

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra, kde práci děláte



Bakalářská práce

Financování ambulantní zdravotní péče v ČR

Marta Stryková

© 2018 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Marta Stryková

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Financování ambulantní zdravotní péče v ČR

Název anglicky

Funding of Health Care Provided by Private Medical Entities in Czech Republic

Cíle práce

Cílem práce je zhodnotit financování ambulantní zdravotní péče v ČR poskytované především soukromými zdravotnickými subjekty.

Metodika

Pro zpracování literární rešerše bude využita metoda studia odborné literatury a legislativy, české i zahraniční. Aktuální informace a data budou čerpány zejména z databáze ÚZIS, Ministerstva zdravotnictví ČR a ČLK. Využity budou metody deskripce, komparace, syntézy, indukce, dedukce.

Doporučený rozsah práce

30 – 40 stran

Klíčová slova

financování, legislativa, Ministerstvo zdravotnictví, pracovník, všeobecné zdravotní pojištění, zdravotnictví, zdravotní péče

Doporučené zdroje informací

BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, 224 s. ISBN 978-80-7357-503-8

BRŮHA, Dominik a PROŠKOVÁ, Eva. *Zdravotnická povolání*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2011. 559 s. ISBN 978-80-7357-661-5.

JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2012. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

OCHRANA, František a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 261 s. Expert. ISBN 978-80-247-3228-2.

ZLÁMAL, Jaroslav a BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

Předběžný termín obhajoby

2017/18 ZS – PEF (únor 2018)

Vedoucí práce

Ing. Dana Stará, Ph.D.

Garantující pracoviště

Katedra ekonomických teorií

Elektronicky schváleno dne 30. 10. 2016

doc. PhDr. Ing. Lucie Severová, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 1. 11. 2016

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 02. 11. 2017

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci "Zde napište český název práce" jsem vypracoval(a) samostatně pod vedením vedoucího bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu použitých zdrojů na konci práce. Jako autor(ka) uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne datum odevzdání

Poděkování

Na tomto místě chci poděkovat Ing. Daně Staré, Ph.D. za vstřícnost a velmi užitečnou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé bakalářské práce.

Poděkování patří také soukromým lékařům, majitelům a provozovatelům lékařských ordinací, kteří svolili s použitím ekonomických dat svých praxí v této práci.

Financování ambulantní zdravotní péče v ČR

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá financováním zdravotní péče, která je poskytována především soukromými zdravotnickými subjekty v České republice. V teoretické části jsou představeny obecné modely a formy financování zdravotnictví a z nich vycházející financování zdravotní péče v České republice spolu s výčtem možností zajištění dostupnosti této péče. Praktická část práce se soustředí na financování ambulantní péče. Jako zdroj dat používá statistické údaje o financování zdravotnictví v České republice a údaje o celkových příjmech čtyř soukromých ambulancí lékařů z období let 2010 – 2015. Data jsou zkoumána z pohledu zdroje financování, druhu poskytované péče a typu poskytovatele zdravotních služeb.

Klíčová slova: financování, legislativa, Ministerstvo zdravotnictví, pracovník, všeobecné zdravotní pojištění, zdravotnictví, zdravotní péče

The financing of ambulatory health care in the Czech Republic

Abstract

Bachelor thesis deals with the provision and financing of health care provided by private health entities in the Czech Republic. The theoretical part introduces the general models and forms of financing of health care, the financing of health care and the options to ensure availability of care in the Czech Republic. The practical part is focused on the financing of ambulatory health care. As a source of data enjoys statistical data on the financing of health care in the Czech republic and data on the total revenue of the four private ambulance doctors in the period 2010-2015. Data are examined from the perspective of the sources of funding, the type of care provided and type of provider of health services.

Keywords: financing, legislation, Ministry of health, the worker, the general health insurance, health, health care.

Obsah

1 Úvod	10
2 Cíl práce a metodika	11
2.1 Cíl práce	11
2.2 Metodika.....	11
3 Teoretická východiska	13
3.1 Zdraví a zdravotní péče	13
3.2 Modely financování zdravotnictví	15
3.3 Formy financování zdravotní péče	19
3.4 Zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice	20
3.5 Financování zdravotní péče v České republice	21
3.5.1 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování	24
3.5.2 Výdaje na zdravotnictví podle druhu péče	25
3.5.3 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele	26
4 Vlastní práce	28
4.1 Lékařské ambulance.....	28
4.1.1 Lékařské ambulance v ČR.....	28
4.1.2 Samostatná ambulance lékaře CHIRURG 1	31
4.1.3 Samostatná ambulance lékaře CHIRURG 2	31
4.1.4 Samostatná ambulance lékaře ORTOPEDE.....	31
4.1.5 Samostatná ambulance lékaře STOMATOLOG	32
4.2 Zdroje financování zdravotnictví ČR a ambulancí v letech 2010 - 2015	32
4.2.1 Zdroje financování zdravotnictví v ČR v letech 2010 - 2015	32
4.2.2 Zdroje financování konkrétních ambulancí v letech 2010 - 2015	36
4.3 Financování zdravotnictví v ČR a konkrétních ambulancí podle druhu péče v letech 2010 - 2015	42
4.3.1 Financování zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2010 - 2015	42
4.3.2 Financování konkrétních ambulancí podle druhu péče v letech 2010 - 2015	50
4.4 Financování zdravotnictví v ČR a konkrétních ambulancí podle typu poskytovatele	53
4.4.1 Financování zdravotnictví v ČR podle typu poskytovatele v letech 2010 - 2015	53
4.4.2 Financování konkrétních ambulancí podle typu poskytovatele v letech 2010 - 2015	60
5 Výsledky a diskuse	66
Závěr	71

Seznam použitých zdrojů	73
Seznam tabulek a grafů.....	77
Přílohy.....	80

1 Úvod

Problematika zdravotnictví je téma, které se dotýká všech obyvatel České republiky. V popředí zájmu však v současné době nestojí pouze úroveň zdravotní péče a zdraví občanů, ale také ekonomická stránka zdravotnictví, akcentace problematiky financování této péče.

Každý občan v České republice musí být ze zákona pojištěn u některé zdravotní pojišťovny, ať už je to novorozenec, člověk v aktivním věku či senior. Zdravotních pojišťoven máme v ČR několik, v tomto ohledu si může občan vybrat. Zdravotní pojišťovna se z pohledu občana jeví jako „banka“, která hradí jeho výdaje na zdravotní péči. Kromě zdravotních pojišťoven na zdravotní péči přispívá také stát, dobrovolní plátcí a jedním z důležitých zdrojů financování zdravotnictví jsou také přímé platby občanů, které v naší společnosti mají v současné době spíše charakter regulace, omezující morální hazard související s „bezplatností“ zdravotní péče. Ruku v ruce s uplatňováním nových technologií, léčebných postupů a vybavení ve zdravotnictví rostou i finanční požadavky tohoto oboru. Ve většině vyspělých zemí se proto otázka udržitelného financování zdravotnictví dostává do popředí politických diskusí.

Velké finanční prostředky jsou vynakládány na ambulantní péči. Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž není nutná hospitalizace pacienta nebo jeho přijetí na lůžko v zařízení jednodenní zdravotní péče a je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty.

Tato práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část a zabývá se financováním ambulantní zdravotní péče v České republice. V teoretické části se práce zaměřuje na témata financování zdravotnických systémů. Praktická část zkoumá financování konkrétních soukromých lékařských ambulancí v kontextu s financováním ambulancí v České republice a v ještě širším kontextu pak s financováním zdravotní péče v ČR.

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíl práce

Cílem práce je zhodnotit financování ambulantní zdravotní péče v ČR poskytované především soukromými zdravotnickými subjekty.

2.2 Metodika

Na základě rešerší odborné literatury bylo shromážděno portfolio základních a s tématem souvisejících informací. Snahou ekonomiky, legislativy a veřejné správy je vyvážení systému, který si klade vysoké nároky jednak na co nejširší dostupnost poskytované péče, na druhé straně však také na její co nejvyšší kvalitu a ekonomickou efektivitu.

Znalost teoretických východisek poskytla logickou platformu pro praktickou část práce. Zkoumání teoretických poznatků o obecných principech financování zdravotnictví dalo strukturu teoretické části práce, věnované financování zdravotnictví v České republice. Následně byla podobná struktura členění informací uplatněna i v praktické části práce, při zkoumání financování konkrétních soukromých zdravotnických ambulancí a porovnávání těchto dat se statistickými údaji o financování ambulantní péče v ČR.

V praktické části práce jsou porovnány údaje o financování čtyř reálných samostatných lékařských ordinací s veřejně dostupnými statistickými údaji o financování zdravotnictví, konkrétně ambulantní zdravotní péče v České republice v letech 2010 až 2015.

Údaje o zdrojích financování čtyř soukromých lékařských ambulancí – dvou chirurgických, jedné ortopedické a jedné stomatologické za časové období let 2010 až 2015 se označují jako CHIRURG 1, ordinace CHIRURG 2, ordinace ORTOPED a ordinace STOMATOLOG a byly získány z účetnictví konkrétních lékařských ambulancí. Je nutné zdůraznit, že podmínky poskytování zdravotní péče byly u jednotlivých ordinací různé. Zásadní rozdíly spočívaly v právní subjektivitě, odlišné týdenní pracovní době, v počtu vykazujících lékařů či ve výhledu do budoucnosti. Tyto faktory ovlivňovaly sledovaná data.

Zdroji statistických dat se pro tuto práci tedy staly údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR a dále údaje Českého statistického úřadu. Statistické údaje za rok 2016 nebyly k datu dokončení této práce k dispozici, proto původní záměr porovnávat data z období let 2010 až 2016 byl přehodnocen a porovnávací období končí rokem 2015. Statistických údaje od Českého statistického úřadu jsou členěna podle typu poskytovatele pouze na ambulantní péči soukromých ordinací lékařů a soukromých ordinací zubních lékařů, nebylo tedy možné porovnávat přímo konkrétní specializace soukromých ordinací lékařů jako například chirurgické či ortopedické ordinace.

Zpracování získaných dat proběhlo dle těchto tří kritérií – podle zdroje financování, podle druhu zdravotní péče a podle typu poskytovatele.

Porovnání zdrojů financování je zaměřeno hlavně na zdroje z prostředků zdravotních pojišťoven a ze zdrojů domácností, protože všechny zkoumané soukromé ordinace byly ve sledovaném období dle získaných dat od konkrétních soukromých ambulancí nebo statistických údajů Českého statistického úřadu financovány převážně z těchto dvou zdrojů.

V případě analýzy dat podle druhu péče je porovnán časový průběh celkových příjmů jednotlivých ordinací s časovým průběhem celkových výdajů na ambulantní lékařskou péči v ČR s ohledem na druh poskytované ambulantní péče- všeobecnou, stomatologickou a specializovanou.

Třetím kritériem zpracování získaných dat byl typ poskytovatele lékařské péče, kdy byl porovnán časový průběh celkových příjmů jednotlivých soukromých ordinací poskytujících ambulantní lékařskou péči s časovým průběhem celkových výdajů na jednotlivé poskytovatele ambulantní lékařské péče v ČR.

V práci byl použity následující výpočty:

Procentuální podíl = $\frac{a}{c} \cdot 100 \%$, kdy a je hodnota segmentu, c je celková hodnota.

Základní index = $\frac{x}{z} \cdot 100 \%$, kdy x je hodnota ve sledovaném roce, z je hodnota v prvním roce sledovaného období.

3 Teoretická východiska

Stejně, jako jsou systémy zdravotní péče variabilní, tak je různorodé i jejich financování. Zdravotnické systémy se mezi sebou liší. Jak uvádí Hekelová (2012, s.11), odlišnosti můžeme vysledovat například ve struktuře vlastnických vztahů, formách státních zásahů, způsobu organizace a řízení, v podmínkách přístupu pacientů k jednotlivým druhům zdravotní péče, rozsahem a způsobem jejich finanční spoluúčasti apod.,

V této kapitole budou nejdříve připomenuty základní pojmy, které s tématem práce zásadně souvisejí, následně bude pozornost věnována obecným modelům a formám financování zdravotnictví. Závěr kapitoly bude patřit, rovněž na obecné úrovni, zajištění dostupnosti a financování zdravotní péče v ČR.

3.1 Zdraví a zdravotní péče

V následujícím textu jsou popsány základní pojmy, které souvisejí s tématem práce a které budou užity v dalších kapitolách. Odborná literatura následující pojmy nevykládá mnohdy ve shodě a významy jednotlivých pojmů mohou splývat, v práci bude obsah pojmů chápán v tom smyslu, jaký je uveden v následujících částech této kapitoly.

Prvním zásadním pojmem je zdraví. Definic a pojetí zdraví je velké množství. Světová zdravotnická organizace v r. 1946 definovala pojem zdraví v Preambuli k Zakládající listině Světové zdravotnické organizace jako „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody a nikoliv pouhou nepřítomnost nemoci nebo vady“, jak uvádí Faťunová (2007, s. 17). Křivohlavý, (2003, s. 33-40) uvádí, že na obecné úrovni existuje několik různých přístupů k pojetí a chápání pojmu zdraví. Zdraví může být vnímáno jako zdroj fyzických a psychických sil, může být synonymem pro optimální fungování člověka, může být chápáno jako ideál, tedy cíl sám o sobě a může být také zbožím.

Pojmem se zdravím úzce spjatým je zdravotnictví. Podle Maliny, (Úvod do veřejného zdravotnictví [online]. S. 1. [cit. 30.6.2017]. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_vz.pdf) je na zdravotnictví možné definovat jako na multidisciplinární obor, systematicky se zabývající problematikou zdraví. Postaven je hlavně na základech medicínských a společenskovedních oborů. Jinou definici poté nabízí např. Čeledová a spol. (2010 s. 102) kteří uvádějí, že zdravotnictví je možné definovat jako

„společenskou soustavu profesionálních odborných institucí, zařízení, orgánů, pracovníků a jim odpovídajících činností, sloužících speciálně k poskytování zdravotní péče s primárním cílem podporovat, zachovávat a obnovovat zdraví“. Na zdravotnictví je tedy možné nahlížet jako na odbornou část péče o zdraví. Hlavním cílem zdravotnictví je organizovat a řídit poskytování zdravotnických služeb.

Další pojem, zdravotní péče, vykládají Gladskij a spol. (2002, s. 13) jako soubor odborných činností, které poskytují odborní zdravotní pracovníci. Neoddělitelným pojmem, souvisejícím s poskytováním odborných činností zdravotní péče je kvalita. Holasová (2014, s. 20) uvádí, že kvalitu lze vnímat jak z pohledu pacienta, tedy nakolik zdravotní péče dokáže uspokojit jeho potřeby, tak také z pohledu odborného, tedy jako stupeň dokonalosti poskytované péče související se současnou úrovní technologií, jak uvádějí Gladskij a spol.(1999, s.13). V ČR upravuje kvalitu zdravotní péče mimo jiné zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Protože zdraví je jednou ze základních individuálních a společenských hodnot, státy postupem doby vytvořily sofistikované zdravotní systémy. Zdravotní systém je možné chápat jako *„soustavu opatření, institucí a činností, jimiž společnost v souladu s určitou politickou koncepcí a v souladu se stupněm svého kulturního, sociálního a ekonomického rozvoje zajišťuje péči o zdraví“*, jak uvádí Kebza, a kol.(2014, s. 11). Každý stát má definován individuální systém zdravotní péče. Podle Ochrany a kol.,(2010, s.126) přesto, že jsou systémy zdravotní péče v různých státech odlišné, je možné je na základě obecných znaků klasifikovat a analyzovat dle ukazatelů, jako jsou dostupnost a kvalita péče, výkonnost a sociální akceptabilita.

Důležitým pojmem, spojeným úzce související s otázkami zdraví a zdravotní péče, je zdravotní politika. Podle Novákové, (2011, s. 62) *„je to nejvyšší úroveň péče o zdraví stav obyvatelstva. Ovlivňuje jednání lidí a institucí s cílem chránit a podporovat zdraví populace a léčit onemocnění. Lze také uvést podle Ekonomika zdravotnictví, [cit. 18.1.2016]. Dostupné z URL: //is.muni.cz/el/1451/podzim2014/.../um/.../financovani-zdravotnictvi-v-CR.ppt, že „zdravotní politika představuje souhrn cílů a nástrojů umožňující realizovat tyto cíle, rozhodovací procesy a opatření zaměřené na zdraví obyvatelstva výsledným kritériem zdravotní politiky musí být zdravotní stav obyvatelstva.“*

Význam a obsah uvedených pojmů navzájem souvisejí. Stejně jako s uvedenými pojmy souvisí zajištění dostupnosti zdravotní péče. Jedním z nejdůležitějších cílů zdravotní politiky je zajistit občanům přiměřenou dostupnost zdravotní péče. Velmi zjednodušeně řečeno se jedná o možnost dostat zdravotní péči tehdy, když ji člověk potřebuje. Ivanová, (2003) uvádí, že dostupnost zdravotní péče zahrnuje složky geografické, časové, ekonomické, psychosociální, odborně medicínské a organizační dostupnosti. Nastavit zdravotní systém na co největší vzájemný soulad těchto jednotlivých složek a zajistit jejich přiměřenou dostupnost představuje závažný sociálně ekonomický problém, který si kladou za cíl vyřešit reformní opatření ve zdravotnictví.

3.2 Modely financování zdravotnictví

Podle teorie systémů lze všechny předměty, jevy a procesy reálného světa vnímat jako systémy. Zdravotní systém lze chápat jako část společenského systému, která je tvořena institucemi, organizacemi, opatřeními a činnostmi, kterými společnost usiluje o léčení nemocí a jejich prevenci, o ochranu a posilování zdraví. Ve své práci se zabývám financováním soukromých lékařských ambulancí, klíčovým hlediskem proto je prozkoumat zdravotní systém z hlediska hrazení poskytované zdravotní péče. Existují dva základní modely financování zdravotních systémů, jsou to jednak modely založené na pojištění, na druhé straně to jsou pak systémy státního zdravotnictví. Oba tyto systémy pak mají následující členění:

- systémy založené na pojištění
 - veřejné (povinné) zdravotní pojištění – evropské pluralitní zdravotnictví (Bismarckovský model);
 - soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění - liberální model (tržní zdravotnictví);
- systémy státního zdravotnictví - národní zdravotní služba
 - národní zdravotní systém (Beveridgeův model);
 - Semaškův model;

V následujících částech kapitoly budou jednotlivé systémy, respektive modely, stručně popsány.

Evropské pluralitní zdravotnictví (takzvaný Bismarckovský model) jako model financování a fungování zdravotnictví bylo zavedeno v Prusku na konci 19. století tehdejším kancléřem Otto von Bismarckem a v různých modifikacích je dodnes využíván. Jedná se o model veřejného zdravotního pojištění, založený na principu solidarity a sdílení rizika. Příspěvky od pojištěnců se shromažďují ve zvláštních pojišťovacích fondech, které spravují příslušné zdravotní pojišťovny. Do pojišťovacích fondů přispívají kromě zaměstnanců také zaměstnavatelé a stát za ty, kteří nemohou pojištění platit.

Podle Vurma a kol.,(2011, s.34), poskytovatelé zdravotnických služeb jsou v tomto systému samostatnými hospodářskými subjekty. Uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, u nichž jsou evidováni pacienti. Ambulantní lékaři mají v systému postavení samostatných podnikatelů. Lékaři v lůžkových zařízeních mohou mít postavení zaměstnanců nebo mohou být též podnikateli. Vlastníky zdravotnických zařízení mohou být subjekty soukromé i veřejné.

Jak uvádí Vurm, (2011, s.37), výhodami tohoto systému jsou vysoká dostupnost základní zdravotní péče, široká nabídka zdravotních služeb a fakt, že značné množství finančních prostředků, přicházejících do systému dovoluje financovat i nákladné projekty. Dostatek prostředků umožňuje udržet relativně hustou síť zdravotnických zařízení a návaznost zdravotnických služeb. Systému akcentuje preventivní péči a přiměřenost nákladů.

Jak popisuje Vurm, (2011, s. 37), nevýhodou systému je skutečnost, že značnou část prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svou činnost. Pojišťovny jako samostatné subjekty se také mohou dostat do finančních a jiných problémů (příkladem může být nucená správa Všeobecné zdravotní pojišťovny v roce 2005 – <https://legacy.blisty.cz/art/25796.html>

Systém pluralitního zdravotnictví je uplatňován ve většině západoevropských a střeoevropských států, např. v Německu, Rakousku, Francii, Holandsku, Belgii, Polsku a Slovensku. Československo, resp. Česká republika, přešla na tento pro ni historicky a tradičně nejbližší systém po roce 1989.

Typickým příkladem národního zdravotního systému je model Národní zdravotní služby, který vznikl ve Velké Británii na základě tzv. Beveridgeovy zprávy z roku 1942, která vycházela ze zkušeností předválečného švédského zdravotnictví. Tento model sleduje

zajištění zdravotní péče pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnost. Jak uvádí Němec,(2008), zdravotní péči nakupuje stát pro své občany jako službu. Stát tedy hraje v systému ústřední roli a je převážným, ne-li výhradním vlastníkem zdravotních zařízení. Zdravotní péče je z více než 90 % financována ze státního rozpočtu.

Jak popisuje Eim (2008), zdravotníci jsou převážně státními zaměstnanci, případně soukromými subjekty. Placení jsou pomocí kapitace (zdravotnické zařízení získává pevně stanovenou částku za zaregistrovaného pacienta po určitou dobu bez ohledu na to, zda a jak je daný pacient léčen, kapitace bývá odstupňována podle věku nebo pohlaví pacienta nebo podle území), nemocnice za ošetrovací den. Praktičtí lékaři mají smluvní pracovní vztah se zdravotní pojišťovnou nebo s regionálním či městským úřadem. Ordinance praktických a odborných lékařů, stomatologů, lékární a velká část sanatorií a zařízení ošetrovatelské péče jsou soukromé. Většina specializovaných ambulantních zařízení, laboratoře a specializovaná pracoviště jsou součástí nemocnic. Nemocnice jsou součástí národního zdravotního systému, ale existují i soukromá lůžka. Lékaři jsou v nemocnicích honorováni platem, ostatní lékaři paušálem za registrovaného občana nebo za poskytnutý výkon.

Eim (2007) uvádí, že výhodou systému je akcentace komplexní péče v rámci primární zdravotní péče. Zdravotní péče je všeobecně dostupná, poskytována v dobré kvalitě a rozsahu. Náklady jsou přiměřené.

Nevýhody systému shrnuje Študentová, (2008). Jsou to dlouhé čekací doby na neurgentní zdravotnické zákroky, nedostatek soutěživosti mezi zdravotnickými zařízeními v rámci pojistného systému a malá motivace obyvatel k zodpovědné péči o své zdraví. Navíc mohou být bohatší plátcí nespokojeni se skutečností, že uhrazují náklady na zdravotní péči pro nejhudší.

Systém je rozšířený především ve Velké Británii a v Kanadě, v různých modifikacích pak také v Dánsku, Norsku, Finsku, Švédsku, Itálii, Řecku, Španělsku a Portugalsku.

Specifickým modelem, který lze zařadit mezi do národního zdravotního systému, je Semaškův model. Gladskij a kol.,(2003, s. 16) uvádí, že model byl zaveden v Sovětském svazu ve dvacátých letech minulého století dle návrhu tehdejšího ministra zdravotnictví Semaška. Cíle, které si stanovil, byly na svou dobu pokrokové, avšak jejich realizace byla pouze formální. Funkčnost modelu negativně znamenala politická diktura a nedostatek

ekonomických zdrojů. Eim, (2007, str. 17) vysvětluje, že za relativní výhodu tohoto centralizovaného zdravotnického systému lze pokládat dostupnost zdravotní péče pro veškeré obyvatelstvo. Úroveň těchto služeb však nebyla v Sovětském svazu a jeho satelitech valná, prostředky nebyly vynakládány efektivně, rozdělování nebylo transparentní a systém byl zatížen pověstnou byrokracií totalitního režimu. Zdravotnictví nebylo pokládáno za produktivní odvětví, díky čemuž měl obor nízkou ekonomickou prioritu. Morální i ekonomická degradace tohoto systému v důsledku vyústila ve zhoršující se zdravotní stav obyvatelstva a zkracování střední délky života obyvatelstva.

Liberální model (tržní zdravotnictví) popisuje Durdisová, (2005, s. 154.), jako nestátní pluralitní zdravotnický systém, ve kterém si občané sami dle svých možností obstarávají zdravotnické služby. Zdravotní péči chápe tento model jako službu, která má charakter zboží a je pacientem nakupována od lékaře přímo pomocí platby nebo nepřímo prostřednictvím soukromého pojištění. Vurm, (2011, s. 34,) uvádí, že obdobně jako v Bismarckově modelu zauímají ambulantní lékaři v tomto systému postavení samostatných podnikatelů. Lékaři z lůžkových zařízení mohou mít postavení zaměstnanců nebo podnikatelů či spolupodnikatelů. Vlastníky zdravotnických zařízení mohou být jak soukromé tak veřejné subjekty.

Vurm,(2011, s.34) uvádí, že výhodou tohoto modelu je široká nabídka kvalitních zdravotních služeb, ovšem za vysoké ceny. Důraz je kladen na rozvoj technologií a zavádění nových postupů v medicíně. Systém podporuje soutěživost mezi poskytovateli zdravotních služeb,

Topinka (2015) vypočítává, že nevýhodami systému je nízká dostupnost kvalitní zdravotní péče pro sociálně slabé vrstvy obyvatel, nepropracovaná návaznost zdravotní péče, malý důraz na preventivní péči a relativně vysoké náklady na administrativu.

Systém je vyžíván hlavně v USA a v modifikacích se vyskytuje v Austrálii, Japonsku, Jižní Koreji, Švýcarsku či některých latinskoamerických státech.

3.3 Formy financování zdravotní péče

Financování zdravotnictví se odvozuje ze zdravotní politiky každého státu. Ta vychází především z priorit vládní politiky, ze společenského uspořádání, z tradic, z ekonomické úrovně státu, jak uvádí např. Urbanová (2011).

Způsoby financování je v zásadě možné rozdělit na nepřímé a přímé formy.

O nepřímých formách financování hovoříme tehdy, kdy plátcem za péči je jiný subjekt, než pacient či jeho rodina, jak uvádí Křížová (1998, s.33). V rámci nepřímých forem financování je možné rozlišit tyto dílčí formy financování:

- z veřejného rozpočtu;
- z povinného pojištění;
- z dobrovolného pojištění;
- ze zaměstnaneckého pojištění;
- prostřednictvím charity;
- zahraniční pomoc;

Pro poskytovatele zdravotnických služeb není rozhodující, z jakých zdrojů prostředky za poskytnutou péči přicházejí. U nepřímých forem financování platí za poskytnuté zdravotnické služby většinou tzv. „třetí strana“. Tedy nikoliv sám pacient, ale prostřednictvím rozpočtů stát či místní komunita, zdravotní pojišťovna apod. V ČR, podobně jako v některých dalších evropských zemích, hrají tyto platby ve financování zdravotnictví již několik desetiletí nejvýznamnější roli. Význam těchto plateb v posledních desetiletích stoupá dokonce i v tradičně tržně orientovaných zdravotnických systémech.

Přímá forma financování je z historického pohledu nejstarší. Jak vysvětluje Barták, (2010,s.81), při tomto způsobu financování zdravotnictví neposkytují pacienti své finanční prostředky do žádného fondu, ale platí za poskytnutou péči přímo lékaři. Negativa tohoto způsobu financování zdravotní péče spočívají ve finanční dostupnosti pacientů se zdravotním problémem.

3.4 Zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice

Zajištění dostupnosti péče je předpokladem pro spravedlivé poskytování péče. Aby byla zajištěna dostupnost zdravotní péče jako taková, je nutné zajistit zároveň její dostupnost geografickou, časovou, ekonomickou, psychosociální, odborně medicínskou a organizační. Jako geografická dostupnost je chápána akceptovatelná vzdálenost místa poskytování zdravotní péče od bydliště pacienta. Časová dostupnost znamená, jak rychle může být poskytnuta například neodkladná péče. Ekonomická dostupnost odráží schopnost člověka uhradit poskytnutou zdravotní péči. V psychosociální dostupnosti se odráží modely chování ve vztahu pacient – lékař. Odborně medicínská dostupnost zdravotní péče spočívá v možnosti pacienta dostat i vysoce specializované medicínské služby. Konečně organizační dostupnost spočívá v provázanosti různých druhů a typů zdravotní péče. V kapitole 3.1 již bylo nastíněno, že zajistit přiměřenou dostupnost všech složek v jednom systému představuje závažný sociálně ekonomický problém.

Současný zdravotní systém se zabývá především otázkami dostupnosti ekonomické, geografické spolu s časovou, odborně medicínské a organizační.

Ekonomická dostupnost zdravotní péče je v ČR zajištěna následujícím způsobem. Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů stanoví plátce zdravotního pojištění. Koncepce zajištění dostupnosti zdravotní péče v České republice, 2010, dostupné na <http://www.hpi.sk/2010/02/koncepce-zajisteni-dostupnosti-zdravotni-pece-v-nbsp-ceske-republice/#poznámky> upřesňuje, že za zaměstnance odvádí pojistné zaměstnavatel, osoby samostatně výdělečně činné odvádějí pojistné samy za sebe. Samy za sebe platí pojistné také osoby bez zdanitelných příjmů. Za osoby, které jsou státem chráněny zejména v právu sociálního zabezpečení, platí pojistné stát. Celkové vybrané pojistné se mezi zdravotními pojišťovnami přerozděluje podle rizikovosti skupin pojištěnců podle věku a pohlaví. Ze zdrojů zdravotních pojišťoven jsou pak kryty náklady na zdravotní péči čerpanou pojištěnci. Prakticky veškerá nezbytná léčba je tak hrazena plně, jak uvádí dokument.

Odborně medicínskou dostupnost zdravotní péče zajišťují lékaři, jako poskytovatelé zdravotní péče podle vyhlášky č. 77/1981 Sb. ministerstva zdravotnictví České socialistické republiky o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví. Jak uvádí Otavová (2013), lékaři provozující svoji činnost v nestátním zdravotnickém

zařízení jsou považováni za podnikatele. Lékař se stane podnikatelem na základě oprávnění (registrace), které získá podle zvláštního předpisu, kterým je zákon 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Lékař provozující svoji činnost v nestátním zdravotnickém zařízení může podnikat jako fyzická osoba, ale také jako osoba právnická. Oprávnění vydává lékařům, provozující svoji praxi v nestátním zařízení, krajský úřad, v jehož obvodu se zdravotnické zařízení nachází na základě splnění podmínek, definovaných zvlášť pro osobu fyzickou a zvlášť pro právnickou osobu. Lékař pak usiluje o uzavření smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotními pojišťovnami, které ho opravňují provádět výkony a služby hrazené ze zdravotního pojištění. Lékař si sám volí, se kterými pojišťovnami smluvní vztah hodlá uzavřít. Před uzavřením takovéto smlouvy se koná výběrové řízení, jehož vyhlášovatelem je příslušný krajský úřad. Pokud se na základě výběrového řízení podaří dohodnout uzavření smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, většinou se jedná o smlouvu na dobu určitou.

Geografickou, časovou a organizační dostupnost poskytované zdravotní péče zajišťují krajské úřady. Ty stanoví síť poskytovaných zdravotních a pohotovostních služeb v jednotlivých regionech kraje. V potaz je brána hustota zalidnění regionů, dopravní dostupnost a geomorfologické podmínky.

Psychosociální dimenze dostupnosti zdravotní péče je zatím řešena pouze částečně a velmi obecně formulací v zákonu č. 198/2009 o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), kde se praví, že má každý občan právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace ve věcech přístupu ke zdravotní péči a jejího poskytování.

3.5 Financování zdravotní péče v České republice

Zdravotnictví v období transformace české ekonomiky přešlo z modelu financovaného prostřednictvím státního rozpočtu k modelu veřejného zdravotního pojištění. Po vstupu ČR do Evropské unie zůstal systém správy financování a poskytování zdravotní péče v kompetenci státu, jak uvádějí Ochrana a kol.,(2010, s.44).

Po důchodovém systému je zdravotnictví oblastí, do které je vynakládáno nejvíce veřejných prostředků. Po roce 1989 proběhlo zahájení reformy zdravotnictví. Vizí byl systém, garantující dostupnost bezplatné péče, přičemž bezplatností rozumějme péči

financovanou ze zdravotního pojištění. V roce 1991 byl přijat zákon 550/1991 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, proběhla privatizace části zdravotnických zařízení a od 1. ledna 1992 bylo v ČR zavedeno všeobecné zdravotní pojištění spolu s vytvořením podmínek pro existenci liberálního prostředí více zdravotních pojišťoven. Jak uvádí GLADSKIJ, (2003, st. 38-39), financování zdravotnictví veřejným zdravotním pojištěním, na kterém se podíleli občané, zaměstnavatelé a stát, začalo skutečně fungovat až v roce 1993. Zpočátku byli lékaři placeni za výkon, což vedlo k jejich zájmu o pacienta, avšak také k provádění nadbytečných výkonů, Výkonové platby spolu s finančně neefektivní lékovou politikou a neregulovaným počtem zdravotnických zařízení vedly k finanční krizi systému. Bylo tedy nutné opět reformovat financování zdravotní péče.

V roce 1997 byl přijat zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Zákon byl několikrát novelizován a jeho platnost byla prodlužována. Nejdůležitější změnou bylo zavedení kapitačních plateb – tedy plateb podle počtu registrovaných pacientů. Navíc lékař dostává úhrady za vykázané výkony, tyto úhrady však zdravotní pojišťovny mají možnost regulovat.

Podle PSP, Informace vlády 1997, citace 19. 3. 2016, dostupné z: <http://www.psp.cz/eknih/1996ps/tisky/t016900a.htm>., v následujících letech přicházela ministerstva zdravotnictví se svými koncepcemi financování zdravotnictví. Koncepce Miroslava Macka z roku 1997 poukazovala na nutnost zvýšit spoluúcast pacientů a restrukturalizovat nemocniční lůžka. Mackův nadčasový návrh nebyl uveden v praxi. Zdravotnictví se zpolitizovalo, což ostatně přetrvává do současnosti.

Koncepce následujícího ministra zdravotnictví, Ivana Davida (vláda ČSSD), chápe zdravotnictví jako veřejnou službu za veřejné peníze, které je třeba mít pod veřejným dohledem. Nelze ji pojímat jako neregulovanou obchodní činnost. Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf> V roce 2005 byly přijaty normy, jejichž podstatou je optimalizace, hospodárnost a kvalita zdravotního systému, je stabilizována síť zdravotnických zařízení a funkce zdravotních pojišťoven je optimalizována z hlediska provozních nákladů - Základní teze koncepce systému zdravotnictví ČR, MZČR, 2004, citace: 30. 3. 2016, dostupné z: <http://www.physiome.cz/eHealth/KubinyiREFORMA.pdf> .

Podle koncepce Tomáše Julínka (vláda ODS) JULÍNEK, T. Chtít zdraví. Modrá šance pro zdravotnictví. ODS, 2004, citace 20.3.2016, dostupné z http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance-zdravotnictvi.pdf z roku 2004 bylo problémem českého zdravotnictví nefunkční nastavení institucí, které nemotivuje k hospodárnosti a prevenci. Občané by měli sami rozhodovat o finančních prostředcích, které budou na zdravotní pojištění odvádět. ODS chtěla touto koncepcí motivovat občany jednak k lepší prevenci zdraví, ale také větší participaci pacienta na léčbě a rozhodování o jednotlivých lékařských postupech. Jednou ze změn, které se týmu ministra Julínka podařilo prosadit, bylo zavedení regulačních poplatků od 1. ledna 2008, upravoval je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Měly zamezit plýtvání a nadužívání zdravotnických služeb.

Konkurenční koncepce Jozefa Kubinyiho (vláda ČSSD) z téhož roku prosazovala spoluúčast pacientů. Bylo poukazováno na problematické přerozdělování mezi zdravotní pojišťovny, při kterém nejsou zohledňovány rozdílné náklady na jednotlivé věkové skupiny, ale také rozdělování prostředků, které poskytují zdravotní pojišťovny zdravotnickým zařízením.

Tato práce si neklade za cíl pojmout financování zdravotnictví komplexním způsobem. Zjednodušující pohled na financování, který bude pro potřeby této práce aplikován, dostatečně odpovídá stanovenému cíli práce. Financování zdravotní péče v ČR vychází, jak již bylo uvedeno v kapitole 3.2.1, z Bismarckovského modelu, je tedy realizováno z veřejných zdrojů na principu solidarity. Prostředky na financování zdravotnictví jsou odděleny od státního rozpočtu a soustřeďují se ve zvláštních pojistných fondech. Zdravotní péče je zajištěna ve stejné kvalitě pro všechny společenské skupiny a vrstvy obyvatelstva. Jak uvádí Drbal, (2005, s.6), systém zdravotní péče v ČR se snaží o vysokou dostupnost standardu, který není závislý na výši příjmů pojištěnců. V tomto systému vedle sebe existují a vzájemně se doplňují ziskové i neziskové instituce, primární péči zpravidla zajišťují soukromé lékařské praxe a zdravotní péče je z větší části financována platbami zdravotních pojišťoven (třetí strana). Nevýhodami tohoto systému je, že spotřebovává značné finanční prostředky na činnost pojišťoven a že, stát má tendenci omezovat růst výdajů na zdravotnictví a regulovat toto odvětví.

Na financování zdravotnictví v ČR lze pohlížet ze tří hledisek - z jakých zdrojů je financována, jaký druh péče je poskytován a kdo tuto péči poskytuje. V následujícím textu budou tato hlediska podrobněji vysvětlena.

3.5.1 Výdaje na zdravotní péči dle zdrojů financování

Manuál Světové zdravotnické organizace, takzvaný Systém zdravotnických účtů 2011, rozeznává tři základní systémy (zdroje) financování zdravotní péče a to (ČSÚ, online):

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

Do první jmenované skupiny patří veřejné rozpočty (státní rozpočet a rozpočty územních samospráv - místní rozpočty) a povinné zdravotní pojištění. Do soukromých zdrojů, kam se nezapočítávají přímé platby domácností, jsou zahrnuty dobrovolné platby na zdravotní péči neziskových institucí, soukromé zdravotní pojištění a závodní preventivní péče. Tento zdroj financování zdravotnictví je z pohledu celkových nákladů pouze okrajovým. Do třetice, přímé platby domácností zahrnují přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů) nebo jejich případnou spoluúčast.

Podle publikovaných Výsledků zdravotnických účtů ČR - 2010-2015, ČSÚ (2017), rozhodující postavení na financování zdravotní péče v ČR mají zdravotní pojišťovny. Například v roce 2015 se zdravotní pojišťovny podílely na financování zdravotní péče ze 65,6 %. Příjmy zdravotních pojišťoven plynou z veřejného zdravotního pojištění, kterého se povinně účastní každá osoba s trvalým pobytem na území republiky. Hlavní zásadou veřejného zdravotního pojištění je solidarita a rovnost přístupu ke zdravotní péči. Veřejné zdravotní pojištění financuje veškerou zdravotní péči garantovanou zákonem č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění (v platném znění).

Dalším významným zdrojem financování zdravotnictví jsou veřejné rozpočty, tedy státní rozpočet a rozpočty územních správ. Jejich význam spočívá především ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se zejména o výdaje na zdravotnický výzkum a vývoj, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní a osvětové programy, činnost hygienických stanic, částečně výdaje na investiční

projekty a přímé dotace zdravotnickým zařízením zřizovaným ministerstvem (především jde o fakultní nemocnice) kraji, městy a obcemi. Veřejné rozpočty se podílejí významným způsobem také na úhradě nákladů, spojených s dlouhodobou sociální péčí. Z veřejných rozpočtů je hrazena i správa resortu zdravotnictví, odborů zdravotnictví jednotlivých krajských úřadů, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky.

V případě výdajů domácností, které podle ČSÚ (2017), tvořily v roce 2015 13,8 % z celkových zdrojů financování zdravotní péče v ČR, se jedná o přímé platby či spoluúčast na úhradách zdravotní péče. Domácnosti si převážně platí ambulantně užívané léky a terapeutické pomůcky. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardní služby a materiál. Další, méně významné, jsou platby za lázeňské pobyty, nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za vystavení různých potvrzení u praktických lékařů. Jak zmiňuji v kapitole 3.5, v roce 2008 přibyly na vrub plateb domácností regulační poplatky za ošetření u lékařů, za recepty v lékárnách, za návštěvu pohotovosti nebo za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. Pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce byl povinen hradit poskytovateli zdravotních služeb regulační poplatek ve výši 30 Kč za klinické vyšetření. Smyslem těchto poplatků mělo být zamezení nadbytečných návštěv zdravotnických zařízení pacienty. Od ledna 2015 hradí pacienti už pouze regulační poplatek za pohotovostní služby ve výši 90 Kč.

3.5.2 Výdaje na zdravotnictví podle druhu péče

Druhý pohled na problematiku financování zdravotní péče souvisí dle Českého statistického úřadu (2017) s poskytovaným druhem péče. Zdravotní péče může být spotřebováána buď individuálně, nebo kolektivně. Většina spotřeby zdravotních služeb se vztahuje k individuální spotřebě. Individuální spotřeba obsahuje standardní kroky léčebného procesu, zahrnuje též léčebnou, rehabilitační, dlouhodobou zdravotní péči a také podpůrné služby (laboratoře, zobrazovací metody a dopravu pacientů) a léky a terapeutické pomůcky.

Dvě pětiny z celkových výdajů na zdravotní péči spotřebovává léčebná péče. Tvoří ji z 96 % ambulantní a lůžková léčebná péče, zbytek pokrývají domácí a denní léčebná péče. V souvislosti s vývojem nových léčiv a nových operačních metod narůstá meziroční objem výdajů na ambulantní léčebnou péči. To odpovídá snaze o zkrácení doby hospitalizace na

nezbytné minimum a provádění některých zákroků ambulantně nebo v režimu jednodenní chirurgie. Naopak výdaje na lůžkovou péči postupně mírně klesají.

Rehabilitační péče spotřebovává výdaje především na lázeňskou péči a ambulantní rehabilitační péči, kde roste meziroční objem výdajů, podobně jako u ambulantní léčebné péče.

Dlouhodobá zdravotní péče již nyní s ohledem na stárnutí populace narůstá a s tím souvisí každoroční pozvolné zvyšování výdajů na tuto péči.

Doplňkové služby tvoří dlouhodobě zhruba desetinu celkových výdajů na zdravotnictví. Více než polovinu těchto výdajů představují výdaje na laboratorní vyšetření.

Posledním druhem péče je preventivní péče, jejímž dlouhodobým cílem je zajistit celkově dobrý zdravotní stav obyvatel. Programy prevence jsou zaměřeny na skupiny obyvatel, které jsou považovány za ohrožené, případně na určité zdravotní oblasti.

3.5.3 Výdaje na zdravotní péči podle typu poskytovatele

Třetí pohled na problematiku zdravotní péče dle Českého statistického úřadu (2017) nám dává odpověď na otázku, kdo ji poskytuje. Rozhodující je typ poskytovatele přiřazený nositeli právní subjektivity, který automaticky přejímají i všechna začleněná zařízení bez vlastní právní subjektivity.

Dvě pětiny finančních prostředků ve zdravotnictví směřují do nemocnic.

V pořadí za nimi následují výdaje do zařízení ambulantní péče (v roce 2015 dosahovaly jedné pětiny celkových výdajů). V této skupině poskytovatelů připadala v roce 2015 více než polovina výdajů na samostatné ordinace lékařů a téměř jednu čtvrtinu výdajů ambulantní péče spotřebovaly ordinace stomatologů. Zařízeními ambulantní péče jsou právě soukromé subjekty, kterými se budu podrobněji zabývat v praktické části práce.

Kategorie poskytovatelů zahrnující lékárny a výdejny prostředků zdravotnické techniky se zaměřují na maloobchodní prodej farmaceutických výrobků nebo zdravotnických prostředků a lékařských nástrojů.

Domácnosti jako poskytovatelé zdravotní péče zahrnují výdaje na péči zajišťovanou osobou blízkou v souvislosti s pobíráním ošetrovného a příspěvku na péči.

Ostatní typy poskytovatelů zdravotní péče tvoří např. závodní preventivní péče, zařízení pro seniory bez ošetrovatelské péče, poskytovatelé domácí péče zaměřeni na sebeobsluhu a soběstačnost klienta, školy s pracovníky v oblasti zdravotnictví a podobně.

4 Vlastní práce

Úvod kapitoly 4.1 nejdříve přibližuje specifika ambulantní péče a poté stručně představuje čtyři konkrétní lékařské ambulance. Kapitola 4.2 zkoumá strukturu financování ambulantní zdravotní péče v kontextu s financováním zdravotní péče v ČR. Následující kapitoly se postupně věnují financování zdravotnictví v ČR podle druhu poskytované péče a podle typu poskytovatele, vždy s akcentací financování ambulantní péče.

4.1 Lékařské ambulance

4.1.1 Lékařské ambulance v ČR

Podle zákona 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, je ambulantní péče zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče. Tato péče může být poskytována jako primární, kdy jejím účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel. Registrujícím poskytovatelem je poskytovatel ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství, v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, v oboru zubní lékařství nebo v oboru gynekologie a porodnictví, který přijal pacienta do péče za účelem poskytnutí primární ambulantní péče. Dále se může jednat o specializovanou ambulantní péči, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče, specifikovaných rovněž v uvedeném zákoně. Ke specializované ambulantní péči patří řada oborů, jako například chirurgie, ortopedie, onkologie, neurologie a mnoho dalších. Do třetice se může jednat o stacionární péči, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče. Ambulantní zařízení (ordinace praktických lékařů a specialistů) patří z pohledu jejich založení mezi nestátní zdravotnická zařízení, více informací o jejich zřizování přináší kapitola 3.4.

Podle údajů Zdravotnické ročenky České republiky (ÚZIS, 2010 – 2015) působilo v roce 2010 v ČR celkem 24 295 poskytovatelů samostatné ambulantní péče. Toto číslo vyjadřovalo 86,6% podíl samostatných ambulancí na celkovém počtu poskytovatelů zdravotní péče. Dalšími poskytovateli zdravotní péče, kteří v součtu představují zhruba 14%

podíl z celkového počtu poskytovatelů zdravotní péče, byly nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, zvláštní zdravotnická zařízení a zařízení lékárenské péče. Počet poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR v letech 2010 – 2015 postupně vzrůstal až na celkové číslo 26 862 v roce 2015. Podíl počtu poskytovatelů samostatné ambulantní péče k celkovému počtu poskytovatelů zdravotní péče v průběhu stejného období mírně klesal až na 86,1% podíl v roce 2016, neboť ve sledovaném období zároveň rostl celkový počet poskytovatelů zdravotní péče. Údaje jsou uspořádány v tabulce 1.

Tabulka 1 Počet poskytovatelů zdravotní péče a poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR v letech 2010 – 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Celkový počet poskytovatelů zdravotní péče v ČR	28 068	28 450	28 753	29 218	30 914	31 188	111,1 %
Celkový počet poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR	24 295	24 542	24 669	24 979	26 535	26 862	110,6 %
Podíl poskytovatelů samostatné ambulantní péče z celkového počtu poskytovatelů zdravotní péče v %	86,6	86,3	85,8	85,5	85,8	86,1	x

Zdroj: vlastní zpracování, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010-2015

Index růstu celkového počtu samostatných poskytovatelů ambulantní péče v ČR v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostl o 10,6 % a byl o 0,5 % nižší, než index růstu celkového počtu poskytovatelů zdravotní péče v roce 2015 oproti roku 2010.

Nárůst počtu poskytovatelů zdravotní péče i poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR v období 2010 – 2015 koresponduje s nárůstem počtu lékařů jak celkově v zařízeních poskytovatelů zdravotní péče, tak v zařízeních poskytovatelů samostatné ambulantní péče. Konkrétní údaje jsou prezentovány v tabulce 2. Uváděné počty lékařů jsou včetně stomatologů.

Tabulka 2 Přepočítaný počet lékařů v zařízeních poskytovatelů zdravotní péče a přepočítaný počet lékařů v zařízeních poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR v letech 2010 – 2015, zaokrouhleno na celá čísla

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Celkový přepočítaný počet lékařů v zařízeních poskytovatelů zdravotní péče v ČR	45 646	46 422	46 968	47 459	48 023	48 867	107,1 %
Celkový přepočítaný počet lékařů v zařízeních poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR	23 710	24 040	24 301	24 748	24 914	25 486	107,5 %
Podíl přepočítaného počtu lékařů v zařízeních poskytovatelů samostatné ambulantní péče z celkového přepočítaného počtu lékařů v zařízeních poskytovatelů zdravotní péče v ČR v %	51,9	51,8	51,7	52,1	51,9	52,2	x

Zdroj: vlastní zpracování, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010-2015

V zařízeních poskytovatelů samostatné ambulantní péče pracovala ve sledovaném období více než polovina z celkového počtu lékařů ve zdravotnických zařízeních. Přestože počet poskytovatelů samostatné ambulantní péče představuje převažující podíl z celkového počtu poskytovatelů zdravotní péče, je třeba vzít v úvahu, že menší množství poskytovatelů zdravotní péče, jako jsou nemocnice, zaměstnává daleko větší počet lékařů, než ambulantní zařízení. Index růstu počtu lékařů v roce 2015 vzrostl u počtu lékařů v zařízeních poskytovatelů zdravotních služeb i u počtu lékařů v zařízeních poskytovatelů ambulantní péče oproti roku 2010 téměř shodně o 7 %, v případě počtu lékařů v samostatných ambulancích byl o 0.4 % vyšší.

Následuje stručný přehled čtyř představitelů samostatných soukromých ambulancí.

4.1.2 Samostatná ambulance lékaře CHIRURG 1

Tento lékař provozuje soukromou lékařskou praxi již od začátku devadesátých let, kdy začínal s podnikáním jako fyzická osoba. 15. 5. 2014 došlo v právní subjektivitě praxe ke změně fyzické osoby na právnickou.

Ve sledovaném období let 2010 – 2015 působil v ambulanci jeden lékař, vykazující výkony na zdravotní pojišťovny. Lékař vykonával praxi v rozsahu 15 hodin týdně.

Lékař je penzijního věku a chystá se předat ambulanci praxi mladšímu kolegovi.

4.1.3 Samostatná ambulance lékaře CHIRURG 2

Tato lékařská praxe je provozována jako soukromá již od začátku devadesátých let. Lékař začínal s podnikáním jako fyzická osoba. V roce 2008 došlo v právní subjektivitě praxe ke změně fyzické osoby na právnickou a k rozšíření praxe.

Ve sledovaném období let 2010 – 2015 působil v ambulanci jeden hlavní lékař a dva níže atestovaní lékaři, všichni vykazující výkony na zdravotní pojišťovny. Lékaři vykonávali praxi v součtu 40 hodin týdně.

V roce 2014 se u hlavního lékaře začaly projevovat zdravotní problémy, které ho značně omezovaly ve výkonu praxe a vyústily v celoroční pracovní neschopnost v roce 2015.

Ve výhledu je odprodej praxe v roce 2017.

4.1.4 Samostatná ambulance lékaře ORTOPED

Tato lékařská praxe je provozována jako soukromá již od začátku devadesátých let, lékař začínal s podnikáním jako fyzická osoba. V roce 2012 došlo ke změně v právní subjektivitě praxe z fyzické osoby na právnickou.

Ve sledovaném období let 2010 – 2015 působil v ambulanci jeden lékař, vykazující výkony na zdravotní pojišťovny. Lékař vykonával praxi v rozsahu 40 hodin týdně. Výjimkou byl rok 2013, kdy lékař část své týdenní pracovní doby věnoval zvyšování odborné kvalifikace formou operační praxe v nemocnici. Příjmy z této činnosti nevstupovaly do příjmů ambulance.

Ve výhledu je rozšíření praxe v následujících letech.

4.1.5 Samostatná ambulance lékaře STOMATOLOG

Tato lékařská praxe je provozována jako soukromá již od začátku devadesátých let, po celé sledované období existuje ve statutu právnické osoby.

Ve sledovaném období let 2010 – 2015 působil v ambulanci jeden lékař, vykazující výkony na zdravotní pojišťovny. Lékař vykonával praxi v rozsahu 40 hodin týdně s výjimkou let 2012 a 2013. V obou těchto rocích ambulance vždy na 3 měsíce omezila ordinační hodiny z důvodu onemocnění lékaře.

Ve výhledu je odprodej praxe, neboť lékař odešel v roce 2016 do penze.

4.2 Zdroje financování zdravotnictví ČR a ambulancí v letech 2010 - 2015

4.2.1 Zdroje financování zdravotnictví v ČR v letech 2010 - 2015

V kapitole 3.5.1 jsou jako zdroje financování zdravotní péče uvedeny veřejné zdroje, soukromé zdroje a přímé platby domácností. Tabulka 3 poskytuje přehled zdrojů financování zdravotní péče v ČR v letech 2010 – 2015 a následující graf 1 převádí data z tabulky 3 do diagramu, znázorňujícího strukturu financování.

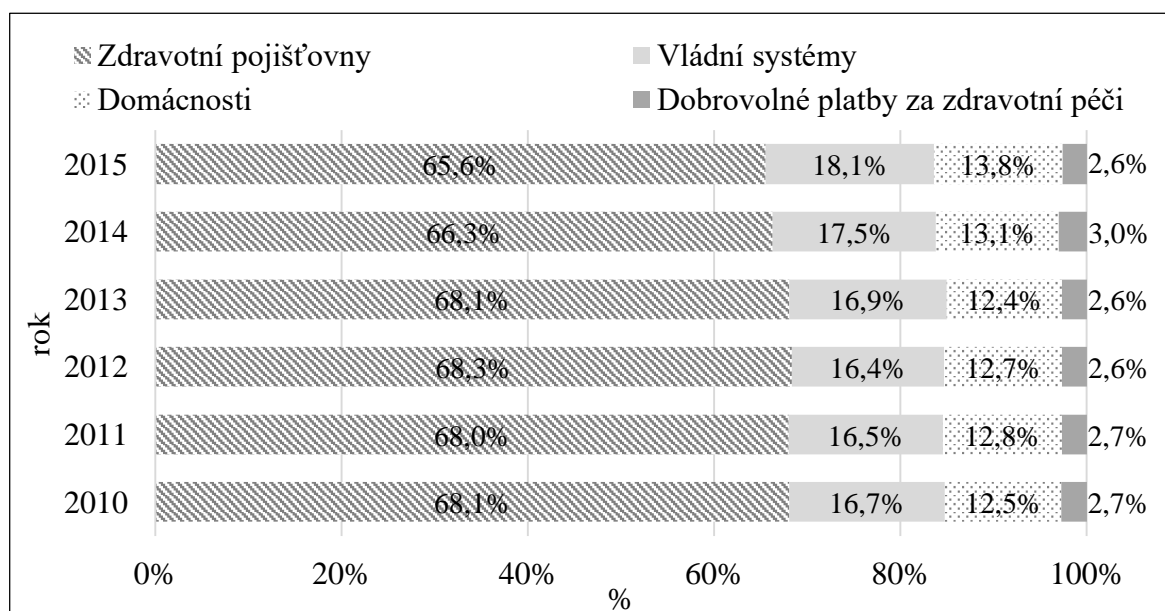
Tabulka 3 Výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování v mil. Kč

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Veřejné zdroje	288 768	291 272	294 861	297 412	296 641	299 362	103,7 %
- vládní systémy	56 879	56 935	56 934	59 058	62 039	64 656	113,7 %
- zdravotní pojišťovny	231 889	234 337	237 927	238 354	234 602	234 706	101,2 %
Dobrovolné platby	9 217	9 205	9 110	9 202	10 668	9 322	101,1 %
Domácnosti	42 705	44 028	44 239	43 465	46 490	49 358	115,6 %
Výdaje na zdravotní péči celkem	340 690	344 506	348 210	350 079	353 799	358 042	105,1 %

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Z dat v tabulce 3 vyplývá, že nejvyšší mírou se na financování zdravotní péče podílejí veřejné zdroje. Zásadní roli nejen ve veřejných zdrojích, ale také v celkovém financování zdravotní péče, hrají zdravotní pojišťovny. V roce 2010 představovaly výdaje zdravotních pojišťoven ve výši 231,1 mld. Kč 68,1% podíl na celkových výdajích na zdravotnictví, jak dokládá grafické znázornění struktury financování zdravotní péče v ČR v grafu 1. Až do roku 2013 se tento podíl zásadně neměnil, v roce 2014 klesl na 66,3 % a v roce 2015 poklesl na úroveň podílu 65,6 %. Přesto, že v průběhu sledovaného období podíl zdravotních pojišťoven na financování zdravotnictví poklesl, jak je patrné z tabulky 2, mezi roky 2010 – 2013 vzrostly výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči o necelých 6,5 mld. Kč, tedy o 2,8 %. V roce 2013 dosáhly výdaje zdravotních pojišťoven za sledované období maxima ve výši 238,4 mld. Kč. V následujícím roce výdaje zdravotních pojišťoven poklesly o necelých 3,8 mld. Kč a v roce 2015 zůstaly ve výši 234,7 mld. na srovnatelné úrovni jako v předchozím roce. Hodnota indexu růstu výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2015 oproti roku 2010 vypovídá o 1,2% nárůstu výdajů zdravotních pojišťoven, viz tabulka 3.

Graf 1 Struktura zdrojů financování zdravotní péče v ČR v letech 2010 – 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Výdaje vládních systémů zahrnovaly výdaje ze státního rozpočtu a výdaje místních rozpočtů. Využití těchto výdajů je detailněji popsáno v kapitole 3.5.1. Tabulka 3 a graf 1 ukazují, že ve sledovaném období se tyto výdaje držely stabilně v průměrné výši 59,4 mld. Kč, což představovalo ve struktuře celkových výdajů na zdravotní péči v průměru

za sledované období 17% podíl. V roce 2013 tyto výdaje vzrostly meziročně o 2,1 mld. Kč, v následujících dvou letech tyto výdaje stoupaly i nadále, nejdříve meziročně o 5 % a posléze meziročně o 4 %, na konečných 64,7 mld. v roce 2015. Vládní systémy byly druhým nejdynamičtěji rostoucím segmentem ze všech zdrojů financování zdravotnictví, což dokazuje nárůst indexu růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 o 13,7 %.

Výdaje dobrovolných plateb na financování zdravotní péče představují spíše doplňkový finanční zdroj, jak ukazuje tabulka 3. Na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR se dle grafu 1 tento zdroj ve sledovaném období podílel v průměru 2,7 %. Index růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostl obdobně jako u zdroje zdravotních pojišťoven o 1,1 %.

Ze zdroje domácností vstupují do systému financování zdravotnictví přímé platby či spoluúcast na úhradách zdravotní péče. V kapitole 3.5.1 jsou platby domácností podrobněji rozebrány. Z pohledu nárůstu indexu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 o 15,6 % jsou tyto výdaje nejdynamičtěji rostoucím segmentem financování zdravotní péče v ČR, jak ukazuje tabulka 3. V roce 2010 představovaly výdaje domácností ve výši 42,7 mld. Kč 12,5% podíl na celkových výdajích na zdravotnictví, jak ukazuje graf 1. V tomto roce dosahovaly svého minima ve sledovaném období. Následně výdaje vzrostly o 1,3 mld. Kč, tedy meziročně o 3,1 %, na 44 mld. Kč v roce 2011 a v roce 2012 zůstaly stabilní. Následoval meziroční pokles výdajů o 1,7 %, vystřídáný 7% nárůstem mezi roky 2013 a 2014. V roce 2014 dosáhly výdaje domácností ve sledovaném období svého maxima ve výši téměř 46,5 mld. Kč. V roce 2015 pak poklesly na 45,4 mld. Kč.

Jak zmiňují kapitoly 3.5 a 3.5.1, v roce 2008 začali pacienti platit regulační poplatky za návštěvy u lékařů, jak praktických tak ambulantních specialistů, za recepty v lékárnách, za návštěvu pohotovosti nebo za hospitalizaci v nemocnicích a ostatních lůžkových zařízeních. Od ledna 2014 byly zrušeny poplatky za hospitalizaci v nemocnici a od ledna 2015 hradí pacienti pouze regulační poplatek za pohotovostní služby. Konkrétní představu o celkové výši výdajů pacientů za regulační poplatky v ČR a o struktuře těchto poplatků v období let 2008 až 2015 přináší tabulka 4 a graf 2. Celková částka za vybrané regulační poplatky dosáhla maxima ve druhém roce jejich zavedení, a to téměř 5,8 mld. Kč. Mezi roky 2009 až 2013 však celkové výdaje za regulační poplatky poklesly o 5 %. Se zrušením poplatků za hospitalizaci bylo v roce 2014 vybráno celkem 3,9 mld. Kč a v roce 2015, kdy

zůstaly zachovány pouze poplatky za návštěvu pohotovosti, se vybralo celkem 192 mil. Kč. V roce 2009 kulminoval výběr poplatků za recept částkou téměř 2,7 mld. Kč. Poplatky za recept představovaly v průběhu sledovaného období nejvyšší výdajovou položku pacientů na regulačních poplatcích, následovány poplatky za návštěvu lékaře. V roce 2012 dosáhly svého maxima poplatky za hospitalizaci ve výši 1,8 mld. Kč.

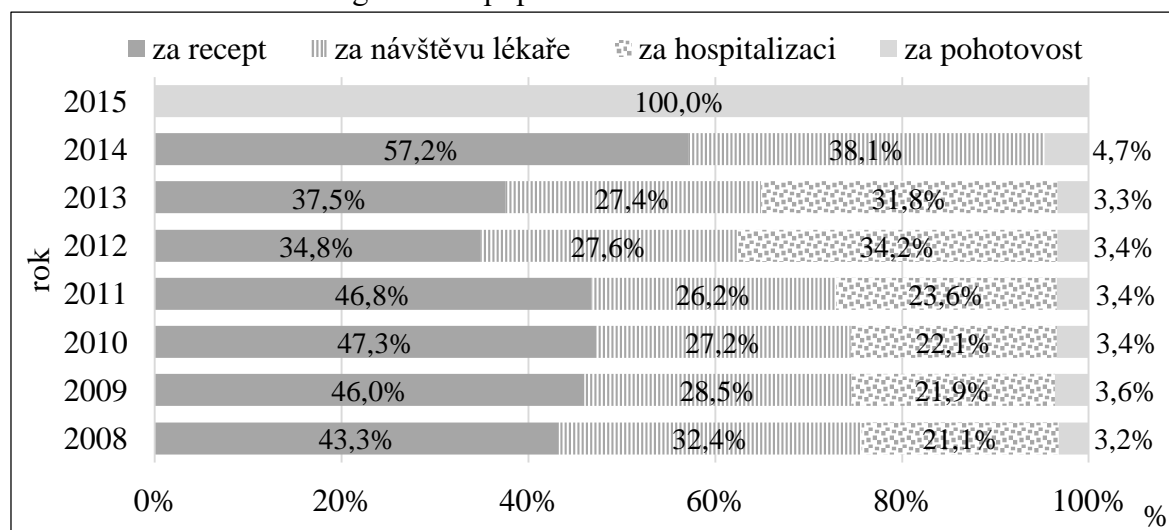
Tabulka 4 Výdaje pacientů za regulační poplatky v ČR v letech 2008 – 2015, mil. Kč

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Výdaje pacientů za regulační poplatky celkem	5 571	5 780	5 622	5 254	5 336	5 489	3 945	192
z toho za recept	2 411	2 659	2 657	2 458	1 858	2 058	2 256	x
z toho za návštěvu lékaře	1 806	1 650	1 530	1 374	1 474	1 505	1 502	x
z toho za hospitalizaci	1 176	1 263	1 243	1 242	1 824	1 744	x	x
z toho za pohotovost	178	208	191	180	179	182	187	192

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

V roce svého zavedení dosahovaly poplatky za návštěvu lékaře svého maxima, 1,8 mld. Kč (32,4 %). V následujících čtyřech letech se podíl těchto poplatků na celkových výdajích na regulační poplatky pohyboval kolem průměrné hodnoty 27,4 %, avšak vybrané částky klesaly. Ze statistického pohledu plánovaný účel omezit nadbytečné návštěvy pacientů u lékařů poplatky splnily.

Graf 2 Struktura regulačních poplatků v ČR v letech 2008 – 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

4.2.2 Zdroje financování konkrétních ambulancí v letech 2010 - 2015

V tabulce 5 je uveden přehled zdrojů financování čtyř soukromých ambulancí, které byly představeny v kapitole 4.1, v letech 2010 až 2015.

Jakkoliv se na financování zdravotnictví v ČR podílí více zdrojů, financování uvedených ambulancí je založeno pouze na dvou, kterými jsou zdravotní pojišťovny a platby domácností. Obdobně jako u financování zdravotnictví v ČR, klíčovou roli ve financování těchto ambulancí hrají zdravotní pojišťovny. Příjmy ambulancí zahrnují v sobě příjmy za regulační poplatky jako součást příjmů ze zdroje domácností. Regulační poplatky však nebyly sledovány odděleně a není tedy možné vyčíslit jejich podíl na příjmech od domácností ani na celkovém financování ambulancí.

Jak vyplývá z tabulky 5, celkové příjmy ambulance CHIRURG 1 za sledované období dosáhly svého maxima v roce 2010 částkou 856 tis. Kč. V tomto roce byla ambulance financována z 93 % platbami zdravotních pojišťoven a ze 7 % platbami domácností, jak znázorňuje graf 3. Mezi roky 2010 a 2011 celkové příjmy ambulance poklesly o 12,5 % na celkových 749 tis. Kč v roce 2011 a podíl financování zdravotními pojišťovnami klesl na 91,9 %. Následoval nárůst celkových příjmů o 9 % na 817 tis. Kč za rok 2012. Celkové příjmy za rok 2013 zůstaly na obdobné výši jako v předchozím roce. V letech 2014 a 2015 celkové příjmy ambulance klesaly, nejdříve o 6,5 % na 765 tis. Kč v roce 2014 a posléze o 9,3 % na 694 tis. Kč v roce 2015. Tento jev může souviset se skutečností, že tento lékař v současné době je již v penzi a uvažuje o předání praxe svému následovníkovi, jak je uvedeno v kapitole 4.1.1. Na pokles příjmů v roce 2015 může mít vliv také ukončení plateb regulačních poplatků ze zdroje domácností. Mezi roky 2011 až 2014 byla ambulance CHIRURG 1 financována zdravotními pojišťovnami v průměru z 91,3 % a v roce 2015 se poměr financování zdravotními pojišťovnami vrátil na obdobnou hodnotu jako v roce 2010, na 93,3 %. Strukturu zdrojů financování této ambulance ukazuje podrobněji graf 3.

Tabulka 5 Přehled zdrojů financování čtyř konkrétních soukromých ambulancí v letech 2010 – 2015 (zkratky: ZP – zdravotní pojišťovny, D – domácnosti)

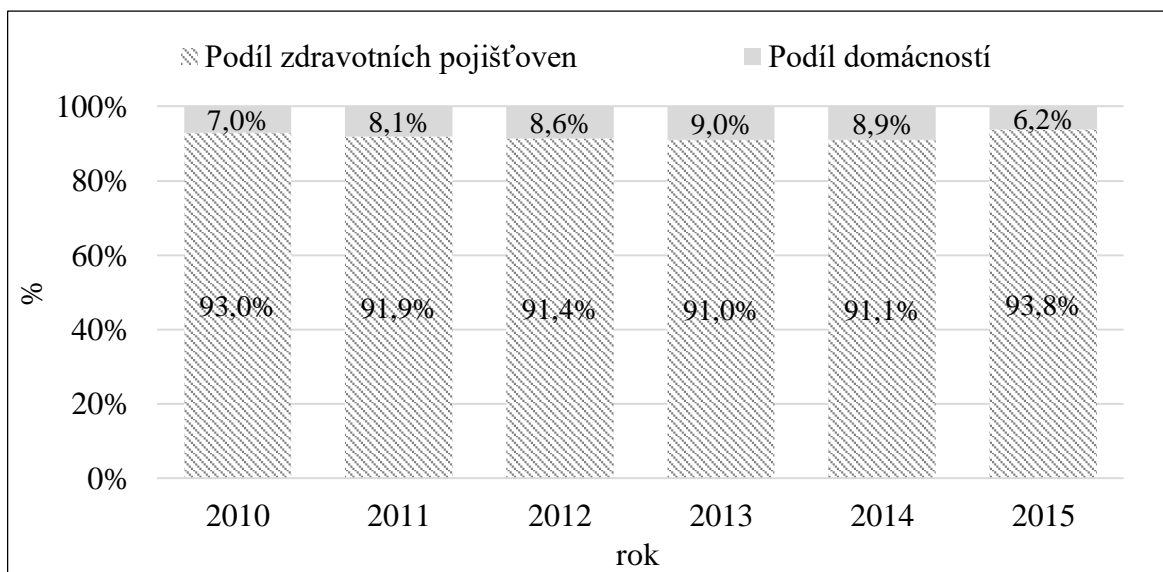
Index 2015/2010	2015		2014		2013		2012		2011		2010		Zdroj finan- cování	Ambulance
	Poměr v %	Příjmy v tis. Kč	Poměr v %	Příjmy v tis. Kč	Poměr v %	Příjmy v tis. Kč	Poměr v %	Příjmy v tis. Kč	Poměr v %	Příjmy v tis. Kč	Poměr v %	Příjmy v tis. Kč		
81,8 %	93,8	651	91,1	697	91,0	745	91,4	747	91,9	688	93,0	796	ZP	CHIRURG 1
71,7 %	6,2	43	8,9	68	9,0	74	8,6	70	8,1	61	7,0	60	D	CHIRURG 1
81,1 %	x	694	x	765	x	819	x	817	x	749	x	856	Celkem	CHIRURG 1
36,2 %	90,3	1 483	87,9	3 940	87,0	4 027	87,0	4 494	88,1	4 051	89,2	4 099	ZP	CHIRURG 2
32,1 %	9,7	159	12,1	540	13,0	604	13,0	669	11,9	547	10,8	496	D	CHIRURG 2
35,7 %	x	1 642	x	4 480	x	4 631	x	5 163	x	4 598	x	4 595	Celkem	CHIRURG 2
104,7 %	92,1	2 346	89,5	2 165	90,1	2 080	91,0	2 554	91,0	2 399	92,0	2 240	ZP	ORTOPED
102,6 %	7,9	201	10,5	254	9,9	229	9,0	254	9,0	237	8,0	196	D	ORTOPED
104,6 %	x	2 547	x	2 419	x	2 309	x	2 808	x	2 636	x	2 436	Celkem	ORTOPED
64,0 %	66,4	873	69,8	921	70,9	892	73,3	950	76,5	1 263	80,0	1 363	ZP	STOMATOLOG
129,6 %	33,6	442	30,2	399	29,1	366	26,7	346	23,5	389	20,0	341	D	STOMATOLOG
77,2 %	x	1 315	x	1 320	x	1 258	x	1 296	x	1 652	x	1 704	Celkem	STOMATOLOG

Zdroj: vlastní zpracování, přílohy A, B, C, D, 2017

Indexy růstu příjmů ambulance CHIRURG 1 v roce 2015 oproti roku 2010 u celkových příjmů ambulance i u obou zdrojů financování svědčí o poklesu příjmů, v případě celkových příjmů jde o pokles o 18,9 %, u příjmů ze zdravotních pojišťoven jde o pokles o 18,2 % a u příjmů ze zdroje plateb domácností jde dokonce o 28,3% pokles, jak ukazuje tabulka 5.

Graf 3 Struktura zdrojů financování ambulance CHIRURG 1 v letech 2010 až 2015

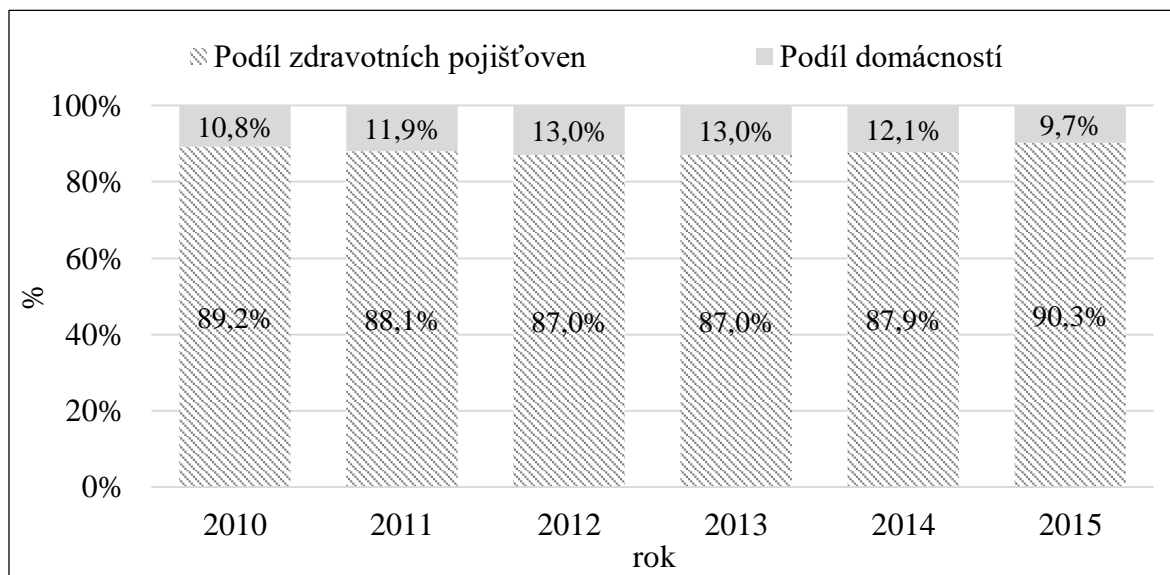
Zdroj:
vlastní



zpracování, přílohy A, B, C, D, 2017

Na financování ambulance CHIRURG 2 se podílely, podle údajů v tabulce 3 i podle grafického znázornění v grafu 4 podílely z téměř 90 % zdravotní pojišťovny. V případě této ambulance zůstávaly celkové příjmy v letech 2010 2011 stabilizovány ve výši 4,6 mil. Kč, jak uvádí tabulka 5. Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance představoval v roce 2010 89,2 % a v roce 2011 klesl na 88,1 %. Mezi roky 2011 a 2012 došlo k nárůstu příjmů ambulance o 12,3 % na necelých 5,2 mil. Kč. Rok 2013 přinesl pokles celkových příjmů o 10,3 % oproti předchozímu roku a v následujícím roce 2014 klesly celkové příjmy o další 3,3 % na 4, 5 mil. Kč. V letech 2012 až 2014 představovaly platby zdravotních pojišťoven v průměru 87,3% podíl na celkovém financování ambulance. V roce 2015 se na projevil období dlouhodobé pracovní neschopnosti hlavního lékaře tohoto zařízení, jak je uvedeno v kapitole 4.1.2 a pravděpodobně také ukončení příjmu regulačních poplatků ze zdroje plateb domácností, prudkým poklesem celkových příjmů o 63,3 %, na částku 1,6 mil. Kč. V tomto roce představoval podíl financování zdravotními pojišťovnami 90,3 %.

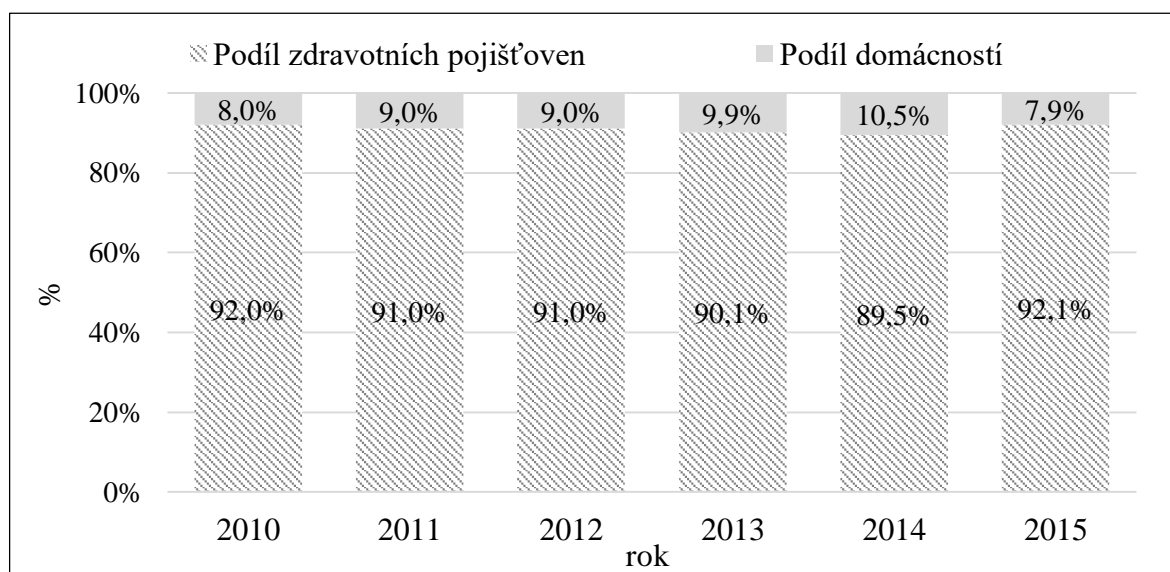
Graf 4 Struktura zdrojů financování ambulance CHIRURG 2 v letech 2010 až 2015



Zdroj: vlastní zpracování, přílohy A, B, C, D, 2017

Indexy růstu příjmů ambulance CHIRURG 2 v roce 2015 oproti roku 2010 u celkových příjmů ambulance i u obou zdrojů financování ukazují významný pokles vývoje příjmů cca o dvě třetiny, v případě celkových příjmů index poklesl o 64,3 %, v případě příjmů ze zdravotních pojišťoven se jedná o pokles o 63,8 % a u příjmů ze zdrojů domácností svědčí hodnota indexu o poklesu příjmů o 67,9 %. Strukturu zdrojů financování této ambulance podrobně ukazuje graf 4.

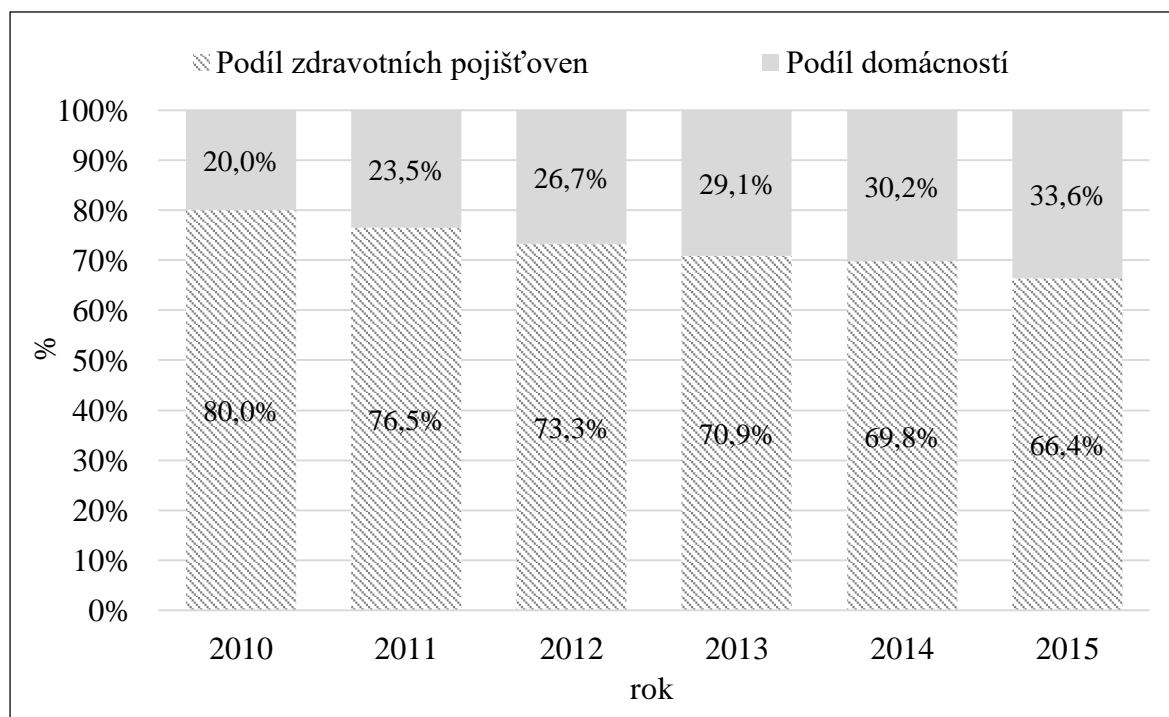
Graf 5 Struktura zdrojů financování ambulance ORTOPEDE v letech 2010 až 2015



Zdroj: vlastní zpracování, přílohy A, B, C, D, 2017

V případě ambulance ORTOPEd, jak ukazuje tabulka 5, celkové příjmy v roce 2010 činily 2,4 mil. Kč. Ambulance byla v tomto roce z 92 % financována ze zdrojů zdravotních pojišťoven. V následujících dvou letech celkové příjmy meziročně stoupaly, nejdříve o 8,2 % na celkovou částku 2,6 mil. Kč v roce 2011, posléze o dalších 6,5 % na celkovou částku 2,8 mil. Kč v roce 2012. V obou těchto letech představovalo financování ze zdrojů zdravotních pojišťoven 91% podíl. Mezi roky 2012 a 2013 došlo k 17,8% meziročnímu poklesu celkových příjmů na částku 2,3 mil. Kč. Tento významný pokles příjmů byl způsoben skutečností, že vykazující lékař část týdenní pracovní doby věnoval zvyšování své odborné kvalifikace formou operační praxe v nemocnici Šumperk, jak je uvedeno v kapitole 4.1.3. V roce 2014 stouply celkové příjmy této ambulance o 4,8 % oproti předchozímu roku a v následujícím roce 2015 stouply příjmy o dalších 5,3 %, na celkovou částku 2,5 mil. Kč. Podíl financování ze zdroje zdravotních pojišťoven v letech 2013 a 2014 se pohyboval kolem 90 % a v roce 2015 vzrostl na 92,1 %. Indexy růstu příjmů v roce 2015 oproti roku 2010 u celkových příjmů ambulance i u obou zdrojů financování naznačují mírný nárůst, v případě celkových příjmů index vzrostl o 4,6 %, v případě příjmů ze zdravotních pojišťoven index vzrostl o 4,7 % a u příjmů z plateb domácností index vzrostl o 2,6 %. Strukturu zdrojů financování této ambulance znázorňuje graf 5.

Graf 6 Struktura zdrojů financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 až 2015



Zdroj: vlastní zpracování, přílohy A, B, C, D, 2017

Jak uvádí tabulka 5, ambulance STOMATOLOG zaznamenala v roce 2010 celkové příjmy ve výši 1,7 mil. Kč. Podíl financování ambulance zdravotními pojišťovnami v tomto roce činil 80 %, jak ukazuje graf 6. Mezi roky 2010 a 2011 poklesly celkové příjmy ambulance o 3,1 % a v následujících dvou letech nadále klesaly. Mezi roky 2011 a 2012 dokonce o 21,5 % a mezi roky 2012 a 2013 o 2,9 %. Celkové příjmy v obou letech se stabilizovaly na 1,3 mil. Kč. Významné snížení příjmů v letech 2012 a 2013 oproti roku 2011 nastalo v důsledku pracovní neschopnosti vykazujícího lékaře v těchto letech, jak uvádí kapitola 4.1.4. V letech 2014 a 2015 došlo ke stabilizaci celkových příjmů ambulance na 1,3 mil. Kč. U této ambulance se projevuje za sledované období let 2010 až 2015 významný posun v poměrech zdrojů financování. Zatímco v roce 2010 představovaly zdravotní pojišťovny 80% zdroj příjmů ambulance, v roce 2013 už to bylo pouze 70,9 % a v roce 2015 dokonce 66,4 %. Index růstu příjmů v roce 2015 oproti roku 2010 u příjmů ambulance ze zdrojů financování domácnostmi ukazuje dynamický nárůst o 29,6 %. V případě celkových příjmů index naopak poklesl v roce 2015 oproti roku 2010 o 22,8 % a v případě příjmů ze zdravotních pojišťoven se jedná dokonce o 36% pokles. Strukturu zdrojů financování této ambulance znázorňuje graf 6.

Z kontextu statistických údajů o zdrojích financování zdravotní péče v ČR (viz graf 1) a údajů o zdrojích financování konkrétních čtyř soukromých ambulancí (viz tabulka 5) vyplývá, že stejně jako je zdravotnictví v rámci České republiky v převládající míře financováno ze zdroje zdravotních pojišťoven (ve sledovaném období činí průměrná hodnota tohoto poměru 67,4 %), jsou i sledované lékařské ambulance financovány s výraznou převahou zdrojů ze zdravotních pojišťoven. Daleko vyšší hodnoty podílu financování zdravotními pojišťovnami u ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPEd oproti hodnotám financování zdravotnictví v ČR jsou způsobeny skutečností, že sledované ambulance jsou financovány pouze ze dvou zdrojů.

V případě porovnání financování zdravotní péče v ČR ze zdroje domácností (viz graf 1) s obdobnými údaji za konkrétní čtyři ambulance (viz tabulka 5), se v rámci celkového financování zdravotnictví v rámci republiky projevuje mírný nárůst tohoto podílu (ve sledovaném období činí průměrná hodnota tohoto poměru 12,9 %). V případě financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPEd nárůst příjmů ze zdroje domácností tak markantní není. Naopak u ambulance STOMATOLOG je ve sledovaném období nárůst podílu financování ze zdroje domácností velmi zřetelný. Naproti tomu u ambulance

STOMATOLOG lze vysledovat výrazný posun financování ve smyslu rostoucího podílu financování domácnostmi. Tato ambulance se v posledních letech sledovaného období co do podílu financování ze zdroje zdravotních pojišťoven přiblížila financování zdravotnictví v ČR, avšak ve financování domácnostmi republikové zdravotnictví více než dvojnásobně převyšuje.

4.3 Financování zdravotnictví v ČR a konkrétních ambulancí podle druhu péče v letech 2010 - 2015

4.3.1 Financování zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2010 - 2015

Pro získání představy o výdajích a struktuře financování zdravotní péče v ČR podle druhu financování v letech 2010 až 2015 je přiložena tabulka 6.

Na léčiva a ostatní zdravotnické výrobky, jako jsou terapeutické pomůcky, byla ve sledovaném období vynakládána pětina z celkových výdajů na zdravotní péči, jak dokládají údaje z tabulky 6. V roce 2012 dosáhly výdaje na léčiva svého maxima ve sledovaném období, částky 70,7 mld. Kč. Index růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostl o 2,4%.

Výdaje na doplňkové služby, zahrnující výdaje na laboratorní vyšetření, výdaje na dopravu pacientů včetně výdajů na zdravotnickou záchrannou službu a výdaje na zobrazovací metody, tvořily ve sledovaném období 11% podíl z celkových výdajů na zdravotní péči v ČR. Tyto výdaje dosáhly svého maxima v roce 2015 částkou 40 mld. Kč, jak dokládá tabulka 6. Index růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostl o 8 %.

Dlouhodobá zdravotní péče, určená chronicky nemocným osobám, byla druhým nejrychleji rostoucím segmentem výdajů na zdravotnictví podle druhu poskytované péče. Od svého minima 35,8 mld. Kč na počátku sledovaného období v roce 2010 vzrostly náklady na tuto péči na své maximum ve sledovaném období 44 mld. Kč v roce 2014, aby v následujícím roce meziročně poklesly o 3,7 % na 42,4 mld. Kč, jak ukazuje tabulka 6. V roce 2015 tyto výdaje znamenaly 11,8% podíl na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR. Index růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 svědčí nárůstem o 18,6 % o významném nárůstu nákladů tohoto druhu péče, který je v důsledku stárnutí populace neodvratný.

Tabulka 6 Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2010 – 2015, mil. Kč.

Druh péče	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Léčebná péče	137 302	137 826	137 987	140 948	137 311	141 600	103,1 %
- lůžková léčebná péče	55 948	55 740	54 422	53 489	52 473	51 431	91,9 %
- .denní léčebná péče	5 238	5 137	5 185	5 333	5 561	5 735	109,5 %
- ambulantní léčebná péče	75 929	76 765	78 203	81 940	79 099	84 242	110,9 %
- domácí léčebná péče	186	183	177	186	179	192	103,2 %
Rehabilitační péče	12 808	13 696	13 652	13 753	13 738	14 764	115,3 %
Dlouhodobá zdravotní péče	35 762	37 005	37 081	38 596	44 035	42 407	118,6 %
Doplňkové služby	37 039	37 525	38 213	38 469	38 883	40 020	108,0 %
Léčiva a ostatní zdravotnické výrobky	66 231	67 626	70 676	66 784	67 021	67 831	102,4 %
Preventivní péče	9 990	10 364	10 595	10 765	11 433	9 027	90,4 %
Správa systému zdravotní péče	8 649	8 758	8 634	9 005	9 040	8 536	98,7 %
Dlouhodobá sociální péče	16 999	16 050	15 926	17 241	18 078	18 611	109,5 %
Podpora zdraví v širším pohledu	259	254	263	252	258	294	113,5 %
Ostatní zdravotní péče	9 048	8 978	8 886	8 907	8 934	9 195	101,6 %
Investiční náklady	5 323	5 108	4 940	3 851	3 536	4 102	77,1 %
Vzdělávání	256	252	262	236	255	274	107,0 %
Věda a výzkum	1 023	1 065	1 095	1 272	1 278	1 381	135,0 %
Výdaje na zdravotnictví celkem	340 690	344 505	348 210	350 079	353 799	358 042	105,1 %

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Tabulka 6 ukazuje, že v průměru 5% podíl na celkových výdajích na zdravotnictví představovaly ve sledovaném období náklady na dlouhodobou sociální péči. Zde je možné

řící, že podobně jako u dlouhodobé zdravotní péče, v důsledku stárnutí populace tyto náklady v absolutních hodnotách porostou, čemuž nasvědčuje také nárůst indexu růstu výdajů v roce 2015 o 9,5 % oproti roku 2010.

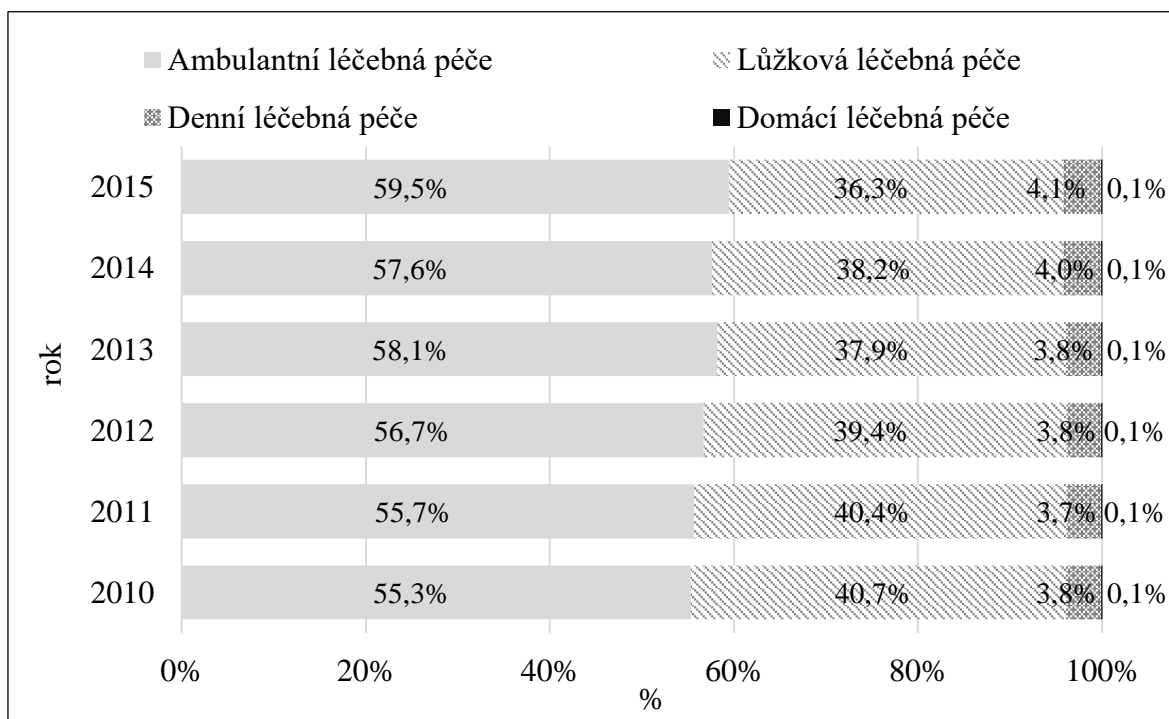
Rehabilitační péče zahrnuje jak lůžkovou, tak ambulantní rehabilitační péči. Byla rovněž velmi dynamicky rostoucím segmentem výdajů na zdravotnictví v ČR, když za sledované období zaznamenala nárůst o 2 mld. Kč, jak. Hodnota indexu růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostla o 15,3 %, jak dokládají údaje v tabulce 6.

Náklady na financování preventivní péče stoupaly od roku 2010 k maximum v roce 2014 ve výši 11,4 mld. Kč, avšak v následujícím roce poklesly o 2,5 mld. Kč, jak ukazují data v tabulce 6. Index růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 poklesl o 9,6 %.

Z tabulky 6 vyplývá, že nejvyšší podíl na spotřebovaných výdajích ve zdravotnictví měla léčebná péče. Ta spotřebovávala ve sledovaném období každoročně prakticky 40 % z celkových výdajů, vynaložených na poskytování zdravotní péče v ČR. Náklady na tuto péči vzrostly z částky 137,3 mld. Kč v roce 2010 o 3,6 mld. Kč, na 140,9 mld. Kč v roce 2013. Poté zaznamenaly meziroční pokles o 2,6 % na částku v absolutní hodnotě rovnu nákladům ve výchozím roce 2010. Poté meziročně opět vzrostly o 3,1 % na výsledných 141,6 mld. Kč v roce 2015. Index růstu výdajů v roce 2015 vzrostl oproti roku 2010 o 3,1 %. Tato hodnota indexu je v souladu s vývojem financování čtyř segmentů, které léčebnou péči tvoří. Léčebná péče zahrnuje péči ambulantní, lůžkovou, denní a domácí léčebnou. Náзорný pohled na strukturu financování léčebné péče dle jednotlivých segmentů podává graf 7.

Jednoznačně nejnižší výdaje, jak ukazuje tabulka 6, byly v období let 2010 – 2015 vynakládány na segment léčebné péče - domácí léčebnou péči. Za sledované období sice vzrostly o 3,2 %, přesto v objemu částek, každoročně vynakládaných na financování zdravotnictví ČR, nemají zásadní význam. Financování denní léčebná péče zaznamenalo v letech 2011 a 2012 pokles oproti roku 2010, avšak od roku 2013 až do roku 2015 výdaje na tento druh péče stoupaly. Hodnota indexu růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostla o 9,5 %. Podíl tohoto druhu péče na celkových výdajích léčebné péče vzrostl z hodnoty 3,8 % v roce 2010 na 4,1 % v roce 2015, jak ukazuje graf 7. Vynakládané částky na tento druh péče ve sledovaném období se pohybovaly nad 5 mld. Kč.

Graf 7 Struktura výdajů dle jednotlivých segmentů léčebné péče v ČR v letech 2010 - 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Výdaje na lůžkovou léčebnou péči od roku 2010, kdy představovaly 40,7 % celkové léčebné péče, viz graf 7, postupně klesaly na své minimum za sledované období v roce 2015, v absolutní hodnotě 51,4 mld. Kč. Zároveň s poklesem vynakládaných částek na financování lůžkové léčebné péče došlo ke snížení podílu nákladů na tuto péči v rámci léčebné péče až na 36,3 % v roce 2015. Se snižováním výdajů na tento druh péče koresponduje hodnota indexu růstu výdajů v roce 2015, která oproti roku 2010 poklesla o 8,1 %, viz tabulka 6.

Z grafu 7 je zřejmé, že nejvyšší objem výdajů na léčebnou péči v ČR spotřebovává ambulantní léčebná péče. V roce 2010 bylo 55,3 % celkových výdajů, vynaložených na léčebnou péči, vydáno právě na ambulantní léčebnou péči, v absolutních číslech šlo o částku 75,9 mld. Kč. V roce 2015 už činil podíl výdajů na ambulantní léčebnou péči 59,5 % z celkových výdajů na léčebnou péči, konkrétně šlo o částku 84,2 mld. Kč. Za sledované období tedy vzrostly výdaje na ambulantní léčebnou péči o více než o 8 mld. Kč. Tyto údaje souvisejí s vývojem a využitím nových léčebných a operačních postupů, umožňujících provádět ambulantní zákroky namísto nasazení ekonomicky náročnější a pro pacienty méně pohodlné lůžkové péče.

Tabulka 7 Indexy růstu výdajů na ambulantní léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Výdaje na ambulantní léčebnou péči v ČR celkem (mil. Kč)	75 929	76 765	78 203	81 940	79 099	84 242	110,9 %
Meziroční index růstu v %	x	101,1	101,9	104,8	96,5	106,5	x

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Meziroční indexy růstu výdajů na ambulantní léčebnou péči v ČR v období let 2010 – 2015 ukazují dle tabulky 7, s výjimkou poklesu mezi roky 2013/2014, na nárůst výdajů na tento segment léčebné péče. Stejnou informaci dává i index růstu výdajů 2015 oproti roku 2010, který vzrostl o 10,9 %.

Tabulka 8 Výdaje na ambulantní léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování, mil. Kč

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Výdaje na ambulantní léčebnou péči v ČR celkem	75 929	76 765	78 203	81 940	79 099	84 242	110,9 %
Výdaje zdravotních pojišťoven na	62 512	63 413	65 428	68 314	63 972	68 020	108,8 %
Výdaje domácností	12 828	12 761	12 204	13 059	14 546	15 465	120,6 %
Výdaje ostatních zdrojů	589	591	571	567	581	757	128,5 %

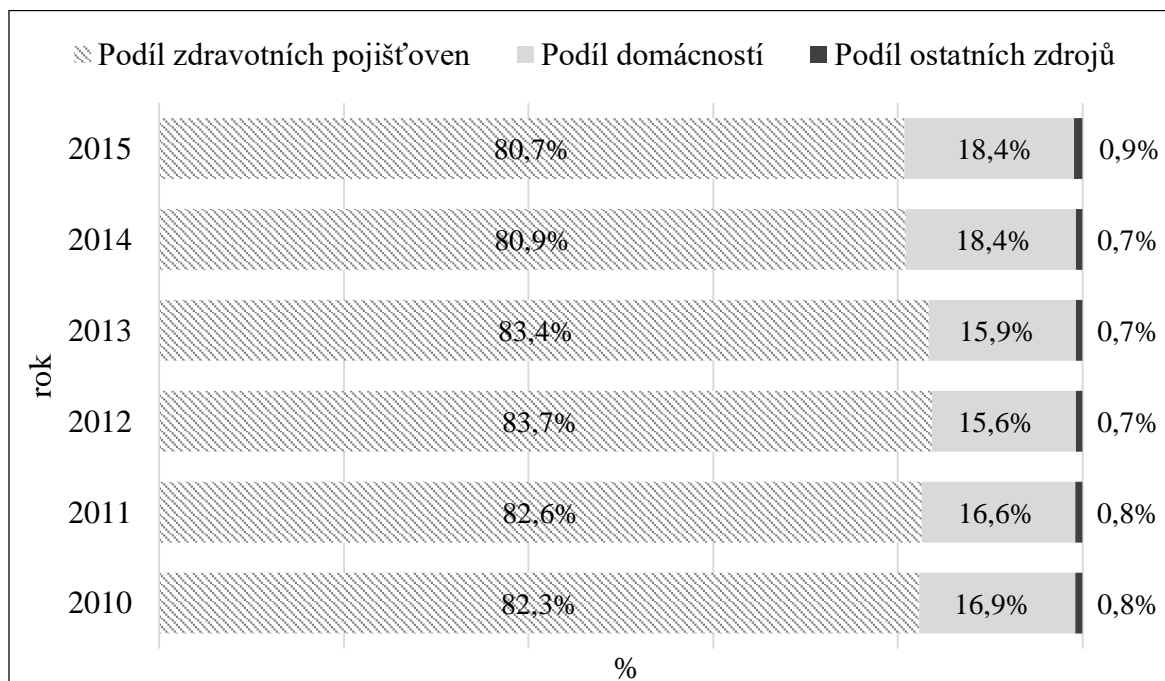
Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Nejvyšší podíl na financování ambulantní léčebné péče měly zdravotní pojišťovny. Jak vyplývá z grafu 8, ve sledovaném období neklesl podíl zdravotních pojišťoven na financování tohoto druhu péče pod 80 %. Z hodnoty podílu 82,3 % v roce 2010 se toto číslo zvyšovalo na svou maximální hodnotu 83,7 % v roce 2012, pak až do roku 2015 podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulantní léčebné péče klesal na konečnou hodnotu 80,7 %.

Přestože podíl financování ambulantní léčebné péče zdravotními pojišťovnami mezi roky 2010 až 2015 postupně klesal, absolutně vynakládané částky rostly. V absolutních

hodnotách činil podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulantní léčebné péče v roce 2010 62,5 mld. Kč, v roce 2015 stoupl na 68 mld. Kč.

Graf 8 Struktura výdajů na ambulantní léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Částky vynakládané ve sledovaném období zdravotními pojišťovnami se nezvyšovaly rovnoměrným způsobem. Mezi roky 2012 a 2013 došlo například k nárůstu výdajů o 2,9 mld. Kč, v následujícím roce pak k poklesu o 4,4 mld. Kč, který následoval nárůst o 4 mld. Kč. Hodnota indexu růstu v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostla o 8,8 % a nárůst výdajů zdravotních pojišťoven potvrzuje.

Druhým nejvýznamnějším zdrojem financování ambulantní léčebné péče jsou výdaje domácností. Jak již bylo podrobněji uvedeno v kapitole 4.2, do součástí financování zdravotnictví ze zdroje domácností jsou regulační poplatky. V případě ambulantní léčebné péče to byly poplatky za návštěvu lékaře, více informací o výši regulačních poplatcích ve sledovaném období poskytuje tabulka 4 z kapitoly 4.2. Z grafu 8 vyplývá, že ve sledovaném období hodnota podílu domácností na financování tohoto druhu léčebné péče vzrostla z hodnoty 16,9 % v roce 2010 na hodnotu 18,4 % v roce 2015.

Tabulka 9 Struktura výdajů domácností na ambulantní léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015, mil. Kč

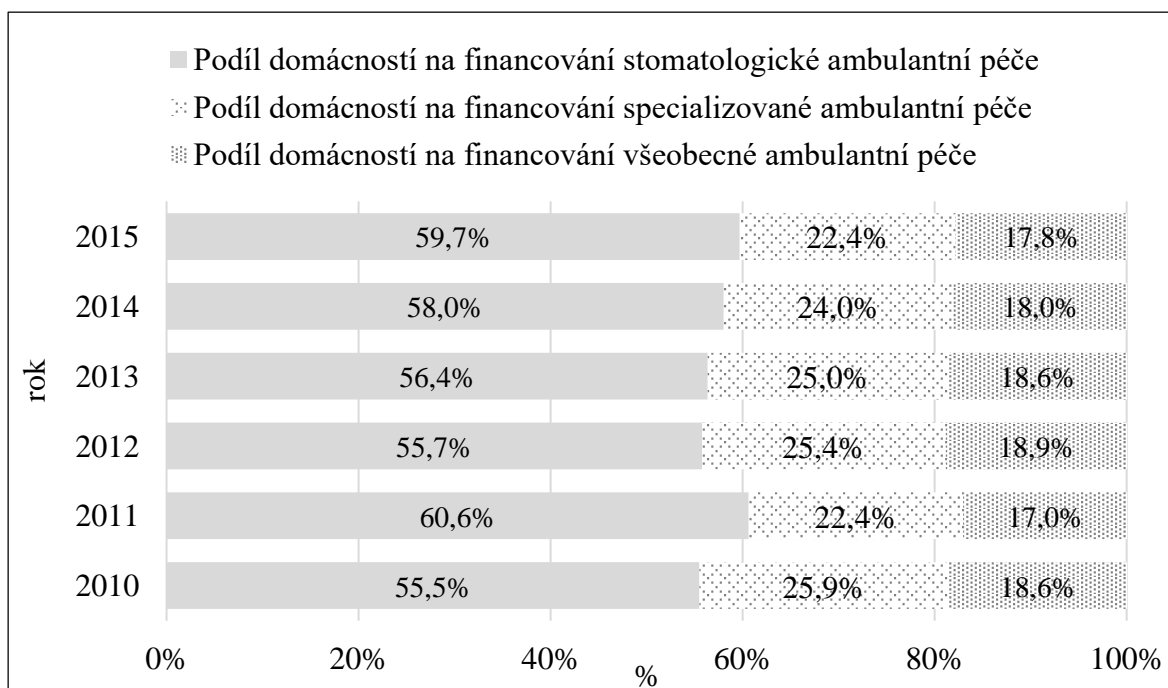
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Výdaje domácností na všeobecnou ambulantní léčebnou péči	2 382	2 171	2 302	2 429	2 622	2 758	115,8 %
Index meziročního růstu v %		91,1	106,0	105,5	107,9	105,2	
Výdaje domácností na stomatologicko u ambulantní léčebnou péči	7 118	7 737	6 802	7 362	8 436	9 236	129,8 %
Index meziročního růstu v %		108,7	87,9	108,2	114,6	109,5	
Výdaje domácností na specializovanou ambulantní léčebnou péči	3 328	2 853	3 100	3 268	3 488	3 471	104,3 %
Index meziročního růstu v %		85,7	108,7	105,4	106,7	99,5	
Výdaje domácností na ambulantní léčebnou péči celkem (mil. Kč)	12 828	12 761	12 204	13 059	14 546	15 465	120,6 %

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

V absolutních hodnotách neklesl podíl domácností na financování ambulantní léčebné péče ve sledovaném období pod 12 mld. Kč. V roce 2010 výdaje domácností na ambulantní léčebnou péči představovaly částku 12,8 mld. Kč, v následujících letech tyto výdaje klesaly až na své minimum 12,2 mld. v roce 2012. Od roku 2013 výdaje domácností opět rostly až na své maximum ve sledovaném období ve výši 15,5 mld. Kč v roce 2015. Pro zajímavost, tato částka představuje 10,9% podíl na financování léčebné péče v ČR v roce 2015 a 4,4% podíl na celkovém financování zdravotní péče v ČR v tomtéž roce. Hodnota indexu růstu

v roce 2015 oproti roku 2010 vzrostla o 20,6 % a naznačuje dynamický nárůst výdajů na domácí ambulantní péči ze zdrojů domácností. Ambulantní léčebná péče je dále strukturována na ambulantní péči všeobecnou, stomatologickou a specializovanou. Tabulka 9 podává přehled o výdajích domácností na ambulantní léčebnou péči právě z pohledu strukturovanosti výdajů na jednotlivé segmenty tohoto druhu péče.

Graf 9 Struktura výdajů domácností na ambulantní léčebnou péči v ČR v letech 2010 - 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Z tabulky je patrné, že nejvyšší výdaje domácností plynuly ve sledovaném období na financování stomatologické péče. V roce 2010 se jednalo o 55,5% podíl, jak ukazuje graf 9. V roce 2011 tento podíl vzrostl na své maximum ve sledovaném období na hodnotu 60,6 %. V následujícím roce podíl domácností na financování stomatologické ambulantní léčebné péče klesl na úroveň roku 2010, aby pak začal stoupat až na hodnotu 59,7 % v roce 2015. V absolutních hodnotách přispívaly domácnosti na financování stomatologické ambulantní léčebné péče v roce 2010 7,1 mld. Kč, a přes pokles v roce 2012 na 6,8 mld. Kč, výdaje na tento druh léčebné péče rostly až na částku 9,2 mld. Kč v roce 2015. Jak ukazuje nárůst indexu růstu výdajů v roce 2015 oproti roku 2010 o 29,8 %, jedná se o nejdynamičtější rostoucí segment ambulantní léčebné péče. U stomatologů, kteří mají smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami, si pacienti často připlácejí za nestandardní lékařské úkony

a materiály. Pokud stomatolog smlouvu se zdravotními pojišťovnami uzavřenu nemá, veškeré zákroky hradí pacienti dle ceníku příslušného pracoviště.

O něco vyšší mírou, než všeobecnou ambulantní péči, financují domácnosti specializovanou ambulantní péči, jak ukazuje graf 9. V roce 2010 se jednalo o podíl 25,9 %, v absolutních číslech šlo o částku 3,3 mld. Kč. V roce 2015 klesl podíl na hodnotu 22,4 % a celkové výdaje domácností na specializovanou ambulantní léčebnou péči činily 3,5 mld. Kč. Za poslední dva roky sledovaného období zůstaly tyto náklady stabilní. Hodnota indexu růstu výdajů v roce 2015 vzrostla oproti roku 2010 o 4,3 % a dokládá, že se jedná o nejpomaleji rostoucí segment ambulantní léčebné péče. Ve specializovaných ambulancích hradili pacienti zdravotní služby a léčebné zákroky, na které nepřispívá zdravotní pojištění.

4.3.2 Financování konkrétních ambulancí podle druhu péče v letech 2010 - 2015

Tabulka 10 a na ni navazující graf 10 dávají do souvislosti republikové statistické údaje o vývoji podílů zdravotních pojišťoven na financování ambulantní léčebné péče v ČR a na financování konkrétních ambulancí v období let 2010 až 2015.

Tabulka 10 Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulantní léčebné péče v ČR a na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 – 2015

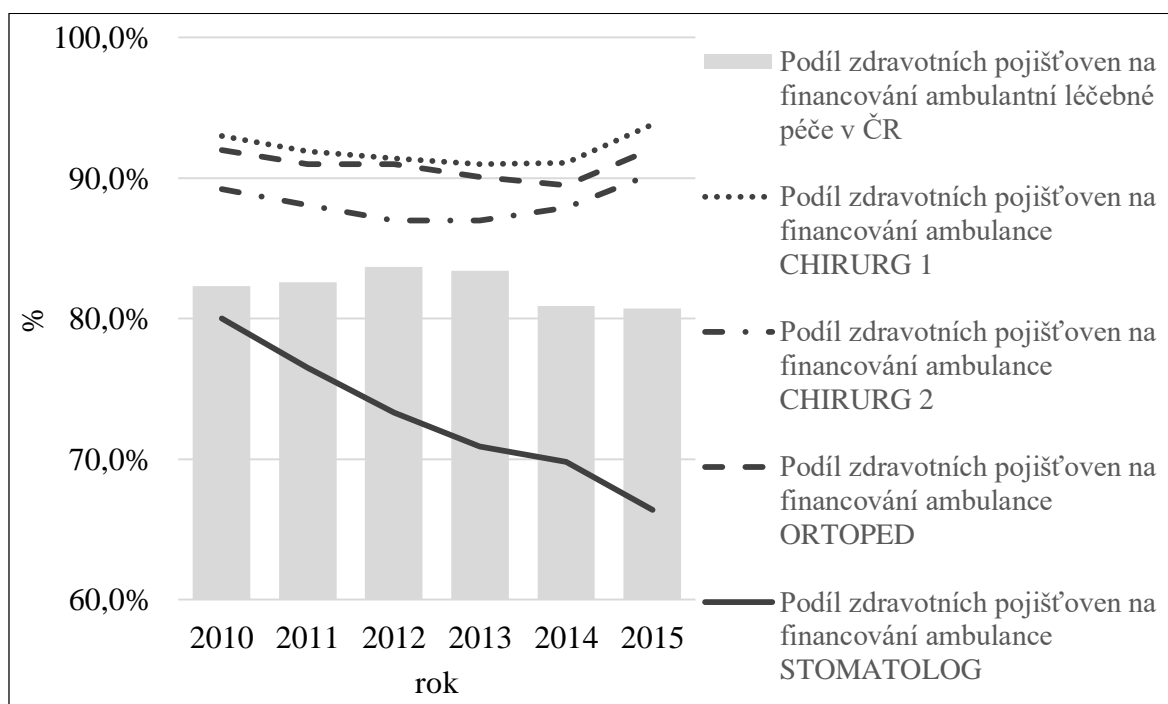
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulantní léčebné péče v ČR v %	82,3	82,6	83,7	83,4	80,9	80,7
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance CHIRURG 1 v %	93,0	91,9	91,4	91,0	91,1	93,8
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance CHIRURG 2 v %	89,2	88,1	87,0	87,0	87,9	90,3
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance ORTOPED v %	92,0	91,0	91,0	90,1	89,5	92,1
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance STOMATOLOG v %	80,0	76,5	73,3	70,9	69,8	66,4

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, D, 2017

V souladu dosud uvedenými s údaji v kapitole 4.2 i v předchozích částech této kapitoly, financování konkrétních ambulancí je zásadně založeno na prostředcích od

zdravotních pojišťoven. Ambulance CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED patří z hlediska struktury ambulantní léčebné péče mezi poskytovatele specializované ambulantní péče, viz tabulka 9. Ordinance STOMATOLOG pak patří mezi poskytovatele stomatologické ambulantní péče, jak dokládá rovněž tabulka 9.

Graf 10 Graf vývoje podílu zdravotních pojišťoven na financování zdravotní péče v ČR a podílu zdravotních pojišťoven na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 - 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, D, 2017

Na rozdíl od ambulantní léčebné péče v ČR je míra podílu financování sledovaných specializovaných ambulancí zdravotními pojišťovnami vždy vyšší, v případě ambulance CHIRURG 1 v průměru o 10 %, u ambulance CHIRURG 2 v průměru o 6 % a u ambulance ORTOPED v průměru o 9 % za sledované období. Jak již bylo uvedeno v kapitole 4.2, financování sledovaných ambulancí bylo v uvedeném období založeno pouze na dvou zdrojích. Lze tedy očekávat posun v podílu financování zásadním zdrojem k vyšším hodnotám a naopak u méně významného zdroje k nižším hodnotám podílu.

Naopak u ambulance STOMATOLOG lze zaznamenat výrazný posun podílu financování zdravotními pojišťovnami k nižším hodnotám. Ve sledovaném období došlo k poklesu podílu z 80 % na 66,4 %, tedy o 13,6 procentních bodů. Tento jev je v souladu s údaji v tabulce 9 a grafu 9.

Následující tabulka 11 a graf 11 se věnují souvislostem republikových statistických údajů o vývoji podílů domácností na financování ambulantní léčebné péče v ČR a na financování konkrétních ambulancí v období let 2010 až 2015.

Tabulka 11 Podíl domácností na financování ambulantní léčebné péče v ČR a na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 – 2015, mil. Kč

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Podíl domácností na financování ambulantní léčebné péče v ČR v %	16,9	16,6	15,6	15,9	18,4	18,4
Podíl domácností na financování ambulance CHIRURG 1 v %	7	8,1	8,6	9,0	8,9	6,2
Podíl domácností na financování ambulance CHIRURG 2 v %	10,8	11,9	13,0	13,0	12,1	9,7
Podíl domácností na financování ambulance ORTOPED v %	8,0	9,0	9,0	9,9	10,5	7,9
Podíl domácností na financování ambulance STOMATOLOG v %	20,0	23,5	26,7	29,1	30,2	33,6

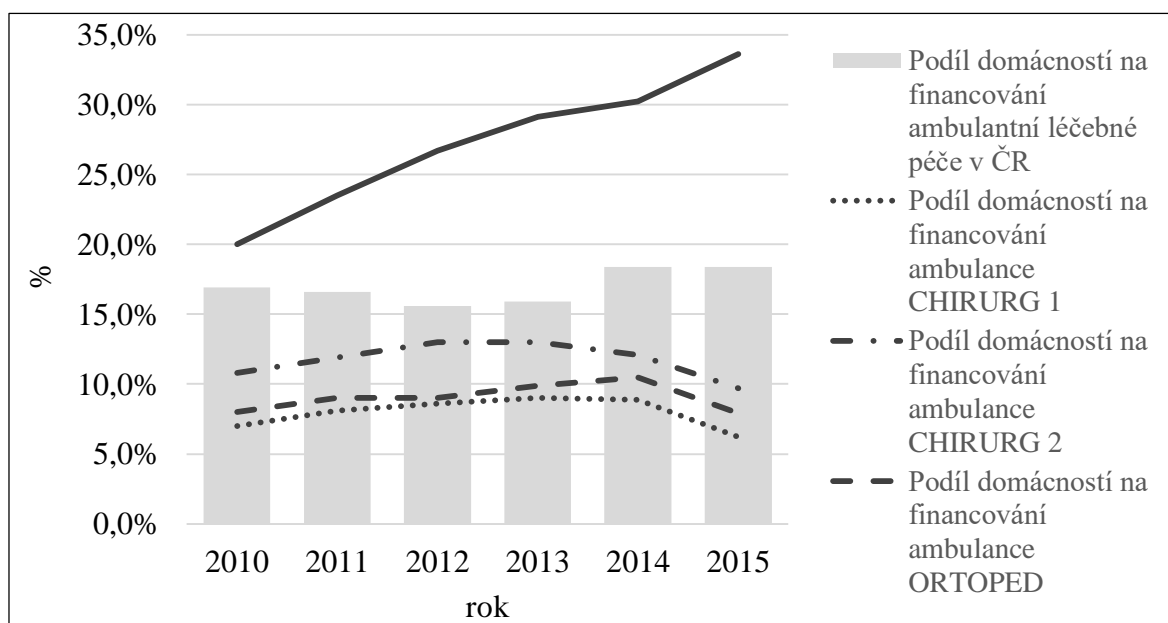
Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, D, 2017

V souladu s obsahem předchozího textu této kapitoly, domácnosti jsou druhým zdrojem financování konkrétních ambulancí.

V případě ambulance CHIRURG 1 je podíl financování domácnostmi v průměru o 9 % nižší, než u obdobného podílu pro financování ambulantní léčebné péče v ČR, u ambulance CHIRURG 2 v průměru o 5 % a u ambulance ORTOPED v průměru o 9 % za sledované období. Tyto podíly jsou v souladu s podíly financování konkrétních ambulancí zdravotními pojišťovnami.

U podílu financování ambulance STOMATOLOG ze zdrojů domácností se projevuje opačný vývoj, než u podílu financování ze zdroje zdravotních pojišťoven. V období let 2010 – 2015 došlo k nárůstu podílu z 20 % v roce 2010 na 33,6 % v roce 2015, tedy o 13,6 procentních bodů. Tento jev je v souladu s údaji v tabulce 10 a grafu 10.

Graf 11 Graf vývoje podílů domácností na financování zdravotní péče v ČR a podílů domácností na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 – 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, D, 2017

4.4 Financování zdravotnictví v ČR a konkrétních ambulancí podle typu poskytovatele

4.4.1 Financování zdravotnictví v ČR podle typu poskytovatele v letech 2010 - 2015

O typologickém zařazení zařízení poskytovatele zdravotních služeb rozhoduje typ poskytovatele, přiřazený nositeli právní subjektivity. Pro lepší představu je možné uvést následující příklad: pokud je specializovaná ambulance součástí subjektu nemocnice, pak se veškeré výdaje na toto zařízení promítnou do statistických údajů nemocnic.

Mezi poskytovatele zdravotní péče, rozlišované podle typu, patří nemocnice, lůžková zařízení dlouhodobé péče, poskytovatelé ambulantní péče, poskytovatelé doplňkových služeb, lékárny a výdejny potřeb, poskytovatelé preventivní péče, ostatní poskytovatelé zdravotní péče a správa systému zdravotní péče. Tato kapitola se blíže zabývá financováním poskytovatelů ambulantní péče v ČR. Poskytovatelé ambulantní péče jsou podle typu dále strukturováni na samostatné ordinace lékařů, samostatné ordinace stomatologů, ambulantní centra, ostatní poskytovatele zdravotní péče, poskytovatele služeb domácí péče a ostatní poskytovatele ambulantní péče. Z hlediska tohoto členění poskytovatelů ambulantní péče

lze ordinace CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED zařadit mezi poskytovatele typu samostatné ordinace lékařů, Z hlediska stejného členění pak patří ordinace STOMATOLOG mezi poskytovatele typu samostatné ordinace zubních lékařů. Přiložená tabulka 12 poskytuje údaje o výdajích na konkrétní typy ambulantní péče v ČR mezi roky 2010 – 2015.

Tabulka 12 Výdaje na poskytovatele ambulantní péče v ČR v letech 2010 – 2015, mil. Kč.

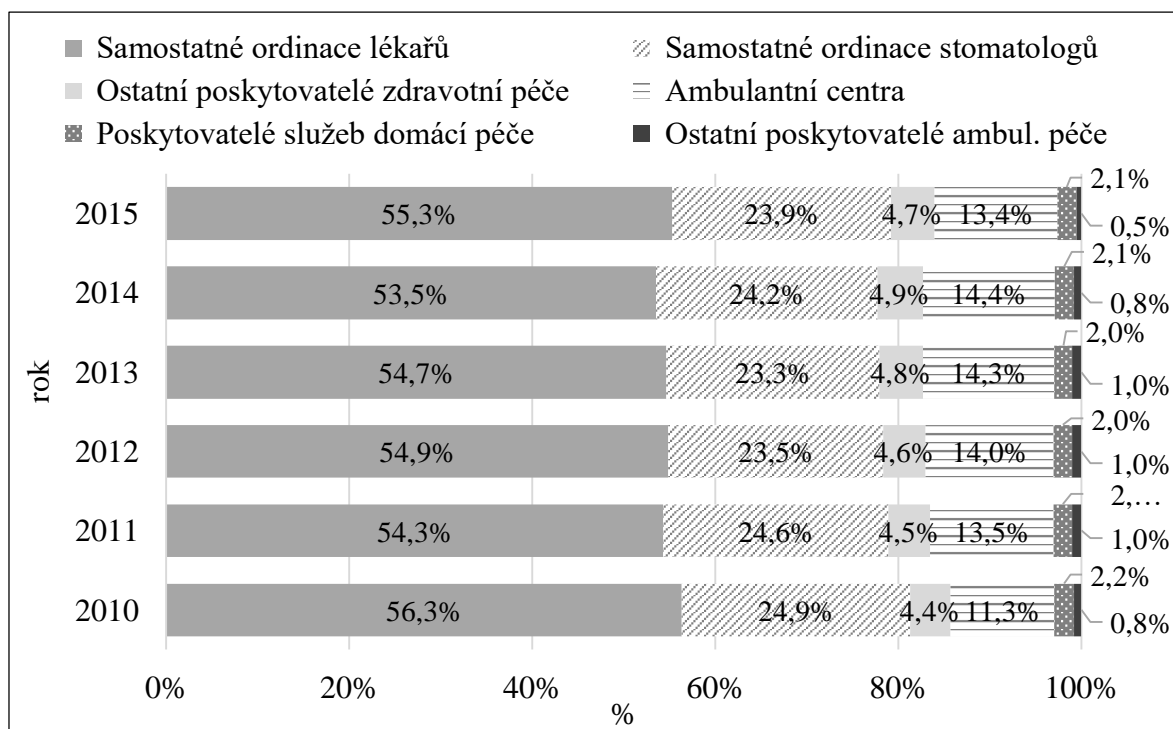
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Výdaje na poskytovatele ambulantní péče v ČR celkem	66 878	69 798	68 802	71 779	72 072	73 189	109,4 %
Výdaje na samostatné ordinace lékařů	37 679	37 915	37 764	39 236	38 564	40 479	107,4 %
Výdaje na samostatné ordinace stomatologů	16 674	17 169	16 143	16 704	17 447	17 495	104,9 %
Výdaje na ostatní poskytovatele zdravotní péče	2 959	3 164	3 162	3 425	3 562	3 456	116,8 %
Výdaje na ambulantní centra	7 578	9 437	9 652	10 281	10 407	9 826	129,7 %
Výdaje na poskytovatele služeb domácí péče	1 456	1 388	1 397	1 427	1 492	1 531	105,2 %
Výdaje na ostatní poskytovatele ambul. péče	532	725	684	706	600	402	75,6 %

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Jak vyplývá z údajů tabulky 12 a daleko názorněji pak i ze souvisejícího grafu 12, více, než polovinu celkových výdajů na poskytovatele ambulantní péče spotřebovávají samostatné ordinace lékařů. Údaje za výdaje samostatných ordinací lékařů (podle typu poskytovatele) zahrnují v sobě jak výdaje na ordinace všeobecných lékařů, tak také výdaje na ordinace lékařů specialistů. V roce 2010 výdaje na poskytování samostatných ordinací lékařů spotřebovaly 56,3 % z celkových výdajů na poskytovatele ambulantní péče v ČR.

Mezi roky 2011 až 2014 došlo k poklesu podílu financování samostatných ordinací lékařů až na 53,5% podíl v roce 2014, v roce 2015 pak tento podíl narostl na hodnotu 55,3 % z celkových výdajů na poskytovatele ambulanti péče.

Graf 12 Struktura podílu výdajů na poskytovatele ambulanti péče v ČR v letech 2010 – 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

V absolutních hodnotách činily výdaje na samostatné ordinace lékařů v roce 2010 37,7 mld. Kč, v následujících dvou letech zůstaly stabilní a v roce 2013 vzrostly oproti roku 2010 o 4,1 % na 39,2 mld. Kč. V letech 2014 výdaje na samostatné ordinace lékařů poklesly na 38,6 mld. Kč a v roce 2015 dosáhly za sledované období svého maxima ve výši 40,5 mld. Kč. Index růstu výdajů na samostatné ordinace lékařů v ČR v roce 2015 ukazuje oproti roku 2010 nárůst o 9,4 %.

Údaje v tabulce 12 a názorně také v souvisejícím grafu 12 dokládají, že samostatné ordinace stomatologů spotřebovaly ve sledovaném období téměř čtvrtinu celkových výdajů na poskytovatele ambulanti péče. V letech 2010 a 2011 to bylo v průměru 24,8 % z celkových výdajů na poskytovatele ambulanti péče v ČR, v následujících dvou letech tento podíl poklesl na průměrných 23,4 % a v letech 2014 a 2015 vzrostl na cca 24 %. V absolutních hodnotách činily výdaje na samostatné ordinace stomatologů v roce 2010

16,8 mld. Kč, v následujícím roce vzrostly oproti předchozímu roku o 3 % na hodnotu 17,2 mld. Kč. V roce 2012 výdaje na samostatné ordinace stomatologů poklesly oproti roku 2011 o 6 %, v následujícím roce opět vzrostly na stejnou hodnotu jako v roce 2010. V roce 2014 nárůst těchto nákladů pokračoval na částku 17,4 mld. Kč a také v následujícím roce zůstaly náklady na financování samostatných ordinací stomatologů na téže hodnotě. Index růstu výdajů na samostatné ordinace stomatologů v ČR vykazuje v roce 2015 oproti roku 2010 nárůst o 7,4 %.

Zdroji, ze kterých byly financovány samostatné ordinace lékařů v ČR v období let 2010 – 2015, byly zdravotní pojišťovny, domácnosti a veřejné rozpočty, jak dokládají údaje v tabulce 13, doplněné grafickým znázorněním podílů jednotlivých zdrojů financování v grafu 13.

Tabulka 13 Výdaje na samostatné ordinace lékařů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování, mil. Kč

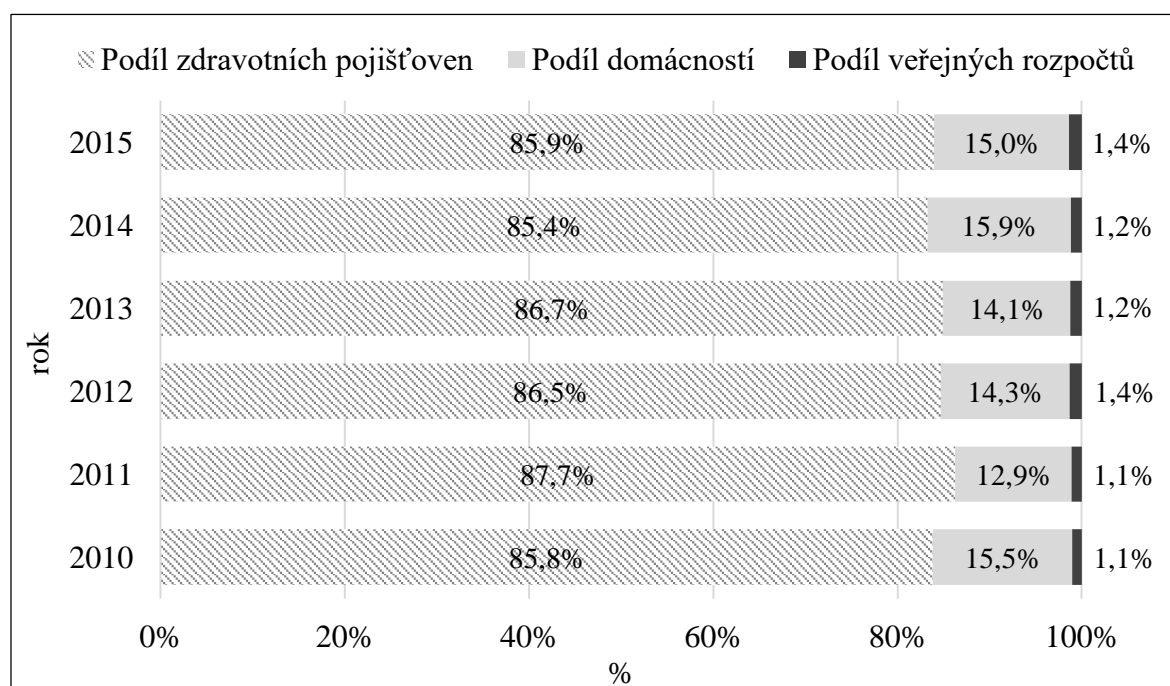
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Výdaje na samostatné ordinace lékařů v ČR celkem	37 679	37 915	37 764	39 236	38 564	40 479	107,4 %
Výdaje zdravotních pojišťoven	32 327	33 263	32 662	34 016	32 919	34 774	107,6 %
Výdaje domácností	5 002	4 288	4 657	4 799	5 238	5 213	104,2 %
Výdaje veřejných rozpočtů	350	364	445	421	407	492	140,6 %

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

V roce 2010 činily výdaje zdravotních pojišťoven na samostatné ordinace lékařů v ČR částku 32,3 mld. Kč, tato částka zároveň představuje minimální hodnotu ve sledovaném období. V následujícím roce došlo k nárůstu výdajů o 0,9 mld. Kč, v roce 2012 výdaje poklesly na 32,6 mld. Kč. V roce 2013 došlo opět k nárůstu výdajů zdravotních pojišťoven na samostatné ordinace lékařů, meziročně oproti roku 2012 o částku 1,4 mld. Kč. V roce 2014 došlo k dalšímu poklesu výdajů, tentokrát o 1 mld. Kč na 32,9 mld. Kč. V roce 2014 dosáhly výdaje zdravotních pojišťoven na samostatné ordinace lékařů maximální výše ve sledovaném období v absolutní hodnotě 34,7 mld. Kč. Index růstu výdajů zdravotních

pojišťoven na samostatné ordinace lékařů v ČR vzrostl roce 2015 oproti roku 2010 o 7,6 %. V procentuálním vyjádření, dle grafu 13, se zdravotní pojišťovny podílely na financování samostatných ordinací lékařů v průměru za sledované období z 86,3 %. Maximální účast zdravotních pojišťoven na výdajích na samostatné ordinace lékařů byla v roce 2011, v procentuálním vyjádření 87,7 %, jak ukazuje graf 13. Naopak minimálního 85,4% podílu financování zdravotními pojišťovnami bylo dosaženo v roce 2014.

Graf 13 Struktura výdajů na samostatné ordinace lékařů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Domácnosti se na financování samostatných ordinací lékařů podílely, dle grafu 13, v roce 2010 z 15,5 %. Poté podíl domácností klesal až do roku 2013, kdy představoval 14,1 %. Nejvyššího 15,9% podílu na financování samostatných lékařských ordinací dosáhly domácnosti v roce 2014. V roce 2015 se domácnosti podílely na výdajích na samostatné ordinace lékařů z 15 %. V absolutních hodnotách přispívaly domácnosti ve sledovaném období, dle tabulky 13, na samostatné ordinace lékařů v průměru 4,9 mld. Kč ročně. Nejvyšší náklady domácnosti vynakládaly v letech 2014 a 2015 ve výši 5,2 mld. Kč, nejnižší pak v roce 2011 ve výši 4,3 mld. Kč. Index růstu výdajů domácností na samostatné ordinace lékařů v ČR vzrostl oproti roku 2010 o 4,2 % v roce 2015.

Výdaje veřejných rozpočtů na samostatné ordinace lékařů v ČR narůstaly ve sledovaném období ze svého minima 350 mil. Kč v roce 2010 na maximum 492 mil. Kč v roce 2015. Index růstu těchto výdajů vzrostl v roce 2015 oproti roku 2010 o 40,6 %, což svědčí o dynamickém nárůstu těchto výdajů. Procentuálně podíly výdajů z veřejných rozpočtů narůstaly z hodnoty 1,1 % v roce 2010 na 1,4 % v roce 2015, v průměru představovaly hodnotu 1,2 % za sledované období.

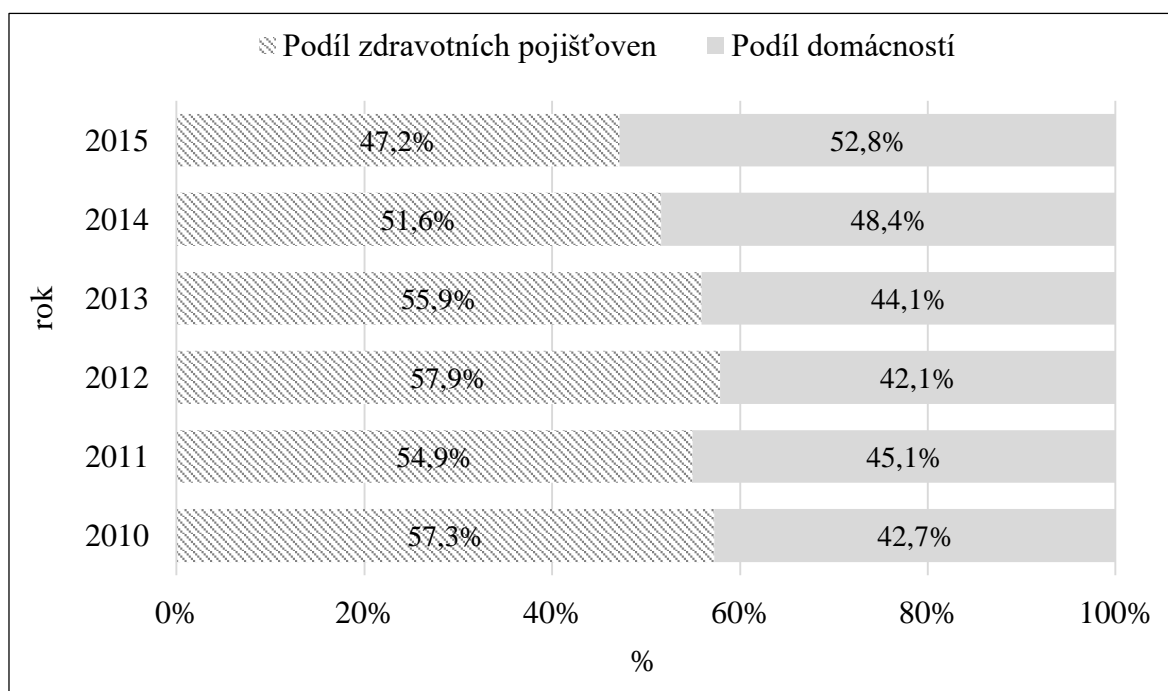
Tabulka 14 Výdaje na samostatné ordinace stomatologů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování, mil. Kč

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Index 2015/2010
Výdaje na samostatné ordinace stomatologů v ČR celkem	16 674	17 169	16 143	16 704	17 447	17 495	104,9 %
Výdaje zdravotních pojišťoven	9 552	9 428	9 337	9 338	9 008	8 255	86,4 %
Výdaje domácností	7 118	7 737	6 802	7 362	8 435	9 236	129,8 %
Výdaje veřejných rozpočtů	4	4	4	4	4	4	100,0 %

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

V roce 2010 činily výdaje zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů, jak vyjadřuje tabulka 14, 9,6 mld. Kč. Tato částka byla zároveň maximem ve sledovaném období 2010 - 2015. Od tohoto roku výdaje zdravotních pojišťoven postupně poklesly až na minimum za sledované období v roce 2015 ve výši 8,3 mld. Kč. V následujících letech výdaje zdravotních pojišťoven na samostatné ordinace stomatologů narůstaly až na své maximum 17,5 mld. Kč za sledované období v roce 2015. Index růstu výdajů zdravotních pojišťoven na samostatné ordinace stomatologů v ČR poklesl v roce 2015 oproti roku 2010 o 13,6 %. Z hlediska podílu výdajů zdravotních pojišťoven na financování samostatných stomatologických ambulancí, jak znázorňuje graf 14, byly v roce 2010 tyto ordinace financovány zdravotními pojišťovnami z 57,3 %. Po poklesu v roce 2011 na 54,9 % se v následujícím roce hodnota podílu vrátila na téměř stejnou úroveň jako v roce 2010, následně v dalších letech hodnota podílu financování samostatných stomatologických ordinací ze zdroje zdravotních pojišťoven klesla až 47,2 % v roce 2015. V tomto roce tedy byly samostatné ordinace stomatologů poprvé za sledované období financovány zdravotními pojišťovnami méně, než z poloviny.

Graf 14 Struktura výdajů na samostatné ordinace stomatologů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017

Výdaje domácností, financující samostatné ordinace stomatologů, jak vyjadřuje tabulka 14, činily v roce 2010 7,1 mld. Kč. V roce 2011 tyto výdaje vzrostly na 7,7 mld. Kč, avšak v roce následujícím poklesly o 0,9 mld. Kč na své minimum ve sledovaném období, tedy na částku 6,8 mld. Kč. Od tohoto roku výdaje domácností dynamicky narůstaly až na své maximum za sledované období v roce 2015 ve výši 9,2 mld. Kč. V tomto roce financování samostatných ordinací stomatologů ze zdroje domácností převýšilo o téměř 1 mld. Kč financování ze zdroje zdravotních pojišťoven. Index růstu výdajů domácností na samostatné ordinace stomatologů v ČR vzrostl v roce 2015 oproti roku 2010 o 29,8 %. Z hlediska podílu výdajů domácností na financování samostatných stomatologických ambulancí, jak je znázorněno v grafu 14, byly v roce 2010 tyto ordinace financovány domácnostmi ze 42,7 % a podíl v roce 2011 vzrostl na 45,1 %. Po poklesu v roce 2012 na 42,1% podíl, začala hodnota podílu od roku 2013 narůstat až ke svému maximu v roce 2015. Tehdy financování samostatných ordinací stomatologů v ČR překročilo 50% hranici na hodnotu 52,8 % a stalo se pro tento typ poskytovatele hlavním zdrojem financování ve sledovaném období.

Výdaje veřejných rozpočtů na samostatné ordinace stomatologů v ČR zůstaly po celé sledované období v konstantní výši 4 mil. Kč, jak je vyčísleno v tabulce 14. Z hlediska struktury financování měly veřejné zdroje zanedbatelný podíl na výdajích vynaložených na samostatné ordinace stomatologů v ČR, který byl prakticky roven nule.

4.4.2 Financování konkrétních ambulancí podle typu poskytovatele v letech 2010 - 2015

Tabulka 15 spolu s grafem 15 dávají přehled o souvislostech republikových statistických údajů o vývoji podílů zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování konkrétních ambulancí v období let 2010 až 2015.

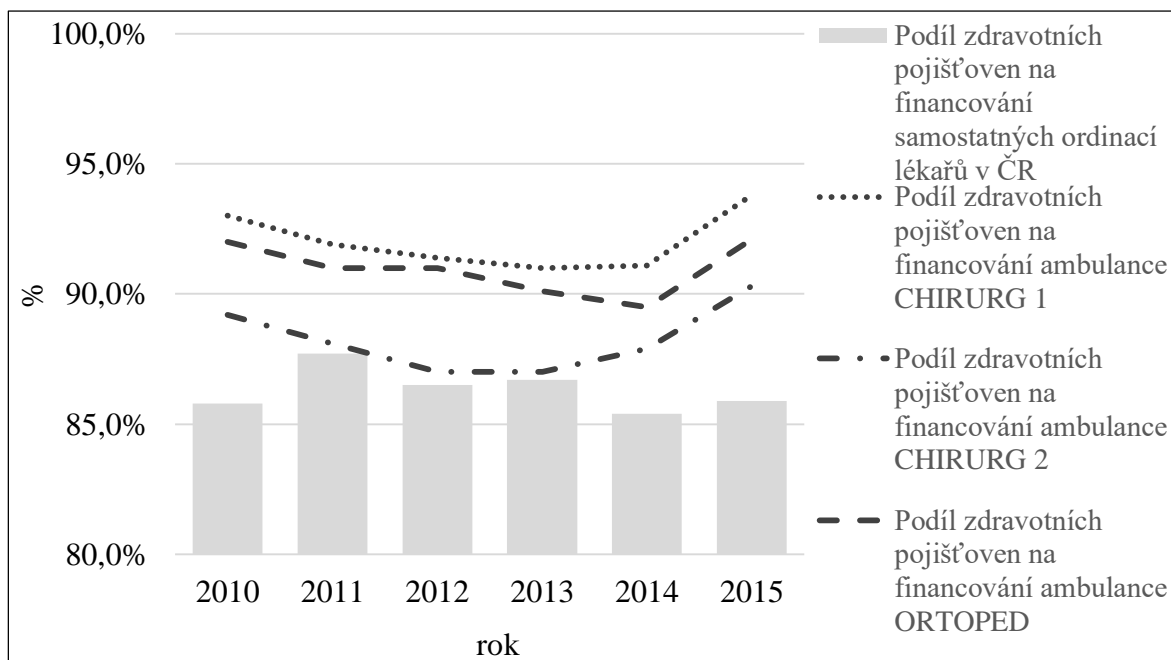
Tabulka 15 Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací lékařů v ČR v %	85,8	87,7	86,5	86,7	85,4	85,9
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance CHIRURG 1 v %	93,0	91,9	91,4	91,0	91,1	93,8
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance CHIRURG 2 v %	89,2	88,1	87,0	87,0	87,9	90,3
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance ORTOPED v %	92,0	91,0	91,0	90,1	89,5	92,1

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, 2017

Ambulance CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED patří z hlediska typu poskytovatele mezi samostatné ordinace lékařů, viz tabulka 12. Z údajů v tabulce 15 je zřejmé, že financování těchto tří konkrétních ordinací je cca z 90 % založeno na platbách zdravotních pojišťoven, obdobně, jako financování samostatných ordinací lékařů v ČR. Časový vývoj hodnot podílů je znázorněn v grafu 15. Průměrná hodnota podílu výdajů zdravotních pojišťoven na financování samostatných lékařských ordinací v ČR je za období 2010 - 2015 86,3 %.

Graf 15 Graf vývoje podílů zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, 2017

V případě obdobného podílu financování ambulance CHIRURG 1 je tento průměr o 6 % vyšší, tedy 92 %, u ambulance CHIRURG 2 v průměru o 2 % vyšší, tedy 88,3 %, a u ambulance ORTOPED v průměru o 5 % vyšší, tedy 91 % za sledované období. Jak již bylo uvedeno v kapitole 4.2, financování sledovaných ambulancí bylo v uvedeném období založeno pouze na dvou zdrojích a podíl financování zásadním zdrojem má v tomto případě vyšší hodnotu, než je tomu v případě subjektů, u nichž se na financování podílí více zdrojů.

Tabulka 16 společně s grafem 16 podávají přehled o souvislostech republikových statistických údajů o vývoji podílů zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování konkrétní ambulance STOMATOLOG v období let 2010 až 2015.

Ambulance STOMATOLOG se z hlediska typu poskytovatele zařazuje mezi samostatné ordinace stomatologů, viz tabulka 12. Z údajů v tabulce 16 vyplývá, že financování této ambulance bylo na začátku sledovaného období, tedy v roce 2010, z 80 % financováno z plateb zdravotních pojišťoven, zatímco samostatné ordinace stomatologů v ČR byly ze zdroje zdravotních pojišťoven financovány pouze z 57,3 %.

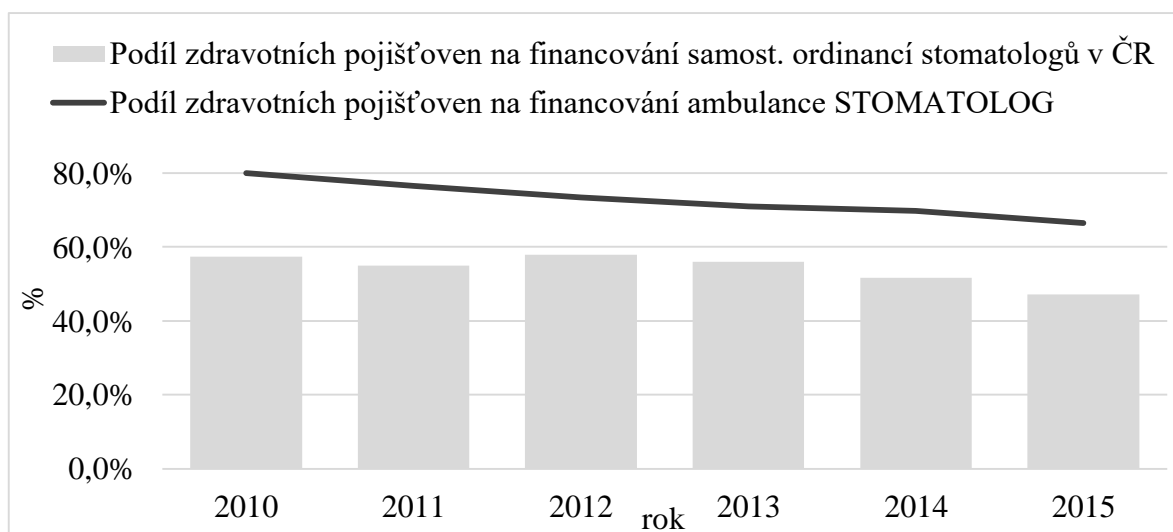
Tabulka 16 Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 - 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR v %	57,3	54,9	57,9	55,9	51,6	47,2
Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance STOMATOLOG v %	80,0	76,5	73,3	70,9	69,8	66,4

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a příloha D, 2017

Jak u financování stomatologických ordinací v ČR, tak také u konkrétní ordinace STOMATOLOG lze sledovat v roce 2015 pokles podílu financování ze zdroje zdravotních pojišťoven oproti roku 2010. V případě samostatných ordinací stomatologů v ČR se jedná o 10% pokles tohoto podílu, v případě konkrétní ambulance STOMATOLOG se jedná dokonce o pokles o 13,6 procentních bodů. Časový vývoj hodnot podílů je znázorněn v grafu 16 a ukazuje na přibližování podílu financování reálné ambulance ze zdrojů zdravotních pojišťoven statistickým údajům financování stomatologických ordinací ze zdrojů zdravotních pojišťoven v ČR.

Graf 16 Graf vývoje podílů zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 - 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a příloha D, 2017

Tabulka 17 spolu s grafem 17 poskytují přehled o souvislostech republikových statistických údajů o vývoji podílů domácností na financování samostatných ordinací lékařů v ČR s financováním konkrétních ambulancí v období let 2010 až 2015, rovněž ze zdroje domácností.

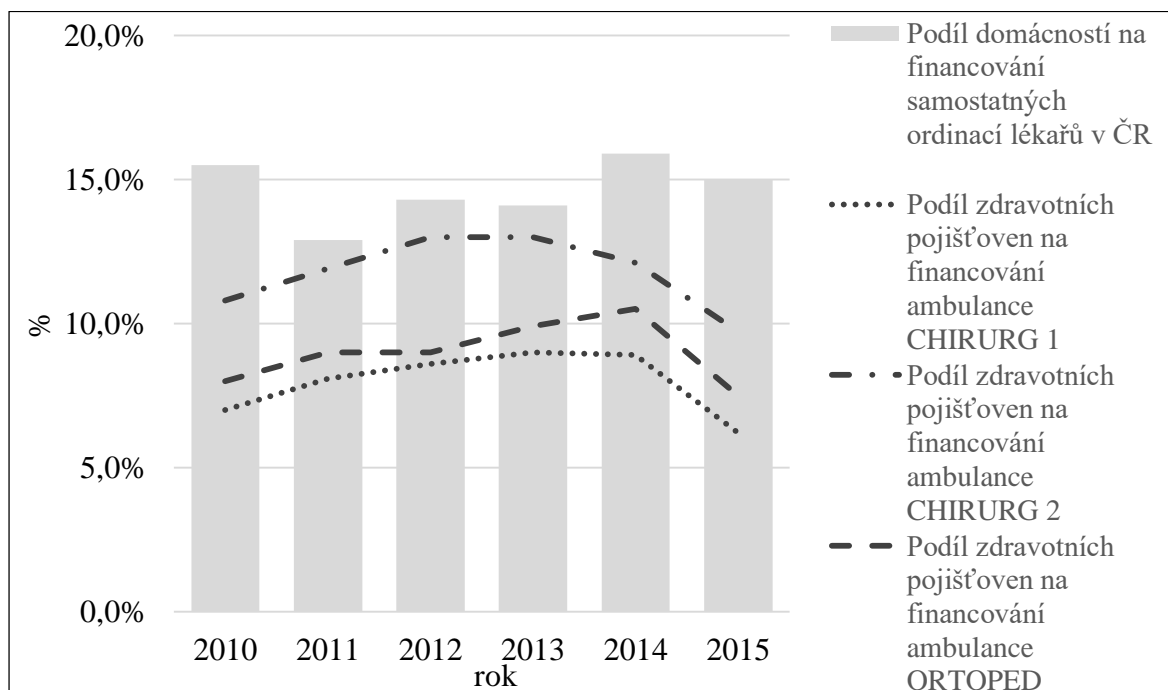
Tabulka 17 Podíl domácností na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Podíl domácností na financování samostatných ordinací lékařů v ČR v %	15,5	12,9	14,3	14,1	15,9	15,0
Podíl domácností na financování ambulance CHIRURG 1 v %	7,0	8,1	8,6	9,0	8,9	6,2
Podíl domácností na financování ambulance CHIRURG 2 v %	10,8	11,9	13,0	13,0	12,1	9,7
Podíl domácností na financování ambulance ORTOPED v %	8,0	9,0	9,0	9,9	10,5	7,5

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, 2017

Na financování samostatných ordinací lékařů v ČR ze zdroje domácností se v období let 2010 – 2015 podílely domácnosti v průměru 14,6 %, jak vyplývá z tabulky 17. U tří konkrétních ambulancí byl tento poměr nižší, jak znázorňuje graf 17. U ambulance CHIRURG 1 v průměru o 6,7 %, u ambulance CHIRURG 2 v průměru o necelá 3 % a u ambulance ORTOPED v průměru o 5,6 %. Časový vývoj hodnot podílů je znázorněn v grafu 17. Průměrná hodnota podílu výdajů domácností na financování ambulance CHIRURG 1 je 8 %, průměrná hodnota podílu výdajů domácností na financování ambulance CHIRURG 2 je 11,8 % a průměrná hodnota podílu výdajů domácností na financování ambulance ORTOPED je 9 %.

Graf 17 Graf vývoje podílů domácností na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulančí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a přílohy A, B, C, 2017

Tabulka 18 a graf 18 podávají přehled o souvislostech republikových statistických údajů o vývoji podílů domácností na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování konkrétní ambulance STOMATOLOG v období let 2010 až 2015.

Tabulka 18 Podíl domácností na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 - 2015

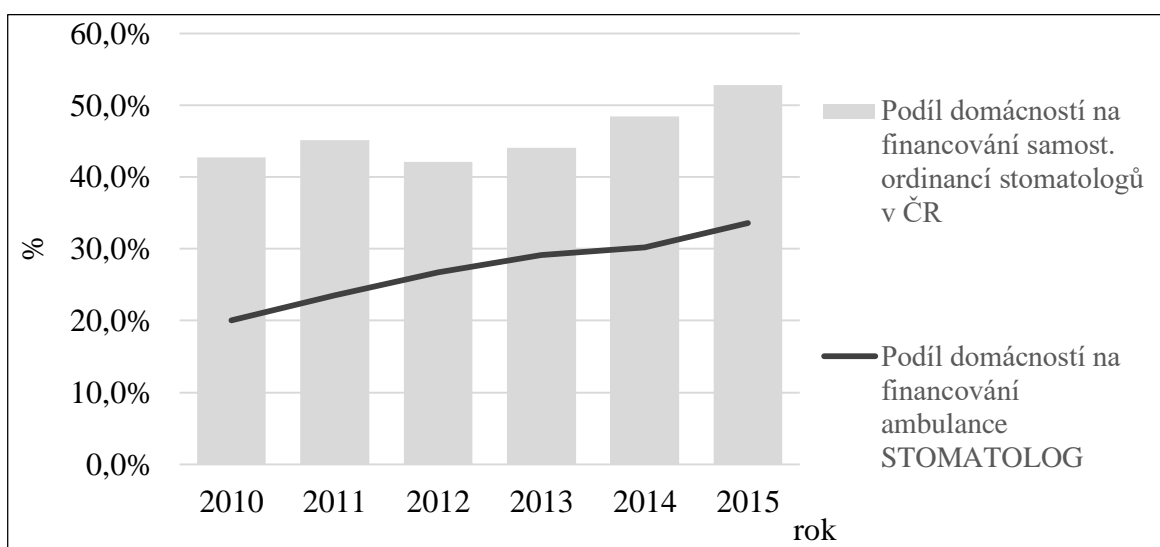
	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Podíl domácností na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR v %	42,7	45,1	42,1	44,1	48,4	52,8
Podíl domácností na financování ambulance STOMATOLOG v %	20,0	23,5	26,7	29,1	30,2	33,6

Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a příloha D, 2017

Z tabulky 18 a ještě názorněji z grafu 18 vyplývá, že financování ambulance STOMATOLOG bylo v roce 2010 založeno z 20 % na platbách domácností, zatímco

samostatné ordinace stomatologů v ČR byly ze zdroje domácností financovány dvojnásobně, konkrétně ze 42,7 %.

Graf 18 Graf vývoje podílů domácností na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 - 2015



Zdroj: vlastní zpracování, Český statistický úřad, 2017 a příloha D, 2017

Jak u financování stomatologických ordinací v ČR, tak také u konkrétní ambulance STOMATOLOG lze v roce 2015 sledovat oproti roku 2010 nárůst podílu financování ze zdroje domácností. V případě samostatných ordinací stomatologů v ČR se jedná o 10% nárůst tohoto podílu na 52,8 %, v případě konkrétní ambulance STOMATOLOG se jedná o dokonce o nárůst 13,6 procentních bodů na 33,6% podíl v roce 2015. Podobně jako u financování ambulance STOMATOLOG ze zdroje zdravotních pojišťoven, i v případě financování ze zdroje domácností je z časového průběhu grafu 18 zřejmé přibližování reálné ambulance statistickým údajům za ČR.

5 Výsledky a diskuse

Období let 2010 – 2015 představuje v této práci sledované období pro financování zdravotnictví ČR i pro financování jednotlivých ambulancí.

Pro vzhled do problematiky poskytované zdravotní péče je důležitá znalost počtu poskytovatelů zdravotní péče i počtu lékařů, v těchto zařízeních pracujících. Současně je důležitá znalost zastoupení poskytovatelů ambulantní péče z celkového počtu zařízení a také počty lékařů, pracujících v zařízeních ambulantní péče. Ve sledovaném období od roku 2010 do konce roku 2015 celkový počet poskytovatelů zdravotní péče v ČR vzrostl o 11,1 %, když v roce 2010 byl činil 28 068 poskytovatelů této péče, a zároveň o 10,6 % vzrostl celkový počet poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR, když v roce 2010 činil 24 295 poskytovatelů této péče. Absolutní hodnota počtu poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR vzrostla, ale podíl jejich počtu vztážen k celkovému počtu poskytovatelů zdravotní péče v ČR se ve sledovaném období téměř nezměnil, a v průměru činil 86 %. Celkový počet lékařů v zařízeních poskytovatelů zdravotní péče v ČR vzrostl od roku 2010 do konce roku 2015 o 7,1 %, když v roce 2010 činil 45 646 lékařů, a celkový počet lékařů v zařízeních poskytovatelů samostatné ambulantní péče v ČR během stejného období vzrostl o 7,5 %, když v roce 2010 činil 23 710 lékařů. Celkové počty lékařů vzrostly, ale podíl počtu lékařů v zařízeních poskytovatelů samostatné ambulantní péče vzhledem k počtu lékařů v zařízeních poskytovatelů zdravotní péče se nijak významně nezměnil, v průměru 51,9 % po celé sledované období.

Celkové výdaje na zdravotní péči v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 vzrostly o 5,1 %, když v roce 2010 činily 340 690 mil. Kč. Z pohledu zdrojů financování zdravotnictví, byl tento nárůst způsoben hlavně nárůstem výdajů ze zdrojů domácností a vládních systémů. Naopak výdaje ve formě dobrovolných plateb vzrostly pouze o 1,1 %. Ze struktury zdrojů financování zdravotní péče v ČR je patrné, že od roku 2010 do konce roku 2015 došlo k nárůstu podílu výdajů na zdravotní péči pouze u vládních systémů a to o 1,6 %. U ostatních zdrojů financování zůstal podíl buď nezměněn, nebo poklesl.

V roce 2008 se staly součástí plateb domácností regulační poplatky. Důvodem jejich zavedení mělo být zabránit pacientům v nadbytečných návštěvách zdravotnických zařízení. Celkové výdaje pacientů za regulační poplatky byly nejvyšší v roce 2009 a od tohoto roku zaznamenávaly trvalý pokles. V roce 2009 dosáhly maxima též poplatky za návštěvu lékaře,

v následujících letech vybrané částky klesaly, poplatky tedy splnily plánovaný účel. Od roku 2008 do roku 2012 vzrostl podíl za hospitalizaci na celkových výdajích na regulační poplatky. V roce 2015 došlo ke zrušení většiny regulačních poplatků, zůstaly zachovány pouze poplatky za služby pohotovosti.

Pro samostatnou ambulanci ORTOPED i pro samostatné ambulance CHIRURG 1 i CHIRURG 2 se v letech 2010 – 2015 zásadně nezměnil podíl zdrojů financování. Z tohoto zjištění plyne, že ani zrušení většiny regulačních poplatků nemělo výraznější vliv na podíl zdrojů financování těchto samostatných ambulancí, protože výše těchto regulačních poplatků nebyla příliš významná oproti výdajům zdravotních pojišťoven, protože obdobně jako v rámci zdravotní péče v ČR, převažujícím zdrojem, ze kterého plynuly příjmy těchto ambulancí, byly právě zdravotní pojišťovny. U ambulance STOMATOLOG došlo k významnému nárůstu podílu financování ze zdroje domácností vůči zdroji zdravotních pojišťoven zhruba o 13 %.

U ambulance CHIRURG 1 došlo ve sledovaném období od roku 2010 do konce roku 2015 k nepatrnému snížení podílu financování domácnostmi vůči financování zdravotními pojišťovnami o 0,8 %. U ambulance CHIRURG 2 od roku 2010 do konce roku 2015 došlo také k nepatrnému snížení podílu financování domácnostmi vůči financování zdravotními pojišťovnami o 1,1 %. U obou těchto ambulancí byl tento nepatrný pokles způsoben zrušením většiny regulačních poplatků v roce 2015. V případě ambulance ORTOPED zůstal ve sledovaném období podíl financování domácnostmi vůči financování zdravotními pojišťovnami v podstatě nezměněn.

Podíl financování ambulance STOMATOLOG ze zdrojů domácností od roku 2010 do konce roku 2015 markantně vzrostl, a to o 13,6 procentních bodů, zatímco podíl financování zdravotními pojišťovnami u této ambulance poklesl o tutéž hodnotu 13,6 procentních bodů.

Nejvyšší nárůst výdajů na zdravotnictví podle druhu péče zaznamenala věda a výzkum, kdy od roku 2010 do konce roku 2015 došlo k nárůstu těchto výdajů o 35 %, když v roce 2010 činily 1 023 mil. Kč. Vzhledem k malému podílu na celkových výdajích na ambulantní léčebnou péči je vliv tohoto více než třetinového růstu velmi malý. Pokles výdajů zaznamenaly výdaje na lůžkovou léčebnou péči, preventivní péči, správu systému zdravotní péče a nejrapidněji došlo k poklesu u investičních nákladů.

Nejvyšší výdaje na zdravotní péči podle druhu péče jsou na léčebnou péči. Z léčebné péče pak nejvyšší výdaje jsou jednoznačně vydávány na ambulantní léčebnou péči, naopak nejnižší výdaje jsou na domácí léčebnou péči.

Celkový nárůst výdajů na ambulantní léčebnou péči od roku 2010 do konce roku 2015 byl 10,9 %, když jejich výše v roce 2010 činila 75 929 mil. Kč. Zajímavostí je že mezi roky 2013-2014 došlo ke snížení výdajů na ambulantní léčebnou péči o 8,3 %.

Podíl výdajů zdravotních pojišťoven na financování ambulantní léčebné péči činil ve sledovaném období cca 80%. Výdaje domácností na ambulantní léčebnou péči činily cca 16% a výdaje ostatních zdrojů činily cca 4 % celkových zdrojů. Nejvyšší nárůst výdajů na ambulantní léčebnou péči z pohledu zdrojů financování tohoto druhu péče zaznamenaly od roky 2010 do konce roku 2015 ostatní zdroje, a to o 28,5 %.

Výdaje domácností na ambulantní léčebnou péči ve sledovaném období vzrostly o 20,6 %, když v roce 2010 činily 12 828 mil. Kč. Tento nárůst byl patrný především mezi roky 2013-2015, přičemž od roku 2010 do roku 2012 výdaje domácností na ambulantní léčebnou péči klesaly.

Podíl výdajů domácností na stomatologické ambulantní léčebné péči činil ve sledovaném období více jak 50 %, přičemž se neustále zvyšoval. Podíl výdajů domácností na specializované ambulantní péči a všeobecné ambulantní péči se mezi lety 2010-2015 zásadně neměnil.

Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulantní léčebné péče v ČR činí v průměru 80% a mezi lety 2010-2015 se nijak zásadně nezměnil.

Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED činil ve sledovaném období cca 90 % a v průběhu těchto let se taktéž zásadně nezměnil. Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance STOMATOLOG činil v roce 2010 80 % a do roku 2015 poklesl o 13,6 procentních bodů.

Podíl domácností na financování ambulantní léčebné péče v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 vzrostl o 1,5 %. Podíl domácností na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED činil ve sledovaném období cca 10 % a mezi roky 2010 - 2015

se zásadně nezměnil. Podíl domácností na financování ambulance STOMATOLOG činil v roce 2010 20 % a do konce roku 2015 vzrostl o 13,6 procentních bodů.

Celkové výdaje na poskytovatele zdravotní péče typu ambulantní péče v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 vzrostly o 9,4 %, když v roce 2010 činily 66 878 mil. Kč. Ze struktury výdajů na poskytovatele ambulantní péče největší nárůst zaznamenávají ve sledovaném období výdaje na ambulantní centra, a to o 29,7 %, když v roce 2010 činily 7 578 mil. Kč, naopak nejvyšší pokles nastal u výdajů na ostatní poskytovatele ambulantní péče, a to o 24,4 %, když v roce 2010 činily 532 mil. Kč.

U struktury podílu výdajů na poskytovatele ambulantní péče v ČR jsou nejvýraznější položkou výdaje na samostatné ordinace lékařů, které činí více než polovinu všech výdajů. Mezi roky 2010 a 2015 se jejich podíl na celkových výdajích prakticky nezměnil a udržoval se mezi 54 - 56 % z celkových výdajů. Nejmenší podíl z celkových výdajů mají ostatní poskytovatelé ambulantní péče a tento podíl od roku 2010 do konce roku 2015 ještě poklesl z původních 0,8 % na 0,5 %.

Celkové výdaje na samostatné ordinace lékařů v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 vzrostly o 7,4 %, když v roce 2010 činily 37 679 mil. Kč. Nárůst byl způsoben hlavně růstem výdajů zdravotních pojišťoven, které vzrostly o 7,6 %, když v roce 2010 činily 32 327 mil. Kč. Největší nárůst výdajů od roku 2010 do konce roku 2015 byl patrný u výdajů veřejných rozpočtů, a to o 40,6 %, což ale vzhledem k jejich zanedbatelnému podílu na celkových výdajích nemělo výraznější vliv na celkový růst.

Ve struktuře podílu výdajů na samostatné ordinace lékařů v ČR jsou nejvýraznější položkou výdaje zdravotních pojišťoven, které činí cca 85 % celkových výdajů a mezi roky 2010 a 2015 se jejich podíl na celkových výdajích prakticky neměnil. Výdaje domácností činily cca 15 % celkových výdajů a již zmíněný podíl veřejných rozpočtů činil cca 1 %.

Celkové výdaje na samostatné ordinace stomatologů v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 vzrostly o 4,9 %, když v roce 2010 činily 16 674 mil. Kč, a bylo to způsobeno hlavně růstem výdajů domácností, které vzrostly o 29,8 %, když v roce 2010 činily 7 118 mil. Kč. Výdaje zdravotních pojišťoven oproti tomu naopak poklesly o 13,6 %, když v roce 2010 činily 9 552 mil. Kč.

Ve struktuře podílu výdajů na samostatné ordinace stomatologů v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 poklesl podíl výdajů zdravotních pojišťoven o 10,1 % a naopak vzrostl podíl výdajů domácností o 10,1 %.

Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací lékařů v ČR byl v období 2010 - 2015 stabilní a činil cca 86 %. Taktéž podíly zdravotních pojišťoven na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED byly stabilní, ale pohybovaly se o několik procentních jednotek nad hodnotami samostatných ordinací lékařů v ČR.

Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 poklesl o 10,1 % z původních 57,3 % na 47,2 % a podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance STOMATOLOG od roku 2010 do konce roku 2015 poklesl o 13,6 procentních bodů z původních 80 % na 66,4 %.

Podíl domácností na financování samostatných ordinací lékařů v ČR byl v období 2010- 2015 stabilní a činil cca 14 %. Taktéž podíly domácností na financování ambulance CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED byly stabilní, ale pohybovaly o několik procentních jednotek pod hodnotami podílů pro samostatné ordinace lékařů v ČR.

Podíl domácností na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR od roku 2010 do konce roku 2015 vzrostl o 10,1 % z původních 42,7 % na 52,8 % a podíl domácností na financování ambulance STOMATOLOG od roku 2010 do konce roku 2015 vzrostl o 13,6 procentních bodů z původních 20 % na 33,6 %.

Závěr

Účelem ambulantní zdravotní péče je poskytovat primární i specializovanou zdravotní péči, která nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo jeho přijetí na lůžko v zařízení jednodenní péče. Soukromá ambulantní zařízení patří mezi nestátní zdravotnická zařízení. O potřebnosti, ekonomické účelnosti i o oblibě tohoto druhu péče pacienti svědčí, že z celkového počtu zařízení zdravotní péče v ČR jich více než šest sedmin tvoří právě zařízení samostatné ambulantní péče. V soukromých ambulancích pracuje více než polovina z celkového počtu lékařů ze zdravotnických zařízení v ČR. Ve struktuře zdravotnictví ČR, členěné podle druhu poskytované péče, získává ambulantní léčebná péče každoročně více než pětina a tedy nejvyšší podíl na vynakládaných výdajích na zdravotnictví v ČR.

Z analýzy dostupných statistických údajů vyplývá, že soukromé ambulance jsou, obdobně, jako zdravotnictví ČR jako celek, financovány z veřejných a soukromých zdrojů a z přímých plateb domácností. Na financování zdravotnictví obecně se ze dvou třetin podílejí zdravotní pojišťovny jako klíčový z veřejných zdrojů, následovány zhruba 17% podílem druhého z veřejných zdrojů, vládními zdroji, třetím významným podílníkem na financování zdravotnictví jsou domácnosti, které přispívají na financování zdravotnictví zhruba ze 13 %. Výdaje ze soukromých zdrojů představují spíše doplňkový zdroj financování zdravotnictví v ČR. Od roku 2008 jsou součástí výdajů domácností regulační poplatky jako prevence nadužívání zdravotnických služeb pacienty. Výdaje domácností za regulační poplatky dosáhly maxima v roce 2009 a od tohoto roku se trvale snižovaly, splnily tedy svůj účel. Od roku 2015, kdy většina regulačních poplatků, byla zrušena, platí pacienti pouze poplatky za využití pohotovostních služeb.

V porovnání s údaji platnými pro financování zdravotnictví v ČR se zdravotní pojišťovny podílejí na financování ambulantní péče v ČR podílem vyšším, z více než čtyř pětín. Následuje zhruba 17% podíl výdajů domácností. Součet výdajů z vládních zdrojů spolu s výdaji ze soukromých zdrojů představuje pro ambulantní péči pouze okrajový zdroj financování. Podle typu poskytovatele zdravotní péče lze poskytovatele soukromé ambulantní péče dále dělit na samostatné ordinace lékařů, spotřebovávající ročně více než polovinu prostředků, vynakládaných na soukromou ambulantní péči, samostatné ordinace stomatologů, spotřebovávající ročně téměř čtvrtinu těchto prostředků a další poskytovatele, na něž je v součtu vynakládána cca pětina výdajů na soukromou ambulantní péči. Z hlediska

struktury zdrojů financování jsou samostatné ordinace lékařů v ČR ze zdrojů zdravotních pojišťoven a domácností financovány obdobně, jako je tomu u financování ambulantní péče v ČR obecně s tím rozdílem, že podíl zdravotních pojišťoven je u samostatných ordinací lékařů zhruba něco vyšší a podíl domácností naopak o málo nižší, než v případě ambulantní péče v ČR obecně. V případě samostatných ordinací stomatologů je však situace odlišná. V roce 2015 byly samostatné ordinace stomatologů v ČR o něco více než z 50 % financovány domácnostmi a o něco méně než z 50 % zdravotními pojišťovnami. Tyto údaje jsou v souladu se skutečností, že stomatologické ambulance jsou tím druhem zdravotní péče, kde si pacienti nejčastěji připlácejí za nestandardní lékařské úkony a materiály a v případě, že stomatolog nemá uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, u níž je pacient pojištěn, veškeré zákroky si hradí sám dle ceníku ambulance.

V případě čtyř sledovaných soukromých ambulancí vstupují do jejich financování pouze dva zdroje, zdravotní pojišťovny a domácnosti. U ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED, které lze zařadit mezi samostatné ordinace lékařů, lze sledovat podobné rozložení financování jako u ambulantní péče v ČR, tedy zásadní převahu zdrojů zdravotních pojišťoven, doplněnou platbami domácností. U všech tří ambulancí je převaha financování zdravotními pojišťovnami dokonce ještě markantnější, než u financování ambulantní péče v ČR obecně. Z mírného poklesu podílů financování těchto tří soukromých ambulancí domácnostmi v roce 2015 lze usoudit na vliv ukončení plateb regulačních poplatků na financování těchto ambulancí. Významně odlišný od tří jmenovaných ambulancí je vývoj podílů zdrojů financování u ambulance STOMATOLOG, kterou lze zařadit podle typu poskytovatele mezi samostatné ordinace stomatologů. V roce 2010 byl podíl financování této ambulance zdravotními pojišťovnami obdobný, jako v případě financování ambulantní péče v ČR obecně, avšak v roce 2015 poklesl u této ambulance podíl financování zdravotními pojišťovnami oproti roku 2010 o 13,6 procentních bodů. Obdobně podíl financování domácnostmi u této ambulance vzrostl mezi roky 2010 – 2015 o 13,6 procentních bodů. Směřování k vyššímu podílu financování ze zdroje domácností je u této ambulance zřetelné a souvisí se skutečností, že nejčastěji si domácnosti připlácejí za ambulantní péči právě ve stomatologických ordinacích. Z průběhu podílu financování této soukromé ambulance domácnostmi nelze usoudit na vliv ukončení plateb regulačních poplatků na jejím financování.

Seznam použitých zdrojů

Barták, Miroslav. 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Nakladatelství Wolters Kluwer ČR, s. 86, ISBN 978-80-7357-503-8

Barták, Miroslav. 2010. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Nakladatelství Wolters Kluwer ČR, s. 81, ISBN 978-80-7357-503-8

Britské listy [online]. Nucená správa VZP [cit. 22.11.205] Jan Mertl. Dostupný z :
Čeledová, Libuše. Čevela, Rostislav. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha :
Nakladatelství Grada, s. 102, ISBN 978-80-247-3213-8

ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2015

Drbal, Ctibor. 2005. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha : Nakladatelství Galén,
s. 6, ISBN 978-8-072-62340-2

Drbal, Ctibor. 2005. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha: Nakladatelství Galén,
s. 7, ISBN 978-80-7262-340-2

Durdisová, Jaroslava. 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, s. 169,
ISBN 80-245-0998-9

Durdisová, Jaroslava. 2005. *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, s. 154,
ISBN 80-245-0998-9

Eim, Josef – diplomová práce –Vývoj zdravotního systému v ČR, Právnická fakulta
Masarykovy univerzity, 2007 str.17

Gladkij, Ivan a kolektiv. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Nakladatelství
Computer Press, s. 4-5, ISBN 978-80-722-6996-9

Gladkij, Ivan a kolektiv. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Nakladatelství
Computer Press, ISBN 978-80-722-6996-9

Gladkij, Ivan a kolektiv. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Nakladatelství
Computer Press, s. 79, ISBN 978-80-722-6996-9

Gladkij, Ivan a kolektiv. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Nakladatelství
Computer Press, s. 31, ISBN 978-80-722-6996-9

Gladkij, Ivan a kolektiv. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Nakladatelství
Computer Press, s. 30, ISBN 978-80-722-6996-9

Gladkij, Ivan a kolektiv. 2003. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Nakladatelství
Computer Press, s. 16, ISBN 978-80-722-6996-9

Gladkij, Ivan. 1995. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomie a sociologie zdravotnictví*.
Olomouc. Univerzita palackého Olomouc. ISBN 80-7067-503-9

Gladkij, Ivan. Strnad, Ladislav. 2002. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. Olomouc. Univerzita Palackého Olomouc, Lékařská fakulta, s. 13. ISBN 80-244-0500-8

Gladkij, Ivan. Management ve zdravotnictví: Řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: Kvalita zdravotní péče a její vyhodnocení st. 38-39

Gladkij, Ivan a kolektiv – Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování 1999 s.13. ISBN:80-7013-272-8

Hekelová, Zuzana. 2012. Manažerské znalosti a dovednosti pro sestry. Praha: Nakladatelství Grada, s. 11, ISBN 978-80-247-4032-4

Hlava I. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů
Holasová, Věra. 2014. Kvalita v sociální práci a službách GRADA s.20, ISBN:978-80-247-4315-8

http://www.mzcr.cz/KvalitaABezpeci/obsah/zdravotni-pojistovny_3307_29.html
<https://legacy.blisty.cz/art/25796.html>

Ivanová, K., Dostupnost zdravotní péče v olomouckém kraji, atestační práce, IPVZ2003

Kebza, Vladimír a kol. 2014. Psycholog ve zdravotnictví. Praha: Nakladatelství Karolinum, s. 11-12, ISBN 978-80-246-2446-4

Krebs, Vojtěch. 2010. Sociální politika. Praha : Nakladatelství Wolters Kluwer, s. 350,351 ISBN 978-80-7357-585-4

Krebs, Vojtěch. 2010. Sociální politika. Praha : Nakladatelství Wolters Kluwer, s. 353 ISBN 978-80-7357-585-4

Křivohlavý zdraví. Praha (2003, Portál, s. 33-40.), Psychologie

Křížová, Eva. 1998. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Praha: Vlastním nákladem, s. 33, ISBN 80-238-0937-7

Malina, Antonín. Úvod do veřejného zdravotnictví [online]. S. 1. [cit. 30.6.2017]. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_vz.pdf

Masarykova univerzita v Brně [online]. Financování zdravotní péče – obecná část [cit. 29.8.2017]. Dostupný z: https://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/CN_KVEKZD/um/W6/financovani_zdravotnictvi.pdf
Masarykova univerzita v Brně. Financování zdravotní péče – obecná část [online]. [cit. 17.8.2017]. Dostupný z: https://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/CN_KVEKZD/um/W6/financovani_zdravotnictvi.pdf

Matoušek, Oldřich. 2008. Slovník sociální práce. Praha : Nakladatelství Portál, s. 138 ISBN
Medical Tribune [online]. Jak se vyvíjelo a jak funguje financování zdravotnictví [cit. 4.8.2017]. Dostupný z: <https://www.tribune.cz/clanek/18074-jak-se-vyvijelo-a-jak-funguje-financovani-zdravotnictvi>

Ministerstvo zdravotnictví ČR. Zdravotní pojišťovny [online]. [cit. 19.8.2017]. Dostupný z: Monitor [online]. Odvětvový rozklikávací rozpočet pro výdaje [cit. 25.8.2017]. Dostupný z: <http://monitor.statnipokladna.cz/2017/statni-rozpocet/kapitola/335#rozpocet-vydaje-odvetvovy>

Monitor [online]. Rozklikávací rozpočty [cit. 25.8.2017]. Dostupný z: <http://monitor.statnipokladna.cz/2017/statni-rozpocet/#rozpocet-vydaje-organizacni>

MUDr. Fařunová, Kvalita života, diplomová práce, Filozofická fakulta University Karlovy, (2007, s. 17)

Nahodil, František a kol. 2009. Veřejné finance v České republice. Plzeň: vydal Aleš Čeněk, s. 95, ISBN 978-80-7380-162-5

Nahodil, František a kol. 2009. Veřejné finance v České republice. Plzeň: vydal Aleš Čeněk, s. 90, ISBN 978-80-7380-162-5

Nahodil, František a kol. 2009. Veřejné finance v České republice. Plzeň: vydal Aleš Čeněk, s. 89, ISBN 978-80-7380-162-5

Němec, J. Principy zdravotního pojištění Praha. Grada Publishing, 2008 ISBN 80-247-2628-9

Nováková, I., Zdravotní nauka 2.díl, Praha GRADA Publishing a.s. 2011 ISBN:80-247-3709-4

Ochrana, František. Pavel, Jan. Vitek, Leoš a kolektiv. 2010. Veřejný sektor a veřejné finance: Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit. Praha: Nakladatelství Grada, s. 131, ISBN 978-80-247-3228-2

Ochrana. F., Pavel, J., Vitek, L., a kol., Veřejný sektor a veřejné finance: Financování nepodnikatelských aktivit. Praha: Grada Publishing a.s., 2010 s.44 ISBN 80-247-8353-3

Otavová, M., Mendlova univerzita v Brně, Účetní a daňová specifika podnikání lékařů Policy paper [online]. Financování zdravotnictví [cit. 26.8.2017]. Adam Vojtěch, srpen 2016. Dostupný z: <http://docplayer.cz/29944282-Financovani-zdravotnictvi.html>

Študentová, I., Právní regulace financování zdravotnictví, Právnická fakulta Masarykovy univerzity, 2008

Topinka – diplomová práce – Zdravotnický systém v ČR jako problém veřejné politiky a správy, Právnická fakulta Západočeské univerzity v Plzni, 2015

Urbanová – bakalářská práce – Systém financování zdravotnictví ČR a Německa, jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Ekonomická fakulta 2011

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., listina základních práv a svobod

ÚZIS ČR [online]. Ekonomické informace ve zdravotnictví [cit. 16.8.2017]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>

ÚZIS ČR [online]. Ekonomické informace ve zdravotnictví [cit. 26.8.2017]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>
ÚZIS ČR [online]. Zdravotní pojištění [cit. 2.8.2017]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz>

ÚZIS ČR [online]. Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2013. Časové řady vybraných finančních ukazatelů [cit. 27.8.2017]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz>

Vurm, Vladimír a kol. 2011. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Nakladatelství Triton, s. 34, ISBN 978-80-7254-997-9

Vurm, Vladimír a kol. 2011. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Nakladatelství Triton, s. 37, ISBN 978-80-7254-997-9

Vurm, Vladimír a kol. 2011. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Nakladatelství Triton, s. 35, ISBN 978-80-7254-997-9

Vurm, Vladimír a kol. 2011. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Nakladatelství Triton, s. 34, ISBN 978-80-7254-997-9

Wikipedie [online]. Zdraví [cit. 13.6.2017]. Dostupné z: <https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdraví>

Wikipedie [online]. Zdravotní pojištění [cit. 13.6.2017]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotní_pojištění

Wikipedie [online]. Zdravotní pojištění [cit. 13.6.2017]. Dostupné z: https://cs.wikipedia.org/wiki/Zdravotní_pojištění

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

Zdravotnické noviny [online]. Výdaje na zdravotnictví porostou, výdaje se tenčí [cit. 15.7.2017]. Dostupný z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/vydaje-na-zdravotnictvi-porostou-rezervy-se-tenci-podle-zdravotne-pojistnych/>

Seznam tabulek a grafů

Tabulka 1	Počet poskytovatelů zdravotní péče a poskytovatelů samostatné ambulanci péče v ČR v letech 2010 – 2015	29
Tabulka 2	Přepočítaný počet lékařů v zařízeních poskytovatelů zdravotní péče a přepočítaný počet lékařů v zařízeních poskytovatelů samostatné ambulanci péče v ČR v letech 2010 – 2015, zaokrouhleno na celá čísla	30
Tabulka 3	Výdaje na zdravotní péči v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování v mil. Kč	32
Tabulka 4	Výdaje pacientů za regulační poplatky v ČR v letech 2008 – 2015, mil. Kč	35
Tabulka 5	Přehled zdrojů financování čtyř konkrétních soukromých ambulancí v letech 2010 – 2015	37
Tabulka 6	Výdaje na zdravotnictví v ČR podle druhu péče v letech 2010 – 2015, mil. Kč	43
Tabulka 7	Indexy růstu výdajů na ambulanci léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015	46
Tabulka 8	Výdaje na ambulanci léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování, mil. Kč	46
Tabulka 9	Struktura výdajů domácností na ambulanci léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015, mil. Kč	48
Tabulka 10	Podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulanci léčebné péče v ČR a na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 – 2015.....	50
Tabulka 11	Podíl domácností na financování ambulanci léčebné péče v ČR a na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 – 2015, mil. Kč	52
Tabulka 12	Výdaje na poskytovatele ambulanci péče v ČR v letech 2010 – 2015, mil. Kč	54
Tabulka 13	Výdaje na samostatné ordinace lékařů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování, mil. Kč	56
Tabulka 14	Výdaje na samostatné ordinace stomatologů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování, mil. Kč	58
Tabulka 15	Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015	60
Tabulka 16	Podíl zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a podíl zdravotních pojišťoven na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 – 2015	62
Tabulka 17	Podíl domácností na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015	63

Tabulka 18	Podíl domácností na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 - 2015	64
Graf 1	Struktura zdrojů financování zdravotní péče v ČR v letech 2010 – 2015	33
Graf 2	Struktura regulačních poplatků v ČR v letech 2008 – 2015	35
Graf 3	Struktura zdrojů financování ambulance CHIRURG 1 v letech 2010 až 2015	38
Graf 4	Struktura zdrojů financování ambulance CHIRURG 2 v letech 2010 až 2015.....	39
Graf 5	Struktura zdrojů financování ambulance ORTOPED v letech 2010 až 2015	39
Graf 6	Struktura zdrojů financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 až 2015	40
Graf 7	Struktura výdajů dle jednotlivých segmentů léčebné péče v ČR v letech 2010 - 2015	45
Graf 8	Struktura výdajů na ambulantní léčebnou péči v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování	47
Graf 9	Struktura výdajů domácností na ambulantní léčebnou péči v ČR v letech 2010 - 2015	49
Graf 10	Graf vývoje podílu zdravotních pojišťoven na financování zdravotní péče v ČR a podílu zdravotních pojišťoven na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 – 2015	51
Graf 11	Graf vývoje podílů domácností na financování zdravotní péče v ČR a podílů domácností na financování konkrétních ambulancí v letech 2010 – 2015 ..	53
Graf 12	Struktura podílu výdajů na poskytovatele ambulantní péče v ČR v letech 2010 – 2015	55
Graf 13	Struktura výdajů na samostatné ordinace lékařů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování	57
Graf 14	Struktura výdajů na samostatné ordinace stomatologů v ČR v letech 2010 – 2015 dle zdrojů financování	59
Graf 15	Graf vývoje podílů zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015.....	61
Graf 16	Graf vývoje podílů zdravotních pojišťoven na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 - 2015	62
Graf 17	Graf vývoje podílů domácností na financování samostatných ordinací lékařů v ČR a na financování ambulancí CHIRURG 1, CHIRURG 2 a ORTOPED v letech 2010 - 2015	64

Graf 18	Graf vývoje podílů domácností na financování samostatných ordinací stomatologů v ČR a na financování ambulance STOMATOLOG v letech 2010 - 2015.....	65
---------	---	----

Přílohy

Příloha A Výkaz příjmů ambulance CHIRURG 1 v letech 2010 – 2015

Příloha B Výkaz příjmů ambulance CHIRURG 2 v letech 2010 – 2015

Příloha C Výkaz příjmů ambulance ORTOPED v letech 2010 – 2015

Příloha D Výkaz příjmů ambulance STOMATOLOG v letech 2010 – 2015

Příjmy a výdaje podle typu předkontace

Příloha A

Strana 1

IČ:

Rok: 2010

Dne: 09.02.2018

Tisk vybraných záznamů

Zkratka	Název	Typ	Částka	DPH	Celkem
PŘÍJMY ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
61	Prodej výrobků a služeb		856 411,65	0,00	856 411,65
		P Prodej výrobků a služeb	856 411,65	0,00	856 411,65
62	Ostatní příjem		45,02	0,00	45,02
		P Ostatní příjem	45,02	0,00	45,02
Celkem příjmy zahrnované do základu daně			856 456,67	0,00	856 456,67

Zkratka	Název	Typ	Částka	DPH	Celkem
VÝDAJE ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
22	Materiál		504,00	0,00	504,00
		V Materiál	504,00	0,00	504,00
23	Zboží		86 680,80	0,00	86 680,80
		V Zboží	86 680,80	0,00	86 680,80
47	Mzdy pracovníků		127 820,00	0,00	127 820,00
		V Mzdy pracovníků	127 820,00	0,00	127 820,00
30	Nájem		160 930,00	0,00	160 930,00
32	pojistné, mimo soc.a zdrav.		4 237,00	0,00	4 237,00
62	Daň z příjmu, zam.		12 047,00	0,00	12 047,00
		V Ostatní výdaj	177 214,00	0,00	177 214,00
46	Odvod do fondů za zaměstnance soc.poj.		42 992,00	0,00	42 992,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance	42 992,00	0,00	42 992,00
35	Ostatní režijní výdaj		154 215,31	0,00	154 215,31
36	účetnictví		14 000,00	0,00	14 000,00
37	úhrada telefonu,poštovní		10 520,45	0,00	10 520,45
		VR Ostatní režijní výdaj	178 735,76	0,00	178 735,76
40	Odvod do fondů za zaměstnance - firma Z ⁷		24 290,00	0,00	24 290,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance - firma	24 290,00	0,00	24 290,00
Celkem výdaje zahrnované do základu daně			638 236,56	0,00	638 236,56

Zkratka	Název	Typ	Částka	DPH	Celkem
PŘÍJMY NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
10	Počáteční stav		120 876,79	0,00	120 876,79
		PN Počáteční stav	120 876,79	0,00	120 876,79
06	Ostatní příjem nezapočítatelný		1 445,00	0,00	1 445,00
		PN Ostatní příjem nedaňový	1 445,00	0,00	1 445,00
Celkem příjmy nezahrnované do základu daně			122 321,79	0,00	122 321,79

Zkratka	Název	Typ	Částka	DPH	Celkem
VÝDAJE NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
51	Osobní spotřeba		66 521,00	0,00	66 521,00
		VN Převody pro osobní potřebu	66 521,00	0,00	66 521,00
55	Odvod daně z příjmů		27 825,00	0,00	27 825,00
		VN Odvod daně z příjmů	27 825,00	0,00	27 825,00
59	Ostatní výdaj nedaňový		3 445,00	0,00	3 445,00
		VN Ostatní výdaj nedaňový	3 445,00	0,00	3 445,00

Příjmy a výdaje podle typu předkontace

Příloha A

Strana 1

IČ:

Rok: 2011

Dne: 09.02.2018

Tisk vybraných záznamů

Zkratka	Název	Typ	Čísloka	DPH	Celkem
PŘÍJMY ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
81	Prodej výrobků a služeb		748 958,70	0,00	748 958,70
		P Prodej výrobků a služeb	748 958,70	0,00	748 958,70
82	Ostatní příjem		280,87	0,00	280,87
		P Ostatní příjem	280,87	0,00	280,87
Celkem příjmy zahrnované do základu daně			749 239,57	0,00	749 239,57
VÝDAJE ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
23	Zboží		96 483,30	0,00	96 483,30
		V Zboží	96 483,30	0,00	96 483,30
47	Mzdy pracovníků		141 103,00	0,00	141 103,00
		V Mzdy pracovníků	141 103,00	0,00	141 103,00
30	Najem		175 560,00	0,00	175 560,00
32	pojistné ,mimo soc.a zdrav.		4 682,00	0,00	4 682,00
62	Daň z příjmu zam.		8 904,00	0,00	8 904,00
		V Ostatní výdaj	109 146,00	0,00	109 146,00
48	Odvod do fondů za zaměstnance soc.poj.		44 547,00	0,00	44 547,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance	44 547,00	0,00	44 547,00
35	Osobní režijní výdaj		196 047,54	0,00	196 047,54
36	účetnictví		17 000,00	0,00	17 000,00
37	úhrada telefonu,poštovné		11 876,21	0,00	11 876,21
		VR Ostatní režijní výdaj	224 923,75	0,00	224 923,75
49	Odvod do fondů za zaměstnance - firma ZP		19 092,00	0,00	19 092,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance - firma	19 092,00	0,00	19 092,00
Celkem výdaje zahrnované do základu daně			715 295,05	0,00	715 295,05
PŘÍJMY NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
10	Počáteční stav		195 677,90	0,00	195 677,90
		PN Počáteční stav	195 677,90	0,00	195 677,90
Celkem příjmy nezahrnované do základu daně			195 677,90	0,00	195 677,90
VÝDAJE NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
51	Osobní spotřeba		72 921,00	0,00	72 921,00
		VN Převody pro osobní potřebu	72 921,00	0,00	72 921,00
65	Odvod daně z příjmů		28 759,00	0,00	28 759,00
		VN Odvod daně z příjmů	28 759,00	0,00	28 759,00
59	Ostatní výdaj nedaňový		10 000,00	0,00	10 000,00
		VN Ostatní výdaj nedaňový	10 000,00	0,00	10 000,00
42	Sociální poj.podnikatele		36 238,00	0,00	36 238,00
43	Zdravotní poj.podnikatele		18 589,00	0,00	18 589,00
		VN Odvod do fondů pojištění za podnikatele	54 827,00	0,00	54 827,00
Celkem výdaje nezahrnované do základu daně			166 507,00	0,00	166 507,00

Příjmy a výdaje podle typu předkontace

Příloha A

Strana 1

Č:

Rok: 2012 Dne: 09.02.2018

Tisk vybraných záznamů

Zkratka	Název	Typ	Částka	DPH	Celkem
PŘÍJMY ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
81	Prodej výrobků a služeb		816 774,35	0,00	816 774,35
		P Prodej výrobků a služeb	816 774,35	0,00	816 774,35
82	Ostatní příjem		154,38	0,00	154,38
		P Ostatní příjem	154,38	0,00	154,38
Celkem příjmy zahrnované do základu daně			816 928,73	0,00	816 928,73
VÝDAJE ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
28	Zboží		92 294,90	0,00	92 294,90
		V Zboží	92 294,90	0,00	92 294,90
47	Mzdy pracovníků		147 030,00	0,00	147 030,00
		V Mzdy pracovníků	147 030,00	0,00	147 030,00
30	Nájem		190 190,00	0,00	190 190,00
32	pojištění, mimo soc.a zdrav.		4 676,00	0,00	4 676,00
52	Daň z příjmu zam.		8 042,00	0,00	8 042,00
		V Ostatní výdaj	202 908,00	0,00	202 908,00
48	Odvod do fondů za zaměstnance soc.poj.		42 226,00	0,00	42 226,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance	42 226,00	0,00	42 226,00
35	Ostatní režijní výdaj		210 270,28	0,00	210 270,28
36	účetnictví		4 600,00	0,00	4 600,00
37	úhrada telefonu,poštovné		11 675,58	0,00	11 675,58
		VR Ostatní režijní výdaj	226 545,96	0,00	226 545,96
49	Odvod do fondů za zaměstnance - firma ZP		18 097,00	0,00	18 097,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance - firma	18 097,00	0,00	18 097,00
Celkem výdaje zahrnované do základu daně			729 101,86	0,00	729 101,86
PŘÍJMY NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
10	Počáteční stav		63 115,42	0,00	63 115,42
		PN Počáteční stav	63 115,42	0,00	63 115,42
36	Ostatní příjem nezapočítatelný		2 355,00	0,00	2 355,00
		PN Ostatní příjem nedaňový	2 355,00	0,00	2 355,00
Celkem příjmy nezahrnované do základu daně			65 470,42	0,00	65 470,42
VÝDAJE NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
65	Odvod daně z příjmů		270,00	0,00	270,00
		VN Odvod daně z příjmů	270,00	0,00	270,00
59	Ostatní výdaj nedaňový		2 481,00	0,00	2 481,00
		VN Ostatní výdaj nedaňový	2 481,00	0,00	2 481,00
57	Životní pojištění		13 442,00	0,00	13 442,00
		VN Životní pojištění	13 442,00	0,00	13 442,00
42	Sociální poj.podnikatele		-1 421,00	0,00	-1 421,00
43	Zdravotní poj.podnikatele		20 283,00	0,00	20 283,00
		VN Odvod do fondů pojištění za podnikatele	18 862,00	0,00	18 862,00

Příjmy a výdaje podle typu předkontace

Příloha A

Strana 1

Č:

Rok: 2013

Dne: 09.02.2018

Tisk vybraných záznamů

Zkratka	Název	Typ	Částka	DPH	Celkem
PŘÍJMY ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
81	Prodej výrobků a služeb		819 025,25	0,00	819 025,25
		P Prodej výrobků a služeb	819 025,25	0,00	819 025,25
82	Ostatní příjem		12,06	0,00	12,06
		F Ostatní příjem	12,06	0,00	12,06
Celkem příjmy zahrnované do základu daně			819 037,31	0,00	819 037,31
VÝDAJE ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
23	Zboží		104 834,53	0,00	104 834,53
		V Zboží	104 834,53	0,00	104 834,53
47	Mzdy pracovníků		145 244,00	0,00	145 244,00
		V Mzdy pracovníků	145 244,00	0,00	145 244,00
30	Nájem		175 580,00	0,00	175 580,00
32	pojistné ,mimo soc.a zdrav.		4 831,00	0,00	4 831,00
82	Daň z příjmu zam.		6 850,00	0,00	6 850,00
		V Ostatní výdej	189 301,00	0,00	189 301,00
48	Odvod do fondů za zaměstnance soc.poj.		32 736,00	0,00	32 736,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance	32 736,00	0,00	32 736,00
36	Ostatní režijní výdaj		179 687,28	0,00	179 687,28
38	účetnictví		14 520,00	0,00	14 520,00
37	úhrada telefonu,poštovní		10 862,81	0,00	10 862,81
		VR Ostatní režijní výdaj	205 050,09	0,00	205 050,09
49	Odvod do fondů za zaměstnance - firma ZP		14 099,00	0,00	14 099,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance - firma	14 099,00	0,00	14 099,00
Celkem výdaje zahrnované do základu daně			691 254,62	0,00	691 254,62
PŘÍJMY NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
10	Počáteční stav		85 682,29	0,00	85 682,29
		PN Počáteční stav	85 682,29	0,00	85 682,29
Celkem příjmy nezahrnované do základu daně			85 682,29	0,00	85 682,29
VÝDAJE NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
51	Osobní spotřeba		70 000,00	0,00	70 000,00
		VN Převody pro osobní potřebu	70 000,00	0,00	70 000,00
65	Odvod daně z příjmů		12 565,00	0,00	12 565,00
		VN Odvod daně z příjmů	12 565,00	0,00	12 565,00
69	Ostatní výdaj nedaňový		10 000,00	0,00	10 000,00
		VN Ostatní výdaj nedaňový	10 000,00	0,00	10 000,00
42	Sociální poj.podnikatele		5 546,00	0,00	5 546,00
43	Zdravotní poj.podnikatele		8 342,00	0,00	8 342,00
		VN Odvod do fondů pojištění za podnikatele	13 888,00	0,00	13 888,00
Celkem výdaje nezahrnované do základu daně			106 453,00	0,00	106 453,00

Příjmy a výdaje podle typu předkontace

Strana 1

Č:

Rok: 2014

Dne: 09.02.2018

Tisk vybraných záznamů

Zkratka	Název	Typ	Částka	DPH	Celkem
PŘÍJMY ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
51	Prodej výrobků a služeb		380 305,31	0,00	380 305,31
		P Prodej výrobků a služeb	380 305,31	0,00	380 305,31
52	Ostatní příjem		25,61	0,00	25,61
		P Ostatní příjem	25,61	0,00	25,61
Celkem příjmy zahrnované do základu daně			380 330,92	0,00	380 330,92
VÝDAJE ZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
22	Materiál		51 736,70	0,00	51 736,70
		V Materiál	51 736,70	0,00	51 736,70
23	Zboží		4 517,08	0,00	4 517,08
		V Zboží	4 517,08	0,00	4 517,08
47	Mzdy pracovníků		83 604,00	0,00	83 604,00
		V Mzdy pracovníků	83 604,00	0,00	83 604,00
30	Nájem		73 150,00	0,00	73 150,00
32	pojistné ,mimo soc.a zdrav.		533,00	0,00	533,00
32	Daň z příjmu zam.		5 757,00	0,00	5 757,00
		V Ostatní výdaj	79 470,00	0,00	79 470,00
48	Odvod do fondů za zaměstnance soc.poj.		17 818,00	0,00	17 818,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance	17 818,00	0,00	17 818,00
35	Ostatní režijní výdaj		124 887,53	0,00	124 887,53
36	účetnictví		8 470,00	0,00	8 470,00
37	úhrada telefonu,poštovné		6 234,17	0,00	6 234,17
		VR Ostatní režijní výdaj	139 591,70	0,00	139 591,70
49	Odvod do fondů za zaměstnance - firma ZP		8 041,00	0,00	8 041,00
		V Odvod do fondů za zaměstnance - firma	8 041,00	0,00	8 041,00
Celkem výdaje zahrnované do základu daně			384 778,48	0,00	384 778,48
PŘÍJMY NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
10	Počáteční stav		107 001,98	0,00	107 001,98
		PN Počáteční stav	107 001,98	0,00	107 001,98
86	Ostatní příjem nezapočitatelný		10 000,00	0,00	10 000,00
		PN Ostatní příjem nedaňový	10 000,00	0,00	10 000,00
Celkem příjmy nezahrnované do základu daně			117 001,98	0,00	117 001,98
VÝDAJE NEZAHRNOVANÉ DO ZÁKLADU DANĚ					
51	Osobní spotřeba		19 429,00	0,00	19 429,00
		VN Převody pro osobní potřebu	19 429,00	0,00	19 429,00
55	Odvod daně z příjmů		16 215,00	0,00	16 215,00
		VN Odvod daně z příjmů	16 215,00	0,00	16 215,00
59	Ostatní výdaj nedaňový		42 765,38	0,00	42 765,38
		VN Ostatní výdaj nedaňový	42 765,38	0,00	42 765,38

Výkaz zisku a ztráty ve zjednodušeném rozsahu podle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 500/2002 Sb.

Účetní jednotka doručí účetní závěrku současně s poručením danového oznámení za daně z příjmů

1. k příslušnému finančnímu účtu

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY ve zjednodušeném rozsahu

ke dni **31.12.2015**
(v celých tisících Kč)

Rok	Měsíc	Číslo
2015		

Obchodní firma nebo jiný název účetní jednotky

Pěšička A

Sídlo nebo bydliště účetní jednotky
a místo podnikání IČM a IČD (obč. byt. listě)

Označení	TEXT	Číslo řádku	Skutečnost v účetním období	
			běžném I	minulém 2
I	Tržby za prodej zboží	1		
A	Náklady vynaložené na prodané zboží	2		
-	Daňová marže	3		
II	Výkony	4	504	305
B	Výroková společnost	5	450	224
I	Přidaná hodnota	6	214	161
C	Daňová náklady	7	139	92
D	Dané a sociální	8	4	1
F	Odložený dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	9	35	25
II	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálů	10		
F	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálů	11		
G	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a komplexních nákladů příslušného období	12		
V	Ostatní provozní výnosy	13		
H	Ostatní provozní náklady	14	7	3
V	Převod provozních výnosů	15		
	Převod provozních nákladů	16		
*	Provozní výsledek hospodaření	17	34	37

Výkaz zisku a ztráty ve druhovém členění podle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 600/2002 Sb.

Účetní jednotka doručí účetní závěrku současně s doručáním daňového přiznání za daň z příjmů

1 x příslušnému finančnímu úřadu

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY v plném rozsahu

ke dni **31.12.2011**
(v celých tisících Kč)

Rok	Měsíc	IČ
2011		

Obchodní firma nebo, jiný název účetní jednotky

Příloha B

Sídlo nebo bydliště účetní jednotky a místo podnikání (stačí se od bydliště)

Označení a	TEXT b	číslo řádku c	Skutečnost v účetním období	
			běžném 1	minulém 2
I.	Tržby za prodej zboží	1		
A.	Náklady vynaložené na prodané zboží	2		
+	Obchodní marže	I - A, 3		
II.	Výkony	Součet II.1, až II.3, 4	4 588	4 555
II. 1.	Tržby za prodej výrobků a služeb	5	4 588	4 555
2.	Změna stavu zásob vlastní výroby	6		
3.	Aktivace	7		
B.	Výkonová spotřeba	Součet B.1, až B.2, 8	1 768	1 676
B. 1.	Spotřeba materiálu a energie	9	854	909
2.	Služby	10	914	967
+	Přidaná hodnota	I - A, + II - B, 11	2 830	2 719
C.	Ostatní náklady	Součet C.1, až C.4, 12	1 196	1 205
C. 1.	Mzdové náklady	13	1 035	1 070
2.	Odměny členům orgánů společnosti a družstva	14		
3.	Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	15	113	197
4.	Sociální náklady	16	50	28
D.	Darů a poplatky	17		6
E.	Úspěchy dlouhodobého nemovitého a hmotného majetku	18	271	367
III.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku z materiálu	Součet III.1, až III.2, 19		
III. 1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku	20		
2.	Tržby z prodeje materiálu	21		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku z materiálu	Součet F.1, až F.2, 22		
F. 1.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku	23		
2.	Prodávný materiál	24		
G.	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a komplexních nákladů příštích období	25		
IV.	Ostatní provozní výnosy	26		6
H.	Ostatní provozní náklady	27	56	81
V.	Právo provozních výnosů	28		
I.	Právo provozních nákladů	29		
*	Provozní výsledek hospodaření	rozdíl výnosů a nákladů (masa) I, až písmeno I, 30	1 302	976

v. 2011 v. 2010

Výkaz zisku a ztráty ve zjednodušeném rozsahu podle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 500/2002 Sb.

Účetní jednotka doručí účetní závěrku současně s doručením daňového přiznání za rok z příjmů

Text příslušnému finančnímu úřadu

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY ve zjednodušeném rozsahu

ke dni 31.12.2013
(v celých tisících Kč)

Rok	Měsíc	IC
2013		

Obchodní firma nebo jiný název účetní jednotky

Příloha B

Stejně nebo bydlící účetní jednotky a místo podnikání, šli se od bydlící

Označení a	TEXT b	Číslo řádku c	Skutečnost v účetním období	
			běžném 1	minulém 2
I.	Tržby ze prodeje zboží	1		
A.	Náklady vynaložené na prodeje zboží	2		
+	Obchodní marže	3		
II.	Výnosy	4	4 621	5 153
B.	Výkonná spotřeba	5	1 750	1 750
+	Přidána hodnota	6	2 671	3 377
C.	Osobní náklady	7	1 619	1 568
D.	Daně a poplatky	8	9	10
E.	Odložený dlouhodobý nehmotného a hmotného majetku	9	86	176
III.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálu	10		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálu	11		
G.	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní účetní a komplexních nákladů, přístřích zboží	12		
V.	Ostatní provozní výnosy	13		
H.	Ostatní provozní náklady	14	22	24
V.	Převod provozních výnosů	15		
I.	Převod provozních nákladů	16		
-	Provozní výsledek hospodaření	17	1 135	1 809

Všechny údaje a přílohy ve drahových
 členění podle Přílohy č. 2
 vyřazky č. 500/2002 Sb.

Účetní jednotka dává
 účetní závěrku současně
 s duševním daňového přiznání
 za dan z příjmu

x příslušnému finančnímu
 úřadu

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY ve zjednodušeném rozsahu

ke dni **31.12.2015**
 (v celých tisících Kč)

Rok	Měsíc	IČ
2015		

Obchodní firma nebo jiný název účetní jednotky

Příloha B

Státní nebo bydliště účetní jednotky
 a místo podnikání (sídlo) nebo bydliště

Označení	TEXT	číslo řádku	Skutečnost v účetním období	
			b. 2015 1	2. 2014 2
a	b	c		
I	Tržby ze prodejů zboží	1		
A	Náklady vynaležené na prodejně zboží	2		
+	Obchodní marže	3		
II	Výkony	4	1 647	4 490
D	Výrobní náklady	5	1 323	1 561
+	Přidaná hodnota	6	319	2 919
C	Ostatní náklady	7	1 540	1 471
G	Daně s příjmy	8	4	4
E	Odpisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	9		
III	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálů	10		
F	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálů	11		
C	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a komplexních nákladů příštích období	12		
IV	Ostatní provozní výnosy	13		
H	Ostatní provozní náklady	14	23	28
V	Převod provozních výnosů	15		
I	Převod provozních nákladů	16		
*	Převodní výsledek hospodaření	17	-1 066	1 410

Podklady pro daňové přiznání

IČ:

Rok: 2010

Dne: 12.02.2011

Strana 1

Tisk všech záznamů

Druh příjmu: §6 Závislá činnost												
Příjmy vykázané v deníku:	2 436 194,00											
Přecenění příjmů v cizí měně:	0,00											
Příjmy z uzávěrkových operací:	0,00											
Příjmy před úpravou:	2 436 194,00											
Příjmy podle §5 a §23:	0,00											
Příjmy celkem:	2 436 194,00											
Výdaje vykázané v deníku:	785 505,39											
Přecenění výdajů v cizí měně:	0,00											
ostatní uzávěrkové operace:	0,00											
Odpisy majetku:	0,00											
Výdaje podle §5 a §23:	0,00											
Výdaje vykázané celkem:	785 505,39											
(z toho sociální a zdravotní pojištění)	26 534,00)											
Celkové výdaje uplatněné pro základ daně:	785 505,39											
Dílčí základ daně:	1 650 689,21											
Celkový základ daně:	1 650 689,21	Základ daně:	1 650 689,21									
Úprava základu daně (modelování):	0,00	Údaj z mimoúčetní evidence dle §6:	0,00									
Odsítkelné položky:	0,00	Údaj z mimoúčetní evidence dle §8:	0,00									
Úpravený základ daně:	1 650 600,00	Údaj z mimoúčetní evidence dle §9:	0,00									
Vypočtená daň:	247 590,00	Údaj z mimoúčetní evidence dle §10:	0,00									
Slevy na daň:	0,00	Zrůta za předchozí období:	0,00									
Daň po slevách:	247 590,00	Přechází do dalšího období:	0,00									
Zaplacené záchyt:	0,00	Celkový základ daně:	1 650 689,21									
Zbývá doplatit:	247 590,00	Zrůta:	0,00									
Účetní jednotka byla plátcem DPH v těchto měsících roku:												
Měsíc:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Plátcem DPH:	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE

Pětilina e

Podklady pro daňové přiznání

IČ:

Rok: 2011

Dne: 10.03.2012

Strana: 1

Tisk všech stránek

Druh příjmu: §6 Závěrečná činnost	
Příjmy vykázané v deníku:	2 336 264,86
Přecenění příjmů v cizí měně:	0,00
Příjmy z uzávěrkových operací:	0,00
Příjmy před úpravou:	2 336 264,86
Příjmy podle §5 a §23:	0,00
Příjmy celkem:	2 336 264,86
Výdaje vykázané v deníku:	706 638,43
Přecenění výdajů v cizí měně:	0,00
Ostatní uzávěrkové operace:	0,00
Odpisy majetku:	0,00
Výdaje podle §5 a §23:	0,00
Výdaje vykázané celkem:	706 638,43
(z toho sociální a zdravotní pojištění:	3 809,00)
Celkové výdaje uplatnitelné pro základ daně:	706 638,43
Dílčí základ daně:	1 930 625,43

Základ daně:	1 930 625,43	Celkový základ daně (zisk):	1 930 625,43
Údaj z mimoúčetní evidence dle §6:	0,00	Úprava základu daně (moderování):	0,00
Údaj z mimoúčetní evidence dle §8:	0,00	Odřizovatelné položky:	0,00
Údaj z mimoúčetní evidence dle §9:	0,00	Upravený základ daně:	1 930 600,00
Údaj z mimoúčetní evidence dle §10:	0,00	Vypočtená daň:	289 690,00
Ziráta za předchozí období:	0,00	Slevy na dani:	0,00
Přechází do dalšího období:	0,00	Daň po slevách:	289 690,00
Celkový základ daně (zisk):	1 930 625,43	Zaplacené zálohy:	0,00
Celkový základ daně (ztráta):	0,00	Zbývá doplatit:	289 690,00

Účetní jednotka byla plátcem DPH v těchto měsících roku:												
Měsíc:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Plátec DPH:	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE

PĚLONA c

Podklady pro daňové přiznání

IČ:

Rok: 2012

Dne: 17.06.2013

Strana 1

Tisk všech záznamů

Druh příjmu:	
Příjmy vykázané v deníku:	1 788 017,91
Přecenění příjmů v cizí měně:	0,00
Příjmy z uzávěrkových operací:	0,00
Příjmy před úpravou	1 788 017,91
Příjmy podle §5 a §23	0,00
Příjmy celkem:	1 788 017,91
Výdaje vykázané v deníku:	502 175,35
Přecenění výdajů v cizí měně	0,00
Ostatní uzávěrkové operace:	0,00
Odpisy majetku:	0,00
Výdaje podle §5 a §23	0,00
Výdaje vykázané celkem:	502 175,35
; z toho sociální a zdravotní pojištění:	15 803,00 ;
Celkové výdaje uplatněné pro základ daně:	502 175,35
Dílčí základ daně:	1 285 842,56

Základ daně:	1 285 842,56	Celkový základ daně (zisk):	1 285 842,56
Údaj z mimoúčetní evidence dle §8	0,00	Úprava základu daně (modelování):	0,00
Údaj z mimoúčetní evidence dle §8	0,00	Odčitatelné položky	0,00
Údaj z mimoúčetní evidence dle §9	0,00	Upravený základ daně:	1 285 800,00
Údaj z mimoúčetní evidence dle §10:	0,00	Vypočtené daň:	189 570,00
Ztráta za předchozí období:	0,00	Slevy na dani:	0,00
Přechází do dalšího období:	0,00	Daň po slevách:	189 570,00
Celkový základ daně (zisk):	1 285 842,56	Zaplacené zálohy:	0,00
Celkový základ daně (ztráta):	0,00	Zbývá doplatit:	189 570,00

Účetní jednotka byla plátcem DFH v těchto měsících roku:

Měsíc:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Plátce DPH:	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE

Výkaz zisku a ztráty ve druhovém členění podle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 500/2002 Sb.

Účetní jednotka dle účetní závěrky současné s doručením daňového přiznání za daň z příjmů

1 x příslušnému finančnímu úřadu

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY v plném rozsahu

ke dni 31.12.2012
(v celých tisících Kč)

Rok	Měsíc	IČ
2012		

Obchodní firma nebo jiný název účetní jednotky

PRÍLOHA c

Sídlo nebo bydliště účetní jednotky a místo podnikání liší-li se od bydliště

Označení a	TEXT b	číslo řádku c	Skutečnost v účetním období	
			běžném 1	minulém 2
I.	Tržby za prodej zboží	1		
A.	Náklady vynaložené na prodané zboží	2		
+	Obchodní marže	I - A, 3		
II.	Výkony	Součet II 1. až II.3. 4	1 042	
II. 1.	Tržby za prodej výrobků a služeb	5	1 042	
2.	Změna stavu zásob vlastní výroby	6		
3.	Aktivace	7		
B.	Výkonová spotřeba	Součet B.1. až B.2. 8	479	
B. 1.	Spotřeba materiálu a energie	9	314	
2.	Služby	10	165	
+	Přiznaná hodnota	I. - A. + II. - B. 11	563	
C.	Osobní náklady	Součet C 1. až C 4. 12	221	
C. 1.	Mzdové náklady	13	187	
2.	Odměny členům orgánů společnosti a družstva	14		
3.	Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	15	34	
4.	Sociální náklady	16		
D.	Darů a poplatky	17		
E.	Depisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	18	43	
III.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálu	Součet III 1. až III.2. 19		
III. 1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku	20		
2.	Tržby z prodeje materiálu	21		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálu	Součet F 1. až F 2. 22		
F. 1.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku	23		
2.	Prodáný materiál	24		
G.	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a komplexních nákladů přičítaných ohodnotě	25		
IV	Ostatní provozní výnosy	26		
H	Ostatní provozní náklady	27	17	
V	Převod provozních výnosů	28		
I.	Převod provozních nákladů	29		
*	Provozní výsledek hospodaření	rozdíl výnosů a nákladů (řádek I. až přímého I. 30)	280	

Výkaz zisku a ztráty ve druhovém členění podle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 304/2012 Sb.

Účetní jednotka doručí účetní závěrku současně s oznámením daňového přiznání za daň z příjmů

1 x příslušnému finančnímu úřadu

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY v plném rozsahu

ke dni **31.12.2013**
(v celých tisících Kč)

Obchodní firma nebo jiný název účetní jednotky

Pětiloma c

Sídlo nebo bydliště účetní jednotky
a místo podnikání (31-II se 3d bydliště)

Rok	Měsíc	IČ
2013		

Označení a	TEXT b	číslo řádku c	Skutečnost v účetním období	
			běžném 1	minulém 2
I.	Tržby za prodej zboží	1	216	
A	Náklady vynaložené na prodané zboží	2	170	
+	Obchodní marže I. - A.	3	46	
II.	Výkony Součet II.1. až II.3.	4	2 093	1 042
II. 1.	Tržby za prodej výrobků a služeb	5	2 093	1 042
2.	Změna stavu zásob vlastní výroby	6		
3.	Aktivace	7		
B.	Výkonová spotřeba Součet B.1. až B.2.	8	351	479
B. 1.	Spotřeba materiálu a energie	9	146	314
2.	Služby	10	205	165
+	Přidaná hodnota I. - A. + II. - B.	11	1 748	563
C.	Osobní náklady Součet C.1. až C.4.	12	698	221
C. 1.	Mzdové náklady	13	567	187
2.	Členství členům orgánů společností a družstev	14		
3.	Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	15	87	34
4.	Sociální náklady	16	14	
D.	Daně a poplatky	17	4	
E.	Cedisy dlouhodobého nemotného a finčného majetku	18	71	45
III.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálu Součet III.1. až III.2.	19		
III. 1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku	20		
2.	Tržby z prodeje materiálu	21		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálu Součet F.1. až F.2.	22		
F. 1.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku	23		
2.	Prodeje materiál	24		
G.	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní části a komplexních nákladů příslušných období	25		
IV.	Ostatní provozní výnosy	26		
H.	Ostatní provozní náklady	27	35	17
V.	Převod provozních výnosů	28		
I.	Převod provozních nákladů	29		
*	Provozní výsledek hospodaření rozdíly výnosů a nákladů finanční, až číslo 1	30	1 007	280

Výkaz zisku a ztráty ve druhovém členění podle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 600/2002 Sb.

Účetní jednotka doručí účetní závěrku současně s doručením daňového přiznání za daň z příjmů

1 x příslušnému finančnímu úřadu

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY v plném rozsahu

ke dni **31.12.2014**
(v celých tisících Kč)

Obchodní firma nebo jiný název účetní jednotky

Peloha e

Sídlo nebo bydliště účetní jednotky
a místo podnikání (Sídlo se od bydliště)

Rok	Měsíc	IČ
2014		

Označení a	TEXT b	číslo řádku c	Skutečnost v účetním období	
			běžném 1	minulém 2
I.	Tržby za prodej zboží	1		218
A.	Náklady vynaložené na prodané zboží	2	12	170
+	Obchodní marže I. - A.	3	-12	46
II.	Výkony Součet II.1 až II.5.	4	2 419	2 093
II. 1	Tržby za prodej vlastních výrobků a služeb	5	2 419	2 093
2	Změna stavu zásob vlastní činnosti	6		
3	Aktivace	7		
B.	Výkonová spotřeba Součet B.1 až B.2.	8	464	351
B. 1.	Spotřeba materiálů a energie	9	212	146
2.	Služby	10	272	205
+	Přidaná hodnota I. - A. + II. - B.	11	1 923	1 788
C.	Osobní náklady Součet C.1 až C.4.	12	1 011	668
C. 1.	Mzdové náklady	13	822	567
2	Daně úhradní orgány obchodní korporace	14		
3	Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	15	189	87
4	Sociální náklady	16		14
D.	Darčí a poplatky	17	6	4
E.	Opisy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	18	54	71
II.1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálů Součet II.1 až II.2.	19		
II.1. 1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku	20		
2.	Tržby z prodeje materiálů	21		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálů Součet F.1. až F.2.	22		
F. 1.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku	23		
2.	Prodání materiálů	24		
G	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a kompenzačních nákladů příslušných obcí	25		
IV	Ostatní provozní výnosy	26		
H.	Ostatní provozní náklady	27	38	38
V.	Převod provozních výnosů	28		
-	Převod provozních nákladů	29		
*	Provozní výsledek hospodaření rozdíl výnosů a nákladů řádků I. až příměrně I	30	814	1 007

Výkaz zisku a ztráty ve druhovém členění podle Přílohy č. 2 vyhlášky č. 500/2002 Sb.

Účetní jednotka doručí účetní závěrku současně s coručením daňového přiznání za daň z příjmů

1 x příslušnému finančnímu úřadu.

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY v plném rozsahu

ke dni 31.12.2015
(v celých tisících Kč)

Rok	Měsíc	Číslo
2015		

Obchodní firma nebo jiný název účetní jednotky

Příloha C

Sídlo nebo bydliště účetní jednotky a místo podnikání liší-li se od bydliště

Označení a	TEXT b	Číslo řádku c	Skutečnost v účetním období	
			běžném 1	minulém 2
I.	Tržby za prodej zboží	1		
A.	Nákupy vynaložené na prodané zboží	2		12
+	Obchodní marže - A.	3		-12
II.	Výkony Součet II.1. až II.3.	4	2 547	2 419
II. 1.	Tržby za prodej vlastních výrobků a služeb	5	2 547	2 419
2.	Změna stavu zásob vlastní činnosti	6		
3.	Aktivace	7		
B.	Výkonová spotřeba Součet B.1. až B.2.	8	759	484
B. 1.	Spotřeba materiálu a energie	9	414	212
2.	Služby	10	345	272
-	Přidaná hodnota I. - A. + II. - B.	11	1 786	1 323
C.	Osobní náklady Součet C.1. až C.4.	12	1 146	1 017
C. 1.	Mzdové náklady	13	925	822
2.	Odměny členům orgánů obchodní korporace	14		
3.	Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	15	223	189
4.	Sociální náklady	16		
D.	Daně a poplatky	17	13	6
E.	Odpisy dlouhodobého nematného a hmotného majetku	18	36	54
III.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálu Součet III.1. až III.2.	19		
III. 1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku	20		
2.	Tržby z prodeje materiálu	21		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálu Součet F.1. až F.2.	22		
F. 1.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku	23		
2.	Propaný materiál	24		
G.	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a komplexních nákladů přístičích období	25		
IV.	Ostatní provozní výnosy	26		
H.	Ostatní provozní náklady	27	29	36
V.	Převod provozních výnosů	28		
I.	Převod provozních nákladů	29		
*	Provozní výsledek hospodaření rozdíl výnosů a nákladů (řádková písmena)	30	562	314

VÝKAZ ZISKU A ZTRÁTY, druhové členění

v plném rozsahu

ke dni 31.12.2011

(v celých tisících Kč)

Příloha D

Název a sídlo účetní jednotky

IČ

Číslo řádku a	TEXT b	Číslo řádku c	Skutečnost v účetním období	
			běžném 1	minulém 2
I.	Tržby za prodej zboží	01		
A.	Náklady vynaložené na prodané zboží	02		
-	Ochodní marže (I. - A.)	03		
II.	Výkony (II.1. až II.3.)	04	1 652	1 704
II.1.	Tržby za prodej vlastních výrobků a služeb	05	1 652	1 704
2.	Změna stavu zásob vlastní činnosti	06		
3.	Aktivace	07		
B.	Výkonová spotřeba (B.1. + B.2.)	08	1 057	871
B. 1.	Spotřeba motorů a energie	09	275	229
2.	Služby	10	782	642
+	Přidaná hodnota (I. - A. + I. - B.)	11	595	833
C.	Osobní náklady (součet C.1. až C.4.)	12	517	701
C. 1.	Mezdové náklady	13	350	504
2.	Odměny členům orgánů společnosti a družstva	14		
3.	Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	15	119	149
4.	Sociální náklady	16	48	48
D.	Daně a poplatky	17		
E.	Odsady dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	18	1	1
III.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálů (III.1. + III.2.)	19		
III.1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku	20		
2.	Tržby z prodeje materiálů	21		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodob. majetku a materiálů (F.1. + F.2.)	22		
F. 1.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku	23		
2.	Prodaný materiál	24		
G.	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a komplexních nákladů přetřích období	25		
IV.	Ostatní provozní výnosy	26		1
H.	Ostatní provozní náklady	27	4	10
V.	Převod provozních výnosů	28		
I.	Převod provozních nákladů	29		
*	Provozní výsledek hospodaření (rozdíl mezi položkami (+) a (-) až V.)	30	73	122

Upozornění: Opis souzce pro účelů poplatků ke změně elektronicky předávaných údajů, nebo její použití jako součást účetní závěrky, bude i přiznání podléhá v listinné podobě.

Daňový subjekt:	PĚLONA D
IČ / DIČ:	
Sídlo účetní jednotky:	

Výbrané údaje z Výkazu zisku a ztráty pro podnikatele - druhové členění, v plném rozsahu

ke dni 31.12.2015

(v celých tisících Kč)

	Název položky	2015	2014
		běžné účetní období	mínulé účetní období
		1	2
I.	Tržby za prodej zboží		
A.	Náklady vynaložené na prodané zboží		
J.	Obchodní marže		
II.	Výkony	1315	1320
II.1.	Dřby za prodej vlastních výrobků a služeb	1315	1320
II.2.	Změna stavu zásob vlastní činnosti		
II.3.	Aktivace		
B.	Výkonová spotřeba	649	733
B.1.	Spotřeba materiálu a energie	178	140
B.2.	Služby	471	593
+	Přidaná hodnota	666	587
C.	Osobní náklady	509	509
C.1.	Mzdové náklady	339	331
C.2.	Odměny členům orgánů obchodní korporace		
C.3.	Náklady na sociální zabezpečení a zdravotní pojištění	115	112
C.4.	Sociální náklady	55	66
D.	Daně a poplatky	3	4
E.	Odpsy dlouhodobého nehmotného a hmotného majetku	107	71
III.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku a materiálu		
III.1.	Tržby z prodeje dlouhodobého majetku		
III.2.	Tržby z prodeje materiálu		
F.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku a materiálu		
F.1.	Zůstatková cena prodaného dlouhodobého majetku		
F.2.	Prodaný materiál		
G.	Změna stavu rezerv a opravných položek v provozní oblasti a kompenzačních nákladů příštích období		
IV.	Ostatní provozní výnosy	1	6
H.	Ostatní provozní náklady	21	3
V.	Převod provozních výnosů		
I.	Převod provozních nákladů		
*	Provozní výsledek hospodaření	27	6
VI.	Tržby z prodeje cenných papírů a podílů		
J.	Prodané cenné papíry a podíly		
VII.	Výnosy z dlouhodobého finančního majetku		
VII.1.	Výnosy z podílů v ovládaných osobách a v účetních jednotkách pod podstatným vlivem		
VII.2.	Výnosy z ostatních dlouhodobých cenných papírů a podílů		
VII.3.	Výnosy z ostatního dlouhodobého finančního majetku		
VIII.	Výnosy z krátkodobého finančního majetku		
K.	Náklady z finančního majetku		
IX.	Výnosy z přecenění nehmotných papírů a derivátů		
L.	Náklady z přecenění cenných papírů a derivátů		
M.	Změna stavu rezerv a opravných položek ve finanční oblasti		