

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra práva



Diplomová práce

**Právní a ekonomické aspekty financování
zdravotnictví v České republice**

Petr Baum

© 2018 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Petr Baum

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Právní a ekonomické aspekty financování zdravotnictví v České republice

Název anglicky

Legal and economic aspects of health care financing in the Czech Republic

Cíle práce

Cílem diplomové práce je poskytnout ucelený přehled o právních a ekonomických aspektech systému zdravotnictví v České republice. Na statistických datech provést srovnání vývoje nákladovosti systému českého zdravotnictví v posledních letech. Pomocí rešerše právních předpisů upravujících financování systému českého zdravotnictví provést zhodnocení systému a navrhnout opatření k jeho zlepšení.

Metodika

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí teoretické a praktické. V teoretické části bude popsán historický vývoj systému zdravotnictví a jeho zakotvení v právních předpisech. Dále budou popsány zdroje financování zdravotní péče a úloha státu a zdravotních pojišťoven ve financování zdravotnictví. Součástí této části práce bude i porovnání systému českého zdravotnictví se systémy zdravotnictví ve vybraných zemích. Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studie odborné literatury.

V praktické části bude za pomoci makroekonomických časových řad provedeno zhodnocení vývoje nákladovosti financování systému českého zdravotnictví. K tomu bude využita metoda komparace a analýzy dat. Data budou získávána především z Ústavu zdravotnických informací a statistiky a Českého statistického úřadu. Dále bude provedena rešerše právních předpisů upravujících financování systému českého zdravotnictví a budou uvedeny návrhy, které by mohly financování systému českého zdravotnictví vylepšit.

Doporučený rozsah práce

60 – 80 stran

Klíčová slova

zdravotnictví, financování zdravotní péče, pojištěnec, veřejné zdravotní pojištění, veřejné zdraví

Doporučené zdroje informací

DRBAL, C. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha : Nakladatelství Galén, 2005. ISBN 80 7262-340-0.

DRBAL, C. Zdraví a zdravotní politika. Brno : MU. 1996

DURDISOVÁ, J. Ekonomika zdraví.1.vyd. Praha : Vysoká škola ekonomická. Oeconomica. 2005

HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P.,PRUDIL, L. Systém, péče o zdraví a zdravotnictví. Brno: NCO NZO, 2005

KŘEPELKA, F. Evropské zdravotnické právo. Praha : LexisNexis, 2004. ISBN 80-86199-82-7

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

PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ a Marek JETMAR. Veřejná správa a finance veřejného sektoru. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2008, . ISBN 978-80-7357-351-5.

Předběžný termín obhajoby

2017/18 LS – PEF

Vedoucí práce

JUDr. Daniela Světlíková

Garantující pracoviště

Katedra práva

Elektronicky schváleno dne 27. 11. 2017

JUDr. Jana Borská, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 28. 11. 2017

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 09. 03. 2018

Čestné prohlášení

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

V Praze dne _____

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval JUDr. Daniele Světlíkové za cenné připomínky a podněty při vedení této diplomové práce a své rodině za trpělivost a jejich podporu při studiu.

Právní a ekonomické aspekty financování zdravotnictví v České republice

Legal and economic aspects of health care financing in the Czech Republic

Souhrn

Cílem této diplomové práce je popsat a zhodnotit právní a ekonomické aspekty financování zdravotnického systému v České republice, provést analýzu jeho vývoje za období od roku 2005 do roku 2015 a zhodnotit jeho nákladovost a efektivitu. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou.

V teoretické části jsou vysvětleny základní pojmy řešené problematiky (zdravotní péče, zdravotní politika, zdravotnický systém), je uveden obecný popis typů zdravotních systémů ve světě a jejich historický vývoj. Dále je provedena charakteristika zdravotnického systému v České republice a zdrojů jeho financování. Zvláštní kapitola je věnována povinnému zdravotnímu pojištění a jeho subjektům.

V praktické části práce je pomocí časových řad - bazických a řetězových indexů provedeno meziroční srovnání nejvýznamnějších výdajových položek českého zdravotnického systému (tříděno podle zdrojů financování a podle poskytovatele) a mezinárodní srovnání výdajů na zdravotnictví v zemích EU. Dále je provedena analýza vývoje platů lékařů a zdravotních sester ve sledovaném období. Samostatná kapitola je věnována hospodaření nemocnic, jako nejvýznamnějším poskytovatelům zdravotní péče ve zdravotnickém systému.

V závěru praktické části práce jsou identifikována slabá místa současného českého zdravotnického systému a uvedena některá doporučení pro jeho udržitelnost a zlepšení způsobu jeho financování.

Klíčová slova:

zdravotnictví, financování zdravotní péče, pojištěnec, veřejné zdravotní pojištění, veřejné zdraví

Summary

The aim of this diploma thesis is to describe and evaluate legal and economic aspects of the healthcare financing system in the Czech Republic, to analyze its operations in the period from 2005 to 2015 and to evaluate its cost-effectiveness and efficiency. The thesis is divided into a theoretical and a practical part.

The theoretical part explains basic concepts of the issues addressed (health care, health policy, health system) and defines types of health systems in the world and their historical development. This part further presents the healthcare system in the Czech Republic and the sources of its financing. A special chapter is devoted to mandatory health insurance and the actors involved.

Using fixed and chain base indexes, the practical part of the thesis offers a year-on-year comparison of the most significant expenditure items of the Czech healthcare system (classified based on funding sources and providers) and an international comparison of healthcare expenditure in the EU countries. Doctors' and nurses' salaries analysis in the period under review is made. A separate chapter is devoted to the management of hospitals, i.e. the most important providers of health care within the health care system.

The conclusion of the practical part of the thesis identifies the weak points of the current Czech health system and makes some recommendations for its sustainability and for the improvement of its financing mechanisms.

Keywords:

health care, financing of health care, insured, Public health insurance, public health

Obsah

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | Úvod..... | 10 |
| 2 | Cíl a metodika..... | 12 |
| 2.1 | Cíl..... | 12 |
| 2.2 | Metodika..... | 12 |
| 3 | Teoretická část..... | 14 |
| 3.1 | Vysvětlení základních pojmů..... | 14 |
| 4 | Modely zdravotních systémů..... | 16 |
| 4.1 | Semaškův model..... | 19 |
| 4.2 | Beveridgeův model..... | 20 |
| 4.3 | Bismarckův model - pojišťovací..... | 20 |
| 4.4 | Liberálně - Tržní model..... | 22 |
| 4.5 | Tradiční zdravotnické systémy v současnosti vyžadují změny..... | 23 |
| 5 | Charakteristika zdravotního systému v České republice a jeho historický vývoj..... | 23 |
| 5.1 | Prvorepublikový systém zdravotnictví..... | 23 |
| 5.2 | Systém zdravotnictví po 2. světové válce..... | 24 |
| 5.3 | Systém zdravotnictví po roce 1989..... | 24 |
| 5.4 | Změny v systému zdravotnictví po roce 1992 - privatizace..... | 25 |
| 5.5 | Koncepce financování zdravotnictví jednotlivých ministrů..... | 26 |
| 6 | Právní úprava..... | 28 |
| 6.1 | První skupinu tvoří ústavní zákony, mezinárodní smlouvy a předpisy EU..... | 28 |
| 6.2 | Druhou skupinu předpisů tvoří zákony..... | 30 |
| 6.3 | Třetí skupinu tvoří předpisy podzákonné..... | 31 |
| 6.4 | Principy úhradové vyhlášky..... | 31 |
| 7 | Zdroje financování zdravotnického systému České republiky..... | 32 |
| 7.1 | Veřejné rozpočty (státní a místní)..... | 32 |
| 7.1.1 | Státní rozpočet..... | 32 |
| | Místní rozpočty..... | 33 |
| 7.2 | Povinné zdravotní pojištění..... | 33 |
| 7.2.1 | Zaměstnanci a zaměstnavatelé..... | 33 |
| 7.2.2 | OSVČ..... | 33 |
| 7.2.3 | Osoby bez zdanitelných příjmů..... | 34 |
| 7.3 | Dobrovolné (soukromé) zdravotní pojištění..... | 34 |
| 7.4 | Charitativní sbírky, dary nebo prostředky zahraniční pomoci..... | 34 |
| 7.5 | Přímé platby od příjemců zdravotnických služeb (pacientů)..... | 34 |
| 7.5.1 | Přímé platby..... | 34 |
| 7.5.2 | Regulační poplatky..... | 35 |
| 8 | Výdaje ze zdravotnického systému..... | 39 |
| 8.1 | Struktura zdravotnických zařízení v České republice..... | 39 |
| 8.1.1 | Zdravotnická zařízení zřizovaná státem..... | 39 |
| 8.1.2 | Zdravotnická zařízení zřizovaná kraji a obcemi..... | 40 |
| 8.1.3 | Soukromá zdravotnická zařízení..... | 40 |
| 8.2 | Výdaje na úhradu zdravotní péče..... | 41 |
| 8.2.1 | Platba za výkon..... | 42 |
| 8.2.2 | Platba za diagnózu..... | 42 |
| 8.2.3 | Case mix..... | 43 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 8.2.4 | Kapitační platba | 43 |
| 9 | Praktická část | 45 |
| 10 | Statistické sledování zdravotnického systému ČR | 45 |
| 10.1 | Statistická data - odlišnosti v závislosti na použitých metodikách | 45 |
| 11 | Vývoj výdajů do zdravotnictví od roku 2005 do roku 2015 | 46 |
| 12 | Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování | 51 |
| 12.1 | Výdaje zdravotních pojišťoven | 53 |
| 12.2 | Průměrné výdaje na pojištěnce | 53 |
| 12.3 | Právo veřejného zdravotního pojištění | 54 |
| 12.4 | Státní pojištěnci | 55 |
| 13 | Hospodaření nemocnic | 58 |
| 13.1 | Největší objem výdajů na zdravotnictví jde do nemocnic | 58 |
| 13.2 | Hospodaření konkrétní nemocnice | 60 |
| 14 | Osobní náklady (platy a mzdy) | 62 |
| 14.1 | Důsledky pomalého růstu platů a mezd zdravotnických pracovníků | 63 |
| 14.2 | Analýza vývoje platů ve zdravotnictví porovnání platů a mezd | 66 |
| 15 | Léky | 76 |
| 15.1 | Nastavování cen léků | 78 |
| 15.2 | Nastavování cen léku pomocí „QALY“ | 78 |
| 15.3 | Zpětné bonusy | 79 |
| 15.3.1 | Zpráva NKÚ | 80 |
| 16 | Zdravotnické prostředky | 81 |
| 16.1 | Výdaje na zdravotnické prostředky tvoří třetí největší výdajovou položku nemocnic | 81 |
| 16.2 | Předražené přístroje a zdravotnický materiál | 82 |
| 16.3 | Znovuzavedení přístrojové komise Ministerstva zdravotnictví | 82 |
| 16.4 | Metoda QALY (analýza nákladové efektivity) pro nastavování cen zdravotnických prostředků | 83 |
| 17 | Výdaje na zdravotnictví a HDP – mezinárodní srovnání | 83 |
| 17.1 | Vztah výdajů do zdravotnictví a HDP | 83 |
| 17.2 | Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP roste v celé Evropě | 84 |
| 17.3 | Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví k HDP | 85 |
| 18 | Stárnutí populace | 87 |
| 19 | Shrnutí a doporučení | 87 |
| 20 | Závěr | 92 |
| 21 | Seznam použitých zdrojů | 94 |
| 22 | Seznam tabulek | 100 |
| 23 | Seznam grafů | 101 |
| 24 | Seznam příloh | 101 |
| 25 | Seznam zkratk: | 102 |
| 26 | Přílohy | 103 |

1 Úvod

Financování zdravotní péče je v každém státě odvozené od zdravotní politiky státu. Tato politika vychází ze současné ekonomické úrovně státu, stanovením určitých priorit vládní politiky, uspořádání společnosti a její historických tradic. Úroveň poskytované zdravotní péče je jedním ze základních ukazatelů vypovídajících o vyspělosti každé země.

Zdraví člověka je základní podmínkou pro existenci lidstva. Zdraví nemá povahu statku (v ekonomické rovině), nelze si ho koupit. Člověk ovlivňuje stav svého zdraví způsobem života a životním stylem. Proto je nutné lidi zdravému způsobu života učit a neustále jim připomínat péči o své tělo, jako prevenci před nemocemi. Péče o zdraví bývá často charakterizována jako „ochrana, podpora a obnova zdraví“. Definice se opírá o skutečnost, že ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivity ekonomicky výhodnější než obnova již narušeného zdraví.

Současná medicína je schopna člověku pomoci v komplikovaných zdravotních situacích, umí mu prodloužit délku života, avšak vyžaduje nákladnější techniku a kvalifikovaný zdravotnický personál. Výdaje na péči o zdraví lidí ve vyspělých zemích, včetně České republiky však v posledních letech neustále rostou. Odborníci i veřejnost jsou tak nuceni řešit otázky spočívající v problému, jak nadále poskytovat pacientům co nejkvalitnější zdravotní péči, při únosných nákladech systému. Nejvýraznější roli v růstu celkových nákladů na péči o zdraví ve vyspělých zemích hrají demografické, ekonomické a technologické aspekty. Jednou z hlavních příčin zvyšování nákladů je neustálé stárnutí populace, neboť výdaje na zdravotní péči nejsou u všech věkových skupin stejné, ale rostou s věkem.

Zdravotnické systémy, které fungují ve vyspělých zemích, jsou založeny na systému veřejného zdravotního pojištění. Tyto systémy jsou však citlivé na změny ve struktuře obyvatelstva. Příjmová strana takových zdravotnických systémů je pak většinou bezprostředně závislá na stabilní věkové struktuře plátců do systémů (tj. ekonomicky aktivní části populace, která do systému přispívá).

Výdajovou stránku zdravotnických systémů začíná ohrožovat zejména rychlé stárnutí populace, neboť čerpání prostředků na zdravotní péči mnohdy přesahuje možnosti naplňování příjmové stránky zdravotnického systému. Zdravotní systémy založené

na systému veřejného zdravotního pojištění tak začínají hospodařit na hraně svých možností. Vlády, ekonomičtí a zdravotničtí odborníci neustále kontrolují funkčnost těchto systémů, provádějí jejich změny tak, aby bylo zaručeno neplýtvání a nadužívání prostředků v systému a hledají další zdroje financování těchto systémů. Téma financování péče o zdraví, se tak stalo diskutovaným nejen v odborných kruzích, ale je tématem celospolečenským, neboť se bezprostředně dotýká každého jedince.

Již několik let se vlády v ČR pokouší prosadit komplexní změny, které by vedly ke kvalitnějšímu a udržitelnému zdravotnickému systému. Doposud však bez větších úspěchů. České zdravotnictví se potýká s dlouhodobým nedostatkem financí na straně jedné a na straně druhé s plýtváním finančních prostředků. V tomto prostředí se pak jednotlivé zájmové skupiny vůči sobě stále více vymezují, následkem čehož se zmenšuje možnost dohody nad hlavními otázkami a prioritami současného zdravotnictví.

2 Cíl a metodika

2.1 Cíl

Cílem této diplomové práce je popsat a zhodnotit právní a ekonomické aspekty financování zdravotnictví v České republice. Provést analýzu jeho ekonomického vývoje ve sledovaném období (2005-2015), zhodnotit jeho nákladovost a pokusit se provést predikci jeho vývoje se zaměřením na změny, které by mu prospěly.

2.2 Metodika

Práce bude rozdělena na dvě části. V první, teoretické části, bude formou rešerše odborné literatury provedeno seznámení se s problematikou zdravotních systémů, bude popsán jejich historický vývoj a provedena charakteristika zdravotnického systému v České republice. Dále bude specifikován přehled a struktura právních norem, které řešenou problematiku upravují.

V druhé, praktické části práce, bude provedena analýza struktury výdajů zdravotnického systému České republiky. Na základě statistických údajů (metodou číselných řad) bude provedeno srovnání vývoje financování zdravotního systému v České republice v referenčním období 10 let (2005 až 2015). V úvodu této části bude popsána metodika statistického sledování dat, která se v průběhu sledovaného období změnila. V závislosti na použité metodice budou data rozdělena tak, aby nedošlo ke zkreslení výsledku analýzy. Dále bude v práci využito metody časového srovnání – bazický, řetězový index a tempo přírůstku.

Časový index je podíl (srovnání) dvou stejnorodých veličin, ukazatelů či statistických znaků na stejném místě v různém čase.

Bazický index porovnává hodnoty ukazatele ke stejnému období a to obvykle k prvnímu uvedenému. V procentuálním vyjádření říká, na kolik % se změnila hodnota (ukazatele) v běžném období oproti prvnímu uvedenému (základnímu) období.

$$\frac{\text{hodnota v období, kde se nacházíme}}{\text{hodnota v prvním období}} \cdot 100 \%$$

[1]

Řetězový index srovnává hodnoty ukazatele k předchozímu období. V procentech vyjadřuje, na kolik % se změnilы hodnoty ukazatele v běžném období oproti hodnotě ukazatele v předchozím období.

$$\frac{\text{hodnota v období, kde se nacházíme}}{\text{hodnota v předchozím období}} \cdot 100 \%$$

[2]

Tempo přírůstku porovnává hodnoty k předchozímu období. Vyjadřuje (v %) jak se změnilа hodnota ukazatele v běžném období k hodnotě v předešlém období.

$$\frac{\text{hodnota v období, kde se nacházíme} - \text{hodnota v předchozím období}}{\text{hodnota v předchozím období}} \cdot 100 \%$$

[3]

V diplomové práci bude využito metody analýzy (analýza struktury a vývoje výdajů ve zdravotnictví), komparace (srovnání platů a mezd lékařů a sester s průměrnou mzdou v ČR), deskripce (popis fungování systému zdravotnictví) a syntézy (celkové zhodnocení zjištěných výsledků). Pro přehlednost budou výsledky zkoumání a vlastní výpočty zaneseny do tabulek a grafů.

Zdrojem dat k této diplomové práci budou veřejné databáze a dokumenty dostupné Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), Českém statistickém úřadu (ČSÚ), World Health Organization (WHO), Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Dalším důležitým zdrojem informací budou materiály poskytnuté Ministerstvem zdravotnictví a výroční zprávy vybraných nemocnic. Ty poslouží k analýze oblastí, do kterých je ve zdravotnictví nejvíce investováno. Problematika diplomové práce je v souladu s platnými zákony a vyhláškami České republiky.

V závěru praktické části práce bude pomocí ekonomického ukazatele „procentuální podíl výdajů k HDP“ provedeno srovnání výdajů do zdravotnictví v České republice s ostatními zeměmi EU. Následně bude provedeno zhodnocení současného stavu a efektivnosti financování zdravotního systému a budou rovněž formulována doporučení pro další období.

3 Teoretická část

3.1 Vysvětlení základních pojmů

a) zdraví

Zdraví lze podle světové zdravotnické organizace WHO definovat jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli jen jako nepřítomnost nemoci nebo postižení.¹

Faktorů determinujících zdraví je celá řada. Mezi čtyři nejdůležitější se uvádí:

- genetika (15%),
- prostředí, ve kterém žijeme (20%),
- způsob života (50%),
- zdravotní péče (15 %).

I přes to, že v současné době se tento model čtyř nejdůležitějších faktorů začíná postupně proměňovat, a to především díky globalizaci, stále platí, že způsob života je tím nejdůležitějším faktorem.²

b) zdravotní péče

Zdravotní péče je primárně chápána jako poskytování zdravotních služeb pacientům, ale v širším kontextu zahrnuje i aktivity spojené s prevencí chorob. Odborná literatura zdravotní péči rozděluje na primární (všeobecnou), sekundární (specializovanou) a terciální.

Primární péče zahrnuje péči praktických lékařů pro dospělé a pro děti a dorost, základní gynekologickou a stomatologickou péči. **Sekundární zdravotní péči** rozumíme standardní specializované služby ambulantní a lůžkové péče. Zahrnuje mnoho oborů a je prováděna v nemocnicích, poliklinikách a jiných zdravotnických zařízeních. **Terciální péče** zahrnuje vysoce specializovaná pracoviště. Vyžaduje tým odborníků a tato péče je finančně velmi náročná.³

¹ Vyhláška 189/1948 Sb., o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. července 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku. In: . 1948 Sb., číslo 189. Dostupné také z: <http://www.zmenyzakonu.cz/zakon.aspx?id=13928>

² DRBAL, C.: *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, c2005

³ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005

Zdravotní péče v ekonomické rovině je součástí hospodářské politiky každého státu. Financování zdravotní péče v příslušném státě je přímo odvozeno od zdravotní politiky státu, priorit vládní politiky, určitého společenského uspořádání a historických tradic a ekonomické úrovně země. Úroveň zdravotnických služeb, které může příslušný stát poskytnout svému průměrně situovanému občanovi, je měřítkem jeho celkové hospodářské, kulturní a jiné vyspělosti.⁴

c) veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví je věda, která zahrnuje jednak teorii, související se vztahem společnosti a zdraví, ale také praxi, tedy konkrétní zdravotně politická rozhodnutí, hygienická nařízení, výchovu ke zdraví, plánování zdravotní péče, řízení zdravotnických služeb a tak dále. Zdravotnictví tedy využívá poznatky různých vědních disciplín (ekonomie, právo, psychologie) k poznávání determinantů zdraví a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva.⁵

d) zdravotní politika

Zdravotní politika je chápána jako soubor politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí. Ovlivňuje řadu institucí, služeb a zařízení, ale také to, jakým způsobem bude financována zdravotní péče.⁶

e) zdravotnický systém

Zdravotnický systém je soubor institucí, kulturních, ekonomických a personálních zdrojů a výzkumných aktivit, které společnost vynakládá na prevenci nemocí, podporu zdraví, léčbu onemocnění, zabraňování předčasných úmrtí, mírnění bolesti a utrpení, kde léčba již není možná či účinná, rehabilitaci a rekonvalescenci, a jiných problémů spjatých se zdravotním stavem populace.⁷

⁴ PEKOVÁ,J, PILNÝ J, JETMAR.M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru.*, 3. Vydání, Praha 2008.

⁵ JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví.* Praha: Portál, 2009

⁶ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví : řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví : kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování.* Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press).

⁷ KRÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání.* Praha:, 1998

Pacienti jsou konzumenty péče, kterou jim poskytují zdravotničtí pracovníci. Pacienti požívají této péče na základě jejího financování třetí stranou. Tou může být vláda, zaměstnavatel, zákonné nebo soukromé fondy.

Strukturu zdravotnického systému, tak tvoří tři elementární subjekty:

- uživatelé systému (pacienti),
- poskytovatelé zdravotní péče (zdravotnická zařízení, lékaři),
- instituce plátců, kteří péči financují (veřejná správa a zdravotní pojišťovny).

f) Financování zdravotní péče

Financování zdravotní péče vyplývá z tradičního principu tzv. **sociální ekvity** (rovnost, spravedlnost-právo pro všechny občany rozvíjet se, udržovat si svůj plný potenciál zdraví, rovný přístup k léčbě a k aplikaci všech potřebných medicínských postupů, a to pro pacienty všech sociálních skupin bez rozlišování jejich schopností či sociálního postavení).

Sociální ekvita = solidarita bohatých s chudými, mladých se staršími, zdravých s nemocnými, ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními, jedinců s rodinami.

4 Modely zdravotních systémů

Každý stát má v současnosti svůj specifický systém zdravotní péče. Jednotlivé systémy se liší velikostí státních zásahů, množstvím zdravotnických zařízení, rozsahem zdravotní péče a rozsahem účasti jednotlivce na financování zdravotní péče. Důležitým faktorem je zde ekonomická síla daného státu.

Dřívější modely zdravotnických systémů byly orientovány na akutní péči (péči poskytovanou již nemocným lidem). Současné moderní zdravotnické systémy jsou zaměřeny spíše na aktivity směřující k předcházení chorobám, či oddálení doby jejich výskytu.⁸

⁸ NAHODIL, František. *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha, 2003.

Ve světě existují tři hlavní zdravotnické systémy:

1. Zdravotnické systémy založené na zdravotním pojištění
2. Státní zdravotnictví – Národní zdravotní služba
3. Tržní zdravotnictví

Ad 1) Zdravotnické systémy založené na všeobecném zdravotním pojištění jsou postaveny na myšlence všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Zdravotní péče je zde hrazena z povinného veřejného zdravotního pojištění. Každý občan je povinen přispívat do základního fondu zdravotní pojišťovny podle svých možností (obvykle určité procento z vyměřovacího základu) a zdravotní péči může čerpat dle svých potřeb. Platí zde princip solidarity bohatých s chudými a zdravých s nemocnými.

Ad 2) Státní zdravotnictví (Národní zdravotní služba) - je zdravotnický systém, ve kterém je zdravotnictví financováno z daní (prostřednictvím státního rozpočtu). Zdravotnictví je zde politicky determinováno. Stát garantuje určitý objem služeb, vlastní většinu zdravotnických zařízení (zejména nemocnic). Jedná se o státní (centralizované) zdravotnictví. Mezi znaky státního zdravotnictví patří hlavně dostupnost zdravotní péče a rovný přístup ke všem obyvatelům.

Ad 3) Tržní zdravotnictví - je zdravotnický systém, který je založený na individuální odpovědnosti občanů. Stát zde negarantuje zdravotní péči pro všechny, ale pouze pro některé sociální skupiny, a to ve formě státních zdravotnických programů. Náklady na zdravotnictví jsou v tomto systému hrazeny z komerčního (soukromého) zdravotního pojištění. Veřejné (povinné) zdravotní pojištění zde neexistuje.

Současné zdravotnické systémy jsou podle mezinárodní klasifikace definovány jako administrativní kontrola a monitorovací mechanismy, které řídí rozsah služeb poskytovaných jedincům pro jejich fyzickou, psychickou a sociální pohodu.

Každý zdravotnický systém má pět základních složek:

1. prostředky ze kterých je financován
2. pracovní sílu, která poskytuje zdravotnické služby

3. dodavatelé léčebných prostředků (léčiv a zdravotnického vybavení)
4. vzdělávací a výzkumné instituce (vychovávatelé zdravotníků a poskytují nové znalosti v oblasti zdravotnických služeb)
5. mechanismus financování⁹

Historické základy zdravotnických systémů

Až do 19. století žádné státní zdravotnické systémy neexistovaly. Vztah mezi lékaři a pacienty byl přímý. Pacienti platili lékařům za poskytnutou péči přímo. Nemocným bez prostředků a bez rodinného zázemí byla péče poskytována na principu charitativním, zejména církevními nebo městskými institucemi. O zdravotnictví, jako o systému, je možné hovořit až od chvíle, kdy mezi pacienta a lékaře vstoupil "plátce třetí strany" tedy až v druhé polovině 19. století, kdy bylo v Evropě zavedeno povinné nemocenské pojištění zaměstnanců.

Nemocenské pojištění však nevzniklo z potřeby zajistit solidaritu zdravých s nemocnými, mladých se staršími a bohatých s chudými při dostupnosti zdravotní péče, ale proto, aby u rodin nemocného nebo zraněného zaměstnance pokrylo jejich základní životní potřeby. Průmyslová revoluce změnila dosavadní tradice. Odvedla lidi z jejich původního prostředí, které se o ně staralo v době nemoci a zasadila je do anonymity průmyslových aglomerací. Zdravotní péče začala být proplácena z nemocenské. Nemocenské pokladny platily lékařům, aby léčili nemocné a vraceli je co nejdříve zpět do pracovního procesu, přitom bedlivě hlídaly dobu vyplácení nemocenské.¹⁰

⁹ MÁTL.O, PAVLOKOVÁ. K, ROUBAL.T. VACHEK. S., České zdravotnictví v roce 2050 Diskuse k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR.

¹⁰ MUDr. VEPŘEK, Pavel. *Tribuna lékařů a zdravotníků: Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví* [online]. 07.06.2010 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://www.tribuna.cz/clanek/18074-jak-se-vyvij>

Po druhé světové válce převládaly ve zdravotnictví evropských zemích tři společné cíle:

- obnovit jeho chod do předválečné podoby, neboť vysoké válečné náklady zdravotnictví jednotlivých zemí nenávratně poznamenaly,
- využít všech dostupných prostředků k prevenci před šířením přenosných nemocí,
- zpřístupnit zdravotní péči všem vrstvám obyvatelstva.

V jednotlivých zemích světa se tak začaly vyvíjet celostátní zdravotnické systémy, které vycházejí ze čtyř základních modelů zdravotnických systémů:

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

4.1 Semaškův model

Tento zdravotnický systém byl zaveden již na počátku 20. století v Sovětském svazu. Je nazýván podle tehdejšího politika a ministra financí Nikolaje Alexandroviče Semaška. Zdravotnický systém podléhal plně pravomoci státu a byl v jeho majetku. Zdravotní péče byla poskytována zdarma a byla dostupná pro veškeré obyvatelstvo. Tento systém se však dlouho neudržel. Neefektivním čerpáním prostředků ze systému, neprůhledné rozdělování a byrokracie způsobila brzy degradaci. Neudržitelnost tohoto systému byla způsobena zejména tím, že zdravotnictví na počátku 20. století v Sovětském svazu bylo pokládáno za neproduktivní oblast, což mělo za následek nízkou ekonomickou prioritu této oblasti. Nepropracovanost a krátkozrakost tohoto systému tak brzy znamenala ekonomickou ztrátu země, která se odrazila na zdravotním stavu obyvatelstva a jeho průběžnosti. Důsledkem bylo i zkrácení střední (produktivní) délky života obyvatel země. Po rozpadu Sovětského svazu nově vznikající státy již tento zdravotnický systém reformovaly, resp. přijaly jiný model. V současné době je tento Semaškův model používán pouze na Kubě.¹¹

¹¹ HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do studia zdravotnických systémů* [online]. [cit. 2018-03-25].

Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2013/bp1167/um/FIN_MODEL/uvod_do_zs.pdf

4.2 Beveridgeův model

Jde o systém Národní zdravotní služby. Vznikl ve Velké Británii a byl pojmenován po Williamu Beveridgeovi, resp. na základě jeho zprávy z roku 1942, která popsala jeho zkušenosti z předválečného zdravotnictví ve Švédsku. V tomto systému je zdravotní péče poskytována a financována státem, z výběru daní. Zdravotní péče je službou, kterou kupuje stát pro své občany. Více jak 90% výdajů je hrazeno z rozpočtu veřejných financí. Stát je zde vlastníkem většiny zdravotnických zařízení. Zdravotní péče je zajištěna pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnost. Tím však dochází ke ztrátám v konkurenceschopnosti v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení. Tento model zdravotnické péče vyniká v tom, že klade důraz na komplexní primární zdravotní péči. Nedostatkem tohoto systému jsou velké čekací doby na neurgentní zdravotnické zákroky. Ve Velké Británii, kde systém dnes funguje, se hojně vyskytuje tento problém a to způsobuje, že pacienti vyhledávají lékařskou péči v jiných zemích EU, nevyjímaje Českou republiku. Druhým nedostatkem je nespokojenost bohatších vrstev, které díky vyšším příjmům přispívají vyššími platbami a hradí tak náklady za ty nejhudší.

Tento model financování používají země jako například Velká Británie, Kanada, Španělsko, Dánsko, Norsko, Finsko, Švédsko a jiné.

4.3 Bismarckův model - pojišťovací

Bismarckovský model byl ve zdravotnictví zaveden v Německu mezi lety 1883 až 1889 německým kancléřem Otto von Bismarkem. Německo tak byl první stát, kde byl zaveden celostátní systém sociálního zabezpečení.¹²

Myšlenka pojištění se v historických pramenech objevuje už ve středověku. V době prvních zámořských objevů se ve vyspělých italských městech setkáváme s námořním pojištěním, které bylo časem rozvinuto do mnoha soukromoprávních podob.¹³

Zdravotní péče je v tomto pojišťovacím modelu poskytována na základě povinného veřejného zdravotního pojištění. Model je založený na finančních příspěvcích, které určeným subjektům (zdravotním pojišťovnám) hradí povinně každý občan, bez ohledu na jeho budoucí spotřebu. Poskytování zdravotní péče zde vychází z principu solidarity

¹² WEIGL J., KOVÁŘ M., VOSTATEK J., a kol. Otto von Bismarkem: 200 let od narození

¹³ GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press, 2003

a sdílení zdravotního rizika všech občanů daného státu. Každý občan odvádí pojistné v závislosti na jeho příjmu a dostává tak zdravotní péči dle potřeb. Stát se na zdravotním pojištění podílí ve formě příspěvků na státní pojišťovny a na skupiny obyvatel, které jsou definované zákonem např. děti, studenti, senioři, nezaměstnaní a jiné.

Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou hospodářskými subjekty a s příslušnými pojišťovnami, u nichž jsou jejich pacienti registrovaní, mají uzavřené smlouvy. Poskytovatelé zdravotních služeb mezi sebou soutěží, aby přilákali co nejvíce pojištěnců k sobě do ordinace. Každý nový pacient jim totiž přináší nové finanční prostředky od své zdravotní pojišťovny.

Jako hlavní výhody tohoto systému může určitě zařadit dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele. Systém zachovává dostatečnou rozmanitost a nabídku služeb. Síť zdravotnických zařízení je poměrně dobře uspořádána i tím, jak je vázána na zdravotnické služby. Systém klade důraz na základní preventivní péči za přiměřené náklady. Zdravotní pojišťovny jsou většinou veřejné a neziskové, ale také soukromé (např. v Holandsku). Počet zdravotních pojišťoven je v jednotlivých zemích liší (např. v Německu okolo 300 pojišťoven, v Rakousku 8, v Maďarsku 1).

Jako nevýhodu tohoto systému lze spatřovat v tom, že část finančních prostředků spotřebovávají na svou činnost i samotné zdravotní pojišťovny. Systém je tak poměrně administrativně nákladný. Pojišťovny spotřebovávají na svou činnost okolo 2-4 % z celkové sumy vybrané na pojištění.

Zdravotní pojišťovny se pak samy (svým hospodařením) mohou snadno dostat do různých finančních problémů, což se ve finále odrazí na kvalitě zdravotnické péče o nemocné (např. v roce 2005 musela být uvalena nucená správa na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu).

Tento systém je dnes používán ve většině západoevropských a středoevropských zemích: Česká republika, Slovensko, Polsko, Belgie, Holandsko, Francie, Německo, Rakousko, Francie.

4.4 Liberálně - Tržní model

Tržní model zdravotnického systému vychází z názoru, že péče o zdraví je záležitost každého jedince. Stát negarantuje žádnou zdravotní péči, zdravotnictví je řízeno pouze trhem. Zdravotnické služby jsou vnímány jako druh zboží, které podléhá zákonům, kde pacient vystupuje jako konzument a lékař jako podnikatel.

Stát financuje zdravotnické služby pouze stanoveným (sociálně slabým) skupinám, a to občanům, kteří žijí pod hranicí životního minima (vládní program Medicaid) a důchodcům na 65 let (vládní program Medicare). Ostatní občané si musejí obstarat zdravotnické služby dle svých možností.

Tržní prostředí se projevuje tak, že např. velké podniky kupují pro své zaměstnance zdravotní pojištění, které ovšem zaměstnanec s ukončením pracovního poměru ztrácí.

Typ tohoto modelu financování zdravotnictví využívají hlavně ve Spojených státech amerických a v modifikovaných podobách jej můžeme najít i v Austrálii, Japonsku, Jižní Koreji, Švýcarsku nebo některých latinskoamerických státech.

Financování zdravotnictví v USA tak představuje kombinaci veřejných programů (státu) a dobrovolného soukromého zdravotního pojištění. Mezi nejdůležitější státní programy se řadí program Medicaid a program Medicare. Jedná se o dva odlišné vládní programy, které byly vytvořeny v roce 1965 a to v reakci na velké množství obyvatel, kteří si nebyli schopni platit zdravotní pojištění.

Federální zdravotní program Medicaid byl pro osoby s velice nízkými příjmy, který sice není celý financován z federálního státního rozpočtu USA, ale polovina je financována ze státních rozpočtů jednotlivých států USA. Tyto státy mají federálním zákonem vymezenou skupinu obyvatelstva, na které se tento program vztahuje. Existuje však možnost do tohoto programu zahrnout větší část obyvatelstva.

Federální zdravotní program Medicare poskytuje pojištění osobám, které jsou starší 65 let nebo osobám s vážným zdravotním postižením, bez ohledu na jeho příjem. Tento program je kompletně financován z federálního rozpočtu USA.

Z daní je dále financován Veteran's Health Administration, což je zdravotní program pro vojáky, válečné veterány a jejich rodiny.

Ačkoliv je zdravotnictví USA vysoce odborné a kvalitní, je nákladné a není dostupné všem.

4.5 Tradiční zdravotnické systémy v současnosti vyžadují změny

V devadesátých letech 20. století začalo být zřejmé, že zdravotnické systémy založené na základních modelech se beze změny jejich základního paradigmatu již dále nepohnou. S rostoucí různorodostí medicíny, která začala lékařům nabízet nové vyšetřovací metody a způsoby léčení pacientů bylo potřeba začít provádět reformy systému tak, aby namísto prostého proplácení poskytnuté péče došlo i k ovlivňování efektu a kvality samotné zdravotní péče. Zároveň bylo potřeba zastavit neudržitelný růst nákladů do systému. Kroky prováděné v jednotlivých státech zaměřily od přidělových systémů k regulovanému trhu. Pacienti se začínají posouvat z pozice jakýchsi pasivních konzumentů do aktivnější role zákazníka. Lékaři již musí brát v potaz preference pacientů a pojišťovny přebírají přímou odpovědnost za správu svěřených prostředků. Státní správa již nevystupuje v roli přímého poskytování zdravotních služeb a jejich financování, ale zaměřuje se na výkon nové role regulátora a kontrolora, který efektivně kočíruje tržní síly, protože náklady na léčení některých nemocí jsou velmi vysoké a v tržním prostředí by si je mohli dovolit a zaplatit jen ti nejbohatší. Smyslem státních regulací je, aby byla zajištěna stejná startovací pozice všem občanům ve vztahu k potřebné péči a stanovování regulace tržních omezení.

5 Charakteristika zdravotního systému v České republice a jeho historický vývoj

5.1 Prvorepublikový systém zdravotnictví

Po vzniku Československé republiky 1918, bylo u nás zákonem zavedeno všeobecné pojištění (*zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a staří*). Tento zákon stanovil, že „*povinně musí být pojištěni ti, kdo v Československé republice vykonávají práce nebo služby na základě smluveného poměru*

pracovního, služebního nebo učňovského i zaměstnanci, kteří vykonávali přechodně práce mimo území státu“. Prvorepublikový zdravotní systém tak byl založen na principu povinného zdravotního pojištění námezdně pracujících. Z celkového počtu 15 mil. občanů se povinné zdravotní pojištění vztahovalo na cca 3,5 mil. osob. Z pojištění byly hrazeny dávky pomoci v nemoci a mateřství, které obsahovaly bezplatnou zdravotní péči i náhradu ušlého příjmu. Výše pojistného činilo cca 6 % mzdy, kde 3 % uhradil zaměstnanec a 3 % zaměstnavatel. Pojištění zpravovaly nemocenské pojišťovny (cca 300 nemocenských pojišťoven). V roce 1925 bylo (*zákonem č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců*) rozšířeno nemocenské pojištění zaměstnanců ve státní službě (státní úředníci, četníci, učitelé). Tento model vydržel až do konce 2. světové války.

5.2 Systém zdravotnictví po 2. světové válce

V roce 1948 bylo nemocenské pojištění sloučeno a upraveno jediným zákonem (*zákon č. 99/1949 Sb., o národním pojištění*). Správu pojištění převzala Ústřední národní pojišťovna s detašovanými okresními národními pojišťovnami. Nemocnice byly zestátněny a ambulantní péči poskytovali převážně lékaři se soukromou praxí.

V roce 1951 byla převzata koncepce Sovětského zdravotnictví (Semaškův model). Povinné zdravotní pojištění bylo zrušeno a zdravotní péče byla převedena plně do rukou státu. Finanční prostředky na zdravotní péči plynuly ze státního rozpočtu (z daní) a byly přerozdělovány Ministerstvem zdravotnictví do krajských a okresních národních výborů. Vznikly krajské ústavy národního zdraví (OÚNZ) a okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ), které zabezpečovaly preventivní, ambulantní, závodní i nemocniční péči.¹⁴

5.3 Systém zdravotnictví po roce 1989

Po roce 1989 byla v rámci celospolečenských změn, zahájena i rozsáhlá reforma zdravotnictví, jejímž cílem bylo znovuzavedení systému veřejného zdravotního pojištění. Vznikla nová koncepce systému zdravotní péče, kde stát garantuje adekvátní zdravotní péči všem občanům, základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení s vlastní právní subjektivitou a zdravotnictví bude financováno

¹⁴ GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví, Brno: Computer Press, 2003

z více zdrojů: ze státního rozpočtu, zdravotního pojištění, rozpočtu obcí a prostředků jednotlivých občanů. Zdravotní systém bude založen na povinném zdravotním pojištění.

V roce 1992 byl přijat zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Ještě v téže roce byly samostatným zákonem zřízeny další zdravotní pojišťovny (zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách), které měly přinést do systému konkurenční prostředí vůči Všeobecné zdravotní pojišťovně. Těchto však vzniklo velký počet (26) a postupem času se jejich počet redukoval na současných 7 zdravotních pojišťoven.

V roce 1993 byl přijat zákon č. 592/1992Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, který ukládal pojištěncům povinný odvod pojistného na zdravotní pojištění (až do roku 1992 pocházely příjmy zdravotních pojišťoven ze státního rozpočtu).

5.4 Změny v systému zdravotnictví po roce 1992 - privatizace

V průběhu let 1992 – 1996 byla provedena další rozsáhlá transformace českého zdravotního systému. Bylo přistoupeno k privatizaci, jejímž cílem bylo odstranění státního monopolu v poskytování zdravotnických služeb. Privatizace byla provedena ve dvou kategoriích:

- a) privatizace činností – kdy došlo k zavádění privátních praxí, provozovaných ve vlastním domě nebo pronájmu (dle zákona č. 160/1992 Sb. o zdravotní péči v nestátních zařízeních),
- b) privatizace zařízení (ordinací, lékáren, poliklinik, nemocnic) – kdy vlastníkem zařízení se může stát fyzická či právnická osoba (dle zákona č. 92/1991 Sb., o podmínkách převodu majetku státu na jiné osoby).

Privatizace se dotkla:

- lůžkových zařízení (vlastnictví některých nemocnic přešlo na obce),
- ambulantní sféry (zavádění privátních praxí),
- lékáren,

- distribučních sítí a obslužných provozů nemocnic,
- lázeňské péče.

Ambulantní sféra, tedy praktičtí doktoři a vedle toho i někteří specialisté se stali soukromými podnikateli.¹⁵

5.5 Koncepce financování zdravotnictví jednotlivých ministrů

Už v počátcích transformace zdravotnictví vznikl návrh na změny ve zdravotním systému a jeho financování. Jako jeden z prvních reagoval na špatnou situaci financování českého zdravotnictví Miroslav Macek. V roce 1997 představil nový koncept financování zdravotnictví, který kladl důraz na větší spoluúčast pacienta a tím chtěl navýšit procento soukromých výdajů v českém zdravotnictví. Tento návrh byl však v důsledku nástupu nové vlády později nahrazen jiným. V následujících kapitolách jsou chronologicky uvedeny různé často až protichůdné koncepce jednotlivých vlád.

Od roku 1996 za vlády Václava Klause zastával funkci tajemníka ministerstva zdravotnictví Miroslav Macek. Jak již bylo uvedeno, byl jedním z prvních, kdo se snažil o změny ve financování českého zdravotnictví. Koncepce Miroslava Macka usilovala o větší spoluúčast pacienta, standardní zdravotní péči, která by byla hrazena ze zdravotního pojištění a všechny ostatní služby si měl pacient financovat sám přímo nebo pomocí komerčního pojištění. Poukazoval také na restrukturalizaci nemocničních lůžek pro akutní případy a navýšení nových u pacientů, kteří jsou dlouhodobě nemocní.¹⁶

V roce 1998 vyhrála volby Česká strana sociálně demokratická („dále ČSSD“) v čele s Milošem Zemanem. Tehdejším ministrem zdravotnictví byl Ivan David, který v roce 1999 představil svou vizi financování zdravotnictví, ve které však odmítnul prakticky všechno, o co se usilovala předchozí vláda. Představená koncepce zdravotnictví vycházela z programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny do roku 2000“. Zdravotnictví nelze chápat jako neregulovatelnou obchodní činnost, ale jako veřejnou službu hrazenou z veřejných rozpočtů. Tato služba a financování musí být pod dohledem veřejnosti. Koncept tedy zahrnuje fázi konsolidace, kdy je nutné upravit

¹⁵ GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Nakladatelství Computer Press, 2003

¹⁶ Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, Informace vlády 1997

kompetence jednotlivých institucí, zefektivnit systém a připravit zákonné normy pro další vývoj. Veřejné zdravotní pojištění bude informačně propojeno s nemocenským pojištěním a budou vypracovány metody k hodnocení kvality práce zdravotnických zařízení. V roce 2005 pak budou přijaty upravené normy, jejichž podstata bude hospodárnost, optimalizace a zkvalitnění zdravotního systému. Taktéž bude stabilizována síť zdravotnických zařízení a systém provozních nákladů zdravotních pojišťoven. Zdravotnictví by tak mělo být díky velké dostupnosti informací lépe kontrolováno širokou veřejností.¹⁷

Ministrem zdravotnictví další vlády ČSSD (2004 Vláda Vladimíra Špidly) byl Josef Kubinyi. Spolu s Českou lékařskou komorou sice také prosazoval spoluúčast pacientů, avšak tato koncepce nebyla vládou ČSSD brána příliš vážně. Jako jeden z hlavních problémů, na které poukazyval, bylo problematické přerozdělování prostředků mezi zdravotní pojišťovny, kde nejsou zohledňovány rozdílné náklady na jednotlivé věkové skupiny pojištěnců, ale také na způsob rozdělování prostředků, které jsou zdravotními pojišťovnami poskytovány zdravotnickým zařízením. Zdravotní pojišťovny podle něj hradí nadbytečnou zdravotní péči i kapacity. Dalším negativním jevem je příliš velká síť poskytovatelů zdravotní péče a malá role pacienta a jeho nedostatečná motivace k prevenci zdraví. Také navrhl změnu způsobu financování zdravotnického systému, kdy za pojištěnce (děti, studenty, nezaměstnané, důchodce, matky na mateřské dovolené) již nemá platit zdravotní pojištění stát, nýbrž jejich živitelé nebo jedinec sám. To jim bude kompenzováno zvýšením příspěvků, důchodu nebo snížením daňové zátěže.

Mezi lety 2006 až 2009 byl ministrem zdravotnictví Tomáš Julínek (Vláda Miroslava Topolánka - ODS), dala tehdy najevo, že problémem českého zdravotnictví je nefunkční nastavení institucí. Podle ODS systém, vytvářející vztah mezi státem, zdravotními pojišťovnami a zdravotními zařízeními nemotivuje občany k prevenci a hospodárnosti. Občanští demokraté tak chtěli zabránit stále zvyšujícím se příjmům od pojištěnců, díky nimž mohl tehdy současný systém fungovat. Řešením měla být snaha přinutit pojištěnce k efektivnímu chování a hospodárnosti, kdy občan sám by měl rozhodovat, kolik za zdravotní péči uhradí. Aby tato idea mohla být naplněna, muselo

¹⁷ Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR, MZČR, 2004

by se změnit postavení samotných institucí – navýšením jejich pravomocí a financování pojištění. Občanská strana demokratická chtěla svou koncepcí s názvem „Modrá šance pro zdravotnictví“ občany motivovat k větší spoluúčasti pacienta na léčbě a také k lepší prevenci jejich zdraví zavedením regulačních poplatků.

I přes odlišné koncepce (zdravotnictví a jeho financování) u střídajících se vlád (ODS a ČSSD), mají některé body společné. Především je to shoda na zvýšení spoluúčasti pacienta, sjednocení nemocenského a zdravotního pojištění a zlepšení informovanosti pacienta. Rozdílný je však pohled na jejich provedení. Pravicové strany (zejména ODS) berou pacienta spíše jako zákazníka, jemuž zdravotní pojišťovny nabízejí jednotlivé zdravotní programy, služby, připojištění atd.

Naopak odlišné je chápání role zdravotních pojišťoven mezi levicovými stranami (zejména ČSSD), které tvrdí, že zdravotní pojišťovny nelze řadit mezi ostatní druhy pojišťoven, neboť jsou specifické právě díky poskytovaným službám. Pravicové strany se snaží zvyšovat pravomoci zdravotních pojišťoven, aby si pojistné vybíraly samy a dále s ním hospodařily. Levicové strany naopak tvrdí, že se tak děje na úkor pacientů, a proto navrhuji, aby si stát pojistné vybíral sám a poté jej přerozděloval jednotlivým zdravotním pojišťovnám.

6 Právní úprava

Problematika zdravotnictví a financování zdravotnického systému České republiky je upravena v několika právních předpisech.

6.1 První skupinu tvoří ústavní zákony, mezinárodní smlouvy a předpisy EU

Základní pravidlo, které ovlivňuje způsob právní regulace financování zdravotnictví je stanoveno v Listině základních práv a svobod (která je dána Usnesením předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky).

- V čl. 6 Listiny je zakotveno právo každého člověka na život a zaručuje ochranu lidského života již před narozením.

- Koncepti systému veřejného zdravotního pojištění zakládá čl. 31 Listiny: „*Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“ Interpretace slovního spojení „bezplatná péče“ však nelze interpretovat tak, že by byla lékařská péče zdarma, ale je hrazena především z povinného zdravotního pojištění. Zdravotní péče i pomůcky jsou u nás do určité míry bezplatné; podmínky, rozsah a způsob poskytování však upravuje příslušný zákon.
- Ustanovení čl. 31 Listiny doplňuje čl. 41 Listiny, který stanovuje možnost domáhat se těchto práv jen v mezích zákonů, které čl. 31 provádějí.

Nařízení Rady EHS č. 1408/71 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 574/72

Těmito nařízeními Rady se po 1. lednu 2010 do podepsání příslušných smluv řídí již jen státy EHP a Švýcarská konfederace.

Nařízení Rady EHS č. 883/2004 a prováděcí nařízení Rady EHS č. 987/2009

Těmito nařízeními Rady se po 1. 5.2010 řídí všechny státy EU¹⁸

Vícestranné mezinárodní smlouvy, kterými je ČR vázáná. Tyto smlouvy stanovují určité minimální standardy poskytování zdravotní péče v rámci vnitrostátní úpravy.

Jedná se o:

- **Úmluvu o lidských právech a biomedicíně,**

Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Úmluva Rady Evropy z roku 1997, ČR přistoupila v roce 1998.

- **Evropskou sociální chartu**

Úmluva Rady Evropy z roku 1961. ČR přistoupila v roce 1992, plně uznala platnost čl. 13, že zajistí osobě bez přiměřených prostředků v případě nemoci poskytnutí nezbytné péče a stejně tak bude zacházet i s příslušníky smluvních stran Charty, kteří se legálně nacházejí na jejím území.

¹⁸ ČERVINKA, T. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ : s komentářem a příklady 2016*

6.2 Druhou skupinu předpisů tvoří zákony

Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů, kterým se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Zákon upravuje právní postavení pojišťovny, stanovuje mechanismy kontroly nad činností pojišťovny, kterou vykonává Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí, a dále stanoví práva a povinnosti pojišťovny při výkonu své působnosti.

Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon stanovuje výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu, evidenci plátců pojistného. Dále stanovuje povinnost Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR zřídit zvláštní účet a ukládá ji další povinnosti spojené s jeho vedením.

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů. Zákonem je stanoven způsob zřizování zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a specifikován jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. V zákoně je dále stanoveno právní postavení těchto pojišťoven a je specifikována kontrola jejich činnosti, kterou provádí Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění, stanoví jeho rozsah a podmínky, na základě kterých jsou ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby. Právní předpis dále stanoví základní zásady veřejného zdravotního pojištění, práva a povinnosti zdravotních pojišťoven v oblasti placení pojistného na všeobecné zdravotní pojištění a v oblasti zajišťování poskytování zdravotní péče a její úhrady. Zákon byl přijat v roce 1997 v reakci na tehdy nedostatečnou právní úpravu rozsahu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Přesto, že byl tento zákon předložen jako přechodná právní úprava, nepodařilo se jej do současné doby nahradit jinou (novou) zákonnou úpravou. Tento zákon byl vícekrát novelizován.

6.3 Třetí skupinu tvoří předpisy podzákonné

- *Vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačním omezení pro rok 2017* (úhradová vyhláška)
- *Vyhláška č. 280/2014 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů, finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven, krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu pro počtu tohoto limitu.*¹⁹

6.4 Principy úhradové vyhlášky

Zdravotní péče v České republice je hrazena zcela nebo jen částečně. Nárok na hrazení zdravotní péče vzniká na základě platné smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Tyto smlouvy se každý rok obnovují. Rozsah hrazené péče stanovuje zákon č. 48/1997 Sb., a je upravován v dohodovacím řízení. Dohodovací řízení probíhá mezi lékaři a zástupci zdravotních pojišťoven, lékařských komor, profesních sdružení a zástupců patientských organizací. Setkání všech těchto představitelů má za úkol dohodnout se na seznamu lékařských výkonů, které budou hrazeny ze zdravotního pojištění, jejich bodovou stupnicí a na regulačních opatřeních. Výsledkem takovéto dohody je tzv. úhradová vyhláška, kterou vydává Ministerstvo zdravotnictví. V 1998 byl prvně vydán základní seznam hrazených výkonů v podobě vyhlášky č. 134 Sb. Od roku 2008 však vyhláška není nařízením, ale pro zdravotní pojišťovny doporučením a poskytovatelé zdravotní péče se tak mají možnost domluvit i na dalších podmínkách úhrady s ohledem na dostupnost péče. Zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři je odměňována tzv. kombinovanou kapitačně – výkonovou platbou. Většina zdravotní péče spadá do fixní kapitační platby. Některé výkony jako jsou například očkování, preventivní prohlídka, jsou hrazeny na základě vykázaného výkonu. Zdravotní pojišťovny nastavují lékařům limity na vykázané výkony, spotřebu léků a indukovanou péči, tedy odeslání pacienta na další potřebná vyšetření. Dojde-li k překročení těchto limitů, musí lékař zástupci příslušné pojišťovny svůj postup opodstatnit.

¹⁹ Vyhláška č. 280/2014 Sb. In: 2014, číslo 280. Dostupné také z: <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/legislativni-dokumenty/2014/vyhlaska-c-280-2014-sb-20102>

7 Zdroje financování zdravotnického systému České republiky

V České republice tvoří zdroje zdravotnického systému pro financování zdravotních služeb:

- veřejné rozpočty (státní a místní),
- povinné zdravotní pojištění,
- dobrovolné (soukromé) zdravotní pojištění,
- charitativní sbírky, dary nebo prostředky zahraniční pomoci,
- přímé platby od příjemců zdravotnických služeb (pacientů).

7.1 Veřejné rozpočty (státní a místní)

7.1.1 Státní rozpočet

Stát je plátcem zdravotního pojistného za tzv. státní pojištěnce. Do této skupiny například patří: nezaopatřené děti, poživatelé důchodů z důchodového pojištění, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené, uchazeči o zaměstnání, osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby, osoby pečující o osoby závislé na péči jiné osoby, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi (§ 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů) a jiné. Za každého státního pojištěnce stát ze státního rozpočtu měsíčně hradí částku, která je stanovena nařízením vlády. Od ledna 2017 je vyměřovacím základem pro platbu pojistného státem částka 6 814 Kč. Pojistné vypočtené z tohoto vyměřovacího základu činí 920 Kč. Z účinností od ledna 2018 Nařízení vlády č. 140/2017 Sb., stanoví tento vyměřovací základ ve výši 7 177 Kč na kalendářní měsíc. Pojistné vypočtené z tohoto vyměřovacího základu bude činit 969 Kč.²⁰

²⁰ VZP ČR. *VZP ČR* [online]. Copyright © 2018 VZP ČR, Všechna práva vyhrazena [cit. 15.03.2018]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/>

Místní rozpočty

Jednotlivé územní rozpočty se podílejí také na financování zdravotnictví. Tyto výdaje řadíme v územních rozpočtech mezi služby pro obyvatelstvo.²¹ Finanční prostředky územních rozpočtů jdou zejména na provoz zdravotnických zařízení, na provoz záchranné zdravotnické služby, lékařské pohotovosti a dalších výdajů a služeb, které souvisejí s provozem výše uvedených zařízení.

7.2 Povinné zdravotní pojištění

7.2.1 Zaměstnanci a zaměstnavatelé

Zaměstnavatelé odváděli zdravotní pojištění za své zaměstnance do dubna 2017 na účet zdravotní pojišťovny, u které je zaměstnanec přihlášen jako pojištěnec. Od května 2017 jsou povinni všichni zaměstnavatelé zasílat platby na bankovní účet zřízený u České národní banky. Zaměstnavatel tak odvede měsíčně za každého zaměstnance částku, která je rovna 13,5 % jeho vyměřovacímu základu (tj. jeho hrubého měsíčního platu). Z tohoto je 4,5 % strženo přímo ze mzdy zaměstnance a zaměstnavatel uhradí 9 %. Minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda, která v roce 2017 činila 11 000 Kč. Od roku 2018 se minimální mzda zvýšila na 12 200 Kč.

7.2.2 OSVČ

OSVČ je zkratka používaná v zákoně o zdravotním pojištění, kterou se označuje osoba samostatně výdělečně činná. Za OSVČ je považována fyzická osoba, která má příjmy z podnikání nebo z jiné samostatně výdělečné činnosti. Do této skupiny spadá např. živnostník, soudní znalec, samostatný zemědělec nebo samostatně výdělečný umělec. Do dubna roku 2017 také OSVČ odváděl zdravotní pojištění na účet zdravotní pojišťovny u které je pojištěna (platby jsou zasílány pod variabilním symbolem, kterým je rodné číslo). Od května 2017 stejně jako u zaměstnavatelů jsou OSVČ povinny zasílat zdravotní pojištění na účet do České národní banky. OSVČ odvádí pojistné ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu. Vyměřovací základ činí 50 % z příjmů z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti, vždy po odpočtu výdajů, které byly vynaloženy na jeho dosažení, zajištění a udržení. Maximální vyměřovací základ byl novelizací zákona

²¹ PROVAZNÍKOVÁ, R. Financování měst a obcí a regionů, 2015

o pojistném na veřejné zdravotní pojištění a dalších souvisejících zákonů platných od 1. ledna 2015 zrušen, tzn., že od ledna 2015 neplatí pojem maximální vyměřovací základ. OSVČ platí pojistné na zdravotní pojištění formou záloh na pojistné a případného doplatku pojistného.²²

7.2.3 Osoby bez zdanitelných příjmů

Osoba bez zdanitelných příjmů je osoba, která po celý kalendářní měsíc nemá příjmy ze zaměstnání, ze samostatně výdělečné činnosti a není za ni plátcem pojistného stát (např. nezaměstnaný, který není v evidenci úřadu práce). Osoba bez zdanitelných příjmů hradí pojistné od května 2017 na účet do ČNB (do dubna 2017 hradila na účet své pojišťovny). Měsíční pojistné činí 13,5 % z vyměřovacího základu. Vyměřovacím základem je zde minimální mzda.

7.3 Dobrovolné (soukromé) zdravotní pojištění

Dalšími zdroji, které zajišťují financování zdravotnictví jsou např. cestovní zdravotní připojištění nebo neziskové organizace.²³

7.4 Charitativní sbírky, dary nebo prostředky zahraniční pomoci

V České republice existuje mnoho nadací a sdružení, které pomáhají vážně nemocným nebo handicapovaným lidem. Jedná například o nadaci Dobrý anděl, Světluška, Pomozte dětem, Zdravotní klaun, Šance pro důstojné stáří, Paraple a další.

7.5 Přímé platby od příjemců zdravotnických služeb (pacientů)

7.5.1 Přímé platby

Před rokem 2008 (než byly zavedeny regulační poplatky – viz 7.5.2) se přímé platby omezovaly jen na úzký okruh zdravotních výkonů. K nim patřilo např. umělé přerušení těhotenství, některé kosmetické zákroky – plastika a dále některé materiály ve stomatologii.

²² ČERVINKA, Tomáš a Antonín DANĚK. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ : s komentářem a příklady.*

²³ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*

7.5.2 Regulační poplatky

Od 1. 1. 2008 byly v České republice zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví. Toto bylo provedeno novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Důvodem zavedení regulačních poplatků se stala snaha regulovat náklady na veřejné zdravotní pojištění tím, že úhrada poplatku pacienty povede k tomu, aby navštěvovali lékaře méně (jen ve skutečně odůvodněných případech).

Regulační poplatky upravoval § 16a a následující zákona o veřejném zdravotním pojištění. Jejich podoba následně prošla určitým vývojem.

Pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce byl od 1. 1. 2008 povinen (v souvislosti s poskytováním hrazené péče) hradit zdravotnickému zařízení, které mu poskytlo zdravotní péči regulační poplatek. Vybraný regulační poplatek se stal příjmem poskytovatele a sloužil mu k úhradě nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení a na jeho modernizaci.

7.5.2.1 Typy regulačních poplatků

- **Regulační poplatek ve výši 30 Kč.** Tento poplatek se hradil v ambulantní péči za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření. Poplatek ve stejné výši se hradil i v lékárně. Až do 31. 12. 2011 zákon ukládal hradit poplatek 30 Kč za vydání každého léčivého přípravku předepsaného na receptu, který je veřejného zdravotního pojištění plně či částečně hrazen, a to bez ohledu na počet balení. Poplatek se hradil tolikrát, kolik druhů léků bylo na receptu uvedeno. Tato praxe se však brzy setkala s celospolečenskou nevolí. S účinností od 1. 1. 2012 byl proto další novelou zákona č. 48/1997 Sb. tento poplatek upraven a hradil se pouze za recept, již bez ohledu na počet druhů léků či počet balení.
- **Regulační poplatek za každý den hospitalizace ve výši 100 Kč.** Regulační poplatek byl hrazen za dny hospitalizace tomu zdravotnickému zařízení, ve kterém byla poskytována ústavní nebo lázeňská péče. I zde měl poplatek svůj vývoj. Od 1. 1. 2008 až do 31. 11. 2011 činil poplatek za ústavní péči pouze 60 Kč. Poté, s účinností od 1. 12. 2011, došlo ke zvýšení hospitalizačního na 100 Kč. S účinností od 1. 9. 2008 pak byla přijata novela zákona o veřejném zdravotním

pojištění, která tento hospitalizační poplatek zrušila v případech ústavní péče o novorozené dítě. Ode dne porodu až do dne propuštění ze zdravotnického zařízení se již hospitalizační poplatek nehradil.

V roce 2013 byl tento poplatek zrušen (Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. 6. 2013, publikovaný ve Sbírce zákonů ČR pod číslem 238/2013). Ústavní soud své rozhodnutí odůvodnil tak, že poplatek má být jako platba za poskytnuté „hotelové“ služby a to jako ekvivalent nákladů, které by pacient musel stejně vynaložit i kdyby byl mimo zdravotnické zařízení. Soud však vytkl, že konstrukce poplatku nerozlišuje případy, kdy pobyt pacienta na lůžku je indikován jako standardní součást léčby a v krajním případě by tak bylo možné nahradit pobyt na lůžku pobytem mimo zdravotnické zařízení, a případy, kdy pobyt v nemocnici je nutnou součástí medicínského výkonu a je nenahraditelný (například na jednotce intenzivní péče). Dále Ústavní soud vytkl absenci jakýchkoliv limitů tohoto poplatku, protože tento poplatek dopadá plošně na osoby výdělečně činné i nečinné a hradí se v plné výši bez ohledu na délku hospitalizace. Takto pojatá právní úprava, však podle Ústavního soudu, vybočuje z kontextu poplatku za hospitalizaci hrazeného v okolních zemích, kde je většinou stanovena určitá maximální doba, po kterou se platí.²⁴

- **Regulační poplatek ve výši 90 Kč** za návštěvu lékařské pohotovostní služby (včetně zubní pohotovosti) v pracovní dny od 17 do 7 hodin a v sobotu, neděli či svátek, pokud nejde o pravidelnou ordinační dobu. Tento poplatek se nehradil v případě, pokud došlo k následnému přijetí pacienta do lůžkové péče.

7.5.2.2 Osvobození od regulačních poplatků

Zákonodárce stanovil dva typy osvobození od regulačních poplatků. Od regulačního poplatku ve výši 30 Kč osvobodil některá vyšetření, zejména prováděná v zájmu podpory preventivních vyšetření (např. o preventivní prohlídky, o vyšetření prováděná při odběru krve a krevní plazmy, laboratorní a diagnostická vyšetření, které vyžádal ošetřující lékař). Regulační poplatek nemusely hradit ani děti do 18 let.

²⁴ Nález Ústavního soudu ČR sp. zn. Pl. ÚS 36/11 ze dne 20. června 2013. In: Sbírka zákonů, Ministerstvo vnitra ČR, 2013, částka 92

Od všech regulačních poplatků byly osvobozeny následující případy (ze sociálních důvodů, kdy se jednalo o případy léčení či vyšetřování osob z hlediska ochrany veřejného zdraví a tam, kde stát určité postupy ve veřejném zájmu podporuje).

Regulační poplatek nemuseli hradit:

- pojištěnci pobírající dávky v hmotné nouzi, museli se však prokázat rozhodnutím vydaným příslušným orgánem,
- dávatelé dle zákona o pomoci v hmotné nouzi,
- děti umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních ústavní nebo ochranné výchovy, pojištěnci svěřeni,
- rozhodnutím soudu do pěstounské péče,
- pojištěnci, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v příslušných zařízeních,
- při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit při nařízené izolaci či při nařízených karanténních opatřeních,
- při posuzování zdravotní způsobilosti pojištěnce k odběru tkání a orgánů, při odběru tkání a orgánů a následně,
- při dispenzarizaci dárce podle transplantčního zákona.

7.5.2.3 Ochranný limit

Právní předpis stanovil ochranný limit na 5 000 Kč ročně. Do tohoto limitu se počítaly regulační poplatky ve výši 30 Kč a doplatky na částečně hrazené léky a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Zdravotnická zařízení (poskytovatelé) sdělovali zdravotním pojišťovnám informace o vybraných regulačních poplatcích vždy při vyúčtování poskytnuté zdravotní péče. Lékární byly povinny sdělovat i výši doplatku za léčiva, který se započítává do tzv. ochranného limitu. Poskytovatelé ani lékární neměly povinnost sledovat, kolik korun zaplatili pacienti na poplatcích a doplatcích započítatelných do limitu. Toto měla povinnost sledovat zdravotní pojišťovna.

Další novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění (s účinností od 1. 4. 2009), byl ochranný limit snížen na částku 2 500 Kč ročně u dětí mladších 18 let a u pojištěnců starších 65 let. Částku, kterou pojištěnec vydal nad ochranný limit, pak zdravotní pojišťovna pojištěnci vrátila, a to, do 60 kalendářních dnů po uplynutí kalendářního čtvrtletí, ve kterém byl limit překročen.

S účinností od 1. 1. 2015 (zákon č. 256/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění) byla většina regulačních poplatků zrušena. V současné době má pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce povinnost hradit poskytovateli pouze za poskytnutí pohotovostní lékařské péče poplatek ve výši 90 Kč. Povinnost hradit poplatek se nevztahuje na pojištěnce, který je umístěn v dětském domově do věku 3 let, na osoby se zdravotním postižením, pojištěnce, který na základě rozhodnutí soudu je umístěn v zařízeních pro děti, pojištěnce svěřené do pěstounské péče a osoby podle jiného právního předpisu, pojištěnce, kterému jsou poskytovány pobytové sociální dávky v domovech pro osoby se zdravotním pojištěním, domov důchodců, domovech se zdravotnickým zařízením lůžkové péče, pokud po úhradě za stravu a ubytování je stanovený zůstatek ve výši alespoň 15% příjmů (méně než 800 Kč), anebo nemají žádný příjem (tuto skutečnost musí prokázat potvrzením od poskytovatele sociálních služeb).

7.5.2.4 Nezaplacení regulačního poplatku

Odmítne-li pojištěnec uhradit regulační poplatek, bude v lékařské zprávě uvedeno, že odmítl zaplatit regulační poplatek ve výši 90 Kč a toto odmítnutí potvrdí svým podpisem. V případě, že pojištěnec odmítne zaplatit regulační poplatek a současně odmítne tuto skutečnost písemně potvrdit nebo mu to jeho zdravotní stav nedovoluje (bude-li pod vlivem nějakých omamných látek) musí být tato skutečnost zaznamenána do zdravotnické dokumentace. Při nezaplacení regulačního poplatku ve výši 90 Kč, bude pojištěnci vystaven dlužní úpis, který musí ze zákona uhradit do 8 dnů. Nebude-li pojištěncem dlužní úpis uhrazen, bude dlužná částka vymáhána soudní cestou.

V případě, že by lékař stanovený poplatek nevybíral z důvodu konkurence ostatních kolegů a tím přetáhl více pacientů k sobě, hrozí mu podle opatření ministerstva zdravotnictví ochrany lékařů před nekalou konkurencí pokuta až 1 000 000 Kč. Toto opatření se však nevztahuje na akutní případy, kdy pacient musí být neprodleně ošetřen.

Zrušení regulačních poplatků způsobilo zdravotnictví výpadek ve výši cca 5,5 miliardy korun ročně. Jen na lůžkových odděleních v nemocnicích to činilo cca 2,2 miliardy ročně. Tyto finanční prostředky se mohly použít na zvýšení platů zdravotních sester a pečovatelek (*vyjádření presidenta republiky Miloše Zemana*). Výpadek příjmů poskytovatelů zdravotních služeb bude kompenzován prostřednictvím navýšení platby za tzv. státní pojištěnce (*vyjádření tehdejšího ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka za ČSSD*).

8 Výdaje ze zdravotnického systému

8.1 Struktura zdravotnických zařízení v České republice

Zdravotnická zařízení můžeme rozdělit z hlediska vlastnictví, na zařízení státní či nestátní. Z pohledu ziskovosti je můžeme dělit na zdravotnické zařízení založené za účelem zisku (jako jsou např. soukromé ambulance) nebo nikoliv (jako jsou např. neziskové organizace) a dále podle toho, v jaké právní formě se vyskytuje. Tyto pohledy na jednotlivé druhy dělení se navzájem prolínají a umožňují tak více forem zdravotnických zařízení. Nemocnice proto může být zřízena státem i krajem. Ambulantní péče může být poskytována jak právnickou tak i fyzickou osobou. Rozhodujícím pro dělení je pak to, kdo je zřizovatelem daného zdravotnického zařízení.

8.1.1 Zdravotnická zařízení zřizovaná státem

Většinu státních zařízení spravuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Ke zdravotnickým zařízením, spravovaných státem patří fakultní nemocnice a jiná léčebná zařízení, která poskytují také úzce specializovanou péči. Fakultní nemocnice jsou příspěvkovou organizací ve smyslu zákona č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky.²⁵ Tyto nemocnice jsou financovány částečně ze státního rozpočtu, ale většinu příjmů zde tvoří úhrady za poskytnutou zdravotní péči. Mělo by na jejich půdě docházet ke spolupráci fakultní nemocnice a příslušné lékařské fakulty, tak aby

²⁵ ČESKÁ REPUBLIKA Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích. In: . 2000, číslo 219. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-219>

byla poskytována kvalitní zdravotní péče, praktická výuka studentů a zároveň docházelo k odborné výzkumné činnosti.

8.1.2 Zdravotnická zařízení zřizovaná kraji a obcemi

Územně samosprávné celky zřizují v rámci své samostatné působnosti (působnosti samostatně spravovat své vlastní náležitosti) nestátní zdravotnická zařízení. Zdravotnická zařízení, která zřídí obce a kraje mají formu příspěvkové organizace ve smyslu zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů²⁶ nebo mají formu obecně prospěšných společností anebo formu společností obchodních (akciová společnost nebo společnost s ručením omezeným).

Obce a kraje tímto způsobem mohou zřizovat nemocnice, léčebná centra nebo stacionáře.

Podle zákona č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě, musí kraje zřídit zdravotnickou záchrannou službu. Zdravotnická záchranná služba má formu příspěvkové organizace a na jejím chodu se kromě příslušného krajského úřadu podílí též ministerstvo zdravotnictví.²⁷

8.1.3 Soukromá zdravotnická zařízení

Do druhé skupiny nestátních zdravotnických zařízení (soukromá zdravotnická zařízení) pak patří zařízení, která vlastní fyzické nebo právnické osoby. Jedná se zpravidla o ambulance nebo ozdravná či léčebná centra. Ve vlastnictví soukromých osob mohou být dále i některé nemocnice, stacionáře nebo přeprava nemocných a raněných atd. Provozovatelem těchto soukromých zdravotnických zařízení je tzv. poskytovatel

²⁶ ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č.250/2000 Sb. ze dne 7. července 2000 o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. In: *Sbírka zákonů*. 2000, číslo 250. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-250>

²⁷ ČESKÁ REPUBLIKA Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. In: . 2011, ze dne 6. listopadu 2011, číslo 374. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

zdravotních služeb, který musí splňovat zákonem dané podmínky (*zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*).²⁸

8.2 Výdaje na úhradu zdravotní péče

System výdajů veřejného zdravotního pojištění je rozdělen do několika segmentů, kterými jsou:

- praktiční lékaři,
- stomatologie,
- ambulantní specialisté,
- domácí péče,
- fyzioterapie,
- komplement (laboratoře, zobrazovací diagnostika),
- zdravotnická záchranná péče,
- lůžková zdravotnická zařízení – akutní péče,
- lůžková zdravotnická zařízení – následná péče,
- doprava raněných, nemocných a rodiček,
- lázeňská péče, ozdravenská péče,
- léčivé přípravky a zdravotnické prostředky.

Téměř 50 % výdajů ze systému veřejného zdravotního pojištění tvoří výdaje zdravotních pojišťoven na lůžková zdravotnická zařízení s akutní péčí a dalších téměř 24 % celkových výdajů připadá na výdaje za léčivé přípravky a zdravotnické prostředky. System uhrazování zdravotní péče je nastaven pro jednotlivé segmenty v oblasti zdravotní péče samostatně tzn. co segment to dohodovací řízení. V tomto okamžiku může pojišťovna svým aktivním přístupem částečně ovlivnit výdajovou stránku. Nesmí však docházet k takovým situacím, při kterých se pojišťovna podaří uzavřít dohodu s určitou skupinou zdravotnických zařízení a Ministerstvo zdravotnictví ČR takovou dohodu nepodpoří (dohodovací řízení musí být ze zákona odsouhlaseno MZ ČR).²⁹

²⁸ ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 2011, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>

Zdravotní pojišťovny uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o úhradách poskytnuté zdravotní péče. Tyto úhrady se poskytují pomocí následujících mechanismů:

8.2.1 Platba za výkon

Je mechanismus založený na rozdělení péče na jednotlivé výkony. Sazebník výkonů vydává většinou stát (Ministerstvo zdravotnictví) nebo zdravotní pojišťovny. Výkonům jsou přiřazeny bodové hodnoty. Jedná se o mechanismus, který se užívá i v ambulantní sféře. Jeho nedostatkem však je, že vede často k nadprodukcí výkonů poskytovatelů, a tedy k vyšším výdajům na zdravotní péče a bývá administrativně náročný. Kalkulace bodové hodnoty výkonů je prováděna podle kalkulačního vzorce. Seznam výkonů však musí být neustále aktualizován tak, aby reagoval na změny v medicíně, v cenách, v osobních a dalších nákladech.

8.2.2 Platba za diagnózu

Diagnosis -related group (DRG) byl zaveden v r. 1967 na univerzitní klinice Yalské univerzity. Systém byl vyvinut jako nástroj definice produktů nemocnice a jako podpora zabezpečení kvality péče o pacienty na lůžku. Český systém DRG je systém klasifikace klinických případů do přibližně 500 skupin majících podobné nároky na využití zdrojů. Skupiny se přiřazují pomocí "grouperu" (seskupovacího programu) na základě diagnóz „Mezinárodní klasifikace nemocí“, procedur, věku, pohlaví a přítomnosti komplikací nebo přidružených onemocnění. Zařazení případů do skupiny má dvě základní kritéria:

- 1) mají podobný způsob léčby,
- 2) mají podobné náklady na léčbu.

²⁹ BOKŠOVÁ, J. – RANDÁKOVÁ, M.: *Příjmy a výdaje veřejného zdravotního pojištění a jejich vliv na finanční výkaznictví zdravotních pojišťoven*. [online]. [cit. 2018-03-18].

Dostupné z: <https://www.vse.cz/polek/download.php?jnl=cfuc&pdf=133.pdf>

Program DRG je propojen s informačním systémem nemocnice, který již připravuje data pro zdravotní pojišťovny, takže vše probíhá automaticky a nemocnice nemusí údaj o nemocných vykazovat několikrát.

8.2.3 Case mix

V České republice se ukazatel „case mix“ používá od roku 2007 při úhradě nemocniční péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro hodnocení, zda nemocnice má nárok na úhradu nemocniční péče formou plné paušální úhrady stanovené na základě její historické produkce výkonů. Paušál v plné výši se uhradí zdravotní pojišťovnou jenom v případě, že ukazatel case mix, nemocnice dosáhne alespoň 95%, case mixu v předcházejícím období.³⁰

8.2.4 Kapitační platba

Jde o způsob platby zdravotní pojišťovnou za poskytnutou zdravotní péči poskytovateli zdravotní péče. Jde o placení za „hlavu“. Je poskytována pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta s přihlédnutím k věku a demografickým či jiným charakteristikám pojištěnce. Je využívána zejména v oblasti primární péče. Odpůrci této metody tvrdí, že kapitace svádí k velkému pokušení šetřit při poskytování péče za účelem dosažení co největšího zisku. Zastánci argumentují tím, že tento problém je důvodem pro adekvátní měření kvality poskytování péče a adekvátní dohled a kontrolu jako součást systému.

8.2.5 Dohodovací řízení

Dohodovací řízení o hodnotách bodu, výši úhrad hrazených služeb z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezeních je upraveno § 17 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.³¹ Jeho smyslem je nalezení dohody mezi jednotlivými segmenty poskytovatelů zdravotních služeb a zástupci zdravotních pojišťoven na stanovení

³⁰ KOŽENÝ, Pavel, NĚMEC, Jiří, KÁRNÍKOVÁ, Jana, LOMÍČEK, Miroslav. Klasifikační systém DRG

³¹ ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 48/1997 Sb., ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: Sbírka zákonů. 1997, číslo 48.

hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezení, která budou uplatňována v příštím roce.

Dohodovací řízení je koncipováno jako samoregulační mechanismus, podle kterého se poskytovatelé a zdravotní pojišťovny dohodnou na podmínkách hrazení a poskytování zdravotné péče pro následující rok. Ministerstvo zdravotnictví dohodovací řízení svolává, ale proces dohadování a návrhy účastníků neřídí. Na základě výsledků dohodovacího řízení (podle dosažených dohod) ministerstvo vydává úhradovou vyhlášku. V případě nedohody vydává Ministerstvo zdravotnictví úhradovou vyhlášku samo.

Ministerstvo zdravotnictví dále posuzuje, zda dosažené dohody o úhradách v jednotlivých segmentech zdravotnictví jsou v souladu s veřejným zájmem a právními předpisy.³²

³² *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Tiskové zprávy 2018* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z:http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zahajilo-dohodovaci-rizeni%C2%A0mezi-zdravotnimi-pojistovn_14875_1.html

9 Praktická část

V této části práce je provedena analýza vývoje výdajů do zdravotnického systému ČR v referenčním období 10 let (od roku 2005 do roku 2015). V úvodu je popsán systém statistického sledování výdajů do zdravotnického systému, neboť v průběhu referenčního období došlo ke změně způsobu statistického sledování dat z důvodu přechodu na novou mezinárodní statistickou metodiku. Zjišťovaná data za referenční období tak musela být důsledně rozdělována podle platných statistických metodik, aby nedošlo k záměně dat a tím zkreslení výsledku analýzy.

Analýza je zaměřena především na vývoj největších výdajových položek zdravotnického systému ČR, jejich příčiny a na právní aspekty související s prováděnými změnami. V závěru je provedeno srovnání výdajové stránky zdravotnického systému ČR s údaji o výdajích do zdravotnictví v ostatních zemích EU.

10 Statistické sledování zdravotnického systému ČR

Financování zdravotnictví v ČR je, jako důležitá součást ekonomiky státu, podrobena statistickému sledování a odborným analýzám. Sběr, zpracování a vyhodnocování dat v této oblasti provádí zejména Český statistický úřad (ČSÚ), který strukturované statistické údaje z oblasti zdravotnictví zpracovává na základě mezinárodních standardů a metodik. Výstupy uveřejňuje v publikaci „*Výsledky zdravotnických účtů ČR*“.

Druhým subjektem, který sbírá, zpracovává a analyzuje statistická data o zdravotním systému ČR a jeho financování je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR („ÚZIS“), který statistické výstupy uveřejňuje v publikacích: „*Ekonomické informace ve zdravotnictví*“, „*Zdravotnická ročenka ČR*“ a „*Ekonomické výsledky nemocnic*“.

10.1 Statistická data - odlišnosti v závislosti na použitých metodikách

Sběr, zpracování a vyhodnocování statistických dat v oblasti zdravotnictví se od roku 2000 do roku 2013 prováděl podle jednotné evropské metodiky OECD, WHO a Eurostatu

(Mezinárodní metodika SHA 1.0), která umožňuje jednotné mezinárodní srovnávání těchto údajů.

Od roku 2014 ČSÚ začal (stejně jako jiné země EU) při sběru zpracování a vyhodnocování statistických dat v oblasti zdravotnictví používat novou mezinárodní metodiku s metodickým manuálem SHA 2011. Při zachování základního principu sledování výdajů spočívajícím v kombinaci druhu vynakládané péče, typu jejího poskytovatele a odpovídajícího zdroje financování, přibral nový metodický přístup do zpracování další data za některé oblasti zdravotnictví. Nově jsou do statistického sběru dat zahrnovány údaje z oblasti prevence a dlouhodobá péče (sociální péče).

ČSÚ podle nové metodiky SHA 2011 zpětně přepočítal data až do roku 2010. Lze proto srovnat údaje z let, které se překrývají (roky 2010 až 2013 a jsou spočteny podle staré i nové metodiky) a sledovat, jaký podíl v celkových finančních objemech výdajů do zdravotnictví tvoří nové oblasti (prevence a dlouhodobá péče). V roce 2013 byly celkové výdaje do zdravotnictví (podle SHA 1.0) 295 519 mil. Kč. Podle nové metodiky (SHA 2011) to bylo 350 079 mil. Kč. Zahrnutím nových oblastí do sledování, tak došlo k rozdílu celkových výdajů do zdravotnického systému o více jak 55 mld. Kč.

Tato práce zahrnuje referenční období 10 let. Proto je nutné tyto rozdíly ve statistických přístupech a rozdílnost údajů vysvětlit, aby dále byly srovnávány údaje srovnatelné. Toto vysvětlení je důležité pro správné pochopení dalších kapitol.

11 Vývoj výdajů do zdravotnictví od roku 2005 do roku 2015

Výdaje do zdravotnického systému v ČR neustále rostou. Za posledních 10 let vzrostly tyto výdaje o více jak 80 miliard Kč. Zatímco v roce 2005 celkové výdaje do zdravotnického systému činily 218 774 mil. Kč, v roce 2013 dosáhly hranice 292 092 mil. Kč (podle SHA 1.0). Avšak podle údajů, zpracovávaných podle nové metodiky SHA 2011, výdaje na zdravotnictví v roce 2013 dosáhly hranice vyšší, a to 350 079 mil. Kč. Toto číslo však již zahrnuje i nově sledované oblasti výdajů na prevenci a dlouhodobou péči. Celkové výdaje do zdravotnictví v roce 2015 (podle nové metodiky) dosáhly 358 042 mil. Kč.

Pro účely této práce byly ze všech druhů statistického sledování, které stanoví mezinárodní klasifikace, vybrány dva druhy, a to:

- výdaje podle druhu poskytovatele (tj. subjektu, který poskytuje zdravotní péči)
- výdaje podle zdrojů financování.

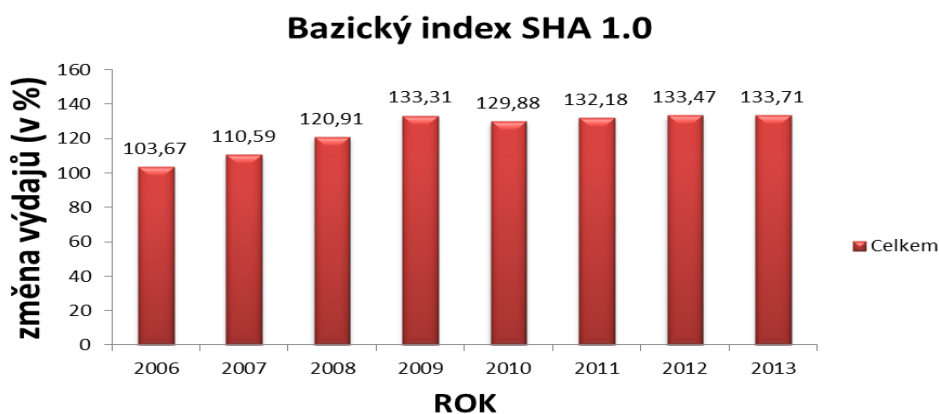
Nárůst výdajů do zdravotnictví za posledních 10 let (seřazeno podle typu poskytovatele) ukazují následující tabulky. V tabulce č. 1 jsou uvedeny údaje ČSÚ zpracované podle metodiky SHA 1.0. V tabulce č. 2 jsou údaje podle metodiky SHA 2011. ČSÚ podle nové metodiky data přepočítal zpětně až do roku 2010.

Tabulka č. 1-Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele (SHA 1.0)

| Výdaje na zdravotnictví podle typu poskytovatele (v mil. Kč) - dělení dle mezinárodní klasifikace podle typu poskytovatele zdravotní péče SHA 1.0 | | | | | | | | | |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Typ poskytovatele | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
| Nemocnice | 98 153 | 104 904 | 111 581 | 117 302 | 130 079 | 127 516 | 127 988 | 127 778 | 130 798 |
| Ústavy | 2 453 | 2 573 | 3 173 | 2 927 | 4 209 | 4 478 | 4 269 | 4 241 | 4 138 |
| Zařízení ambulantní péče | 48 503 | 50 789 | 55 679 | 62 556 | 74 202 | 71 561 | 75 573 | 75 841 | 78 453 |
| Lékárny a výdejny PZT | 48 433 | 46 278 | 49 322 | 52 797 | 52 762 | 59 084 | 61 231 | 62 945 | 58 052 |
| Provádění zdravotnických programů | 2 032 | 1 733 | 2 249 | 1 674 | 1 802 | 1 832 | 1 566 | 752 | 678 |
| Sprava pojištění | 8 158 | 8 024 | 9 015 | 9 528 | 11 920 | 9 359 | 9 430 | 9 336 | 9 971 |
| Ostatní odvětví | 1 424 | 1 548 | 1 741 | 1 754 | 1 657 | 1 492 | 1 671 | 1 681 | 1 976 |
| Neznámý poskytovatel | 9 618 | 10 961 | 9 175 | 15 982 | 15 015 | 8 819 | 7 452 | 9 428 | 8 453 |
| Celkem | 218 774 | 226 810 | 241 935 | 264 520 | 291 646 | 284 141 | 289 180 | 292 002 | 292 519 |

Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Graf č. 1-Celkové výdaje do zdravotnictví dle metody SHA 1.0

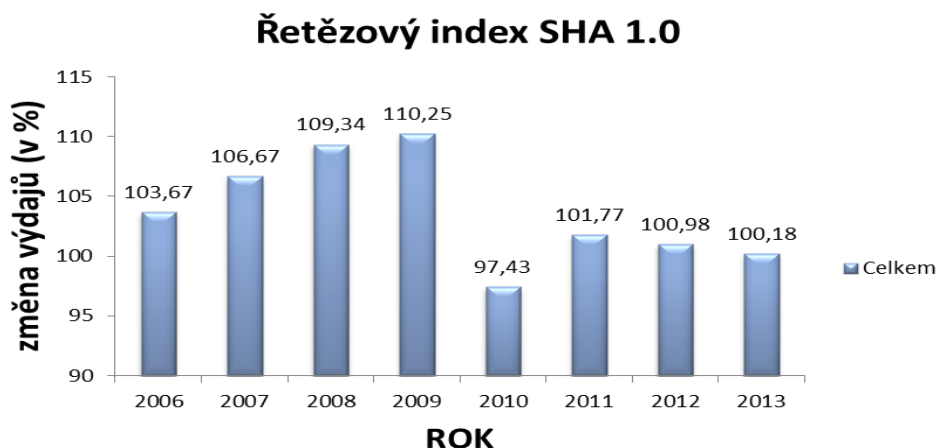


Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Z grafu č. 1, který vychází z hodnot tabulky č. 1 je patrné, že se podle metody SHA 1.0 výdaje do zdravotnictví od roku 2005, který je stanoven jako výchozí (100%), do roku 2009 výdaje navyšovaly v průměru kolem 9 % za každý rok. V roce 2010

se projevili nejmenší nárůst výdajů do zdravotnictví, který byl dán snížením výdajů v oblasti provádění zdravotnických programů.

Graf č. 2-Celkové výdaje do zdravotnictví dle metody SHA 1.0



Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Mezi lety 2005 -2009 se každoročně výdaje do zdravotnictví navyšovaly a to téměř o 3 % . V roce 2010 oproti předchozímu roku došlo k výraznému snížení výdajů do zdravotnictví. Tento trend je přiřazován úsporným opatřením v oblasti financování zdravotnictví. V následujícím roce výdaje opět stoupaly, avšak oproti předchozím obdobím v menší míře. Od roku 2012-2013 se výdaje opět snižovaly avšak už ne v takovém objemu jako v roce 2010.

Tabulka č. 2-Tempo zvyšování výdajů mezi jednotlivými lety (metoda SHA 1.0)

| Typ poskytovatele | Index (v %) | Tempo přírůstku (v %) |
|-------------------|-------------|-----------------------|
| 2006 | 103,67 | x |
| 2007 | 106,67 | 2,89 |
| 2008 | 109,34 | 2,50 |
| 2009 | 110,25 | 0,84 |
| 2010 | 97,43 | -11,64 |
| 2011 | 101,77 | 4,46 |
| 2012 | 100,98 | -0,78 |
| 2013 | 100,18 | -0,79 |

Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

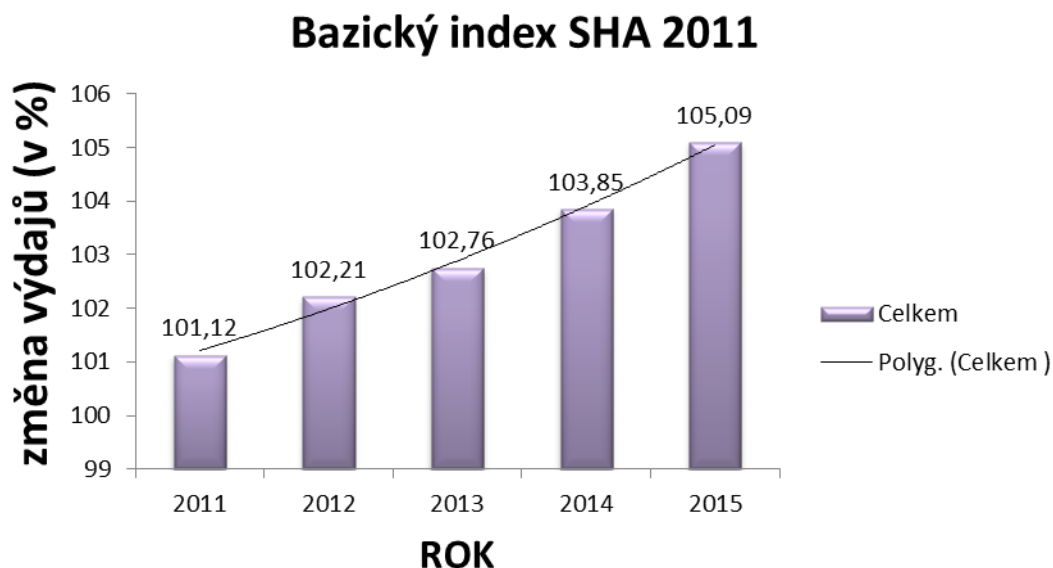
Tabulka č. 3-Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele (SHA 2011)

| Výdaje na zdravotnictví podle typu poskytovatele (v mil. Kč) - dělení dle mezinárodní klasifikace podle typu poskytovatele zdravotní péče SHA 2011 | | | | | | | | | |
|---|------|------|------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Typ poskytovatele | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Nemocnice | | | | 133 211 | 133 567 | 134 498 | 136 679 | 139 786 | 140 448 |
| Lůžková zařízení dlouhodobé péče | | | | 20 756 | 20 944 | 21 037 | 21 895 | 22 574 | 24 426 |
| Poskytovatelé ambulantní péče | | | | 66 878 | 69 798 | 68 801 | 71 780 | 72 072 | 73 189 |
| Poskytovatelé doplňkových služeb | | | | 11 301 | 11 214 | 11 855 | 11 449 | 11 518 | 12 271 |
| Lékárny a výdejny PZT | | | | 60 907 | 62 704 | 63 783 | 59 680 | 55 564 | 56 718 |
| Poskytovatelé preventivní péče | | | | 891 | 788 | 737 | 778 | 759 | 774 |
| Správa systému zdravotní péče | | | | 10 953 | 11 311 | 10 870 | 11 462 | 11 483 | 10 949 |
| Ostatní odvětví ekonomika | | | | 20 167 | 19 913 | 20 039 | 21 485 | 23 970 | 23 525 |
| Nerozlišeno | | | | 15 626 | 14 267 | 16 590 | 14 871 | 16 073 | 15 742 |
| Celkem | | | | 340 690 | 344 506 | 348 210 | 350 079 | 353 799 | 358 042 |

Zdroj: ČSÚ, zdravotnické účty dle nové metodiky SHA 2011, vlastní zpracování, (data v této struktuře jsou k dispozici teprve od roku 2010)

Z tabulek je patrné, že největší objem výdajů zdravotnického systému (řazeno podle poskytovatelů) jde do nemocnic. Jen od roku 2010 do roku 2015 se zvýšily výdaje do nemocnic o více než 7,2 miliard Kč. Této položce výdajů ze zdravotnického systému se blíže věnuje kapitola č. 8 této části práce.

Graf č. 3-Celkové výdaje do zdravotnictví v letech 2011 – 2015 (nová metoda SHA 2011)



Zdroj: ČSÚ, zdravotnické účty dle nové metodiky SHA 2011, vlastní zpracování

Z grafu č. 3 , který vychází z tabulky č. 3 (dle metodiky výpočtu SHA 2011) výdaje do zdravotnictví ve sledovaném období 2010 – 2015 lineárně rostly. Od roku 2010, ze kterého srovnání vychází, se výdaje zvýšily a to v průměru téměř o 2%.

Graf č. 4-Celkové výdaje do zdravotnictví v letech 2011 – 2015 (nové metoda SHA 2011)



Zdroj: ČSÚ, zdravotnické účty dle nové metodiky SHA 2011, vlastní zpracování

Dle grafu č. 4 výdaje v meziročním srovnání kolísaly. V letech 2011 a 2012 se výdaje pohybovaly na stejné hladině. V roce 2013 byly oproti roku 2012 výdaje do zdravotnictví v menším objemu a to hlavně do oblasti Lékarny a výdejny PZT. V letech 2014 – 2015 výdaje opět stoupaly a to do všech oblastí zdravotnictví.

Tabulka č. 4-Tempo zvyšování výdajů mezi jednotlivými lety (metoda SHA 1.0)

| Typ poskytovatele | Index (v %) | Tempo přírůstku (v %) |
|-------------------|-------------|-----------------------|
| 2011 | 101,12 | x |
| 2012 | 101,08 | -0,04 |
| 2013 | 100,54 | -0,53 |
| 2014 | 101,06 | 0,52 |
| 2015 | 101,20 | 0,14 |

Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

12 Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování

Zdravotnický systém v ČR je založen na veřejném zdravotním pojištění. Proto druhý typ statistického sledování výdajů zdravotnického systému ČR byl vybrán podle zdrojů financování, neboť ukazuje vývoj výdajů do veřejného zdravotního pojištění. Pro zdravotní systémy založené na veřejném zdravotním pojištění stanoví mezinárodní metodika statistického sledování tři základní skupiny zdrojů financování a to:

- veřejné zdroje (veřejné rozpočty a povinné zdravotní pojištění),
- soukromé zdroje bez přímých plateb domácností,
- přímé platby domácností.

První skupina zahrnuje veřejné zdravotní pojištění, státní rozpočet, rozpočty územních samospráv a místní rozpočty. Do druhé skupiny patří platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní preventivní péče. Třetí skupina uvádí přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů) nebo jejich případnou spoluúčast. I zde je potřeba data za sledované referenční období (10 let) uvést ve dvou samostatných tabulkách podle toho, na základě jaké metodiky byly zpracovány (do roku 2013 dle metodiky SHA 1.0, od roku 2014 dle metodiky SHA 2011 a zpětně přepočtena až do roku 2010).

Tabulka č. 5-Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování - podle SHA 2011 (v mil. Kč)

| | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Vládní systémy a povinné systémy zdravotní péče (veřejné zdroje) | 288 768 | 291 272 | 294 861 | 297 412 | 296 641 | 299 362 |
| Vládní systémy <i>(veřejné rozpočty)</i> | 56 879 | 56 935 | 56 934 | 59 058 | 62 039 | 64 656 |
| - státní rozpočet | 48 835 | 47 692 | 47 079 | 49 360 | 52 546 | 54 889 |
| - místní rozpočty | 8 044 | 9 243 | 9 855 | 9 698 | 9 493 | 9 766 |
| Zdravotní pojišťovny | 231 889 | 234 337 | 237 927 | 238 354 | 234 602 | 234 706 |
| Systém dobrovolných plateb na zdravotní péči (soukromé zdroje bez přímých plateb domácností) | 9 217 | 9 205 | 9 110 | 9 202 | 10 668 | 9 322 |
| Soukromé pojištění | 427 | 477 | 520 | 475 | 537 | 478 |
| Neziskové organizace | 7 888 | 7 820 | 7 719 | 7 726 | 7 757 | 7 929 |
| Podniky | 901 | 908 | 871 | 1 001 | 2 374 | 915 |
| Domácnosti (přímé platby domácností) | 42 705 | 44 028 | 44 239 | 43 465 | 46 490 | 49 358 |
| Celkový součet | 340 690 | 344 505 | 348 210 | 350 079 | 353 799 | 358 042 |

Zdroj: ČSÚ 2017 – zdravotnické účty, vlastní zpracování

Z veřejných rozpočtů (podpoložky státní rozpočet a místní rozpočty) se hradí specifické činnosti (vyjma zdravotního pojištění). Jedná se zejména o výdaje na zdravotnický výzkum a vývoj, vzdělávání zdravotnických pracovníků, činnost hygienických stanic, částečně i investiční projekty zdravotnickým zařízením zřizovaným ministerstvem, kraji, městy a obcemi. Dále je z těchto podpoložek hrazena správa ministerstva zdravotnictví, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a ÚZIS.

Z podpoložky „**Zdravotní pojišťovny**“ je hrazena zdravotní péče. Tuto položku naplňují platby pojistného na zdravotní pojištění (zaměstnanci, zaměstnavatelé a OSVČ) a dále sem přicházejí platby státu za státní pojištěnce.

Položka „**Soukromé zdroje bez přímých plateb domácností**“ představuje spíše doplňkový finanční nástroj. Jedná se např. o cestovní zdravotní připojištění, charitativní aktivity neziskových organizací (např. Červený kříž) a aktivity podniků v oblasti preventivní péče.

Položka „**Přímé platby domácností**“ zahrnuje přímé platby či spoluúcast na úhradách zdravotní péče (doplatky na léky, terapeutické pomůcky a doplatky za lázeňské pobyty apod.).

Tabulka č. 6-Výdaje zdravotnického systému podle zdrojů financování (v mil. Kč) – podle SHA 1.0

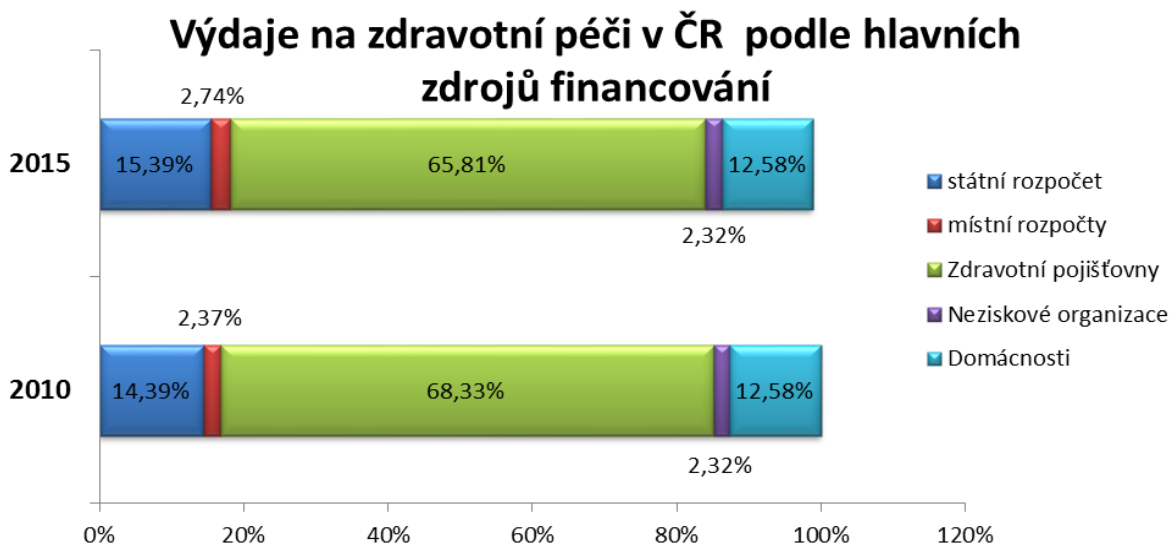
| Zdroj financování | 2005 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-------------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| Vládní výdaje | 191 356 | 238 387 | 243 822 | 245 614 | 246 946 |
| z toho : veřejné rozpočty | 21 263 | 24 487 | 20 966 | 19 579 | 22 440 |
| - státní rozpočet | 12 334 | 13 337 | 11 123 | 9 151 | 9 486 |
| - místní rozpočty | 8 930 | 11 150 | 9 843 | 10 428 | 12 954 |
| zdravotní pojišťovny | 170 093 | 213 900 | 222 856 | 226 035 | 224 506 |
| Soukromý sektor | 27 418 | 45 754 | 45 358 | 46 388 | 45 573 |
| z toho : ostatní soukromé pojištění | 530 | 427 | 377 | 620 | 475 |
| domácnosti | 23 110 | 41 867 | 42 275 | 43 634 | 42 246 |
| neziskové instituce | 3 172 | 2 559 | 1 798 | 1 263 | 1 851 |
| korporace | 606 | 901 | 908 | 871 | 1 001 |
| Celkem | 218 774 | 284 141 | 289 180 | 292 002 | 292 519 |

Zdroj: ČSÚ- zdravotnické účty 2000-2013, vlastní zpracování

12.1 Výdaje zdravotních pojišťoven

Jak vyplývá z níže uvedeného grafu č. 5, dvě třetiny celkových výdajů zdravotnického systému pokrývají zdravotní pojišťovny, které z nich hradí zdravotnickým zařízením náklady na zdravotní péči pacientů a dále náklady na svůj provoz.

Graf č. 5-Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování, 2010 a 2015 (v %)



Zdroj: ČSÚ 2017 – zdravotnické účty, vlastní zpracování

12.2 Průměrné výdaje na pojištěnce

Podle zpráv o hospodaření největší zdravotní pojišťovny VZP za rok 2015 stojí průměrný pojištěnec ročně zdravotní pojišťovnu kolem 24 tisíc korun³³, viz tabulka č. 7.

Tabulka č. 7-Celkové náklady na zdravotní služby ze základního fondu zdravotního pojištění

| Celkové náklady na zdravotní služby ze základního fondu zdravotního pojištění (ZFZP) VZP ČR | | | | | |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Rok | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
| Náklady v mil. Kč | 142 869 | 143 746 | 138 922 | 143 088 | 146 854 |
| Počet pojištěnců | 6 247 532 | 6 162 465 | 6 076 727 | 5 968 807 | 5 934 051 |
| Průměrný náklad na 1 pojištěnce v Kč | 22 868 | 23 326 | 22 861 | 23 973 | 24 748 |

Zdroj: výroční zprávy VZP 2011-2015, vlastní zpracování

³³ Všeobecná zdravotní pojišťovna: výroční zprávy[online]. [cit. 2018-02-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>

Avšak léčba skupiny „nejnákladnějších“ pojištěnců může vyjít i na 25 miliónů korun ročně i více. Např. největší zdravotní pojišťovna (VZP) uvádí, že na léčbu nejdražších pacientů vydá ročně částku okolo 50 mil. Kč/pacienta. Převážnou část těchto nákladů za léčbu pak tvoří výdaje za léky pro tyto pacienty. Pro příklad pochopení hodnoty léčby lze uvést, že např. preventivní prohlídka dospělého člověka u praktického lékaře vyjde zdravotní pojišťovnu v průměru na 480 korun, operace kýly přijde již na částku okolo 17 000 korun, porod císařským řezem stojí pojišťovnu 22 000 korun a operace totální endoprotézy kyčelního kloubu 88 000 korun. Nejvíce peněz pak zdravotní pojišťovny vydají na péči o muže ve věku 65 až 69 let (14,9 miliardy v roce 2015) a o ženy ve věku 70 až 74 let (12,5 miliardy v roce 2015)³⁴. Řazeno podle diagnózy, nejvyšší výdaje dají zdravotní pojišťovny za léčení nemocí srdce a cév, které jsou dlouhodobě nejčastější příčinou úmrtí. V roce 2015 v souvislosti s touto diagnózou pojišťovny vynaložily 27,1 miliardy korun, za léčbu pacientů s nádorovými onemocněními (druhá nejnákladnější diagnóza) zaplatily 23,7 miliard korun a za nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně 16,4 miliardy. Právě výdaje na léčbu onemocnění pohybového ústrojí vzrostly od roku 2010 do roku 2015 nejvíce, a to o 54 %.

Z veřejného zdravotního pojištění jsou pokryty dvě třetiny všech výdajů na zdravotní péči (tj. z pojištění za zaměstnance a OSVČ). Zbylou třetinu pokrývají ostatní zdroje financování (tj. státní rozpočet za státní pojištěnce, krajské a místní rozpočty a domácnosti).

12.3 Právo veřejného zdravotního pojištění

Kritériem účasti na veřejném zdravotním pojištění je trvalý pobyt na území České republiky. Tedy každá osoba, která má trvalý pobyt na území ČR, je zdravotně pojištěna (§ 2 odst. 1 písm. a) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů)³⁵. Trvalý pobyt je definován v zákoně č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatelstva ve znění pozdějších předpisů jako „*adresa pobytu občana v České republice, kterou si občan zvolí zpravidla v místě, kde má rodinu, rodiče, byt nebo*

³⁴ Český statistický úřad: *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010 - 2015 [online]. [cit. 2018-02-27].*

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2016>, str. 25

³⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

zaměstnání.“³⁶ Trvalý pobyt na území České republiky může získat i cizinec na základě povolení k pobytu (podle zákona č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky).³⁷

Pojištěny jsou dále i fyzické osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky (*§2 odst. 1, písm. b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů*).

Ze zdravotního pojištění jsou naopak vyňaty osoby, které nemají trvalý pobyt na území ČR a jsou činné pro zaměstnavatele, kteří požívají diplomatických výhod a imunit, nebo pro zaměstnavatele, kteří nemají sídlo na území ČR a osoby, které dlouhodobě pobývají v cizině a neplatí pojistné (za dlouhodobý pobyt považuje nepřetržitý pobyt delší šesti měsíců).

Osoby, které nejsou pojištěny na základě zákona ani dle předpisů EU, se mohou stát účastníky zdravotního pojištění na základě smlouvy. Smluvní zdravotní pojištění cizinců provádí Pojišťovna VZP, a.s.

Základní povinností pojištěnce je platit pojistné. Tato povinnost na pojištěnce dopadá, jestliže je v produktivním věku a má příjmy ze své pracovní aktivity. Povinnost platit pojistné však dopadá i na jeho zaměstnavatele, který odvádí pojistné za své zaměstnance z jejich platu a sám na ně částečně přispívá.

Osoby samostatně výdělečně činné odvádějí pojistné samy.

12.4 Státní pojištěnci

Stát hradí pojistné za státní pojištěnce. Pojistné je hrazeno každý měsíc v zákonem stanovené výši za každého pojištěnce z prostředků státního rozpočtu.

Skupinu státních pojištěnců vymezuje § 7 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů³⁸. Státními pojištěnci jsou např.: penzisté, nezaopatřené děti, ženy na mateřské, osoby na rodičovské dovolené, příjemci rodičovského příspěvku, osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, uchazeči o zaměstnání, osoby závislé na péči jiné osoby a další osoby.

³⁶ Zákon č. 133/2000 Sb., o evidenci obyvatelstva ve znění pozdějších předpisů

³⁷ Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky

³⁸ § 7 Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů

Za zmínku stojí informace, že stát hradí pojistné i za cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany (podle zákona č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců)³⁹, nebo za žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu.

Státních pojištěnců je téměř 6 miliónů. Strukturu státních pojištěnců a jejich počty v roce 2017 ukazuje tabulka č. 8.

Tabulka č. 8 - Skupiny státních pojištěnců a jejich počty (leden 2017)

| | Název | Počet |
|----|---|------------------|
| 1 | Dítě do 15 let | 1 711 074 |
| 2 | Nezaopatřené dítě starší 15 let | 575 338 |
| 3 | Důchodce | 2 843 612 |
| 4 | Osoba na mateřské dovolené, příjemce rodičovského příspěvku | 309 049 |
| 5 | Uchazeč o zaměstnání v evidenci úřadu práce | 378009 |
| 6 | Pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi | 1 617 |
| 7 | Závislé na péči jiné osoby a pečující osoby | 39 338 |
| 8 | Konající službu v ozbrojených silách a povoláné k voj. cvičení | 0 |
| 9 | Ve výkonu zabezpečovací detence, trestu nebo vazby | 19 805 |
| 10 | Pečující o dítě do 7 let nebo dvě děti do 15 let | 28 012 |
| 11 | Osoba důchodového věku nebo invalidní ve třetím st. | 7 076 |
| 12 | Osoba bez zdanitelných příjmů – příjemce dávek nemocenského pojištění | 8 253 |
| 13 | Osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnou službu | 18 |
| 14 | Osoby mladistvé, umístěné ve školních zařízeních pro výkon | 809 |
| 15 | Žadatelé o mezinárod. ochranu, dočas. ochrana, strpění pobytu | 1 293 |
| 16 | Příjemci penze z doplňkového penzijního spoření | 1 156 |
| 17 | Manželé nebo reg. partneři stát.zam.vyslaných do zahraničí | 215 |
| | Celkem | 5 924 674 |

Zdroj: Otevřená data Ministerstva financí, (2017) vlastní zpracování

Vyměřovací základ pro platby za státní pojištěnce je stanoven zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů, s tím, že vláda může tuto částku svým nařízením měnit. Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu. V roce 2017 činil tento vyměřovací základ 6 814 korun a měsíční platba za jednoho pojištěnce byla 920 korun. V roce 2018 byl vyměřovací základ zvýšen na 7 177 korun a měsíční pojistné na jednoho státního pojištěnce tak nyní činí 969 korun.⁴⁰

³⁹ Zákon č. 221/2003Sb., o dočasné ochraně cizinců

⁴⁰ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů

To znamená, že příslušná zdravotní pojišťovna od ledna 2018 obdrží za každého státního pojištěnce (ve srovnání s rokem 2017) měsíčně navíc 49 Kč.

Zvýšení této platby vždy představuje významné opatření, kterým lze podstatnou měrou pozitivně ovlivnit bilanční vyrovnanost systému veřejného zdravotního pojištění. Takto, to bylo i původně zákonodárci zamýšleno proto, aby vláda měla mít možnost pružně a třeba i každoročně reagovat, k čemuž zákony určeny nejsou (nelze je pružně změnit).

Takový systém má však tu nevýhodu, že je zcela mimo kontrolu jiných subjektů. Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR v minulosti několikrát vybízela předcházející vlády k navýšení pojistného za státní pojištěnce, ale vždy marně. Vlády vždy reagovaly tak, že jde o zákonem nastavený mechanismus, který je možno změnit pouze novelou zákona.

Teprve vláda Bohuslava Sobotky v roce 2017 dosavadní vládní postoj k této otázce přehodnotila a rozhodla, že do budoucna provede valorizaci plateb za státní pojištěnce již na základě novely zákona. Pro roky 2019 a 2020 by tak navýšení plateb za státní pojištěnce měla již zajistit novela zákona.

Ročně by ze státního rozpočtu mělo být na platby za státní pojištěnce přidáno 3,5 miliardy Kč. Předkladatel návrhu novely zákona svůj krok odůvodnil tak, že spíše než objektivní kritéria nyní rozhoduje o změnách ve výši vyměřovacího základu aktuální politická situace a ochota uvolnit prostředky do oblastí zdravotnictví. Problémem (stejně palčivým) je i to, že státní pojištěnci jsou skupinou, za níž je v současnosti do systému veřejného zdravotního pojištění odváděno zdaleka nejnížší pojistné na veřejné zdravotní pojištění, a tento rozdíl se donedávna spíše zvyšoval, než snižoval. Skutečné náklady na léčbu státních pojištěnců tak nesli z velké části zaměstnanci a OSVČ. Nadále platí, že celý systém veřejného zdravotního pojištění je založen na solidaritě. Ta však nemůže znamenat, že je přijatelné, preferovat jednu skupinu pojištěnců před druhou a odlehčovat zátěž státního rozpočtu.

Jak je patrné z tabulky č. 9 v roce 2010 činily výdaje státního rozpočtu na státní pojištěnce 52,7 mld. Kč. V roce 2015 to bylo 60,6 mld. Kč a v roce 2017 již 65,2 mld. Kč (což je téměř 1/3 z celkových výdajů na veřejné zdravotní pojištění). Je odhadováno, že v roce 2018 stát na platbách za státní pojištěnce vydá až 69,3 miliardy korun. Toto číslo

může ještě ovlivnit především míra nezaměstnanosti. Zvyšování nezaměstnanosti snižuje příjmy na veřejném zdravotním pojištění osob, které se přesunuly ze skupiny zaměstnaných do skupiny uchazečů o zaměstnání registrovaných na úřadu práce.

Tabulka č. 9-Vývoj objemu plateb za státní pojištěnce

| Rok | Platba v Kč/osoba/měsíc | Platba v mld. Kč |
|------|-----------------------------------|------------------|
| 2005 | 481 | 33,732 |
| 2006 | 513, (od 1.2.) 560, (od 1.4.) 636 | 42,998 |
| 2007 | 680 | 47,459 |
| 2008 | 677 | 47,253 |
| 2009 | 677 | 48,673 |
| 2010 | 723 | 52,700 |
| 2011 | 723 | 52,717 |
| 2012 | 723 | 52,867 |
| 2013 | 723, (od 1.11.) 787 | 53,676 |
| 2014 | 787, (od 1.7.) 845 | 59,867 |
| 2015 | 845 | 60,944 |
| 2016 | 870 | 62,254 |
| 2017 | 920 | 65,254 |

Zdroj: Otevřená data Ministerstva financí, (2017) vlastní zpracování

13 Hospodaření nemocnic

Vedle hospodaření zdravotních pojišťoven je pro finanční stabilitu zdravotnického systému významné hospodaření nemocnic, jako největších a nejvýznamnějších poskytovatelů zdravotní péče.

13.1 Největší objem výdajů na zdravotnictví jde do nemocnic

ÚZIS proto této skupině poskytovatelů zdravotní péče věnuje zvláštní pozornost. Sleduje náklady a výnosy nemocnic a provádí další analýzy hospodaření nemocnic. Výsledky každoročně vydává v publikaci „*Ekonomické výsledky nemocnic*“.⁴¹ Data získává ze statistických výkazů, které mu jednotlivé nemocnice každoročně odevzdávají. Výsledky hospodaření nemocnic jsou zpracovávány na základě statistického zjišťování Ministerstva zdravotnictví (dle Vyhlášky č. 348/2013 Sb., o Programu statistických zjišťování na rok 2014).⁴² Vyhláška je vydaná na základě zmocňovacího

⁴¹ ÚZIS: *Ekonomické výsledky nemocnic* [online]. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-vysledky-nemocnic>

⁴² Vyhláška č. 348/2013 Sb., o Programu statistických zjišťování na rok 2014

ustanovení v zákoně č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů⁴³. Nemocnice jsou ve statistických výkazech rozděleny do 5 základních skupin (podle jejich zřizovatele), a to na:

- řízené Ministerstvem zdravotnictví (MZ),
- krajské (zahrnující jak příspěvkové organizace, tak obchodní společnosti),
- obecní a městské (s formou hospodaření typu příspěvkové organizace i obchodních společností,
- řízené jinou právní osobou (JPO) a církevní,
- nemocnice ostatních centrálních orgánů.

Každoročně odevzdá na ÚZIS vyplněné statistické výkazy více jak 95% nemocnic, takže získaná data statisticky plně vypovídají o hospodaření nemocnic jako celku.

Tabulka č. 10-Struktura nemocnic, které odevzdaly v daném roce údaje ke sledování

| Ukazatel | Vyjádřeno | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|------------------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|
| Nemocnice celkem | počet | 139 | 137 | 138 | 135 |
| v tom: | | | | | |
| MZ | | 19 | 19 | 19 | 19 |
| krajské | | 52 | 51 | 51 | 49 |
| obecní a městské | | 20 | 20 | 19 | 18 |
| JPO a církevní | | 45 | 44 | 46 | 46 |
| ostatních centrálních orgánů | | 3 | 3 | 3 | 3 |

Zdroj: ÚZIS, ekonomické výsledky nemocnic 2015

⁴³ Zákon č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů

Tabulka č. 11-Struktura výdajů nemocnic podle nákladových položek

| Nákladová položka | 2012 | % | 2013 | % | 2014 | % | 2015 | % |
|---------------------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|------------------|--------------|
| Léčiva | 16 924,5 | 13,1 | 17 925,2 | 13,8 | 19 541,2 | 14,5 | 21 525,8 | 15,2 |
| Zdravotnické prostředky | 17 053,7 | 13,2 | 16 756,2 | 12,9 | 17 384,9 | 12,9 | 17 702,1 | 12,5 |
| Krev | 1 421,1 | 1,1 | 1 428,8 | 1,1 | 1 482,4 | 1,1 | 1 699,4 | 1,2 |
| Osobní náklady | 59 946,5 | 46,4 | 59 880,7 | 46,1 | 61 588,5 | 45,7 | 65 568,7 | 46,3 |
| Potraviny | 1 033,6 | 0,8 | 1 039,1 | 0,8 | 943,4 | 0,7 | 991,3 | 0,7 |
| Energie | 3 875,9 | 3,0 | 4 026,7 | 3,1 | 3 638,7 | 2,7 | 3 540,4 | 2,5 |
| Služby | 9 172,8 | 7,1 | 9 222,4 | 7,1 | 9 838,0 | 7,3 | 10 196,4 | 7,2 |
| Odpisy | 6 201,4 | 4,8 | 5 975,1 | 4,6 | 5 795,0 | 4,3 | 6 231,1 | 4,4 |
| prodané zboží | 7 622,5 | 5,9 | 7 014,2 | 5,4 | 7 277,4 | 5,4 | 7 930,6 | 5,6 |
| Ostatní náklady | 5 943,0 | 4,6 | 6 624,5 | 5,1 | 7 277,4 | 5,4 | 6 231,1 | 4,4 |
| Celkem (v mil. Kč) | 129 195,0 | 100,0 | 129 893,0 | 100,0 | 134 767,0 | 100,0 | 141 617,0 | 100,0 |

Zdroj: data ÚZIS (dle údajů nemocnic, které v daném roce odevzdaly statistické výkazy), vlastní zpracování

Je patrné, že největší výdajové položky nemocnic tvoří osobní náklady, léky a zdravotnický materiál (viz tabulka č. 11), ostatní položky jsou pro analýzu nevýznamné. Dále budou proto rozebrány tyto tři nejvýznamnější položky ve výdajích nemocnic.

13.2 Hospodaření konkrétní nemocnice

Pro kontrolu, jak celostátní data ÚZIS o hospodaření nemocnic korespondují s daty konkrétní nemocnice, byla vybrána největší nemocnice v Praze FN – Motol.

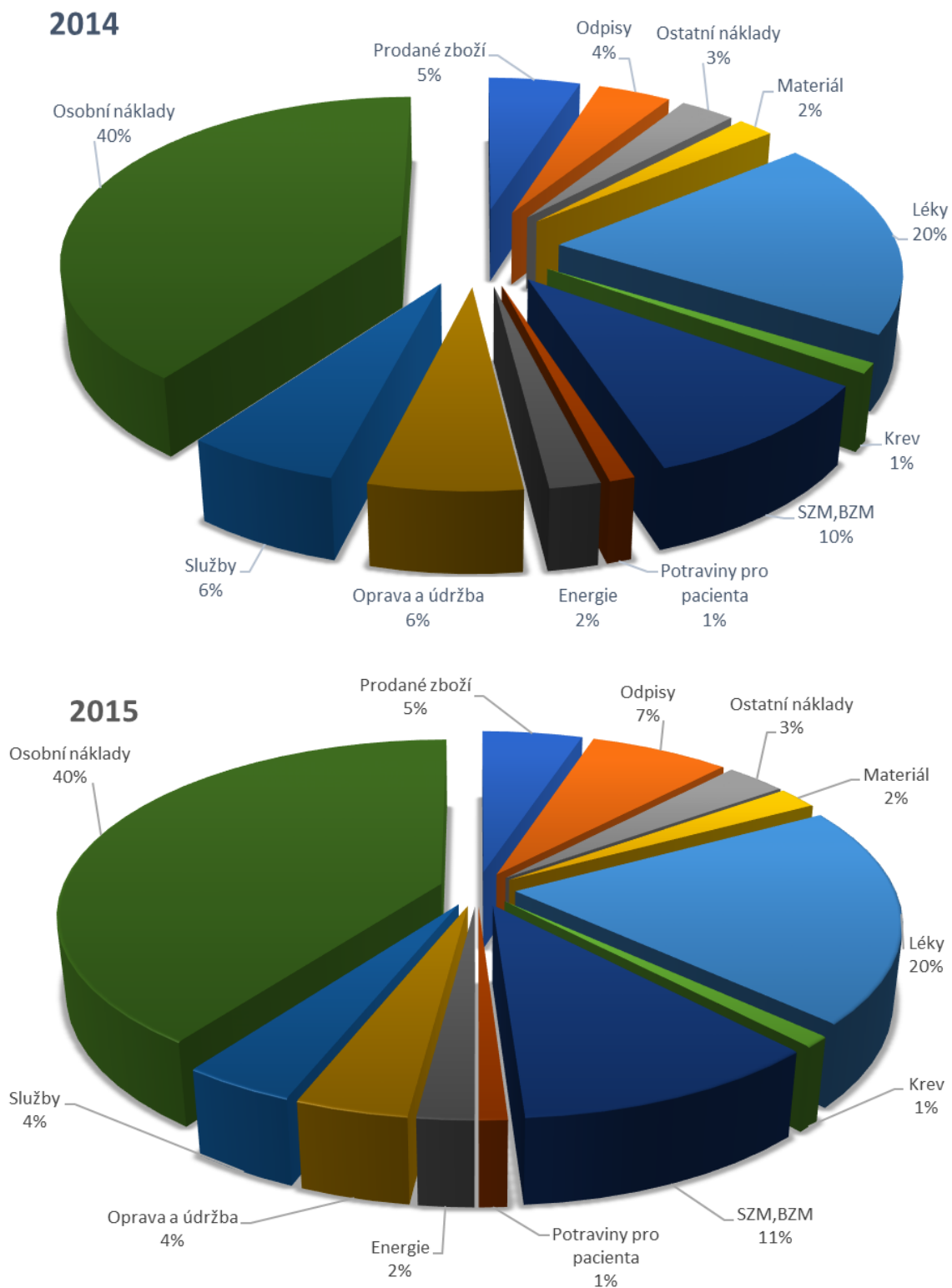
| Celkové náklady FN Motol 2014 – 2016 v tis. Kč | | | |
|---|------------------|------------------|------------------|
| | 2014 | 2015 | 2016 |
| Náklady | 7 486 988 | 7 775 201 | 8 134 271 |

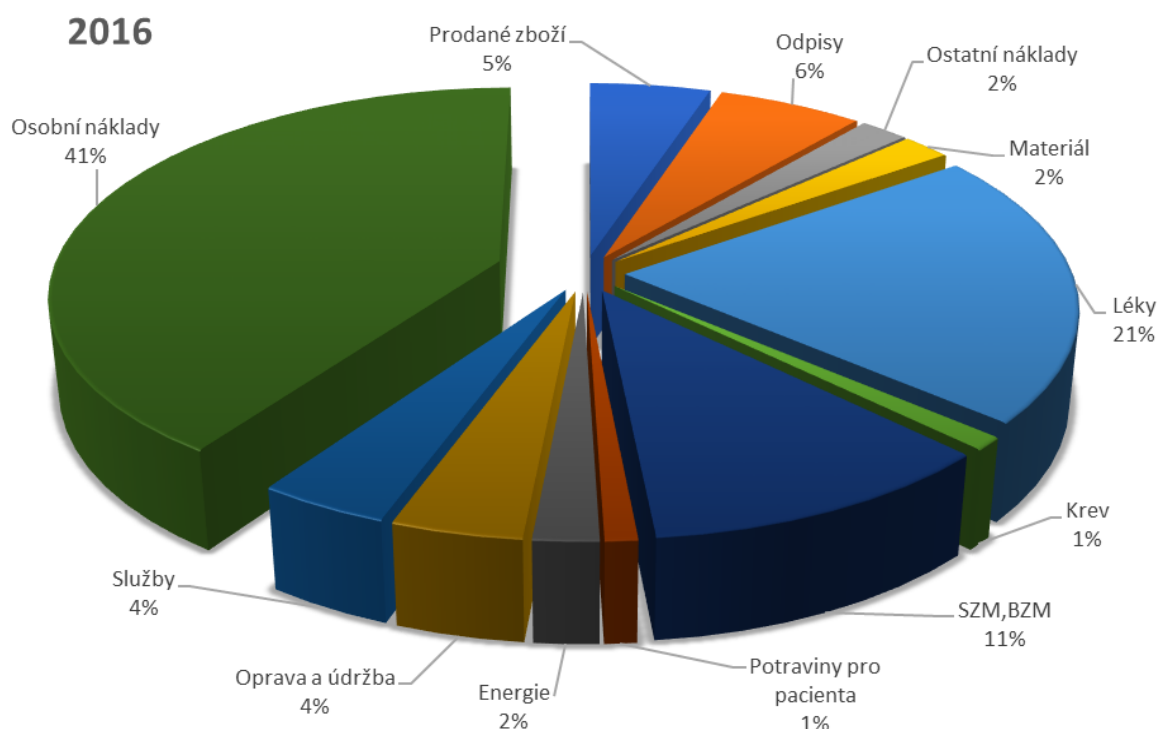
Zdroj: Fakultní nemocnice Motol: Výroční zprávy, vlastní zpracování

Z veřejně dostupných výročních zpráv za roky 2014 – 2016 byly vybrány níže uvedené údaje o struktuře nákladů.⁴⁴

⁴⁴ *Fakultní nemocnice Motol: Výroční zprávy*[online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

Graf č. 6-Struktura nákladů FM Motol v roce 2014 – 2016





Zdroj: Fakultní nemocnice v Motole, vlastní zpracování

Na příkladu konkrétní nemocnice (Fakultní nemocnice Motol) je doloženo, že nejvíce nemocnice vydá na osobní náklady, léky a zdravotnický materiál (SZM a BZM). V porovnání s průměrnými čísly za všechny nemocnice – tabulka č. 11 byly výdaje na osobní náklady u této nemocnice menší cca 5 %. Výdaje na léky byly naopak vyšší o 5% a výdaje za zdravotnický materiál byly nižší o 1,5 % než průměr všech nemocnic. Větší procento výdajů za léky lze přičíst super specializované péči, na kterou potřebuje nemocnice nejdražší („centrové“) léky.

14 Osobní náklady (platy a mzdy)

Největší výdajovou položkou nemocnic jsou osobní náklady, které tvoří v průměru 46% celkových výdajů. Přesto, že se platy zdravotnických pracovníků neustále zvyšují, jsou stále klíčovým problémem českého zdravotnictví. Prakticky všechny finanční prostředky, které se do zdravotnictví v posledních letech navýšily ze státního rozpočtu (díky zvýšení plateb za státní pojištěnce) a také díky příznivé ekonomické situaci, směřovaly zejména do nemocnic právě na zvyšování platů. Platy zdravotníků zvýšila vláda

svým nařízením od roku 2015 již čtyřikrát. Vládu k takovému kroku opravňuje zmocnění dle § 123, 128 a 129 zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů.⁴⁵ V letech 2015 a 2016 vzrostly platy vždy o pět procent, v roce 2017 a 2018 vždy o deset procent.

V roce 2015 a 2016 – Nařízením vlády č. 278/2015 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.⁴⁶

V roce 2017 – Nařízením vlády č. 316/2016 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.⁴⁷

V roce 2018 – Nařízením vlády č. 341/2017 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě.⁴⁸

Níže uvedená tabulka č. 12 představuje vývoj průměrných platů a mezd zaměstnanců ve zdravotnictví. Platem jsou vypláceni zdravotníci v organizacích přímo řízených Ministerstvem zdravotnictví, jako jsou fakultní nemocnice či specializované ústavy nebo v příspěvkových organizacích krajů (jako příspěvkové a rozpočtové organizace). Do roku 2007 byli pracovníci těchto zdravotnických zařízení odměňováni podle zákona č. 143/1992 Sb., o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech, ve znění pozdějších předpisů⁴⁹. Od roku 2007 jsou odměňováni dle platných předpisů o platu.

Mzdu pobírají zdravotničtí pracovníci ve zdravotnických zařízeních, které byly zřízené jako společnosti dle zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích), ve znění pozdějších předpisů.⁵⁰ Jde zejména o nestátní sektor, tj. nemocnice, které jsou zřízené jako akciové společnosti nebo zdravotnická zařízení zřízená jako s.r.o.

14.1 Důsledky pomalého růstu platů a mezd zdravotnických pracovníků

Platy zdravotníků v České republice rostou pomalu. Někteří lékaři proto odcházejí do zahraničí. Podle prezidenta ČLK Milana Kubka je plat lékaře v Německu na úrovni asi

⁴⁵ §§ 123, 128 a 129 zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů

⁴⁶ Nařízení vlády č. 278/2015 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě

⁴⁷ Nařízení vlády č. 316/2016 Sb. o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě

⁴⁸ Nařízením vlády č. 341/2017 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě

⁴⁹ Zákon č. 143/1992 Sb., o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech, ve znění pozdějších předpisů

⁵⁰ Zákona č. 90/2012 Sb., o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích), ve znění pozdějších předpisů

trojnásobku průměrné mzdy v tamní ekonomice, u nás to není. V Německu je tento plat za základní pracovní dobu, zatímco zhruba 62 tisíce Kč v ČR je plat nikoli za základní pracovní dobu, ale včetně přesčasů. Lékař však musí odpracovat až 250 hodin měsíčně, aby se na takový průměrný plat dostal.

Také zdravotní sestry míří do zahraničí nebo odcházejí úplně mimo svůj zdravotnický obor, kde získají stejné platové ocenění, anebo se v segmentu zdravotnických zařízení přeskupují na místa, kde nejsou tak vytíženy směnným provozem, přesčasy a namáhavou prací u lůžka pacienta.

Odcházejí mladí lékaři

Zvyšuje se počet mladých lékařů, kteří odchází do zahraničí. Jejich argumentaci je zejména to, že po 6-7 letém náročném studiu medicíny nastupují do nemocnic na praxi (trvající až 7 let), kde mají povinné víkendové služby, musejí odpracovat mnoho přesčasových hodin, jsou zavaleni administrativou, kterou v pracovní době nelze stihnout a tak jí dodělávají ve svém volném čase. Jejich průměrný nástupní plat je okolo 28 tisíc korun hrubého. Pro porovnání uvádí, že jejich vrstevníci se středoškolským vzděláním často za takovou mzdu pracují ve výrobě nebo v továrnách a takového platu často dosáhnou o šest let dříve než studenti medicíny.

Jednou z hlavních příčin nespokojenosti lékařů je i systém vzdělávání lékařů v ČR, který je komplikovaný. V ČR mají mladí lékaři velmi složité období mezi promoci a atestací. To má změnit novela zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta⁵¹, která nabyla účinnosti 1. 9. 2017. Novela zákona zjednodušila a zúžila počet základních oborů a urychluje proces atestace mladých lékařů, které v ČR trvají déle než např. v Německu.

To, že mladí lékaři odchází do zahraničí, je však normální jev ve všech vyspělých zemích západní Evropy. V ČR je však pro mladé lékaře jednou z hlavních motivací odchodu do zahraničí (vedle získání zkušeností) hlavně otázka peněz. Podle nedávného průzkumu mezi velkými fakultními a krajskými nemocnicemi, jehož výsledky zveřejnil časopis České lékařské komory, více jak 25 % českých studentů lékařských fakult přemýšlí, že po skončení studia odejdou pracovat do zahraničí. V zahraničí pak plánují pobyt od dvou

⁵¹ zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta.

do pěti let. Jako důvody pro vycestování do zahraničí uvádějí následující priority: vyšší plat získání odborných zkušeností a také zdokonalení se v cizím jazyce. Medici vědí, že jejich nástupní plat v ČR je okolo 23 tisíc korun a posléze (do doby získání atestace) se bude jejich průměrný plat pohybovat okolo 30 tisíc korun hrubého. Pokud by však pracovali v zahraničí, tak už jen nástupní plat bude min. 10 tisíc vyšší.⁵²

Chybějící zdravotní sestry

Dalším aktuálním problémem českého zdravotnictví je nedostatek zdravotních sester. Z údajů ÚZIS za rok 2015 vyplynulo, že v ČR schází téměř 3 300 sester na plný úvazek, z toho téměř polovina v nemocnicích.⁵³ Proto dnes dochází k uzavírání částí nebo dokonce celých oddělení v řadě nemocnic, protože zdravotních sester je varující nedostatek. Nejkritičtější je pak stav zdravotních sester pracujících v lůžkových zdravotnických zařízeních v třísměnném nebo nepřetržitém provozu.

Hlavní důvod je i zde zřejmý, a to je plat. Nástupní plat zdravotní sestry v ČR je po několika letech odborné přípravy zhruba 15 000 Kč. Proto zdravotní sestry po dokončení odborné přípravy raději volí jiné povolání, kde dostanou stejné platové ohodnocení jako ve zdravotnictví a přitom nebudou muset sloužit v noci a o víkendech.

Také zdravotní sestra v nemalém počtu odchází pracovat do zahraničí, kde je jejich práce ohodnocena výrazně lépe. Např. v Bavorsku je plat zdravotní sestry v přepočtu až 60 000 Kč, ale může dosáhnout v některých případech až okolo 100 000 Kč. Žádný lékař a žádný pacient se totiž bez zdravotní sestry neobejde. Být zdravotní sestrou není jen „posláním“, jak je často sestřičkám podsouváno, jde o profesi a to velmi náročnou a kvalifikovanou. Je potřeba si uvědomit, že naše populace stárne. Profese zdravotní sestry tak bude stále více potřebná.

V roce 2015 činil průměrný měsíční plat zdravotní sestry (včetně přesčasů a dalších příplatků) 30 866 Kč hrubého ve státních nemocnicích a 25 434 Kč v krajských a okresních nemocnicích.

⁵² *Zdravotnický deník [online]. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2016/03/ocekavani-studentu-mediciny-od-platu-odpovida-realite-ukazal-pruzkum-ceni-si-volneho-casu/>*

⁵³ *irozhlas.cz: Zdravotní sestry u lůžek dostanou přidáno. Plat se jim od července zvýší o 2000 korun [online]. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/zdravotni-sestry-pridano-plat_1706161040_kro*

Odborná veřejnost se již shodla na tom, že platy zdravotních sester bude nutné navyšovat, jinak se negativní trend s úbytkem středního zdravotnického personálu nepodaří zvrátit. Dále bude také nutné upravit systém jejich vzdělávání.

K tomu byla Ministerstvem zdravotnictví v roce 2016 připravena novela zákona o vzdělávání sester, jejímž záměrem je zjednodušení a racionalizace systému vzdělávání sester a dalších nelékařských zdravotnických pracovníků. Tato novela zákona č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, již nabyla účinnosti 1. září 2017.

14.2 Analýza vývoje platů ve zdravotnictví porovnání platů a mezd

Důsledky roky trvajícího pomalého růstu platů zdravotnických pracovníků vyvrcholily v roce 2010 akcí „*Děkujeme, odcházíme*“. Lékařský odborový klub, jako reakci na nespokojenost lékařů rozhodl, že v březnu 2010 zorganizuje informační kampaň. Cílem kampaně bylo motivovat všechny nemocniční lékaře k podání výpovědi k 31. 12. 2010, jestliže nebudou vyslyšeny jejich požadavky na úpravu platů a mezd ve zdravotnictví. K 1. 3. 2011 se podle dostupných údajů Lékařského odborového klubu chystalo opustit nemocnice 3 837 lékařů. Nakonec však lékaři podepsali s Ministerstvem zdravotnictví „*Memorandum o úpravě poměrů ve zdravotnictví*“. Po této akci se platová a mzdová situace lékařů zlepšila a celkově platy a mzdy ve zdravotnictví od roku 2011 rostly rychlejším tempem. Tento trend pokračuje až doposud.

Významnou a nadále řešenou otázkou v problematice odměňování zdravotnických pracovníků je však rozdíl vývoje platů a mezd (tedy vývoj odměňování ve státních a nestátních zdravotnických zařízeních). Zdravotničtí pracovníci pracující v nestátních zdravotnických zařízeních jsou odměňováni méně než ve státních zdravotnických zařízeních. Následující analýza mapuje trend vývoje platů a mezd ve zdravotnictví od roku 2005 do roku 2010.

Tabulka č. 12-Vývoj platů a mezd lékařů a sester 2005 -2016 a porovnání s průměrnou mzdou

| PLATY / MZDY (v Kč) | ROK | Lékař/plat | Lékař/mzda | Sestra/plat | Sestra/mzda | Průměrná mzda v ČR |
|------------------------------------|-------------|-------------------|-------------------|--------------------|--------------------|-------------------------------|
| | 2005 | 38 668 | 37 659 | 18 787 | 15 750 | 18 344 |
| | 2006 | 42 287 | 39 962 | 21 298 | 17 023 | 19 546 |
| | 2007 | 43 353 | 40 549 | 22 990 | 18 873 | 20 957 |
| | 2008 | 45 781 | 43 767 | 24 221 | 20 504 | 22 592 |
| | 2009 | 48 723 | 47 266 | 26 261 | 22 371 | 23 344 |
| | 2010 | 50 235 | 49 223 | 27 515 | 23 397 | 23 864 |
| | 2011 | 57 687 | 55 514 | 28 145 | 23 678 | 24 455 |
| | 2012 | 61 078 | 55 957 | 29 150 | 23 567 | 25 067 |
| | 2013 | 60 635 | 54 863 | 28 706 | 23 647 | 25 035 |
| | 2014 | 61 373 | 55 068 | 29 332 | 24 208 | 25 768 |
| | 2015 | 66 373 | 58 828 | 30 866 | 25 434 | 26 591 |
| | 2016 | 69 311 | 61 426 | 32 755 | 27 056 | 27 575 |

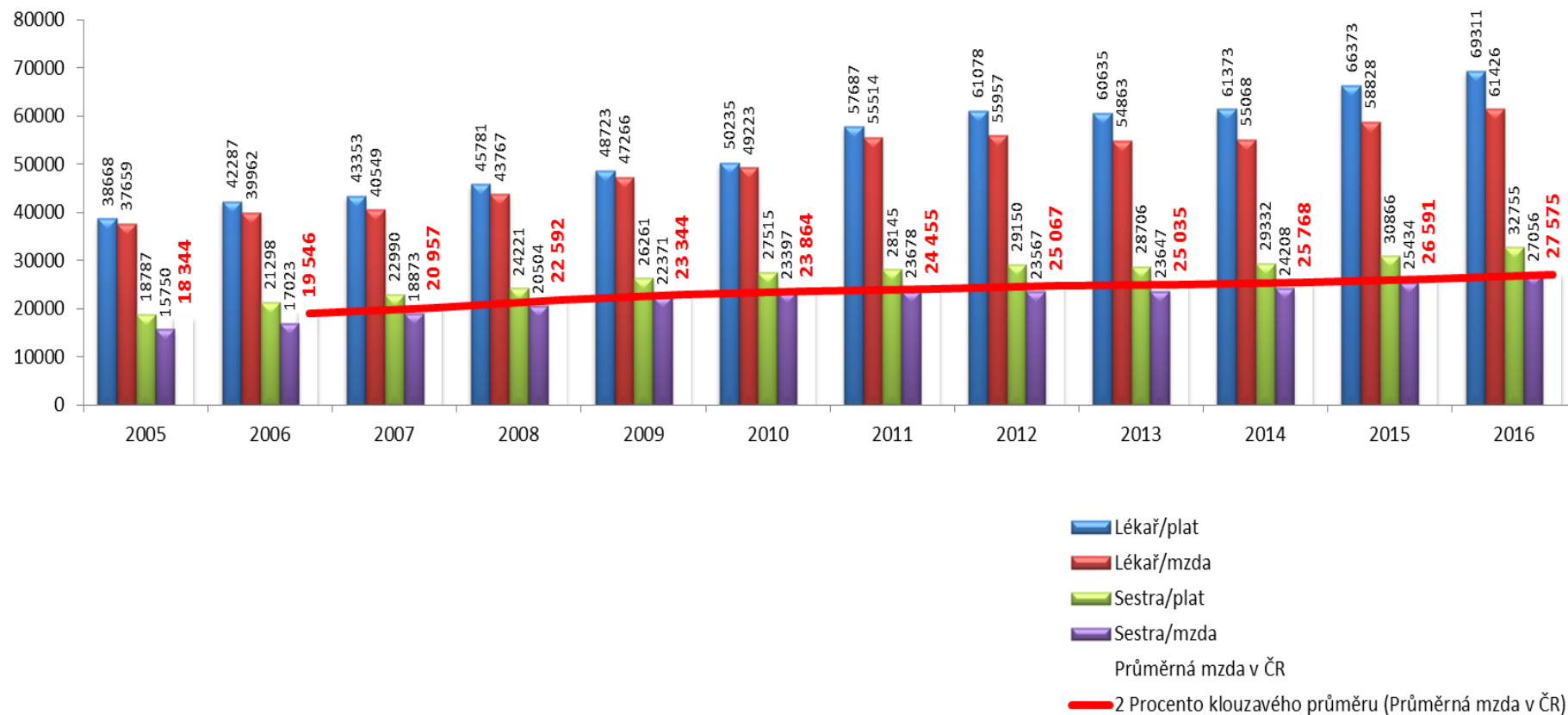
Zdroj:

1) UZIS – mzdy a platy, vlastní zpracování- dostupné z: <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/mzdy-platy>

2) ČSÚ – mzdy a platy, vlastní zpracování- dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/pmz_cr

Graf č. 7-Vývoj platů a mezd lékařů a sester, porovnání k průměrnému platu v ČR (v Kč)

Vývoj platů a mezd lékařů a sester 2005 -2016 a porovnání k průměrnému platu v ČR



Zdroj: 1) UZIS – mzdy a platy <https://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/ekonomika-financni-analyzy/mzdy-platy>

2) ČSÚ – mzdy a platy https://www.czso.cz/csu/czso/pmz_c

Rok 2006

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 42 287 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 3 619 Kč (9,36 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (19 546 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,2 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 21 298 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 2 511 Kč (13,37 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (19 546 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,09 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 39 962 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 2 303 Kč (6,12 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (19 546 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,04 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 17 023 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 1 273 Kč (8,08 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (19 546 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,87 násobku.

Rok 2007

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 43 353 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 1 066 Kč (2,52 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (20 957 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,07 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 22 990 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 1 692 Kč (7,94 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (20 957 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,10 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 40 549 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 587 Kč (1,47 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (20 957 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 1,93 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 18 873 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 1 850 Kč (10,87 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (20 957 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,90 násobku.

Rok 2008

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 45 781 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 2 428 Kč (5,62%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (22 592Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,03 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 24 221 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 1 231 Kč (5,35 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (22 592 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,07 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 43 767 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 3 218 Kč (7,94 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (22 592 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 1,94 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 20 504 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 1 631 Kč (8,64 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (22 592 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,91 násobku.

Rok 2009

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 48 723 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 2 942 Kč (6,43 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 344. Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,09 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 26 261 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 2 040 Kč (8,42 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 344 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,12 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 47 266 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 34 99Kč (7,99%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 344 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,02 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 22 371 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 1 867 Kč (9,11 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 344 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,96 násobku.

Rok 2010

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 50 235 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 1 512 Kč (3,10%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 864 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,11 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 27 515 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 1 254 Kč (4,78 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 864 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,15 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 49 223 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 19 57Kč (4,14%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 864 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,06 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 23 397 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 1 026 Kč (4,59%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (23 864 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,98 násobku.

Rok 2011

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 57 687Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 7 452 Kč (14,83 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (24 455 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,36 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 28 145 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 630 Kč (2,29 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (24 455 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,15 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 55 514 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 6 291Kč (12,78 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (24 455 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,27 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 23 678 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 281 Kč (1,20 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (24 455 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,97 násobku.

Rok 2012

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 61 078Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 3 391 Kč (5,88%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 067Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,44 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 29 150 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 1 005Kč (3,57%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 067 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,16 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 55 957 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 443Kč (0,80 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 067 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,23 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 23 567 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester snížila o 111 Kč (0,47 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 067Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,94 násobku.

Rok 2013

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 60 635Kč. Oproti předchozímu roku snížily průměrné platy lékařů o 443 Kč (0,73 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 035 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,42 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 28 706 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester snížily o 444 Kč (0,52 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 035 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,15 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 54 863 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů snížila o 1 094 Kč (1,96%). Ve srovnání

s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 035 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,19 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 23 647 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 80 Kč (0,34 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 035 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,94 násobku.

Rok 2014

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 61 373 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 738 Kč (1,22 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 768 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,38 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 29 332 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 626 Kč (2,18 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 768 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,14 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 55 068 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 205 Kč (0,37 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 768 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,14 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 24 208 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 561 Kč (2,37 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (25 768 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,94 násobku.

Rok 2015

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 66 373 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 5 000 Kč (8,15 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (26 591 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,5 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 30 866 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 1 534 Kč (5,23 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (26 591 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,16 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 58 828 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 3 760 Kč (6,83 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (26 591 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,21 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 25 434 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 1 226 Kč (5,06 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (26 591 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,96 násobku.

Rok 2016

a) Průměrný **plat lékařů a zubních lékařů** činil 69 311 Kč. Oproti předchozímu roku vzrostly průměrné platy lékařů o 2 938 Kč (4,43 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (27 575 Kč) průměrný plat lékařů a zubních lékařů v nemocnicích tvořil 2,51 násobek.

b) Průměrný měsíční **plat všeobecných sester a porodních asistentek** činil 32 755 Kč. Proti předchozímu roku se plat sester zvýšil o 1 889 Kč (6,12 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (27 575 Kč) průměrný plat sester tvořil 1,19 násobek.

c) Průměrná měsíční **mzda u lékařů a zubních lékařů** činila 61 426 Kč. Proti předchozímu roku se mzda lékařů zvýšila o 2 598 Kč (4,42%). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (27 575 Kč) průměrná mzda lékařů tvořila 2,23 násobek.

d) Průměrná měsíční **mzda u všeobecných sester a porodních asistentek** činila 27 056 Kč. Proti předchozímu roku průměrná mzda sester zvýšila o 1 622 Kč (6,38 %). Ve srovnání s průměrnou mzdou v národním hospodářství (27 575 Kč) průměrná mzda sester tvořila 0,98 násobku.

Sledované období (2005 – 2016) – vyhodnocení⁵⁴

Platy lékařů za sledované období stouply v nominální hodnotě o 30 643 Kč a v porovnání s průměrnou mzdou v ČR se dostaly z násobku 2,1 průměrné mzdy na 2,51.

Platy sester za sledované období stouply v nominální hodnotě o 13 968 Kč a v porovnání s průměrnou mzdou v ČR se dostaly z násobku 1,02 průměrné mzdy na 1,19.

Mzdy lékařů za sledované období stouply v nominální hodnotě o 23 767 Kč a v porovnání s průměrnou mzdou v ČR se dostaly z násobku 2,05 průměrné mzdy na 2,23.

Mzdy sester za sledované období stouply v nominální hodnotě o 11 306 Kč a v porovnání s průměrnou mzdou v ČR se dostaly z násobku 0,86 průměrné mzdy na 0,98.

K největšímu meziročnímu nárůstu platů a mezd lékařů došlo v letech 2011 a 2015. K největšímu meziročnímu nárůstu platů a mezd sester došlo v letech 2007, 2009 a 2016. V roce 2013 došlo k poklesu platů a mezd u lékařů i sester a to v souvislosti s vládními úspornými opatřeními.

15 Léky

Druhou největší výdajovou položku v nemocnicích tvoří výdaje za léky. V roce 2010 tvořily výdaje na léky 12,4 %, v roce 2015 to již bylo 15,3 % z celkových výdajů nemocnic.

Problém s výdaji za léky však nemají jen nemocnice, ale všechna zdravotnická zařízení. Ceny léků stoupají a stoupá i jejich spotřeba. Přesto, že v roce 2014 bylo sníženo DPH na léky z 15 % na 10 %, pokračoval trend navyšování výdajů za celý segment léků. Pouhé snížení sazby DPH tak růst výdajů za léky nezastavil.

Největší nákladovou podpoložkou tvořily léky předepisované na recept, kdy tyto výdaje činí v průměru 70-75 % celkových výdajů. Tyto výdaje se pak každoročně zvyšují v důsledku stárnutí populace v ČR a z důvodů nově zaváděných léků. To, že je nárůst

⁵⁴ Číselné údaje viz tabulka - příloha č. 5

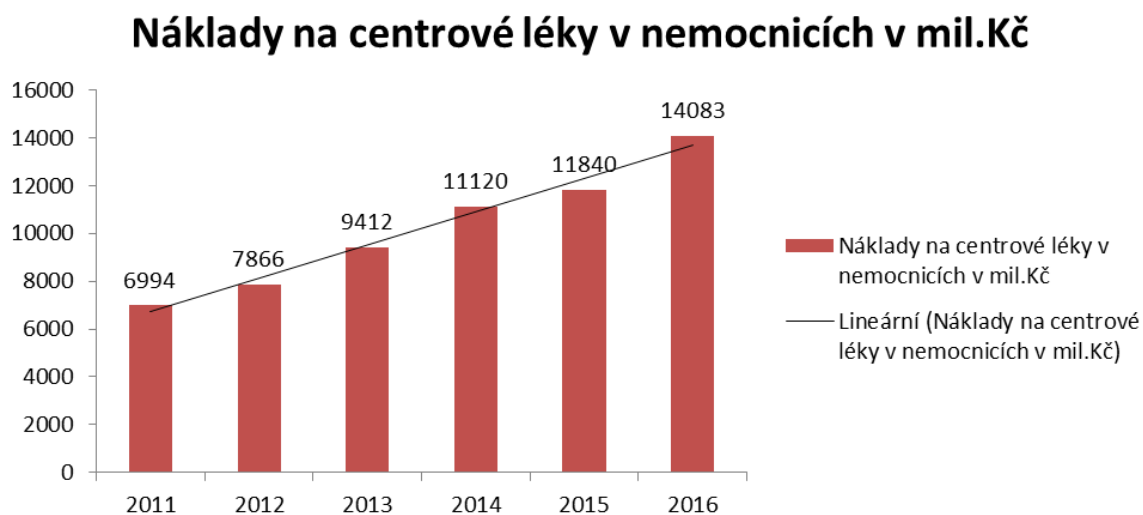
těchto výdajů od roku 2010 do roku 2015 jen o jednotky procent (z 12,4 % na 15,3 %), bylo díky následujícím opatřením (revize úhrad od zdravotních pojišťoven, využíváním pozitivních listů zdravotních pojišťoven a tlakem na cenu v konkurenčním prostředí).

Zvlášť účtované injekční a diagnostické přípravky, které představují nejmenší podíl (do 5 %) všech výdajů na léky, v průběhu let 2010 až 2015 prakticky nerostl.

Největší nárůst výdajů je však u tzv. centrových léků (centrové léky jsou používány na nákladné léčebné terapie, které jsou poskytovány pouze na pracovištích specializovaných center se zvláštní smlouvou se zdravotní pojišťovnou).

Právě v této skupině přibývá nových přípravků, přibývá indikací u již hrazených přípravků, a tím i pacientů, kteří mohou mít z takové léčby užitek. Náklady v této skupině každoročně stoupají o desítky procent a představují stovky milionů korun. Tento segment roste nejdynamičtěji ze všech lékových segmentů. Vzhledem k plánovanému vstupu nových léků na trh a rozšiřování léčby na více pacientů lze očekávat, že tato skupina speciálních léků bude významně narůstat i v příštích létech.⁵⁵

Graf č. 8 – Náklady na centrové léky v nemocnicích 2011 – 2016



Zdroj: OECD, vlastní zpracování (<http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8e06f44a-cs.pdf?expires=1516139022&id=id&accname=guest&checksum=0D17DDC6EC7C6B804F6425351EADE1BB>)

⁵⁵ Svaz zdravotních pojišťoven ČR [online]. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: https://szpccr.cz/wp-content/uploads/2016/12/20160411_o.pdf

Pro představu v roce 2016 bylo v ambulancích za centrové léky vynaloženo celkem 1,1 mld. Kč a v nemocnicích dosáhl objemu výdajů za centrové léky 14,1 mld. Kč.

15.1 Nastavování cen léků

Nástup nových a vysoce nákladných centrových léků na trh, které jsou určeny malému počtu pacientů s nejzávažnějšími onemocněními, vyvolává novou diskusi o dlouhodobé udržitelnosti a efektivitě výdajů na léky v českém zdravotnictví. Kvalitu zdravotní péče lze posuzovat i z praxe v předepisování léků, která umí rozpoznat a omezit jejich plýtváním. Například antibiotika by se měla předepisovat jen v případech, kde je to prokazatelně nutné, aby se snížilo nebezpečí antimikrobiální rezistence. Nastavit správné ceny léků a omezit jejich zbytečnou spotřebu je naléhavý a náročný úkol českého zdravotnictví. Výdaje za spotřebu léků v nemocnicích a v maloobchodním nákupu léků představují téměř 20 % celkových výdajů na zdravotnictví.

Vzhledem k předpokládanému nárůstu výdajů na léky, zřídilo Ministerstvo zdravotnictví speciální pracovní skupinu. Růst cen a výdajů na léky chce zbrzdit přísnějším posuzováním vstupu nových léků do českého zdravotnictví (přísným určováním vstupních cen léků a stanovováním úhrad ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), zefektivněním nákupů těchto centrových léků jednotlivými poskytovateli zdravotní péče (veřejné zakázky), popř. zavedením jejich centralizovaného nákupu a eliminací tzv. zpětných bonusů, které sjednávají k nákupním cenám léků zdravotnická zařízení s prodejci a distributory těchto léků. Blíže uvedeno v kapitole 15.3.

15.2 Nastavování cen léku pomocí „QALY“

Úhrady nového léku se stanovují na základě analýz nákladové efektivity, které hodnotí zdravotní přínosy nového léku u daného onemocnění, ale i rovněž jeho celkové náklady (tj. započtení nákladu na daný lék, ostatní péči, navazující linie léčby aj. Tyto analýzy se předkládají Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv, který následně vydá své doporučení, které je závazné pro zdravotní pojišťovny. Podobně jako ve vyspělých zahraničních systémech (například velká Británie, Švédsko, Nizozemí) tyto analýzy spočívají především na ukazateli QALY (quality – adjusted life-year), kdy je přínos léku vyjádřen pomocí dodatečně získaných let života v plném zdraví. Ukazatel QALY umožňuje porovnat nejen léky v dané indikaci (například u pacientů s daným typem rakoviny), ale napříč všemi indikacemi zdravotního systému (rakovina vers.

Revmatologie). QALY v sobě obsahuje nejen prodlouženou dobu dožití, ale též i zvýšenou kvalitu života vlivem například nižšího výskytu komplikací, nežádoucích účinků či vyšší účinnosti léčby. Náklady za získané QALY poté plátce (pojišťovnu) informují o tom, kde je možné za daný omezený rozpočet získat co nejvíce celkového zdraví pro své pojištěnce. Například za daný omezený rozpočet 10 mil. Kč se porovnávají dva léky, jeden na rakovinu a jeden na lupénku. První lék má náklady na dodatečně získaný rok života v plném zdraví 3 mil. Kč, ale druhý lék pouze 300 tis. Kč. V takovém případě je zřejmé, že pokud bychom hradili druhý lék, získáme pro zdravotní systém desetinásobně vyšší celkový přírůstek zdraví za stejný finanční obnos. V současnosti se podle doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO) aplikuje v ČR hranice ochoty platit ve výši trojnásobku HDP na hlavu za získané QALY, tedy přibližně 1,3 mil. Kč. Pokud tedy nový lék přináší zisk QALY za nižší náklady, než je tato částka měl by se do systému hrazené péče dostat, pokud ji překračuje, měl by být odmítnut. Existují i mechanismy, jak tyto náklady snížit, například přímé slevy, hrazení pouze u pacientů, kterým lék funguje (risk-sharing) aj.

15.3 Zpětné bonusy

V posledních měsících se stala hlavním tématem pro zástupce zdravotních pojišťoven a nemocnic problematika tzv. zpětných bonusů. Příčinu tomu zavinila zpráva Nejvyššího kontrolního úřadu a následné aktivity orgánů činných v trestním řízení, které po zdravotnických zařízeních požadují rozsáhlé informace o dodávkách a proplácení zboží, na které se bonusy uplatňují.

Co se za „zpětné bonusy“ označuje? Nejčastěji se jedná o situaci, kdy nemocnice nakupují léčiva či zdravotnické prostředky a materiál. Nemocnice zaplatí určitou sumu za dané množství léčiv a materiálu. Po určité době (kdy je už zboží vykázáno pojišťovně) však dodavatel poskytne zdravotnickému zařízení zpětně slevu (zpravidla kvůli vysokému množství odebraného materiálu). Tuto slevu ale často nelze vztáhnout ke konkrétní položce odebraného zboží, nýbrž k celému balíku odebraného zboží (sleva se nevztahuje na konkrétní lék, ale na větší sortiment odebraného zboží).

Bonus tak představuje jakýsi zisk zdravotnického zařízení, rozdíl mezi cenou vykázanou pojišťovně a faktickou cenou. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny hradí cenu vykázanou pouze do výše úhrady (maximální ceny léčiva či zdravotnického

materiálu), zdravotnické zařízení tak dostane od pojišťovny více peněz, než které ve skutečnosti zaplatila dodavateli. Zdravotnická zařízení však mají pojišťovně vykázat skutečnou (uhrazenou) cenu zboží. Slevy získané na pozdějších bonusech by měly pojišťovně vrátit.

Problém v celé věci je však to, že při bonusu koncipovaném na skupinu výrobků nikdo neumí stanovit skutečnou slevu konkrétního výrobku (léku, zdravotnického materiálu) a tak není spočitatelné, kolik by se za konkrétní lék nebo zdravotnický prostředek mělo pojišťovně vrátit. Dokonce tak vzniká podezření, že peníze ze zpětných bonusů takto mohou putovat do kapsy managementu zdravotnických zařízení a mohlo by se jednat o trestný čin.

V odborné zdravotnické veřejnosti se řeší další otázka, a to, zda je něco špatného na tom, že zdravotnická zařízení dostanou od pojišťovny více peněz za zdravotnický materiál a léky, když v jiných případech naopak zdravotnická zařízení nedostanou od pojišťovny zaplacenou za leckteré výkony (nebo dostanou zaplacenou, ale méně, než činí skutečné náklady na daný výkon).

V zásadě tak dochází k určité kompenzaci špatně nastavených úhrad. Prostředky ze zpětných bonusů zůstávají stále ve zdravotnictví, kam jsou úhrady od pojišťoven určeny. Systém tak o žádné peníze nepřichází.

Jediným východiskem tak zůstává provést revizi v nastavení systému úhrad a stanovit jasná pravidla pro získávání zpětných bonusů, aby byla transparentní a použitelná pro všechna zdravotnická zařízení stejně, neboť současný systém nahrává schopnosti jednotlivců vyjednat slevy a utváří tzv. šedou zónu v nákupu a úhradě léčiv a zdravotnického materiálu.

15.3.1 Zpráva NKÚ

Nejvyšší kontrolní úřad (NKÚ) se zaměřil na hospodaření tří vybraných nemocnic v letech 2014 až 2016, jednalo se o Nemocnici Na Homolce, Fakultní nemocnici Ostrava a Fakultní nemocnici Plzeň. Kontrola se zabývala zejména nákupem léčiv, zdravotnických prostředků a některých služeb. Odhalila při tom nedostatky týkající se způsobu, jakým nemocnice léčiva a zdravotnické prostředky pořizovaly. Kontroloři také vybrali vzorek 44 shodných léčiv a 132 identických zdravotnických prostředků a porovnali ceny, za které

je tyto nemocnice nakupovaly. Porovnání ukázalo, že nemocnice nakupovaly shodná léčiva a zdravotnické prostředky i od stejných dodavatelů za rozdílné ceny, v řadě případů šlo o mnohonásobné, v krajním případě až desetinásobné rozdíly. Ceny léčiv a zdravotnických prostředků ovlivnily zejména finanční bonusy, často poskytnuté dodavatelem například při odběru většího množství zboží či splnění jiných podmínek. Jaká byla skutečná cena léčiv a zdravotnických prostředků po zohlednění finančních bonusů, NKÚ ověřit nemohl kvůli způsobu, jakým nemocnice bonusy vedly ve svém účetnictví. Z tohoto důvodu nelze ani ověřit, k čemu peníze z těchto bonusů použily. Nemocnice sdělily, že je používají například pro úhradu zdravotní péče u podfinancovaných oborů. V některých případech byly bonusy dohodnuty jen ústně. Obdržené částky z bonusů nemocnice také nezohledňovaly pojišťovnám ve vyúčtování poskytnuté zdravotní péče. Bonusy za roky 2014 až 2016 se u kontrolovaných nemocnic pohybovaly od 127 do 491 milionů korun a měly významný vliv na jejich hospodaření.⁵⁶

16 Zdravotnické prostředky

16.1 Výdaje na zdravotnické prostředky tvoří třetí největší výdajovou položku nemocnic

Zdravotnictví bez zdravotnických prostředků si v dnešní době již nelze představit. Pryč je doba, kdy se diagnostikovalo jen za pomoci lidských smyslů a léčilo holýma rukama. Zdravotnické prostředky univerzálně ovlivňují zdravotnickou péči a jsou dnes využívány téměř při každém medicínském výkonu. Jejich úkolem je zlepšit stav pacienta, zvýšit kvalitu jeho života a usnadnit práci ošetřujícího personálu. Nelze předpokládat zastavení technologického vývoje či zásadní zlevnění nových technologií, spíše naopak. Aby se české zdravotnictví udrželo v Evropském a celosvětovém technologickém standardu, musí nakupovat nové zdravotnické přístroje a zdravotnický materiál. Tam kde jde o nákupy opakované, u zboží, jehož sortiment potřebuje každé zdravotnické zařízení, lze časem poměrně snadno zjistit jeho skutečnou tržní hodnotu a za tuto cenu zboží nakupovat (soutěžit podle zákona o zadávání veřejných zakázek). Složitější situace u přístrojů a zdravotnického materiálu, který se nenakupuje často. Zpravidla jde o velmi drahé přístroje, jako jsou počítačové tomografy (CT), magnetické rezonance (MR), lineární urychlovače (LU) nebo unikátní ozařovací přístroje (Cyberknif) atd. U těchto přístrojů,

⁵⁶ Nejvyšší kontrolní úřad - Tisková zpráva ke KA č. 16/28

kterých je v ČR několik kusů, jsou většinou výrobci sestavovány na míru zdravotnického zařízení, se jen stěží hledá nějaké cenové srovnání. Mnohdy jde o přístroje poprvé dovezené do ČR a tak se může stát, že prodejci cenu takového přístroje předraží.

Tyto přístroje zdravotnická zařízení někdy pořizují přímo s pozáručním servisem. To proto, že prodejce ví, že když zdánlivě nabídne přístroj za nižší hodnotu, aby ve výběrovém řízení uspěl, částku, o kterou snížil nákupní cenu, přístroje následně přidá do ceny pozáručního servisu, neboť přístroj může servisovat pouze autorizovaná osoba, což je zpravidla sám prodejce. Proto se již dnes mnoho zdravotnických zařízení snaží pořizovat tyto zdravotnické přístroje zároveň s pozáručním servisem. Bohužel pravidla nákupu (zejména u nákupu z dotačních finančních prostředků EÚ) toto neumožňují, neboť přidělují prostředky jako investiční (pouze na pořízení přístroje). V této oblasti nákupu drahých speciálních zdravotnických přístrojů je tak v ČR stále velký prostor pro prodejce a tzv. „kompletátory“, kteří se snaží prodat zdravotnickým zařízením zboží za předražené ceny.

16.2 Předražené přístroje a zdravotnický materiál

Česká zdravotnická zařízení dokážou utratit za naprosto stejnou techniku různé sumy. To by se mělo změnit. Pod Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) by měl vzniknout nový registr, který bude přístroje ve zdravotnických zařízeních mapovat. Obsahovat by měl závaznou tabulku s nejvyššími možnými cenami, jaké smí zdravotnické zařízení za přístroj zaplatit, což by mělo zaručit, že některá nemocnice nedá za obdobný přístroj vyšší částku než jiná. Také současný ministr zdravotnictví hodlá zastavit růst výdajů za zdravotnické prostředky a zavést tzv. pravidla HTA, aby prostředky v medicíně byly rozdělovány tak, aby z nich byl co největší užitek. K tomu by měl právě sloužit nástroj Health Technology Assessment (HTA).

16.3 Znovuzavedení přístrojové komise Ministerstva zdravotnictví

Rozhodování o nákupu drahých přístrojů (nad 5 mil. Kč) do zdravotnických zařízení zřizovaných státem, přešlo od roku 2015 na přístrojovou komisi Ministerstva zdravotnictví. Zdravotní pojišťovny se řídí jejími doporučeními, zavázaly se k tomu podpisem memoranda. Před nákupem komise posuzuje předpokládanou nákupní cenu, ale i náklady za jejich provoz a servis nebo to, zda je přístroj v daném regionu potřebný. Obdobná komise fungovala na Ministerstvu zdravotnictví již dříve. Zrušil ji někdejší ministr

Tomáš Julínek (2006–2009) s odůvodněním, že by výběr přístrojů k nákupu měly hlídat pouze pojišťovny. Znovuzavedení přístrojové komise přišlo krátce poté, co někdejší ministr financí Andrej Babiš kritizoval v roce 2014 zdravotnictví jako „černou díru“ na peníze, bez průhlednosti finančních toků.⁵⁷

16.4 Metoda QALY (analýza nákladové efektivity) pro nastavování cen zdravotnických prostředků

V kapitole 15.2 byla popsána analýza nákladové efektivity QALY („quality – adjusted life-year“), pro nastavování cen nových léků. Použití QALY v principu umožňuje porovnávat nejen léky napříč všemi indikacemi, ale rovněž léky se zdravotními prostředky (například zda se má použít léčba chemoterapií nebo ozařování či protonová terapie). QALY se v českém zdravotnictví aplikuje pouze u léčivých přípravků, které představují pouze část celkových výdajů na zdravotnictví. Téměř vůbec se QALY nepoužívá u zdravotnických prostředků (od jehel až po složité zdravotnické přístroje), u kterých lze tyto analýzy, kdy je jejich přínos vyjádřen pomocí dodatečně získaných let života v plném zdraví, bez větších problémů možno provádět. Např. ve Francii veškeré zdravotnické prostředky této analýze nákladové efektivity podléhají.

17 Výdaje na zdravotnictví a HDP – mezinárodní srovnání

17.1 Vztah výdajů do zdravotnictví a HDP

Nejdříve je potřeba vysvětlit vztah zdravotnictví k HDP. Jde o následující závislost: čím vyšší HDP je, tím více finančních prostředků může plynout do zdravotnictví.

Země, která má dvakrát větší HDP, může do zdraví svých občanů investovat dvakrát více prostředků. Pokud HDP roste, rostou i mzdy zaměstnanců. To pak znamená vyšší odvody do zdravotního pojištění, ale také větší možnost a snahu zaměstnanců, utrácet ze svých kapes více za své zdraví. Pokud je vyšší HDP je též vyšší výběr daní. To dává prostor státu, který tak může rozdat více peněz ve veřejném sektoru, včetně zdravotnictví. Platí, že spolu s růstem HDP rostou i veřejné a soukromé výdaje na zdravotnictví.

⁵⁷ *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*[online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/pristrojova-komise_3121_3.html

Pokud tedy výkonnost ekonomiky, měřená vývojem HDP, vzrostla meziročně reálně např. o 0,5 %, můžeme si to zjednodušeně přeložit tak, že se máme 0,5 % lépe než v předchozím roce. A velmi zhruba lze říci, že o stejné procento by mělo být více finančních prostředků i ve zdravotnictví.

17.2 Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP roste v celé Evropě

V prosinci 2016 vydala Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) publikaci „*Letmý pohled na zdravotnictví: Evropa 2016*“, která obsahuje odborné informace o zdravotnictví ve vybraných evropských zemích za období 2005 – 2014 (tedy zhruba ve stejném referenčním období jako sleduje tato práce). Ve sledovaném období se podíl celkových výdajů na zdravotnictví k hrubému domácímu produktu (HDP) v EU v průměru zvýšil ze 7,7 % (v roce 2005) na 8,5 % (v roce 2014).

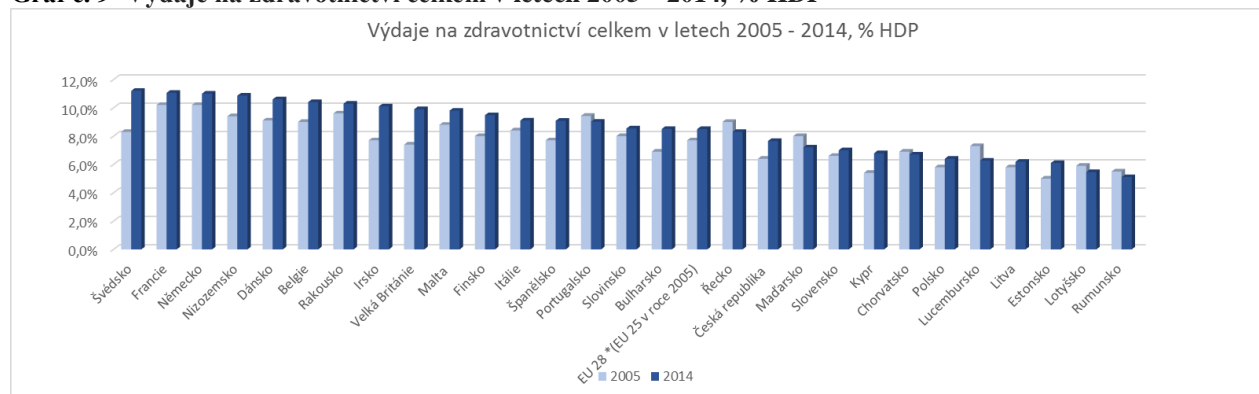
Tabulka č. 13-Financování zdravotnictví ve vybraných zemích

| | Výdaje na zdravotnictví celkem, % HDP | 2005 | 2014 |
|----|---------------------------------------|-------------|-------------|
| 1 | Švédsko | 8,3% | 11,2% |
| 2 | Francie | 10,2% | 11,1% |
| 3 | Německo | 10,2% | 11,0% |
| 4 | Nizozemsko | 9,4% | 10,9% |
| 5 | Dánsko | 9,1% | 10,6% |
| 6 | Belgie | 9,0% | 10,4% |
| 7 | Rakousko | 9,6% | 10,3% |
| 8 | Irsko | 7,7% | 10,1% |
| 9 | Velká Británie | 7,4% | 9,9% |
| 10 | Malta | 8,8% | 9,8% |
| 11 | Finsko | 8,0% | 9,5% |
| 12 | Itálie | 8,4% | 9,1% |
| 13 | Španělsko | 7,7% | 9,1% |
| 14 | Portugalsko | 9,4% | 9,0% |
| 15 | Slovinsko | 8,0% | 8,5% |
| 16 | Bulharsko | 6,9% | 8,5% |
| | EU 28 * (EU 25 v roce 2005) | 7,7% | 8,5% |
| 17 | Řecko | 9,0% | 8,3% |
| 18 | Česká republika | 6,4% | 7,7% |
| 19 | Maďarsko | 8,0% | 7,2% |
| 20 | Slovensko | 6,6% | 7,0% |
| 21 | Kypr | 5,4% | 6,8% |
| 22 | Chorvatsko | 6,9% | 6,7% |
| 23 | Polsko | 5,8% | 6,4% |
| 24 | Lucembursko | 7,3% | 6,3% |
| 25 | Litva | 5,8% | 6,2% |
| 26 | Estonsko | 5,0% | 6,1% |
| 27 | Lotyšsko | 5,9% | 5,5% |
| 28 | Rumunsko | 5,5% | 5,1% |

Zdroj: OECD, Eurostat, vlastní zpracování

V ČR v roce 2005 činily celkové výdaje na zdravotnictví 6,4 % HDP a v roce 2014 to bylo 7,7 % HDP, viz tabulka č. 13. ČR se tak pohybuje pod průměrem EU a na unijním žebříčku (z 28 zemí EU v roce 2014) byla osmnáctá. ČR mírně převyšuje sousední státy Polsko, Maďarsko Slovensko.

Graf č. 9- Výdaje na zdravotnictví celkem v letech 2005 – 2014, % HDP



Zdroj: OECD, Eurostat, vlastní zpracování

Mezi evropskými zeměmi jsou značné rozdíly v poměru celkových výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP. Naprosto zřetelný je pak odstup mezi západoevropskými zeměmi a zeměmi střední a východní Evropy.

17.3 Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví k HDP

Na zdravotní péči vydává ČR menší podíl hrubého domácího produktu (HDP) než vyspělé evropské země. Česká republika je pod průměrem celé EU. Patří však k zemím s nejvyšším dílem financí vynakládaných na zdravotnictví z veřejných zdrojů, tedy zdrojů z veřejného zdravotního pojištění a zdrojů od státu. Tyto prostředky zde tvoří více než čtyři pětiny celkových výdajů na péči. Podobně je tomu např. v Dánsku, Švédsku, Norsku či Německu. Zbývající pětinu tvoří soukromé zdroje.

Tabulka č. 14-Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví k HDP

| Česká republika | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Výdaje do zdravotnictví, % HDP | 6,39% | 6,21% | 6,03% | 6,37% | 7,31% | 6,94% | 6,97% | 7,03% | 7,81% | 7,65% | 7,31% |

Zdroj: data OECD, vlastní zpracování (<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>)

Tabulka č. 15-Podíl soukromého financování zdravotní péče % HDP

| | Podíl soukromého financování % HDP | 2014 |
|----|---|-------------|
| 1 | Švédsko | 1,9 |
| 2 | Francie | 2,4 |
| 3 | Německo | 1,7 |
| 4 | Nizozemsko | 2,1 |
| 5 | Dánsko | 1,7 |
| 6 | Belgie | 2,3 |
| 7 | Rakousko | 2,5 |
| 8 | Irsko | 3,1 |
| 9 | Velká Británie | 2,0 |
| 10 | Malta | -- |
| 11 | Finsko | 2,3 |
| 12 | Itálie | 2,2 |
| 13 | Španělsko | 2,7 |
| 14 | Portugalsko | -- |
| 15 | Slovinsko | 2,5 |
| 16 | Bulharsko | -- |
| | EU 28 * (EU 25 v roce 2005) | |
| 17 | Řecko | 3,2 |
| 18 | Česká republika | 1,3 |
| 19 | Maďarsko | 2,4 |
| 20 | Slovensko | 1,4 |
| 21 | Kypr | -- |
| 22 | Chorvatsko | -- |
| 23 | Polsko | 1,8 |
| 24 | Lucembursko | 1,1 |
| 25 | Litva | -- |
| 26 | Estonsko | 1,5 |
| 27 | Lotyšsko | 2,2 |
| 28 | Rumunsko | -- |

Zdroj: ČSÚ, vlastní zpracování (u zemí --, nebyly údaje uvedeny)

Přestože podíl domácností v ČR na financování péče je obdobný jako je podíl německých či nizozemských domácností, lze konstatovat, že podíl soukromého financování zdravotnictví v ČR je malý (zejména pak přímé platby za léky, stomatologickou péči, apod.). Při srovnání s dalšími západoevropskými zeměmi je zde prostor pro případnou vyšší spoluúcast pacienta (resp. soukromé zdravotní pojištění).

18 Stárnutí populace

Problémem financování zdravotnictví ve všech státech EU se zabývá i Evropská komise. Ve zprávě Country Report Czech Republic 2016 (ze dne 26. 2. 2016)⁵⁸ Evropská komise upozornila na závažný problém dlouhodobé udržitelnosti veřejných financí právě z důvodu velkého nárůstu výdajů na zdravotnictví a výdajů na starobní důchody, v souvislosti se stárnutím populace.

Jednou z hlavních hrozeb udržitelnosti současného systému financování zdravotnictví, který je závislý na jednom zdroji příjmů (tedy na veřejném zdravotním pojištění) je demografický vývoj. Tento systém se opírá o odvody ekonomicky aktivních osob, jejichž počet bude do budoucna klesat. Evropská komise konstatovala, že v roce 2013 byl podíl ekonomicky aktivní populace (mezi 15 - 65 let) 67 %. V roce 2030 tento podíl klesne na 65 % a v roce 2050 až na 56 %. Podle odhadů se však začne zvyšovat počet osob nad 65 let (jde o státní pojištěnce, za které odvádí pojistné stát a kteří zdravotní péči využívají ve větší míře).

Lze tedy do budoucna predikovat rostoucí trend ve výdajích na zdravotnictví, a to i díky demografickému vývoji (stárnutí populace). Snížení příjmů systému a nárůstu výdajů bude nutno stále více vykrývat ze státního rozpočtu. Takový postup však nepodporuje důležitý princip rozpočtové odpovědnosti vlády ČR a tlaku na snižování deficitu státního rozpočtu.⁵⁹

19 Shrnutí a doporučení

Český zdravotnický systém doposud funguje velice kvalitně a to i přesto, že většina ekonomických indikací ukazuje, že je již na hraně svých možností. Relativně nízké výdaje na české zdravotnictví byly doposud umožněny především z úspor na platech a mzdách zdravotního personálu. Zdravotnický systém, tak jak je nastaven již přestává vyhovovat moderní medicíně 21. století. Pacienti ani poskytovatelé péče nejsou motivováni

⁵⁸ Country Report – *Czech Republic* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné

z: https://ec.europa.eu/info/publications/2016-european-semester-country-report-czech-republic_en

⁵⁹ Policy Paper – Adam Vojtěch, *Financování zdravotnictví*, srpen 2016 Dostupné

z: http://ec.europa.eu/europe2020/making-it-happen/country-specific-recommendations/index_en.htm

k úsporám a vyšší efektivitě. Nejsou vystaveni žádným hmatatelným pobídkám, aby se chovali racionálněji a dosahovali lepších výsledků.

Problém nízkých platů

Dlouhodobý stav podfinancování lékařů, zdravotních sester a dalších osob pracujících ve zdravotnictví, který vyvrcholil v roce 2011 akcí „Děkujeme, odcházíme“ se v posledních létech začal napravit. Náprava platů a mezd však bohužel spotřebovala téměř všechny finanční prostředky, které za poslední roky byly do zdravotnického systému vloženy navíc. Na ostatní problémové oblasti zdravotnictví se tak nedostalo. Výpadek příjmů do zdravotnického systému po zrušení regulačních poplatků činil více jak 5 miliard ročně. Podobný objem finančních prostředků byl sice do systému přidán ze státního rozpočtu v podobě navýšení poplatků za státní pojištění, ale reálně do zdravotnického systému mnoho nových finančních prostředků nepříbylo.

Problém způsobu úhrad za zdravotní péči

Současný způsob úhrad za péči málo motivuje k úsporám a větší efektivitě léčby. Je postaven na zdravotních výkonech, které se vykazují při téměř jakékoliv činnosti (odběr krve, kontrolní vyšetření, krevní testy atd.) a spíše sklouzává k vykazování většího počtu zdravotních výkonů, než aby lékaře a zdravotnická zařízení racionálně vedl k tomu, aby se sami snažili přispět k co nejrychlejšímu a nejkvalitnějšímu uzdravení pacienta. Tento stav pozvolna obrací zavádění systému plateb za diagnózu DRG, kdy lékař nebo zdravotnické zařízení dostane uhrazeno (např. za celý operační výkon) stejnou celkovou finanční částku, bez ohledu na to, jak dlouho trvá pobyt pacienta ve zdravotnickém zařízení. Zdravotnické zařízení tím získá zájem rychleji a kvalitně pacienta uzdravit, aby vyloučilo komplikace nebo následná další léčení a mohlo přijmout nového pacienta a získat další platbu za diagnózu.

Problém silné závislosti systému na veřejných výdajích

Dalším problémem českého zdravotnického systému je jeho nízká diverzifikace zdrojů financování. Systém vykazuje vysokou míru závislosti financování péče na jediném zdroji, kterým jsou veřejné výdaje. Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví v roce 2014 dosáhl v České republice 83,5 %. Jde o šestý nejvyšší podíl

ze všech zemí OECD. Řešením problému je tedy zdroje financování diverzifikovat. Jednou z cest, kterou doporučuje i OECD, je vydefinovat nárok na plně hrazenou péči z veřejného zdravotního pojištění a k tomu vytvořit prostor pro možnost dobrovolné spoluúčasti pacienta a poté též i pro soukromé připojištění.

Problém nadužívání zdravotní péče

Pacienti nejsou motivováni omezit nadužívání zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že si téměř za nic nemusejí připlácet, nemají motivaci sami snižovat své rizikové zdravotní faktory, např. méně kouřit či konzumovat alkohol, kontrolovat svou míru obezity a životní styl, stravovací návyky. Vědí, že v případě budoucích zdravotních obtíží, budou moci čerpat vysoce specializovanou zdravotní péči zdarma. Věc by mohlo částečně řešit zavedení preventivních programů, za jejichž splnění by byl pacient motivován nebo v případě nesplnění i postihován. I v tomto případě, je však potřeba zachovat princip potřebné míry solidarity a rozsahu univerzálně dostupné zdravotní péče, neboť každý pacient je jiný a má jiné vrozené zdravotní dispozice. Plnění individuálních zdravotních programů se tak neobejde bez nutnosti individuálního hodnocení zdravotního rizika každého pacienta a jeho předchozích nemocí.

Problém standardů a nadstandardů

V českém zdravotnictví doposud nejsou definovány standardní a nadstandardní zdravotní služby. Pokud si chce pacient připlatit za určitou kvalitnější zdravotní službu, pak si ji musí zaplatit celou a neplatí pouze rozdíl mezi standardem a nadstandardem péče. Jako příklad lze uvést onkologické léky. Pokud si pacient chce koupit účinnější, ale dražší onkologický lék, který pojišťovna nehradí, musí si jej uhradit celý sám, a nikoliv doplatit rozdíl oproti současně hrazené chemoterapii. Tím je taková varianta pro mnoho pacientů nedostupná a nejde vstříc poptávce pacientů. Stejně to je např. s kloubními náhradami, očními čočkami apod. Pacienti si tak speciální výkony raději nechávají provést mimo veřejná zdravotnická zařízení a systém přichází o peníze.

Problém elektronizace

Českému zdravotnictví schází kvalitní elektronizace, která by umožnila kontrolu toho, co bylo v reálném čase lékaři vykázáno. Lékaři tak nemají možnost s ostatními lékaři

(mimo zdravotnické zařízení) vést a sdílet elektronické záznamy a v převážné míře je musí pokaždé znovu sepsovat. Tím se nejen zdržují, ale nabaluje se i nutnost provádět opakovaná vyšetření, která již pacient podstoupil u jiného lékaře. Ministerstvo zdravotnictví a SÚKL sice zahájilo elektronizaci povinným vydáváním elektronického receptu (e-recept), ale otázka sdílení zdravotnických dat pacientů mezi jednotlivými poskytovateli zdravotních služeb ještě řešena není.

Stěžejní problémy českého zdravotnického systému jsou popsány a odborné veřejnosti jsou známy. Většina uvedených problémů se postupně začíná řešit.

Je však potřeba nalézt a popsat další doporučení, která by přispěla k tomu, aby český zdravotnický systém efektivněji fungoval a získal více prostředků na kvalitní zdravotní péči.

Doporučení č. 1

Současný systém veřejného zdravotního pojištění v ČR je na hraně svých ekonomických možností. Nezbývá v něm již prostor pro investice do budov či přístrojů ve zdravotnictví. Do budoucna by tak bylo dobré vytvořit pro tuto oblast speciální investiční fond. Peníze do fondu by mohly jít například z části spotřební daně z tabáku a alkoholu. Do budov a přístrojů se nyní investuje i z evropských fondů, tam ale tolik peněz v příštím období již nebude. Tuto myšlenku (jako vzkaz příští vládě) uvedl bývalý premiér Bohuslav Sobotka a dále uvedl, že reálná potřeba pro naplňování fondu by podle něj byla několik miliard korun ročně.

Doporučení č. 2

Zavést principy HTA (Health Technology Assessment) nebo QALY (analýza nákladové efektivity) pro nákup zdravotnických prostředků a nastavování cen léků. Prostředky je třeba v medicíně rozdělovat tak, aby z nich byl co největší užitek. Toto doporučení preferuje současný ministr zdravotnictví Adam Vojtěch.

Doporučení č. 3

Část odborné veřejnosti vidí reálné úspory finančních prostředků ve snížení počtu zdravotních pojišťoven. Již v minulosti bylo zvažováno sloučení VZP, Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra a Vojenské zdravotní pojišťovny.

Doporučení č. 4

Úspory finančních prostředků lze také najít v efektivnějších nákupech prostřednictvím centralizovaného nákupu nebo nákupech pro více zdravotnických zařízení najednou. Obě varianty zákon o zadávání veřejných zakázek umožňuje a provádění takových nákupů již přineslo reálné úspory např. v nákupech energií. Obdobně tak lze postupovat při nákupech léků (zejména těch nejdražších – centrových), ale také u zdravotnického materiálu. Větší objemy pro nákupy by umožňovaly větší slevy (tedy nižší nabídkové ceny) a nemusely by se slevy dohánět zpětnými bonusy, ke kterým nemají rovnou příležitost všechna zdravotnická zařízení.

Doporučení č. 5

Stanovit na úrovni vlády střednědobou strategii vývoje zdravotnického systému, popsat jeho požadované ekonomické parametry a cíle. Tyto následně, jako závazné ukazatele, dodržovat. V koncepci zahrnout i pravidelnou revizi sítě zdravotnických zařízení a jejich technického vybavení, revizi počtu ambulantních lékařů a stomatologů s ohledem na počet ošetřovaných pacientů (resp. na počet obyvatel ve spádovém regionu).

20 Závěr

Cílem diplomové práce bylo popsat a zhodnotit právní a ekonomické aspekty financování zdravotnického systému v České republice, provést jeho analýzu za období 2005 až 2015 a zhodnotit jeho nákladovost a efektivitu.

Zdravotnický systém v České republice je založen na povinném veřejném zdravotním pojištění. V Ústavě je garantována všeobecná dostupnost zdravotní péče pro všechny občany, která je založena na principu solidarity zdravých s nemocnými a bohatých s chudými, dále je rozpracovaná do řady zákonných a podzákonných předpisů, ve kterých jsou podrobně stanoveny povinnosti subjektů participujících na financování systému veřejného zdravotního pojištění a práva a povinnosti těch, kteří ze systému finanční prostředky čerpají. Dobře je nastavena i vymahatelnost zákonem stanovených povinností.

Slabiny současného zdravotnického systému jsou však spíše v nastavení jeho financování. Současnému systému je odbornou veřejností vyčítána jeho přílišná závislost na zdrojích financování, především pak na státním rozpočtu. Chybí diverzifikace zdrojů. Přestože do systému veřejného zdravotního pojištění jde v posledních letech stále více finančních prostředků ze státního rozpočtu, byly tyto navýšené prostředky v převážné míře spotřebovány na platy zdravotnických pracovníků, což potvrdila i analýza provedená v praktické části práce.

Současnému zdravotnickému systému je dále vyčítáno, že konzumenty zdravotní péče (pacienty) málo motivuje k preventivní ochraně svého zdraví a nedostatečně zamezuje možnosti nenadužívání čerpání zdravotní péče (např. zbytečným návštěvám lékaře a vysokou spotřebou léčiv). Zavedení regulace této oblasti regulačními poplatky bylo zrušeno, což způsobilo výpadek ve financování systému, který musel být doplněn ze státního rozpočtu.

Další diskutovanou možností, která by napomohla k financování zdravotnického systému, je zvýšení spoluúčasti pacienta na financování zdravotní péče. Na této otázce se však současná politická garnitura a odborná veřejnost nedokáží shodnout, byť převládá názor, že do budoucna je takové řešení nevyhnutelné.

V praktické části práce byly dále podrobně rozebrány tři největší výdajové položky ve zdravotnickém systému. Provedeným rozbořem bylo zjištěno, že největší část finančních prostředků, které nemocnice obdrží od zdravotních pojišťoven jako úhrady za provedené zdravotnické služby, jsou vydány na platy zdravotnických pracovníků,

na léky a zdravotnický materiál. Ve výdajích na platy úspory hledat nelze, naopak tyto výdaje budou narůstat. Úspory lze však hledat při nákupu léků a zdravotnického materiálu, ale také v revizi nastavování jejich cen, za které je bude stát hradit (výše úhrad).

Bez systematického provádění změn nebude financování současného zdravotnického systému dlouhodobě udržitelné. Globalizace způsobila průnik vývoje moderního zdravotnictví do všech států světa. Lékařská věda ve 21. století dokáže vyléčit mnoho nemocí, které byly do nedávna smrtelné. Nové diagnostické metody prováděné na moderních zdravotnických přístrojích umí dnes včas odhalovat choroby a jejich příčiny. Úspěchy lékařské vědy mají za následek prodloužení délky života člověka. To však není zadarmo. Zdravotnický systém tak bude potřebovat stále více finančních prostředků. Jak tyto prostředky do systému zajistit je hlavním cílem polických garnitur. Druhým cílem je přimět občany, aby se o své zdraví sami více starali v rámci prevence, neboť hrazení zdravotní péče je stále nákladnější.

Ve shrnutí praktické části této práce jsou identifikovány další konkrétní problémy v současném zdravotnickém systému a jsou uvedena konkrétní doporučení ke zlepšení.

21 Seznam použitých zdrojů

Odborná literatura

- BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 8024711974.,
- ČERVINKA, Tomáš a Antonín DANĚK. *Zdravotní pojištění: zaměstnavatelů, zaměstnanců, OSVČ : s komentářem a příklady*. Olomouc: ANAG, 2009-. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-80-7263-765-2.
- ČERVINKA, Tomáš. *Zdravotní pojištění zaměstnavatelů, zaměstnanců a OSVČ s komentářem a příklady 2016*. ISBN 978-80-7263-999-1.
- NAHODIL, František. *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha, 2003. ISBN 80-86754-05-7.
- DRBAL, Ctibor. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Galén, c2005. ISBN 8072623400.
- DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 9788024509983.
- GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví : řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví : kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Brno: Computer Press, 2003. Praxe manažera (Computer Press). ISBN 80-7226-996-8.,
- JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9
- KOŽENÝ, Pavel. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2701-1.
- KŘÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: [Eva Křížová], 1998. ISBN 8023809377.
- MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-807-3579-128.

- MÁTL, Ondřej. *České zdravotnictví v roce 2050: modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR*. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2009. ISBN 978-80-85047-38-7.
- OCHRANA, František, Jan PAVEL a Leoš VÍTEK. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada, 2010. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3228-2.
- PROVAZNÍKOVÁ, Romana. *Financování měst, obcí a regionů: teorie a praxe*. 3. aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2015. Finance (Grada). ISBN 978-80-247-5608-0.
- Tempus Medicorum – časopis české lékařské komory
- VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.
- WEIGL, Jiří, Martin KOVÁŘ, Jaroslav VOSTATEK, et al. *Otto von Bismarck: 200 let od narození*. Praha: Institut Václava Klause, 2015. Publikace (Institut Václava Klause). ISBN 978-80-7542-001-5.
- ZLÁMAL, Jaroslav. *Finanční nástroje a operace použitelné ve zdravotnictví*. Olomouc, 1999. ISBN 802440009x.

Legislativní dokumenty

- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 48/1997 Sb., ze dne 7. března 1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: Sbíрка zákonů. 1997, číslo 48.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon, kterým se mění a doplňuje zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů, a mění zákon České národní rady č. 482/1991 Sb., o sociální potřebnosti, ve znění pozdějších předpisů. In: Sbíрка zákonů. 2000, číslo 133.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 326/1999 Sb., ze dne 30. listopadu 1999 o pobytu cizinců na území České republiky a o změně některých zákonů. In: Sbíрка zákonů. 1999, číslo 326.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 221/2003 Sb., ze 31. srpna 2003 o dočasné ochraně cizinců. In: Sbíрка zákonů. 2003, číslo 221.

- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 592/1992 Sb., ze dne 20. listopadu 1992 České národní rady o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. In: *Sbírka zákonů*. 1992, číslo 592.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 89/1995 Sb., ze dne 20. dubna 1995 o státní statistické službě. In: *Sbírka zákonů*. 1995, číslo 89.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 262/2006 Sb. ze dne 21. dubna 2006 Zákon - zákoník práce. In: *Sbírka zákonů*. 2006, číslo 262.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 278/2015 Sb., ze dne 19. října 2015 Nařízení vlády, kterým se mění nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů*. 2015, číslo 278.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Nařízení vlády č. 316/2016 Sb., kterým se mění nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě, ve znění pozdějších předpisů.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 341/2017 Sb., 25. září 2017 Nařízení vlády o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě. In: *Sbírka zákonů*. 2017, číslo 341.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 143/1992 Sb. ze dne 13. března 1992 o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech. In: *Sbírka zákonů*. 1992, číslo 143.
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: *Sbírka zákonů*. 2011, číslo 372. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 250/2000 Sb. ze dne 7. července 2000 o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. In: *Sbírka zákonů*. 2000, číslo 250. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-250>
- ČESKÁ REPUBLIKA. Vyhláška č. 280/2014 Sb. In: . 2014, číslo 280. Dostupné také z: <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/legislativni-dokumenty/2014/vyhlaska-c-280-2014-sb-20102>
- ČESKÁ REPUBLIKA. Zákon č. 374/2011 Sb. o zdravotnické záchranné službě. In.: 2011, ze dne 6. listopadu 2011, číslo 374. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-374>

- ČESKÁ REPUBLIKA Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích. In.: 2000, číslo 219. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-219>
- ČESKÁ REPUBLIKA Zákon č. 2/ 1969 Sb. České národní rady o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky. In: . 1969, číslo 2. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1969-2>
- Vyhláška 189/1948 Sb., o zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. července 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku. In: . 1948 Sb., číslo 189. Dostupné také z: <http://www.zmenyzakonu.cz/zakon.aspx?id=13928>

Internetové zdroje

- BOKŠOVÁ, J. – RANDÁKOVÁ, M.: *Příjmy a výdaje veřejného zdravotního pojištění a jejich vliv na finanční výkaznictví zdravotních pojišťoven*. [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: <https://www.vse.cz/polek/download.php?jnl=cfuc&pdf=133.pdf>
- *Country Report – Czech Republic* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/publications/2016-european-semester-country-report-czech-republic_en
- *Česká lékařská komora: Veřejné zdravotní pojištění* [online]. [cit. 2018-02-21]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/verejne-zdravotni-pojisteni-437.html>
- *Český statistický úřad: Výsledky zdravotnických účtů ČR 2010 - 2015* [online]. [cit. 2018-02-27]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr-2016>
- *European Commission* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/economic-and-fiscal-policy-coordination/eu-economic-governance-monitoring-prevention-correction/european-semester_en
- *Fakultní nemocnice Motol: Výroční zprávy*[online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.fnmotol.cz/o-nas/vyrocnizpravy/>
- *Férová nemocnice: Regulační poplatky* [online]. [cit. 2018-01-02]. Dostupné z: <http://ferovanemocnice.cz/platby-ve-zdravotnictvi-35/regulacni-poplatky-82.html>
- *Fin Expert.cz: Zdravotní pojištění* [online]. [cit.2018-02-17]. Dostupné z: <https://finexpert.e15.cz/zdravotni-pojisteni/?pgnum=2>
- *Hospodářské noviny: Česko dává na zdravotnictví z HDP méně než vyspělé země. V unii je na 18. místě* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://domaci.ihned.cz/c1-65742550-cesko-dava-na-zdravotnictvi-z-hdp-mene-nez-vyspele-zeme-v-unii-je-na-18-miste>

- HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do studia zdravotnických systémů* [online]. [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1451/podzim2013/bp1167/um/FIN_MODEL_Y/uvod_do_zs.pdf
- *irozhlas.cz: Zdravotní sestry u lůžek dostanou přidáno. Plat se jim od července zvýší o 2000 korun* [online]. [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zpravy-domov/zdravotni-sestry-pridano-plat_1706161040_kro
- *Metro.cz: Bolesti českého zdravotnictví: platy a úteký do zahraničí* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: http://www.metro.cz/bolesti-ceskeho-zdravotnictvi-platy-a-uteky-do-zahranici-pmj-/region.aspx?c=A170222_181619_metro-region_jsk
- *Ministerstvo financí: Legislativní dokumenty*[online]. [cit. 2018-01-13]. Dostupné z: <http://www.mfcr.cz/cs/legislativa/legislativni-dokumenty>
- *Ministerstvo zdravotnictví České republiky*[online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/obsah/pristrojova-komise_3121_3.html
- *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Působnost Ministerstva zdravotnictví* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/pusobnost-ministerstva-zdravotnictvi-7463_2902_1.html
- *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Tiskové zprávy 2018* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-zahajilo-dohodovaci-rizeni%2%A0mezi-zdravotnimi-pojistovn_14875_1.html
- *Ministerstvo zdravotnictví České republiky: Zdravotní pojištění* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/Legislativa/obsah/zdravotni-pojisteni_1791_11.html
- MUDR. VEPŘEK, Pavel. *Tribuna lékařů a zdravotníků: Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví* [online]. 07.06.2010 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvij>
- *Nejvyšší kontrolní úřad: Tisková zpráva ke „Kontrolní akce“ č. 16/28* [online]. [cit. 2018-03-07]. Dostupné z: <https://www.nku.cz/scripts/rka/detail.asp?cisloakce=16/28>
- *Oborová zdravotní pojišťovna: Právní předpisy*[online]. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/o-pojistovne/pravni-predpisy>
- *Platforma zdravotních pojištěnců* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.zdravotnipojistenci.cz/index.php?page=legislativa>
- *Platba státu za státní pojištěnce | Otevřená data Ministerstva financí. Otevřená data Ministerstva financí* [online]. Dostupné z: http://data.mfcr.cz/cs/dataset/platba-statu-za-statni-pojistence_vlastni_zpracovani
- *Sbírka zákonů a Sbírka mezinárodních smluv*[online]. [cit. 2018-02-16]. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/>
- *Statistika&My: měsíčník Českého statistického úřadu* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2017/09/platy-zdravotniku-stoupaji/>

- *Tempus medicorum* [online]. [cit. 2018-02-26]. Dostupné z: <http://www.lkcr.cz/tempus-medicorum-353.html>
- *Vize českého zdravotnictví* [online]. [cit.2018-02-16]. Dostupné z: http://www.ivd.cz/cs/vize_ ceskeho_zdravotnictvi
- *Všeobecná zdravotní pojišťovna: výroční zprávy*[online]. [cit. 2018-02-27]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>
- *Všeobecná zdravotní pojišťovna. Dostupné z: www.vzp.cz*
- *WIKISKRIPTA: Základní modely zdravotnických systémů* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Z%C3%A1kladn%C3%AD_modely_zdravotnick%C3%BDch_syst%C3%A9m%C5%AF
- *WIKISKRIPTA: Zdravotnické systémy založené na všeobecném zdravotním pojištění* [online]. [cit.2018-02-25]. Dostupné z: https://www.wikiskripta.eu/w/Zdravotnick%C3%A9_syst%C3%A9my_zalo%C5%BEen%C3%A9_na_v%C5%A1eobecn%C3%A9m_zdravotn%C3%ADm_poji%C5%A1t%C4%9Bn%C3%AD
- *ZÁKLADNÍ TEZE REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ* [online]. [cit. 2018-03-18]. Dostupné z: http://patf-biokyb.lf1.cuni.cz/wiki/_media/dokumentace/reformold.pdf
- *Zákony - online* [online]. [cit. 2018-02-20]. Dostupné z: <http://zakony-online.cz/?s75&q75=2>
- *Zákony ČR* [online]. [cit. 2018-02-23]. Dostupné z: http://www.zakonycr.cz/?akce=free&akcekrok=free_prehled&edit=2012
- *Zdravotnický deník: ČR dává na zdravotnictví z HDP méně než vyspělé země, je 18. V EU*[online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2017/05/cr-dava-zdravotnictvi-hdp-mene-nej-vyspele-zeme-18-eu/>
- *Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra v ČR: Právní úprava v oblasti veřejného zdravotního pojištění* [online]. [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/o-nas/legislativa/pravni-uprava-v-oblasti-verejneho-zdravotniho-pojisteni/>

22 Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka č. 1-Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele (SHA 1.0) | 47 |
| Tabulka č. 2-Tempo zvyšování výdajů mezi jednotlivými lety (metoda SHA 1.0) | 48 |
| Tabulka č. 3-Výdaje na zdravotnictví podle poskytovatele (SHA 2011) | 49 |
| Tabulka č. 4-Tempo zvyšování výdajů mezi jednotlivými lety (metoda SHA 1.0) | 50 |
| Tabulka č. 5-Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování - podle SHA 2011 (v mil. Kč) | 51 |
| Tabulka č. 6-Výdaje zdravotnického systému podle zdrojů financování (v mil. Kč) – podle SHA 1.0 | 52 |
| Tabulka č. 7-Celkové náklady na zdravotní služby ze základního fondu zdravotního pojištění..... | 53 |
| Tabulka č. 8 - Skupiny státních pojištěnců a jejich počty (leden 2017) | 56 |
| Tabulka č. 9-Vývoj objemu plateb za státní pojištěníce | 58 |
| Tabulka č. 10-Struktura nemocnic, které odevzdaly v daném roce údaje ke sledování | 59 |
| Tabulka č. 11-Struktura výdajů nemocnic podle nákladových položek | 60 |
| Tabulka č. 12-Vývoj platů a mezd lékařů a sester 2005 -2016 a porovnání s průměrnou mzdou..... | 67 |
| Tabulka č. 13-Financování zdravotnictví ve vybraných zemích | 84 |
| Tabulka č. 14-Vývoj podílu výdajů na zdravotnictví k HDP | 85 |
| Tabulka č. 15-Podíl soukromého financování zdravotní péče % HDP | 86 |

23 Seznam grafů

| | |
|---|----|
| Graf č. 1-Celkové výdaje do zdravotnictví dle metody SHA 1.0 | 47 |
| Graf č. 2-Celkové výdaje do zdravotnictví dle metody SHA 1.0 | 48 |
| Graf č. 3-Celkové výdaje do zdravotnictví v letech 2011 – 2015 (nová metoda SHA 2011) | 49 |
| Graf č. 4-Celkové výdaje do zdravotnictví v letech 2011 – 2015 (nové metoda SHA 2011) | 50 |
| Graf č. 5-Výdaje na zdravotní péči v ČR podle hlavních zdrojů financování, 2010 a 2015 (v %) | 53 |
| Graf č. 6-Struktura nákladů FM Motol v roce 2014 – 2016 | 61 |
| Graf č. 7-Vývoj platů a mezd lékařů a sester, porovnání k průměrnému platu v ČR (v Kč) | 68 |
| Graf č. 8 – Náklady na centrové léky v nemocnicích 2011 – 2016..... | 77 |
| Graf č. 9- Výdaje na zdravotnictví celkem v letech 2005 – 2014, % HDP | 85 |

24 Seznam příloh

| | |
|---|-----|
| Příloha č. 1 - Bazický (základní) index (%) - metoda SHA 1.0 | 103 |
| Příloha č. 2 - Řetězový index (%) - metoda SHA 1.0..... | 103 |
| Příloha č. 3 - Bazický (základní) index (%) - metoda SHA 2011 | 104 |
| Příloha č. 4 - Řetězový index (%) - metoda SHA 2011..... | 104 |
| Příloha č. 5 - Platy/ mzdy lékařů a sester za období 2005 - 2016..... | 105 |

25 Seznam zkratek:

BZM – běžný zdravotnický materiál

ČLK – Česká lékařská komora

ČR - Česká republika

ČSSD - Česká strana sociálně demokratická

ČSÚ – Český statistický úřad

DPH – Daň z přidané hodnoty

EU - Evropská Unie

HDP – Hrubý domácí produkt

HTA - Health Technology Assessment

ISPV – Informační systém o průměrném výdělku

JPO – Jiná právnická osoba

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NKÚ – Nejvyšší kontrolní úřad

ODS – Občanská demokratická strana

OECD - Organisation for Economic Co-operation and Development

OSVČ – osoba samostatně výdělečně činná

QALY – Quality Adjusted Life Year

SÚKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv

SZM – speciální zdravotnický materiál

USA – United States of America

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky

VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

WHO - World Healty organization

26 Přílohy

Příloha č. 1 - Bazický (základní) index (%) - metoda SHA 1.0

Bazický (základní) index (%) - metoda SHA 1.0

| Typ poskytovatele | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nemocnice | 106,88 | 113,68 | 119,51 | 132,53 | 129,92 | 130,40 | 130,18 | 133,26 |
| Ústavy | 104,89 | 129,35 | 119,32 | 171,59 | 182,55 | 174,03 | 172,89 | 168,69 |
| Zařízení ambulantní péče | 104,71 | 114,79 | 128,97 | 152,98 | 147,54 | 155,81 | 156,36 | 161,75 |
| Lékárny a výdejny PZT | 95,55 | 101,84 | 109,01 | 108,94 | 121,99 | 126,42 | 129,96 | 119,86 |
| Provádění zdravotnických programů | 85,29 | 110,68 | 82,38 | 88,68 | 90,16 | 77,07 | 37,01 | 33,37 |
| Sprava pojištění | 98,36 | 110,51 | 116,79 | 146,11 | 114,72 | 115,59 | 114,44 | 122,22 |
| Ostatní odvětví | 108,71 | 122,26 | 123,17 | 116,36 | 104,78 | 117,35 | 118,05 | 138,76 |
| Neznámý poskytovatel | 113,96 | 95,39 | 166,17 | 156,11 | 91,69 | 77,48 | 98,02 | 87,89 |
| Celkem | 103,67 | 110,59 | 120,91 | 133,31 | 129,88 | 132,18 | 133,47 | 133,71 |

Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Příloha č. 2 - Řetězový index (%) - metoda SHA 1.0

Řetězový index (%) - metoda SHA 1.0

| Typ poskytovatele | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|-----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nemocnice | 106,88 | 106,36 | 105,13 | 110,89 | 98,03 | 100,37 | 99,84 | 102,36 |
| Ústavy | 104,89 | 123,32 | 92,25 | 143,80 | 106,39 | 95,33 | 99,34 | 97,57 |
| Zařízení ambulantní péče | 104,71 | 109,63 | 112,35 | 118,62 | 96,44 | 105,61 | 100,35 | 103,44 |
| Lékárny a výdejny PZT | 95,55 | 106,58 | 107,05 | 99,93 | 111,98 | 103,63 | 102,80 | 92,23 |
| Provádění zdravotnických programů | 85,29 | 129,77 | 74,43 | 107,65 | 101,66 | 85,48 | 48,02 | 90,16 |
| Sprava pojištění | 98,36 | 112,35 | 105,69 | 125,10 | 78,52 | 100,76 | 99,00 | 106,80 |
| Ostatní odvětví | 108,71 | 112,47 | 100,75 | 94,47 | 90,04 | 112,00 | 100,60 | 117,55 |
| Neznámý poskytovatel | 113,96 | 83,71 | 174,19 | 93,95 | 58,73 | 84,50 | 126,52 | 89,66 |
| Celkem | 103,67 | 106,67 | 109,34 | 110,25 | 97,43 | 101,77 | 100,98 | 100,18 |

Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Příloha č. 3 - Bazický (základní) index (%) - metoda SHA 2011

Bazický (základní) index (%) - metoda SHA 2011

| Typ poskytovatele | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nemocnice | 100,27 | 100,97 | 102,60 | 104,94 | 105,43 |
| Lůžková zařízení dlouhodobé péče | 100,91 | 101,35 | 105,49 | 108,76 | 117,68 |
| Poskytovatelé ambulantní péče | 104,37 | 102,88 | 107,33 | 107,77 | 109,44 |
| Poskytovatelé doplňkových služeb | 99,23 | 104,90 | 101,31 | 101,92 | 108,58 |
| Lékárny a výdejny PZT | 102,95 | 104,72 | 97,99 | 91,23 | 93,12 |
| Poskytovatelé preventivní péče | 88,44 | 82,72 | 87,32 | 85,19 | 86,87 |
| Správa systému zdravotní péče | 103,27 | 99,24 | 104,65 | 104,84 | 99,96 |
| Ostatní odvětví ekonomika | 98,74 | 99,37 | 106,54 | 118,86 | 116,65 |
| Nerozlišeno | 91,30 | 106,17 | 95,17 | 102,86 | 100,74 |
| Celkem | 101,12 | 102,21 | 102,76 | 103,85 | 105,09 |

Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Příloha č. 4 - Řetězový index (%) - metoda SHA 2011

Řetězový index (%) - metoda SHA 2011

| Typ poskytovatele | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 |
|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Nemocnice | 100,27 | 100,70 | 101,62 | 102,27 | 100,47 |
| Lůžková zařízení dlouhodobé péče | 100,91 | 100,44 | 104,08 | 103,10 | 108,20 |
| Poskytovatelé ambulantní péče | 104,37 | 98,57 | 104,33 | 100,41 | 101,55 |
| Poskytovatelé doplňkových služeb | 99,23 | 105,72 | 96,58 | 100,60 | 106,54 |
| Lékárny a výdejny PZT | 102,95 | 101,72 | 93,57 | 93,10 | 102,08 |
| Poskytovatelé preventivní péče | 88,44 | 93,53 | 105,56 | 97,56 | 101,98 |
| Správa systému zdravotní péče | 103,27 | 96,10 | 105,45 | 100,18 | 95,35 |
| Ostatní odvětví ekonomika | 98,74 | 100,63 | 107,22 | 111,57 | 98,14 |
| Nerozlišeno | 91,30 | 116,28 | 89,64 | 108,08 | 97,94 |
| Celkem | 101,12 | 101,08 | 100,54 | 101,06 | 101,20 |

Zdroj: data ČSÚ, vlastní zpracování

Příloha č. 5 - Platy/ mzdy lékařů a sester za období 2005 – 2016 (v Kč)

| ROK | Lékař/plat | Porovnání s předchozím rokem | % porovnání s předchozím rokem | Porovnání s průměrnou mzdou (násobek průměrné mzdy) | Lékař/mzda | Porovnání s předchozím rokem | % porovnání s předchozím rokem | Porovnání s průměrnou mzdou (násobek průměrné mzdy) | Sestra/plat | Porovnání s předchozím rokem | % porovnání s předchozím rokem | Porovnání s průměrnou mzdou (násobek průměrné mzdy) | Sestra/mzda | Porovnání s předchozím rokem | % porovnání s předchozím rokem | Porovnání s průměrnou mzdou (násobek průměrné mzdy) | Průměrná mzda v ČR |
|------|------------|------------------------------|--------------------------------|---|------------|------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------------------------|--------------------------------|---|-------------|------------------------------|--------------------------------|---|--------------------|
| 2005 | 38 668 | | | 2,11 | 37 659 | | | 2,05 | 18 787 | | | 1,02 | 15 750 | | | 0,86 | 18 344 |
| 2006 | 42 287 | 3 619 | 109,36 | 2,16 | 39 962 | 2 303 | 106,12 | 2,04 | 21 298 | 2 511 | 113,37 | 1,09 | 17 023 | 1 273 | 108,08 | 0,87 | 19 546 |
| 2007 | 43 353 | 1 066 | 102,52 | 2,07 | 40 549 | 587 | 101,47 | 1,93 | 22 990 | 1 692 | 107,94 | 1,10 | 18 873 | 1 850 | 110,87 | 0,90 | 20 957 |
| 2008 | 45 781 | 2 428 | 105,60 | 2,03 | 43 767 | 3 218 | 107,94 | 1,94 | 24 221 | 1 231 | 105,35 | 1,07 | 20 504 | 1 631 | 108,64 | 0,91 | 22 592 |
| 2009 | 48 723 | 2 942 | 106,43 | 2,09 | 47 266 | 3 499 | 107,99 | 2,02 | 26 261 | 2 040 | 108,42 | 1,12 | 22 371 | 1 867 | 109,11 | 0,96 | 23 344 |
| 2010 | 50 235 | 1 512 | 103,10 | 2,11 | 49 223 | 1 957 | 104,14 | 2,06 | 27 515 | 1 254 | 104,78 | 1,15 | 23 397 | 1 026 | 104,59 | 0,98 | 23 864 |
| 2011 | 57 687 | 7 452 | 114,83 | 2,36 | 55 514 | 6 291 | 112,78 | 2,27 | 28 145 | 630 | 102,29 | 1,15 | 23 678 | 281 | 101,20 | 0,97 | 24 455 |
| 2012 | 61 078 | 3 391 | 105,88 | 2,44 | 55 957 | 443 | 100,80 | 2,23 | 29 150 | 1 005 | 103,57 | 1,16 | 23 567 | -111 | 99,53 | 0,94 | 25 067 |
| 2013 | 60 635 | -443 | 99,27 | 2,42 | 54 863 | -1 094 | 98,04 | 2,19 | 28 706 | -444 | 98,48 | 1,15 | 23 647 | 80 | 100,34 | 0,94 | 25 035 |
| 2014 | 61 373 | 738 | 101,22 | 2,38 | 55 068 | 205 | 100,37 | 2,14 | 29 332 | 626 | 102,18 | 1,14 | 24 208 | 561 | 102,37 | 0,94 | 25 768 |
| 2015 | 66 373 | 5 000 | 108,15 | 2,50 | 58 828 | 3 760 | 106,83 | 2,21 | 30 866 | 1 534 | 105,23 | 1,16 | 25 434 | 1 226 | 105,06 | 0,96 | 26 591 |
| 2016 | 69 311 | 2 938 | 104,43 | 2,51 | 61 426 | 2 598 | 104,42 | 2,23 | 32 755 | 1 889 | 106,12 | 1,19 | 27 056 | 1 622 | 106,38 | 0,98 | 27 575 |

Zdroj: ČSÚ, ÚZIS, vlastní zpracování