

Příjmy a výdaje českého zdravotnictví v souvislosti s kouřením

Diplomová práce

Vedoucí práce:

Ing. Jitka Dušková, Ph.D.

Bc. Jan Halla

Brno 2016

Rád bych poděkoval vedoucí mé diplomové práce Ing. Jitce Duškové, Ph.D. za ochotu, odborné rady, cenné připomínky a také za čas, který mi v průběhu zpracování této práce věnovala. Dále bych rád poděkoval mé rodině za podporu během studia.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto práci:

Příjmy a výdaje českého zdravotnictví v souvislosti s kouřením,

vypracoval samostatně a veškeré použité prameny a informace jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Souhlasím, aby moje práce byla zveřejněna v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách ve znění pozdějších předpisů, a v souladu s platnou *Směrnicí o zveřejňování vysokoškolských závěrečných prací*.

Jsem si vědom, že se na moji práci vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., autorský zákon, a že Mendelova univerzita v Brně má právo na uzavření licenční smlouvy a užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 Autorského zákona.

Dále se zavazuji, že před sepsáním licenční smlouvy o využití díla jinou osobou (subjektem) si vyžádám písemné stanovisko univerzity o tom, že předmětná licenční smlouva není v rozporu s oprávněnými zájmy univerzity, a zavazuji se uhradit případný příspěvek na úhradu nákladů spojených se vznikem díla, a to až do jejich skutečné výše.

V Brně dne 23. května 2016

Abstract

Halla, J. *Revenues and expenditures of czech health system in relation to smoking*. Diploma thesis. Brno: Mendel University in Brno, 2016.

Diploma thesis focuses on creation of redistribution proposal of excise tax on tobacco products to primary health insurance fund and then into medical facilities budgets. Proposal includes to lay down a quantity of transfer percents which would be equal to size of costs spent on hospital treatment caused by smoking. In the end of Diploma thesis are three proposals, one of them is recommended for use.

Keywords

Smoking, health care costs related to smoking, excise tax on tobacco products, redistribution of health insurance.

Abstrakt

Halla, J. *Příjmy a výdaje českého zdravotnictví v souvislosti s kouřením*. Diplomová práce. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2016.

Diplomová práce se zabývá vytvořením návrhu redistribuce části spotřební daně z tabákových výrobků do základních fondů zdravotních pojišťoven a dále do rozpočtů zdravotních zařízení. Vytvoření návrhu zahrnuje stanovit velikost transferu, který by odpovídal vynaloženým nákladům na nemocniční léčení nemocí způsobených kouřením. V závěru práce jsou navrženy tři varianty, ze kterých je jedna doporučena k realizaci.

Klíčová slova

Kouření, náklady léčby spojené s kouřením, spotřební daň z tabákových výrobků, přerozdělování pojistného, nákladový index.

Obsah

1	Úvod	9
2	Cíl a metodika práce	10
2.1	Cíl práce.....	10
2.2	Metodika práce.....	10
3	Literární rešerše	11
3.1	Systém zdravotnictví v České republice.....	11
3.2	Spotřební daň z tabákových výrobků.....	18
3.3	Nemoci způsobené kouřením.....	20
3.3.1	Chemické složení cigaretového kouře	21
3.3.2	Studie prokazující vliv kouření na lidský organismus.....	22
3.4	Ekonomické studie	24
3.4.1	Studie Philip Morris ČR a.s. a její kritika	24
3.4.2	Výpočet nákladů na zdravotní péči.....	28
3.4.3	Komparace ekonomických studií.....	32
4	Vlastní práce	34
4.1	Výpočet odhadu – první varianta.....	35
4.2	Výpočet odhadu – druhá varianta.....	36
4.3	Srovnání variant výpočtů.....	38
4.4	Návrh redistribuce.....	41
4.4.1	Úvod do problematiky redistribuce.....	41
4.4.2	Způsob provedení – první varianta.....	46
4.4.3	Způsob provedení – druhá varianta.....	50
4.4.4	Způsob provedení – ideální varianta.....	51
4.4.5	Srovnání návrhů	52
4.5	Připomínky a náměty.....	53
5	Závěr	54
6	Literatura	56

7	Seznam obrázků	59
8	Seznam tabulek	60
A	Nákladové indexy a míry inflace	62
B	Kódy diagnóz	63

1 Úvod

Kuřáctví je v současné době ve společnosti velice diskutovaným tématem. Na půdě Poslanecké sněmovny se má v letošním roce prosadit protikuřácký zákon, který by mimo jiné zakazoval konzumaci tabákových výrobků ve vnitřních prostorech barů, restaurací a pohostinských zařízeních. Prosazením protikuřáckého zákona by se snížil prostor pro pasivní kouření. To by znamenalo snížení výdajů na léčbu nemocí způsobených kouřením a částečně by se zmenšil dopad negativních externalit, které kuřáctví vytváří.

V dnešní době neexistuje mechanismus, který by byl určen k úhradě nákladů vzniklých aktivním i pasivním kouřením. Jedná se zejména o úhradu léčby nemocí způsobených dlouhodobým užíváním tabákových výrobků.

Za zakoupení tabákového výrobku se odvede spotřební daň rovnou do státního rozpočtu. Získané finanční prostředky ze spotřební daně se nevyužívají zpětně ve zdravotnictví.

Z lékařských studií vyplývá, že je u konzumentů tabákových výrobků zvýšená incidence nemocí způsobených kouřením. Léčba nemocí vzniklá užíváním tabákových výrobků je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které platí i nekuřáci. Tím pádem nekuřáci mají omezenější přístup ke zdravotní péči, protože část finančních prostředků jde na úhradu léčby nemocí způsobených kouřením.

Proto by se měla zvýšit spravedlnost při financování zdravotnictví vzhledem ke kouření. Část spotřební daně z tabákových výrobků by měla být použita na financování léčby nemocí způsobených kouřením. To by znamenalo, že každý kuřák, který si koupí tabákový výrobek, si „předplatí“ léčbu nemoci, která vznikne v důsledku kouření.

Česká lékařská komora začala v březnu letošního roku požadovat po Vládě, zajištění většího množství finančních prostředků pro zdravotnictví. Jeden z jejich návrhů je zavést zdravotní daň na tabák a alkohol (Eurozprávy, 2016). S vytvořením návrhu zákona by mohla pomoci tato diplomová práce.

Autor diplomové práce je nekuřák.

2 Cíl a metodika práce

2.1 Cíl práce

Cílem práce je navrhnout způsob přerozdělení části spotřební daně z tabákových výrobků mezi zdravotní pojišťovny a následně mezi zdravotnická zařízení pro úhradu léčby nemocí způsobených kouřením.

V souvislosti s cílem práce je potřeba vypracovat dílčí cíl, což znamená zjistit velikost transferu finančních prostředků z části spotřební daně, která odpovídá skutečně vynaloženým nákladům na léčbu nemocí způsobených kouřením.

2.2 Metodika práce

Pro vypracování diplomové práce se použije metoda deskripce, metoda analýzy, komparativní metoda a metoda dedukce.

Práce je tvořena ze dvou částí: literární rešerše a vlastní práce. V úvodní části nazvaná literární rešerše, se práce zabývá zdravotnickým systémem, kvůli hlubšímu pochopení navazujících kapitol. Pro splnění dílčího cíle je potřeba objasnit metodiku způsobu výběru spotřební daně z tabákových výrobků, provést analýzu a komparaci lékařských studií, dostupných z databáze US National Library of Medicine a World Health Organization, pro potvrzení dopadu kouření na lidský organismus a také pro vytyčení diagnóz, které by měly být zahrnuty ve výpočtu nákladů na léčení nemocí způsobených kouřením v ekonomických studiích. Dále je potřeba pomocí metody komparace porovnat ekonomické studie a vybrat výslednou studii potřebnou pro výpočet velikosti transferu. Jako zdroje informací se použije disertační práce Mgr. Daniely Habrové Ph.D, diplomové práce Ing. Petrůčka, Ing. Brabce a použije se studie provedená Státním zdravotním ústavem a studie společnosti Philip Morris ČR a.s.

V části nazvané vlastní práce, se provede výpočet velikosti transferu na základě vybrané ekonomické studie. Budou navrženy dva způsoby výpočtu.

Pro splnění cíle práce se použijí získané informace a pomocí metody deskripce se vysvětlí způsob přerozdělování veřejného zdravotního pojistného mezi pojišťovnami, kvůli hlubšímu pochopení problematiky. Zdroje informací budou pro tuto část převážně zákony a dílčí výsledky. Dále se pomocí metody dedukce navrhnou způsoby redistribuce finančních prostředků mezi pojišťovny až ke zdravotnickým zařízením, které léčí nemoci způsobené konzumací tabákových výrobků.

3 Literární rešerše

V následující kapitole jsou vysvětleny vztahy mezi subjekty a objekty zdravotnického systému. Podrobně je vysvětlen výpočet spotřební daně na tabákové výrobky. Nechybí zpracování zahraničních lékařských studií, které dokládají vznik konkrétních nemocí, které jsou způsobeny kouřením. Dále jsou mezi sebou srovnány studie zabývající se dopadem fenoménu kouření na systém zdravotnictví v České republice.

3.1 Systém zdravotnictví v České republice

V České republice funguje Bismarckův model zdravotnického systému. Hlavním znakem tohoto systému je solidárnost a funkce zdravotních pojišťoven. Systém tvoří tři subjekty a jeden objekt: zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení a stát. Jako objekt vystupují pacienti. Hlavním principem systému je princip solidarity. Na základě dodržování principu se lékařská péče dostane všem, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich finanční solventnost.

Role zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny v systému zastupují nedílnou pozici, z důvodu přerozdělování peněžních prostředků od plátců zdravotního pojištění k poskytovatelům zdravotní péče a jejich následné kontrole.

Bez jejich přítomnosti by nebylo možné dosáhnout solidarity, která je základním kamenem Bismarckového systému zdravotní péče. Existuje také Beveridgův systém, který je financován skrze daně. V tomto systému neexistují zdravotní pojišťovny. Práci, kterou vykonávají zdravotní pojišťovny v České republice, tak obstarává v Beveridgově systému stát. Beveridgův systém vznikl ve Velké Británii.

Všichni obyvatelé České republiky jsou povinni platit zdravotní pojištění bez ohledu na věk nebo sociální postavení. Mezi plátců zdravotního pojištění existují klienti, kteří potřebují ke svému životu více zdravotní péče, aniž by do systému přispívali více finančních prostředků. Například občané pobírající starobní důchod.

Na druhou stranu, jsou zde klienti, kteří spotřebovávají minimum zdravotní péče a přitom nemají žádné finanční úlevy.

Tento poznatek vede k zamyšlení nad významem slova, zdravotní pojišťovna. Zde se nejedná o klasické pojištění, jaké platí v soukromé sféře. Pojištěnci nedostávají žádné bonusy nebo malusy na základě jejich chování v životě. Klienti zdravotních pojišťoven platí předem dané sazby, bez ohledu na životní chování a preference klientů pojišťoven. Jelikož jsou sazby dané státem a lze je těžko měnit, zmenšuje se prostor pro konkurenční boj mezi zdravotními pojišťovnami. Tím pádem se

stírá rozdíl mezi Bismarckovským systémem a Beveridgovým. Pojišťovny zde působí jako prodloužené nástroje státní správy¹.

Podle Durdisové (2005) princip univerzální sociální solidarity vyjadřuje, že zdravotní péče se má dostat všem, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich platební schopnost. Pro správné fungování systému, je potřeba, aby platily čtyři vlastnosti veřejného zdravotního pojištění:

- volný přístup do systému,
- neexistence vazby mezi zdravotním stavem a výškou pojistného,
- čerpání péče dle objektivní potřeby zdravotního stavu,
- vazba příjmů a výdajů zdravotních pojišťoven na ekonomiku země.

Mezi pojišťovnami existuje princip přerozdělování dle zákona č. 592/1992 Sb. Zákon říká, že se může přerozdělit 100% vybraného pojistného mezi všechny zdravotní pojišťovny. Z důvodu velkých rozdílů mezi platbami za státní pojištěnce a nestátní pojištěnce dochází k nerovnoměrnému výběru pojištění mezi jednotlivými pojišťovnami.

Z toho důvodu se na konci kalendářního měsíce mohou zdravotní pojišťovny dostat do platební neschopnosti za provedenou lékařskou péči. Používají se dvě podmínky k přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

První podmínka spočívá v přerozdělování pojistného na základě indexů nákladovosti věkových skupin a pohlaví pojištěnců. Podrobněji vysvětleno v kapitole 4.4.1.

Tím, že se přerozděluje veškeré vybrané pojistné od všech zdravotních pojišťoven a následně se na základě přerozdělovacího mechanismu rozdělí, dochází ke smazávání konkurenčních výhod mezi jednotlivými pojišťovnami. Výsledným efektem je vznik prostoru pro vytváření utopených nákladů nehospodárným řízením a ztráta konkurenčního prostředí².

Druhá podmínka přerozdělování vychází z výdajů vynaložených za léčbu zvláště nákladných pacientů. Jedná se o částečnou kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem. Pojem: „nákladný pacient“ označuje pojištěnce, za které pojišťovna zaplatí částku ve výši patnáctinásobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce za účetní rok (VZP, 2015).

¹ Homoláč, Petr, MUDr. Osobní rozhovor. Praha, 22. 3. 2016

² Bek, Jiří, MUDr. Osobní rozhovor. Praha, 22. 3. 2016

Na trhu se zdravotním pojištěním v současné době vystupuje sedm pojišťoven (Ministerstvo zdravotnictví, 2016).

- 111 Všeobecná zdravotní pojišťovna,
- 201 Vojenská zdravotní pojišťovna,
- 205 Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,
- 207 Oborová zdravotní pojišťovna,
- 209 Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,
- 211 Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR,
- 213 Revírní bratrská pokladna.

Zdravotní pojišťovny získávají finance od občanů skrze platby za zdravotní pojištění. Pro rok 2016 dle zákona číslo 48/1997 Sb., je stanovena sazba ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Platby jsou uskutečňovány měsíčně, kdy je splatnost od 1. do 20. dne v měsíci. Zaměstnanec odvádí ze své mzdy 4,5 % a zaměstnavatel odvádí zbylých 9 % ze svých prostředků. Minimální celková částka odvedená za zaměstnance činí 1337 Kč, což je odvozeno od výše minimální mzdy platné pro daný rok.

Osoby samostatně výdělečně činné odvádí z vlastních prostředků 13,5 %. Minimální částka pro OSVČ je 1823 Kč.

Stejná sazba platí i pro osoby bez zdanitelného příjmu (OBZP), kdy se částka odvíjí od výše minimální mzdy. Minimální částka je 1337 Kč.

Stát odvádí za skupiny obyvatel, které jsou uvedeny v následujícím odstavci fixní částku. Částka za státní pojištěnce se na nátlak zdravotních pojišťoven zvedla k 1. 1. 2016 o 25 Kč na celkových 870 Kč (VZP, 2016).

V roce 2015 odpovídala celková suma vybraného pojistného od všech zdravotních pojišťoven hodnotě 249 707 mil. Kč. V následující tabulce jsou uvedeny hodnoty pro jednotlivé skupiny pojištěnců.

Tab. 1 Příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění v mil. Kč

rok	platba státu	zaměstnanci	OSVČ	OBZP
2015	60 944	170 481	15 499	2 782

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví, 2016

Z dat vyplývá, že největší suma finančních prostředků plyne od zaměstnanců, naopak nejmenší od OBZP. Zajímavé je porovnat příjmy od OSVČ a zaměstnanců, jsou znatelně odlišné. V tabulce číslo 1 jsou uvedeny skupiny plátců, kdy pod pojmem platba státu se skrývá mnoho sociálních skupin. Zákon číslo 48/1997 Sb., §7 přesně vymezuje plátce zdravotního pojištění, kterými jsou:

- zaměstnanci v pracovně právním poměru,
- OSVČ,
- Osoby bez zdanitelných příjmů, které mají na území ČR trvalý pobyt,
- zaměstnavatelé,
- stát platí za nezaopatřené děti, poživatele důchodu, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské, osoby na rodičovské dovolené, osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, osoby závislé na péči jiné osoby, vojáci z povolání, osoby ve vazbě a výkonu odnětí svobody a mladiství umístění v zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

Zdravotní pojišťovny zajišťují proplácení poskytnutých zdravotních služeb za své klienty. Zdravotní pojišťovny mají jednat s péčí řádného hospodáře. Také kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče v jejím objemu a kvalitě. Ceny za provedené úkony se každý rok stanovují úhradovou vyhláškou, kterou vydává Ministerstvo zdravotnictví a případné spory mezi zúčastněnými se řeší v dohodovacím řízení. Na jednáních jsou přítomni zástupci pojišťoven, zdravotnických zařízení a ministr zdravotnictví.

Tím že v systému vystupuje pojišťovna, dochází k efektivnějšímu řízení a kontrole finančních toků. Například zdravotní pojišťovny mají vlastní revizní lékaře, kteří kontrolují, zda vykázaná a vyúčtovaná zdravotní péče sedí s informačním systémem zdravotních pojišťoven.

Ve zdravotnickém zařízení může dojít k revizi, kdy předmětem zkoumání je kontrola vyúčtování výkonů, použití léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, která je zdravotní pojišťovna povinna uhradit.

V roce 2010 VZP zaplatila za práci 601 revizních lékařů zhruba 200 mil. Kč. Z toho lékaři prošetřili proplacené faktury v hodnotě 400 mil. Kč. Systém kontroly kvality a vykazování poskytnuté péče skrze revizní lékaře není moc účinný a měl by se spíše zvolit systémový způsob kontroly³.

Všechny tyto činnosti slouží k tomu, aby systém fungoval co nejefektivněji. Jediná nevýhoda spočívá v administrativních nákladech – provoz samotných zdravotních pojišťoven. V roce 2013 byla výše nákladů 7,3 mld. Kč což je 3,2 % z veškerých příjmů pojišťoven, které dosáhly 228,3 mld. Kč. (Media Network, 2014)

Role pojištěnců

Podle zákona číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, má pojištěnec právo na plně nebo částečně hrazenou péči.

³ Bek, Jiří, MUDr. Osobní rozhovor. Praha, 22. 3. 2016

Tím se rozumí:

- diagnostická péče, lůžková a ambulantní, ústavní péče včetně rehabilitace,
- prevence podle závazných právních předpisů,
- poskytování léčiv a prostředků zdravotní techniky,
- dopravu nemocným,
- lázeňskou péči na doporučení lékaře.

Pojištěnec si může svobodně vybrat zdravotní pojišťovnu, kterou lze změnit jednou za 12 měsíců. Pokud pojištěnci nejsou poskytnuty hrazené služby, má právo podat stížnost.

Dále má právo na výběr zdravotního zařízení, na časovou a místní dostupnost hrazených služeb, na poskytnutí informací od pojišťovny o poskytnutých službách a může se podílet na kontrole poskytnuté péče hrazené z pojištění a ze soukromých zdrojů.

Podle téhož zákona má pojištěnec také povinnosti. Nejdůležitější povinností je hradit příslušné pojišťovně pojistné. Další povinností je poskytnout součinnost při léčbě a dodržovat stanovený léčebný postup. Podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám. Dodržovat opatření směřující k odvrácení nemoci. Poskytnout součinnost při poskytování zdravotní péče. Hradit poskytovateli regulační poplatky.

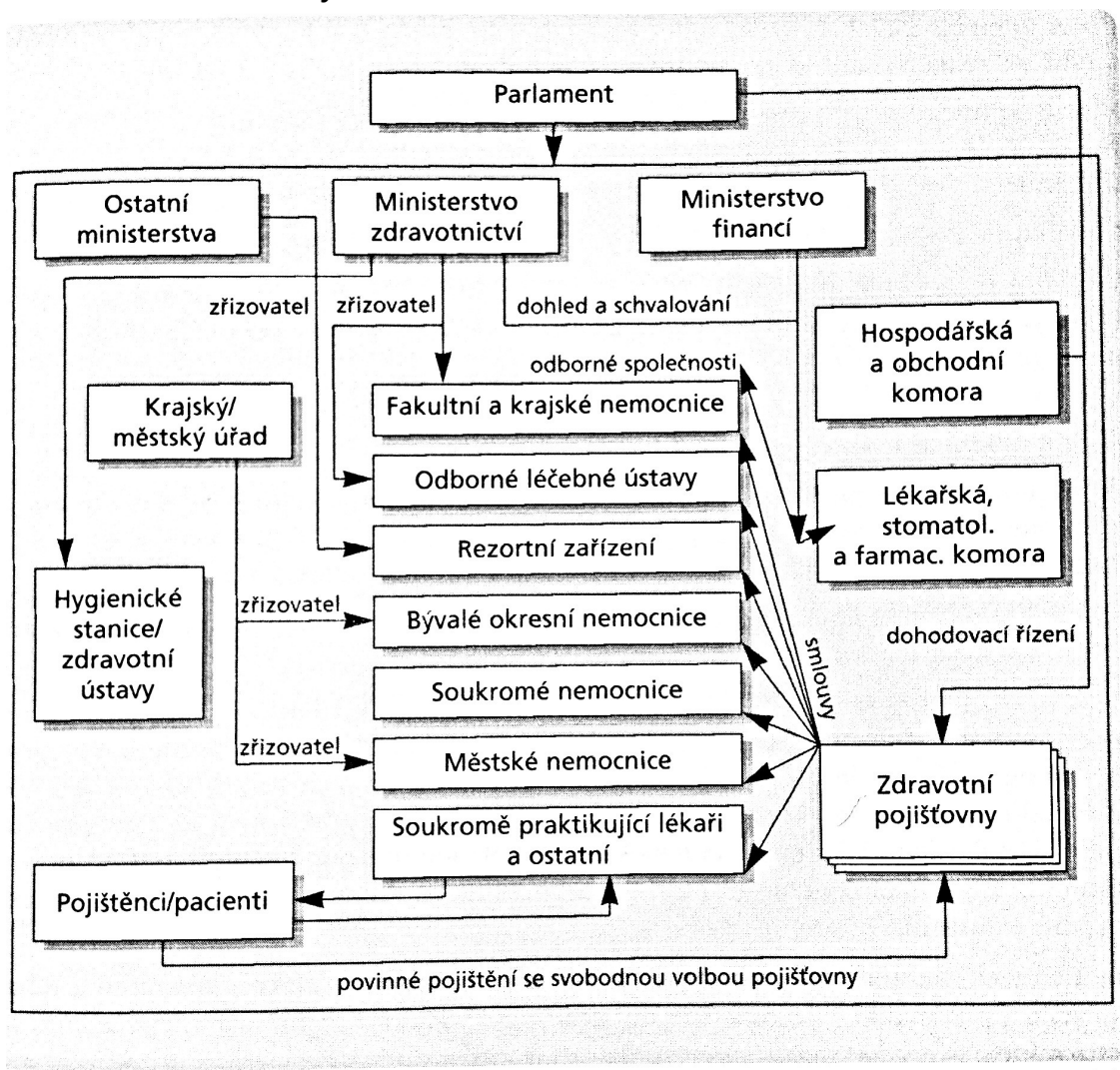
Pro rok 2016 platí pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, poskytovateli zdravotních služeb regulační poplatky ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Na následujícím obrázku je znázorněna soustava institucí působící ve zdravotnickém systému. Soustava je užitečná pro pochopení vazeb mezi jednotlivými subjekty.

V další části práce budou použity některé vazby mezi subjekty k vysvětlení proudu toků finančních prostředků od subjektů k pacientům, kteří se léčí z nemocí způsobených kouřením. Podle Durdisové (2005) Financování zdravotnictví je zajištěno:

- pojištěním a finanční spoluúčastí pacientů (poplatky, doplatky za léky),
- státním rozpočtem a rozpočty samosprávních celků,
- přímými platbami fyzických a právnických osob,
- sponzory, nadacemi.

Soustava zdravotnických institucí



Obr. 1 Organizační graf zdravotnického systému v ČR
Zdroj: Management ve zdravotnictví (2003)

Z obrázku je patrný koloběh pravomocí a systém kontrol, které panují v tomto zdravotnickém systému.

Občané si zvolí vládu, která obsadí pozice výše zmíněných ministerstev, které dále rozhodují o dostupnosti, množství, kvalitě a ceně zdravotní péče skrze návrhy zákonů a vyhlášek. Ministerstvo zdravotnictví vytváří rámec celého systému, jeli-

kož každý rok vydává úhradovou vyhlášku, která mimo jiné stanovuje cenu léčiv a cenu lékařských výkonů.

Ministerstvo financí schvaluje rozpočty ostatních ministerstev a poskytuje finanční prostředky ostatním subjektům v systému, skrze státní rozpočet a také provádí kontrolu hospodaření. Na provoz svých zainteresovaných organizací dostává prostředky MZČR, MO, MV, dále prostředky dostávají kraje a obce. Prostředky jsou použity na financování zdravotnických zařízení. Zejména na investiční nákupy. Například Ministerstvo obrany vlastní Ústřední vojenskou nemocnici. Ministerstvo zdravotnictví vlastní veškeré fakultní nemocnice.

Z obrázku není jasná vazba mezi zdravotní pojišťovnou a Ministerstvem financí. Zdravotní pojišťovny mohou požádat Ministerstvo financí o předsunutou platbu, aby vyrovnaly krátkodobé závazky vůči zdravotnickým zařízením. Například v lednu roku 2014 poskytlo Ministerstvo financí zdravotním pojišťovnám návratnou předsunutou platbu ve výši 4,8 mld. Kč (Ministerstvo zdravotnictví, 2016).

Podobným způsobem zachraňují zřizovatelé zdravotnická zařízení, která se dostala svým nevhodným chováním do ztráty. V témže roce dostala Fakultní nemocnice u svaté Anny předsunutou platbu ve výši 500 mil. Kč (Nohl, 2014).

Ministerstvo financí odvádí velkou sumu finančních prostředků za státní pojištění, která je převedena ze státního rozpočtu na zvláštní účet spravovaný VZP a následně rozdělena mezi zdravotní pojišťovny do jejich základních fondů zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovny samy vykonávají dohled nad hospodárným využíváním peněžních prostředků. Systém je zcela průběžný, finanční prostředky vybrané dnes se také zároveň spotřebují. Nedochozí zde k žádné kumulaci finančních prostředků pro budoucí využití.

Dle zákona č. 551/1991 Sb., pojišťovny sice musejí vytvářet Rezervní fondy, ty především slouží ke krytí schodků základního fondu a k úhradě nákladů vzniklých při epidemiích a přírodních katastrofách.

Vliv České lékařské komory (ČLK) na systém zdravotnictví spočívá ve vyjednávání s Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem financí, zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními. V měsíci březnu roku 2016 ČLK začala požadovat po Ministerstvu zdravotnictví navýšení finančních prostředků plynoucí na mzdy lékařů. Jeden z návrhů je přesunout část spotřební daně z tabákových výrobků a použít finanční prostředky na zvýšení mezd lékařů. Vlivu ČLK může pomoci tato diplomová práce, při vyjednávání s Ministerstvem zdravotnictví o přesunu části spotřební daně z tabákových výrobků na zvláštní účet VZP a následně přerozdělit mezi zdravotní pojišťovny a získat tak více finančních prostředků pro úhradu léčby nemocí způsobených kouřením.

Zdravotnická zařízení za každý uskutečněný výkon posílají tzv. K-dávky zdravotním pojišťovnám a ty na základě těchto informací zkontrolují a proplatí uskutečněný výkon.

3.2 Spotřební daň z tabákových výrobků

V následující části je rozebrána problematika výpočtu spotřební daně z tabákových výrobků a nastíněn způsob výběru finančních prostředků z této spotřební daně.

Na základě historické znalosti výnosů peněžních prostředků ze spotřební daně z tabákových výrobků, se v praktické části diplomové práce stanoví výše transferu ze spotřební daně do základních fondů zdravotního pojištění jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Každý kuřák, který si zakoupí krabičku cigaret, nebo tabák prodávaný v jiné formě, zároveň zaplatí spotřební daň a daň z přidané hodnoty (DPH).

V České republice se výše spotřební daně řídí zákonem číslo 353/2003 Sb., ve znění pozdějších předpisů, který přesně stanovuje metodiku výpočtu spotřební daně u tabákových výrobků. Podle zákona se za tabákový výrobek považují cigarety, doutníky, cigarillos a tabák ke kouření.

Celková výše spotřební daně pro cigarety se vypočítá jako součin procentní sazby daně a ceny pro konečného spotřebitele děleno stem. Následně se k danému číslu přičte součin pevné části sazby daně a počtu kusů.

V roce 2005 se prodalo 22,4 mld. kusů cigaret, při výši spotřební daně na jednu cigaretu 1,13 Kč (Brabec, 2011).

V následující tabulce jsou uvedeny sazby daně. Výše daně u doutníků, cigarillos a tabáku ke kouření se vypočítá jako součin základu daně a pevné sazby daně. Pro výpočet daně z tabáku ke kouření je rozhodující hmotnost tabáku ke kouření v okamžiku vzniku povinnosti daň přiznat a zaplatit. Základem daně u doutníků a cigarillos je množství vyjádřené v kusech a u tabáku ke kouření množství vyjádřené v kilogramech.

Tab. 2 Sazba spotřební daně pro tabákové výrobky

	procentní část	pevná	minimální
cigarety	27 %	1,39 Kč/ks	2,52 Kč/ks
cigarillos, doutníky		1,64 Kč/ks	
tabák ke kouření		2142 Kč/kg	

Zdroj: zákon č. 353/2003 Sb., platné pro rok 2016

Pro lepší představu kolik se odvede peněz z jedné krabičky cigaret do státního rozpočtu za rok 2016, je v následující tabulce uveden vzorový příklad.

Pro výpočet je potřeba znát cenu jedné krabičky cigaret. Pro tento příklad je použit vážený cenový průměr krabičky cigaret pro rok 2016 v České republice. Celní správa České republiky spolu s Ministerstvem financí stanovila průměr na 80,14 Kč za krabičku cigaret o 20 kusech.

Tab. 3 Výpočet zdanění krabičky cigaret

cena krabičky	80,14 Kč
procentní část daně	21,63 Kč
pevná sazba daně	27,80 Kč
součet obou částí	49,43 Kč
minimální spotřební daň	50,40 Kč
DPH	13,90 Kč
zdanění celkem	64,30 Kč

Zdroj: Vlastní práce

V příkladu jsou počítány dvě varianty metody výpočtu. Když součet pevné části ($1,39 \cdot 20$) a procentní části ($80,14 \cdot 0,27$) nepřesáhne výši minimální spotřební daně ($2,52 \cdot 20$), tak se musí vycházet z velikosti minimální spotřební daně. Ve vzorovém příkladu byl součet procentní a pevné části menší než minimální výše spotřební daně, proto se jako základ pro výpočet DPH stanovila hodnota minimální spotřební daně, což je 50,40 Kč. Celkové zdanění je v tomto příkladě 64,30 Kč, kde jsou sečteny hodnoty minimální spotřební daně a DPH.

Z výpočtu vyplývá, že celkové daňové zatížení na cigarety dělá v tomto případě 80,2 %. U dražších cigaret je procento zdanění menší vůči celkové ceně krabičky.

Podle § 131a stejného zákona v ČR platí od 1. 7. 2015 daň ze surového tabáku, který nebyl ještě zpracovaný do výše zmíněných výrobků. Sazba daně je stejná jako u tabákových výrobků, čili 1896 Kč za kg surového tabáku. Plátce daně je osoba, která použila surový tabák pro jiný účel než pro výrobu tabákových výrobků, do-

dání surového tabáku pro výrobu výrobků a dodavatele do jiných členských a třetích zemí.

V následující tabulce je časová řada výnosu spotřební daně z tabákových výrobků. Trend časové řady je rostoucí, z důvodu častého navyšování sazeb spotřební daně. Hodnoty z následující tabulky se použijí pro výpočet velikosti transferu do základních fondů jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Tab. 4 Vývoj výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků (mil. Kč)

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
16 700	18 900	22 000	25 400	32 200	46 900	37 500
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
37 700	42 500	45 000	47 000	46 800	44 700	

Zdroj: Celní správa (2014)

Za rok 2014 se na území ČR vybralo na spotřební dani z tabáku 44,7 mld. Kč. V porovnání s rokem 2013 se vybralo na dani o 2,1 mld. Kč méně. Bylo to způsobeno tím, že se výrobci předzásobili tabákovými nálepkami ke konci roku 2013, protože se k 1. 1. 2014 navyšovaly sazby spotřební daně. Opatření vedlo k nižšímu inkasu spotřební daně, protože se do poloviny roku 2014 stále prodávaly cigarety se starými nálepkami.

Z tohoto důvodu byla přijata novela zákona č. 353/2003 Sb., která reguluje předzásobování výrobců tabákovými nálepkami (Ministerstvo financí, 2014).

3.3 Nemoci způsobené kouřením

Vdechování kouře z tabákových výrobků vede v dlouhodobém horizontu k vážnému poškození organismu. Léčba nemocí s tím související je finančně náročná. Z toho důvodu jsou v následujícím textu porovnány lékařské studie, které dokazují jasnou příčinnost mezi konzumací tabákových výrobků a poškozením zdraví, které se následně léčí, mimo jiné za finanční prostředky získané také od nekuřáků.

První část kapitoly 3.3 se zabývá chemickým složením cigaretového kouře a jeho vlivu na lidský organismus. V kapitole „Studie prokazující vliv kouření na lidský organismus“ jsou uvedeny výsledky zahraničních a českých lékařských studií, které dokazují prokazatelnou škodlivost užívání tabákových výrobků. Studie podporují validitu práce, která je vybrána pro výpočet velikosti transferu.

3.3.1 Chemické složení cigaretového kouře

Cigaretový kouř obsahuje okolo čtyř tisíc chemických substancí, které spolu s nikotinem způsobují závažná zdravotní onemocnění. Ministerstvo zemědělství vydalo vyhlášku číslo 344/2003 Sb., která povoluje látky použité při výrobě tabákových výrobků. Vyhláškou povolené látky se záměrně přidávají k tabáku, aby zlepšily sensorické vlastnosti výrobku.

Pro lepší objasnění látek skrytých v cigaretovém kouři jsou rozděleny do několika skupin. Pyridinové alkaloidy, toxické plyny, nitrosaminy, polycyklické aromatické uhlovodíky, těžké kovy a pevné částice.

Nejznámější látka obsažená v tabákových výrobcích je nikotin, který patří do skupiny Pyridinové alkaloidy. Tato látka je vysoce návyková. Jedna cigareta obsahuje 1 až 4 mg nikotinu. Při dlouhodobém užívání dochází k posílení syntézy endorfinů, po kterých se kuřák cítí blaženě. Nikotin také způsobuje zúžení cév a zvyšuje počet mastných kyselin v krvi. Kvůli těmto příčinám dochází k častému výskytu cerebrovaskulárních onemocnění a ischemických chorob srdečních u dlouhodobých kuřáků. Při průběhu těchto nemocí se zúží cévy, kterými protéká hustší krev (Kuřáková plíce, 2013).

Toxické plyny obsažené v kouři také přispívají k tvorbě nemocí. Nejvýznamnější plyn je oxid uhelnatý (CO). Vlivem jeho přítomnosti v organismu dochází ke špatnému přenosu kyslíku do tkání a vzniká tkáňové dušení. Dalším významným plynem je oxid dusičitý (NO₂). Oxid způsobuje dráždění sliznic, už nepatrné množství působící třicet a více minut vyvolává škodlivé účinky. Příznaky otravy se projevují jako pokles krevního tlaku, bolest hlavy, dýchací potíže a výskyt respiračních onemocnění. Dalším významným plynem je formaldehyd, který způsobuje při nižších dávkách zánět nosní sliznice a při vyšších způsobuje zánět, otok průdušek a pravděpodobně má karcinogenní účinky. Ve velice malé míře je v kouři také obsažen kyanovodík (Kuřáková plíce, 2013).

Polycyklické aromatické uhlovodíky mohou způsobit rakovinu a poškodit vývoj plodu u těhotných žen.

Těžké kovy se do cigaret dostávají z půdy, na které se pěstuje rostlina tabák z rodu *Nicotiana*. Za zvýšené hladiny těžkých kovů v půdě může větší míra znečištění, zejména kvůli používání hnojiv a chemických postřiků. Nebezpečný kov pro lidský organismus je nikl, který způsobuje rakovinu. Při dlouhodobé expozici nízkým koncentracím kadmia dochází k porušení metabolismu vápníku, hyperkalciurie a tvorbě ledvinových kamenů. Kadmium a jeho sloučeniny jsou klasifikovány, jako karcinogen v první skupině. Dalším závažným prvkem je radioaktivní polonium, které se do tabáku dostává skrze půdu.

Pevné částice obsažené v kouři mají pravděpodobně největší podíl na poškozování zdraví kuřáka. Silný kuřák za jeden rok vdechne 750 g dehtu. Počet částic v 1 cm³ kouře je až 50 miliard. Tyto drobné částice se dostávají až do plicních sklípků, které zanáší černým lepkavým materiálem. Dehet je rakovinotvorná látka (Kuřáková plíce, 2013).

3.3.2 Studie prokazující vliv kouření na lidský organismus

V této části jsou uvedené vybrané lékařské studie, které dokazují negativní vliv kouření na organismus. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2012) má kouření podíl u těchto nemocí: tuberkulóza, infekce dolních cest dýchacích, rakovina průdušnic, průdušky a plic. Dále uvádějí, že kouření je příčinou smrti na ischemickou chorobu srdeční, cerebrovaskulární onemocnění a chronickou obstrukční plicní nemoc. V České republice v roce 2004 zemřelo 107 000 lidí a z toho 18 % úmrtí bylo způsobeno různými druhy konzumace tabáku.

Podle lékařské studie vytvořené autory Wen, Jing a kolektivem (2011), kouření způsobuje rakovinu plic. Uvádějí, že kouření způsobuje určité typy rakoviny plic jako je karcinom malých plicních buněk a spinocelulární karcinom plic. V této publikaci zaznamenali, že se v poslední době objevuje více případů adenokarcinomu plic. Jako příčinu stanovili změnu kuřáckých návyků a snížení obsahu dehtu v cigaretách. Cigaretový kouř obsahuje okolo šedesáti karcinogenních látek. Nejzávažnější karcinogenní látky jsou podle studie polycyklické aromatické uhlovodíky.

Závěrem studie je zjištění, že počet kuřáků v USA klesá, ale tabák stále může za nejčastější výskyt rakoviny plic. Větší šanci vzniku rakoviny plic přisuzují předešlým kuřákům, než současným konzumentům tabáku.

Mazzone a kolektiv (2010) publikovali studii, která se zabývá dopadem cigaretového kouře na cerebrovaskulární systém se zaměřením na hematoencefalickou bariéru. Zjistili, že dlouhodobí kuřáci mají častější incidenci subkortikálního vaskulárního ischemického poškození než nekuřáci. Tato nemoc se projevuje poškozením a propouštěním látek v mozkových vlásečnicích a ztráty integrity hematoencefalické bariéry. Studie zjistila, že kuřáci mají mnohem větší sklon (83% pacientů) k cerebrovaskulárním změnám, které vedou ke zvýšení obsahu kovu v těle, než u nekuřáků (37% pacientů).

Dále zjistili, že kouření zvyšuje riziko ischemické cévní mozkové příhody a mozkového infarktu o 50% bez ohledu na to, zda se jedná o přímé kouření nebo o pasivní kouření. Kouření způsobuje těžké poškození fyziologie endotelu, tím že narušuje těsné spoje mezi buňkami.

Ve Švédsku zveřejnili studii vedenou Asplundem a s jeho kolektivem (2003) zabývající se výskytem cévní mozkové příhody u konzumentů cigaret a konzumen-

tů šňupacího tabáku. Výzkumu se účastnilo 2500 lidí ze dvou švédských měst ve věku 25 až 74 let. Mezi účastníky byli kuřáci, nekuřáci a konzumenti šňupacího tabáku. Studie probíhala od roku 1986 až do roku 1999, kdy byly průběžně sbírána a vyhodnocována data. Zjistili, že nejčastější věk vzniku nemoci je 54. rok života. Nejrizikovější období pro výskyt první cévní mozkové příhody je v rozmezí od 50. do 60. let. Pokud pacient přežije první příhodu, je velká pravděpodobnost, že další může nastat během čtyř a půl let.

Závěrem celé studie je zjištění, že konzumenti šňupacího tabáku mají zhruba o 40 % menší šanci, že dostanou cévní mozkovou příhodu než kuřáci cigaret.

Podle Králíkové a kolektivu (2013) kouření přispívá k onemocnění tuberkulózou. Ve zkoumaných studiích došli k závěru, že kouření (aktivní či pasivní) je významným rizikovým faktorem pro vznik tuberkulózy a zvyšuje riziko vzniku onemocnění 1,012-6,26 krát. Dále dokládají důkaz ve Velké Británii na úmrtí 34 000 lékařů, že riziko zemřít na tuberkulózu bylo u kuřáků 2,8 krát vyšší než u nekuřáků. Studie zahrnuje i zkoumání intenzity kouření a vliv na úmrtí spojené s tuberkulózou. Zjistili, že osoby, které kouřili více než 25 cigaret denně, měli pravděpodobnost onemocnění 5 krát vyšší v porovnání s nekuřáky.

Králíková a kolektiv (2013) dále uvádějí, že kouření stojí za vznikem chronické obstrukční plicní nemoci (CHOPN), která se projevuje jako trvalé omezení proudění vzduchu v dolních dýchacích cestách. V České republice průměrně každý rok umírá okolo 2000 lidí na CHOPN. Hlavní příčina nemoci je aktivní kuřáctví veškerých tabákových výrobků, dalším faktorem vzniku nemoci je inhalace částic a plynů pocházející z průmyslu a dopravy. Nemoc se také vyskytuje u pasivních kuřáků.

Kuřáci trpící CHOPN mívají těžší symptomy, výraznější mortalitu a rychlejší pokles plicních funkcí než nekuřáci. Ženy kuřáčky při stejné frekvenci kouření mají více symptomů než muži kuřáci. Aktivní kouření způsobuje 70-80 % onemocnění CHOPN v populaci.

Rossová (2004) tvrdí, že cigaretový kouř způsobuje v dnešní době větší zdravotní riziko, než v minulosti. Převážně to je způsobeno vyšším obsahem chemických látek v cigaretách.

Prozkoumáním práce Wena, Jinga a kolektivu (2011) bylo zjištěno, že kouření způsobuje rakovinu plic. Z toho důvodu se bude pro výpočet transferu zaměřovat pozornost autora na studie, které vyčíslují léčbu karcinomů plic.

Další studie od Mazzoneho a kolektivu (2010) dokládá, že kouření způsobuje subkortikální vaskulární ischemické postižení a ischemickou cévní mozkovou příhodu a mozkový infarkt. Z toho důvodu bude dále v textu zaměřena pozornost na studie, které vyčíslují léčbu ischemických nemocí. Výsledky těchto studií se použijí jako podklady dokládající souvislost mezi užíváním tabáku a poškozením lidského

organismu pro výpočet velikosti transferu z výnosu spotřební daně z tabákových výrobků do fondů jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Výsledky švédské studie provedené Asplundem a kolektivem (2003) dokládají, že u kuřáků starších 50 let se zvyšují náklady na jejich léčbu, kvůli častější incidenci cévní mozkové příhody. Tento poznatek je použit jako inspirace, pro zavedení transferu finančních prostředků z výnosu spotřební daně k pacientům, kteří se léčí z cévní mozkové příhody. Metodika transferu by měla být navržena, tak aby se finanční prostředky dostaly na léčbu nemocí způsobených kouřením.

Výsledky Králíkové (2013) potvrzují, že kouření mimo jiné způsobuje tuberkulózu a chronickou obstrukční plicní nemoc. Z toho důvodu se bude pozornost autora zaměřovat na studie, které vyčíslují léčbu výše uvedených nemocí.

Výše uvedené studie dokládají souvislost mezi užíváním tabákových výrobků a vzniku nemocí s tím souvisejících.

Proto se v následující části diplomové práce vybere ekonomická studie, která minimálně vyčísluje léčbu nemocí z těchto oblastí: tuberkulóza, infekce dolních cest dýchacích, rakovina průdušnic, rakovina průdušky a plic, ischemická choroba srdeční, cerebrovaskulární onemocnění a chronická obstrukční plicní nemoc, jak uvádí WHO (2012).

3.4 Ekonomické studie

Problematikou kouření a jeho dopadu na finance státního rozpočtu se zabývá řada autorů. Jejich závěry i metodiky výpočtů jsou odlišné na základě toho, kdo studie vypracovával a pro koho je vypracoval. Dále v textu jsou studie spolu komparovány a výsledky vyhodnoceny.

Na základě porovnání ekonomických studií je v závěru této kapitoly vybrána práce, kdy za využití jejích výsledků se vypočítá výše transferu, který odpovídá ceně léčby nemocí způsobených konzumací tabákových výrobků.

3.4.1 Studie Philip Morris ČR a.s. a její kritika

Společnost Philip Morris (PM) si v roce 2000 nechala vypracovat studii: „Public Finance Balance of Smoking in the Czech Republic“ od společnosti Arthur D. Little International, Inc. Výsledkem práce je národohospodářské doporučení, které státu potvrzuje hypotézu, že je výhodné mít mezi obyvatelstvem kuřáky. Vypočítali, že vliv kouření na saldo veřejných financí bylo pozitivní, státu v roce 1999 zůstalo navíc v rozpočtu 5,815 mld. Kč po odečtení nákladů na kouření. Rossová (2004) vytýká studii, že získání 5,815 mld. Kč není skutečný příjem, protože nezahrnuli substituční efekt koupěschopnosti kuřáků. Kdyby občané nekouřili, tak by

své zdroje investovali, spořili nebo spotřebovali a tím pádem by podporovali růst jiného odvětví a stát by taky získal z daní obdobný daňový výnos.

V roce 2006 Mgr. Daniela Habrová Ph.D. obhájila svoji disertační práci (Habrová, 2006), ve které dochází k závěru, že kouření způsobuje ztrátu státní pokladny ve výši 36,33 mld. Kč. Další odhad, který se věnuje této problematice, zveřejňuje Králíková (2013), státní pokladnu kouření stálo 77 až 103 mld. Kč v roce 2000, což odpovídá 3,6 až 4,8 % HDP dosaženého téhož roku.

Podle Petráčka (2010) státní pokladna v roce 2008 získala na daních díky kouření o 30,3 mld. Kč více. Autor také započítal hodnotu ušlé produktivity kuřáků a konečný výsledek jeho práce je ztráta pro státní pokladnu ve výši 30,6 mld. Kč. V roce 2011 se této problematice věnoval Brabec (2011) a došel k závěru, že do státního rozpočtu v témže roce se díky kouření dostalo o 22,3 mld. Kč více po odečtení nákladů, které jsou s touto negativní externalitou spojeny.

Aby společnost Arthur D. Little International, Inc., dala váhu své studii, tak srovnává své výsledky se zahraničními publikacemi. V Nizozemí proběhlo šetření, založené na podobné metodice výpočtu, tak jak udělala studie PM a autoři nizozemské práce zjistili, že nizozemský státní rozpočet vydělal v roce 1997 na kouření 2 617 mil. NLG.

Pro vytvoření objektivního názoru, je potřeba prozkoumat metodiku výše uvedených prací. Například Králíková do svého výpočtu zahrnuje celospolečenské náklady a možné ušlé náklady příležitosti, kdežto studie PM se věnuje dopadům na státní rozpočet a nepočítá s alternativními náklady.

Všechny ostatní práce, kromě Habrové a studie PM se zabývají dopadem na státní rozpočet a nesnaží se vyčíslit celospolečenské náklady a negativní externality, které bezesporu ke kouření patří.

V následující tabulce jsou uvedeny příjmy a výdaje státního rozpočtu v závislosti na fenoménu kouření vypracované pro společnost Philip Morris ČR a.s.

Tab. 5 Příjmy a výdaje podle studie společnosti PM

příjmy	mil. Kč	výdaje	mil. Kč
úspory na zdravotnictví (předčasná úmrtí)	968	náklady na zdravotnictví	12 564
úspory na důchodech (předčasná úmrtí)	196	náklady na zameškané pracovní dny	1 667
úspory na bydlení pro starší občany (předčasná úmrtí)	28	ušlé daně z příjmu (předčasná úmrtí)	1 367
DPH	3 521	náklady na likvidaci požárů způsobených kuřáky	49
spotřební daň	15 648	x	X
daň z příjmu tabákového průmyslu	747	x	X
cla	354	x	X
celkem	21 463	celkem	15 647

Zdroj: Philip Morris ČR a.s.

Veškeré informace, které byly použity ve výše zmíněné práci, pochází z důvěryhodných zdrojů, jak deklarují její autoři. Data poskytly následující organizace: Ministerstvo financí, Všeobecná zdravotní pojišťovna, společnost Philip Morris, Český statistický úřad, Státní úřad pro kontrolu léčiv, odborní lékařští specialisté. Informace také čerpali ze zahraničních studií zabývajících se problematikou kouření.

Výpočet vycházel z ekonomické analýzy nákladů a přínosů, (economic cost benefit analysis), kdy se počítá se skutečně vynaloženými náklady a přínosy a také s nepřímými náklady a nepřímými přínosy. Autoři, se zabývali pouze skutečnými dopady kouření na státní rozpočet. Zvolili si tuto metodu k vytvoření alibi, aby jejich práce nebyla kritizována z celospolečenského pohledu, zda je kouření pro společnost prospěšné či nikoliv.

Habrová (2006) vznáší kritiku na studii PM z nedostatečného uvedení počtu faktorů, které jsou vhodné k objektivnímu výpočtu celkové rozvahy na straně příjmů a výdajů. Uvádí, že z nepřímých nákladů státní pokladny na kuřáctví pracuje studie PM pouze se ztrátou daní z příjmů kvůli předčasné úmrtnosti, s náklady na likvidaci škod požárů způsobených kuřáky a se ztrátou HDP kvůli zameškaným

pracovním dnům kuřáků. Autoři studie PM používají metodiku výpočtu, která k vyčíslení těchto nepřímých nákladů na kouření, vede k podhodnoceným výsledkům.

K vytvoření objektivního pohledu na danou tematiku je potřeba započítat více proměnných, které uvádí Habrová (2006).

Studie PM na straně nákladů nepracuje se ztrátou výše daně z příjmu, kvůli vyšší absenci kuřáků na pracovištích z důvodu jejich léčby nemocí způsobených kouřením a také nižší produktivitě kuřáků na pracovištích díky kuřáckým přestávkám.

Pro vytvoření lepší představy ohledně vypočítaných hodnot rozvahy, prezentuje Habrová příklady: ušlé daně z příjmu osob činily v disertační práci celkově částku 8,893 mld. Kč oproti 1,367 mld. Kč, ke kterým dospěla studie PM, náklady spojené s likvidací škod požárů zaviněné kuřáctvím činily v disertační práci 39,489 mil. Kč, zatímco ve studii PM 49 mil. Kč a náklady na zameškané pracovní dny činily v disertační práci 4,4 mld. Kč, zatímco ve studii PM 1,667 mld. Kč.

Po zveřejnění studie PM napsala Hana Rossová (2004) kritiku, ve které vytýká PM, že používá analýzu nákladů a přínosů, (economic cost benefit analysis), která se dívá na tuto problematiku z pohledu veřejných financí, a problém neřeší jako celospolečenský fenomén s jeho negativními externalitami.

Je s podivem, že PM představilo takovýto výsledek, který měl podpořit zákonodárce v nevytváření nových restrikcí vůči tabákovému průmyslu. Napadá také načasování vydání publikace. Tvrdí, že studie byla zveřejněna v době, kdy měla Poslanecká sněmovna hlasovat o zákonech, které by zvýšili spotřební daň z tabákových výrobků na průměrnou úroveň v EU a zakázali tabákovým společnostem provádět marketingovou propagaci. Tyto zákony by znatelně poškodili společnost PM, protože vyrobila 80 % všech cigaret na trhu v České republice v roce 1999.

Dále Rossová (2004) vyzdvihuje studii PM, že správně nezapočítávala daňový přínos od zaměstnanců tabákových společností. Kdyby neexistoval tabákový průmysl, tak by zaměstnanci pracovali v jiném oboru, kde by odváděli za svou práci daně z příjmu.

Zda by hypotéza byla pravdivá, záleží na tom, v jakém odvětví by zaměstnanci pracovali s jakou produktivitou práce a jaké by byla výše jejich mezd.

Dále kritizuje, že nepočítali s ušlou produktivitou předčasně zemřelých kuřáků, s ušlou ztrátou HDP kvůli předčasnému úmrtí a se sníženou produktivitou práce kuřáků a se zvýšenými náklady zdravotních pojišťoven spojených s léčbou nemocí způsobených kouřením. K tomu připojuje absenci výpočtu nákladů spojených s výplatou sirotčích a vdovských důchodů pozůstalým rodinným příslušníkům.

Habrová (2006) dochází, ke stejnému poznání, že studie vyčísluje na příjmové straně různé úspory vztahované ke kouření, ale na straně výdajové už nejsou tyto

faktory zahrnuté. Konkrétně se nezabývají ztrátou daně z příjmu u předčasně zemřelých kuřáků, sníženým HDP kvůli nemocnosti kuřáků, velikostí zameškaných pracovních dnů a kuřáckými přestávkami během práce. Autoři nepřihlíží ani k tomu, že po některých předčasně zemřelých kuřácích zde zůstávají vdovy, vdovci a nezaopatřené děti, kterým stát vyplácí vdovské a sirotčí důchody.

3.4.2 Výpočet nákladů na zdravotní péči

Pro splnění dílčího cíle této diplomové práce, je důležité znát metodiku výpočtu nákladů léčby nemocí způsobených konzumací tabákových výrobků. V České republice existují pouze dvě práce, které skutečně počítají náklady léčby nemocí způsobených kouřením, proto je vybraným studiím dále v textu věnována větší pozornost.

V následující podkapitole je čtenáři přiblížena metodika výpočtu, která je důležitá pro stanovení velikosti transferu ze spotřební daně z tabákových výrobků do základních fondů zdravotního pojištění jednotlivých zdravotních pojišťoven.

Metodika výpočtu z této kapitoly může posloužit pro výpočet aktualizace výsledků hodnot velikosti transferu.

Pro vyčíslení nákladů vynaložených na léčbu nemocí způsobených přímým kouřením, použila společnost Arthur D. Little International, Inc. a Sovinová (2007) metodu „the disease-based approach“.

Pro vyčíslení nákladů léčby nemocí způsobených pasivním kouřením použili autoři extrapolovaná zahraniční data. Odhad velikosti nákladů na léčení nemocí způsobených pasivním kouřením byl odvozen z australské studie, která stanovila 10 % z celkového objemu vydaných peněz na léčbu nemocí způsobených kouřením. Studie PM počítá, že v roce 1999 léčba následků pasivního kouření zhruba stála 1,142 mil. Kč.

Metoda „the disease-based approach“ je založena na výpočtu podílů přiřaditelných kouření (PPK). Pro výpočet (PPK) je potřebné znát hodnoty relativního rizika a prevalenci kuřáctví ve společnosti. Vztah pro výpočet PPK je následující:

$$PPK = \frac{[(p_0 + p_1(RR1) + p_2(RR2)) - 1]}{[p_0 + p_1(RR1) + p_2(RR2)]}$$

kde, p_0 je procento nekuřáků v populaci; p_1 je procento současných kuřáků v populaci; p_2 je procento bývalých kuřáků v populaci; $RR1$ je hodnota relativního rizika nemoci nebo úmrtí pro současné kuřáky oproti nekuřákům; $RR2$ je hodnota relativního rizika nemoci nebo úmrtí bývalých kuřáků proti nekuřákům Sovinová (2007).

Studie PM používá hodnoty relativního rizika z americké studie „Cigarette Smoking - Attributable Mortality and Years of Potential Life Lost, direct health-care costs of smoking, USA 1990“, jelikož obdobný výzkum nebyl nikdy v České republice proveden. Data o prevalenci kuřáctví ve společnosti získali od Českého statistického úřadu.

Sovinová (2007) používá hodnoty relativního rizika ze stejné americké studie, ale jsou aktuálnější, pocházejí z roku 1997. Data o prevalenci kuřáctví ve společnosti získala z české části projektu GENACIS z roku 2002.

K úspěšnému výpočtu nákladů léčby nemocí způsobených kouřením je potřeba znát množství vyplacených peněžních prostředků na jednotlivá onemocnění. Všeobecná zdravotní pojišťovna poskytla autorům studie PM informace o výši peněžních prostředků, které v roce 1999 byly použity na léčbu všech nemocí, které souvisejí s kouřením.

Všeobecná zdravotní pojišťovna v témže roce měla ve svém portfoliu 74 % ze všech klientů a byla tak dominantním hráčem na trhu se zdravotním pojištěním. Objektivní výpočet, by měl zachycovat 100 % trhu, z toho důvodu se zbývajících 26 % dopočítalo za předpokladu, že počet kuřáků je rovnoměrně rozdělen mezi pojišťovnami.

Sovinová (2007) také použila údaje z VZP, ale pro rok 2002. V té době pojišťovna měla ve svém portfoliu 68,1 % ze všech klientů. Tudíž, se do celkových nákladů na léčbu nemocí způsobených kouřením aproximovalo zbylých 31,9 % trhu.

Rossová (2004) vytýká, že studie, použily údaje pouze z VZP a nepoužily údaje z jiných pojišťoven. Nesouhlasí s předpokladem, že kuřáci jsou rovnoměrně zastoupeni u zbytku pojišťoven. Tento argument je oprávněný, ale z technických důvodů je obtížné získat data z jiných pojišťoven. Navíc VZP má ve svém portfoliu 7/10 z celkového počtu klientů, kteří tvoří silný reprezentativní vzorek.

Na základě těchto získaných údajů se dá odhadnout výše nákladů zdravotních pojišťoven v souvislosti s proplácením léčby nemocí způsobených kouřením.

V následující tabulce jsou uvedeny hodnoty podílů přiřaditelných kouření, které slouží k výslednému výpočtu nákladů.

Pro lepší pochopení je níže uveden příklad: léčba veškerých výdutí aorty znamenáných v České republice v roce 2002 byla ve výši 118 265 000 Kč. Náklady způsobené kouřením činily 61 646 000 Kč. Pokud známe celkové náklady, jak pro muže i ženy a víme, že díky kouření touto nemocí onemocnělo 59 % mužů a 31 % žen, tak se pro výslednou hodnotu nákladů pouze dopočítá poměr z celkové ceny léčby (Sovinová, 2007).

Tab. 6 Podíly přiřaditelné kouření ve studii PM a Sovinové

onemocnění:	muži (%)	muži (%)⁴	ženy (%)	ženy (%)
neoplasmy				
rakovina rtu, ústní dutiny, hltanu	91	92	52	54
jícen	72	78	69	69
slinivka břišní	30	30	23	28
hrtan	79	82	80	83
průdušnice, plíce, průdušky	89	91	72	73
děložní čípek			21	26
močový měchýř	43	48	27	31
ledviny a močové cesty	44	49	9	10
kardiovaskulární onemocnění				
vysoký tlak	26	28	14	14
ischemická choroba srdeční	42	46	32	32
ostatní onemocnění srdce	26	29	14	15
cerebrovaskulární onemocnění, věk 35 – 65 let	52	59	47	45
cerebrovaskulární onemocnění, starší 65ti let	26	19	11	3
ateroskleróza	55	59	32	31
aneurysma aorty	55	59	32	31
ostatní cévní onemocnění	55	59	32	31
respirační onemocnění				
pneumonie a chřipka	28	33	22	23
chronická obstrukční plicní nemoc	78	83	69	74
ostatní respirační onemocnění	28	34	22	23
onemocnění dětí do věku 1rok				

⁴ Údaje pochází z práce (Sovinová, 2007). Hodnoty této práce jsou zobrazeny ve druhém a čtvrtém sloupci.

předčasný porod a nízká porodní váha	16	32	16	22
syndrom dechového distresu	16	32	16	22
ostatní respirační onemocnění novorozenců	16	32	16	22

Zdroj: Studie PM a Sovinová

Studie PM nerozlišuje věkově ischemickou chorobu srdeční na rozdíl od Sovinové, která má v tom to případě dvě kategorie; 35+ a 65+. Zajímavé je, že větší pravděpodobnost výskytu se objevuje u mladší kategorie. Pravděpodobně se kuřáci dožívají nižšího věku než 65 let. Podobný výskyt je možné pozorovat i u cerebrovaskulárních onemocnění.

Sovinová (2007) má mírné odchylky ve své práci vůči studii PM. Zejména se jedná o počet uvedených nemocí. Ke svému výzkumu přidává tuberkulózu, astma, astmatický stav, chronické a jiné respirační nemoci vzniklé v perinatálním období a syndrom náhlé smrti kojence.

Při stanovení diagnóz⁵ nemocí dochází často ke špatnému přiřazení kódu v mezinárodní klasifikaci nemocí. To vede ke statistické odchylce konečného výsledku. Z toho důvodu se výsledky musí chápat jako orientační, ale vytváří hranici, která může sloužit jako základní můstek dalším autorům, kteří budou řešit problém výpočtu nákladovosti léčby nemocí způsobených kouřením.

Habrová (2006) vytýká studii PM, že do výpočtu nezařadili nenádorová plicní chronická onemocnění (chronická bronchitis, rozedma), mozkové cévní příhody, nemoci cév a aneurysma s vysokým atributivním rizikem.

Tento názor je zavádějící, jelikož výše zmíněné nemoci mohou být zahrnuty v kolonkách „ostatní“. Pokud si uvědomíme, kolik nemocí se nachází pod jednotlivými názvy nemocí z hlediska mezinárodní klasifikace, tak zjistíme, že jsou to velice obsáhlé seznamy. Z toho důvodu je důležité použít k vyčíslení nákladů léčby nemocí způsobených kouřením přesné kódy diagnóz podle MKN 10. Kódy diagnóz od Sovinové jsou v příloze B této diplomové práce.

Výsledky výdajů byly porovnány se sedmi studiemi, které vyšly ve Spojených státech amerických, Kanadě a Nizozemsku. Dospělo se k závěru, že kouření stojí od 6 % do 14 % z celkových výdajů do zdravotnictví v jednotlivých zemích.

⁵ Gocál, Radan, MUDr. Osobní rozhovor s bývalým ředitelem nemocnice v Novém Jičíně. Ostrava, 15. 2. 2016

Ve studii PM byl vypočítán interval výdajů od 10 280 mil. Kč do 12 564 mil. Kč, kdy se pro výpočet použil průměr výše zmíněných hodnot, tedy 11 422 mil. Kč.

Sovinová (2007) vypočítala, že náklady léčby nemocí způsobených kouřením spojené s hospitalizací se pohybovali okolo 6 145 mil. Kč v roce 2002. Výpočet nezahrnoval výdaje za ambulantní péči. Králíková (2013) uvádí, že náklady ambulantní péče dosahují 35 % až 50 % celkových nákladů na zvýšenou zdravotní péči v důsledku kouření. Jestliže se započítá výše uvedený údaj k nákladům na léčbu nemocí způsobených kouřením, tak celkové výdaje za léčbu následků kouření jsou 8 295 mil. Kč, při použití nejnižší hranice (35 %).

3.4.3 Komparace ekonomických studií

V následující tabulce jsou výsledky nákladů na léčení od všech výše uvedených autorů. Dále jsou v tabulce vypočteny podíly nákladů na léčení nemocí způsobených kouřením a celkovými výdaji na zdravotnictví pro každý rok, kdy byly práce vytvořeny. Studie jsou seřazeny podle roku vypracování.

Tab. 7 Porovnání výsledků studií

autor	rok vypracování	výdaje na léčbu vůči celkovým výdajům na zdravotnictví	částka (mil. Kč)
Arthur D. Little International, Inc.	2000	9,69 %	12 564
Sovinová	2002	3,43 %	6 145
Habrová	2006	8,01 %	18 148
Petráček	2010	6,55 %	18 950
Brabec	2011	13,07 %	37 622
Králíková	2013	7,66 %	23 000

Zdroj: Vlastní práce

Největší podíl nákladů na léčení nemocí způsobených kouřením a celkovými výdaji na zdravotnictví je v práci vypracované Ing. Brabcem, kde hodnota dosahuje 13,07 %. Nejnižší hodnota je naopak u Sovinové, kde hodnota dosahuje 3,43 %. Rozdíly jsou způsobené různými metodikami výpočtu nákladů a rozdílnými výdaji na zdravotnictví pro daný rok. Od roku 2002 výdaje na zdravotnictví neustále rostou.

Hlavní rozdíl mezi studiemi je ve způsobu výpočtu nákladů na léčení. Všichni autoři kromě Sovinové a společnosti Arthur D. Little International, Inc. nepoužívají metodu „the disease-based approach“ při výpočtu nákladů na léčbu nemocí způsobených kouřením.

Všichni autoři kromě Sovinové a společnosti Arthur D. Little International, Inc. používají zahraniční studie, které stanovují podíl nákladů k HDP nebo k celkovým nákladům na zdravotnictví.

Metoda „the disease-based approach“ odráží realitu s největší pravděpodobností, protože pracuje se skutečně vynaloženými náklady, ale i zde dochází ke statistickým chybám. Odchylka u prevalence kuřáctví se pohybuje v rozmezí (+/-2 %). Z toho důvodu bude vybrána studie pro další potřeby této diplomové práce od Sovinové nebo od společnosti Arthur D. Little International, Inc.

Pro následující výpočet transferu je vybrána studie Sovinové. Byla vybrána z důvodu aktuálnějších dat, než použila studie PM. Dále zahrnuje do výpočtu více počtů diagnóz. Data o prevalenci kuřáctví v populaci pocházejí z roku 2002, kdežto studie PM použila data z roku 1997. Práce Sovinové (2007) byla zpracována bez předchozí objednávky. Tudíž lze předpokládat, že studie je objektivnější než studie PM, kterou si nechala společnost Philip Morris ČR a.s. vypracovat externí společností.

4 Vlastní práce

V následující části se diplomová práce věnuje výpočtu výše transferu z hrubého výnosu spotřební daně z tabákových výrobků. Dále se suma finančních prostředků získaná ze spotřební daně z tabákových výrobků přerozdělí mezi zdravotní pojišťovny a následně finanční prostředky doputují od zdravotních pojišťoven do zdravotních zařízení, které léčí nemoci způsobené kouřením.

V předešlé kapitole byly srovnávány mnohé studie od různých autorů, které odhadovaly velikost finančních prostředků potřebných pro financování léčby nemocí způsobených kouřením.

Pro další zpracování jsou vybrány výsledky z práce Sovinové (2007), z důvodu uvedených v předchozí kapitole. Autorka došla k závěru, že zdravotní pojišťovny v roce 2002 zaplatily za úhradu léčby nemocí způsobených kouřením u hospitalizovaných pacientů 6 145 mil. Kč.

V této částce není počítáno s léčbou nemocí způsobených pasivním kouřením. V roce 2016 má být schválen zákon, který by zakazoval kouření v restauracích. Prosazením zákona by se snížil počet zaměstnanců pracujících v provozech, kde se konzumují tabákové výrobky a tím se sníží incidence a náklady spojené s léčbou nemocí způsobených pasivním kouřením.

Výpočet odhadu je proveden na základě porovnání výsledku z práce Sovinové (2007) se skutečnými nominálními výdaji na zdravotnictví v témže roce, kdy studie byla vytvořena. V tabulce jsou uvedeny nominální částky výdajů na zdravotnictví v průběhu let.

Tab. 8 Výdaje na zdravotnictví v mil. Kč

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
178 923	195 155	206 725	215 584	226 810	241 935	264 520
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
292 708	289 035	287 768	293 306	290 943	299 923	

Zdroj: ÚZIS, ČR

Celkové výdaje na zdravotnictví jsou financovány z veřejných prostředků, které se skládají z příjmů z plateb za zdravotní pojištění a plateb ze státních a místních rozpočtů. Celkovou výši výdajů doplňují přímé soukromé platby obyvatelstva. Za soukromé výdaje lze označit výdaje domácností za léky, některé pracovní úkony stomatologů, nadstandardy či regulační poplatky. Pro rok 2015 a 2016 je platný pouze regulační poplatek za návštěvu pohotovostní služby v hodnotě 90 Kč, poplatek platí také u pohotovostní služby v oboru zubní lékařství.

Jelikož práce Sovinové (2007) byla vytvořena v roce 2002, je důležité vysvětlit strukturu výdajů na zdravotnictví v témže roce. Z celkových výdajů na zdravotnictví tvořily platby ze zdravotního pojištění 81,6 %, ze státních a místních rozpočtů tvořily 9,8 % a soukromé výdaje obyvatelstva tvořily 8,6 %. Největší část tvoří platby na zdravotní pojištění. Ve výše uvedené časové řadě, výdaje na zdravotnictví neustále rostou (Zdravotnická ročenka, 2004).

Jeden z důvodů růstu výdajů na zdravotnictví je v narůstajícím počtu provedených výkonů na pacienta. Lékaři často provádí zbytečné výkony. Za jeden hospodářský rok se provede až 30 % zbytečných výkonů. Další vliv je v rostoucí ceně léčiv, především cytostatik na léčbu nádorových onemocnění a také v růstu ceny přístrojů a nových technologií⁶.

Výdaje na léčení nemocí způsobených kouřením tvořily přibližně 3,44 % celkových výdajů na zdravotnictví v roce 2002.

4.1 Výpočet odhadu – první varianta

Na základě využití metodiky výpočtu z práce Sovinové (2007) se vypočítá poměr vůči výnosu ze spotřební daně. Hlavní myšlenkou práce je zajistit úhradu léčby nemocí nemocných kuřáků z finančních prostředků, které se vyberou ze spotřební daně z tabákových výrobků. Z toho důvodu je důležité provádět výpočet vůči celkovému výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků.

V kapitole 3.2 je v tabulce prezentován vývoj výnosu spotřební daně z tabákových výrobků, kdy v roce 2002 se vybralo 16 700 mil. Kč. Předpokládaná cena léčby nemocí způsobených kouřením byla odhadnuta v práci Sovinová (2007) na hodnotu 6 145 mil. Kč, tudíž cena léčby tvořila z výnosu spotřební daně 36,79 %.

V následující tabulce jsou vypočítány hodnoty velikosti transferu z výnosu spotřební daně, kdyby se za podmínky „ceteris paribus“ předpokládalo, že by se od roku 2002 do roku 2014 přeposílalo do základního fondu zdravotního pojištění 36,79 % z výnosu ze spotřební daně.

⁶ Bek, Jiří, MUDr. Osobní rozhovor. Praha, 22. 3. 2016

Tab. 9 Výpočet transferu ze stanovené procentní částky

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
6 145	6 955	8 096	9 347	11 849	17 259	13 800
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
13 873	15 640	16 560	17 296	17 222	16 449	

Zdroj: Vlastní práce

Pro srovnání, Ministerstvo dopravy, přesněji Státní fond dopravní infrastruktury získává finanční prostředky ve výši 9,1 % z celostátního hrubého výnosu spotřební daně z minerálních olejů dle předpisu č. 243/2000 Sb., zákon o rozpočtovém určení daní § 5.

Pokud by byl uzákoněn převod části spotřební daně do základního fondu zdravotního pojištění, tak by v roce 2014 byla hodnota transferu 16,4 mld. Kč. Výpočet neodráží žádné změny v chování kuřáků nebo vývoj cenové hladiny léčby nemocí. Výpočet byl proveden vynásobením celkových příjmů ze spotřební daně z tabákových výrobků výše uvedeným procentem odpovídající ceně léčby nemocí způsobených kouřením platné pro rok 2002.

Využití této metody pro stanovení výše transferu není objektivní vzhledem k reálné snaze určit přiměřené množství finančních prostředků, které by odpovídalo skutečným výdajům na léčení nemocí způsobených konzumací tabákových výrobků v roce 2014. Výpočet nezahrnuje vývoj změn proměnných faktorů, které souvisejí s léčbou nemocí způsobených kouřením.

4.2 Výpočet odhadu – druhá varianta

Jelikož nebyla vypracována studie podobná práci Sovinové za období od roku 2003 do 2016, tak se ve druhé variantě výpočtu převedou náklady na léčbu nemocí způsobených kouřením do roku 2014. Převedení není počítáno do roku 2015, protože nejsou zatím hotové statistiky za uplynulý rok.

Druhá metoda výpočtu spočívá v extrapolaci nákladů na léčení z roku 2002 do roku 2014 za pomoci indexů inflace. Indexy inflace (Český statistický úřad, 2015) jsou uvedeny v příloze A této diplomové práce.

Za použití získaných hodnot měř inflace se vypočítala suma finančních prostředků, která za podmínky „ceteris paribus“ by odpovídala v roce 2014 velikosti nákladů na léčení. Do výpočtu nejsou zahrnuty žádné jiné faktory.

Tab. 10 Vývoj nákladů léčení nemocí způsobených kouřením v mil. Kč

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
6 145	6 157	6 329	6 449	6 611	6 796	7 224
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
7 296	7 406	7 546	7 795	7 904	7 936	

Zdroj: Vlastní práce

V roce 2014 by dle výpočtu dosahovala cena léčby 7,9 mld. Kč. Oproti počátečnímu roku 2002 se jedná o nárůst cenové hladiny o 22,49 %. Při porovnání výdajů na léčení nemocí způsobených kouřením s celkovými výdaji na zdravotnictví zjistíme, že se podíl nákladů na léčení nemocí způsobených kouřením neustále snižuje, protože celkové náklady na zdravotnictví rostou rychleji než inflace. V roce 2014 by výdaje na léčení tvořily 2,65 % z celkových výdajů na zdravotnictví podle výše vypočítaného odhadu. Pro základní rok 2002 odpovídaly skutečné výdaje na léčení 3,44 % celkových výdajů na zdravotnictví. Jedná se o pokles 0,79 procentního bodu vůči vypočítanému odhadu.

V následující tabulce je proveden výpočet odhadu velikosti transferu vůči výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků v průběhu let. Je evidentní, že výnos ze spotřební daně roste rychleji, než náklady na léčení. Rychlejší růst je dán postupným zvyšováním sazeb spotřební daně nezávazně na růstu inflace nebo HDP.

V tabulce je uveden v prvním řádku výnos spotřební daně z tabákových výrobků a v druhém řádku jsou vypočítány podíly výše odhadnutých nákladů na léčení nemocí způsobených kouřením vůči výnosu spotřební daně.

Tab. 11 Vývoj výnosu spotřební daně a podíl nákladů na léčení v mil. Kč

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
16 700	18 900	22 000	25 400	32 200	46 900	37 500
36,8 %	32,6 %	28,8 %	25,4 %	20,5 %	14,5 %	19,3 %
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
37 700	42 500	45 000	47 000	46 800	44 700	
19,4 %	17,4 %	16,8 %	16,6 %	16,9 %	17,8 %	

Zdroj: Vlastní práce

Data o výnosu spotřební daně pochází z výroční zprávy Celní správy (2015). Z časové řady je patrný klesající trend podílu nákladů na léčení vůči výnosu spotřební daně. V roce 2014 se vybralo 44,7 mld. Kč, kdy náklady na léčení tvořily 17,8 % výnosu.

Pro srovnání se v roce 2014 vybralo z výnosu spotřební daně z minerálních olejů 80,1 mld. Kč, což odpovídá příjmu transferu o velikosti 7,2 mld. Kč pro Státní

fond dopravní infrastruktury, což odpovídá zákonem stanovenému transferu o velikosti 9,1 %.

4.3 Srovnání variant výpočtů

V následující tabulce jsou prezentovány výsledky dvou variant výpočtů.

Tab. 12 Srovnání výsledků

metoda	podíl na SPD			
	v procentech (%)		celková suma v mil. Kč	
	rok 2002	rok 2014	rok 2002	rok 2014
první varianta	36,79	36,8	6 145	16 449
druhá varianta	36,79	17,8	6 145	7 936

Zdroj: Vlastní práce

Nejvyšší náklady léčby nemocí způsobených kouřením vychází při dodržení první varianty. Transfer o velikosti 36,79 % neodpovídá dnešní realitě. Z toho důvodu, není možné požadovat prosazení této výše transferu bez ohledu na vytvoření její aktualizace.

Druhá varianta výpočtu sice zahrnuje změny ve vývoji cenové hladiny, ale nezahrnuje změny ve vývoji nákladů léčby nemocí způsobených kouřením. Z toho důvodu autor pro následující část diplomové práce doporučuje držet se první varianty a pro potřeby dnešních dnů navrhuje provést aktualizaci práce Sovinové (2007).

Pro praktické využití této diplomové práce v podobě vytvoření zákona, který by nastavil systémovou úpravu, je potřeba precizněji stanovit velikost transferu.

Autor doporučuje vytvořit komisi, nejlépe z výboru pro zdravotnictví v Poslanecké sněmovně, která by každé čtyři roky aktualizovala výši transferu. Aktualizace by měl vytvářet výbor pro zdravotnictví, protože se jedná o ústavní činitele, kteří jsou nezávislí a mohou vytvořit objektivní aktualizaci. Dále mohou snadno získat informace, potřebné pro vytvoření aktualizace, protože VZP je zřízena ze zákona. Dále mohou překládat návrhy zákonů.

Komise nebo pracovní skupina by měla zvážit při vytváření aktualizace několik proměnných. Autor v následujícím textu vytvoří návrh oblastí, které by měly být zváženy při tvorbě aktualizace výše transferu.

Počet kuřáků a jejich prevalence

Jako důležitá proměnná je počet uživatelů tabáku ve společnosti. V následujícím textu je proveden výpočet, který zahrnuje vývoj počtu kuřáků za posledních dvanáct let. Podle Státního zdravotního ústavu (2014) je mírně klesající trend v celkovém počtu kuřáků.

V následující tabulce jsou počty kuřáků, které zahrnují věkové skupiny od 15 let až po občany starší 65 let (Český statistický úřad, 2015).

Tab. 13 Celkový počet kuřáků (v tis.)

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
2 123	2 899	2 660	2 650	2 580	2 653	2 523
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
2 629	2 640	2 608	2 436	2 351	2 287	

Zdroj: Vlastní práce

Hodnoty jsou získány vynásobením počtu obyvatel, ve výše uvedeném věkovém intervalu, procentem uživatelů tabákových výrobků. Odhad pro získání prevalence kuřáků probíhá na základě dotazníkového šetření, které provádí Státní zdravotní ústav (2014). Pracovní skupina, by měla spolupracovat se Státním zdravotním ústavem a pravidelně aktualizovat data o prevalenci kuřáctví.

V následující tabulce jsou prezentovány výsledky výpočtu, který v sobě zahrnuje vývoj počtu kuřáků a vývoj cenové hladiny. Náklady na léčení klesají, díky nižšímu počtu kuřáků.

Cena léčby nemocí způsobená užíváním tabáku se vypočítala vynásobením rozdílů v populaci kuřáků a cenou léčby nemocí způsobených kouřením pro rok 2002. Podle indexů inflace se provedla extrapolace výsledků až do roku 2014 za podmínky „ceteris paribus“.

Tab. 14 Vývoj nákladů na léčení při zohlednění počtu kuřáků v mil. Kč

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
6 145	8 409	7 924	7 825	7 662	7 903	7 772
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
7 692	7 763	7 701	7 292	6 908	6 653	

Zdroj: Vlastní práce

Při zohlednění vlivu počtu kuřáků je zřejmé, že náklady jsou klesající. Pokud by výše transferu měla zahrnovat aktuální počet kuřáků, tak by pro rok 2014 odpovídala 14,8 % výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků.

Vliv počtu kuřáků má znatelný dopad na výši transferu. Z toho důvodu je důležité, aby pracovní skupina věnovala pozornost této proměnné.

Aktualizace nákladů na hospitalizaci Všeobecné zdravotní pojišťovny

Práce Sovinové (2007) byla vypracována pro rok 2002. Použila pro její výpočet informace z VZP o nákladech hospitalizace. V nákladech hospitalizace se promítají veškeré náklady, které jsou s hospitalizací spojeny. Proto by měla pracovní skupina také požádat VZP o aktuálnější data. Například růst cen léků, zdravotních pomůcek, růst platů a mezd lékařského personálu a pomocného personálu se promítají do nákladů hospitalizace.

Pro uvedení příkladu pohybu změn proměnných, je v následující tabulce uveden růst vývoje objemu distribuovaných léčivých přípravků. Hodnoty jsou v běžných cenách a jsou očištěny od DPH a obchodní marže.

Tab. 15 Vývoj nákladů distribuovaných léčivých prostředků

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
34,65	37,67	41,10	46,82	43,66	50,11	52,80
2009	2010	2011	2012	2013		
58,31	59,04	58,74	58,67	55,21		

Zdroj: ÚZIS, 2013

Od roku 2002 se výrazně zvýšily ceny léčiv. Tato skutečnost nepochybně ovlivňuje cenu provedeného výkonu léčby nemocí způsobených kouřením. V následující tabulce je uveden příklad růstu průměrných měsíčních mezd lékařských pracovníků a stomatologů v Kč. Výše mezd lékařského personálu se také promítá do ceny provedeného výkonu.

Tab. 16 Vývoj mezd lékařských pracovníků v Kč

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
30 361	32 546	35 136	37 659	39 962	40 549	43 767
2009	2010	2011	2012	2013		
47 266	49 223	55 541	55 957	54 863		

Zdroj: ÚZIS, 2013

Výše uvedené příklady ukazují změny proměnných. Proto by pracovní skupina měla aktualizovat výpočet nákladů léčby nemocí způsobených kouřením. Tyto příklady jsou zahrnuty v ceně za léčbu hospitalizace, proto bude stačit požádat VZP a další pojišťovny, aby pracovní skupině poskytla potřebná data o nákladech hospitalizace.

Podíly přiřaditelné kouření

Ve Spojených státech amerických byla provedena studie „Cancer Prevention Study II“ v roce 1997. Studie se zabývá vytvořením kvantifikace podílu kouření na mortalitě u jednotlivých diagnóz nebo diagnostických skupin.

Pokud by se vytvořila studie na základě metodiky výše jmenované práce, tak by se odhad nákladů na léčení nemocí způsobených kouřením velice zpřesnil. Získané informace pro Českou republiku v oblasti podílu kouření na mortalitě by se použily při přesnějším výpočtu výše nákladů spojených s léčbou nemocí. V tabulce číslo 6 jsou informace o podílu kouření na mortalitě získané z USA. v kapitole 3.4.2. je vysvětlen způsob výpočtu nákladů léčby nemocí způsobené kouřením.

4.4 Návrh redistribuce

V předchozí části autor diplomové práce doporučil posílat 36,79 % z hrubého výnosu spotřební daně z tabákových výrobků do fondů zdravotního pojištění všech zdravotních pojišťoven na léčbu nemocí způsobených užíváním tabákových výrobků. Autor ale zdůrazňuje, že výsledek velikosti transferu by měl být aktualizován.

Během dokončování této diplomové práce přišla Česká lékařská komora (ČLK) s návrhem každoročního transferu výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků ve výši 10 % do základního fondu zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven⁷.

Česká lékařská komora nemá žádnou studii k dispozici, která by podporovala 10 % výši transferu. Číslo bylo náhodně vymyšleno. Každopádně, dlouhodobě Česká lékařská komora upozorňuje na nedostatek financí ve zdravotnictví, kvůli kterému nemohou zdravotnická zařízení zajistit bezpečnou, dostupnou a kvalitní péči.

4.4.1 Úvod do problematiky redistribuce

Pro správné pochopení návrhu redistribuce je potřeba vysvětlit mechanismy přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění. V kapitole 3.1 Systém zdravotnictví v České republice je vysvětleno fungování systému. V této kapitole, která navazuje na výše zmíněnou kapitolu, je dopodrobna prezentován způsob přerozdělení pojistného.

Na následujícím obrázku je zjednodušený koloběh finančních prostředků ve zdravotnictví. Finanční prostředky od plátců pojištění a státních pojištěnců putují na „zvláštní účet“ spravovaný Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, jak udává zákon

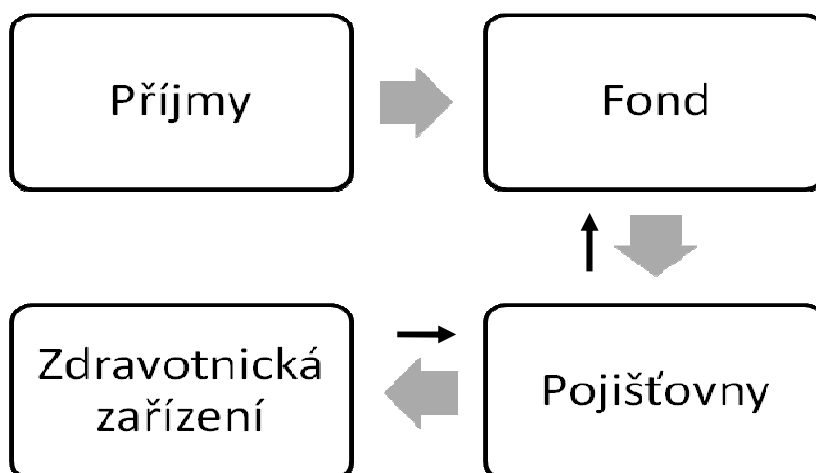
⁷ Sojka, Michal, MUDr. telefonický rozhovor s mluvčím ČLK. Brno, 10. 4.

č. 592/1992 Sb. Mezi příjmy se také řadí inkaso z pokut, penále a přirážek. Tyto finanční prostředky jsou na obrázku znázorněny jako „Příjmy“.

Zvláštní účet je na obrázku znázorněn jako „Fond“. Na tento účet je měsíčně přeposíláno vybrané pojistné od všech zdravotních pojišťoven, které kumulují pojistné na účtech komerčních bank. Chystá se novela zákona, která by nařizovala zdravotním pojišťovnám, zřídit si účty u České národní banky (E15.cz, 2016). Za státní pojištěnce odvádí pojistné Ministerstvo financí.

Správce zvláštního účtu každý měsíc přerozděluje podle klíče finanční prostředky zdravotním pojišťovnám, které dále putují do jejich základních fondů zdravotního pojištění.

Ze zvláštního účtu se přerozděluje 100 % vybraného pojistného dle zákona č. 592/1992 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Každá, ze sedmi zdravotních pojišťoven působící na českém trhu, získá odpovídající sumu finančních prostředků na základě mechanismu přerozdělení z výběru pojistného. Příjemci přerozděleného pojistného jsou v obrázku znázorněni jako „Pojišťovny“.



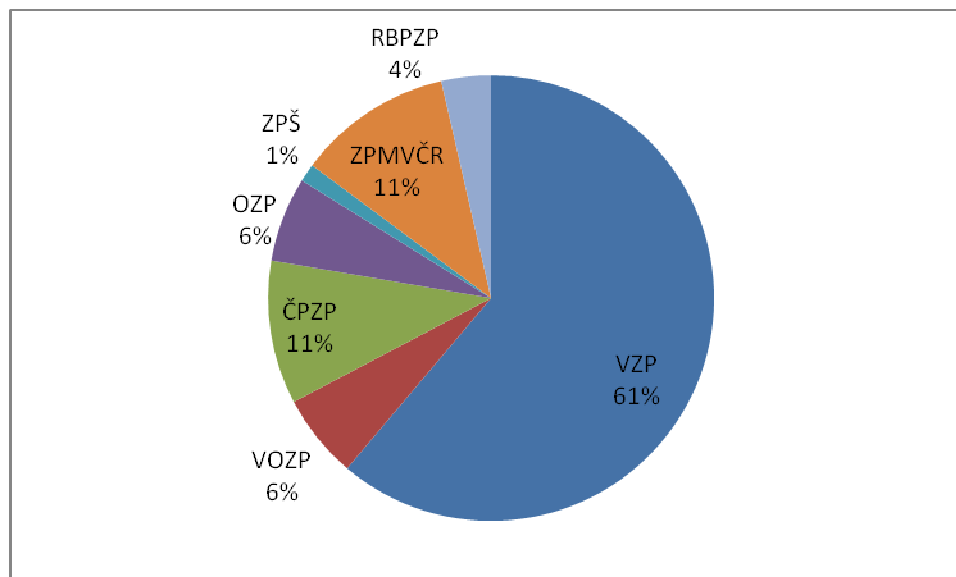
Obr. 2 Přesun finančních prostředků a informací
Zdroj: Vlastní práce

Transfer finančních prostředků z fondu do pojišťoven

Velikost finančních prostředků, které pojišťovny získají, závisí na dvou faktorech. Jako hlavní faktor je pohlaví a věk klientů, které má pojišťovna ve svém portfoliu. Další faktor je množství nákladných pacientů v portfoliu.

Pojišťovny posílají měsíčně správci účtu reporty o změnách v portfoliu klientů a informace o výši vybraného pojistného. Na základě reportů Správce účtu upravuje velikost přerozdělování. Na následujícím grafu je zaznamenáno přerozdělení pojistného pro měsíc březen roku 2016. Z grafu je patrné, že VZP získala nejvíce

finančních prostředků, konkrétně se jedná o 13,2 mld. Kč. Nejméně finančních prostředků získala Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, konkrétně 283 mil. Kč.

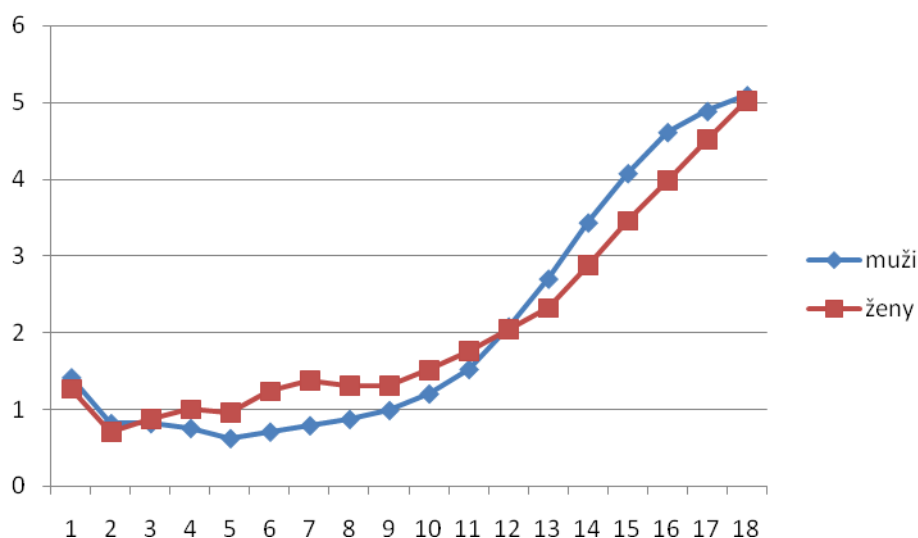


Obr. 3 Přerozdělení pojistného

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví, 2016

Správce účtu používá metodiku pro přerozdělování pojistného. Metodika je založena na výpočtu nákladového indexu pro dané pohlaví a věkovou skupinu, kterým se násobí počet všech pojištěnců v dané pojišťovně.

Na následujícím grafu je nákladový index vydaný Ministerstvem zdravotnictví platný pro rok 2016. Klienti jsou rozděleni do 18 věkových skupin po 5 letech věku a pohlaví. Na každého člověka v dané skupině připadá průměrná výše nákladů na léčení znázorněna indexem. Základní skupinou s nákladovým indexem v hodnotě 1,0 je skupina žen ve věku 15 až 20 let.



Obr. 4 Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění pro rok 2016
Zdroj: vyhláška č. 303/2015 Sb.

Na vertikální ose jsou vyneseny hodnoty nákladových indexů. Nejvyšší hodnota indexu je 5,0948 pro věkovou skupinu 85 a více let, mužské pohlaví. Hodnota indexu pro ženy ve stejné věkové skupině je 5,0277. Na horizontální ose je vyznačeno 18 věkových skupin v intervalu 5 let.

Z grafu je patrné, že nejméně nákladnou věkovou skupinou jsou lidé od 10 do 20 let, naopak nejdražší klienti jsou od 80 a více let. Nákladový index určuje, které skupiny jsou nákladnější na léčbu, než jiné. Je zajímavé, že muži jsou méně nákladní na léčbu do věku 55 až 60 let než ženy. Poté se stav obrací. Přesná čísla jednotlivých kódů nemocí pro jednotlivé skupiny jsou uvedena v příloze A.

Výše nákladovosti neboli nákladové indexy se stanoví podle zákona České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, předpis č. 592/1992 Sb.

Výpočet nákladového indexu

$$\text{Nákladový index} = \frac{(\text{☉ náklady na pojištění} - \text{náklady na nákladné pojištění})}{\text{☉ náklady na standardizované pojištění}}$$

Nákladové indexy se vypočítají jako podíl průměrných nákladů na pojištění v dané skupině podle věku a pohlaví po odečtení části nákladů na nákladné pojištění a průměrných nákladů na standardizovaného pojištění,

kde:

průměrné náklady na pojištění jsou průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištění v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrné

náklady standardizovaných pojištěnců se stanoví jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na ženy ve věku 15 - 20 let.

Pro výpočet se použijí údaje od všech zdravotních pojišťoven z posledního účetně uzavřeného kalendářního roku. Hodnoty nákladového indexu platné pro daný rok, vyhláší úhradová vyhláška vydaná Ministerstvem zdravotnictví.

Za použití výše vysvětlené metodiky Správce účtu přerozdělí vybrané pojistné. Celková měsíční suma finančních prostředků, kterou obdrží každá zdravotní pojišťovna, se vypočítá následným výpočtem:

$$Finance = \frac{\text{vybrané pojistné}}{\text{všichni pojištěnci}} \times (\text{nákladový index} \times \text{počet pojištěnců})$$

Pojem „Finance“ se rozumí měsíční příjem pro konkrétní pojišťovnu. Pojem „vybrané pojistné“ znamená celkovou sumu finančních prostředků od všech zdravotních pojišťoven, která se za celý měsíc nakumuluje na zvláštním účtu Správce.

Pojem „všichni pojištěnci“, znamená součet všech pojištěnců v každé skupině podle věku a pohlaví. Pojem „počet pojištěnců“ znamená součet všech pojištěnců v každé skupině a pohlaví pro danou pojišťovnu.

Transfer finančních prostředků z pojišťoven do zdravotnického zařízení

Ze získané sumy finančních prostředků, zdravotní pojišťovny hradí léčbu pacientů u svých smluvních zdravotních zařízení. Ambulantní léčba nemocí je hrazena výkonově, paušálem a kapitační platbou. Lůžková péče je hrazena výkonově, paušálem a DRG. Nejčastěji používaný způsob úhrady probíhá paušálem.

Ve Fakultní nemocnici v Olomouci je zhruba 70 % všech nákladů hrazeno příjmem z paušálu. Zbývajících 30 % tvoří příjmy z ostatních způsobů úhrady. Dle odhadu v České republice převažuje paušální způsob úhrady⁸.

Způsob úhrady probíhá na měsíční bázi. Pojišťovny posílají zdravotnickým zařízením zálohové platby ve formě paušálové úhrady a zdravotnická zařízení vykazují uskutečněné výkony. Smluvní zdravotnická zařízení pravidelně posílají pojišťovnám K-dávky, což jsou „faktury“ za vykonané zákroky.

K-dávky obsahují: jméno, rodné číslo pacienta, diagnózu, kódy výkonů a datum provedení zákroku. Zdravotní pojišťovny provedou kontrolu uskutečněných výkonů. Pokud naleznou pochybení, mohou uplatnit penále vyplývající z uzavřené smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotním zařízením.

⁸ Šamaj, Martin, Mgr., MBA. telefonický rozhovor s náměstkem nelékařských oborů ve Fakultní nemocnici v Olomouci. Brno, 20. 4. 2016

Historická znalost K-dávek dává zdravotním pojišťovně informace o vývoji počtu výkonů a může tak predikovat vývoj nákladů a určovat zdravotnickým zařízením, velikost paušálu v letošním roce vůči předchozím dvěma obdobím.

Paušálová úhrada není flexibilní. Na aktuální změny ve struktuře a objemu poskytnuté zdravotní péče nejde rychle reagovat. Dlouho používaná paušální úhrada naprosto nemusí odpovídat realitě struktury a množství poskytnuté zdravotní péče, protože zdravotní zařízení vykazují zbytečné zákroky, jen aby splnily hodnoty pro referenční období a nesnížil se jim rozpočet pro další hospodářský rok⁹.

Z toho důvodu se prosazuje používat stále častěji způsob úhrady metodou Diagnosis Related Group's (DRG). Vykázaná léčba se hradí přímo. Z toho důvodu nedochází k vykazování zbytečných výkonů a metoda dokáže včas reagovat na změny. Tím to způsobem se dostanou finanční prostředky od zdravotních pojišťoven až ke zdravotnickým zařízením.

4.4.2 Způsob provedení – první varianta

V následující kapitole se aplikuje metoda transferu části spotřební daně z tabákových výrobků do systému, který byl vysvětlen v předchozí podkapitole.

Jak bylo vysvětleno v předchozí kapitole, je potřeba začít u získání příjmů. Spotřebitelé kupují tabákové výrobky, ze kterých se odvádí spotřební daň. Způsob a velikost odvodu spotřební daně je vysvětlena v kapitole 3.2.

Celní správa měsíčně obdrží od plátců spotřební daně finanční prostředky za správně zaplacené tabákové nálepky a ty převede na sběrný účet ministerstva financí, které vypočítá z příchozí sumy finančních prostředků 36,79 % a pošle je na zvláštní účet spravovaný VZP, která získané finanční prostředky přerozdělí mezi ostatní zdravotní pojišťovny a následně se uhradí zdravotním zařízením léčba nemocí způsobených kouřením. Pro úspěšné provedení transferu finančních prostředků, autor navrhuje použít následující metodiku redistribuce.

Transfer finančních prostředků z fondu do zdravotních pojišťoven

Pro úspěšné implementování transferu do stávajícího systému je zapotřebí učinit pár kroků ze strany zdravotních pojišťoven.

Pojišťovny získávají finanční prostředky z fondu podle své struktury portfolia klientů, tak jak je vysvětleno v předchozí kapitole 4.3. Výše transferu by měla primárně sloužit na úhradu léčby nemocí způsobených tabákovými produkty.

Pro dosažení spravedlnosti v úhradě léčby nemocí způsobených kouřením, je zapotřebí, aby si zdravotní pojišťovny vytvořili analýzu svých klientů, kteří

⁹ Gocál, Radan, MUDr. Osobní rozhovor s bývalým ředitelem nemocnice v Novém Jičíně, Ostrava, 15. 2. 2016

v minulém období byli hospitalizováni a léčeni z nemocí způsobených kouřením. Dle práce Sovinové (2007) jsou nemoci rozděleny do čtyř základních skupin: nemoci neoplazmy, kardiovaskulární onemocnění, respirační onemocnění a onemocnění dětí do jednoho roku života. Přesné kódy nemocí jsou v příloze B této diplomové práce.

Analýza se bude zaměřovat na získání dat, které obsahují výše nákladů na léčbu nemocí způsobených kouřením. K tomu se použijí informace z K-dávek. K-dávky poslouží pro získání informací v oblasti: věku, pohlaví, diagnózy a názvu zdravotnického zařízení.

Na základě výsledků z analýzy budou zdravotní pojišťovny vědět, kolik klientů bylo léčeno v různých věkových skupinách, jaké pohlaví, na jaké diagnózy, velikost nákladů této léčby a v jakém zdravotním zařízení.

Ze získaných informací budou moci zdravotní pojišťovny rozpoznat, která z 18 věkových skupin je nejvíce postižená léčbou nemocí způsobených kouřením. Pro tyto skupiny se vypočítá nový nákladový index. Na základě výpočtu nového nákladového index, který se dosadí do stávající metody přerozdělování popsané v předchozí kapitole, dostane příslušná zdravotní pojišťovna více finančních prostředků, které budou určeny k uhrazení léčby způsobené kouřením. Data ze všech zdravotních pojišťoven se zašlou Ministerstvu zdravotnictví, které vypočítá upravený nákladový index pro dané věkové skupiny.

V následující rovnici je zachycen způsob výpočtu pro úpravu nákladového indexu:

$$\text{průměrný náklad na pojištěnce} = \frac{\text{suma nákladů}}{\text{počet pojištěnců}}$$

Pojem „průměrný náklad na pojištěnce“ znamená průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví. Pojem „suma nákladů“ znamená součet nákladů na léčení v dané vygenerované skupině podle věku a pohlaví. Pojem „počet pojištěnců“ znamená součet všech pojištěnců v dané vygenerované skupině podle věku a pohlaví.

Z analýzy, pojišťovny dokážou zjistit náklady na léčbu výše jmenovaných diagnóz v příslušné věkové skupině a podle pohlaví. Vypočítané průměrné náklady na pojištěnce se poté dosadí do vzorce pro výpočet nákladového indexu.

Tím se zvýší nákladový index pro danou věkovou skupinu a pohlaví. To znamená, že zvýšený nákladový index přinese zvýšené finanční prostředky pro zdravotní pojišťovnu.

Jelikož se mezi zdravotní pojišťovny přerozděluje 100 % příjmů ze zvláštního účtu, tak se stejným způsobem přerozdělí mezi zdravotní pojišťovny 36,79 % z vybrané daně z tabákových výrobků.

Transfer finančních prostředků z pojišťoven do zdravotnického zařízení

Zdravotní pojišťovny mají uzavřené smlouvy o úhradách léčby se zdravotnickými zařízeními. Aby se finanční prostředky získané z části spotřební daně z tabákových výrobků dostaly do těch zdravotních zařízení, které poskytují léčbu nemocí způsobených kouřením, tak musí zdravotní pojišťovny na základě analýzy vyhledat zdravotnická zařízení, které nejčastěji provádí léčbu nemocí způsobených kouřením a jim zvednout paušální úhradu.

Velikost změny paušální úhrady pro zdravotnická zařízení musí odpovídat velikosti transferu. Analýza zdravotních pojišťoven vygeneruje všechny pojištěnce, kteří byli léčeni na nemoci způsobené kouřením. To znamená, že ve výsledku analýzy budou pojištěnci, kteří onemocněli nemocí nezávisle na kouření.

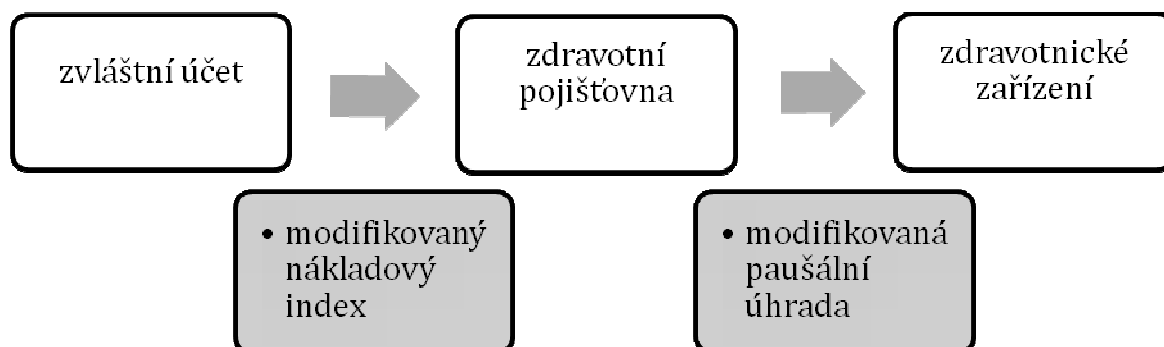
Z toho důvodu je potřeba zajistit, aby se rozdělilo příslušné množství finančních prostředků mezi zdravotní zařízení, které odpovídá léčbě nemocí způsobených kouřením.

Proto by pojišťovny měly vygenerovat ze svých databází sumu finančních prostředků, které vyplatili za léčbu nemocí způsobených kouřením u jednotlivých zdravotních zařízení a poměrově jim rozdělit sumu transferu připadající na konkrétní zdravotní pojišťovnu.

Provede se to na základě výsledků analýzy tím způsobem, že se zjistí, které zdravotnické zařízení z kolika procent se podílí na léčbě nemocí způsobených kouřením ze všech vygenerovaných zdravotních zařízení a poměrově se zdravotním zařízením přerozdělí finanční prostředky k tomu určené.

Tímto způsobem se zajistí, že peníze ze spotřební daně se dostanou pacientům, kteří se léčí na nemoci způsobené kouřením. Finanční prostředky se dostanou těm zdravotnickým zařízením, která jsou pro léčbu uvedených nemocí zřízena.

Na následujícím obrázku je znázorněn transfer peněžních prostředků vybraných z výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků do zdravotnického zařízení pro jednu pojišťovnu.



Obr. 5 Transfer peněžních prostředků
Zdroj: Vlastní práce

Získání dat z již stávajících informačních databází nebude nákladné. Odhaduje se, že by výdaje na získání potřebných údajů stály od 1 000 000 Kč do 1 300 000 Kč¹⁰ za všechny pojišťovny.

Cena výdajů je chápána jako obětované náklady příležitosti zaměstnanců zdravotních pojišťoven. Stávající IT pracovníci zdravotních pojišťoven jsou schopni ve své pracovní době vytvořit výše vyznačenou databázi pacientů. Suma peněžních prostředků odráží situaci, kdyby pracovníkům zdravotních pojišťoven přibývala práce a filtrování klientů mělo být ohodnoceno.

Jednalo by se o zadání nového příkazu pro vyhledávání v již stávajících databázích. Nemuseli by se kvůli tomu najímat noví pracovníci, protože by to byli schopni vykonat stávající kapacity. Výsledky by se revidovaly měsíčně, podle stávajícího mechanismu přerozdělování a změnám v populaci obyvatel.

Náklady na doplnění smluv mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotními zařízeními jsou schopny zajistit již stávající kapacity zaměstnanců zdravotních pojišťoven¹¹.

První rok zavedení systémové změny by byl zkušební a dbalo by se na vyladění chyb pro následující roky.

Návrh legislativního řešení

Pro úspěšné aplikování výše vysvětleného mechanismu do praxe, je potřeba učinit pár legislativních úkonů. Autor navrhuje doplnit zákon č. 243/2000 Sb., o rozpočtovém určení daní o velikosti převodu spotřební daně z tabákových výrobků ve výši 36,79 % platné pro rok 2002.

¹⁰ Andres, Pavel, MUDr., MBA. Telefonický rozhovor s ředitelem vzdělávacího ústavu pro zdravotnictví a medicínu. Brno, 25. 4.

¹¹ Bek, Jiří, MUDr. Osobní rozhovor. Praha, 22. 3. 2016

Dále je potřeba doplnit zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejném zdravotním pojištění o metodiku přerozdělení finančních prostředků mezi zdravotní pojišťovny.

Dále je potřeba změnit vyhlášku o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu úhradovou vyhlášku, předpis č. 644/2004 Sb., o metodiku přerozdělení finančních prostředků mezi zdravotní pojišťovny.

Bude potřeba doplnit úhradovou vyhlášku vydávanou Ministerstvem zdravotnictvím o změnu výpočtu nákladového indexu pro vygenerované skupiny podle věku a pohlaví.

Zdravotní pojišťovny by měly doplnit nové smlouvy se zdravotními zařízeními o zvýšené paušálové úhradě a jejímu způsobu výpočtu.

4.4.3 Způsob provedení – druhá varianta

Druhá varianta se zabývá tím, že zdravotní pojišťovny by si zřídily speciální fond, ze kterého by se platila léčba nemocí způsobených kouřením. To by znamenalo, že suma finančních prostředků nedoputuje do základního fondu zdravotního pojištění, ale doputuje do speciálního fondu určeného pro hrazení léčby nemocí způsobených kouřením.

Finanční prostředky by se mezi zdravotní pojišťovny rozdělily na základě metody vysvětlené v kapitole 4.4.2. Zdravotní pojišťovny by si vytvořily analýzu, následně ze získaných výsledků analýzy by se upravil nákladový index pro věkové skupiny a pohlaví. Správce účtu by zdravotním pojišťovnám přerozdělil odpovídající sumu finančních prostředků určenou do jejich nově vytvořeného fondu.

Z fondu by se léčba hradila zdravotnickým zařízením na základě stejného mechanismu, jak je vysvětleno v kapitole 4.4.2.

Náklady pro zřízení speciálního fondu jsou spíše administrativní povahy než finanční¹². Pro zřízení nového účtu je zapotřebí změnit zákon č. 280/1992 Sb., pro zdravotní zaměstnanecké pojišťovny. Pro VZP je potřeba změnit zákon č. 551/1991 Sb., protože je zřízena zákonem.

Dále pro potřeby fungování nového fondu musí zdravotní pojišťovny zřídit nový bankovní účet u některých z komerčních bankovních domů, působících na českém trhu. Zřízení takového účtu nese podmínku, schválení odpovědné osoby dané zdravotní pojišťovny.

Náklady na údržbu fondu nejsou znatelné. Na účtu se pohybují velké sumy finančních prostředků. Pojišťovny si dohodnou s bankovním domem zrušení všech

¹² Pešková, Jaroslava, Ing. Telefonický rozhovor se specialistkou výběru pojistného u VZP. Brno, 26. 4. 2016

poplatků související s vedením účtu, protože banky mohou využívat likviditu vložených peněz¹³.

Po stránce personální by spravování fondu dokázali zajistit dosavadní zaměstnanci zdravotních pojišťoven. Také stávající IT technologie by dokázaly zajistit fungování nového fondu bez nových investic¹⁴.

Dále by bylo potřeba pro zavedení tohoto návrhu do praxe změnit zákony uvedené v předchozí podkapitole.

4.4.4 Způsob provedení – ideální varianta

Následující návrh představuje ideální metodiku spravedlivé úhrady nákladů nemocí způsobených kouřením.

Zdravotní pojišťovny by zřídily speciální fond určený pro léčbu nemocí způsobených kouřením. Do fondu by pro zkušební rok měsíčně putovalo 36,79 % z vybrané spotřební daně z tabákových výrobků. Pro další roky by se do fondu přeposílalo takové množství finančních prostředků, které by odpovídalo velikosti finančních prostředků z minulých let. Způsob přerozdělení mezi pojišťovny by byl stejný jako v kapitole 4.4.2, také by přerozdělení fungovalo na úpravě nákladového indexu.

Dále by zdravotní pojišťovny musely zjistit, počet kuřáků v jejich portfoliu pojištěnců a vyznačit je ve své evidenci. To by znamenalo, že někteří pojištěnci by pod svým rodným číslem v evidenci byli vedeni jako kuřáci.

Evidence kuřáků by probíhala na základě vyšetření u praktických lékařů, kteří by zjistili, zda jedinec dlouhodobě konzumuje tabákové výrobky, či nikoliv. Zdravotní pojišťovny by použily „direct emailing“ a zaslání poštovní obálky svým klientům k dobrovolnému podstoupení vyšetření¹⁵. Výše nákladů, která by byla potřeba k vytvoření evidence kuřáků, nebylo možno odhadnout z důvodu chybějících dat. Do nákladů na vytvoření evidence by patřilo zjištění ceny léčby vyšetření, cena poštovní obálky a náklady na zpracování získaných údajů.

Způsob úhrady by probíhal tak, že zdravotní pojišťovny obdrží od zdravotních zařízení K-dávky za vykonané úkony, kde by zjistili počet kuřáků, kteří se léčí z nemocí způsobených kouřením. Na základě získaných informací by se uvolnily

¹³ Dvorský, Jaroslav, Ing. Osobní rozhovor s bývalým ředitelem pobočky ČSOB, a.s. v Olomouci. Olomouc, 3. 5. 2016

¹⁴ Mazurová, Elenka, Ing. Telefonický rozhovor s mluvčí České průmyslové zdravotní pojišťovny, 4. 5. 2016

¹⁵ Mazurová, Elenka, Ing. Telefonický rozhovor s mluvčí České průmyslové zdravotní pojišťovny, 4. 5. 2016

potřebné finanční prostředky z fondu a rovnou by se uhradila léčba danému zdravotnímu zařízení.

Tento způsob provedení závisí na prosazení dvou základních faktorů. První faktor se týká přechodu způsobu paušální úhrady na úhradu výkonovou a DRG. Tím, že převládá paušalový způsob úhrady, tak nelze přesně propojit úhradu s výkonem. Pro přímé financování léčby nemocí způsobených kouřením je potřeba, aby provedený výkon léčby kuřáka byl zaplacen přímo z fondu k tomu určenému.

Druhý faktor spočívá ve vytvoření evidence. Jelikož získání informací o počtu kuřáků v populaci by se zakládal na dobrovolném vyšetření, nebylo by možné zajistit 100 % účast všech kuřáků na testech. Tím pádem by vznikala odchylka ve výpočtu velikosti transferu.

Vytvoření nového fondu, ve kterém by se kumulovaly finanční prostředky vhodné pro léčbu nemocí způsobených kouřením, závisí na změnách zákonů č. 280/1992 Sb., a č. 551/1991 Sb.

4.4.5 Srovnání návrhů

V předchozích kapitolách byly navrženy možnosti návrhů provedení transportu části spotřební daně až ke zdravotním zařízením.

Autor doporučuje využít první variantu, protože její zavedení do praxe je nejsnazší a nejreálnější. Pro zavedení do praxe stačí politická vůle provést změny ve výše uvedených zákonech a vyhláškách.

Výhoda první varianty je v tom, že není potřeba zakládat žádné nové instituce a návrh lze nasadit na dosavadní systém. Další výhoda spočívá v relativně nízkých nákladech na zavedení. Zhruba 1 000 000 Kč za všechny pojišťovny, protože analýzu jsou schopni vytvořit již stávající zaměstnanci. Dále k zavedení do praxe stačí pozměnit méně zákonů, než v ostatních návrzích.

Nevýhoda spočívá v nedokonalém zacílení. Nelze přesně hradit léčbu nemocí způsobených kouřením. Nejde přesně propojit daný případ s úhradou za léčbu kuřáka.

Výhoda druhé varianty spočívá ve větší transparentnosti. Zdravotní pojišťovny budou mít lepší kontrolu nad pohybem financí na speciálním fondu. Tím, že peníze určené pro léčbu nemocí způsobených kouřením budou na jednom účtu, nemůže dojít k nepřehlednosti. Nevýhoda spočívá ve zřízení nového fondu, což znamená administrativní a právní náklady, které se nevyrovnají přínosu z nového fondu. Také to znamená změnit o dva zákony více, než v první variantě.

Ideální varianta by byla nejlepší, pokud by právní prostředí umožňovalo provést výše uvedené změny. Navíc by v systému zdravotnictví musel převažovat způsob úhrady DRG, což není zatím v praxi obvyklé.

4.5 Připomínky a náměty

Autor během vytváření této práce zjistil zajímavé souvislosti, které mohou být použity pro další výzkum.

Z rozhovorů s výše jmenovanými lékaři a z vlastních poznatků vyšlo najevo, že dochází ke špatnému určování diagnóz až o 30 %. To vede k nárůstu výdajů na zdravotnictví. Možná příčina je ve způsobu úhrady léčby. Tím, že převládá paušální způsob úhrady, tak mnohdy zdravotnická zařízení vykazují diagnózy, které neodpovídají realitě nebo jsou provedeny zbytečně, jen aby naplnily kvóty pro paušální způsob úhrady.

Dále autor narazil na problém špatné konkurenceschopnosti zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny si nemohou konkurovat, protože jim to nedovolují zákony, zejména č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Zákony o zdravotních pojišťovnách nenaplňují podstatu slova pojišťovna. Zajímavé by bylo do systému vnést systém bonusů a malusů, které by motivovaly pojištěnce a pojišťovny k efektivnímu chování.

Zajímavý nápad pro vypracování studie je zpozorovaný fakt, který se týká velikosti vybraného pojistného u různých skupin pojištěnců. Autor zjistil, že OSVČ odvádí vůči zaměstnancům opravdu malé množství finančních prostředků za pojistné.

5 Závěr

Práce se zabývá vytvořením návrhu, který by přenesl část finančních prostředků ze spotřební daně z tabákových výrobků do základního fondu zdravotního pojištění u jednotlivých zdravotních pojišťoven, a následně by finanční prostředky byly použity na zaplacení léčby nemocí způsobených kouřením.

Uskutečnění návrhu by vedlo k narovnání spravedlnosti v úhradě léčby nemocí způsobených kouřením. Konzumenti tabákových výrobků s velkou pravděpodobností onemocní na nemoci způsobené kouřením a vynaložené finanční prostředky putují na léčení těchto zbytečných onemocnění. Tím nekuřáctí pojištěnci mají horší zdravotní služby, protože kuřáci spotřebují část finančních prostředků na svou léčbu zbytečných onemocnění.

Zavedení návrhu by zajistilo, že kuřáci budou léčeni z finančních prostředků, které si zaplatili ve formě odvedené spotřební daně z tabákových výrobků.

Pro získání relevantní částky, která odpovídá ceně léčby nemocí způsobených kouřením, bylo porovnáno šest studií zabývajících se tímto tématem. Pro potřeby diplomové práce byla vybrána práce Sovinové (2007). V práci byla také zaměřena pozornost na komerční studii společnosti Philip Morris ČR a.s., která si nechala vytvořit práci ohledně dopadu fenoménu kouření na státní rozpočet.

Autor podle práce Sovinové (2007) navrhuje přenést 36,79 % z výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků platné pro rok 2002 na speciální účet spravovaný VZP. Autor navrhuje, že odpovídající částka pro rok 2016 by byla cca. 8 mld. Kč. Pro reálné využití navrhuje aktualizovat dané hodnoty, podle navrženého postupu v kapitole 4.3, který vymezuje tři oblasti: počet kuřáků a jejich prevalence, náklady na léčbu hospitalizací a zjištění podílů přiřaditelných kouření pro Českou republiku.

Suma finančních prostředků na speciálním účtu se přerozdělí dále zdravotním pojišťovnám na základě metodiky přerozdělování s upraveným nákladovým indexem. Nákladový index by se upravil získaným výsledkem z analýzy zdravotního stavu vlastních pojištěnců provedené zdravotními pojišťovnami.

Zdravotní zařízení by získaly od zdravotních pojišťoven odpovídající množství finančních prostředků na léčbu nemocí způsobených kouřením po úpravě úhradového mechanismu. Mezi lůžkovými zdravotními zařízeními převládá paušální způsob úhrady. Zdravotní pojišťovny by na základě výsledků z analýzy vytvořily seznam zdravotních zařízení, která provádí léčbu nemocí způsobených kouřením a těm by poměrově zvedla paušální úhradu. Pokud by zdravotní zařízení provádělo úhradu skrze DRG, tak by se léčba hradila napřímo.

První rok zavedení návrhu je zkušební. Během přechodného období, v délce 2 let by se pozorovaly případné problémy a pro následující roky by se chyby a nedostatky vyřešily, tak aby zavedení návrhu do praxe fungovalo správně.

Nejefektivnějším řešením tohoto problému by byla možnost zdravotních pojišťoven evidovat konzumaci tabákových výrobků u svých klientů. V době, kdy by se u konzumenta vyskytlo onemocnění související s kouřením, tak by zdravotní pojišťovna mohla začít čerpat finanční prostředky na jeho léčbu ze speciálního fondu k tomuto určenému.

Během vypracování diplomové práce dostal autor nabídku od České lékařské komory. ČLK autora požádala o použití práce při vyjednávání s Vládou o zvýšení příjmů do zdravotnictví.

6 Literatura

- ARTHUR D. LITTLE INTERNATIONAL, INC. *Public Finance Balance of Smoking in the Czech Republic*: <http://hspm.sph.sc.edu/courses/econ/classes/cbacea/czechsmokingcost.html>. Praha, 2000.
- ASPLUND, KJELL, SALMIR NASIC, URBAN JANLERT A BIRGITTA STEGMAYR. *Smokeless Tobacco as a Possible Risk Factor for Stroke in Men: A Nested Case-Control Study* [on-line]. 2003 [cit. 2015-10-30]. ISSN 0039-2499. Dostupné z: <http://stroke.ahajournals.org/content/34/7/1754.long>
- BRABEC, PETR. *Tabák a státní rozpočet. Praha, 2011. Práce magisterského studia. Vysoká škola ekonomická v Praze.*
- CELNÍ SPRÁVA. *Informace o činnosti Celní správy České republiky* [on-line]. 2015, 2015(15) [cit. 2016-03-19]. Dostupné z: <https://www.celnisprava.cz/cz/statistiky/Stranky/vyrocnizpravy.aspx>
- DURDISOVÁ, JAROSLAVA. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Inflace* [on-line]. 2015 [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/mira_inflace
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD: *Věkové složení obyvatelstva* [on-line]. 2015 [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vekove-slozeni-obyvatelstva-2014>
- EKONOMICKÉ INFORMACE VE ZDRAVOTNICTVÍ. 2013 [online]. ÚZIS, 2013 [cit. 2015-09-24]. ISSN 978-80-7472-133-5. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013>
- EUROZPRÁVY.CZ. *Politika* [on-line]. 2016 [cit. 2016-05-19]. Dostupné z: <http://domaci.eurozpravy.cz/politika/147890-specialni-zdravotni-dan-na-tabak-a-alkohol-absurdni-zlobi-se-ods/>
- E15.cz. *Zprávy* [on-line]. 2016 [cit. 2016-05-03]. Dostupné z: <http://zpravy.e15.cz/domaci/politika/zdravotni-pojistovny-budou-muset-vest-ucty-u-cnb-1275910>
- HABROVÁ, DANIELA. *Ekonomika kuřáctví v České republice*. [online]. Brno, 2006, [cit. 2015-03-28]. Dostupné z: http://is.muni.cz/th/10855/lf_d/. Disertační práce. Masarykova univerzita. Vedoucí práce prof. MUDr. Drahošlava Hrubá, CSc.
- KRÁLÍKOVÁ, EVA. *Závislost na tabáku: epidemiologie, prevence a léčba*. 1. vyd. Břeclav: Adamira, 2013. ISBN 978-80-904217-4-5.
- KUŘÁKOVÁ PLÍČE. *Chemické složení cigaretového kouře* [on-line]. 2013 [cit. 2015-10-22]. Dostupné z: http://www.kurakovaplice.cz/koureni_cigaret/zajimavosti-a-statistiky/co-

- obsahuje-cigaretovy-kour-dym/5-chemicke-slozeni-cigaretoveho-koure-co-obsahuje-kour-z-cigaret.html
- MAZZONE, PETER, WILLIAM TIERNEY, MOHAMMED HOSSAIN, VIKRAM PUVENNA, DAMIR JANIGRO A LUCA CUCULLO. *Pathophysiological Impact of Cigarette Smoke Exposure on the Cerebrovascular System with a Focus on the Blood-brain Barrier: Expanding the Awareness of Smoking Toxicity in an Underappreciated Area*. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2010, 7(12): 4111-4126 [cit. 2015-10-29]. DOI: 10.3390/ijerph7124111. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <http://www.mdpi.com/1660-4601/7/12/4111/>
- MEDIA NETWORK S.R.O. *Zdravotnický deník: Ekonomika* [on-line]. 2014 [cit. 2015-10-14]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/10/vlada-hodnotila-zdravotni-pojisteni-system-je-stabilizovany/>
- MINISTERSTVO FINANCÍ. *Celní správa. Zpráva o činnosti Finanční správy České republiky a Celní správy České republiky* [on-line]. 2014 [cit. 2015-10-19]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/verejny-sektor/regulace/dane/danova-statistika/2014/zprava-o-cinnosti-financni-spravy-cr-a-c-22059>
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Částka vybraná na pojistném* [on-line]. 2016, 2016 [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/prerozdeleni-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_9753_3211_1.html
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Prerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění* [on-line]. 2016 [cit. 2016-04-27]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/prerozdeleni-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění* [on-line]. Praha, 2016 [cit. 2016-05-03].
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. *Zdravotní pojišťovny* [on-line]. 2016 [cit. 2016-05-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html
- NOHL, RADEK A VERONIKA RODRIQUEZ. *ECONOMIA A.S. Aktuálně.cz: Domáci* [on-line]. 2014 [cit. 2015-10-15]. Dostupné z: <http://zpravy.aktualne.cz/domaci/miliarda-korun-a-nic-penize-pro-nemocnici-jdou-do-ztracena/r~bbd48c9618a311e48c04002590604f2e/>
- PETRÁČEK, TOMÁŠ. *Ekonomická analýza nákladu a výnosu kouření z pohledu státu*. Praha, 2010. Bakalářská práce. Vysoká škola ekonomická v Praze. Vedoucí práce Ing. Pavel Písar.
- ROSS, HANA. *Critique of the Philip Morris study of the cost of smoking in the Czech Republic*. *Taylor&Francis healthsciences: Nicotine & Tobacco Research*. 2004, 6(1): 181-189.
- SOVINOVÁ, HANA. *Podíl kuřáctví na hospitalizacích v ČR v roce 2002 a odhad nemocničního léčení: Hygiena*. Státní zdravotní ústav. Praha, 2007, 2007(2): 36-42.

- STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV. *Užívání tabáku a alkoholu v České Republice* [on-line]. 2014, 14(1) [cit. 2016-03-16]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/MUDr._Kernova/Uzivani_tabaku_a_alkoholu_v_CR_2014.pdf?highlightWords=tab%C3%A1ku+alkoholu
- ÚZIS ČR. *Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013* [on-line]. Praha, 2013, 13 [cit. 2016-04-22]. ISSN 1801-545X (1213-2292). Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-drive-vyvoj-financnich-ukazatelu-makroekono>
- ÚZIS ČR. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky* [on-line]. Praha, 2015, 2015(5) [cit. 2016-03-07]. Dostupné z: file:///C:/Users/NTB/Desktop/ai_2015_05.pdf
- VZP ČR. *Od ledna 2016 se mění zdravotní pojištění u všech skupin plátců* [on-line]. Praha: VZP, 2016 [cit. 2016-04-14]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/od-ledna-2016-se-meni-zdravotni-pojisteni-u-vsech-skupin-platcu>
- VZP ČR. *Přerozdělování pojistného* [on-line]. 2015 [cit. 2015-10-14]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdelovani-pojistneho>
- WEN, JING, JIAN-HUA FU, WEI ZHANG A MING GUO. *Lung carcinoma signaling pathways activated by smoking. Chinese Journal of Cancer* [online]. 2011-8-5, 30(8): 551-558 [cit. 2015-10-27]. DOI: 10.5732/cjc.011.10059. ISSN 1000467x. Dostupné z: <http://www.cjcsysu.cn/abstract.asp?idno=17672>
- WHO. *Global report mortality attributable to tobacco*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2012. ISBN 9789241564434.
- ZDRAVOTNICKÁ STATISTIKA. *Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR*, 1997, 2004. ISSN 12116467. Dostupné také z: <file:///C:/Users/NTB/Desktop/ekinf2004.pdf>

7 Seznam obrázků

Obr. 1	Organizační graf zdravotnického systému v ČR	16
Obr. 2	Přesun finančních prostředků a informací	42
Obr. 3	Přerozdělení pojistného	43
Obr. 4	Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného na zdravotní pojištění pro rok 2016	44
Obr. 5	Transfer peněžních prostředků	49

8 Seznam tabulek

Tab. 1	Příjmy z pojistného na veřejné zdravotní pojištění v mil. Kč	13
Tab. 2	Sazba spotřební daně pro tabákové výrobky	19
Tab. 3	Výpočet zdanění krabičky cigaret	19
Tab. 4	Vývoj výnosu ze spotřební daně z tabákových výrobků (mil. Kč)	20
Tab. 5	Příjmy a výdaje podle studie společnosti PM	26
Tab. 6	Podíly přiřaditelné kouření ve studii PM a Sovinové	30
Tab. 7	Porovnání výsledků studií	32
Tab. 8	Výdaje na zdravotnictví v mil. Kč	34
Tab. 9	Výpočet transferu ze stanovené procentní částky	36
Tab. 10	Vývoj nákladů léčení nemocí způsobených kouřením	37
Tab. 11	Vývoj výnosu spotřební daně a podíl nákladů na léčení	37
Tab. 12	Srovnání výsledků	38
Tab. 13	Celkový počet kuřáků (v tis.)	39
Tab. 14	Vývoj nákladů na léčení při zohlednění počtu kuřáků	39
Tab. 15	Vývoj nákladů distribuovaných léčivých prostředků	40
Tab. 16	Vývoj mezd lékařských pracovníků v Kč	40

Přílohy

A Nákladové indexy a míry inflace

věk		muži	ženy
0	5	1,4161	1,2606
5	10	0,8187	0,6995
10	15	0,8188	0,8686
15	20	0,7559	1
20	25	0,6235	0,9537
25	30	0,7095	1,2333
30	35	0,7921	1,3763
35	40	0,8736	1,3033
40	45	0,99	1,3056
45	50	1,2047	1,5113
50	55	1,525	1,7539
55	60	2,0789	2,0419
60	65	2,702	2,3188
65	70	3,4358	2,8794
70	75	4,0776	3,4555
75	80	4,6131	3,9827
80	85	4,8883	4,5177
85	a více	5,0948	5,0277

2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
0	0,1	2,8	1,9	2,5	2,8	6,3
2009	2010	2011	2012	2013	2014	
1	1,5	1,9	3,3	1,4	0,4	

B Kódy diagnóz

kód MKN-10	kód ICD 9	diagnóza
	010-012	
A15	010	primární tuberkulózní infekce
A15	011	tuberkulóza plic
A16	012	jiná tuberkulóza dýchacího ústrojí
	140-149	
C00	140	zhoubný novotvar rtu
C01-C02	141	ZN jazyka
C07-C08	142	ZN velkých slinných žláz
C03	143	ZN dásně – gingivy
C04	144	ZN ústní spodiny
C06	145	ZN jiné nebo NS části úst
C10	146	ZN novotvar ústní části hltanu – orolaryngu
C11	147	ZN nosohltanu – nazofaryngu
C13	148	ZN hypofaryngu
C14	149	ZN jiné nebo nepřesně učené lokalizace v oblasti rtu, ústní dutiny a hltanu
C15	150	ZN jícnu
C25	157	ZN slinivky břišní – pankreatu
C32	161	ZN hrtanu
C33-C34	162	ZN průdušnice, průdušek nebo plic
C53	180	ZN děložního čípku – cervicisuteri
C67	188	ZN močového měchýře – vesicaeaurinariae
C64;C68	189	ZN ledviny nebo jiné NS močového orgánu
	401-405	
I10	401	esenciální hypertenze
I11	402	hypertenzní kardiopatie
I12	403	hypertenzní nefropatie
I13	404	hypertenzní nefropatie a kardiopatie
I15	405	sekundární hypertenze
	410-414	
I21	410	akutní infarkt myokardu
I24	411	jiné akutní a subakutní formy ischemické choroby srdeční
I22	412	infarkt myokardu, starší než 8 týdnů
I20	413	angina pectoris

I25	414	jiné formy chronické ischemické choroby srdeční
I46;I50	427.5	zastavení srdce
	430-438	
I60	430	subarachnoidální krvácení
I61	431	mozkové – intracerebrální – krvácení
	432	jiné nebo NS nitrolební krvácení
	433	okluze nebo stenóza mimolebečních – precerebrálních – tepen
	434	okluze mozkových tepen
	435	přechodná mozková ischémie
	436	akutní, ale nepřesně určená cévní onemocnění mozku
I67	437	jiná, nepřesně určená cévní onemocnění mozku
I69	438	pozdní následky cévních onemocnění mozku
I70	440	ateroskleróza
I71	441	výduť aorty – aneurysma aortae
	480-487	
J12	480	virový zánět plic
J13	481	pneumokokový zánět plic
J15	482	jiný bakteriální zánět plic
J16	483	zánět plic způsobený jiným určeným původcem
J17	484	zánět plic při infekčních nemocech zařazených jinde
J18	485	bronchopneumonie, původce NS
J18.9	486	pneumonie, původce NS
J10;J11	487	chřipka – influenza
	491-492	
J44	491	chronický zánět průdušek – bronchitis chronica
J43	492	rozedma plic – emphysemapulmonum
J45	496	astma
P07	765	stavy související se zkrácenou délkou těhotenství nebo nízkou porodní vahou NS
P22	769	syndrom respirační tísně
P28	770	jiná respirační onemocnění plodu nebo novorozence
R95	798.0	syndrom náhlého úmrtí kojence