

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Bakalářské kombinované studium

2009 – 2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Eva Doležalová

Spoluúčast pacientů na zdravotní péči

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. Radomír Havlík, Csc.**

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Combined (Part time) Studies

2009 - 2012

**BACHELOR THESIS**

Eva Doležalová

Participation of patients in health care

**Prague 2012**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. Radomír  
Havlík, CSc.**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. března 2012

Eva Doležalová

## **Poděkování**

Tímto děkuji Doc .PhDr. Radomíru Havlíkovi, Csc. za odborné vedení, pomoc a podporu při psaní této bakalářské práce.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá analýzou poznatků o principech hrazení zdravotní péče a spoluúčasti pacientů na zdravotní péči. Cílem a záměrem práce je přinést aktuální a ucelený přehled o spoluúčasti pacientů na zdravotní péči. První část práce se věnuje historickému vývoji zdravotního pojištění, charakteristikou základních modelů zdravotnických systémů a jejich financování. V následující části je popsán princip solidarity a ekvivalence, zdravotní systém v České republice a okolnosti zavedení regulačních poplatků-spoluúčasti pacientů v České republice. V závěrečné části jsou shrnuta stanoviska politických stran ke spoluúčasti pacientů na zdravotní péči a názory veřejnosti podle výzkumů veřejného mínění.

## **Klíčové pojmy**

Ekvivalence, financování zdravotnictví, nadstandard, regulační poplatky, solidarita, spoluúčast pacientů, standard, veřejné zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotní pojištění,

## **Annotation**

The Bachelor Thesis is based on the analysis of healthcare funding and patients' cost sharing. Its purpose is to show the complete and actual overview of the healthcare cost sharing.

The first part is focused on historical development of health insurance, basic models of healthcare systems and their financing. The second part is focused on the principles of solidarity and equivalency, healthcare system in the Czech republic and the circumstances of regulatory fees implementation – cost sharing. In the end there is the summary of attitudes of political parties concerning to cost sharing and public opinion based on the public opinion survey.

## **Key words**

Cost sharing, public health, healthcare funding, regulatory fees, health insurance policy, health care, health insurance, solidarity and equivalency,

## OBSAH

<b>ÚVOD .....</b>	<b>9</b>
<b>1. PRINCIPY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ, MODEL Y ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ .....</b>	<b>11</b>
1.1 Historický vývoj zdravotního pojištění.....	11
1.2 Důležité pojmy a zákony vztahující se ke zdravotní péči a pojištění .....	15
1.3 Princip zdravotního pojištění v České republice.....	18
1.4 Základní modely zdravotnických systémů a jejich financování .....	20
1.4.1 Bismakovský model.....	21
1.4.2 Beveridgeův model .....	22
1.4.3 Tržně orientovaný model, model privátního pojištění.....	23
<b>2. PRINCIP SOLIDARITY A EKVIVALENCE, STANDARDY A NADSTANDARDY, VOLBA LÉKAŘE.....</b>	<b>25</b>
2.1 Princip solidarity a ekvivalence .....	25
2.2 Standardní a nadstandardní péče .....	30
2.3 Volba lékaře .....	31
<b>3. SPOLUÚČAST PACIENTŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI A POPLATKY V ZAHRANIČÍ, VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ V ČR A V ZAHRANIČÍ, ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ V ČR....</b>	<b>34</b>
3.1 Spoluúčast pacientů na zdravotní péči, poplatky v zahraničí .....	34
3.2 Spoluúčast v ČR a její dopad .....	41
3.3 Výdaje na zdravotnictví v ČR a v zahraničí .....	44
3.4 Regulační poplatky v České republice a okolnosti jejich zavedení .....	45
<b>4. POSTOJE POLITICKÝCH STRAN .....</b>	<b>49</b>
4.1 Občanská demokratická strana (ODS).....	49
4.2 Česká strana sociálně demokratická (ČSSD).....	50
4.3 TOP 09 .....	50
4.4 Komunistická strana Čech a Moravy (KSČM).....	51
4.5 Křesťanská a demokratická unie – Československá strana lidová (KDU-ČSL) 51	
<b>5. VÝZKUMY VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ.....</b>	<b>52</b>
<b>6. ZÁVĚR .....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>60</b>

## ÚVOD

O zdraví lze bezesporu říci, že je jednou z nejcennějších lidských hodnot. Velmi významně ovlivňuje kvalitu života lidí. Každý dříve nebo později navštíví lékaře v jeho ordinaci a očekává, že se mu dostane ta nejlepší péče, jíž mu může lékař nabídnout. Všichni se skládáme prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění na to, aby se nám dostala odpovídající péče, až ji budeme potřebovat. Ze svých platů odvádíme každý měsíc nemalé částky, abychom si tak případnou lékařskou péči zajistili.

Vývoj v medicíně, v lékařské diagnostice a léčebných a preventivních metodách i technologiích postupuje prudkým tempem kupředu – lékaři uzdravují a pomáhají pacientům, kterým by ještě před pár lety nedokázali pomoci. To vše ale stojí spoustu peněz. Právě tato skutečnost vede k otázce, zda peníze vybrané v rámci veřejného zdravotního pojištění na lékařskou péči pro každého stačí.

Již dříve politici poukazovali na to, že peněz, které zdravotnictví každoročně potřebuje, je stále více a proto je potřeba nalézt další zdroje financování. Politici většinou nabízejí zvýšení pravidelné měsíční částky odváděné na veřejné zdravotní pojištění, zvýšení výdajů ze státního rozpočtu do zdravotnictví nebo zavedení, popřípadě zvýšení, finanční spoluúčasti pacientů. Avšak zavádění jakékoli spoluúčasti pacientů je vždy nepříjemné jak pro pacienty, tak neblahé pro politickou budoucnost veřejných činitelů, kteří se o to snaží. Ne náhodou se osoba, jíž náleží křeslo ministra zdravotnictví, mění nejčastěji ze všech ministerstev.

Vzpomeneme-li na krajské podzimní volby v roce 2008, zjistíme, že platby ve zdravotnictví se staly hitem předvolební kampaně politických stran. Lze říci, že Česká strana sociálně demokratická také díky kritice třicetikorunové platby za recept v lékárně, volby vyhrála.



Dosud provedené výzkumy veřejného mínění potvrzují, že veřejnost se k přímým za lékařskou péčí nestaví příznivě. Další peníze na lékařskou péči se plátcům pojistného již nechce vynakládat.

Pravdou je – a statistické údaje tuto skutečnost dokládají -, že Česká republika bude nucena přijatelným způsobem řešit financování zdravotnictví. Demografický vývoj v České republice naznačuje, že lékařskou péči bude v blízké budoucnosti potřebovat stále více lidí kvůli prodlužujícímu se průměrnému věku lidí. Vzhledem k této skutečnosti se také musí změnit struktura poskytování zdravotnických a lékařských služeb – lůžek pro starší pacienty bude potřeba více a služby jim poskytované budou více vyhledávané.

Ke změnám vede i současný medicínský trend, který klade důraz na prevenci, neboť je levnější nemocem přecházet, nežli je nákladně léčit.

Cílem této bakalářské práce je popsání a porovnání hlavních zdravotnických systémů, zmapování okolností zavádění regulačních poplatků, podání uceleného a aktuálního přehledu o platbách pacientů v České republice nad rámec veřejného zdravotního pojištění a popis postojů politických stran a veřejného mínění k tomuto tématu.

Při práci na této bakalářské práci je použita jako jedna ze základních výzkumných způsobů metoda studia odborné literatury a odborných dokumentů souvisejících s tématem bakalářské práce, dále pak právních norem, programových dokumentů politických stran a analýza statistických údajů.

# 1. PRINCIPY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ, MODELY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ

## 1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Péči o své zdraví se lidé věnovali už odedávna. Většina společností postupem doby dospěla k zavedení různých systémů, kterými mohou zajistit zdravotní péči většině svých občanů. Zdravotní pojištění je úzce spjato se sociálním zajištěním, z něhož se postupem doby vyvinulo.

S počátky sociálního zdravotního zajištění se můžeme setkat již ve středověku v cechovních zajišťovacích spolcích. „Ve středověku začaly být vytvářeny svépomocné podpůrné spolky, jejichž úkolem bylo pomáhat práce neschopným a starým členům rodin. Nejprve začaly takovéto podpůrné spolky mezi horníky, začala se vytvářet hornická bratrstva, která je možno charakterizovat jako stavovské a náboženské spolky řízené nejprve těžaři.“<sup>1</sup>

Na území současné České republiky zajišťovala péči o chudé a nemocné osoby převážně církve a to až do roku 1785, kdy vydáním nařízení pro Království české převzala tuto povinnost vrchnost. I nadále byla však úloha církve nezastupitelná.

Významnou změnou v zajišťování sociálního zabezpečení byla reforma státní správy uskutečněná během vlády Maria Terezie a Josefa II. ve 2. polovině 18. století. Během reformy převzali práci ve vysokých úřadech profesionální úředníci, kteří zde nahradili šlechtu. Na rozdíl od šlechty neměli úředníci jiné příjmy než svůj plat a proto, z důvodu jejich zajištění, byly zavedeny 2 pensijní normály. „První v roce 1771 pro vdovy a sirotky po zaměstnancích, kteří věrně sloužili a druhý v roce 1781 pro zaměstnance, kteří

---

<sup>1</sup> TRÖSTER, Petr a kolektiv, *Právo sociálního zabezpečení*, Praha: C.H.Beck, 2002, s.24, ISBN 80-7179-669-7

alespoň o deseti letech uspokojivé služby se stali neschopnými práce.“<sup>2</sup>  
Zavedením penzijních normalů byl položen základ sociálního zabezpečení.

Na rozvoji zdravotního a sociálního pojištění však měl největší vliv rozmach průmyslové výroby v 19. století a vývoj sociálně slabší dělnické třídy. „První povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1849 v Prusku pro horníky. Povinnost platit toto pojištění se vztahovala na zaměstnance i zaměstnavatele. Od té doby začala v Německu vznikat celá řada podnikových i místních nemocenských pojišťoven. V roce 1881 německý císař Vilém II. vydal dokument k zavedení sociálního pojištění, který byl podnětem pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky, schválený německým parlamentem v roce 1883.“<sup>3</sup> Zákon byl vytvořen tak, aby příspěvky na pojištění platil z jedné třetiny zaměstnanec a ze dvou třetin stát. Pojištěný zaměstnanec měl nárok na bezplatné ošetření u lékaře, na léky a na nemocenské dávky od třetího dne nemoci.

V roce 1886 byl obdobný zákon přijat také v Rakousku-Uhersku. O rok později byl přijat zákon o úrazovém pojištění. Na přelomu 19. a 20. století vznikly zákony o veřejném zdravotním pojištění i v dalších evropských zemích, například v roce 1892 v Dánsku, v roce 1911 ve Velké Británii, v roce 1928 ve Francii.<sup>4</sup>

Ucelenější koncepce zdravotní politiky a zdravotnického systému ale neexistoval v žádné z evropských zemí až do konce druhé světové války. Mnohé evropské země chtěly v druhé polovině 19. století nahradit zdravotní systémy tak, aby pojištění zahrnovalo všechny obyvatele a zároveň poskytlo větší rovnost v přístupu ke zdravotní péči. První zemí, která takový systém

---

<sup>2</sup> TRÖSTER, Petr a kolektiv, *Právo sociálního zabezpečení*, Praha: C.H.Beck, 2002, s.25, ISBN 80-7179-669-7

<sup>3</sup> NĚMEC, Jiří, *Principy zdravotního pojištění*, Grada Publishing 2008, s.14, ISBN 978-80-247-2628-1

<sup>4</sup> Tamtéž, s.14

přijala, byl v roce 1939 Nový Zéland, v Evropě například Velká Británie v roce 1948, Dánsko v roce 1968, Itálie v 1978.<sup>5</sup>

V České republice působilo v roce 1930 několik typů pojišťoven – například Ústřední sociální pojišťovna zajišťovala nemocenské pojištění pro průmyslové a zemědělské dělníky a soukromé úředníky, veřejní úředníci byli pojištěni u úřednických nemocenských pokladen, existovala i nemocenská pokladna státních drah. Z přibližně 14.700.000 obyvatel žijících v prvorepublikovém Československu byla nemocensky pojištěna zhruba polovina veškerého obyvatelstva. Situace však byla rozdílná ve městech a na vesnicích. „Ve městech bylo pojištěno téměř 70% obyvatel, zatímco na vesnicích hodně pod 50% obyvatel. Některé pojišťovny byly malé, a proto se sdružovaly do svazů nemocenských pojišťoven.“<sup>6</sup> Od roku 1934 bylo členství ve svazu, jež zastupoval a hájil zájmy pojišťoven, povinné. Pojišťovny hradily svým pojištěncům zdravotní péči, léky, některé zdravotnické pomůcky, část nemocenské od 4. dne neschopnosti, ale i například pohřebné a pomoc v mateřství.<sup>7</sup>

K podstatným změnám ve zdravotním systému Československa došlo na krátko v roce 1948, kdy bylo nemocenské a důchodové pojištění sloučeno do jednoho povinného systému, jež spravovala Ústřední národní pojišťovna. „Kdo nebyl pojištěn, byl ošetřen a léčen za přímou úhradu. Ambulantní péče byla poskytována převážně lékaři se soukromou praxí. Lázně a zřídla byly znárodněny. Zestátněny byly nemocnice a léčebné ústavy, znárodněn byl zdravotnický průmysl i distribuce léčiv.“<sup>8</sup>

Po vzoru Sovětského svazu byl v Československu v roce 1951 zaveden takzvaný Semaškův model centrálně řízeného zdravotnictví. Zdravotnické služby nadále řídilo Ministerstvo zdravotnictví. Ústřední národní pojišťovna

---

<sup>5</sup> NĚMEC, Jiří, *Principy zdravotního pojištění*, Grada Publishing 2008, s.14, ISBN 978-80-247-2628-1

<sup>6</sup> GLADKIJ, Ivan a kolektiv, *Management ve zdravotnictví*, Computer Press Brno 2003, s.33, ISBN 80-7226-996-8

<sup>7</sup> Tamtéž, s.33

<sup>8</sup> Tamtéž, s.33

byla zrušena, finanční prostředky proudící do zdravotního systému kontrolovalo Ministerstvo zdravotnictví a do krajských a okresních národních výborů je rozdělovalo přísně účelovým způsobem. V sedmdesátých letech se však ukazatele zdravotního stavu obyvatel začaly zhoršovat, což bylo způsobeno hlavně zaostávajícím technologickým vybavením i životním stylem obyvatel.

Po politických změnách v roce 1989 se začala připravovat zdravotnická reforma, podle níž měl být zaveden nový systém zdravotní péče během roku 1992. Nově navrhovaný systém kladl důraz na efektivnost zdravotní péče, privatizaci zejména ambulantní péče a lékárenství. Zároveň se snažil o zachování solidarity, a podporoval obyvatele v zájmu o své zdraví.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> GLADKIJ, Ivan a kolektiv, *Management ve zdravotnictví*, Computer Press Brno 2003, s.35, ISBN 80-7226-996-8

## 1.2 DŮLEŽITÉ POJMY A ZÁKONY VZAHUJÍCÍ SE KE ZDRAVOTNÍ PÉČI A POJIŠTĚNÍ

**Zdravotní politika** – pohled na zdravotní politiku se různí podle aktérů. Pro veřejnost a pacienty je jsou důležité úhrady za zdravotní péči, spoluúčast/spoluplatby, financování, organizace zdravotnických zařízení, postup a kvalita léčby, práva pacientů a vstřícný vztah se zdravotníky. Stát zaměřuje svou pozornost na rozdělování zdrojů ve zdravotnictví, na právní normy, jimiž se zdravotnictví řídí, regulace poskytování zdravotní péče a investičního vývoje podle toho, jak se vyvíjí odpovídajících ukazatele a statistická data, podporu a ochranu zdraví občanů.<sup>10</sup> Zdraví je zájmem každého jednotlivce i celé společnosti. Proto je právo na udržení a obnovení zdraví zakotveno v Ústavě a Listině základních práv a svobod.

**Veřejné zdraví** - Veřejné zdraví je upraveno článkem 152 Smlouvy o Evropském společenství. Článek říká, že Společenství se ve svých aktivitách zaměří především na prevenci nemocí včetně drogové závislosti. Prioritou bude podpora výzkumu nemocí, jejich příčin a způsobů šíření, stejně jako veřejná osvěta a vzdělání. Amsterodamská smlouva tyto cíle posiluje požadavkem, aby výklad i realizace všech politik a aktivit Společenství zaručily vysokou úroveň ochrany zdraví občanů.<sup>11</sup>

**Veřejné zdravotní pojištění** – je druh zákonného pojištění, na jehož základě je hrazena zdravotní péče. U zdravotního pojištění platí zásada, že v každém okamžiku musí být za každého pojištěnce někdo plátcem pojistného. Stát platí pojistné například za děti, nezaměstnané, těžce nemocné osoby nebo osoby v nouzi, ženy na mateřské dovolené atd.. Pojištěnec má právo zvolit si

---

<sup>10</sup> POTUČEK, Martin a kolektiv, *Veřejná politika*, Sociologické nakladatelství SLON Praha 2005, s.312, ISBN 80-86429-50-4

<sup>11</sup> EVROPSKÁ KOMISE Praha, on-line 2012-05-08. Dostupné na: [www  
http://ec.europa.eu/ceskarepublika/information/](http://ec.europa.eu/ceskarepublika/information/)

zdravotní pojišťovnu a může provést její změnu jednou za 12 kalendářních měsíců.<sup>12</sup>

**Zdravotní péče** - Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Podmínky poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních stanoví zvláštní zákony.

Zdravotní péčí se rozumí: a) soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem 1) předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu 2) udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu 3) udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení 4) pomoci při reprodukci a porodu 5) posuzování zdravotního stavu b) preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za účelem podle písmene a).<sup>13</sup>

**Regulační poplatek** – je přímá platba pacientů za návštěvu praktického či zubního lékaře a ošetření lékařem, za výdaj léku na receptu, za návštěvu pohotovosti nebo za poskytnutí ústavní nebo lázeňské péče<sup>14</sup>

**Standardy zdravotní péče** – Standardy zdravotní péče jsou odborníky popsané normy, které reprezentují „evidence based“ a „consensus based“ doporučení k diagnostickým a léčebným postupům. „Evidence based“ znamená, že normy odrážejí odborný názor podložený přesvědčivými vědeckými studiemi a „consensus based“ znamená, že norma je akceptována významnými autoritami v oboru s vyloučením významných odborných sporů. Akceptace standardu se vztahuje minimálně k národnímu prostředí a míra shody není nikterak exaktně stanovena. Je dobré, pokud tuto shodu stvrzuje

---

<sup>12</sup> Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

<sup>13</sup> Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů

<sup>14</sup> Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lázeňské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č.48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely

arbitrárním výnosem nějaká národní oborová autorita, kterou představuje například ministerstvo, nebo ministerstvem pověřená instituce.<sup>15</sup>

**Nadstandardy zdravotní péče** – zdravotní péče poskytnutá lékařem nebo zdravotnickým zařízením v případě, že si pacient zvolí ekonomicky náročnější ošetření, přičemž z veřejného zdravotního pojištění je hrazena základní varianta.<sup>16</sup>

Základní právní předpisy upravující nynější financování zdravotnictví v České republice:

- Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné pojištění
- Zákon č.551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- Zákon č.280/1992 Sb., o resortních, oborových podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

---

<sup>15</sup> Ministerstvo zdravotnictví ČR, on-line 2012-05-08, dostupné na [www: http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-lecebne-pece](http://www.mzcr.cz/KvalitaOdbornik/obsah/standardy-lecebne-pece)

<sup>16</sup> Vyhláška MZČR ze dne 11.prosince 2011, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů



### 1.3 PRINCIP ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Snahou moderního vyspělého státu je zajistit svým občanům ochranu před neblahými důsledky různých sociálních situací jako jsou například nemoc, úraz, stáří. V České republice bylo veřejné zdravotní pojištění, jaké známe v dnešní podobě, zavedeno v roce 1992. „V České republice je zdravotní pojištění postaveno na zákonné povinnosti každého občana platit zdravotní pojištění – jakousi zdravotní daň.“<sup>17</sup> Každá fyzická osoba musí být pojištěna u některé ze zdravotních pojišťoven, jíž si sama zvolí. Pojišťovně pak pravidelně odvádí finanční částku-pojistné, přičemž částka pojištění je pevně určena zákonem a je pro všechny stejná - 13,5% z příjmu. Za osoby zaměstnané v pracovním poměru odvádí 2/3 pojistného jejich zaměstnavatel, 1/3 zaplatí zaměstnanec. Pojistné za děti, občany ve starobním důchodu, ženy na mateřské dovolené, nezaměstnané zaregistrované na úřadech práce nebo například osoby sociálně slabší platí stát ze státního rozpočtu. Odvod výše zmíněných částek však neznamena, že bychom si těmito penězi šetřili jen na své vlastní ošetření u lékaře, ale skládáme se tím na zdravotní péči všech.

Zdravotní pojišťovna je povinna, dle podmínek stanovaných zákonem, zaplatit lékaři či příslušnému zdravotnickému zařízení náklady spojené s lékařskou péčí, která byla pojištěnci poskytnuta. Veřejné zdravotní pojištění je nejvýznamnější složkou, jež slouží k úhradě léčebných výloh v případě nemoci či preventivním vyšetření. „Jde o pojištění všeobecně platné, na jehož základě se podle jednotné právní úpravy poskytuje oprávněným osobám zdravotní péče hrazená z prostředků tohoto obligatorního (povinného) zákonného pojištění. Obligatornost systému veřejného zdravotního pojištění se projevuje především kogentní zákonnou úpravou, jak pokud jde o důvody vzniku a zániku zdravotního pojištění, okruhu plátců pojistného, jejich práv a povinností, tak co se týká práv a povinností pojištěnců, jakož i dalších podmínek, jimiž se právní vztahy veřejného zdravotního pojištění řídí. Ze zdravotního zákona se hradí

---

<sup>17</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.125, ISBN 978-80-7367-592-9

zdravotní péče poskytnutá pojištěncům s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav.“<sup>18</sup>

Jelikož nemá veřejné zdravotní pojištění - s ohledem na ekonomické možnosti – takový rozsah, aby z něho mohly být hrazeny všechny provedené zdravotní výkony, musí si pojištěnec určitou péči, například některé kosmetické zákroky, které nejsou lékařsky indikované, hradit sám. Pacient má možnost, zajistit si u pojišťovny dobrovolné smluvní pojištění či připojištění. Největší zdravotní pojišťovnou zřízenou přímo zákonem je v České republice Všeobecná zdravotní pojišťovna. Dále zde existuje několik pojišťoven resortních, oborových a podnikových - ty potřebují ke své činnosti povolení Ministerstva zdravotnictví.

Česká republika nepatří mezi společnosti, které mají zdravotnický systém orientovaný čistě tržně. Projevuje se zde princip solidarity. „Veřejné zdravotní pojištění je vybudováno na principu sociální solidarity pojištěnců, který lze charakterizovat jako solidaritu „bohatých s chudými“, kdy občan s vyššími příjmy přispívá na zdravotní péči vyšším pojistným než občané s nižšími příjmy, a jednak jako solidaritu „zdravých s nemocnými“, kdy zdravý občan nečerpá nebo čerpá z pojistných fondů jen nižší částky než nemocný občan, jehož náklady na zdravotní péči jsou vyšší.“<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup> TRÖSTER, Petr a kolektiv, *Právo sociálního zabezpečení*, Praha: C.H.Beck, 2002, s.131, ISBN 80-7179-669-7

<sup>19</sup> TRÖSTER, Petr a kolektiv, *Právo sociálního zabezpečení*, Praha: C.H.Beck, 2002, s.132, ISBN 80-7179-669-7

## 1.4 ZÁKLADNÍ MODELY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ A JEJICH FINANCOVÁNÍ

Modely veřejného zdravotního pojištění se od sebe v jednotlivých zemích více či méně liší - to proto, že každá země má jiné tradice, demografický a sociální vývoj i jiné výchozí ekonomické podmínky.

Zdravotní péče může být hrazena z různých zdrojů:

Z přímých plateb pacientů

Ze zdrojů privátního zdravotního pojištění

Ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění

Státní financování (výnosy z daní)

Z charitativních zdrojů

Základním principem pojištění je sdílení rizika. Pojištění umožňuje vyhnout se velkým výdajům spojeným s nemocí či léčením na základě poměrně malé předem určené platby. „Rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění podle míry dobrovolnosti účasti: statutární a privátní.“<sup>20</sup>

V současné době můžeme zdravotnické systémy vyspělých zemí rozdělit do tří základních rámcových kategorií, které se vyvinuly v průběhu 20. století.

- Zdravotnictví financované z veřejného zdravotního pojištění - Bismackovský model
- Státní zdravotnictví – to znamená zdravotnictví financované z daní prostřednictvím státního rozpočtu
- Tržně orientované zdravotnictví – největší důraz je zde kladen na soukromé zdravotní pojištění

---

<sup>20</sup> NĚMEC, Jiří, *Principy zdravotního pojištění*, Grada Publishing 2008, s.16 978-80-247-2628-1

### 1.4.1 BISMAKOVSKÝ MODEL

První zemí, která zavedla národní zdravotní program, bylo Německo. Takzvaný Bismarkovský model – celonárodní systém sociálního zabezpečení byl v Německu zaveden koncem 19.století, přičemž národní zdravotní pojištění bylo přijato v roce 1883 z iniciativy tehdejšího německého kancléře Otto von Bismarcka. „Podstatou bismarckovského modelu jsou finanční příspěvky, které každý občan povinně odvádí do fondu zdravotních pojišťoven – veřejnoprávních subjektů neziskového charakteru – bez ohledu na rozsah své budoucí spotřeby zdravotní péče (princip sociální solidarity)“.<sup>21</sup> Z vytvořených fondů pak pojišťovny proplácejí lékařům a zdravotnickým zařízením odvedenou lékařskou péči. Tento systém byl zaveden také v České republice v roce 1992. Současně funguje například i v Belgii, Rakousku, Švýcarsku a Nizozemsku. Garantem zdravotní péče je zde stát, který je také odpovědný za efektivní fungování systému. V tomto systému není veškerá lékařská péče hrazena z pojištění. Existují vybrané druhy péče, za jejichž provedení lékařem si musí pacient zaplatit přímo, bez ohledu na pojištění. V Německu byla například ze základní péče vyjmuta velká část zubní péče - pacient se však může pro tyto případy komerčně připojistit. „Dlouhodobě jsou již zavedeny doplatky na léky a poplatky za návštěvu u ambulantního lékaře, za pobyt v nemocnici i za dopravu pacientů. Od všech forem spoluúčasti jsou však osvobozeni chudí lidé s příjmem pod stanovenou hranicí a děti a mladiství do 18 let. Je stanovena maximální výše spoluúčasti, která se rovná u důchodců 1% ročního příjmu a u ekonomicky aktivních obyvatel tvoří 2%“.<sup>22</sup> Významnou předností německého systému je velmi dobrá kvalita a dostupnost pro všechny obyvatele, s čímž ale na druhé straně souvisí vysoká cena, kterou musí stát za tuto službu zaplatit. „Nákladnost a vysoká cena péče způsobují vzrůstající nerovnováhu mezi příjmy z vybraného pojistného a výdaji na péči.“<sup>23</sup>

---

<sup>21</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.90, ISBN 978-80-7367-592-9

<sup>22</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.93, ISBN 978-80-7367-592-9

<sup>23</sup> Tamtéž, s.98

#### 1.4.2 BEVERIDGEŮV MODEL

Dalším základním modelem, reprezentující státní zdravotnictví, je Beveridgeův model, jenž vznikl ve Velké Británii v roce 1948. Jeho autorem je Britský ekonom a sociální reformátor William Beveridge. Model je založen na zdravotní péči pro všechny občany, aniž by byla zohledněna jejich platební schopnost. Zdravotní péče je hrazena z daní, ze státního rozpočtu, ze systému sociálního zabezpečení, menší část plateb pochází také z přímých plateb a spoluplateb. Zdravotnická zařízení poskytují pacientům zdravotní péči, kterou financují speciální úřady státní správy či samosprávy. Jde o vysoce solidární model, kdy stát garantuje zdravotní péči pro všechny občany. Typickým představitelem tohoto modelu je ve Velké Británii Národní zdravotní služba (National Health Service). „National Health Service je nejenom plátcem zdravotní péče, ale zároveň i zaměstnavatelem těch, kteří péči poskytují. Téměř všichni nemocniční lékaři a sestry v Anglii jsou zaměstnanci National Health Service.“<sup>24</sup> Podobný systém v současné době funguje také v Itálii, Skandinávii, Španělsku, Řecku. Austrálii, Kanadě, na Novém Zélandu. „National Health Service je považována za britský národní poklad, ceněný obyvatelstvem a neustále vylepšován reformátory, a to jak ze strany konzervativních vlád (zavedením tržních prvků, posilováním autonomie poskytovatelů), tak ze strany labouristů (prostřednictvím plánování péče, partnerství mezi poskytovateli, omezování nerovností ve zdraví či orientace na zdravotní výsledky a integrace péče).“<sup>25</sup> Finanční spoluúčast pacientů je zde velmi nízká - například poplatky za recepty nejsou vybírány až od 85% pacientů. Mezi silné stránky Beveridgeova modelu lze zařadit dostupnost zdravotní péče podle potřeby pacientů bez ohledu na schopnost platby za službu. Ke kladům lze zařadit také nízkou míru spoluúčasti pacientů na financování péče. Mezi zápory patří dlouhé čekací lhůty na dražší a náročnější ošetření.

---

<sup>24</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.101, ISBN 978-80-7367-592-9

<sup>25</sup> Tamtéž, s.100

Za variantu Beveridgova modelu lze označit tak zvaný Semaškův model. Jeho tvůrcem je N.A.Semaško, první lidový komisař pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917. Jde o model státního, centrálně řízeného zdravotnictví, jež byl typický pro země střední a východní Evropy. Neexistují zde soukromé zdravotní služby ani soukromí poskytovatelé zdravotní péče, financování je zajištěno ze státního rozpočtu. Zdravotnické služby jsou pro obyvatele bezplatné. Tento model dosud funguje například na Kubě.

### **1.4.3 TRŽNĚ ORIENTOVANÝ MODEL, MODEL PRIVÁTNÍHO POJIŠTĚNÍ**

Třetím základním modelem, liberálně, tržně orientovaným je model Spojených států amerických. „Spojené státy americké jsou jedinou z rozvinutých zemí, která nemá zavedený zdravotnický systém zajišťující univerzální dostupnost zdravotní péče pro celou populaci. Ústava Spojených států negarantuje všem občanům právo na základní zdravotní péči. Její zajištění je chápáno jako věc individuální odpovědnosti každého jedince.“<sup>26</sup> Americký systém ponechává velký prostor trhu – nabídce a poptávce. Financování zdravotnictví je složeno ze soukromého zdravotního pojištění (zde se občané mohou dobrovolně pojistit) a z veřejných zdravotních programů, které zajišťují zdravotní péči jen pro striktně vybrané občany například seniory, chudé a válečné veterány. Největší problém tohoto modelu je skutečnost, že značná část občanů zůstává nepojištěná. Znamená to, že zdravotnická zařízení jim poskytují pouze akutní péči, kterou pacienti následně jen s obtížemi splácejí. Americká zdravotnická zařízení sice dokážou poskytovat vysoce odbornou a kvalitní péči, avšak pro mnoho občanů je tato péče nedosažitelná. „V americkém systému, založeném na principu volného trhu, objektivně

---

<sup>26</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.107, ISBN 978-80-7367-592-9

existují problémy vyplývající z tržního selhání, informační asymetrie a s tím související indukované poptávky.<sup>27</sup>

Tabulka č.1 Charakteristiky modelů statutárního zdravotního pojištění<sup>28</sup>

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

<sup>27</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.115, ISBN 978-80-7367-592-9

<sup>28</sup> NĚMEC, Jiří, *Principy zdravotního pojištění*, Grada Publishing 2008, s.21, ISBN 978-80-247-2628-1

## **2. PRINCIP SOLIDARITY A EKVIVALENCE, STANDARDSY A NADSTANDARDY, VOLBA LÉKAŘE**

### **2.1 PRINCIP SOLIDARITY A EKVIVALENCE**

Většina společností se snaží o co nejideálnější nastavení vztahů mezi poskytovateli zdravotní péče, těmi kdo ji potřebují i mezi pacienty samotnými mezi sebou.

Zkušenosti evropských států z posledních let ukazují, že dosavadní strategie zdravotní politiky přináší jednotlivým státům velké problémy. Vzhledem ke stále dokonalejším léčebným postupům, jež se lékaři snaží aplikovat v praxi, i stále dokonalejšímu a zároveň nákladnějšímu technicko-medicínskému vybavení, musí jednotlivé země řešit na jedné straně stále rostoucí a dlouhodobě neudržitelné výdaje do zdravotnictví a na druhé straně ekonomickou situaci, která vlády nutí k omezování výdajů.

Údaje demografů dokládají stále se prodlužující věk obyvatelstva a stoupající trend v počtu starých lidí, kteří budou potřebovat lékařskou péči.

Otázka zdraví přitom zaujímá přední pozici na společenském žebříčku hodnot. Evropský kontinent má tradičně silné sociální cítění. „Nemoc je provázena bolestí, strachem, utrpením a potřebná zdravotní péče je lidskou a sociální službou. Evropská historie pod rozhodujícím vlivem křesťanství a judaismu a tradovaných hodnot lásky, milosrdenství a pomoci, přispěla k přesvědčení, že společnost nesmí dopustit, aby se některým jejím členům této potřebné pomoci v nouzi nedostalo jen proto, že nejsou schopni za ni zaplatit.“<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> KŘÍŽOVÁ, Eva, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, vydáno vlastním nákladem za podpory grantu IGA MZ ČR č.4148-2/97 1998, s.13, ISBN 80-238-0937-7



Stát má garantovat, že lékařská péče bude všeobecně dostupná a poskytnuta těm, kdo jí potřebují. Ve vyspělých zemích není zdraví považováno za zboží a zdravotní péče se stává veřejnou věcí a veřejným zájmem. O zdravotní péči se zmiňují také významné dokumenty: Deklarace Světové zdravotnické organizace hovoří o odpovědnosti vlády za zdraví populace, Lublaňská charta Světové zdravotnické organizace zmiňuje východiska evropských zdravotnických systémů v duchu rovnosti, solidarity a důstojnosti. Také podle Listiny základních práv a svobod je ze zákona občanům zaručen nárok na bezplatnou zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění.<sup>30</sup>

Pojmem, jenž je klíčový ve vztahu k zdravotním systémům, je princip solidarity. „Znamená to, že zdravotní péči má dostat každý, kdo ji potřebuje. Na zajištění této péče jsou získávány prostředky systémem kolektivní předplacené péče, a to buď: zdaňováním populace podle platných daňových předpisů dané země, financováním zdravotní péče ze státního rozpočtu, nebo účelovými příspěvky, určenými na zdravotní a sociální pojištění.“<sup>31</sup>

Rozlišuje se několik druhů solidarity:

- bohatých s chudými
- zdravých s nemocnými
- mladých se staršími
- ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními
- bezdětných s rodinami

Ve všech zdravotnických systémech fungujících na principu sociální solidarity jsou příspěvky na zdravotnictví vybírány podle finančních možností, přičemž poskytnutá lékařská péče se odvíjí podle potřeby pacienta, nikoli dle jeho

---

<sup>30</sup> KRÍŽOVÁ, Eva, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, vydáno vlastním nákladem za podpory grantu IGA MZ ČR č.4148-2/97 1998, s.15, ISBN 80-238-0937-7

<sup>31</sup> BÁRTLOVÁ, Sylva, *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, Brno 2002, s.132, ISBN 80-7013-355-4

možností za ni zaplatit. Vybrané finanční prostředky se přerozdělují ve prospěch chudých a nemocných.<sup>32</sup>

Odborníci poukazují na to, že míru solidarity je nutné důkladně a pečlivě zkoumat a analyzovat, neboť jejím důsledkem může být neefektivnost a dlouhodobá ekonomická neudržitelnost zdravotnického systému. „Bez takové analýzy existuje riziko, že úvahy o solidaritě sklouznou k neúčelné generalizaci směřující například k tomu, že bude posílena tendence vnímat solidaritu jako veskrze pozitivní myšlenkový koncept, mající automaticky jen kladná předznamenání nebo naopak, že bude zavrhována jako koncept plodící závislost, nesoběstačnost, demotivaci a nízkou efektivitu ekonomického systému. Pravda je ovšem taková, že solidarita může být jak žádoucí, pozitivní, aktivující a podporovat prosperitu, tak stejně i nežádoucí, demotivační a podporující parazitismus a sociální erozi se zpomalujícími důsledky pro ekonomický vývoj.“<sup>33</sup>

Stále častěji je také řešena otázka, zda je solidární systém „spravedlivý“ vůči bohatším skupinám obyvatel, které odvádějí do zdravotního systému vyšší částky, než chudí. Tyto skupiny pacientů by mohli žádat kvalitnější péči, nežli je standardně poskytovaná. Lepší péči by si mohli nárokovat také ti, kteří přistupují k péči o své zdraví odpovědně a snaží se ve svém životě minimalizovat rizikové faktory, oproti těm, kteří žijí nezdravým způsobem, beze snahy nápravy. „Problém je v tom, že nemoc je charakterizovaná jako stav nouze, za který není nemocnému kladena vina ani odpovědnost. To je jádro definice role nemocného podle amerického sociologa Talcotta Parsonse, kterou však formuloval v 50. letech, v době, kdy převládala akutní infekční onemocnění – kratší epizody nemoci s dramatičtějším průběhem a obvykle úplným navrácením zdraví.“<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> KRÍŽOVÁ, Eva, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, vydáno vlastním nákladem za podpory grantu IGA MZ ČR č.4148-2/97 1998, s.14, ISBN 80-238-0937-7

<sup>33</sup> KREBS, Vojtěch a kolektiv, *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. Praha 2009, s.18, ISBN 978-807416-044-8

<sup>34</sup> KRÍŽOVÁ, Eva, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, vydáno vlastním nákladem za podpory grantu IGA MZ ČR č.4148-2/97 1998, s.15, ISBN 80-238-0937-7

Otázka nastavení míry solidarity nabývá na aktuálnosti vzhledem k ekonomickým potížím, jimiž se musejí jednotlivé vlády zabývat, spolu se stále finančně náročnějšími medicínskými léčebnými postupy. Nezanedbatelnou roli zde také hraje současné směřování medicíny - tlak na prevenci a zdravý životní styl, ale také to, že moderní společnost se stává čím dále více individualistická. „Nutnost zabývat se vstupy (příjmy) a výstupy (spotřebou zdravotní péče a ukazateli zdravotního stavu) a dbát o jejich vyváženost, podněcuje k úvahám, zda je či není možné revidovat princip sociální solidarity a rozdělit zdravotní péči na solidárně zajištěnou, která by ve svém pojetí odpovídala původnímu konceptu, a individuálně garantovanou podle míry individuálního rizika a individuální odpovědnosti.“<sup>35</sup> Vyspělé země se v posledních letech zaměřují na možnost nastavení míry solidarity při zohlednění individuální odpovědnosti přijatelné i pro bohatší obyvatele, aniž by zároveň docházelo k nespravedlnosti, či lidsky/eticky nepřijatelné nerovnosti v poskytované zdravotní péči ostatním. „Vystupují problémy se stanovením výše solidarity a s obsahem standardu. Těžko se stanovují kritéria rozdělování veřejných zdrojů podle kritéria efektivity poskytování zdravotní péče. Neefektivnost způsobuje, že zdravotní péče je drahá a přesouvá se do sféry finanční spoluúčasti. Státní garance je v důsledku selhávání státu zpochybňována. Metodika stanovení standardu nikdy nebyla popsána, a přesto se se standardem pracuje, jak ukazují Bloom a Rosenberg: „Jestliže povolíme těm, kdo mají více prostředků, oficiálně platit za lepší služby (třeba za kvalitnější umělou kyčel), dvoucestný lékařský systém bude mít okamžitě dveře dokořán. A ten je v mnoha zemích považován za pohromu.“<sup>36</sup>

Dalším pojmem důležitým pro zdravotní systémy je princip ekvivalence. Ten předpokládá, že vybrané finance budou rozdělovány podle zásluh každého jednotlivce. „Princip ekvivalence prochází v současné době určitou renesancí. Jistě to souvisí i se skutečností, že současný svět je silně poznamenán ideou

---

<sup>35</sup> KRÍŽOVÁ, Eva, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, vydáno vlastním nákladem za podpory grantu IGA MZ ČR č.4148-2/97 1998, s.15, ISBN 80-238-0937-7

<sup>36</sup> KREBS, Vojtěch a kolektiv, *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. Praha 2009, s.109, ISBN 978-807416-044-8

individualismu, kdy se stále více spoléhá na schopnosti jedince, jeho výkonnost, soutěživost, na jeho intelekt i sociální ekvity (schopnost komunikace, spolupráce, osobní odpovědnosti, mravní hodnoty aj.).<sup>37</sup> Podle názoru odborníků je uplatňování tohoto principu v sociálních systémech nezpochybnitelné nejen proto, že vyvažuje princip solidarity, ale ve svém důsledku vede k menšímu přerozdělování prostředků a tedy i nižším daní pro obyvatele. Má však i své negativní stránky. „Je tvrdý vůči těm, kteří jsou „nesoběstační“. V každé společnosti totiž vždy existují a budou existovat lidé, kteří nejsou s to zajistit svoji existenci v intencích principu ekvivalence, jehož aplikace staví před mnohé vysoké finanční bariéry.“<sup>38</sup>

Na zdraví člověka mohou ovlivňovat, kromě zdravotního systému státu, i sociální podmínky sociálních skupin i vrstev obyvatel. O tom, jaký životní styl si člověk zvolí, si může, do jisté míry, každý rozhodnout sám. Nelze samozřejmě předvídat nehody, či jiné neblahé životní události, jež mohou potkat každého, bez ohledu na jeho ekonomickou zdatnost. Mnohé provedené studie ukazují, že čím nižší sociální skupina, tím je častější výskyt nemocí a kratší délka života. Světová zdravotnická organizace sestavila nejdůležitější vlivy působící na zdraví člověka takto: sociální a ekonomické podmínky; stres; sociální i zdravotní podmínky v dětství ovlivňují budoucnost jedince; chudoba a sociální izolace zkracují život; spotřeba alkoholu, drog a cigaret odpovídá sociálnímu prostředí; příčinou nemocí a předčasných úmrtí je také nezaměstnanost.<sup>39</sup> „Celoživotní vzdělávání, podpora zaměstnanosti, participace na společenském životě a rozvoj komunit – spolu s efektivním fungováním zdravotnického systému – jsou nezbytné podmínky pro zlepšování zdraví lidí

---

<sup>37</sup> KREBS, Vojtěch a kolektiv, *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. Praha 2009, s.13, ISBN 978-807416-044-8

<sup>38</sup> KREBS, Vojtěch a kolektiv, *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*, Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, v.v.i. Praha 2009, s.16, ISBN 978-807416-044-8

<sup>39</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.249, ISBN 978-80-7367-592-9

v pojetí programu WHO Zdraví 21, jehož druhý cíl se týká přímo dosažení rovnosti a spravedlnosti ve zdraví.<sup>40</sup>

## 2.2 STANDARDNÍ A NADSTANDARDNÍ PÉČE

V současné době je aktuální a často diskutovanou otázkou vytvoření tak zvaných standardů a nadstandardů zdravotní péče. Definování standardů a nadstandardů při poskytování zdravotní péče řeší Ministerstvo zdravotnictví České republiky ve spolupráci s odbornými lékařskými komorami, odbornými lékařskými společnostmi a zdravotními pojišťovnami nejméně posledních deset let. Proběhlo zde mnoho pilotních projektů, které pracovaly na stanovení standardů tak, aby se na něm shodly všechny zainteresované strany.

Od 1. ledna 2012 jsou zákonem č. 48/1997 Sb., paragraf 13 standardy a nadstandardy stanoveny takto: „Pokud lze zdravotní služby uvedené v odstavci 1 poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby splňují podmínky stanovené v odstavci 1 a mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob zdravotních služeb, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „základní varianta“). Ostatní způsoby zdravotních služeb podle věty první, které nespĺňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen „ekonomicky náročnější varianta“), se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu takových zdravotních služeb v základní variantě“<sup>41</sup> Účelem stanovení standardů a nadstandardů je možnost vybrat si například lepší kyčelní kloub, přičemž pacient v tomto případě platí rozdíl mezi ekonomicky náročnější a základní variantou, která by mu byla poskytnuta bez doplatku. Výše zmíněný zákon č. 48/1997 Sb. tak upravuje dřívější stav, kdy by pacient musel zaplatit plnou

---

<sup>40</sup> JANEČKOVÁ, Hana – HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Portál, Praha 2009, s.255, ISBN 978-80-7367-592-9

<sup>41</sup> Zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

cenu, nikoli jen rozdíl mezi základní a ekonomickou variantou. Zdravotní výkony - tedy ošetření, na něž si může pacient připlatit - jsou označeny v takzvaném „Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami“, na jehož podobě se musí shodnout, v rámci dohodovacího řízení, odborníci.

Počet nadstandardních výkonů zatím není příliš vysoký (jde o 18 nadstandardů - sedm druhů očkování, dva druhy očních čoček a devět odlehčených sáder při zlomeninách rukou a nohou). Záměrem ministerstva zdravotnictví je ale postupné definování dalších nadstandardů po dohodě s odbornými lékařskými společnostmi. Efektem ekonomicky náročnější varianty by přitom nemělo být zásadní lepší ošetření, ale spíše komfort pacienta. Cenu za ekonomickou variantu péče si má každá nemocnice určit sama, proto se může v různých zařízeních lišit.

Dalším efektem, který by mohly definice standardů a nadstandardů přinést, je odstranění šedé ekonomiky, která je v současné době praktikována mnohými zdravotnickými i ambulantními zařízeními. Díky tomu, že pacienti často nevědí, jakou péči mají považovat za standardní, může zařízení či lékař žádat za nadstandard sponzorské dary a nejrůznější neoficiální platby. Dle zákona má ale pacient vždy dostat péči plně hrazenou, která odpovídá jeho diagnóze a současným poznatkům v medicíně. Teprve v případě, kdy je léčení možné více způsoby, připadá v úvahu nadstandard.

## **2.3 VOLBA LÉKAŘE**

Počínaje 1. červnem 2012 si pacienti mohou za poplatek zvolit lékaře, který by měl například provést jejich operaci. Ministerstvo zdravotnictví vydalo „Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR“, kterým doporučuje a sjednocuje postup při výběru poplatku za volbu lékaře.<sup>42</sup> Na základě

---

<sup>42</sup> Věstník Ministerstva zdravotnictví České republika, dostupné na [www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik](http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik)

oficiálního ceníku nemocnice si může pacient připlatit za to, že ho bude operovat například primář.

„Poskytovatel zdravotních služeb musí při stanovení výše poplatku dodržet následující:

- a) výše poplatku za volbu přednosta/primáře nesmí být vyšší než 15.000,- Kč,
- b) výše poplatku za volbu lékaře, který není přednostou/primářem, nesmí být vyšší než 5.000,- Kč.<sup>43</sup>

Ačkoli může být příjem za volbu lékaře jednou z možností, jak získat více peněz pro zdravotnické zařízení, je tato možnost mnohými kritizována. Obava plyne především z toho, aby lidé, kteří solidárně platí pojistné na zdravotní pojištění, ale už nemají na zaplacení špičkového lékaře, nedostali horší péči nebo nebyli odsunuti do druhořadé pozice, než pacienti platící.

Zdá se však, že těmi, kteří nakonec možnost oficiální volby lékaře příliš nevítají, jsou sami lékaři a nemocnice. Oficiálně zaplacená částka pacientem by byla v konečné podobě nižší, než by byla poskytnutá neoficiální cestou (podléhá danění; dělí se o ní osoby účastníci se zákroku a zdravotnické zařízení). Podle Hospodářských novin z 30.května 2012 počítá s možností zavedení platby za vybraného lékaře jen 5 nemocnic z padesáti oslovených. „Pamatuji se, že lékaři úpravu ještě během akce Děkujeme, odcházíme vehementně požadovali. Teď si asi řada z nich řekla, že by tím přišli o výhodu, kterou z netransparentního vztahu s pacientem v šedé ekonomice mají,“ řekl Petr Nosek, náměstek ministra zdravotnictví ČR.<sup>44</sup>

V současné době nabízejí někteří poskytovatelé zdravotní péče svým pacientům také tak zvané nadstandardní hotelové služby, například nemocniční

---

<sup>43</sup> Věstník MZ ČR, *Doporučený postup ke sjednocení postupu při výběru poplatku za volbu lékaře pro organizace v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR*, vydáno 28. května 2012

<sup>44</sup> Hospodářské noviny 30.května 2012, str 1

pokoj s lepším vybavením. Každý takový poskytovatel musí mít oficiální ceník, se kterým seznámí pacienta. V případě, že si pacient nadstandardní pokoj výslovně neobjednal a přesto ho zdravotnické zařízení do pokoje umístí, nesmí od něho být v takovém případě požadována úhrada.



### **3. SPOLUÚČAST PACIENTŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI A POPLATKY V ZAHRANIČÍ, VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ V ČR A V ZAHRANIČÍ, ZAVEDENÍ REGULAČNÍCH POPLATKŮ V ČR**

#### **3.1 SPOLUÚČAST PACIENTŮ NA ZDRAVOTNÍ PÉČI, POPLATKY V ZAHRANIČÍ**

Spoluúčast pacientů je vysvětlována jako částka, kterou musí pacient zaplatit za ošetření či pobyt ve zdravotnickém zařízení přímo z osobních zdrojů. „Spoluúčast se dotýká velkých skupin obyvatel, do jisté míry diferencuje dostupnost péče pro občany a snižuje solidaritu zdravých s nemocnými, a je proto ve většině zemí ožehavým politickým tématem.“<sup>45</sup>

Státy využívají spoluúčast pacientů z několika důvodů:

- jako nástroj pro ovlivňování pacientů kvůli nadužívání a zneužívání zdravotní péče,
- jako doplněk v případě chybějících finančních prostředků na financování zdravotní péče (bývá využíváno zejména v chudších zemích),
- jako podpora prevence před onemocněním,
- jako prostředek ovlivnění cen léků (z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny jen léky pro závažná případně chronická onemocnění a léky zařazené do takzvaného pozitivního seznamu),<sup>46</sup>

Nesprávně nastavená spoluúčast může mít podle odborníků negativní důsledky: pro sociálně slabší skupinu obyvatel se některá péče může stát

---

<sup>45</sup> NĚMEC, Jiří, Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing 2008, s.134, ISBN 978-80-247-2628-1

<sup>46</sup> NĚMEC, Jiří, Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing 2008, s.134-135, ISBN 978-80-247-2628-1

nedostupná, oddalování návštěvy lékaře a tím pádem zanedbávání péče může v konečném důsledku vést k prodražení léčby.

Spoluúčast může mít různé formy:

Frančíza – pevný poplatek, který musí pacient zaplatit ještě dříve, než začne zdravotní péči platit zdravotní pojišťovna

Soupojištění – pevné procento, které zaplatí pacient z každé provedené služby

Pevný poplatek – pevná částka, kterou musí pacient zaplatit za každou provedenou službu (v ČR je to například 30,- Kč za návštěvu lékaře)

Limit spoluúčasti – určuje maximální výši přímé platby pacienta za určité časové období (například v ČR je to limit na doplatky 5.000,- Kč, případně 2.500,- Kč, za rok)

Extra účtování – dorovnání rozdílu účtované a hrazené částky za odvedenou zdravotní péči (například zdravotní pojišťovna zaplatí za určitou službu 100,- Kč, ale zdravotnické zařízení si účtuje 150,- Kč, rozdíl zaplatí pacient)

Referenční ceny léků - pacient musí doplatit rozdíl ceny léku, pokud lékárna požaduje větší částku, než je stanovena na základě pevného ceníku zdravotní pojišťovny<sup>47</sup>

Společnou oblastí, kterou řeší v posledních letech všechny vyspělé evropské země, je kontrola vzrůstajících veřejných výdajů vykládaných do zdravotnictví. Všechny státy byly nuceny přistoupit k reformám svých zdravotnických systémů. Země se snaží nahradit veřejné prostředky soukromými zdroji, zvyšují spoluúčast pacientů zaváděním nejrůznějších

---

<sup>47</sup> NĚMEC, Jiří, Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing 2008, s.56 a s.136, ISBN 978-80-247-2628-1

přímých poplatků, přičemž například lázeňské služby či kosmetické zákroky, nejsou v některých zemích hrazené z veřejných systémů vůbec.<sup>48</sup>

Změny, k nimž jednotlivé státy přistoupily nebo přistupují, se týkají zvyšování spoluúčasti, důslednosti ve výběru pojistného nebo daní, hledání nových soukromých zdrojů pro financování. Například Švýcarsko, ve snaze usměrnit poptávku po zdravotnických službách a trhu s léčivy, zavedlo takzvanou frančizu „Pojištěnci platí roční frančizu (částku, do jejíž výše pojišťovna nehradí žádnou péči) a spoluúčast 10% za léčiva, v případě originálních léčiv nahraditelných generiky platí celých 20%“<sup>49</sup>

Mezi země s poměrně vysokým podílem přímých plateb pacientů patří Švédsko. „Poplatky za návštěvu lékaře jsou relativně vysoké, v poměru k průměrnému výdělku odpovídají pro českého občana 77 až 154 Kč za návštěvu praktického lékaře, 62 až 231 Kč za návštěvu specialisty a 154 až 231 Kč za návštěvu pohotovosti.“<sup>50</sup>

V Polsku zase využívají bohatší lidé soukromé pojištění a soukromé kliniky s kvalitní péčí. Chudí občané zůstávají v péči státního zdravotnictví, které však tamější občané považují za velmi nekvalitní. „Polští občané si hradili více než polovinu léků na předpis z vlastní kapsy stejně jako plnou cenu za velkou část návštěv u specialistů, což vedlo k jejich sporu s polským státem. Evropský soud pro lidská práva nakonec rozhodl, že chudší pacienti musejí být z plateb vyjmuti a musí být lépe zajištěna dostupnost životně důležitých léčiv“<sup>51</sup>

Ačkoli je spoluúčast pacientů využívaná ve zdravotních systémech většiny evropských zemí, nemusí mít, podle některých odborníků, na celkové výdaje na zdravotnictví převratný vliv.

---

<sup>48</sup> Projekt kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, dostupné na <http://www.kulatystul.cz/cs/node/25>

<sup>49</sup> tamtéž

<sup>50</sup> tamtéž

<sup>51</sup> Projekt kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, dostupné na <http://www.kulatystul.cz/cs/node/25>

Tabulka č.2: Typy spoluúčasti ve vybraných Evropských zemích – ambulance a nemocnice<sup>52</sup>

<i>Země</i>	<i>Ambulantní péče</i>	<i>Nemocniční péče</i>	<i>Omezení spoluúčasti</i>
Rakousko (2006)	Poplatek za elektronický poukaz 10 € ročně, spoluúčast 20% pro OSVČ, veřejné zaměstnance a zaměstnance železnic.	8–10 € za den pobytu, rodinní příslušníci pojištěnců platí asi 13 € za den pobytu. Poplatek se platí až do 28 dnů pobytu.	Poplatek za voucher neplatí děti, důchodci a příjemci sociální podpory. Poplatek za den pobytu se neplatí v těhotenství, u pacientů na dialýze atd.
Belgie (2007)	Spoluúčast 25% u praktického lékaře, 35% pro domácí návštěvu a 40% u specialisty. Pro sociálně slabé je spoluúčast menší, a to 10% u praktického lékaře a 15% u specialisty.	4,29–12,07 € za den pobytu podle sociální kategorie, 0,62 € za den pobytu na úhradu léků a 7,44 € resp. 6,20 € za pobyt na úhradu diagnostických testů a radiologie. Poplatek se platí až do 90 dnů pobytu.	Roční maximum pro celkovou spoluúčast, odstupňované podle čistého příjmu rodiny a podle sociální kategorie.
Dánsko (2005)	Bez spoluúčasti.	Bez spoluúčasti.	
Finsko (2001)	Buď 20 € za všechny návštěvy praktického lékaře za rok, nebo 10 € za každou z prvních třech návštěv v kalendářním roce. Poplatek za návštěvu u specialisty je 20 €.	Za den pobytu 23–25 € podle délky pobytu.	Děti do 15 let jsou osvobozeny od ambulantní spoluúčasti. Děti do 18 let jsou platí nemocniční poplatky jen do sedmi dní pobytu v kalendářním roce.

<sup>52</sup> NĚMEC, Jiří, Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing 2008, s.143-145, ISBN 978-80-247-2628-1

<i>Země</i>	<i>Ambulantní péče</i>	<i>Nemocniční péče</i>	<i>Omezení spoluúčasti</i>
Francie (2002)	Spoluúčast 30% u ambulantního lékaře, většinou krytá připojištěním. Od roku 2005 poplatek 1 € za návštěvu, který nesmí být kryt připojištěním.	Spoluúčast 20% do 30 dnů pobytu.	Osvobození jsou invalidé, těhotné ženy, postižené děti. Od spoluúčasti je osvobozeno dále léčení zhruba 30 onemocnění.
Německo (2004)	Poplatek 10 € za případ a kvartál. Pokud návštěva specialisty je s doporučením praktického lékaře, nový poplatek se neplatí.	Pevný poplatek 10 € maximálně do 28 dní za kalendářní rok.	Spoluúčast je omezena 2% ročního hrubého příjmu pojištěnce v kalendářním roce. Při chronickém onemocnění se tento limit snižuje na 1%.
Řecko (2005)	Bez spoluúčasti, ale je obvyklý přesun pacientů do privátních praxí.	Bez spoluúčasti.	
Irsko (2000)	Poplatek u praktického lékaře 19–25,4 € za návštěvu. Konzultace u nemocničních specialistů 15,2 €.	Pevný poplatek 25,4 za den pobytu, maximálně však za 10 dní pobytu během jakékoliv 12měsíční periody.	Osoby sociálně slabší v tzv. kategorii I (asi 37% populace) jsou osvobozeny od spoluúčasti.
Itálie (2001)	Bez spoluúčasti u praktického lékaře, franšíza 36,2 € pro návštěvy u specialistů.	Pro nemocniční pobyt jen spoluúčast na diagnostických výkonech.	Osoby s chronickými onemocněními a s nižšími příjmy jsou osvobozeny od spoluúčasti. Daňové zvýhodnění za výdaje spojené se spoluúčasti.
Holandsko (2008)	Plná úhrada pojištěncem do celkové roční franšízy 150 €.	Plná úhrada pojištěncem do celkové roční franšízy 150 €.	
Norsko (2006)	Poplatek za návštěvu u praktického lékaře 125 norských korun, u specialisty 265 norských korun.	Pro nemocniční pobyt spoluúčast na diagnostických výkonech.	Spoluúčast je omezena limitem 1 615 norských korun v kalendářním roce. Děti pod 12 let jsou od spoluúčasti osvobozeny.
Portugalsko (2007)	Poplatek za návštěvu u praktického lékaře 1,5 € za návštěvu. Konzultace u specialistů 2–3 €.	Pevný poplatek 5 € za den pobytu do 10 dnů pobytu.	
Španělsko (2000)	Bez spoluúčasti.	Bez spoluúčasti.	

<i>Země</i>	<i>Ambulantní péče</i>	<i>Nemocniční péče</i>	<i>Omezení spoluúčasti</i>
Švédsko (2004)	Poplatek za návštěvu praktického lékaře 11–17 €, za návštěvu specialisty 20–34 €.	Poplatek za den pobytu v závislosti na věku a sociálním statutu pacienta do 60 dnů pobytu. Pro osoby do 65 let je poplatek 8,74 €, pro starší je 7,10 €.	Děti do 19 let jsou od spoluúčasti osvobozeny. Pro ostatní platí roční limit spoluúčasti zvláště pro ambulantní (100 €) a nemocniční péči (525 €). Pro osoby starší 65 let jsou limity sniženy.
Švýcarsko	Plná úhrada pojištěncem do celkové roční franšizy, po jejím dosažení 10% spoluúčast.	Plná úhrada pojištěncem do celkové roční franšizy, po jejím dosažení 10% spoluúčast.	Celková spoluúčast (bez franšizy) je omezena ročním maximem. Děti do 12 let nemají franšizu. Péče spojená těhotenstvím je od spoluúčasti osvobozena.
Velká Británie (2000)	Bez spoluúčasti.	Bez spoluúčasti.	

Tabulka č.3: Typy spoluúčasti na úhradě léků ve vybraných evropských zemích<sup>53</sup>

<i>Země</i>	<i>Léky</i>	<i>Omezení spoluúčasti</i>
Rakousko (2006)	Poplatek za předpis 4,45 €.	Sociálně potřební pacienti a jejich rodinní příslušníci jsou osvobozeni
Belgie (2007)	Léky jsou rozděleny do tří skupin se spoluúčastí až 60% ceny. Spoluúčast na lék je podle kategorie omezena částkou od 10,60–26, 50 €. Pro sociálně slabé je spoluúčast menší a omezena na lék částkou 7,10–15,90 €.	Spoluúčast za léky je zahrnuta do celkové spoluúčasti podléhající ročnímu limitu podle čistého příjmu domácnosti a sociální skupiny.
Dánsko (2005)	Spoluúčast od 15% do 100%, v závislosti na ročních výdajích za léky. Do určitého ročního limitu výdajů pacient platí léky plně, pak jsou výdaje postupně až do 85% refundovány.	Chronicky nemocné osoby mohou být od spoluúčasti za léky nad určitým ročním limitem výdajů osvobozeny.

<sup>53</sup> NĚMEC, Jiří, Principy zdravotního pojištění, Grada Publishing 2008, s.145-146, ISBN 978-80-247-2628-1

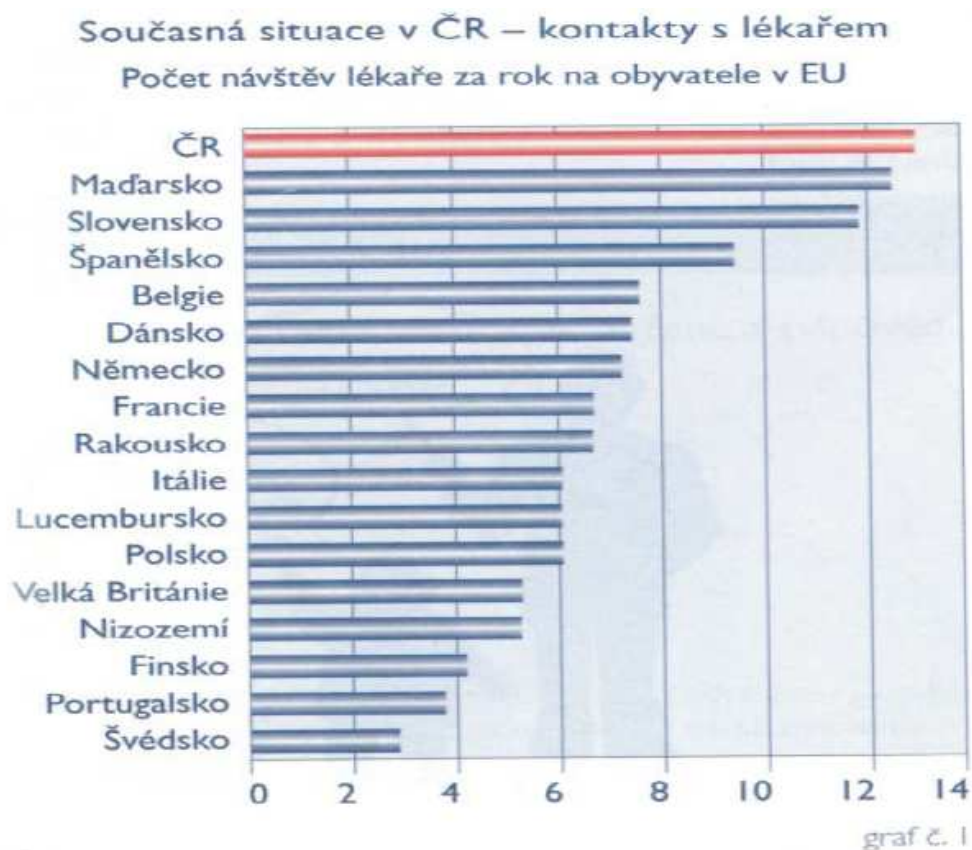


<i>Země</i>	<i>Léky</i>	<i>Omezení spoluúčasti</i>
Finsko (2001)	Do 8 € ceny léku hradí pacient, nad tento limit je 50% spoluúčast. Pro chronicky nemocné je limit 4 € a spoluúčast jen 25% nebo 0%.	Roční maximum pro spoluúčast za léky. Nad tímto maximumem jsou léky hrazeny plně.
Francie (2002)	Spoluúčast 0%, 20%, 35%, 65%, podle druhu léku.	Pacienti s vyjmenovanými chronickými onemocněními jsou od spoluúčasti osvobozeni.
Německo (2004)	Spoluúčast 10% z ceny léku, nejméně však 5 €, nejvíce 10 €.	Spoluúčast za léky je zahrnuta do celkové spoluúčasti podléhající ročnímu limitu podle hrubého příjmu pojištěnce a jeho případného chronického onemocnění.
Řecko (2000)	Spoluúčast 25%, pro některé léky je však spoluúčast jen 10%.	
Irsko (2000)	Čtvrtletní franšiza 114 €.	Osoby sociálně slabší v kategorii I a osoby dlouhodobě nemocné jsou od spoluúčasti osvobozeny.
Itálie (2001)	Franšiza 5 resp. 3 € se spoluúčastí 15–50% do maxima 15 resp. 30 € za předpis.	Zhruba 30 % populace je osvobozeno vzhledem k věku, příjmu nebo chronickému onemocnění.
Holandsko	Spoluúčast se platí při ceně léčiva větší než je referenční cena.	
Norsko	Spoluúčast se platí, pokud je cena léčiva větší než referenční cena.	
Portugalsko	Spoluúčast 0%, 31%, 67% , 80%, podle kategorie léku.	Důchodci do určitého příjmu platí menší spoluúčast.
Španělsko	Spoluúčast 40%.	Invalidní osoby, osoby nad 65 let a osoby s chronickým onemocněním jsou od spoluúčasti osvobozeny.
Švédsko (2005)	Spoluúčast od 10 % do 100 %, v závislosti na 12 měsíčních ročních výdajích za léky od data první koupě. Do určitého ročního limitu výdajů pacient platí léky plně, pak jsou výdaje postupně až do 90 % refundovány.	Osoby s určitým chronickým onemocněním jsou od poplatků osvobozeny.
Švýcarsko	Plná úhrada pojištěncem do celkové roční franšizy, po jejím dosažení 10% spoluúčast.	Celková spoluúčast (bez franšizy) je omezena ročním maximumem. Děti do 12 let nemají franšizu.
Velká Británie (2000)	Poplatek 6 £ za lék, ale 83 % předepsaných léčiv je na negativním seznamu.	

### 3.2 SPOLUÚČAST V ČR A JEJÍ DOPAD

V České republice byly regulační poplatky zavedeny v roce 2008. Ministerstvo zdravotnictví si od tohoto kroku slibovalo, mimo jiné, omezení plýtvání a menší zneužívání zdravotní služby.

Graf č.1: Kontakty s lékařem, Návod na požití českého zdravotnictví v roce 2008



Z grafu je patrné, že pacienti v České republice navštěvují lékaře nejčastěji v porovnání s vybranými evropskými zeměmi.

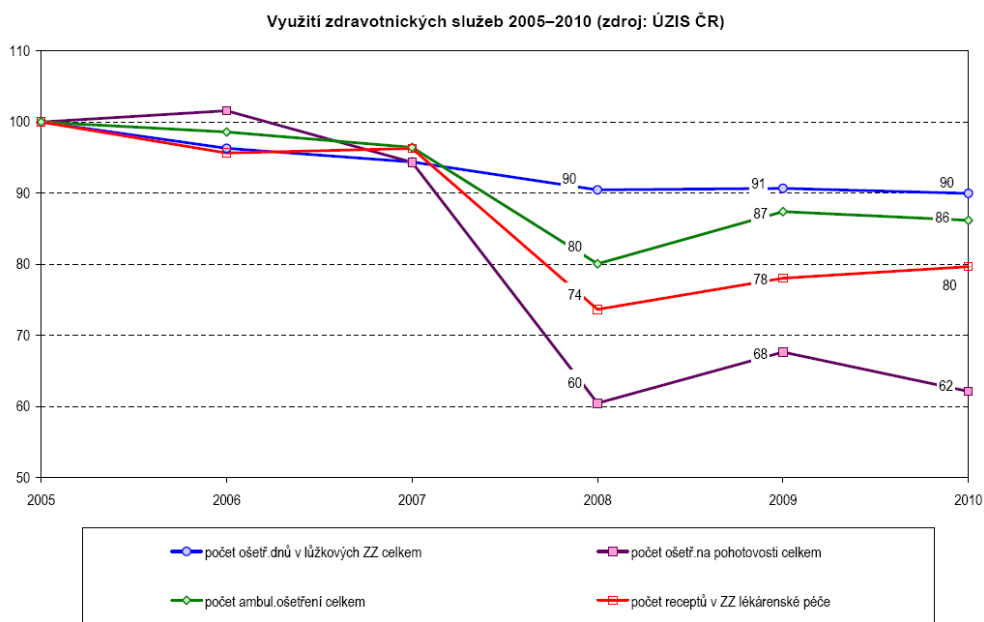
V následujících letech se očekávaná regulační funkce poplatků projevila zvláště v počtu návštěv pacientů na pohotovosti. Počet ošetření zde klesl v roce



2008 o 41% v porovnání s předešlým rokem, přičemž tento trend se v následujících letech zásadně nezměnil.<sup>54</sup>

Zavedení regulačních poplatků se projevilo také na počtu návštěv pacientů v ordinacích ambulantních lékařů. V roce 2008 zde bylo ošetřeno o 17% méně pacientů oproti roku 2007, přičemž v předešlých letech klesal počet návštěv pouze o 2-3% ročně. Nicméně zde se v následujících letech počet pacientů opět zvýšil.

Graf č.2: Spotřeba zdravotních služeb v letech 2005-2010



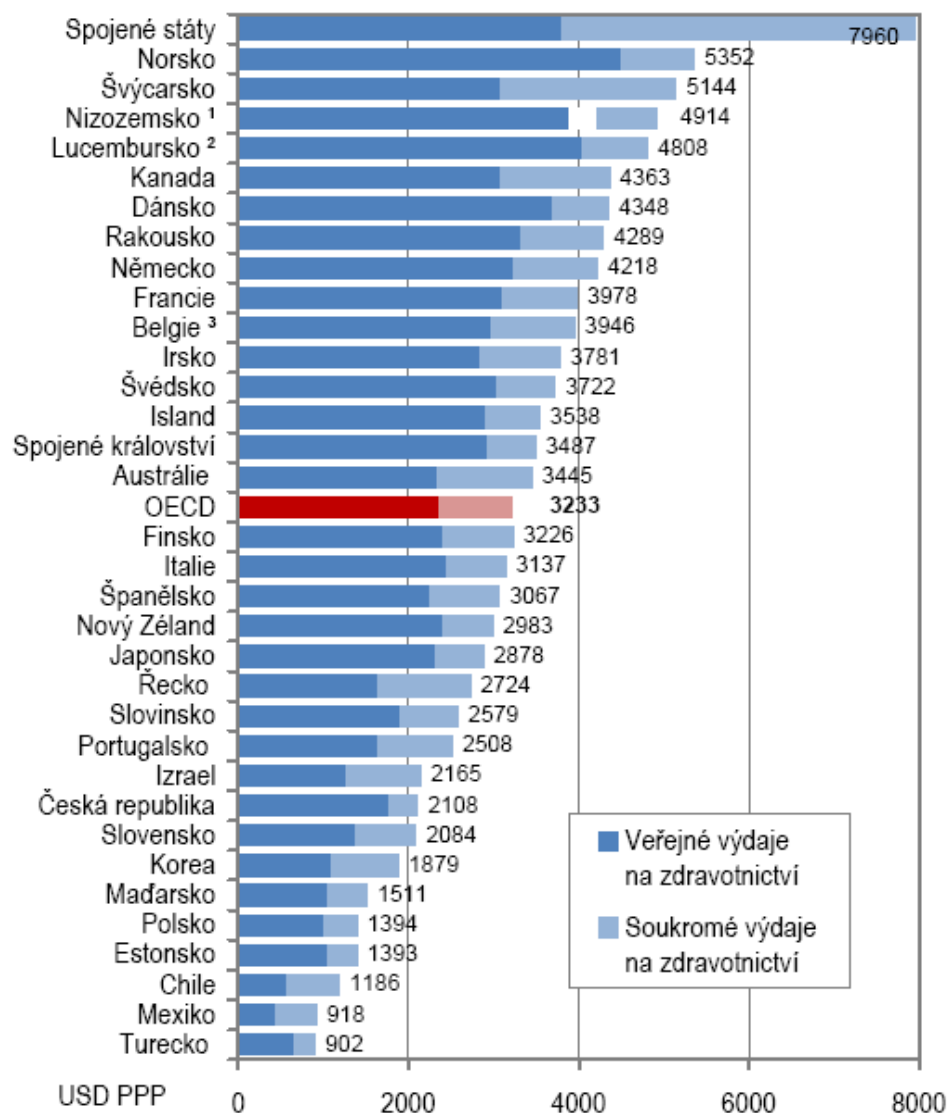
ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 51/2011

strana 4

Česká republika nepatří v porovnání s vybranými zeměmi – viz tabulka níže - mezi státy s vysokou mírou spoluúčasti na úhradě zdravotní péče. Zřejmě i proto zde vidí odborníci prostor pro získání finančních prostředků do zdravotnictví a některé politické strany nevyklučují, že by se míra spoluúčasti v budoucnu mohla ještě zvýšit.

<sup>54</sup> ÚZIS, spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007-2010

Graf č.3: Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele (v USD PPP) v rozdělení na veřejné a soukromé v roce 2009 (nebo v roce nejblíže dostupné):<sup>55</sup>



<sup>55</sup> ÚZIS: Tisková zpráva k vydání publikace OECD „Health at a Glance 2011“

### 3.3 VÝDAJE NA ZDRAVOTNICTVÍ V ČR A V ZAHRANIČÍ

Pokud na zdravotnictví pohlédneme čistě z ekonomického hlediska, můžeme dojít k závěru, že nejdůležitějším ukazatelem pro určení úrovně zdravotnictví dané země je ekonomická situace státu měřená pomocí hrubého domácího produktu. Ačkoli Česká republika nepatří k nejbohatším státům, vynakládá každý rok na zdravotnictví poměrně významnou sumu, která je srovnatelná s částkami, jež poskytují zdravotnictví vyspělé státy.

Tabulka č.4: ÚZIS: Zdravotnická ročenka ČR 2010, Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu.

**6.5 Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu**  
*Proportion of total expenditure on health services in gross domestic product*

Stát	State	Rok Year					
		2004	2005	2006	2007	2008	2009
Česká republika	<i>Czech Republic</i>	7,2	7,2	7,0	6,8	7,1	8,2
Belgie	<i>Belgium</i>	10,2	10,1	9,6	9,7	10,1	10,9
Dánsko	<i>Denmark</i>	9,7	9,8	9,9	10,0	10,3	11,5
Finsko	<i>Finland</i>	8,2	8,4	8,4	8,1	8,4	9,2
Francie	<i>France</i>	11,0	11,1	11,0	11,0	11,1	11,8
Irsko	<i>Ireland</i>	7,6	7,6	7,5	7,7	8,8	9,5
Itálie	<i>Italy</i>	8,7	8,9	9,0	8,7	9,0	9,5
Maďarsko	<i>Hungary</i>	8,0	8,3	8,1	7,5	7,2	7,4
Německo	<i>Germany</i>	10,6	10,7	10,6	10,5	10,7	11,6
Nizozemsko	<i>Netherlands</i>	10,0	9,8	9,7	9,7	9,9	12,0
Norsko	<i>Norway</i>	9,7	9,1	8,6	8,9	8,6	9,6
Polsko	<i>Poland</i>	6,2	6,2	6,2	6,4	7,0	7,4
Portugalsko	<i>Portugal</i>	10,1	10,4	10,1	10,0	10,1	.
Rakousko	<i>Austria</i>	10,4	10,4	10,3	10,3	10,4	11,0
Řecko	<i>Greece</i>	8,7	9,6	9,6	9,6	.	.
Slovensko	<i>Slovakia</i>	7,2	7,0	7,3	7,7	8,0	9,1
Spojené království	<i>United Kingdom</i>	8,0	8,2	8,5	8,4	8,8	9,8
Španělsko	<i>Spain</i>	8,2	8,3	8,4	8,5	9,0	9,5
Švédsko	<i>Sweden</i>	9,1	9,1	8,9	8,9	9,2	10,0
Švýcarsko	<i>Switzerland</i>	11,3	11,2	10,8	10,6	10,7	11,4
Austrálie	<i>Australia</i>	8,5	8,4	8,5	8,5	8,7	.
Japonsko	<i>Japan</i>	8,1	8,2	8,2	8,2	8,5	.
Kanada	<i>Canada</i>	9,8	9,8	10,0	10,0	10,3	11,4
USA	<i>USA</i>	15,7	15,7	15,8	16,0	16,4	17,4

Zdroj dat: OECD Health Data June 2011

Source of data: OECD Health Data June 2011

„Podíl výdajů na zdravotnictví a tvorby HDP je důležitým ukazatelem, jak příslušný stát věnuje pozornost této oblasti, jakou prioritu přikládá péči o zdraví obyvatelstva a kolik prostředků je schopen a ochoten obětovat na řešení problematiky zdravotnictví.“<sup>56</sup>

### **3.4 REGULAČNÍ POPLATKY V ČESKÉ REPUBLICĚ A OKOLNOSTI JEJICH ZAVEDENÍ**

V České republice byly regulační poplatky, tedy forma spoluúčasti pacientů na zdravotním pojištění, uzákoněna 1. ledna 2008. Zákon č.48/1997 Sb. zavedl celkem 4 základní typy poplatků:

30 korun za návštěvu lékaře (kromě dětí do 18 let),

30 korun za výdej léků na předpis ( později byla platba upravena - nyní se platí 30,- Kč za celý recept nikoli za každý lék předepsaný na receptu),

90 korun za návštěvu pohotovosti

60 korun za den pobytu v nemocničním zařízení (od 1. ledna 2012 byl tento poplatek zvýšen na 100,- Kč)

Ministerstvo zdravotnictví pod vedením tehdejšího ministra Tomáše Julínka (ODS) chtělo zavedením poplatků omezit plýtvání a zneužívání zdravotních služeb. „V okamžiku, kdy bude pojištěnec čerpat nějakou zdravotní službu, si přes symbolickou částku 30,- Kč, 60,- Kč a 90,- Kč uvědomí, že tato služba něco stojí, že péče mu poskytovaná má nějakou finančně vyjádřitelnou hodnotu. To by mělo vést ke změně jeho chování a ke zvážení, zda takovou službu, v takovém množství (u léků) a takové frekvenci skutečně potřebuje.“<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> GLADKIJ, Ivan a kolektiv, Management ve zdravotnictví, Computer Press Brno 2003, s.98, ISBN80-7226-996-8

<sup>57</sup> Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008, MZČR

Výše zmíněný zákon vymezuje výjimky, kdy pacient poplatek hradit nemusí: 30-ti korunový poplatek nemusí hradit pacient, který k lékaři přišel na preventivní prohlídku, nebo jemuž lékař neprovedl žádné klinické vyšetření. Neplatí ho ani těhotné ženy, děti do 18 let, dárce krve nebo lidé docházející na hemodialýzu nebo při laboratorních a diagnostických vyšetřeních. 60-ti korunový poplatek neplatí děti v porodnicích, děti v dětských domovech, pacient, který se musí podrobit léčbě infekčního onemocnění a lidé v hmotné nouzi.

Lékaři, lékárníci, nemocnice a další zdravotnická zařízení mají ze zákona povinnost poplatky, vybírat. Pokud by tak nečinili, hrozí jim pokuta až 50.000,- Kč. Vybrané poplatky zůstávají zdravotnickému zařízení či lékaři. Záměrem tehdejších návrhů zákona bylo, aby zdravotnická zařízení peníze použily na modernější lékařskou péči, léčebné metody a postupy, drahé léky i lepší vybavení zdravotnickou technikou.

Zákon také stanovil pro pacienty roční ochranný limit na 5.000,- Kč. (Později byl tento roční strop snížen pro děti do 18 let a důchodce na 65 let na 2.500,- Kč). Limit má chránit zejména chronicky nemocné před neúnosnou kumulací doplateků na léky a regulační poplatky. Znamená to, že pacient, který během roku nastřádá na poplatecích 5.000,- Kč, případně 2.500,- Kč, nemusí je už dále platit. Do ochranného limitu se však nezapočítávají všechny doplatky, které pacient vydá za léky u lékaře nebo v nemocnici: nezapočítává se tam poplatek za pobyt v nemocnici, který nyní činí 100,- Kč za den, ani 90,- Kč za návštěvu pohotovosti. Ani u léků se do limitu nezapočítávají všechny doplatky. „Do limitu podle věty první se započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupné léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely s obsahem stejné léčivé látky a stejné cesty podání. To neplatí, pokud předepisující lékař na receptu vyznačil, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit; v takovém případě se do limitu započítává doplatek v

plné výši.<sup>58</sup> Vyjma lidí starších 65 let se ostatním do ochranného limitu nezapočítávají ani doplatky léčivé přípravky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě.

Zavedení regulačních poplatků vzbudilo velké emoce jak mezi politiky, tak u veřejnosti. Už při jejich schvalování se v poslanecké sněmovně bojovalo o každý pozměňovací návrh, který posunoval hranici toho, kdo ještě má platit a kolik a kdo nemusí, na jednu či druhou stranu. Úplná jednota názorů nevládla – snad kromě poslanců za KSČM – ani v jedné politické straně.

Zdravotnické poplatky byly zřejmě nejméně populárním krokem reformy zdravotnictví, kterou tehdejší koaliční vláda v čele s premiérem Mirkem Topolánkem prosadila. V předvolební kampani do podzimních krajských voleb v roce 2008 se ČSSD, jako opoziční strana, z poplatků udělala hlavní předvolební téma. Slibovala, že ve všech krajských nemocnicích, které budou spravovány hejtmany za ČSSD, zruší vybírání všech zdravotnických poplatků. „Krajské zastupitelstvo pod naším vedením by rozhodlo, že poplatek pacientům daruje a zaplatí ho ze svého rozpočtu“ řekl David Rath, tehdejší stínový ministr zdravotnictví za ČSSD a jeden z hlavních politických stratégů, který se posléze stal středočeským hejtmánem.

Průzkumy veřejného mínění v té době ukazovaly, že k poplatkům mají výhrady více než tři čtvrtiny občanů. ČSSD krajské volby poté drtivě vyhrála a obsadila hejtmanství v téměř všech krajích. Tehdejší ministr zdravotnictví Tomáš Julínek přišel o ministerské křeslo.

Kraje, které po volbách ovládli sociální demokraté, začaly vracet peníze za poplatky v krajských nemocnicích a také za recept, pokud si pacient vyzvedl lék v lékárně zdravotnického zařízení zřizovaného krajem. Taktika, kterou jednotlivé kraje zvolili pro vracení poplatků však byla nejednotná a nastal chaos. V Pardubickém kraji tehdejší hejtmán Radko Martínek (ČSSD) vyzval pacienty, jimž nezpůsobuje úhrada poplatků finanční potíže, aby poplatek

---

<sup>58</sup> Zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

raději uhradili. Na Pardubicku tedy platilo, že kdo si připadal chudý, dostal peníze nazpět. V Plzeňském kraji zavedla tehdejší hejtmanka a exministrně zdravotnictví Milada Emmerová (ČSSD) poměrně drahý a složitý systém, kdy se lidem vracely peníze na základě formuláře, který pacient dostal od lékaře a okamžitě ho v nemocnici vyplnil. Vždy ke konci měsíce nemocnice vyplněné formuláře hromadně odeslala krajskému zastupitelstvu, vrácení poplatků schválila krajská rada a poté kraj vracel peníze pacientovi složenkou či bankovním převodem na účet. Ve Středočeském kraji pod vedením hejtmána Davida Ratha byl poplatek vrácen každému, kdo o to požádal, bez jakéhokoli formuláře či darovací smlouvy. Kraje tedy vracely regulační poplatky pacientům ošetřeným ve zdravotnických zařízeních zřizovaných kraji ze svých rozpočtů, zatímco pacient ošetřený ve zdravotnických zařízeních nespádajících pod kraj si pacient poplatek zaplatil sám.

Někteří odborníci a odpůrci vrácení regulačních poplatků pacientům varovali, že nevybírání poplatků přímo od pacientů odporuje zákonu. Zdravotnická zařízení, lékaři a lékárny nepodléhající krajům zase poukazovali na to, že postup krajů je diskriminující. Také tehdejší ministr Marin Pecina (ČSSD) upozornil kraje na nezákonnost a poskytnul jim lhůtu pro ukončení tohoto postupu do konce roku 2009. „Způsob, jakým kraje poplatky proplácejí, tedy že poplatky v podstatě nevybírají, je podle našeho názoru porušením zákon. Pokud kraje systém proplácení do konce roku nezmění, tak jim během 30 dní pozastavíme rozhodnutí zastupitelstva, které toto proplácení umožňuje“ řekl Pecina v rozhovoru pro Hospodářské noviny dne 16.prosince 2009.

## 4. POSTOJE POLITICKÝCH STRAN

Spolehlivé zdravotnictví je pro každého občana velmi důležité. Vypovídají o tom výzkumy veřejného mínění, jež ukazují, že zdravotnictví je vedle nezaměstnanosti, korupce a bezpečnosti jedno z odvětví, které, podle názoru občanů, vyžaduje řešení problémů.<sup>59</sup> Politické strany jsou si vědomy, že zdravý je citlivé téma a proto mu ve svých programech věnují velkou pozornost. Mezi politické strany, které by se podle posledních průzkumů veřejného mínění dostaly do Poslanecké sněmovny, patří Česká strana sociálně demokratická (ČSSD), Občanská demokratická strana (ODS), TOP 09, Komunistická strana Čech a Moravy (KSČM) a Křesťanská a demokratická unie – Československá strana lidová (KDU-ČSL).

### 4.1 OBČANSKÁ DEMOKRATICKÁ STRANA (ODS)

Aktuální volební program nejsilnější pravicové strany Občanské demokratické strany říká, že ODS klade důraz na prevenci, chce garantovat včasnou, kvalitní a účinnou léčbu pacientům, což ovšem podle ODS vyžaduje změny ve zdravotním systému. Pokud jde o regulační poplatky, ODS podporuje „citlivou spoluúčasť pacientů na financování zdravotní péče“, aby se tak zvýšila možnost poskytnutí nejmodernější péče pro vážně nemocné pacienty a zkrácení čekacích dob na některé náročné operace. Tento bod zařadila ODS mezi své hlavní priority. V dokumentu VIZE 2020 se hovoří o tom, že odmítnutí principu doplatků za banální péči vede k omezení solidarity „protože čím více se potřebuje na aspiriny, tím méně zbude na léky proti rakovině“.<sup>60</sup> ODS podporuje regulační poplatky.

---

<sup>59</sup> Centrum výzkumů veřejného mínění, Naléhavost některých problémů očima veřejnosti, dostupné na <http://www.cvvm.cas.cz/index.php?lang=0&disp=zpravy&r=1&shw=100448>

<sup>60</sup> Dostupné na: <http://www.ods.cz/programova-temata/zdravotnictvi>



## 4.2 ČESKÁ STRANA SOCIÁLNĚ DEMOKRATICKÁ (ČSSD)

Nejsilnější levicová strana Česká strana sociálně demokratická poukazuje na skutečnost, že zdravotnictví potřebuje postupné úpravy a změny. Krokem, který by vedl k dalšímu růstu kvality zdravotní péče, by mělo být postupné zvýšení podílu HDP, který jde do zdravotnictví. V horizontu šesti let vlády ČSSD by měl být podíl HDP na výdajích do zdravotnictví na 9-10%. ČSSD odmítá další růst spoluúčasti pacientů, horní hranice pro spoluúčast by měla být maximálně 15%. Strana zásadně odmítá dělení zdravotní péče na ekonomicky náročnější a základní (standardní a nadstandardní). „Prosazujeme, aby zdravotnické služby, které odborníci označí za život či zdraví prokazatelně zachraňující, byly ekonomicky dostupné pro všechny, kteří je potřebují, bez rozdílu, zda na to mají či nikoliv. Rozhodujícím faktorem bezplatnosti musí být účinnost léčby, a ne její ekonomická náročnost“.<sup>61</sup> ČSSD by také snížila počet zdravotních pojišťoven a zrušila by regulační poplatky.

## 4.3 TOP 09

Také TOP 09 poukazuje na to, že systém zdravotní péče ČR potřebuje změny. Volební program TOP 09 upozorňuje na to, že zvyšující se deficit ve financích vyčleněných na zdravotnictví by vedl ke zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče a proto chce TOP 09 přistoupit k efektivnějšímu nakládání s výdaji a jejich regulaci. Nový, nezávislý úřad by měl dohlížet na hospodaření zdravotních pojišťoven. TOP 09 by chtěla zvýhodnit a motivovat ty občany, kteří pečují o své zdraví. Také tato strana podporuje spoluúčast pacientů se zachováním ochranného limitu, přičemž by spoluúčast měla narůst maximálně o 3 % ročně. V průvodci pacienta se TOP 09 zmiňuje o nutnosti

---

<sup>61</sup> Dostupné na <http://www.cssd.cz/data/files/brozura-reform-2-vmitrek-final-zdravotnictvi-pro-web.pdf>

zprůhlednit hospodaření nemocnic a dalších zdravotnických zařízení, což by vedlo k omezení korupce.

#### **4.4 KOMUNISTICKÁ STRANA ČECH A MORAVY (KSČM)**

Komunistická strana Čech a Moravy by zcela zrušila regulační poplatky a další spoluúčast pacientů už by nezvyšovala. Zlepšení financování zdravotnictví by chtěla dosáhnout zvýšením podílu zdravotnictví na HDP na 8%. Obnovila by síť zdravotnických zařízení včetně nemocnic, které by nepůsobily na základě tržních principů. Zrušila by zdravotní pojišťovny a ponechala pouze jednu, kde by stát zajistil kontrolu nad tokem finančních prostředků ve zdravotnictví.<sup>62</sup>

#### **4.5 KŘESŤANSKÁ A DEMOKRATICKÁ UNIE – ČESKOSLOVENSKÁ STRANA LIDOVÁ (KDU-ČSL)**

Ve svém volebním programu podporuje rozvíjení současného zdravotnického systému. Usiluje o zprůhlednění finančních toků ve zdravotnictví a větší kontrolu nakládání s finančními prostředky sjednocením zákonných norem platných pro jejich fungování. Strana podporuje definování standardů a jejich schválení zákona, souhlasí s rozvojem možností komerčního připojištění na zdravotní péči. Nynější nastavení spoluúčasti pacientů považuje KDU-ČSL za dostatečnou a nehodlá ji zvyšovat. Namísto regulačních poplatků by vyňala levnější léky, užívané na běžná onemocnění, z úhrad veřejného zdravotního pojištění. Dále by zavedla jednotnou výši doplatků za léky v lékárnách. Stejně jako ČSSD by KDU-ČSL chtěla zvýšit podíl nákladů HDP na zdravotnictví na 8-9%.<sup>63</sup>

---

<sup>62</sup> Dostupné na <http://www.kscm.cz/volby-a-akce/poslanecka-snemovna-pcr6/programove-cile-kscm/volebni-program-2010-2014>

<sup>63</sup> Dostupné na <http://kdu.ecpaper.cz/#page=16-17>

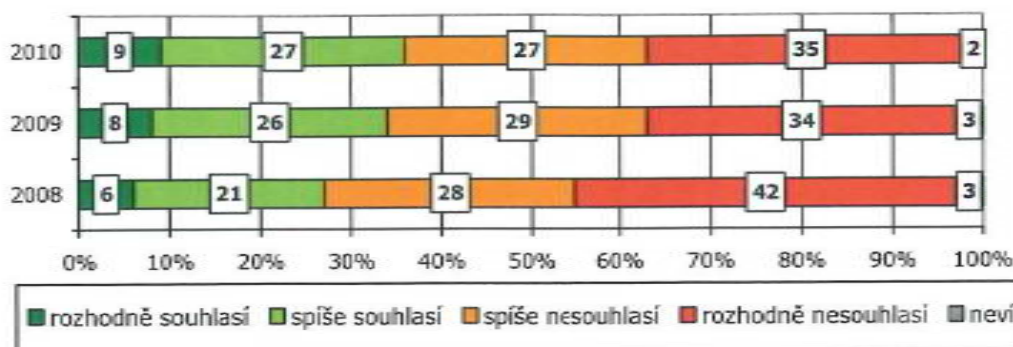
## 5. VÝZKUMY VEŘEJNÉHO MÍNĚNÍ

Zdravotnictví a zdraví je položeno vysoko na žebříčku hodnot české veřejnosti, proto jsou názory občanů na vývoj ve zdravotnictví sledované organizacemi zabývajícími se výzkumy veřejného mínění. Obecně lze říci, že většina lidí, nechce za zdravotní péči vydávat další finanční prostředky.

Názor veřejnosti na regulační poplatky se od jejich zavedení v roce 2008 významně nezměnil – více jak polovina oslovených lidí s ním nesouhlasí. Lze však vypořádat mírně sílící nesouhlas s jejich platbou.<sup>64</sup>

Graf č.4: Souhlas se zavedením poplatků ve zdravotnictví

Graf 1. Souhlas se zavedením poplatků ve zdravotnictví<sup>1</sup>



Častěji s poplatky souhlasí mladší lidé s vyšším vzděláním, zatímco starší lidé nad 60 let a lidé s nižším vzděláním častěji s tímto krokem nesouhlasí. Pokud jde o příznivce politických stran, tak sympatizanti s Občanskou demokratickou stranou (ODS) a TOP 09 s poplatky souhlasí výrazně častěji než voliči České strany sociálně demokratické (ČSSD) a Komunistické strany Čech a Moravy (KSČM).<sup>65</sup>

Nepopulární je také rozdělení péče na standardní a nadstandardní. S tímto krokem souhlasí pouze třetina oslovených respondentů. Poměrně

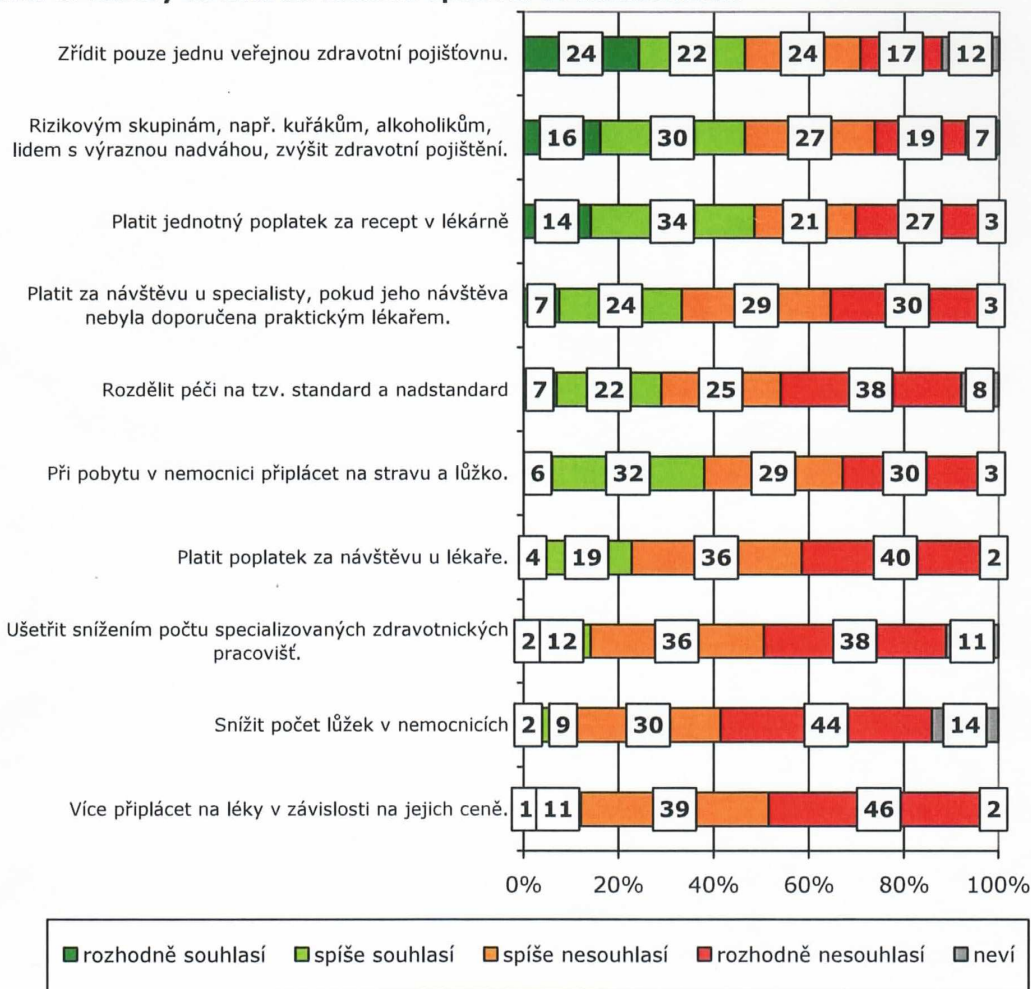
<sup>64</sup> Centrum pro výzkum veřejného mínění, Názory obyvatel na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření, dostupné na [http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101097s\\_oz110201c.pdf](http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101097s_oz110201c.pdf)

<sup>65</sup> tamtéž

velký počet příznivců by má naopak zvýšení zdravotního pojištění lidem s nadváhou, alkoholikům a kuřákům. Mezi nejvíce přijatelné kroky bylo občany zařazeno zřízení pouze jediné zdravotní pojišťovny.

Grafč.5:Názory občanů na některé opatření ve zdravotnictví<sup>66</sup>

**Graf 1. Názory občanů na některá opatření ve zdravotnictví<sup>1</sup>**



67

Pokud jde obecně o spokojenost občanů se zdravotním systémem, zde jsou strany poměrně vyrovnané – 32% spokojených a 36% nespokojených.

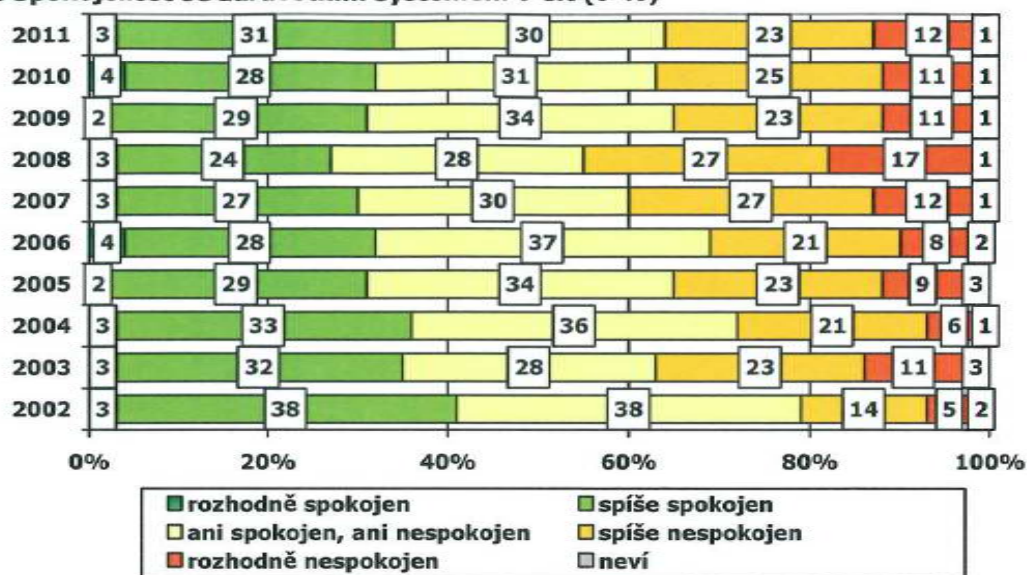
<sup>66</sup> Centrum pro výzkum veřejného mínění, Názory obyvatel na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření, dostupné na [http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101097s\\_oz110201c.pdf](http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101097s_oz110201c.pdf)

<sup>67</sup> tamtéž

Největší nespokojenost byla vysledována v roce 2008, kdy byly zavedeny regulační poplatky. Od té doby je však patrné opětovné přibývání počtu spokojených občanů a vyrovnávání s největším počtem spokojených z roku 2002.

Graf č.6: Spokojenost se zdravotním systémem v ČR

Graf 1. Spokojenost se zdravotním systémem v ČR (v %)<sup>1</sup>



## 6. ZÁVĚR

Vývoj v medicíně, diagnostických a léčebných metodách i technologiích postupuje velmi rychlým tempem kupředu. Lékaři uzdravují či pomáhají pacientům, kterým by ještě před pár lety nedokázali pomoci. Tato skutečnost je pochopitelně všeobecně vítaná - na druhé straně však spotřebovává stále větší objem peněz.

Vzhledem k očekávanému demografickému vývoji, kdy zanedlouho přibude větší počet starších lidí, kteří budou nepochybně mít kvalitativně i kvantitativně větší nároky na lékařskou péči, než je tomu dnes, je zřejmé, že nějaká forma regulace spotřeby zdravotní péče a spoluúčasti pacientů je nezbytná. Kdo ale chce od pacientů více peněz, musí naprosto jasně říct proč, k čemu to bude dobré a na co budou použity. Smysl úprav spoluúčasti je třeba veřejnosti srozumitelně vysvětlovat, zdůvodnit a určit přesná, jasná a co nejméně zneužitelná pravidla pro využití vybraných finančních prostředků. Domnívám se, že dnešní stav je pro běžného občana nesrozumitelný, nepřehledný a komplikovaný.

O tom, jak je vysvětlování důležité, svědčí podzimní krajské volby v roce 2008, kdy ČSSD vyhrála téměř ve všech krajích. Velice pravděpodobně jí v tom pomohlo také veřejné odmítnutí regulačních poplatků. Tehdejší koaliční vláda a především resortní ministr, kteří regulační poplatky v roce 2008 zavedli, podle mého názoru nedokázali smysl poplatků veřejnosti vysvětlit. Je třeba ale také konstatovat, že signál, který občanům vyslala tehdejší ČSSD – tedy, že platný zákon se nemusí dodržovat, lze jej účelově obcházet, je velmi špatný z hlediska obecného vnímání právního pořádku České republiky.

Po zavedení jakýchkoli přímých poplatků je nebytné, zabývat se podrobnou analýzou, jak zavedení případně zvýšení poplatků za lékařskou péči dopadá například na chronické pacienty, kteří péči potřebují často. Ministerstvo zdravotnictví při zavedení regulačních poplatků slibovalo, že dopady na konkrétní skupiny obyvatel bude zkoumat a nastavení přímých

plateb upravovat podle zjištěných výsledků. Žádné detailní analýzy však zatím nezveřejnilo.

Zdravotnictví je multidisciplinární obor, který zahrnuje celou řadu společenských aktivit týkajících se mnoha oblastí veřejného života a veřejné politiky, k jeho efektivnímu fungování je potřebná určitá míra předvídavosti, stability a koordinace. Je nutné, aby se zdravotnictví i systém hrazení péče vyvíjel a dokázal se přizpůsobovat měnícím se a vyvíjejícím se podmínkám. Aby se tak mohlo stát, je třeba alespoň přibližné shody na případných úpravách a nastavení systému od většiny politických stran. Pokud taková shoda není a nastavený systém je měněn při každé výměně vlády, není možné jeho efektivní fungování.

Domnívám se, že mediální osvěta a stanovení jasných pravidel před zavedením nepopulárních kroků, by mohla pomoci předejít tak masivnímu nesouhlasu a odporu lidí ke spoluúčasti i jejich pochopení současné nezbytnosti, pokud chceme zachovat dobrou úroveň medicíny.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. TROSTER, Petr, *Právo sociálního zabezpečení*, 2. vyd. Praha: C.H.Beck, 2002, 359 s. ISBN 80-7179-669-7.
2. KALINA, Kamil, *Průvodce novým zdravotnictvím*, Praha: Maxime, 1992, s.120 ISBN 80-901333-0-4.
3. KREBS, Vojtěch a kolektiv, *Solidarita a ekvivalence v sociálních*: Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009, s.180 ISBN 978-807416-044-8.
4. KŘÍŽOVÁ, Eva, *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*, Praha: vydáno vlastním nákladem za podpory grantu IGA MZ ČR č.4148-2/97, 1998, 134 s. ISBN 80-238-0937-7.
5. JANEČKOVÁ, Eva - HNILICOVÁ, Helena, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Praha: Portál 2009, 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
6. NĚMEC, Jiří, *Principy zdravotního pojištění*, Praha: Grada Publishing 2008, 240 s. ISBN-978-80-247-2628-1.
7. GLADKIJ, Ivan a kolektiv, *Management ve zdravotnictví*, Brno: Computer Press 2003, 308 s. ISBN 80-7226-996-8.
8. MÁŠOVÁ-Hana, KŘÍŽOVÁ-Eva, SVOBODNÝ-Petr, *České zdravotnictví vize a skutečnost*, Praha: Nakladatelství Karolinum 2005, 250 s. ISBN 80-246-0944-4.
9. HOLČÍK-Jan, KAŇOVÁ-Pavčina, PRUDIL-Lukáš, *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů 2005, 186 s. ISBN 80-7013-417-8.
10. BÁRTLOVÁ, Sylva, *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví 2002, 167 s. ISBN 80-7013-355-4.
11. TOMEŠ, Igor, *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*, Praha: Sociopress 2001, 262 s. ISBN 80-86484-00-9



12. POTUČEK, Martin a kolektiv, Veřejná politika, Praha: Sociologické nakladatelství 2005, 396 s. ISBN 80-86429-50-4.
13. Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
14. Zákon č.592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné pojištění
15. Zákon č.551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
16. Zákon č.280/1992 Sb., o resortních, oborových podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
17. Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008, MZČR
18. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky, Doporučený postup ke sjednocení postupu při výběru poplatku za volbu lékaře pro organizace v přímé řídicí působnosti Ministerstva zdravotnictví ČR, vydáno 28. května 2012

### **Internetové zdroje**

1. Projekt kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, dostupné na <http://www.kulatystul.cz/cs/node/25>
2. Centrum pro výzkum veřejného mínění, Názory obyvatel na poplatky ve zdravotnictví a jiná vybraná opatření, dostupné na [http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101097s\\_oz110201c.pdf](http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101097s_oz110201c.pdf)
3. Centrum výzkumů veřejného mínění, Naléhavost některých problémů očima veřejnosti, dostupné na <http://www.cvvm.cas.cz/index.php?lang=0&disp=zpravy&r=1&shw=100448>

4. Volební program KSČM, Dostupné na <http://www.kscm.cz/volby-a-akce/poslanecka-snemovna-pcr6/programove-cile-kscm/volebni-program-2010-2014>
5. Volební program KDU-ČSL, Dostupné na <http://kdu.ecpaper.cz/#page=16-17>
6. Volební program ČSSD, Dostupné na <http://www.cssd.cz/data/files/brozura-reform-2-vmitrek-final-zdravotnictvi-pro-web.pdf>
7. Volební program ODS, Dostupné na <http://www.ods.cz/programova-temata/zdravotnictvi>
8. ÚZIS: Tisková zpráva k vydání publikace OECD „Health at a Glance 2011“, Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele (v USD PPP) v rozdělení na veřejné a soukromé v roce 2009 (nebo v roce nejbližší dostupné), dostupné na <http://www.uzis.cz/rychle-informace/tiskova-zprava-vydani-publikace-oecd-health-glance-2011>
9. ÚZIS: Zdravotnická ročenka České republiky 2010, Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu [.http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010](http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2010)
10. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republika, dostupné na [www.mzcr.cz/Legislativa](http://www.mzcr.cz/Legislativa)
11. Transparency International, dostupné na <http://www.transparency.cz/>
12. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development), dostupné na <http://www.oecd.org/document>

# SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

- Tabulka č.1: Charakteristiky modelů statutárního zdravotního pojištění  
Tabulka č.2: Typy spoluúčasti ve vybraných Evropských zemích – ambulance a nemocnice  
Tabulka č.3: Typy spoluúčasti na úhradě léků ve vybraných evropských zemích  
Tabulka č.4: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu.

## Seznam grafů

- Graf č.1: Počet kontaktů s lékařem  
Graf č.2: Spotřeba zdravotních služeb v letech 2005-2010  
Graf č.3: Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele (v USD PPP) v rozdělení na veřejné a soukromé v roce 2009 (nebo v roce nejbližší dostupné)  
Graf č.4: Souhlas se zavedením poplatků ve zdravotnictví  
Graf č.5: Názory občanů na některé opatření ve zdravotnictví  
Graf č.6: Spokojenost se zdravotním systémem v ČR

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Eva Doležalová

**Obor:** Evropská hospodářskosprávní studia (Bc.EHS)

**Forma studia:** kombinované studium

**Název práce:** Spoluúčast pacientů na zdravotní péči

**Rok:** 2012

**Počet stran textu bez příloh:** 47

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 12

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 1

**Počet internetových zdrojů:** 11

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. Radomír Havlík, CSc.