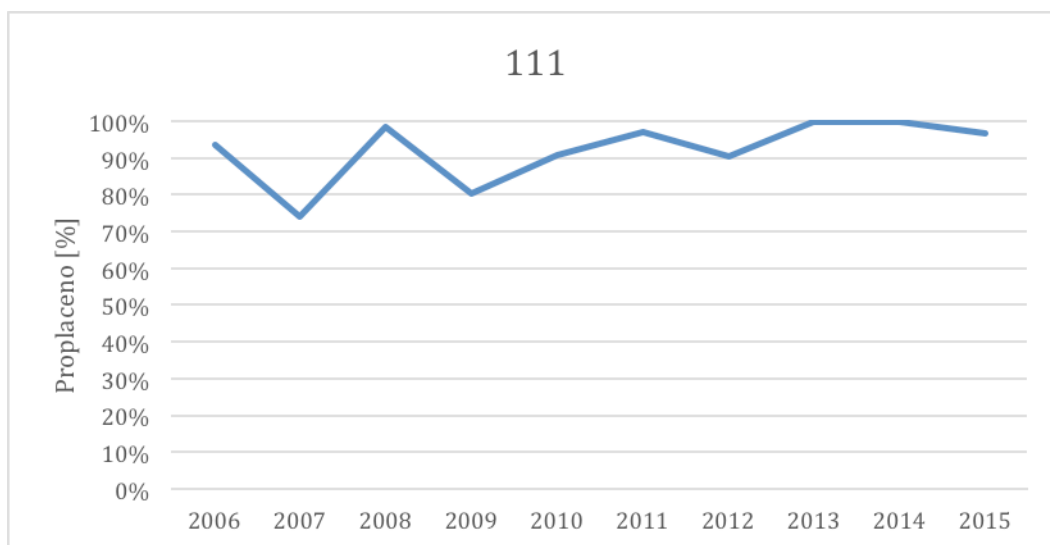
Tabulka č. 10 – Nedoplatky v Kč dle jednotlivých zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovna	111	201	205	207	211	Celkem
2006	19 979	3 617	0	0	21 593	45 189
2007	79 196	0	0	11 364	0	90 560
2008	4 634	0	0	4 635	7 854	17 123
2009	71 985	0	5 132	7 387	0	84 504
2010	36 820	0	1 003	0	15 872	53 695
2011	11 512	0	1 610	7 818	0	20 940
2012	44 964	25 910	0	8 165	13 579	92 618
2013	0	0	0	37 612	0	37 612
2014	0	0	0	0	424	424
2015	20 556	0	0	0	23 157	43 713

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka č. 10 vyčísluje nedoplatky konkrétních zdravotních pojišťoven v jednotlivých letech sledovaného období. Průměrně bylo za posledních deset let (2006-2015) proplaceno celkem 87 % fakturované částky. Největší kolísavost vykazuje pojišťovna 111 (74–100 %). U zdravotní pojišťovny 205 (ČPZP) byla neproplacena největší část z fakturované částky, a to 47 % v roce 2009. Ovšem v absolutní hodnotě se jednalo pouze o 5 tis. Kč. Zarážející je nedoplatek v roce 2013 u pojišťovny 207 a v roce 2014 u pojišťovny 211. Nedoplatek z roku 2013 byl diskutován výše a v případě nedoplatku z roku 2014 se jedná o zcela zanedbatelnou částku. Ve dvou letech byla prolomena hranice 90 tis. Kč. Nejhoršími byly roky 2007, 2009 a 2012. Jeví se až absurdní, že lékaři vykonají práci v o takové hodnotě, která jin není nikdy proplacena.

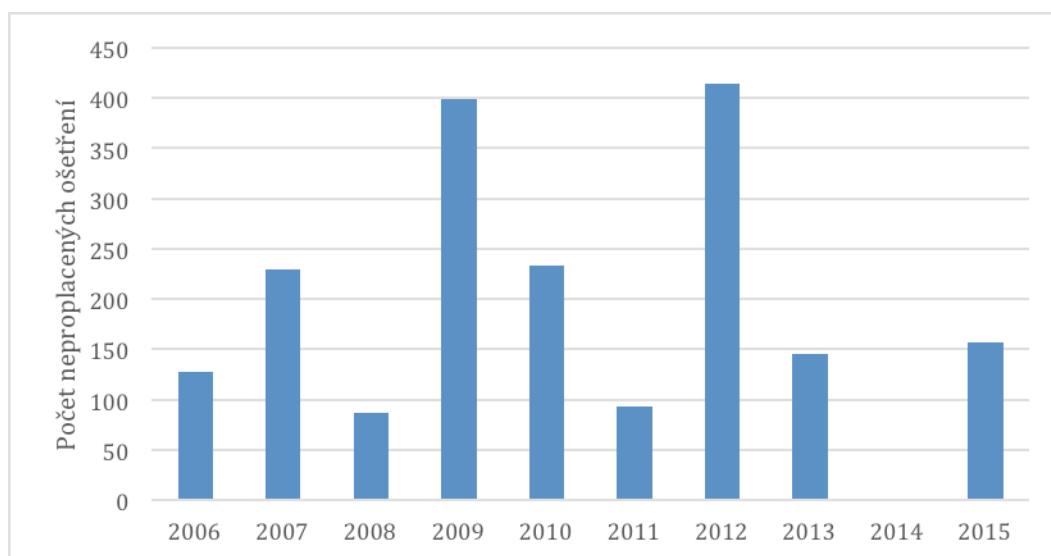
Graf č. 10 – Procentuální vyjádření proplacené částky u pojišťovny 111



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 10 znázorňuje poměr proplacené částky k fakturované částce u Veřejné zdravotní pojišťovny (111). Pojišťovna 111 byla vybrána pro grafické znázornění ze tří důvodů. Především je to pojišťovna, která zastupuje nejvíce pacientů v dané ambulanci, její nedoplatky jsou za sledovaná období nejvyšší a poměr nedoplatku k fakturované částce je značně kolísavý. V letech 2006 až 2008 pojišťovna proplácela 73 až 95 %, ale v následujících letech došlo k ustálení v rozmezí 90 až 100 % fakturované částky. Vzhledem k počtu pacientů zastoupených touto pojišťovnou je míra proplacené částky pro ambulanci klíčovou.

Graf č. 11 – Počet neproplacených ošetření za rok celkem



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 11 znázorňuje celkový počet neproplacených ošetření v jednotlivých letech. Vrátime-li se k rozhovoru s Lékařem 1 v úvodu této kapitoly a uvážíme-li, že jedno vyšetření trvá 20 minut a ordinační hodiny jsou 7 hodin každý pracovní den, potom se lze dobat k výsledku, že ambulanci v některých letech nebylo proplaceno až 20 dní práce.

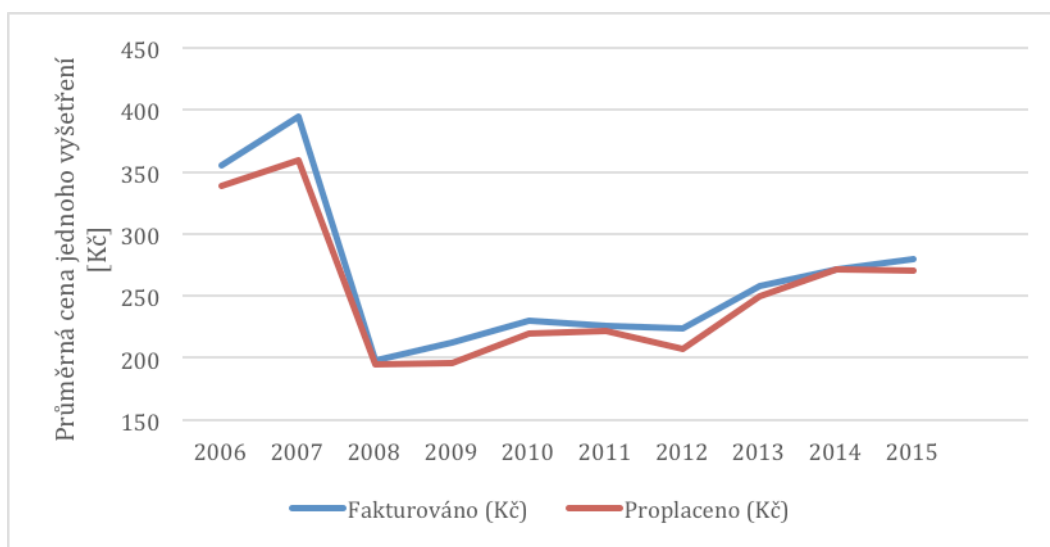
Tabulka č. 11 – Přehled získaných bodů dle jednotlivých zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovna	111	201	205	207	211
2006	286 065	195 992	16 445	207 967	224 306
2007	282 743	188 618	16 332	238 046	232 947
2008	321 720	207 253	19 649	245 896	261 847
2009	357 363	182 779	10 979	295 309	270 437
2010	388 438	190 202	14 232	268 566	257 127
2011	404 122	185 145	15 057	274 243	262 377
2012	465 780	169 737	15 240	299 398	262 159
2013	508 811	169 054	19 012	308 153	268 364
2014	516 471	160 136	15 946	286 821	263 850
2015	590 688	172 112	22 496	285 823	302 996

Zdroj: Vlastní zpracování

Tabulka č. 11 nabízí kompletní přehled získaných bodů u všech smluvních pojišťoven za jednotlivé roky sledovaného období. Systém ohodnocení zdravotních služeb funguje následujícím způsobem: za každé provedené vyšetření jsou ambulanci uděleny body, množství těchto bodů se liší v závislosti na druhu provedeného vyšetření. V praxi psychiatrické ambulance se jedná v zásadě o dvě různá vyšetření – vstupní vyšetření a kontrolní vyšetření. Takto získané body jsou podrobeny přepočtu dle Úhradové vyhlášky. Tato vyhláška stanovuje hodnotu bodu poměrně jasně a zároveň stanovuje mechaniku pro výpočet limitů bodů možných získat v průměru na jedno rodné číslo. A body získané nad tento limit jsou propláceny pouze zlomkem hodnoty bodu použité před dosažením limitu. V problematice úhradové vyhlášce účinné pro rok 2013 se jednalo o hodnotu bodu 1,02 Kč (před dosažením limitu). A po překročení limitu se uplatnila hodnota bodu pouze 0,30 Kč. Takto snížená hodnota bodu nebyla dostačující ani k pokrytí nákladů spojených s poskytnutím zdravotních služeb.

Graf č. 12 – Průměrná cena jednoho vyšetření v Kč



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 12 znázorňuje kolik v průměru ambulance účtuje zdravotní pojišťovně a provedení jednoho vyšetření (modrá křivka – Fakturováno) a kolik v průměru dostane ambulance zapláceno za jedno vyšetření (červená křivka – Proplaceno). Z Grafu č. 12 je patrný skokový pokles mezi lety 2007 a 2008. Příčiny tohoto jevu byly výše několikrát popsány. Od roku 2008 do roku 2015 se jak částka fakturovaná, tak částka proplácená pohybuje v rozmezí 200 až 280 Kč za jedno vyšetření. Rozdíl mezi fakturovanou částkou

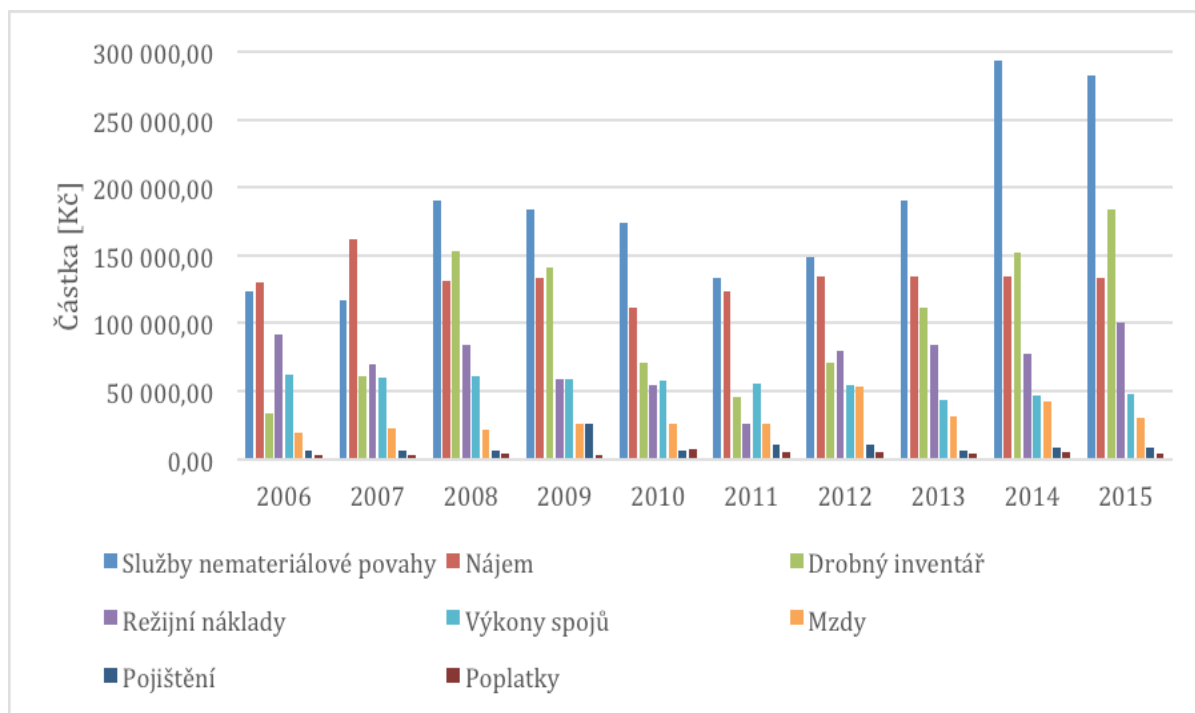
a skutečně proplacenou částkou za jedno vyšetření se od roku 2008 do současnosti liší o 3 až 7,5 %. Cena za jedno vyšetření má v posledních třech letech stoupající tendenci, avšak do skutečně proplacené ceny se od roku 2013 promítl výše zmiňovaný nález Ústavního soudu. Proto nelze na základě stoupající tendence v těchto letech predikovat stoupající tendenci do budoucna.

3.3 Výdaje a výdajová struktura ambulance

K analýze výdajů a výdajové struktury zkoumané soukromé ambulance sloužila podkladová data získaná z účetnictví. Ambulance je provozovaná v pronajatých prostorách budovy, která slouží výhradně pro samostatné specializované soukromé ambulance.

K místu provozu ambulance Lékař 1 dodává: „*V průběhu Vámi sledovaného období došlo k jednomu stěhování. Smlouva o poskytování zdravotních služeb uzavíraná mezi poskytovatelem zdravotních služeb a zdravotní pojišťovnou je vázána ke konkrétnímu městu nebo obci. Z těchto důvodů lze při stěhování zdravotnického zařízení uvažovat pouze o přesunu v rámci města nebo obce. V případě přesunu do jiného města (městské části v případě Prahy) je nutné znovu projít celým procesem registrace, který je spojen s určitými riziky. Magistrát města musí znovu udělit souhlas s registrací zdravotnického zařízení a v případě neudělení tohoto souhlasu může dojít v krajním případě až k zániku smluvního vztahu poskytovatele s pojišťovnami. Dalším problémem při změně prostor jsou hygienické požadavky. Z tohoto důvodu je nesmírně těžké nalézt prostory pro zdravotnické zařízení mimo poliklinik (specializovaných budov uzpůsobených pro potřeby ambulancí).“*

Graf č. 13 – Struktura výdajů ambulance

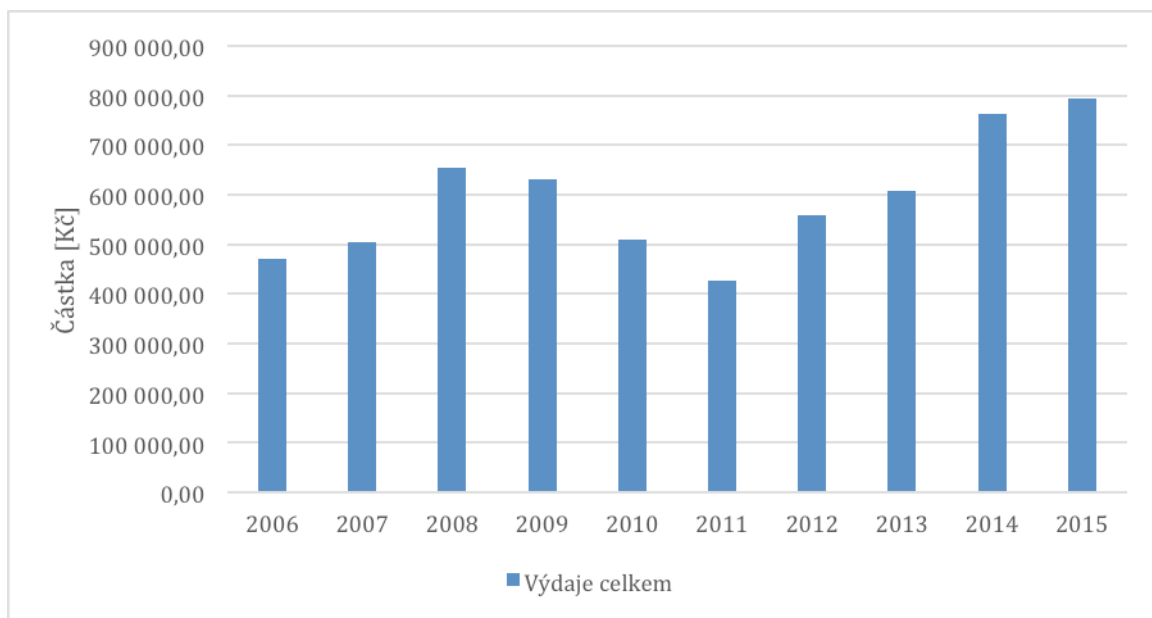


Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 13 rozděluje výdaje ambulance do 8 kategorií. Kategorie služby nemateriálové povahy, za které jsou výdaje v čase nejvíce proměnlivé, se skládá z plateb za ekonomické poradenství (do kterého spadá především vedení daňové evidence), tiskové služby a kopírování, výdaje na pomoc při zpracování a archivaci zdravotnické dokumentace a výdaje spojené se softwarem (největší položkou je program Winmed, na který ambulance přešla v roce 2014 a jsou s ním spojeny jak jednorázové pořizovací náklady, tak náklady na servis a údržbu). Dále do této kategorie spadají vzdělávací kurzy a odborné přednášky, které lékaři v některých případech musí absolvovat povinně. Další kategorií je drobný inventář, do kterého patří věci spotřebního charakteru sloužící pro provoz ambulance. Mezi drobný inventář se řadí například počítače, mobilní telefony, další elektrické spotřebiče a nábytek v ambulanci. Kategorie pojištění se dělí především na pojištění majetku a pojištění podnikatele. Režijní náklady by mohly být lépe označeny za provozní režie. Do této kategorie jsou zařazeny úklidové a hygienické prostředky a potřeby, kancelářské potřeby, prací potřeby, vizitky a další. Kategorie výkony spojů představuje výdaje za telefonní a poštovní služby. Poplatky znamená zejména poplatky za členství v komorách, organizacích a spolcích jako je například Česká lékařská komora,

Česká psychiatrická společnost, Sdružení ambulantních psychiatrů a Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně. Mzdy jsou pak vypláceny druhé lékařce, která nárazově vypomáhá v ambulanci a paní na úklid.

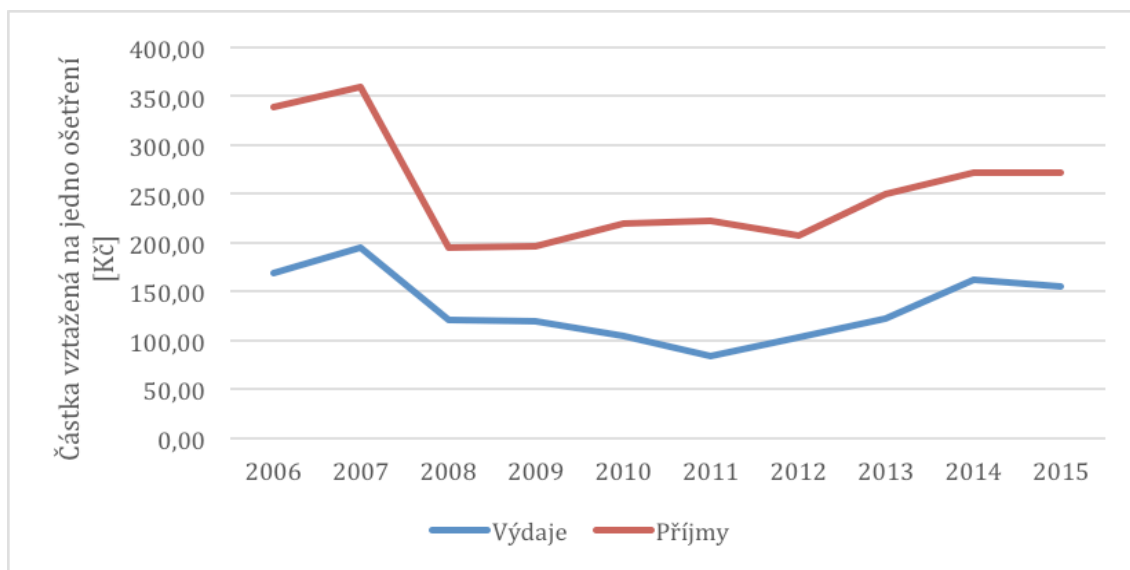
Graf č. 14 – Celkové výdaje v jednotlivých letech



Zdroj: Vlastní zpracování

Na Grafu č. 14 lze pozorovat celkové výdaje zkoumané ambulance v letech 2006 až 2015, přičemž jejich vývoj nemá jasný trend. Výdaje ovlivňovány především jednorázovým pořizováním majetku. Důvody poklesů a vzrůstu celkových výdajů se do značné míry shodují s popisem v Grafu č. 13. Roky 2010 až 2012 jsou ovlivněny nejvíce poklesem výdajů za drobný inventář. V letech 2010 a 2011 došlo taktéž k poklesu výdajů za nájem v porovnání s ostatními roky. V posledních dvou sledovaných letech došlo k nárůstu výdajů v porovnání s rokem 2013 o 25 % v případě roku 2014 a v roce 2015 dokonce o 30 % oproti roku 2013. Tento nárůst je zapříčiněn především pořízením nového počítačového programu zajišťujícího chod ambulance. Pomocí tohoto programu se mimo jiné vede zdravotnická dokumentace a dochází k vykazování dat pro zdravotní pojišťovny.

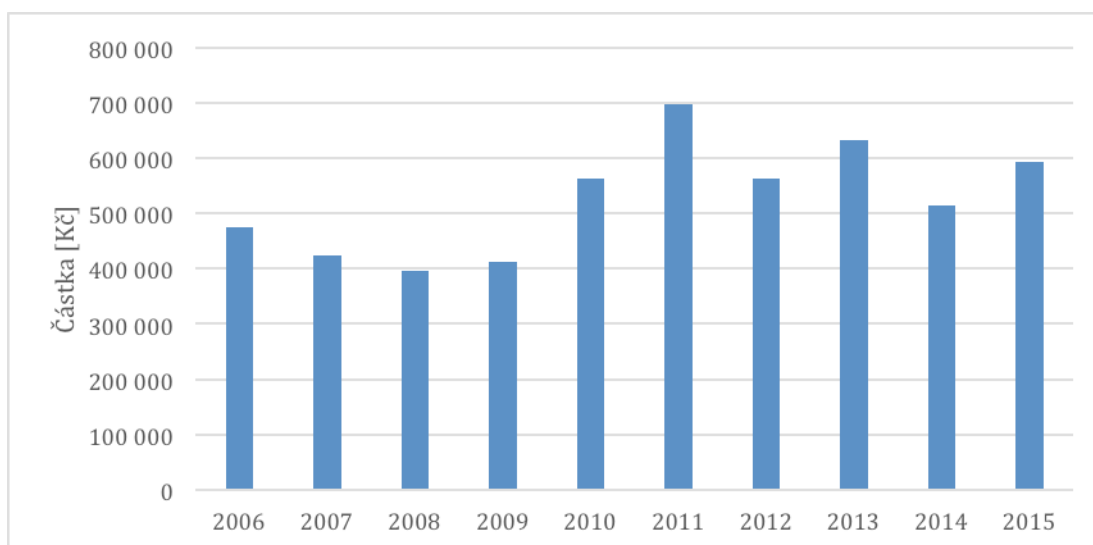
Graf č. 15 – Průměrná výše příjmů a výdajů na jedno ošetření



Zdroj: Vlastní zpracování

Graf č. 15 porovnává výši příjmů a výdajů přepočtených na jedno ošetření. Červená křivka znázorňuje průměrné příjmy z jednoho ošetření a modrá křivka znázorňuje průměrné výdaje na jedno ošetření. Nejvyšší zisk z jednoho ošetření byl v roce 2006, kdy činil 170 Kč. V ostatních sledovaných letech se zisk z jednoho ošetření pohybuje mezi 104 a 137 Kč.

Graf č. 16 – Celkové roční zisky



Zdroj: Vlastní šetření

Graf č. 16 popisuje výši zisků ve sledovaném období, kdy zisk se rovná příjmům v daném období sníženým o výdaje. Maximální zisk byl v roce 2011, nejmenší zisk za sledované období byl pak v roce 2008. Vzhledem k počtu ošetření je více vypovídající Graf č. 15, případně oba společně. V celkových ziscích lze v poslední době pozorovat periodické poklesy a nárůsty. Tato periodicitu lze vysvětlit pohybem výše popsaných faktorů (počty vyšetření, limity a příjmy), ale z větší části se jedná o náhodný jev.

Příjmy ambulance se v posledních pěti letech pohybují v rozmezí mezi 514 000 Kč až 700 000 Kč ročně, což znamená 43 000 Kč až 58 000 Kč měsíčně. Dle odborného časopisu *Tempus* vydávaného Českou lékařskou komorou jsou příjmy lékařů zaměstnaných u státních poskytovatelů zdravotních služeb (hovoříme o fakultních a krajských nemocnicích) v rozmezí 61 000 Kč až 94 000 Kč měsíčně.⁷⁹ Z toho srovnání vyplývá, že platy lékařů zaměstnaných u státních poskytovatelů zdravotních služeb jsou vyšší, a to o 3 000 Kč až 51 000 Kč měsíčně. Rozdíl platu a zisku může být až 118 % ve prospěch zaměstnaného lékaře, který je osvobozen od administrativní zátěže, která je jedna z největších překážek nestátního poskytovatele zdravotních služeb (ambulance).

⁷⁹ SILNÁ, B. Jak si nemocnice cení práce lékařů. *Tempus*. 2016, 25 (10/2016), s. 30-31

4 Zhodnocení výsledků a doporučení

V této části diplomové práce dojde k vytyčení nejzávažnějších problémů v oblasti poskytování zdravotních služeb nestátními poskytovateli zdravotních služeb (soukromými ambulancemi), k návrhu řešení těchto problémů, zodpovězení výzkumné otázky a naplnění ostatních dílčích cílů diplomové práce. Postupně bude nabídnuto řešení následujících problémů: nadměrná administrativní zátěž ambulance, Úhradová vyhláška a limity na poskytování zdravotních služeb a vývoj příjmů a výdajů ambulance ve srovnání s platy lékařů státního sektoru.

4.1 Nadměrná administrativní zátěž ambulance

Při charakteristice zkoumaného subjektu došlo ke zjištění, že jednotlivé ambulance s rozdílnou odborností se liší ve vnitřním uspořádání i systému práce. Objevili se i společné prvky pro celý sektor nestátních poskytovatelů zdravotních služeb. Tímto společným prvkem je administrativní zátěž, kterou všichni oslovení lékaři vnímají jako neúčelnou a nevidí v ní smysl, protože jsou zatěžováni regulací, která původně mířila někam jinam, ale ve výsledku dopadla na všechny ambulance. Řešení tohoto problému lze nalézt ve dvou zcela odlišných přístupech. První přístup lze nazvat jako systémový. Ten směřuje k vytvoření kvalitního právního resp. regulatorního rámce, který stanoví povinnosti poskytovatelů zdravotních služeb s respektem k malým ambulancím a například je rozdělí dle odborností (výkonů prováděných v této ambulanci), a regulovat bude pouze nezbytně nutné nebo problematické oblasti ambulancí. Dalším limitem regulace by měla být velikost ambulance, tedy do určitého počtu výkonů určitého druhu by se na danou ambulanci regulace neměla vztahovat.

Druhým možným řešením tohoto problému je kontrola (nebo dozor) s lidskou tváří. Toto je poněkud nesystémový přístup, ale v praxi též uplatnitelný. Pracovníci provádějící kontrolu dodržování regulatorních předpisů (konkrétně dodržování chování administrativní povahy) by neměly být úředníci, ale odborníci. Rozdíl je v přístupu, kde úředník slepě dodržuje každý detail nařízení bez posouzení vhodnosti jeho aplikace a toto posouzení ani sám provést nemůže, protože nezná regulovanou problematiku ani na teoretické (akademické) úrovni, ani na praktické úrovni (sám regulovanou činnost nevykonával

a proto nedokáže posoudit nutnost regulace). V navrhovaném řešení provádí kontrolu odborník, který posoudí nutnost aplikovat dané regulační nařízení u každého kontrolovaného subjektu jednotlivě s přihlédnutím k individuálním podmínkám a konkrétní situaci ambulance.

4.2 Úhradová vyhláška a limity na poskytování zdravotních služeb

Dalším problematickým bodem projevujícím se v celém sektoru je způsob přepočtu bodů na peníze a limity stanovené na objem poskytovaných zdravotních služeb. Základním problémem Úhradové vyhlášky je, že nerozlišuje mezi plýtváním (nadužíváním) zdravotní péče a poskytování zdravotní péče na základě zákonných povinností. Důsledkem toho nastávají situace, kdy lékař pracuje v konkrétním zkoumaném případě 20 dní v roce bez nároku na odměnu za svou práci, přičemž mu s poskytováním zdravotních služeb vznikaly stejné náklady.

Nabízí se námitka, že jde o podnikání a každý podnikatel nese riziko ztráty. Ovšem zdravotnictví je obor, který se vyznačuje vysokou mírou regulace, která se projevuje na první pohled v regulaci ceny zdravotních služeb, ale pokračuje ještě dále. Poskytovatel zdravotních služeb (v našem případě lékař) si nemůže zvolit, zda zdravotní službu poskytne či neposkytne. Lékař má povinnost zdravotní služby poskytnout (tato povinnost má své další determinanty, ale pro naše účely není nezbytné se jimi zabývat dopodrobna). Jak již bylo zmíněno v úvodu této práce, tak zdravotnictví se vyznačuje mnoha specifiky, jako je například nemožnost komoditizace zdravotních služeb. Pokud bychom tuto tezi nepřijali a argumentovali principy jiných zdravotních systémů, tak mějme na paměti, že změny v principech financování (opuštění systému veřejného zdravotního pojištění) nutně musí vyvolat změny v dostupnosti zdravotních služeb a kvalitě lékařské péče. Na místě je otázka, zda chceme a zda může být společnosti prospěšné vytvořit z lékařů podnikatele, kteří se budou řídit zásadami maximalizace zisku, minimalizace nákladů a podobně.

Pokud je tedy někomu uložena povinnost léčit (v praxi to znamená pracovat), tak mu za tuto práci náleží spravedlivá odměna. O věcném naplnění termínu spravedlivé odměny (tedy o částce, která je tou spravedlivou odměnou) lze debatovat, ale současný stav, který tuto odměnu stanovil pod hranicí nákladů je dlouhodobě neudržitelný. A to především v kvalitě poskytovaných služeb. Opačný přístup, tedy odstranění

povinnosti léčit v akutních případech, by mohl vést ad absurdum k výsledku, kde by lékaři při hromadných nehodách nebo epidemiích odmítali léčit. Takové řešení se jeví jako nesystémové.

Překvapivým zjištěním při analýze finančních výkazů ambulance bylo zjištěno, že četnost nedoplatků je nejnižší u pojišťoven, od kterých je v péči poskytovatele méně než 100 pacientů. Shodně s tímto zjištěním hovořil i Lékař 2 a potvrdil tak platnost tohoto výroku i u jiného nestátního poskytovatele zdravotních služeb. Nesystémovým řešením nebo spíše radou pro lékaře, jak se vyhnout nedoplatkům od pojišťoven by mohlo být udržování počtu pacientů pod číslem 100 u většiny pojišťoven a všechny zbylé pacienty koncentrovat u jedné velké pojišťovny, kde by se smířili s limity a následnými nedoplatky. Avšak toto řešení je možné pouze pro ambulance s dostatečným zájmem pacientů o zdravotní služby právě v jejich zařízení. Viz, jak uvedl Lékař 1, že nové pacienty přijímá pouze na doporučení z důvodu naplněné kapacity ambulance.

4.3 Srovnání příjmů lékařů ve státním a soukromém sektoru

Na závěr práce při prolnutí zjištění o výdajích a příjmech vyvstala otázka, zda jsou lékaři v soukromých ambulancích za svou práci hodnoceni dobře či zle. K porovnání byla vybrána skupina jim nejbližší do určité míry shodná – lékaři zaměstnaní u státních poskytovatelů zdravotních služeb. V tomto případě lékaři fakultních a krajských nemocnic. Údaje vychází z průzkumu časopisu Tempus vydávaného Českou lékařskou komorou z roku 2016. Bylo zjištěno, že lékaři zaměstnaní u státního poskytovatele zdravotních služeb (v nemocnici) mají příjmy vyšší až o 51 000 Kč měsíčně oproti ziskům soukromých ambulancí. Lékař v soukromé ambulanci musí navíc řešit problémy diskutované výše. Tento stav povede k odlivu lékařů ze soukromé sféry a tím pádem zániku části ambulantních zařízení. Vzhledem k tomu, že zdravotní systém stojí na principech dostupné primární zdravotní péče skrze tyto ambulantní zařízení, tak může dojít k celkovému narušení dostupnosti zdravotní péče. Jinými slovy první kontakt pacienta se zdravotní péčí by měl proběhnout v ambulantním zařízení, a pokud zdravotní stav pacienta není řešitelný ambulantní léčbou, tak až poté by měl být pacient odeslán do nemocnice. Pokud by došlo k situaci hromadného zániku ambulancí, první kontakt pacienta by se přesunul rovnou do nemocnice a ty by byly zahlceny, protože nejsou uzpůsobeny na příval tohoto druhu

pacientů. Tento scénář je však krajně nepravděpodobný a předejít mu lze úpravou Úhradové vyhlášky, čím se mírní zvýšení příjmů soukromých ambulancí.

5 Závěr

Jako svůj hlavní cíl si tato diplomová práce kladla zjištění příjmové a výdajové struktury soukromého zdravotnického zařízení. Za tímto účelem bylo nejprve nezbytné vymezit teoretické základy fungování zdravotnických zařízení nejen v České republice, ale i napříč dalšími státy, a jejich vývoj. Vzhledem k tomu, že provozování zdravotního zařízení obecně je činností zásadně regulovanou ze strany státu, byly jako významný zdroj použity také právní předpisy vztahující se k dané problematice. Základními prvky této práce jsou lékař a jeho pacienti a vztahy, které mezi nimi vznikají. Z toho důvodu jsou tyto vztahy blíže rozebrány co do jejich vývoje, formy a obsahu. Z novodobých právních předpisů vyplývají zejména nesčetná práva pacientů a naproti tomu povinnosti zdravotnických pracovníků, přičemž významnou roli hraje povinnost postupovat *lege artis*. Dalším stěžejním prvkem této diplomové práce jsou samotná zdravotnická zařízení, zákonem definovaná jako poskytovatelé zdravotních služeb, jednotlivé zdravotní systémy a především zdravotní pojišťovny. Pozornost je věnována i regulačním poplatkům, zavedeným v České republice od počátku roku 2008, jejich kladům i záporům a poněkud krátkému vývoji, který vedl k jejich konci. Poznatky zjištěné při studiu odborné literatury a právních předpisů, které sloužily jako podklad pro teoretickou část této práce, utvořily základ pro část praktickou, tedy samotné výzkumné šetření.

Pro účely naplnění cíle této práce byla zvolena analýza fungování nestátního poskytovatele zdravotních služeb, a to soukromé psychiatrické ambulance se sídlem v Praze. Jako zdroj údajů byly vybrány jednak informace z programu Winmed 2, který zkoumané zařízení využívá pro vedení a archivaci zdravotnické dokumentace a finanční výkazy, obojí z let 2006 až 2015. Takto zvolené vstupní údaje a výzkumné období se ukázaly jako dostatečné pro popis jednotlivých problémů. Samotná analýza dat pak byla doplněna rozhovory se dvěma lékaři, kteří vhodně doplnili šetření o potřebný kontext a praktické poznatky. Pomocí tabulek a grafů došlo k zobrazení a podrobnějšímu popisu výsledků analýzy nejprve v oblasti příjmů soukromé ambulance. Příjmy byly dále dány do souvislosti jednak s počtem pacientů navštěvujících zkoumanou ambulanci, s počtem vykonaných ošetření a dále se vztahem k jednotlivým zdravotním pojišťovnám, které pacienty zastupují. Výkyvy příjmů v jednotlivých letech byly odůvodněny zejména v návaznosti na teoretické základy z první části práce a také pomocí vyjádření obou lékařů.

Jako nejvíce problematickou v oblasti příjmů byla shledána tzv. úhradová vyhláška a na ni navazující nedoplatky od jednotlivých zdravotních pojišťoven v každém roce, které proto byly podrobněji popsány a rozebrány. Druhou zkoumanou oblastí byly výdaje dané ambulance rozdělené do osmi kategorií a opět dané do souvislostí s počtem pacientů a provedených ošetření v tom kterém roce. Lze konstatovat, že veškeré zjištěné výsledky, a to včetně jednotlivých výkyvů, byly řádně objasněny. Rovněž se na sledovaných výsledcích projevila problematika regulačních poplatků, která byla rozebrána v teoretické části.

V šetření bylo odhaleno několik více či méně závažných problémů, které byly popsány v poslední části této diplomové práce. Jako nejdůležitější byly rozebrány - nadměrná administrativní zátěž zdravotnických zařízení, tzv. úhradová vyhláška a limity na poskytování zdravotních služeb a vývoj příjmů a výdajů ambulance ve srovnání s platy lékařů státního sektoru. Tyto problémy byly charakterizovány jako společné pro celý sektor nestátních poskytovatelů zdravotních služeb a na jako takové byly poskytnuty návrhy jejich možných řešení. Tím došlo k zodpovězení výzkumné otázky a naplnění dalších dílčích cílů této diplomové práce.

6 Seznam použitých zdrojů

Monografie

- BARTÁK: *Ekonomika zdraví*, Praha: Wolters Kluwer, 2010. ISBN: 978-80-7357-503-8
- BARTÁK: *Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů*, Praha: Wolters Kluwer, 2013. ISBN: 978-80-7357-984-5
- CÍSAŘOVÁ, SOVOVÁ: *Trestní právo a zdravotnictví*, Praha: Orac, 2000. ISBN: 80-86199-75-4
- DOLEŽAL: *Vztah lékaře a pacienta z pohledu soukromého práva*, Praha: Leges, 2012. ISBN: 978-80-87576-24-3
- DVOŘÁČEK: *Medicínské právo*, Universitas Ostraviensis, 2007. ISBN: 978-80-7478-476-7
- HAŠKOVCOVÁ: *Lékařská etika*, Praha: Galén, 1994. ISBN: 9788074922046
- HAVLÍČEK, HEMELÍK: *Nad veřejným zdravotním pojištěním*, Praha: Orac, 1998. ISBN 80-86199-04-05
- KAMÍNEK, HRABÁNKOVÁ, ORLOVÁ: *Živnostenský zákon. Zákon o živnostenských úřadech. Komentář*, Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN: 978-80-7478-471-2
- KNAPP: *Teorie práva*, Praha: C. H. Beck, 1995. ISBN: 80-7179-028-1
- MACH a kol.: *Univerzita medicínského práva*, Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-5113-9
- MACH: *Lékař a právo*, Praha: Grada, 2010. ISBN: 978-80-247-3683-9
- NĚMEC: *Principy zdravotního pojištění*, Praha: Grada, 2008. ISBN: 978-80-247-2628-1
- PRUDIL: *Právo pro zdravotnické pracovníky*, Praha: Linde, 2014. ISBN: 978-80-7201-929-8
- PTÁČEK, BARTŮNĚK, MACH a kol.: *Lege artis v medicíně*, Praha: Grada, 2013. ISBN: 978-80-247-5126-9
- SENECA: *O dobrodiních*, Praha: Svoboda, 1991. ISBN: 80-205-0168-1
- SILNÁ: *Jak si nemocnice cení práce lékařů*. *Tempus*. 2016, 25 (10/2016)

- SOVOVÁ: Vymáhání pohledávek poskytovateli zdravotní péče, Zdravotnictví a právo č. 2/2011
- SOVOVÁ: Zdravotnická praxe a právo, Praha: Leges, 2011. ISBN: 978-80-87212-72-1
- STOLÍNOVÁ: Právní odpovědnost a postavení lékaře, Praha: Avicenum, 1977
- ŠTĚPÁN: Právní odpovědnost ve zdravotnictví, Praha: Grada, 1970
- ŠUSTEK, HOLČAPEK: Informovaný souhlas, Praha: ASPI, 2007. ISBN: 9788073572686
- TĚŠINOVÁ, ŽDÁREK, POLICAR: Medicínské právo, Praha: C.H.Beck, 2011. ISBN-13: 978-80-7400-050-8
- TROSTER a kol.: Právo sociálního zabezpečení, Praha: C.H.Beck, 2013. ISBN: 978-80-7400-473-5
- UHEREK: Povinná mlčenlivost v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, Praha: Wolters Kluwer, 2014. ISBN: 978-80-7478-476-7
- VONDRÁČEK: Zdravotnické právo – pro praxi a posluchače lék. fakult, Karolinum, 2002. ISBN: 80-246-0531-7

Cizojazyčné zdroje

- GRUBB: Principles of Medical Law, New York: Oxford University Press, 2004. ISBN: 978-0199263585
- HECKENDON: Die Haftung freier Berufe zwischen Vertrag und Delikt, Bern: Stampfli Verlag, 2006
- JACKSON: Doctors and Diseases in the Roman Empire, University of Oklahoma, 1988. ISBN: 978-0806121673
- MASON, MCCALL: Law and medical ethics, Oxford University Press, 2010. ISBN: 978-0199227754
- MILLS. Health policy and systems research: defining the terrain; identifying the methods. Health Policy Plan [online]. 2011, (27) [cit. 2016-11-19]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/heapol/article/27/1/1/659637/Health-policy-and-systems-research-defining-the?searchresult=1>

Právní předpisy

- Vyhláška č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče, ve znění pozdějších předpisů
- Vyhláška č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 576/2004 Sb., o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich a poskytovaním zdravotnej starostlivosti
- Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované činnosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

Judikatura

Rozsudek soudního dvora ve věci C-267/99, Christine Adam – Urbing, proti Administration de lenregistrement et des domaines

Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 1/08 ze dne 20. 5. 2008

Rozsudek Krajského soudu v Praze ze dne 31. 08. 2010, sp. zn. 44 Af 16/2010

Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 05. 01. 2011, sp. zn. 3 Ads 152/2010

Rozsudek Nejvyššího správního soudu ze dne 10. 11. 2010, sp. zn. 3 Ads 106/2010

Nález Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 19/13 ze dne 22. 10. 2013

Internetové zdroje

BUCHTÍKOVÁ. Poplatky ve zdravotnictví. Čtrnácti deník [online]. 2014, (06), 3 [cit. 2016-11-20]. Dostupné z: http://www.cevro.cz/web_files/soubory/ctrnacni-deniky/2014/14denik_06_2014.pdf

Ekonomie zdravotnictví. Farmakoekonomie: Léky na trh [online]. Praha, 2013 [cit. 2016-11-23]. Dostupné z: <http://www.farmakoekonomie.cz/news/ekonomie-ve-zdravotnictvi1/>

NIKLÍČEK. Čeští lékaři a povinné nemocenské pojištění v letech 1888-1938 [online]. [cit. 2016-10-25]. Dostupné z: <http://www.sasp.cz/cesti-lekari-a-povinne-nemocenske-pojisteni-v-letech-1888-1938>

O nemocnicích. Ozdravotnictvi.cz [online]. [cit. 2016-11-04]. Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/nemocnice/>

POPOVIČ. Celkové výdaje na zdravotnictví 2010–2014. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky [online]. 2015, (5), 2 [cit. 2016-11-23]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

Portál veřejné správy. Portál veřejné správy [online]. Praha: Ministerstvo vnitra, 2016 [cit. 2016-11-09]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/portal/podnikani/situace/260/280/5121.html>