

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra statistiky



Diplomová práce

**Statistická analýza zdravotní politiky
České republiky**

Bc. Dita Fojtíková

© 2013 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra statistiky

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Fojtíková Dita

Veřejná správa a regionální rozvoj nav.- Cheb

Název práce

Statistická analýza zdravotní politiky České republiky

Anglický název

Statistical analysis of the Czech Republic health care policies

Cíle práce

Cílem práce je analyzovat s pomocí statistických metod změny v nemocnosti obyvatel České republiky od roku 2000. Pro řešení budou vybrány relevantní ukazatelé zdravotní politiky, sociální politiky a populační politiky. Řešení se též dotkne problematiky zdravotního pojištění a preventivních programů pojišťoven. Podle možností může být též provedeno porovnání situace v ČR s vybraným zahraničním zdravotním systémem. Výsledky analýz budou využity pro formulaci návrhů a doporučení.

Metodika

Vytvořená databáze bude statisticky vyhodnocena pomocí metod z oblasti časových řad a indexní analýzy.

Harmonogram zpracování

Studium odborné literatury a odborných textů: 03/2012-09/2012

Předložení konečné podoby literární rešerše : 10/2012

Sběr a zpracování dat : 08/2012-01/2013

Předložení konečné podoby diplomové práce : 02/2013

Rozsah textové části

60-80 stran

Klíčová slova

zdravotnictví, zdravotní politika, zdravotní prevence, nemocnost, financování zdravotnictví

Doporučené zdroje informací

Dáňová J., Částková J. Očkování v České republice. Praha: Triton, 2008. 1. vyd. ISBN 978-80-7387-122-2.
Čevela R., Čeledová L., Dolanský H. Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada, 2009. 1. vyd. ISBN 978-80-247-2860-5.
Hindls, R., Hronová, S., Seger, J. Statistika pro ekonomy. Praha: Professional Publishing, 2004. ISBN 80-86419-59-2.
Hodačová, L. Srb, V., Mareš, J. Nové veřejné zdraví v podmínkách udržitelného rozvoje: nová situace na přelomu 2. a 3. tisíciletí. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 62 s. ISBN 80-7184-769-0.
Holčík, V. Hlavní rozvojové směry "public health" (veřejného zdravotnictví) v evropském kontextu. In II. celofakultní konference o studiu na Lékařské fakultě MU Brno. 1. vyd. Brno: MU Brno, 2006. od s. 6-7, 2 s. ISBN 80-210-3973-6.
Janečková, H., Hnilicová, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-7367-592-9
Tomeš, I. Obory sociální politiky. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5.
Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.
Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Další literatura bude doporučena v průběhu zpracování diplomového úkolu.

Vedoucí práce

Prášilová Marie, doc. Ing., CSc.

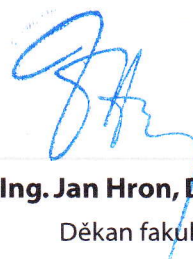
Termín odevzdání

březen 2013



doc. RNDr. Bohumil Kába, CSc.

Vedoucí katedry



prof. Ing. Jan Hron, DrSc., dr.h.c.

Děkan fakulty

V Praze dne 5.12.2012

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Statistická analýza zdravotní politiky České republiky" jsem vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

V Praze dne 31.3.2013

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí diplomové práce doc. Ing. Marii Prášilové, CSc. za odborné vedení, cenné rady, ochotu a konzultace v průběhu zpracování mé diplomové práce.

Statistická analýza zdravotní politiky České republiky

Statistical analysis of the Czech Republic health care policies

Souhrn

Diplomová práce analyzuje nemocnost v České republice v letech 2001 - 2011. Teoretická část práce charakterizuje právní rámec ochrany zdraví v České republice a Evropské unii. Práce seznamuje s legislativními změnami, týkajícími se regulačních poplatků, snižování redukčních hranic a náhrad mzdy za první tři dny pracovní neschopnosti. Stručně nahlíží na financování zdravotnictví z ekonomického hlediska v % HDP, i v přepočtu na obyvatele. Praktická část práce pomocí statistické analýzy časových řad zkoumá vliv zavedení regulačních poplatků a legislativních změn na počty pracovních neschopností, jejich četnost a délku, změny v množství vydaných receptů a výše doplatků za ně. Dále se práce zaměřuje na zjišťování změn v počtu lékáren a jejich tržeb, především za volně prodejné léky. Práce ukazuje změny v lůžkové kapacitě nemocnic a délku ošetrovací doby na lůžku s ohledem na legislativní změny týkající se zvýšených poplatků za pobyt na lůžku. Všechny zjištěné údaje jsou porovnávány a na základě zjištěných výsledků jsou v závěru práce předložena některá doporučení a návrhy.

Klíčová slova: lékárny, lůžková kapacita, náhrada mzdy, nemocnost, pracovní neschopnost, prevence, recepty, redukční hranice, regulační poplatky, zdravotnictví, zdraví

Summary

This thesis analyzes the illness in the Czech Republic in the time period of 2001 - 2011. The theoretical part describes the legal framework for the health protection in the Czech Republic and the European Union. This paper introduces legislative changes relating to regulatory fees, reducing reduction limits and reimbursement of wages for the first three days of sick leave. It briefly looks at the financing of health care in economic terms, in % of GDP and per capita. The practical part of the thesis deals with the using of statistical analysis and the method of time series examines the impact of the implementation of regulatory fees and legislative changes in the number of sick leaves, their frequency and duration, as well as changes in the number of prescriptions and the fees/supplementary payment for them. The work focuses on the detection of changes in the number of pharmacies and their sales, especially for over-the-counter products. The work shows the changes in bed capacity and length of hospital stay with the legislative changes related to increased charges for confinements. All survey data are compared and based on the established results of the survey and at the end are presented some recommendations and suggestions.

Keywords: pharmacy, hospital capacity, wage compensation, sickness, work disability, precaution, recipes, reducing limits, regulatory fees, health care, health

Obsah

ÚVOD.....	10
1. Cíl práce a metodika.....	12
1.1 Cíl práce.....	12
1.2 Metodika práce	12
1.2.1 Analýza časových řad	12
1.2.2 Elementární charakteristiky časových řad	12
2. LITERÁRNÍ REŠERŠE.....	14
2.1 Definice zdraví.....	14
2.2 Ochrana veřejného zdraví.....	15
2.2.1 Mezinárodněprávní rámec	15
2.2.2 Právní rámec v Evropské unii	16
2.2.3 Právní rámec v České republice.....	17
2.3 Změny v pojištění a jejich vliv na vývoj pracovní neschopnosti. 18	
2.4 Změny v redukčních hranicích	22
2.5 Novela zákona č. 48/1997 Sb. a regulační poplatky.....	23
3. CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU.....	25
3.1 Zdravotní stav populace.....	25
3.2 Nemocnost demograficky	25
3.3 Ekonomické hledisko.....	27
3.3.1 Společensko-ekonomické trendy ve zdravotnictví	29
4. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ.....	31
4.1 Financování zdravotní péče	31

4.1.1	Regulační poplatky	34
4.2	Německý zdravotní systém.....	34
5.	PRAKTICKÁ ČÁST	36
5.1	Vývojové tendence sledovaných ukazatelů	36
5.1.1	Výdaje na zdravotnictví v České republice	36
5.1.2	Míra a počet pracovních neschopností.....	39
5.1.3	Lůžková kapacita v nemocnicích.....	45
5.1.4	Vyplacené dávky nemocenského pojištění	48
5.1.5	Množství lékáren v České republice	50
5.1.6	Ceny léčiv a tržby lékáren.....	52
5.1.7	Množství vydaných receptů	54
5.1.8	Doplatky pacientů na recept.....	55
5.1.9	Úhrada léčiv zdravotními pojišťovny	59
5.2	Shrnutí.....	60
5.3	Návrhy a doporučení.....	62
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	68
	PŘÍLOHY	72
	Příloha 1 – Výběr ze zákonů a vyhlášek platných v ČR v oblasti zdravotnictví.....	72
	Příloha 2 – Seznam ministrů zdravotnictví od roku 2001	73

ÚVOD

Zdraví a péče o zdraví patří k základním lidským právům. Jeden z bývalých generálních ředitelů Světové zdravotnické organizace Halfdan Mahler o hodnotě zdraví řekl: „*Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.*“

Zdravotnictví patří k těm sektorům národní ekonomiky, které odčerpávají velký podíl společenských zdrojů. Principy financování zdravotní péče proto podléhají neustálým změnám ve snaze nalézt optimální řešení mezi přáním a finančními zdroji. V Evropské unii představují náklady na zdravotnictví v průměru 8 – 10 % HDP.¹ Téma investic do zdraví patří současně k nejdiskutovanějším a nejfrekventovanějším tématům ve všech vyspělých i rozvíjejících se společnostech. Zachování zdraví každého jednotlivce i celé společnosti vyžaduje na jedné straně nemalé prostředky, na druhé straně je zdraví zdrojem společenského rozvoje. Investice do zdraví má charakter investice do budoucnosti. Stav zdraví je výsledkem řady faktorů a tak péče o zdraví zdaleka neznamena pouze využívání zdravotnických služeb, ale týká se všech společenských sektorů a veřejné politiky jako takové. Sektor zdravotnictví a legislativa s ním související prošla v posledních letech v České republice mnoha významnými změnami. (Pro příklad - na postu ministra zdravotnictví se od roku 2001 vystřídal celkem deset lidí).

Předmětem statistického zkoumání diplomové práce jsou měnící se počty lůžek v nemocnicích, průměrná délka ošetrovací doby (ve dnech). Dále počty evidovaných pracovních neschopností (po změnách v zákoně a před ní), které budou porovnány s průměrnou dobou trvání pracovních neschopností a s celkovými výdaji za volně prodejné léky. Zkoumáno bude také množství a výše vyplacených dávek nemocenského pojištění. Rovněž budou za sledované období porovnány počty vydaných receptů a doplatky pacientů za recepty s tržbami a množstvím lékáren v České republice. Dále budou zkoumány celkové

¹ Janečková: 2009

výdaje na zdravotnictví v české republice v % HDP a výdaje na zdravotnictví přepočtené na 1 obyvatele.

Současná podoba péče o zdraví se utváří již více než 150 let. Dnešní snahy směřují do oblasti předcházení nemocem a vytváření podmínek, které podporují zachování zdraví. V intencích veřejného zdravotnictví jsou zdraví a nemoc chápány jako významná složka kvality lidského života, jako hodnota, která má zásadní význam z hlediska fungování jednotlivce i celé společnosti. Veřejné zdravotnictví definoval již v roce 1920 C. E. A. Winslow jako „ *umění a vědu o předcházení nemocem, prodlužování života, posilování zdraví a výkonnosti.* “

O roli, kterou hraje zdravotnictví ve společnosti, svědčí takřka permanentní úsilí politiků o jeho reformu. Rozhodnutí politiků, která se týkají péče o zdraví, například rušení nemocnic, či zavedení poplatků jsou vděčnými mediálními tématy.

1. CÍL PRÁCE A METODIKA

1.1 Cíl práce

Cílem práce bude pomocí statistické analýzy časových řad zjištění vlivu změn v zákoně na vývoj nemocnosti, délku ošetřovací doby a na míru pracovní neschopnosti v České republice od roku 2001. Bude analyzován dopad regulačních poplatků na vývoj počtu lékáren, na počet vydaných receptů, na změny v tržbách lékáren za volně prodejné léky a na ceny léčiv. Stěžejními podklady pro statistickou analýzu v této diplomové práci budou data získaná z ročenek statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky.

V závěru práce budou uvedeny návrhy a doporučení.

1.2 Metodika práce

1.2.1 Analýza časových řad

Jednou z nejdůležitějších statistických úloh je zkoumání změn jevů v čase. Časová řada je základním prostředkem statistické analýzy dynamiky hromadných jevů. Jedná se o množinu kvantitativních ukazatelů uspořádaných v čase.

Úkolem časových řad je popsat vývoj ukazatele ve sledovaném období, pokusit se na základě vývojových tendencí v časové řadě prognózovat budoucí vývoj ukazatele.

1.2.2 Elementární charakteristiky časových řad

Vedle absolutních charakteristik se často používají také relativní charakteristiky růstu, respektive poklesu, jež jsou bezrozměrnými veličinami. Jejich představiteli jsou koeficienty růstu (k_t),

$$k_t = \frac{y_t}{y_{t-1}}, \quad t = 2, 3, \dots, n,$$

kteře charakterizují relativní postupnou rychlost změn hodnot v časové řadě. Vyjádříme-li koeficient růstu v procentech, hovoříme o tempu růstu. Za celou časovou řadu lze určit průměrný koeficient růstu, definovaný jako geometrický průměr jednotlivých koeficientů \bar{k} .

$$\bar{k} = \sqrt[n]{k_1 k_2 \dots k_n} = \sqrt[n]{\frac{q_n}{q_0}}$$

Absolutní charakteristiky umožňují absolutní porovnání hodnot jednotlivých členů časové řady. Nejčastěji se používají první diference neboli absolutní přírůstky. Označíme-li hodnoty časové řady jako Y_t , $t = 1, 2, \dots, n$, lze definovat první absolutní diference jako rozdíly sousedních pozorování řady,

$$dy_t = y_t - y_{t-1}, \quad t = 2, 3, \dots, n.$$

Tyto diference charakterizují absolutní přírůstek nebo úbytek zkoumaného ukazatele v určitém okamžiku (období) proti okamžiku (období) bezprostředně předcházejícímu. Prvních absolutních diferencí je celkem $n - 1$.

Rozdílem dvou sousedních absolutních přírůstků (prvních absolutních diferencí) lze získat druhé absolutní diference, kterých je celkem $n - 2$:

$$d^{(2)} y_t = dy_t - dy_{t-1} = y_t - 2y_{t-1} + y_{t-2}, \quad t = 3, \dots, n.$$

Druhé absolutní diference charakterizují absolutní zrychlení, resp. zpomalení vývoje ve zkoumané řadě, udávají, o kolik byl následující přírůstek větší, resp. menší než předcházející.

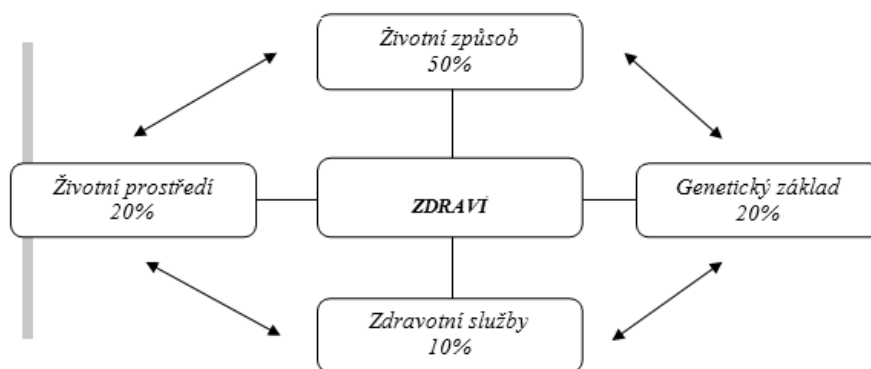
2. LITERÁRNÍ REŠERŠE

2.1 Definice zdraví

Zdravý životní styl a dodržování zásad primární prevence je základem pro život bez zdravotních komplikací nejen pro jedince či pro celou společnost, ale jde o důležitý zdroj šetření finančních prostředků vydávaných na zdravotní péči. Většina lidí již dnes chápe, že je lépe nemocem předcházet než jimi trpět, ale aplikovat preventivní chování do běžného života je pro mnohé z nich stále ještě obtížné. Naučit si vážit života jako nejvyšší hodnoty, uvědomovat si vlastní odpovědnost za zdraví a schopnost přispět k řešení problematiky zdraví jednotlivce i celé společnosti.

Následující obrázek č. 1 ukazuje procentuální odhad vlivu základních determinantů na zdraví. Pokud se budeme opírat o fakt, že je možné zdraví člověka ovlivnit vnějšími faktory (např. zdravějším způsobem života, či zlepšením stavu životního prostředí), je nutné se na ně zaměřit.

Obr. 1- Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech



Zdroj: Holčík, J. Systém, péče o zdraví a zdravotnictví. Brno: NCO NZO, 2005. S. 19.

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Nepředstavuje samo o sobě cíl života, ale představuje jednu z podmínek smysluplného žití.

Přístup k vymezení zdraví může být různý. V psychosociálním – sociomedicinském pojetí je zdraví chápáno jako stav naprosté vyrovnanosti, kdy se každý jedinec cítí v dokonalé harmonii se svým okolím, je schopen plnit své

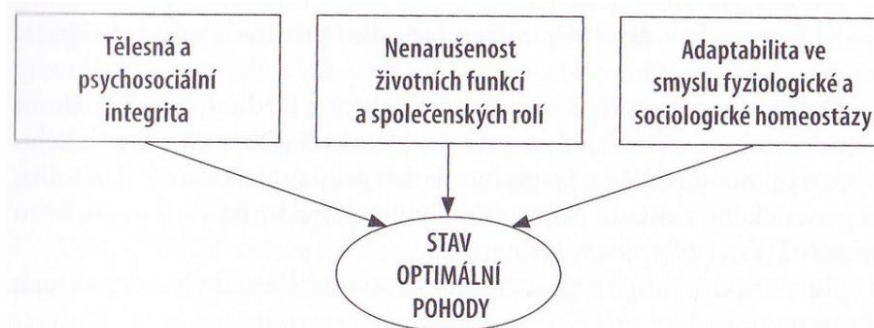
úkoly a společenské role, které se od něho očekávají. Zdraví lze tedy komplexně chápat jako schopnost vyrovnat se s nároky vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí.

Zdraví lze také chápat jako schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život. Podle definice Světové zdravotnické organizace z roku 1948 je zdraví stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci či vady. Pojem zdraví obsahuje tři složky:

- a) tělesnou a psychosociální integritu,
- b) nenarušenost životních funkcí a společenských rolí,
- c) adaptabilitu ve smyslu fyziologické a sociologické homeostázy. [2]

Zdraví je dynamický proces vzájemného působení potenciálu zdraví a determinant zdraví, jehož důsledkem je: vznik nebo vymizení poruchy zdraví, funkčně změřitelné poruchy funkcí orgánů a orgánových systémů a subjektivně vnímaný handicap. Je tedy důležité, aby všechny vnější faktory (viz. obr. 2) působící na zdraví byly v rovnováze.

Obr. 2 – Schéma optimální pohody



Zdroj: Dolanský, H. 2008

2.2 Ochrana veřejného zdraví

2.2.1 Mezinárodněprávní rámec

Podle Všeobecné deklarace lidských práv (1948): *Každý má právo na život... (čl. 3), na důstojné sociální zabezpečení... (čl. 22) a na takovou životní úroveň, která by byla s to zajistit jeho zdraví a blahobyt i zdraví a blahobyt jeho rodiny... (čl. 25).* I když jde jen o politický dokument, deklarace zásadním

způsobem ovlivnila myšlení ve světě. OSN přijala k její realizaci několik úmluv, které ČR ratifikovala.

Mezinárodní organizace práce přijala několik úmluv k otázkám zdravotní péče, nejdůležitější je Úmluva o zdravotní péči a nemocenských dávkách z roku 1969, ČR tuto úmluvu ratifikovala. Podle ní *se stát zavazuje poskytnout léčebnou zdravotní péči* (čl. 7) po celou dobu nemoci (čl. 16) a případně preventivní péči (čl. 7). V II. Části definuje, jakou zdravotní péči má stát zabezpečit. Cílem této péče má být *zachování, obnova nebo zlepšení zdraví osob a jejich schopnost pracovat a pečovat o své osobní potřeby* (čl. 9). Finanční spoluúčast se připouští za podmínky, že míra finanční participace sociálně a ekonomicky neohrozí nemocného nebo nesníží efektivitu zdravotní péče (čl. 17).

2.2.2 Právní rámec v Evropské unii

Zdravotnictví patří mezi tzv. doplňkové politiky EU. Tzn., že EU může oblast zdravotnictví upravovat na evropské úrovni pouze tam, kde není výslovně uvedeno, že tato pravomoc náleží členským státům.

V EU platí pro zdravotní péči princip subsidiarity, upravují se pouze otázky, které se týkají dvou a více členských států. Pro koordinaci systémů sociálního zabezpečení členských států v podstatě platí pravidlo, že se pro zdravotní péči uplatňují právní předpisy toho státu, kde občan EU pracuje nebo je samostatně výdělečně činný. [18] Tento princip vychází z výslovného vyjádření článku 152 Smlouvy o založení Evropského společenství (SES), který obsahuje zvláštní podmínku, že činnost Společenství v oblasti veřejného zdraví musí plně respektovat odpovědnost členských států za organizaci a poskytování zdravotních služeb a lékařské péče. Pokud se občan v rámci svého aktivního života pohybuje mezi státy EU (například v jednom státě bydlí a v druhém pracuje), podléhá právním předpisům o sociálním zabezpečení pouze v jednom státě. Tímto státem je obvykle stát, ve kterém pracuje. V případě, že pracuje ve dvou či více státech současně a v jednom z těchto států bydlí, je pojištěn ve státě bydliště. [34] Protože zdravotní péče patří do pravomocí jednotlivých států, přijala EU *Otevřenou metodu koordinace ve zdravotnictví* (2001), jež obsahuje dohodu států, podle níž se ve zdravotní politice soustředí na následující body:

- dostupnost pro všechny
- kvalita
- finančně udržitelná zdravotní péče

Na zdravotní politiku se rovněž vztahuje dodržování čtyř základních svobod jednotného vnitřního trhu, tedy svoboda pohybu zboží, služeb, osob a kapitálu.

2.2.3 Právní rámec v České republice

Ochrana veřejného zdraví je v kompetenci státu – tato povinnost vyplývá z občanského práva na zdraví garantovaného Listinou základních práv a svobod. Podle tohoto dokumentu z roku 1933: *Každý má právo na život (čl. 6) a ... Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon (čl. 31)*. Tím je dána povinnost státu chránit zdraví jednotlivců i obyvatelstva jako celku.

Cílovými skupinami je obyvatelstvo ČR, občané zemí EU zdržující se na našem území a cizinci, kteří zemi navštěvují a pobývají v ní, tj. všichni na našem území. Dále jsou to podnikatelé a zaměstnavatelé působící na našem území, jimž stát nařizuje v zájmu ochrany veřejného zdraví určitá omezení v ekonomické činnosti.

Právo na ochranu zdraví je nezadatelným lidským právem a je v mezinárodních dokumentech řazeno mezi sociální práva člověka. Základní právní rámec v ČR je dán zákonem o veřejném zdraví (č. 258/2000 Sb.). Předmětem ochrany podle tohoto zákona je mimo jiné:

- ochrana zdravotnických zařízení – hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení,
- ochrana vod – vody a výrobků přicházejících do přímého styku s vodou,
- hygienické požadavky na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče a další.

Právní rámec individuální zdravotní péče upravuje zákon o zdraví lidu (č. 20/ 1966 Sb.) a vyhláška ministerstva zdravotnictví o soustavě zdravotnických zařízení (č. 242/ 1991 Sb.)

K těmto předpisům můžeme přidat i bezpečnost a ochranu zdraví při práci. Základním rámcem je ZP (č. 262/2006 Sb.). Konkrétním předpisem k ochraně a bezpečnosti při práci je zákon o zajištění dalších podmínek bezpečnosti a ochrany zdraví při práci (č. 309/ 2006 Sb.). Jde o rámcový předpis, jenž je realizován celou sérií vládních nařízení a vyhlášek. Další zákony a vyhlášky platné v ČR pro tuto oblast jsou uvedeny v příloze č. 1.

2.3 Změny v pojištění a jejich vliv na vývoj pracovní neschopnosti

Úroveň pracovní neschopnosti je primárně založena na dvou různých činitelích. Jedná se o objektivní či „přirozený“ základ nemocnosti resp. úrazovosti a dále o sociální a společenské podmínky, které těmto činitelům tvoří rámec. Je možno říci, že jsou to právě vnější podmínky, které jsou pro vývoj pracovní neschopnosti po roce 2004 jednoznačně převažující. Vzhledem k nejasnému vývoji na pracovním trhu byly pro jednání zaměstnanců (pojištěných osob) z pohledu případné pracovní neschopnosti rozhodující legislativní změny. Jejich seznam počínaje rokem 2004 je uveden níže.

- Od 1. ledna 2004 bylo:
 - prodlouženo rozhodné období pro vyměrování základu potřebné pro stanovení dávek nemocenského pojištění, z kalendářního čtvrtletí na kalendářní rok,
 - snížen denní vyměřovací základ pro výpočet nemocenského a podpory při ošetřování člena rodiny (OČR) za dobu prvních 14 kalendářních dnů pracovní neschopnosti (karantény) nebo potřeby ošetřování
 - sníženo nemocenské za první tři kalendářní dny pracovní neschopnosti
 - prodloužena doba, po kterou nebudou zvyšovány redukční hranice denního vyměřovacího základu, i na roky 2004 a 2005

- v roce 2006
 - byl přijat nový zákon o nemocenském pojištění s odloženou účinností na 1. leden 2009
- v roce 2007
 - byly přijaty změny s účinností od 1. ledna 2008, zejména zavedení neposkytování nemocenského za období prvních tří kalendářních dnů trvání dočasné pracovní neschopnosti či nařízené karantény,
 - nezvýšení redukčních hranic pro úpravu denního vyměřovacího základu, pro rok 2008,
 - ponechání redukce příjmu do výše první redukční hranice pro výpočet nemocenského a podpory při ošetřování člena rodiny i po 14. dnu trvání sociální události, pro které tyto dávky náleží,
 - úprava procentních sazeb denní výše nemocenského a podpory při ošetřování člena rodiny, zkrácení ochranné lhůty,
- v roce 2008
 - ústavním soudem bylo zrušeno rozhodnutí neposkytování nemocenského za první 3 kalendářní dny, tzn., že nemocenské se vyplácí i při pracovní neschopnosti kratší než 4 dny.

S účinností od 1. září 2008:

 - je snížena sazba pro výpočet nemocenského za první 3 kalendářní dny pracovní neschopnosti z 60 % na 25 %,
- v roce 2009
 - vzniká povinnost zaměstnavateli platit zaměstnancům náhradu mzdy za prvních 14 dnů trvání pracovní neschopnosti,
 - zajišťuje větší úměrnost výše dávek nemocenského pojištění zaplacenému pojistnému na nemocenské pojištění zvýšením počtu redukčních hranic pro výpočet denního vyměřovacího základu ze dvou na tři,
 - přenáší provádění nemocenského pojištění z tzv. velkých organizací na orgány nemocenského pojištění,

- posiluje ochranné prvky proti zneužívání systému.

- v roce 2011

Změny týkající se nemocenského pojištění v roce 2011 jsou zvláště významné a přinášejí některé nové kategorie a skutečnosti, především:

- výše nemocenského (procentní sazby)

V souvislosti s úspornými opatřeními bylo zrušeno zvyšování procentní sazby pro nemocenské podle délky trvání pracovní neschopnosti. V roce 2010 byla zavedena jednotná sazba nemocenského pro celou dobu trvání pracovní neschopnosti ve výši 60 %. Toto původně jednoleté opatření bude platit trvale. Výše nemocenského činí 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu.

U ostatních dávek se od 1. 1. 2011 procentní sazby nemění.

Nemocenské je poskytováno až od 22. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti. Prodlužuje se období, po které zaměstnavatel poskytuje zaměstnanci náhradu mzdy podle zákoníku práce ze 14 na 21 kalendářních dnů. Toto opatření je omezeno na dobu do 31. prosince 2013.

- výše dávek nemocenského pojištění v souvislosti se zvýšením redukčních hranic

- zvyšuje se sazba pojistného na nemocenské pojištění ze 1,4 % na 2,3 %.

Sazba pojistného na nemocenské pojištění placeného zaměstnavateli zůstává nadále ve výši 2,3 %.

Pro rok 2011 dále platí povinnost zaměstnavatele hradit pojistné na nemocenské pojištění, důchodové pojištění a příspěvek na státní politiku zaměstnanosti ve výši 25 % ze svého vyměřovacího základu.

- účasti na nemocenském pojištění

- nemocenského pojištění jsou účastni zaměstnanci (kam řadíme i příslušníky ozbrojených sil a bezpečnostních sborů) a osoby samostatně výdělečně činné. Zaměstnanci jsou povinně účastni nemocenského pojištění, na rozdíl od OSVČ, jejichž nemocenské pojištění zůstává dobrovolné.

Povinná účast na nemocenském pojištění vzniká u zaměstnance, pokud splňuje podmínky stanovené zákonem o nemocenském pojištění.

Jedná se o tři základní podmínky, a to o:

- výkon práce na území České republiky (dále jen „ČR“) v zaměstnání vykonávaném v pracovněprávním či pracovním vztahu, který může účast na nemocenském pojištění založit,

- rozsah zaměstnání, který je určen minimálním počtem dnů (zaměstnání trvalo nebo mělo trvat aspoň 15 kalendářních dnů),

- minimální výši sjednaného příjmu (jedná se o tzv. rozhodný příjem, jehož hranice je stanovena na 2 000 Kč a bude zvyšována podle vývoje průměrné mzdy).

Pro účely této analýzy se dále soustředíme pouze na nemocenské, které je obsahem statistiky pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz. [19]

Zaměstnanec, který je uznán ošetřujícím lékařem dočasně práce neschopným, má nárok na nemocenské od 22. kalendářního dne trvání jeho dočasné pracovní neschopnosti do konce dočasné pracovní neschopnosti, maximálně však 380 kalendářních dnů počítaných od vzniku dočasné pracovní neschopnosti (včetně zápočtů předchozí doby trvání dočasné pracovní neschopnosti).

Po dobu prvních 21 kalendářních dnů je zaměstnanec, kterému trvá pracovní vztah zakládající účast na nemocenském pojištění, zabezpečen náhradou mzdy, kterou poskytuje zaměstnavatel. Náhrada mzdy přísluší za pracovní dny a to při dočasné pracovní neschopnosti od 4. pracovního dne (při karanténě od prvního pracovního dne). Při přechodu dočasné pracovní neschopnosti z roku 2010 do roku 2011, pokud dočasná pracovní neschopnost vznikla koncem roku 2010 a přechází do roku 2011, se nemocenské poskytuje od 15. kalendářního dne nemoci.

Poživateli starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně se nemocenské vyplácí od 22. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti po dobu nejvýše 63 kalendářních dnů, nejdéle však do dne, jímž končí pojištěná činnost. Nemocenské náleží rovněž ve stanovených případech,

jestliže ke vzniku dočasné pracovní neschopnosti (karantény) došlo po skončení pojištěného zaměstnání v tzv. ochranné lhůtě. Smyslem ochranné lhůty je zabezpečit bývalého zaměstnance po stanovenou dobu po skončení pojištění pro případ vzniku sociální události (dočasné pracovní neschopnosti) dříve, než znovu nastoupí další zaměstnání. Ochranná lhůta v případě uplatňování nároku na nemocenské činí 7 kalendářních dnů ode dne skončení zaměstnání, které zakládalo účast na nemocenském pojištění. U zaměstnání kratších než 7 kalendářních dnů činí ochranná lhůta pouze tolik dnů, kolik činilo toto poslední zaměstnání.

2.4 Změny v redukčních hranicích

Úsporná opatření se nevyhnula ani sazbám nemocenských dávek. Bylo zrušeno zvyšování procentní sazby pro nemocenské podle délky trvání pracovní neschopnosti. V roce 2010 byla zavedena jednotná sazba nemocenského pro celou dobu trvání pracovní neschopnosti ve výši 60 %. Toto opatření bylo původně plánované na jeden rok, bude však platit trvale. Výše nemocenského činí 60 % redukovaného denního vyměřovacího základu. [35]

Od roku 2011 dochází ke změně redukčních hranic. Namísto dvou redukčních hranic jsou nově tři redukční hranice. Výše 1. redukční hranice činí 825 Kč, 2. redukční hranice činí 1 237 Kč, 3. redukční hranice 2 474 Kč. Z částky do první redukční hranice se započítává 90 %, z částky mezi první a druhou redukční hranicí se započítává 60 % a z částky mezi druhou a třetí redukční hranicí se započítává 30 %.

Další změnou, která se dotýká především zaměstnavatelů, je poskytování nemocenské až od 22. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti. Pro zaměstnavatele to znamená povinnost poskytovat zaměstnanci náhradu mzdy podle zákoníku práce ze 14 na 21 kalendářních dnů. Toto opatření je omezeno na dobu do 31. 12. 2013.

Změna se týká také provádění nemocenského pojištění. Aktuálně již nebudou zajišťovány zaměstnavatelem, ale orgány nemocenského pojištění. Zaměstnavatelů se budou týkat pouze oznamovací a evidenční povinnosti.

Provádění nemocenského pojištění budou nově zajišťovat pouze orgány nemocenského pojištění, (nikoli tedy již zaměstnavatelé). Zaměstnavatelé budou plnit evidenční a oznamovací povinnosti, včetně předávání nezbytných dokladů kompetentní okresní správě sociálního zabezpečení. Dále budou zaměstnavatelé poskytovat zaměstnancům náhradu mzdy (platu) za pracovní dny v období od čtvrtého do 14. kalendářního dne trvání dočasné pracovní neschopnosti. Výše náhrady mzdy od čtvrtého dne dosahuje 60 % upraveného (redukovaného) průměrného výdělku. [19]

Zaměstnavatel má také možnost dohledu. Může kontrolovat, zda se zaměstnanec v době pracovní neschopnosti zdržuje v místě pobytu a dodržuje časový harmonogram povolených vycházek. Rovněž může požádat okresní správu sociálního zabezpečení o provedení kontroly dodržování léčebného režimu zaměstnance a o ověření správnosti uznání pracovní neschopnosti u příslušného ošetřujícího lékaře. Zaměstnavatel může náhradu mzdy snížit, popř. ji neposkytnout, a to i zpětně, pokud se zaměstnanec nedodržoval podmínky pracovní neschopnosti.

Zaměstnanci, kterým přísluší po určenou dobu pracovní neschopnosti plat nebo náhrada platu či služební příjem (obvykle jeden kalendářní měsíc), nebudou mít od 1. ledna 2009 nadále nárok na takové plnění za první 3 dny pracovní neschopnosti. [35]

Také se mění částka rozhodného příjmu pro účast na nemocenském pojištění. Od 1. ledna 2012 se zvyšuje ze 2000 Kč na částku 2 500 Kč, podle Nařízení vlády č. 410/2011 Sb., o zvýšení částky rozhodné pro účast zaměstnanců na nemocenském pojištění.

2.5 Novela zákona č. 48/1997 Sb. a regulační poplatky

Do 31. března 2012 se hradil regulační poplatek za den ústavní péče (týká se rovněž komplexní lázeňské péče nebo ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách). Od 1. dubna 2012 se hradí regulační poplatek 100,- Kč za den lůžkové péče včetně lůžkové lázeňské léčebně rehabilitační péče. Nejedná se pouze o změnu terminologie, do 31. března 2012 bylo jednoznačné, ve kterých zařízeních se poplatek vybírá, díky uvedení konkrétních paragrafů (§ 23 –

nemocnice a OLÚ, §33 odst. 4, § 34). Zatímco nyní se stokorunový poplatek nehradí za pobyt na lůžku jednodenní péče, protože ta podle zákona o zdravotních službách nepatří do lůžkové péče.

Další problém, který nastal v souvislosti s novelou tohoto zákona, se týká regulačního poplatku 100 Kč za den pobytu průvodce dítěte, je-li hrazen z veřejného zdravotního pojištění podle § 25. Ale § 25 změnil pobyt průvodce dítěte na pobyt průvodce pojištěnce bez omezení věkem. A tak zatímco za pobyt průvodce dítěte se regulační poplatek hradí, za pobyt průvodce dospělého pojištěnce se regulační poplatek nehradí.

U regulačního poplatku 90,- Kč za využívání pohotovostních služeb v době od 17 do 7 hodin došlo k upřesnění o úhradě v případě, že se nejedná o pravidelnou ordinační dobu poskytovatele.

V předmětné novele nebyl zatím upřesněn ani poplatek 30,- Kč za recept. Nejasnosti se týkají poplatku 30 Kč za výdej prvního z předepsaných balení, pokud se jedná o opakovací recept, kde se podle výkladu Ministerstva zdravotnictví hradí při každém opakovaném vydání. [19]

3. CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

3.1 Zdravotní stav populace

Determinanty ekonomické situace zdravotnictví, ze kterých vycházíme, lze rozdělit na determinanty nepřímé a determinanty přímé. Nepřímé determinanty nepůsobí přímo na organismus, přesto však mají vliv na zdravotní stav celé populace; patří sem například: kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, demografická situace, sociální stratifikace, role jednotlivce a sociální prostředí.

Obr. 3 ukazuje, že mezi „přímé“ determinanty zdraví, tedy takové determinanty, které působí přímo na lidský organismus, patří: životní prostředí, genetický základ, zdravotnictví a životní styl. [29]

Obr. 3 – Zásahy do determinant zdraví



Zdroj: <http://www.zdravcr.cz/Archiv/2001/1-2/04.pdf>

Se zvyšujícím se věkem roste přímo úměrně ekonomická náročnost pacienta a s pokrokem v medicíně stoupá cena léčby. Existuje vzájemná závislost mezi efekty stárnutí populace a růstu výloh na léčbu. [27]

3.2 Nemocnost demograficky

Změny společenského a ekonomického prostředí se svými sociálními a hospodářskými aspekty se projevují kontinuálním zvyšováním střední délky života obou pohlaví, včetně prognózy vývoje. [17]

Na českou populaci od devadesátých let mají rozhodující vliv dva zásadní efekty. Prudký úbytek porodnosti pod mez prosté reprodukce stávající populace. Dnes připadá 1,49 dítěte na matku, dříve to bylo pouze 1,18 dítěte. Rozvoj v medicíně směřuje k prodlužování střední délky života. Na počátku 90. let se pohybovala kolem 35 let, dnes je to již 45 let a prognostici predikují další zvyšování. „*To, co nejvíce ovlivní výdaje na veřejné zdravotnictví, je vnitřní struktura osob v produktivním věku,*“ uvedl RNDr. Tomáš Kučera, Csc., z katedry demografie a geodemografie Přírodovědecké fakulty UK.

Stále rostoucí životní úrovní a zlepšující se kvalitou zdravotní péče se zvyšuje i průměrný věk populace. K základním faktorům ovlivňujícím průměrný věk populace a tím také její stárnutí patří vývoj porodnosti (výkyvy a trend dlouhodobého poklesu porodnosti), prodlužování délky lidského života a migrace obyvatel. [32] Naděje dožití je dnes 80 let pro ženy a 74 let pro muže. Součinnost těchto dvou vlivů způsobuje stárnutí naší populace. V reálu to znamená, že procento ekonomicky aktivních a penzistů je stále nižší. V roce 2007 byl poprvé v historii podíl starších 65 let vyšší než podíl mladších 15 let.

Obr. 4 – Predikce složení obyvatel nad 65 let podle vybraných věk. skupin v ČR, 2002-2050

	65-74	75-84	85+
2002	818 702	501 081	98 179
2005	808 905	540 598	97 178
2010	924 610	527 687	144 515
2015	1 165 776	524 561	173 809
2020	1 273 549	627 483	187 301
2025	1 184 048	809 329	207 933
2030	1 137 066	895 394	275 613
2035	1 176 112	847 563	376 243
2040	1 354 671	837 199	441 684
2045	1 520 352	884 345	457 323
2050	1 415 382	1 043 570	497 127

Zdroj: http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku&artclID=34%3E

V budoucnu, až se silné ročníky ze 70. let dostanou do důchodového věku, bude efekt ještě znásoben. Populace penzistů bude stále větší a stále starší. Významný nárůst čeká populaci starší 80 let. V příštích 20 letech by se počet starších 75 let měl zvýšit trojnásobně, tedy na cca půl milionu lidí. Za 60 let by

měl počet takto starých obyvatel být (při nezměněném celkovém počtu obyvatelstva) téměř milion, tedy jedna desetina celkové české populace, přičemž aktivní věk člověka zařazeného do pracovního procesu je omezen jen do určitého rozmezí (dle Zákoníku práce od 15 let do odchodu do důchodu, v současné době 62/60, výhledově 65 a více)

„Projevů demografického stárnutí bude vícero: dále poroste průměrný věk populace, zvýší se zastoupení starších osob a seniorů v populaci, porostou i hodnoty podílu osob, které budou v sociálním systému těmi závislými. V zásadě se nejedná o nepřekonatelný problém, ale otázku priorit jak danou disproporcí mezi příjmy a výdaji ve zdravotnických systémech řešit.“ Do budoucna bude nezbytně nutné zvýšit mezigenerační solidaritu, třeba formou navýšení efektivní daňové sazby. *„Je otázkou, zda je na to naše společnost připravena“.* [36]

3.3 Ekonomické hledisko

Lidský život a zdraví představují nevyčíslitelnou a nenahraditelnou hodnotu. Mimo to však lidský život i zdraví představují pro jedince i pro společnost hodnotu ekonomickou. Náklady vynaložené na péči o zdraví včetně nákladů na zdravotnictví jsou prakticky i nepřímou investicí do tvorby nového bohatství státu i do celkového vývoje společnosti. Zdraví celé společnosti přispívá k pocitu životní pohody lidí, ke kvalitě jejich života, ke schopnosti práce i k prodloužení aktivního života.

Z ekonomického hlediska je velmi důležité i stárnutí populace. Důležitá je především otázka, zda bude populace v následujících letech stárnout zdravěji proto, že senioři budou v lepší kondici, nebo proto, že budou využívat moderních léčebných postupů, placených z veřejných peněz. V ekonomii se objevuje pojem generační účetnictví. *„To vychází z principu současného nastavení systému, který je průběžně financovaný - neexistují žádné skutečné úspory a příjmy jsou vynakládány na okamžité potřeby. Snaží se zachytit míru solidarity mezi jednotlivými generacemi a zároveň se snaží určit nebo odhadnout, které skupiny obyvatel budou nejzranitelnější,“* uvedla PhDr. Lucie Bryndová z Institutu ekonomických studií Fakulty sociálních věd UK. [17]

Výdaje ve zdravotnictví jsou sledovány pomocí systému zdravotních účtů. Dlouhodobě je sleduje Český statistický úřad. Za veřejné výdaje na zdravotnictví se na základě užívané mezinárodní metodiky pokládají (v podmínkách ČR) státní rozpočet a územní rozpočty (rozpočty krajů a obcí). Následně výdaje systému veřejného zdravotního pojištění, které se v ČR řídí příslušnými zákony o Všeobecné zdravotní pojišťovně a o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách. [26]

Celkové výdaje na zdravotní péči za rok 2010 dosáhly výše 284 miliard Kč. Zhruba 75% z těchto celkových výdajů uhradily systému zdravotní pojišťovny, 15% z celkové částky zaplatily domácnosti. Státní rozpočet přispěl 5% a další 4% pocházejí z místních rozpočtů. [14] Největší podíl na výdajích na zdravotní péči domácností mají výdaje na volně prodejné léky a zdravotnické prostředky (především brýle). Tyto výdaje představují dvě třetiny celkových výdajů domácností na zdravotní péči. V rodinných rozpočtech se také odrazí výdaje za regulační poplatky. Ty činily v roce 2010 celkem 5,6 miliard korun.

V mezinárodním měřítku jsou české celkové výdaje za zdravotnictví stále nízké. Využívání zdravotní péče a její nákladovost ukazuje obr. 5. „Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví je složité, protože financování systému zdravotnictví se v jednotlivých státech liší. Přesto se Česko spolu se Slovenskem řadí v porovnání s ostatními státy OECD mezi země s nejnižšími výdaji na zdravotní péči.“ [14]

Obr. 5 – Využívání zdravotní péče a její nákladovost



Zdroj: Hejduková P. Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR, 2011

Mezinárodnímu průměru v OECD odpovídá ČR ve výši výdajů na jednotlivé druhy péče. „nejvyšší výdaje jdou v tomto ohledu na ambulantní péči. Průměr zemí OECD zde dosahuje 33%, pro lůžkovou péči je to 19%. V České republice dosáhly obě položky zhruba stejných hodnot. [14]

3.3.1 Společensko-ekonomické trendy ve zdravotnictví

Je nezbytné, aby zdravotní péče zůstala dostupná všem občanům na úrovni odpovídající současným vědecko-medicínským poznatkům. [27]

V posledních deseti letech stouply náklady na zdravotní péči rychleji než HDP => odvětví zdravotnictví se stávalo čím dál více ekonomicky zajímavé. Dlouhodobý růstový trend byl zachován ještě v prvním roce finanční krize, přestože už nekorespondoval s ekonomickou situací. Honoráře lékařů dlouhodobě rostly společně s celým systémem rychleji než platy v české ekonomice. [7]

V dlouhodobém horizontu je možno očekávat postupné přibližování k ekonomicky zdatnějším zemím EU. Nelze však předpokládat takový ekonomický růst, který vykompenzuje nepříznivé dopady růstu nákladů v důsledku pokroku v medicíně a stárnutí populace. [27] Skutečným úkolem zdravotní politiky ve všech vyspělých zemích je zachovat růst nákladů a jejich celkovou výši na akceptovatelné úrovni (tzn. 8 – 10% HDP). [7]

„Zdravotní pojištění“ je vlastně systém, kdy ekonomicky aktivní zdravá populace financuje systém pro ekonomicky neaktivní. Poměr finančních zdrojů vůči nákladům je v přímé úměře s ekonomicky aktivní a neaktivní populací. Jedná se o velmi dobrý systém pro narůstající populace – vlastně jde o fungující systém postavený na Ponzioho schématu (chybně přirovnáváno k pyramidové hře typu „letadlo“). Ovšem pro stárnoucí populaci jako je česká se jeví tento systém jako značně problematický.

Ministerstvo zdravotnictví míní, že příští vývoj finanční situace bude značně ovlivněn dopadem vysoké zadluženosti některých členských zemí EU. Ze špatné ekonomické situace a tím i těžkostí se splácením peněžních závazků těchto zemí, vzniknou problémy ve finančním sektoru i v ostatních zemích. Hospodářský pokles u našich rozhodujících partnerů znamená pokles exportu a tedy propouštění a snižování mezd v průmyslu. Problémy dodavatelů a malých

podnikatelů významně ovlivní vybírání daní a pojistného. V této situaci by tedy nebylo rozumné ve střednědobém výhledu kalkulovat s nárůstem prostředků vyčleněných na zdravotnictví ze státního rozpočtu. Další skutečností projevující se na ekonomice zdravotnictví je volební cyklus. V předvolebním období obvykle dochází k větším výdajům, po volbách naopak. Ministerstvo zdravotnictví zamýšlí změny navrhnout tak, aby kromě částečných parametrických transformací (výše regulačních poplatků apod.) bylo velice neúčelné pokoušet se po každých volbách měnit nastolený systém. [27]

4. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ

4.1 Financování zdravotní péče

Financování zdravotní péče v České republice probíhá dle vyhlášky 396/2010 Sb., ze dne 17. prosince 2010 o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Jednoduché schéma na obr. 6 ukazuje hlavní zdroje financování zdravotnictví v České republice.

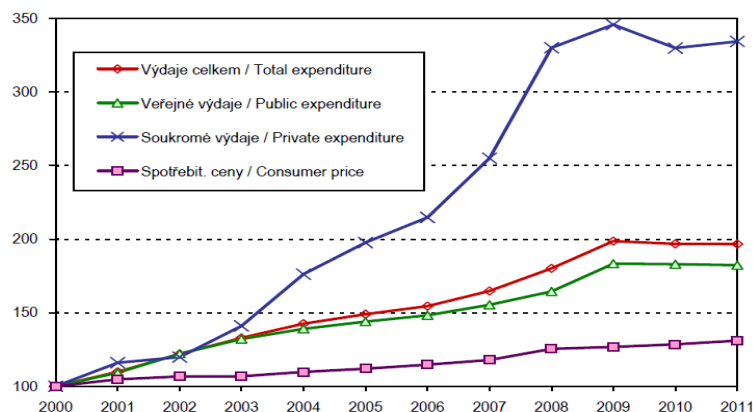
Obr. 6 - Hlavní toky financí pro financování zdravotnictví v ČR



Zdroj: Nahodil, F. Veřejné finance v České republice. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. s. 95

Převažuje zde financování nepřímé, které je založeno na veřejných rozpočtech (státní a municipální), povinném veřejném zdravotním pojištění, dobrovolném a zaměstnaneckém pojištění, charitě a zahraniční pomoci. Druhou formou je financování přímé, které je založeno na přímé platbě od příjemců zdravotních služeb. Doplnkové přímé financování tvoří úhrady za léky. Jakým způsobem se výdaje na léky a spotřebitelské ceny vyvíjejí, ukazuje obr. 7.

Obr. 7- Vývoj výdajů na zdravotnictví a spotřebitelských cen

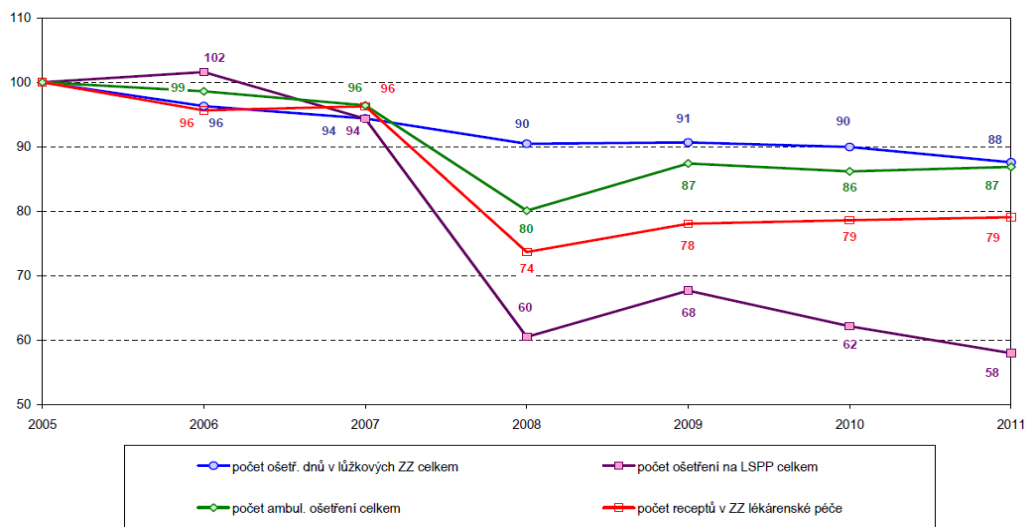


Zdroj: ČSÚ, MZ ČR (2012)

Např. v roce 2007 se počet receptů přijatých v zařízeních lékařské péče dotkl hranice téměř 90 mil. kusů. V roce 2008 se tento počet snížil na necelých 69 mil. ks, což je zhruba o 23,5 % méně než v roce 2007. Následně došlo k mírnému růstu až na 73,9 mil. ks za rok 2011, což je o 17,9 % nižší počet než byl v roce 2007.

Z celkového počtu receptů za rok 2007 bylo k plné nebo částečné úhradě zdravotním pojištěním cca 81,1 mil. kusů. Po úbytku těchto receptů na přibližně 59,4 mil. ks v roce 2008 došlo opět k mírnému růstu, takže v roce 2011 bylo v zařízeních lékařské služby podáno pacienty přibližně 64,9 mil. kusů receptů s kompletní nebo dílčí úhradou z veřejného zdravotního pojištění. V dalším období je tento ukazatel v roce 2011 o 20 % nižší než v roce 2007.

Obr. 8 - Využití zdravotnických služeb v roce 2005-2011



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 47/2012

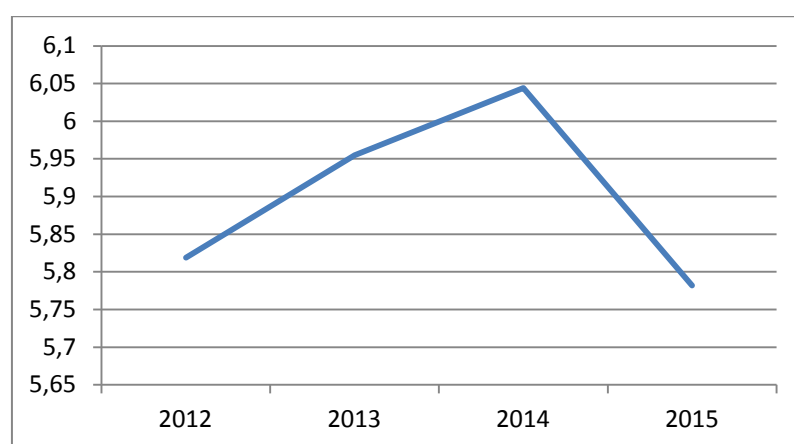
Mluvčí Ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň sdělil ČTK, že ze státního rozpočtu nepůjdou v příštím roce do nemocnic a dalších přímo řízených organizací žádné finance. Nemocnice mají možnost investovat pouze to, co získají z evropských fondů. Celkové výdaje se podle návrhu státního rozpočtu a výdajových rámců schválených vládou sníží o pět až deset procent. Na prvním místě je stále růst platů, podpora vzdělávání, výzkumu, vývoje a inovací

Větší část zdravotnictví, počítaje v to platy lékařů a sester, je financována ze zdravotního pojištění. Roční spotřeba resortu je přibližně 300 miliard korun.

Z této částky tvoří přibližně 220 miliard výběr zdravotního pojištění, zůstatek peníze krajů, měst či platby pacientů.

Ze státního rozpočtu by ministerstvo zdravotnictví mělo dostat příští rok 5,955 miliardy korun. Letos se jednalo o částku 5,819 miliardy, s připočtením evropských peněz to bylo 6,668 miliardy korun. V příštím roce (tzn. 2014) by se mělo jednat o částku 6,044 miliardy ze státního rozpočtu a v roce 2015 celkem 5,782 miliardy korun, oba údaje jsou bez evropských peněz. [28] Vývoj dotací ze státního rozpočtu pro resort zdravotnictví ukazuje obr. 9.

Obr. 9 – Dotace ze státního rozpočtu pro resort zdravotnictví



Zdroj: <http://www.tribune.cz/clanek/27269-mz-nebude-mit-ze-statniho-rozpocetu-na-investice-vyuzije-penez-eu>

Dle mluvčího Sršně má ministerstvo z letošních příjmů ze strukturálních fondů Evropské unie více než 300 milionů korun. Jejich rozdělování bylo ve znamení úspor. *"V celkem dvou výzvách se podařilo ušetřit téměř 150 milionů korun. Budou využity na podporu investičních akcí v letošním a příštím roce."*

Na výzkum, vývoj a inovace zamýšlí ministerstvo v příštím roce uvolnit 1,221 miliardy korun, v roce 2014 takřka 1,528 miliardy a v roce 2015 bezmála 1,478 miliardy korun. Rovněž je počítáno s výdaji na zahraniční rozvojovou pomoc a humanitární spolupráci. Až do roku 2015 na ni půjdou tři miliony korun ročně. Celkové výdaje státního rozpočtu bez započtení peněz z fondů EU a výdajů státních fondů jsou naplánovány v roce 2013 na skoro 1092 miliard, v roce 2014 na 1101 miliard a v roce 2015 na více než 1104 miliard korun. [28]

4.1.1 Regulační poplatky

Regulační poplatek je příjmem konkrétního zdravotnického zařízení, které tento poplatek vybralo. Regulační poplatky za poskytnutou zdravotní péči a doplatky za léky nebo potraviny pro zvláštní léčivé účely jsou platné od 1. 1. 2008. Již v tomto roce přinesly do zdravotnického systému regulační poplatky bezmála 3,8 miliardy korun, sečteno se započitatelnými doplatky na léky se jedná o částku 4,6 miliardy korun (v rámci VZP). V roce 2009 činily poplatky více než 3,7 miliardy korun, se započitatelnými doplatky na léky se jedná o částku vyšší než 4,8 miliardy korun. V roce 2010 přesáhly poplatky se započitatelnými doplatky hranici 5, 2 miliardy korun.

Pokud tyto poplatky a započitatelné doplatky uhrazené pojištěncem přesáhnou hranici 5000 Kč (u dětí do 18 let a pojištěnců nad 65 let je limit 2500 Kč) v kalendářním roce, pojišťovna je povinna uhradit pojištěnci částku, o kterou je tento limit překročen. [33]

4.2 Německý zdravotní systém

V Německu žije přibližně 82 milionů obyvatel. Patří v mezinárodním srovnání k zemím s naprosto ideálním systémem zdravotní péče. Je charakteristickým představitelem státu s národním zdravotním pojištěním. [15]

Zajištění lékařské péče pro všechny obyvatele zabezpečuje značný počet nemocnic, soukromých lékařských ordinací a zdravotnických zařízení. Německé zdravotnictví zaměstnává více než čtyři miliony pracujících na nejrůznějších pozicích. Do výdajů na zdravotnictví v Německu proudí celkem 10,4 % HDP, což je o 1,5 % více, než dosahuje průměr zemí OECD. V rámci reformních opatření byl nově schválen zákon o snížení nákladů na veřejné výdaje na zdravotnictví. Na jeho základě zaznamenává Německo nejnižší nárůst zdravotnických výdajů na obyvatele ze všech členských zemí OECD: Mezi lety 2000 a 2007 stouply výdaje reálně o 1,4 % za rok, v průměru zemí OECD to bylo o 3,7 %.[31]

V roce 2007 byla přijata reforma zdravotnictví, jejímž hlavní pilířem je zdravotní fond. Do tohoto fondu plynou veškeré příspěvky zaměstnanců a zaměstnavatelů z daní a příspěvky na zákonné zdravotní pojištění, které má vládou stanovenou jednotnou sazbu. Rovněž je jednotný příspěvek, který dostává

cca 200 zákonných zdravotních pojišťoven na pojištěnce (zdravotních pojišťoven je v současné době v SRN cca 300). Zvláštní příspěvek k paušálnímu příspěvku dostávají pojišťovny, ve kterých je pojištěno mnoho starých lidí, nemocných nebo pojištěnců s nízkými příjmy. Lidé s příjmem nižším než je 630 EU měsíčně, nemají povinnost platit zdravotní pojištění ze svého příjmu. V jejich případě se na platbě podílí pouze zaměstnavatel. U nezaměstnaných a důchodců plní funkci zaměstnavatele příslušný penzijní fond a fond nezaměstnanosti, tzn. stát. Výše pojistného u veřejnoprávních pojišťoven není dána zákonem a může se proto u různých pojišťoven lišit. Jeho výše se pohybuje v rozmezí 9- 15%, celoněmecký průměr je 14%. [7] Záměrem spolkové vlády je vytváření dlouhodobé samostatnosti v oblasti příspěvků a větší lokální rozlišování. K tomu mají být zavedeny sociálně vyrovnané zaměstnanecké příspěvky nezávislé na výši příjmu. [24]

Do veřejných nemocnic v Německu plynou finance ze dvou zdrojů. Provozní náklady jsou financovány z fondu nemocenského pojištění, zatímco investiční výdaje hradí státní rozpočet. V posledních letech se při úhradách nemocniční péče používá německý model platby za diagnózu (tzv. úhradový systém DRG – Diagnosis Related Groups). Jedná se o paušální poplatek za každého. Hospodaření nemocnic a jejich ekonomické chování je přísně sledováno.

Administrativně je německý zdravotnický systém značně složitý. V Německu je stále zachována regulativní funkce státu, na druhou stranu je zde umožněno vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a mezi poskytovateli. Soukromé zdravotní pojištění plní v německém zdravotnickém systému pouze doplňkovou funkci (využívá jej okolo 10 % obyvatelstva). [7]

Důsledkem zvyšování celkových výdajů na zdravotní péči je v posledních letech německé zdravotnictví pod silným tlakem. Přestože celkové výdaje na zdravotnictví činí více než 10% HDP (v rámci patří EU k nejvyšším), není možné z nich pokrýt všechny náklady na zdravotní péči. Z tohoto důvodu se postupně navyšuje spoluúčasť pacientů. Samozřejmě jsou zohledňováni sociálně znevýhodnění občané a jejich potřeby. Zásada všeobecné dostupnosti zdravotní péče zůstává zachována a je obecně uznávána. [24]

5. PRAKTICKÁ ČÁST

V následující kapitole budou pomocí uvedených statistických metod zpracována získaná data.

5.1 Vývojové tendence sledovaných ukazatelů

5.1.1 Výdaje na zdravotnictví v České republice

Sledovaným ukazatelem v tabulce 1 jsou celkové výdaje na zdravotnictví v České republice. V roce 2011, jako i v předchozích letech, byla převážná část výdajů na zdravotnictví hrazena systémem veřejného zdravotního pojištění, které krylo 78,2 % výdajů. Státní a územní rozpočty uhradily 5,8 % celkových výdajů a soukromé výdaje tvořily 16,0 %.

Průměrný koeficient růstu ukazuje na rostoucí výdaje s průměrným ročním přírůstkem 6%.

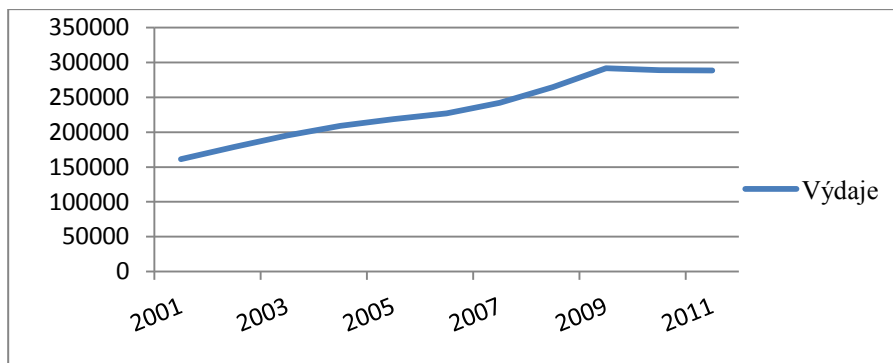
Tab. 1 - Celkové výdaje na zdravotnictví

Rok	Výdaje	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	161300	x	x	x	x	x
2002	178923	17623	x	1,1093	0,1093	1,1093
2003	195155	16232	-1391	1,0907	0,0907	1,2099
2004	209270	14115	-2117	1,0723	0,0723	1,2974
2005	218774	9504	-4611	1,0454	0,0454	1,3563
2006	226810	8036	-1468	1,0367	0,0367	1,4061
2007	241935	15125	7089	1,0667	0,0667	1,4999
2008	264520	22585	7460	1,0934	0,0934	1,6399
2009	291646	27126	4541	1,1025	0,1025	1,8081
2010	289035	-2611	-29737	0,9910	-0,0090	1,7919
2011	288787	-248	2363	0,9991	-0,0009	1,7904
průměrný koeficient růstu = 1, 06						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Česká republika a Slovensko se řadí v porovnání s ostatními státy OECD mezi země s nejnižšími výdaji na zdravotnictví.

Graf 1- Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v milionech Kč



Zdroj: data ÚZIS

Podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví vzrostl zejména po roce 2008 se zavedením regulačních poplatků. Celkové výdaje na zdravotnictví se oproti roku 2010 snížily o 248 milionů Kč a v roce 2011 dosáhly v absolutním vyjádření 288 787 milionů Kč, tj. 27 512 Kč na 1 obyvatele (tab. 2). Uvedené celkové výdaje představují 7,51 % HDP roku 2011.

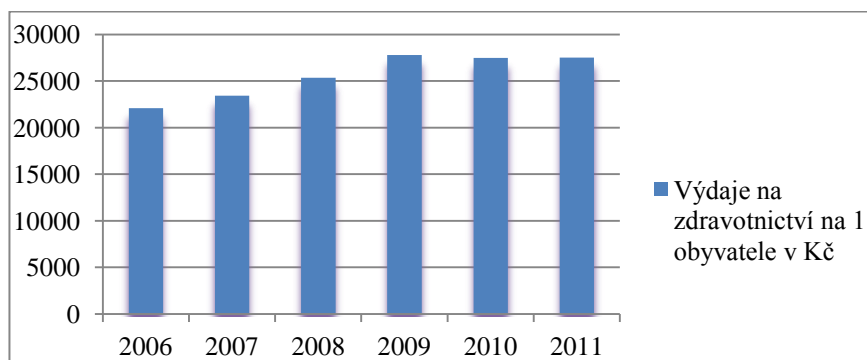
Statistický úřad uvádí, že nejméně nákladnou skupinou jsou děti ve věku 5-9 let a naopak nejnákladnější skupinou jsou lidé mezi roky 60-64. Na osoby starší 80 let za posledních deset let výdaje vzrostly o dvě třetiny [26].

Tab. 2 - Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele

Rok	Výdaje	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	22092	x	x	x	x	x
2007	23437	1345	x	1,0609	0,0609	1,0609
2008	25362	1925	580	1,0821	0,0821	1,1480
2009	27798	2436	511	1,0960	0,0960	1,2583
2010	27482	-316	-2752	0,9886	-0,0114	1,2440
2011	27512	30	346	1,0011	0,0011	1,2453
průměrný koeficient růstu = 1,02						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 2 – Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele v Kč



Zdroj: data Ročenky ÚZIS 2001-2011

Pro srovnání je možné uvést, že dle databáze Světové zdravotnické organizace Health for All [41] dosáhl tento ukazatel v roce 2009 v zemích EU v průměru 9,76 %. Rozhodující část financování zdravotnictví v ČR nesou zdravotní pojišťovny s podílem 78,1 %. Ze státních a územních rozpočtů šlo cca 5,8 % a soukromé výdaje tvořily přibližně 16,1%. Růst podílu soukromých zdrojů na financování zdravotní péče se po roce 2008, kdy činil 17 %, zabrzdil a v letech 2009–2011 je pod úrovní 16,5 %.

Průměrný koeficient růstu ukazuje na roční přírůstek výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele 2%, přičemž celkové výdaje na zdravotnictví se dle ministerstva zdravotnictví ročně zvyšují o 6%.

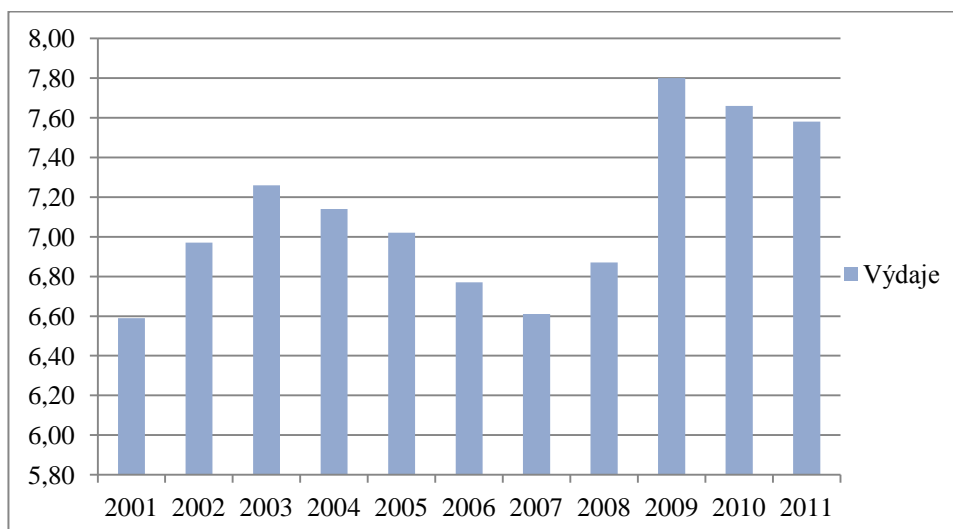
Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu (HDP) se od roku 2001 pravidelně pohyboval nad 6 % a v roce 2011 činil 7,58 % (tab. 3)

Tab. 3 - Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v % HDP

Rok	Výdaje	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	6,59	x	x	x	x	x
2002	6,97	0,38	x	1,0577	0,0577	1,0577
2003	7,26	0,29	-0,09	1,0416	0,0416	1,1017
2004	7,14	-0,12	-0,41	0,9835	-0,0165	1,0835
2005	7,02	-0,12	0,00	0,9832	-0,0168	1,0653
2006	6,77	-0,25	-0,13	0,9644	-0,0356	1,0273
2007	6,61	-0,16	0,09	0,9764	-0,0236	1,0030
2008	6,87	0,26	0,42	1,0393	0,0393	1,0425
2009	7,80	0,93	0,67	1,1354	0,1354	1,1836
2010	7,66	-0,14	-1,07	0,9821	-0,0179	1,1624
2011	7,58	-0,08	0,06	0,9896	-0,0104	1,1502
průměrný koeficient růstu = 1,01						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 3 - Celkové výdaje na zdravotnictví v ČR v % HDP



Zdroj: data ÚZIS

5.1.2 Míra a počet pracovních neschopností

Sledovaným ukazatelem v tabulkách 4 a 5 je míra pracovní neschopnosti.

Míra pracovní neschopnosti (nebo též průměrné procento pracovní neschopnosti) je vyjádřena jako procentní poměr počtu dnů pracovní neschopnosti ke kalendářnímu fondu pracovních dnů všech pojištěných.

Od roku 2000 došlo k významnému poklesu celkového počtu ukončených případů pracovní neschopnosti (o 65 %). Tento pokles se týkal jak krátkodobých, tak i dlouhodobých případů pracovní neschopnosti. U případů pracovní neschopnosti trvajících 15 a více dní byl pokles o něco nižší (o 58 %) než u případů pracovní neschopnosti s délkou trvání do 14 dnů (o 70 %).

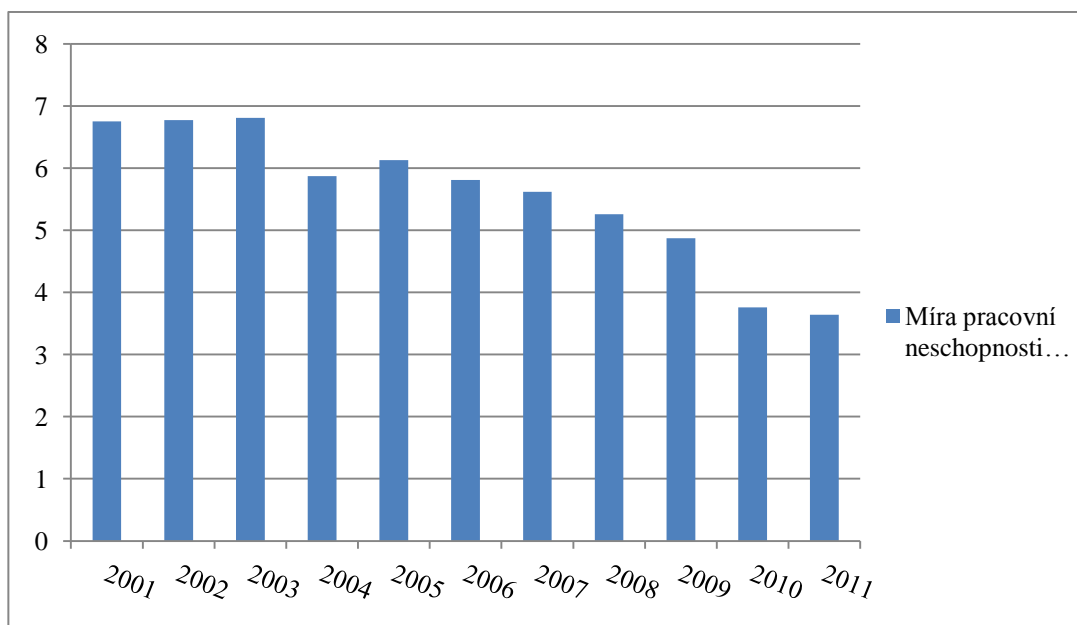
V roce 2011 došlo k ukončení trendu rychlého poklesu ukončených případů pracovní neschopnosti (viz tab.4), který započal v roce 2007 v souvislosti s legislativními změnami v nemocenském pojištění. Přestože v absolutních hodnotách došlo i v roce 2011 k mírnému snížení počtu ukončených případů pracovní neschopnosti, v přepočtu na 100 tisíc pojištěnců (obr. 10) se jejich počet poprvé od roku 2007 nepatrně zvýšil.

Tab. 4 – Míra pracovní neschopnosti v %

Rok	%	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	6,75	x	x	x	x	x
2002	6,77	0,02	x	1,002963	0,002963	1,002963
2003	6,81	0,04	0,02	1,005908	0,005908	1,008889
2004	5,87	-0,94	-0,98	0,861968	-0,13803	1,008889
2005	6,13	0,26	1,2	1,044293	0,044293	0,908148
2006	5,81	-0,32	-0,58	0,947798	-0,0522	0,860741
2007	5,62	-0,19	0,13	0,967298	-0,0327	0,860741
2008	5,26	-0,36	-0,17	0,935943	-0,06406	0,935943
2009	4,87	-0,39	-0,03	0,925856	-0,07414	0,721481
2010	3,76	-1,11	-0,72	0,772074	-0,22793	0,721481
2011	3,64	-0,12	0,99	0,968085	-0,03191	0,539259
průměrný koeficient růstu = 0,94						

Zdroj: Data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 4 - Míra pracovní neschopnosti v %



Zdroj: data ÚZIS

Podíl krátkodobých případů (tj. kratších 14 dnů) na všech případech pracovní neschopnosti se tak mezi lety 2000 až 2011 snížil z 53 % na 44 %. Společně s tím se prodlužovalo průměrné trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (tab. 5), které dosáhlo maxima v roce 2009. Nejvyšší nárůst průměrné délky trvání jednoho případu pracovní neschopnosti se uskutečnil mezi roky 2008 a 2009, kdy meziročně vzrostla o 9,0 dní z 39,5 na 48,4 dní.

Lze tedy soudit, že vývoj pracovní neschopnosti v České republice v roce 2008 významnou měrou ovlivnily změny v nemocenském pojištění uskutečněné od 1. 1. 2009.

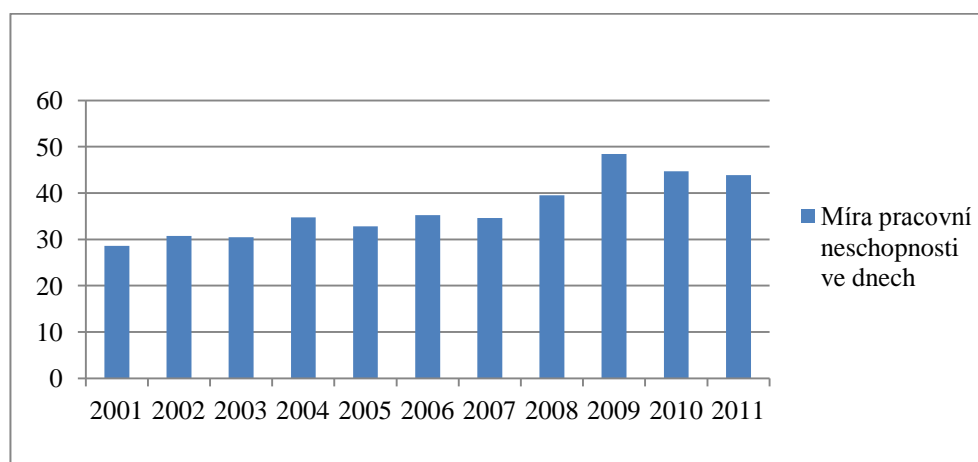
Tab. 5 - Míra pracovní neschopnosti ve dnech

Rok	Dny	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	28,59	x	x	x	x	x
2002	30,76	2,17	x	1,0759	0,0759	1,0759
2003	30,45	-0,31	-2,48	0,9899	-0,0101	1,0651
2004	34,77	4,32	4,63	1,1419	0,1419	1,2162
2005	32,79	-1,98	-6,3	0,9431	-0,0569	1,1469
2006	35,26	2,47	4,45	1,0753	0,0753	1,2333
2007	34,58	-0,68	-3,15	0,9807	-0,0193	0,9807
2008	39,5	4,92	5,6	1,1423	0,1423	1,3816
2009	48,43	8,93	4,01	1,2261	0,2261	1,6939
2010	44,69	-3,74	-12,67	0,9228	-0,0772	1,5631
2011	43,87	-0,82	2,92	0,9817	-0,0183	1,5345
průměrný koeficient růstu = 1,04						

Zdroj: Data ÚZIS, vlastní výpočty

Průměrný koeficient růstu u míry pracovních neschopností je 0,94 a u délky pracovní neschopnosti ve dnech je 1,04. Znamená to, že přestože počet nových pracovních neschopností klesá průměrně o 6% ročně, prodlužuje se délka pracovních neschopností, a to s ročním přírůstkem přibližně 4% ročně.

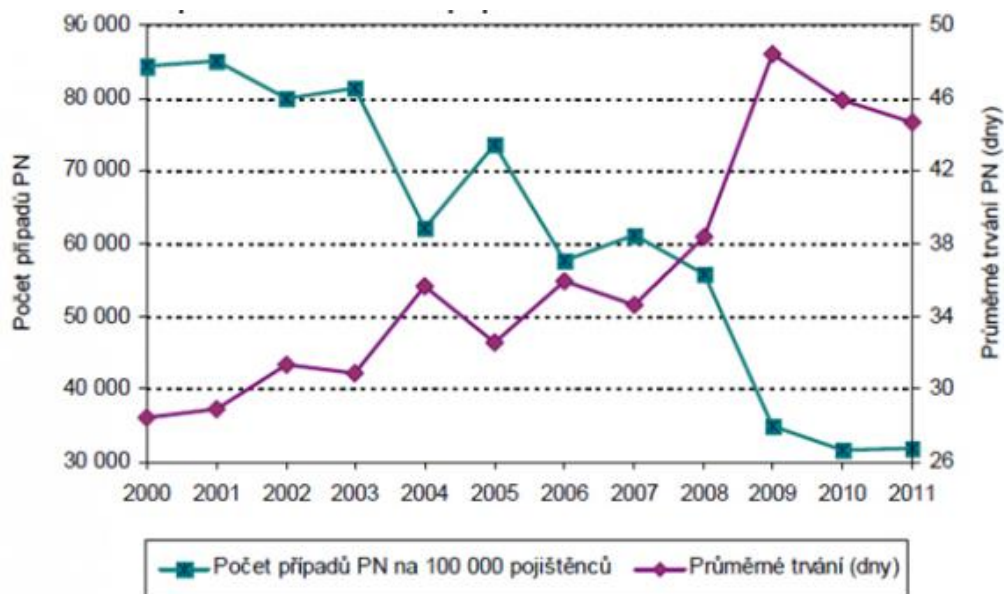
Graf 5 – Míra pracovní neschopnosti ve dnech



Zdroj: Ročenky ÚZIS 2001-2011

Jak ukazuje obr. 10, prodlužování průměrné délky trvání jednoho případu pracovní neschopnosti, které doprovázelo pokles počtu případů pracovní neschopnosti, se zastavilo již v roce 2010 (meziroční pokles o 2,5 dne na 45,9 dnů v roce 2010).

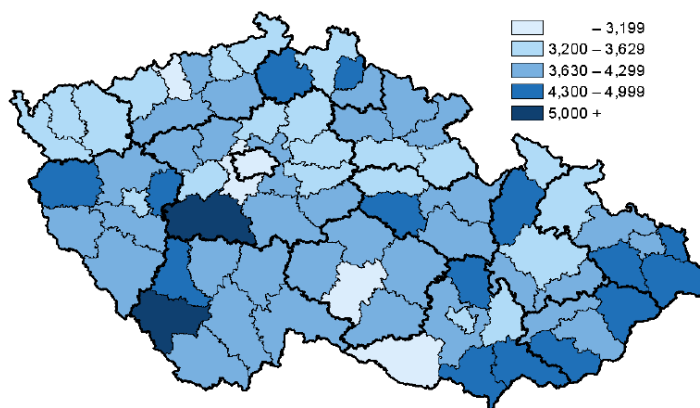
Obr. 10 – Počet případů PN na 100000 pojištěnců a průměrné trvání PN



Zdroj: Ročenky ÚZIS 2001-2011

Druhým rokem v řadě tak docházelo ke zkracování průměrné doby trvání jednoho případu pracovní neschopnosti (meziroční pokles o 1,2 dne na 44,7 dnů v roce 2011). Průměrné procentuální rozložení pracovní neschopnosti v roce 2011 v České republice ukazuje obr. 11.

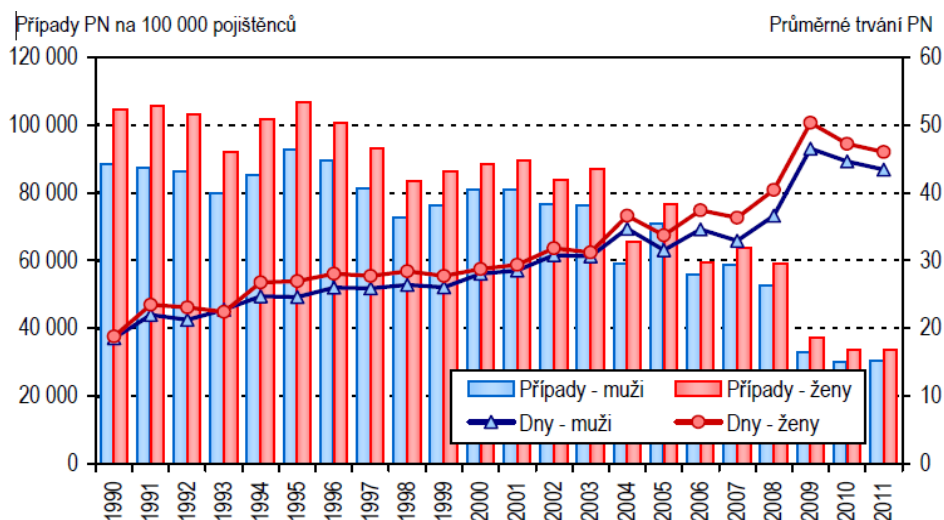
Obr. 11 - Průměrné procento pracovní neschopnosti v ČR - 2011



Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2011, s. 36

Jak ukazuje graf 6, počet případů pracovní neschopnosti v přepočtu na 100 tisíc pojištěnců se mezi lety 2007 a 2010 snížil o téměř polovinu (z 61 057 na 31 953 případů). Nejvíce se do vývoje pracovní neschopnosti v těchto letech, jak již bylo uvedeno, promítly úpravy ve stanovování výše dávek nemocenského pojištění, které se počínaje rokem 2007 znatelně snížily.

Graf 6 – Případy PN na 100 000 pojištěnců a průměrné trvání PN



Zdroj: ÚZIS, Zdravotnická ročenka 2011, s. 42

Z porovnání vývoje počtu nově hlášených případů pracovní neschopnosti na 100 nemocensky pojištěných na straně jedné a délky této neschopnosti na jeden případ na straně druhé, je zřejmý zcela opačný průběh v čase. Zatímco se počet nově hlášených případů z důvodu nemoci v letech 2004 - 2011 snižoval (viz. tab. 6), délka pracovní neschopnosti se poměrně dynamicky prodlužovala (o 4,7 % průměrně ročně). Jinými slovy to znamená, že stále menší počet pracovní neschopných byl v pracovní neschopnosti stále déle (v roce 2003 více než 30 dnů a v roce 2011 více než 44 dnů).

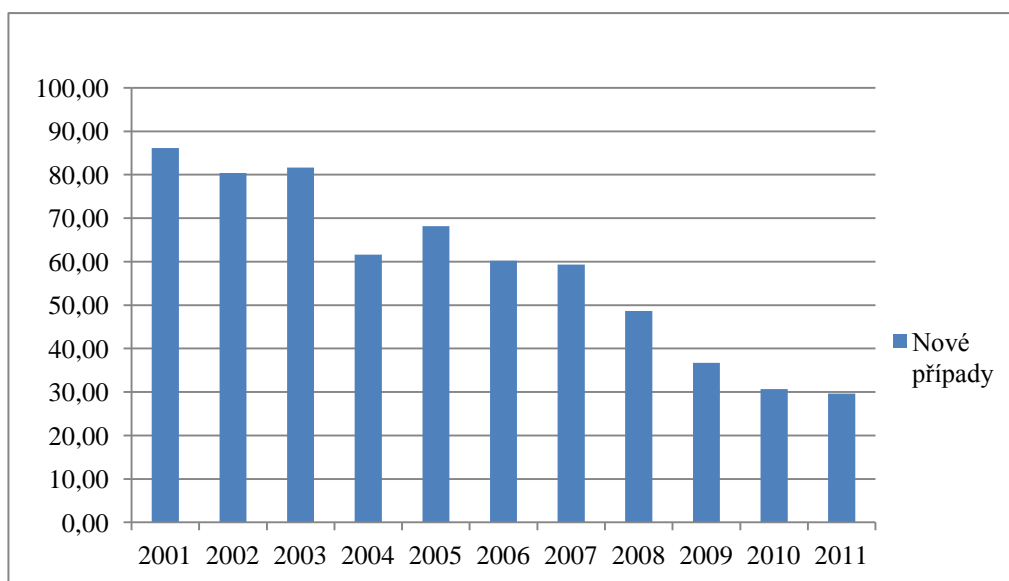
Tab. 6 – Četnost nových případů PN na 100 pojištěnců

Rok	Nové případy	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	86,16	x	x	x	x	x
2002	80,37	-5,79	x	0,9328	-0,0672	0,9328
2003	81,66	1,29	7,08	1,0161	0,0161	0,9478
2004	61,64	-20,02	-21,31	0,7548	-0,2452	0,7154
2005	68,19	6,55	26,57	1,1063	0,1063	0,7914
2006	60,19	-8,00	-14,55	0,8827	-0,1173	0,6986
2007	59,31	-0,88	7,12	0,9854	-0,0146	0,6884
2008	48,64	-10,67	-9,79	0,8201	-0,1799	0,5645
2009	36,73	-11,91	-1,24	0,7551	-0,2449	0,4263
2010	30,70	-6,03	5,88	0,8358	-0,1642	0,3563
2011	29,60	-1,10	4,93	0,9642	-0,0358	0,3435
průměrný koeficient růstu = 0,90						

Zdroj: Ročenky ÚZIS 2001-2011

Vývoj zmíněného ukazatele v průběhu celého období tedy ukazuje, že se počet nově hlášených případů z důvodu nemoci snižoval. V příčinách pracovní neschopnosti je ve sledovaném období zřejmý pokles podílu nově hlášených případů z 93,4 % na 90,4 % tj. o 3 procentní body. Rychleji klesal počet nově hlášených případů pracovní neschopnosti mužů než žen.

Graf 7 - Četnost nových případů PN na 100 pojištěnců



Zdroj: data ÚZIS 2001-2011

5.1.3 Lůžková kapacita v nemocnicích

Dalším sledovaným ukazatelem je změna počtu lůžek v nemocnicích. Někteří odborníci se na nemocnici dívají jako na „normální“ firmu a za hlavní kritérium její efektivity považují zisk. Osobně se přikláním k názoru, že nemocnice má zcela specifický charakter a její efektivita je dána tím, do jaké míry poskytuje z disponibilních zdrojů maximální či optimální užitek svým pacientům. Jak tento užitek určit, měřit či kvantifikovat je však velice diskutabilní otázka.

V roce 2007 působilo v České republice dle ČSÚ [26] 192 nemocnic se 63 662 lůžky a v roce 2011 celkem 189 nemocnic s 58953 lůžky. Vliv dopadu regulačních poplatků za hospitalizaci v nemocnicích je tedy možno považovat spíše za mírný a působící současně se snahou o postupné snižování lůžkového fondu nemocnic. Tabulka č. 7 ukazuje vývoj celkového počtu lůžek v nemocnicích.

Tab. 7 - Počet lůžek v nemocnicích celkem

Rok	Počet lůžek	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	66818	x	x	x	x	x
2002	66668	-150	x	0,9978	-0,0022	0,9978
2003	66492	-176	-26	0,9974	-0,0026	0,9951
2004	65488	-1004	-828	0,9849	-0,0151	0,9801
2005	65022	-466	538	0,9929	-0,0071	0,9731
2006	64174	-848	-382	0,9870	-0,0130	0,9604
2007	63662	-512	336	0,9920	-0,0080	0,9528
2008	63263	-399	113	0,9937	-0,0063	0,9468
2009	62992	-271	128	0,9957	-0,0043	0,9427
2010	62219	-773	-502	0,9877	-0,0123	0,9312
2011	58953	-3266	-2493	0,9475	-0,0525	0,8823
průměrný koeficient růstu = 0,99						

Zdroj: Data ÚZIS a vlastní výpočty

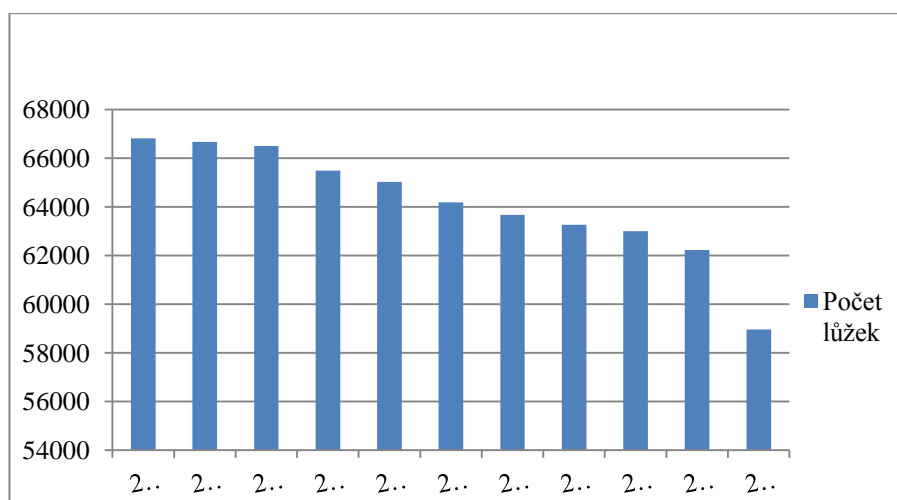
V relaci počtu ošetřovacích dnů k počtu obyvatel se tento ukazatel snížil z 1,63 ošetřovacích dnů v nemocnicích na 1 obyvatele v roce 2007 na 1,46 ošetřovacích dnů na 1 obyvatele v roce 2011. Potřeba hledání úspor uvnitř resortu zdravotnictví se odrazilo i na lůžkovém fondu v České republice. Ten prošel

značnou restrukturalizací. Jelikož medicína prochází výrazným vývojem a diagnostické i léčebné postupy snižují potřebu hospitalizace, počet lůžek se optimalizuje a dochází k jeho snižování. Rovněž se snižují doby pobytu na lůžku, vybrané operativy se přesunují do jednodenní péče nebo přímo do ambulantního režimu. Moderní léčba se promítla do všech oborů medicíny a hospitalizace je tak omezena jen na skutečně nejzávažnější případy.

Zavedení regulačních poplatků v lůžkové péči v roce 2008 bylo zřejmě pouze jedním z dalších faktorů v dlouhodobém procesu snižování počtu ošetrovacích dnů v nemocnicích.

Koeficient růstu sledovaného ukazatele je 0,99. Znamená to, že průměrný roční úbytek lůžek v uvedeném období je 1% z celkového počtu.

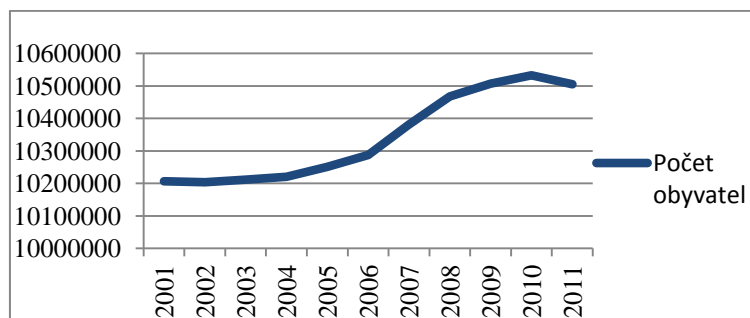
Graf 8 – Počet lůžek v nemocnicích celkem



Zdroj: Ročenky ÚZIS 2001-2011

Graf č. 9 ukazuje stabilitu počtu obyvatel v České republice. Přepočtený počet lůžek na obyvatele odpovídá počtu obyvatel pro každý příslušný rok.

Graf 9 – Počet obyvatel v ČR v letech 2001 - 2011



Zdroj: data ČSÚ

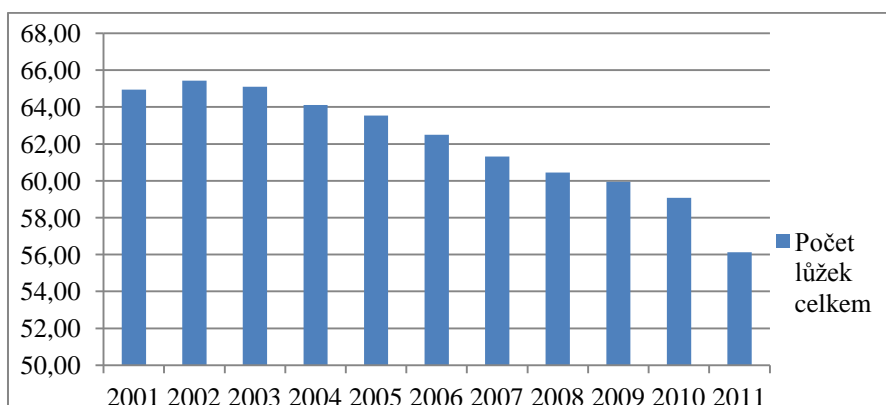
Tab. 8 – Počet lůžek v nemocnicích na 10000 obyvatel

Rok	Počet lůžek	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	64,95	x	x	x	x	x
2002	65,43	0,48	x	1,0074	0,0074	1,0074
2003	65,10	-0,33	-0,81	0,9950	-0,0050	1,0023
2004	64,12	-0,98	-0,65	0,9849	-0,0151	0,9872
2005	63,53	-0,59	0,39	0,9908	-0,0092	0,9781
2006	62,50	-1,03	-0,44	0,9838	-0,0162	0,9623
2007	61,32	-1,18	-0,15	0,9811	-0,0189	0,9441
2008	60,44	-0,88	0,30	0,9856	-0,0144	0,9306
2009	59,95	-0,49	0,39	0,9919	-0,0081	0,9230
2010	59,07	-0,88	-0,39	0,9853	-0,0147	0,9095
2011	56,12	-2,95	-2,07	0,9501	-0,0499	0,8640
průměrný koeficient růstu = 0,99						

Zdroj: Data ÚZIS, vlastní výpočty

Při redukci lůžkového fondu musí být (mělo by být) pamatováno na to, že je nezbytné zachovat takovou síť lůžkových zdravotnických zařízení, která bude schopna zajistit dostupnost standardní zdravotní péče, přičemž musí být zohledněna nejen spádová oblast zařízení a migrace obyvatelstva za zdravotní péčí, ale také samotná dojezdová vzdálenost. Průměrný roční úbytek lůžek činí dle koeficientu růstu 1%. Veškeré nezbytné změny v procesu restrukturalizace lůžkové péče by měly být řešeny velice pragmaticky a rušena by měla být pouze lůžka, jejichž zrušení se nedotkne pacientů. Tedy lůžka nevyužívaná či dlouhodobě neobsazovaná.

Graf 10 – Počet lůžek v nemocnicích na 10000 obyvatel



Zdroj: data ÚZIS

5.1.4 Vyplacené dávky nemocenského pojištění

Od 1. ledna 2009 je nemocenské pojištění upraveno zákonem č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Pojistné na nemocenské pojištění je upraveno zákonem č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů. V souvislosti s přijetím zákona č. 362/2009 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010, dochází v oblasti nemocenského pojištění ke změnám ovlivňujícím výši dávek. Cílem těchto přijatých opatření bylo snížení deficitu státního rozpočtu.

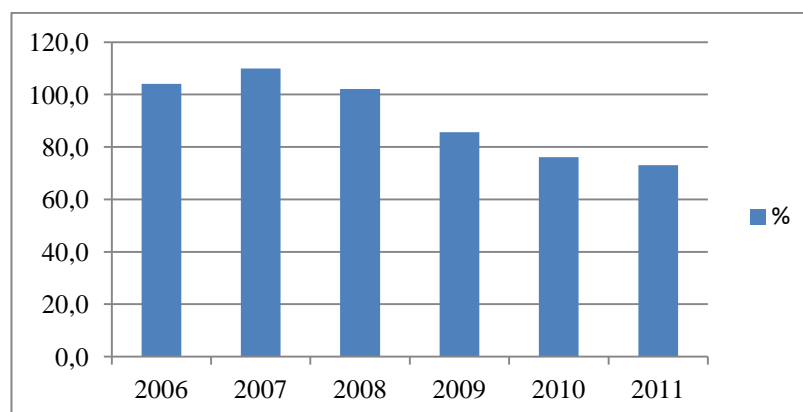
Koeficient růstu v tab. 9 ukazuje od roku 2005 průměrný roční pokles vyplacených dávek 3%.

Tab. 9 - Vyplacené dávky nemocenského pojištění v %

rok 2005 = 100%						
Rok	%	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	104,1	4,1	x	1,0410	0,0410	1,0410
2007	110,0	5,9	1,8	1,0567	0,0567	1,1000
2008	102,1	-7,9	-13,8	0,9282	-0,0718	1,0210
2009	85,6	-16,5	-8,6	0,8384	-0,1616	0,8560
2010	76,1	-9,5	7,0	0,8890	-0,1110	0,7610
2011	73,0	-3,1	6,4	0,9593	-0,0407	0,7300
průměrný koeficient růstu = 0,97						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 11 - Vyplacené dávky nemocenského pojištění v %

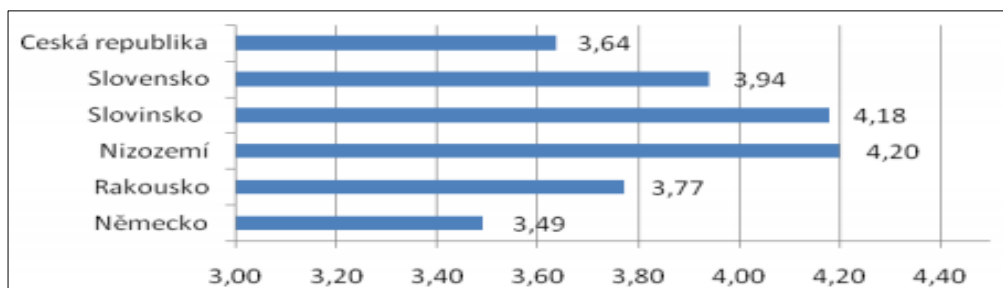


Zdroj: data ÚZIS

Statistika celkové pracovní neschopnosti pro nemoc je v jednotlivých státech vedena různě. Neexistuje jednotná metodologie a je tedy záležitostí jednoho každého státu, jakým způsobem tyto ukazatele zjišťují.

Podobný postup pro statistická zjišťování pracovní neschopnosti, jako má Česká republika, se podařilo vyhledat pouze u několika států. Tzn., že je zde sledován počet kalendářních dnů pracovní neschopnosti a celkový počet pojištěnců, za které jsou tyto dny evidovány. Jak ukazuje níže připojený obr. 12, v rámci mezinárodního porovnání se po účinnosti legislativních opatření Česká republika zařadila mezi země s nízkou (evidovanou) úrovní pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz.

Obr. 12 - Průměrné procento pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz v roce 2011 - mezinárodní srovnání



Zdroj: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/85003217F1/\\$File/112712k5.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/85003217F1/$File/112712k5.pdf)

5.1.5 Množství lékáren v České republice

Dalším sledovaným ukazatelem je počet lékáren v České republice od roku 2006. Graf 11 ukazuje počty obyvatel v České republice, které jsou v těchto letech na téměř stejné úrovni. S malými přírůstky (až na rok 2011) se počet pohybuje stále okolo 10 400 000 až 10 500 000 lidí (graf 9). Počet lékáren na našem území roste. Během sledovaných pěti let vzrostl o 173.

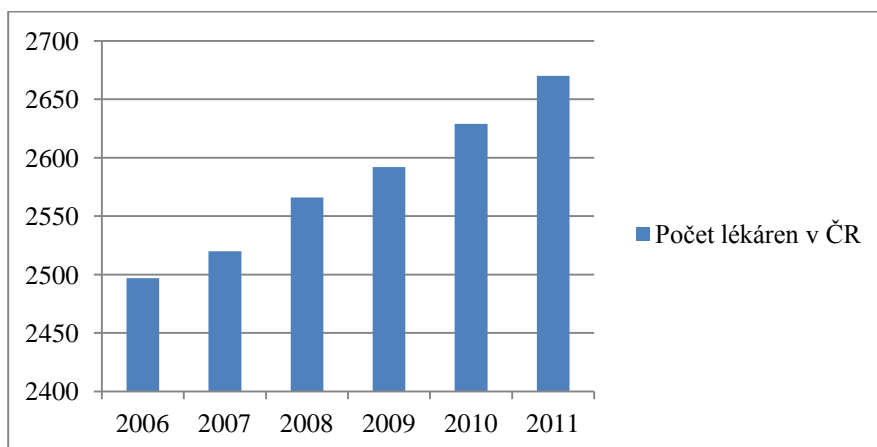
V současnosti je v české republice více než 2670 lékáren, což je přepočtený podíl na obyvatele srovnatelný s Německem (3 800), Polskem (3 800) a Portugalskem (4 200). Koeficient růstu ukazuje průměrný roční přírůstek počtu lékáren v České republice 1% (tab. 10). Tento nárůst množství lékáren je z významné části výsledkem vzniku nových moderních lékáren v supermarketech. Tyto lékárny jsou většinou opatřeny laboratoří, klimatizací i speciálními chladničkami pro uchovávání léků v nejvyšší jakosti. Lékárny mají otvírací doby shodné s otvírací dobou supermarketů. Je tak zajištěna snazší dostupnost léčiv i zdravotního poradenství. Lékárníci zde mají důležitou roli - asistují, poskytují rady a informace pacientům o samoléčbě a o jejím správném využití.

Tab. 10 – Počet lékáren v ČR

Rok	Počet	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	2497	x	x	x	x	x
2007	2520	23	x	1,0092	0,0092	1,0092
2008	2566	46	23	1,0183	0,0183	1,0276
2009	2592	26	-20	1,0101	0,0101	1,0380
2010	2629	37	11	1,0143	0,0143	1,0529
2011	2670	41	4	1,0156	0,0156	1,0693
průměrný koeficient růstu = 1,01						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 12 - Počet lékáren v ČR



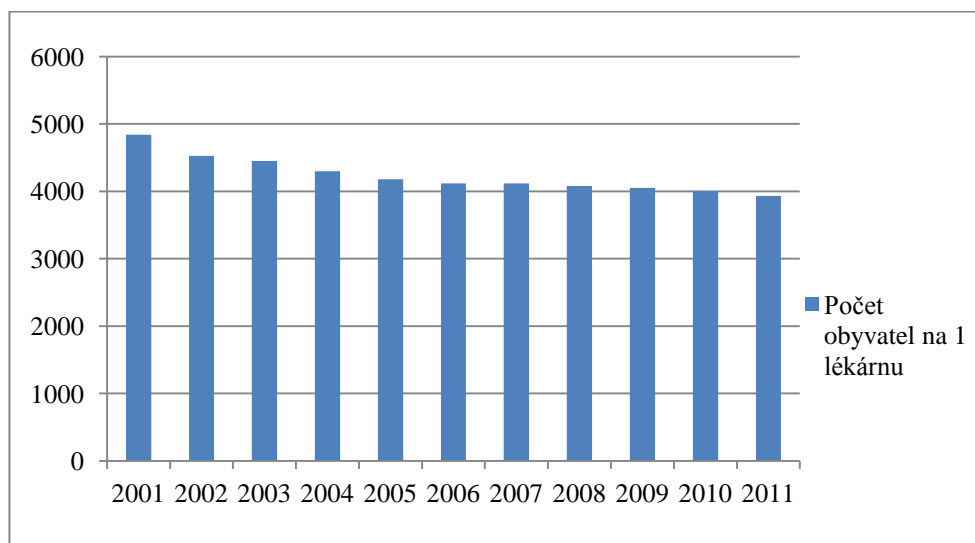
Zdroj: data ÚZIS

Tab. 11 - Počet obyvatel na 1 lékárně

Rok	Počet obyvatel	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	4839	x	x	x	x	x
2002	4527	-312	x	0,9355	-0,0645	0,9355
2003	4453	-74	238	0,9837	-0,0163	0,9202
2004	4298	-155	-81	0,9652	-0,0348	0,8882
2005	4182	-116	39	0,9730	-0,0270	0,8642
2006	4120	-62	54	0,9852	-0,0148	0,8514
2007	4119	-1	61	0,9998	-0,0002	0,8512
2008	4079	-40	-39	0,9903	-0,0097	0,8429
2009	4054	-25	15	0,9939	-0,0061	0,8378
2010	4006	-48	-23	0,9882	-0,0118	0,8279
2011	3935	-71	-23	0,9823	-0,0177	0,8132
průměrný koeficient růstu = 0,98						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Rostoucí počet lékáren snižuje přepočtený počet obyvatel na jednu lékárně. V roce 2011 připadalo na jednu lékárně o 904 obyvatel méně než před deseti lety (v roce 2001). Koeficient růstu v tab. 11 ukazuje na průměrný roční pokles 2%. Přestože počet lékáren vykazuje růst, tržby lékáren nestagnují, jak by se dalo předpokládat, ale také rostou.

Graf 13 – Počet obyvatel na jednu lékárnu

Zdroj: data ÚZIS

5.1.6 Ceny léčiv a tržby lékáren

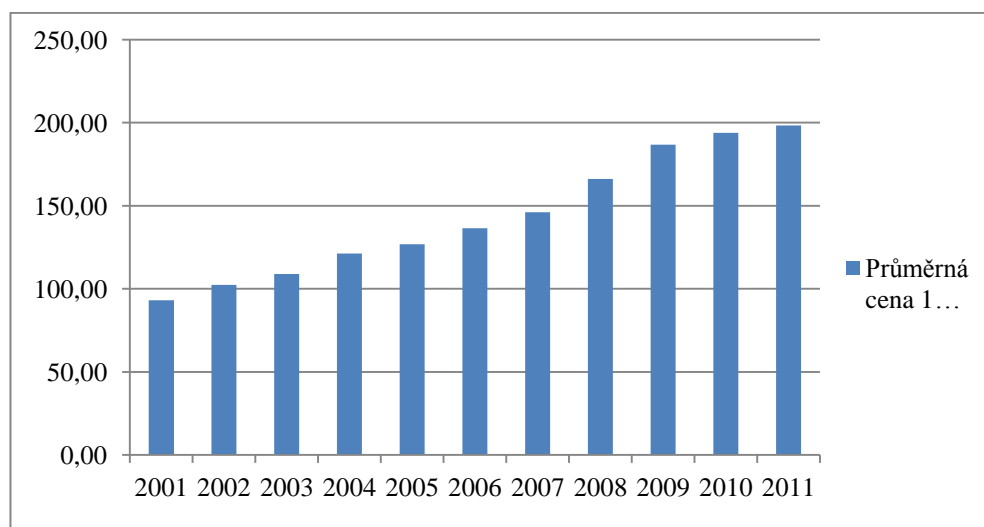
Koeficient růstu v tab. 12 ukazuje, že ročně stoupá průměrně cena léčiv o 8%. Za předpokladu, že by všechny přípravky dodané distributory do zdravotnických zařízení byly použity pacienti v České republice, činila by v roce 2011 průměrná spotřeba léčivých přípravků jedním občanem České republiky 28,30 balení [26], v hodnotě 5 613,97 Kč.

Tab. 12 – průměrná cena 1 balení léčiv

Rok	Cena	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2001	93,08	x	x	x	x	x
2002	102,44	9,36	x	1,1006	0,1006	1,1006
2003	108,87	6,43	-2,93	1,0628	0,0628	1,1696
2004	121,33	12,46	6,03	1,1144	0,1144	1,3035
2005	126,90	5,57	-6,89	1,0459	0,0459	1,3633
2006	136,43	9,53	3,96	1,0751	0,0751	1,4657
2007	146,05	9,62	0,09	1,0705	0,0705	1,5691
2008	166,17	20,12	10,50	1,1378	0,1378	1,7852
2009	186,70	20,53	0,41	1,1235	0,1235	2,0058
2010	193,83	7,13	-13,40	1,0382	0,0382	2,0824
2011	198,36	4,53	-2,60	1,0234	0,0234	2,1311
průměrný koeficient růstu = 1,08						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 14 - Průměrná cena 1 balení léčiv



Zdroj: data ÚZIS

Od 1. dubna 2012 vstoupila v platnost novela zákona č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V § 32, odst. 6 dává možnost provozovateli lékárny při výdeji léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění znovu poskytnout pacientovi bonus, dar či jiné nepeněžní plnění.

Tab. 13 – Tržby lékáren v milionech Kč

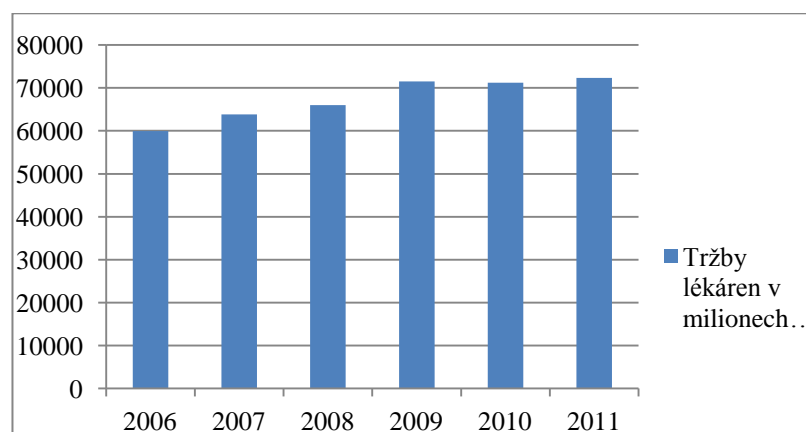
Rok	Tržby	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	59954	x	x	x	x	x
2007	63851	3897	x	1,0650	0,0650	1,0650
2008	66023	2172	-1725	1,0340	0,0340	1,1012
2009	71480	5457	3285	1,0827	0,0827	1,1922
2010	71205	-275	-5732	0,9962	-0,0038	1,1877
2011	72293	1088	1363	1,0153	0,0153	1,2058
průměrný koeficient růstu = 1,02						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Doplatek pacienta na recept byl v průměru 123 korun. Na jednoho obyvatele připadala úhrada v lékárně 882 koruny za doplatky na recept či poukaz a 730 korun za volně prodejné léky nebo zdravotnické prostředky. Celkové tržby lékáren stoupají dle koeficientu růstu meziročně o 2% na 72,293 miliardy korun v roce 2011. Tržba na jednu lékárnou v České republice dosahuje výšky 29, 808

milion korun. Z toho činil příjem od pacientů 6,651 miliónu za doplatky a volný prodej.

Graf 15 - Tržby lékáren v milionech Kč



Zdroj: data ÚZIS

5.1.7 Množství vydaných receptů

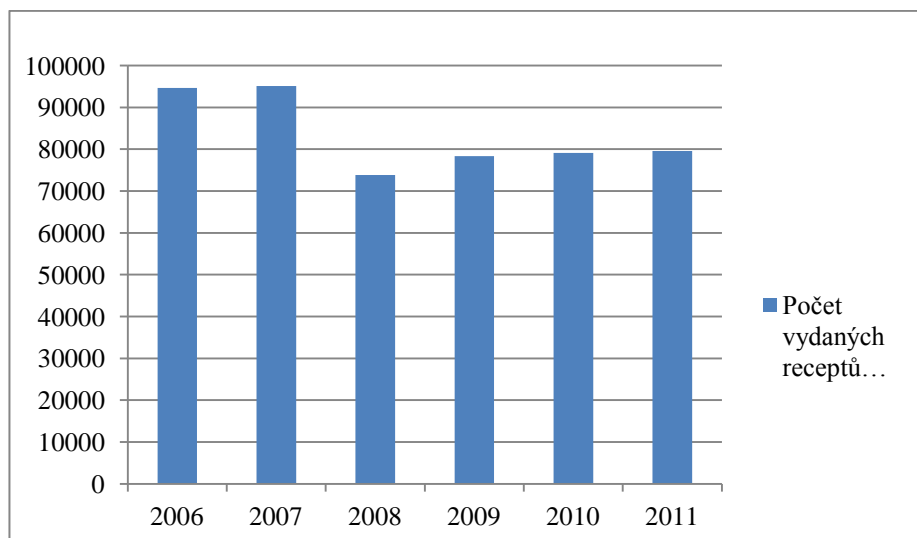
Počet vydaných receptů vykazuje průměrný roční úbytek ve výši 2%. Lze předpokládat, že se zde mimo jiné odrazilo zavedení regulačního poplatku. U léků, jejichž cena na předpis i ve volném prodeji dosahovala ceny do cca 30 korun, nemělo pro pacienty význam chodit si pro předpis. Rovněž při klasických respiračních onemocněních mnoho pacientů upřednostnilo přímý nákup volně prodejných léků, před plnými čekárnami u lékařů.

Tab. 14 – Počet vydaných receptů celkem

Rok	Počet	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	94613	x	x	x	x	x
2007	95121	508	x	1,0054	0,0054	1,0054
2008	73851	-21270	-21778	0,7764	-0,2236	0,7806
2009	78322	4471	25741	1,0605	0,0605	0,8278
2010	79105	783	-3688	1,0100	0,0100	0,8361
2011	79587	482	-301	1,0061	0,0061	0,8412
průměrný koeficient růstu = 0,98						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 16 – Počet vydaných receptů celkem



Zdroj: data ÚZIS

5.1.8 Doplatky pacientů na recept

Při výdeji léků na recept jsou automaticky hlášeny započitatelné doplatky na příslušnou pojišťovnu, kde jsou evidovány pod rodným číslem. V případě, že dojde k dosažení hranice 5.000,- Kč, příslušná pojišťovna toto oznámí pojištěnci a 1x za čtvrt roku vyplatí přeplatek. Započitatelné doplatky jdou pojišťovně výhradně za odběr léků, které předepíše lékař na recept, ne za léky nebo doplňky, které si pořizujeme sami. Každý může ve své pojišťovně požádat o informace o aktuálním stavu. Jelikož se do limitu počítají i regulační poplatky u lékařů a zdravotní pojišťovny mají ze zákona povinnost je evidovat a sčítat, není potřebné doklady z lékárny vyžadovat a uschovávat. Tabulka č. 15 vyčísluje průměrný doplatek pacienta na recept v korunách. Během posledních pěti let činil průměrný roční nárůst doplatku 3%.

Tab. 15 – Průměrný doplatek pacienta na 1 recept v Kč

Rok	Doplatek	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	94	x	x	x	x	x
2007	108	14	x	1,1489	0,1489	1,1489
2008	122	14	0	1,1296	0,1296	1,2979
2009	116	-6	-20	0,9508	-0,0492	1,2340
2010	122	6	12	1,0517	0,0517	1,2979
2011	123	1	-5	1,0082	0,0082	1,3085
průměrný koeficient růstu = 1,03						

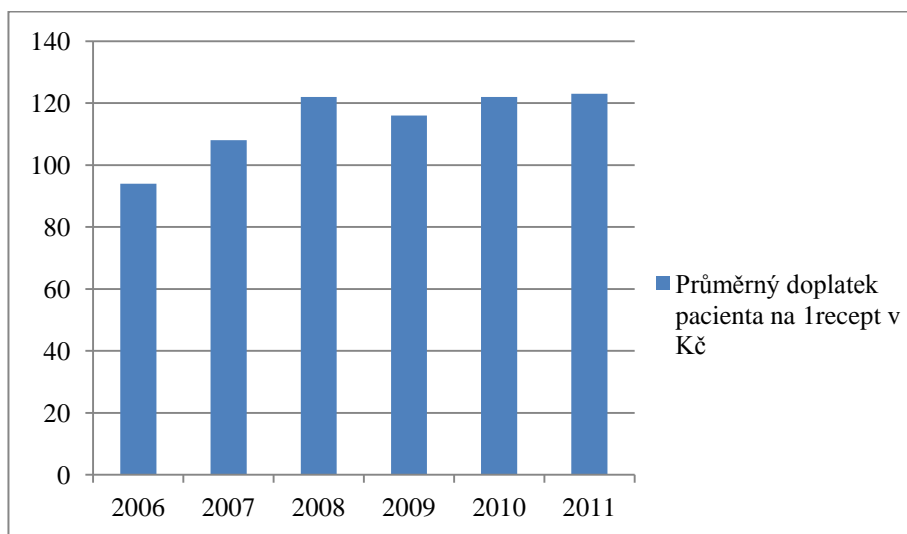
Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Na 1 recept připadla v roce 2011 v průměru léčiva v hodnotě 583 Kč. Přitom hodnota léků na 1 recept v lékárně byla v průměru 527 Kč. [26]

Doplatek pacienta na recept v roce 2011 byl v průměru cca 123 Kč (tab. 15).

Doplatky v lékárně za jednotlivé léky a započitatelný doplatek (do ročního limitu pro pojišťovnu) nemusí být vždy totožné. Výši započitatelných doplatků stanovuje úhradová vyhláška. Započitatelný doplatek je stanoven zpravidla podle nejlevnější varianty daného léku, který je na trhu a také s ohledem, je-li lék zařazen mezi léky základní skupiny nebo zda se jedná o doplňkový lék. Rozdíl mezi skutečným doplatkem a započitatelným doplatkem mnohdy nezná ani lékárník. Nicméně rozdíl mezi nimi se dá eventuálně zjistit navedením receptu do počítače, kdy příslušný systém automaticky vygeneruje skutečné doplatky a započitatelné doplatky.

Graf 17 - Průměrný doplatek pacienta na 1 recept v Kč



Zdroj: data ÚZIS

Dalším zkoumaným jevem je prodej volně dostupných léčiv v České republice. Jedná se o tzv. vyhrazená léčiva. Tato skupina léčivých přípravků je volně dostupná takřka kdekoli, například na čerpacích stanicích, v prodejních zdravé výživy, drogériích, atd. Provozovatel je povinen splnit základní bezpečnostní požadavky a poté prodeji těchto léčiv jeho prostřednictvím nic nebrání. V tabulce č. 16 jsou zahrnuty číselné údaje i z těchto prodejen. Koefficient růstu ukazuje průměrný roční nárůst prodeje volně dostupných léčiv 2%.

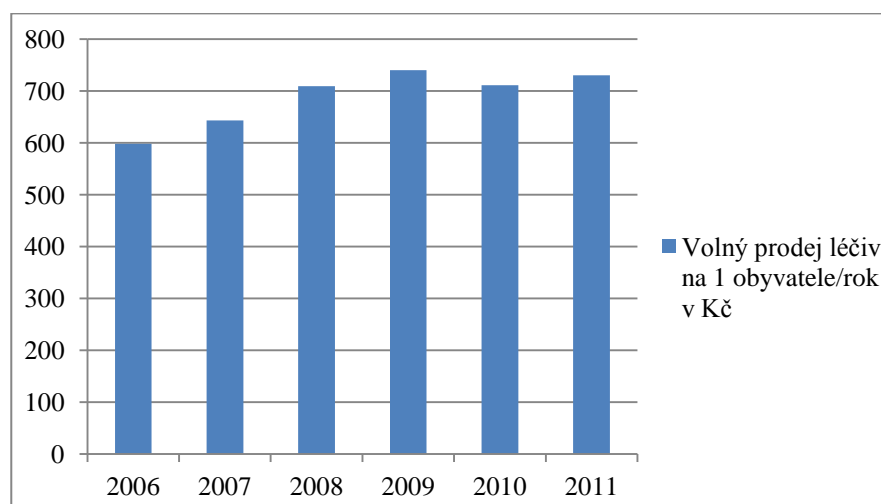
Tab. 16 – Volný prodej léčiv na 1 obyvatele/rok v Kč

Rok	Kč / tis.	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	598	x	x	x	x	x
2007	643	45	x	1,0753	0,0753	1,0753
2008	709	66	21	1,1026	0,1026	1,1856
2009	740	31	-35	1,0437	0,0437	1,2375
2010	711	-29	-60	0,9608	-0,0392	1,1890
2011	730	19	48	1,0267	0,0267	1,2207
průměrný koeficient růstu = 1,02						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Lidé tedy nakupují volně dostupné léky každoročně více, což příliš nehovoří pro klesající evidovanou nemocnost a počty pracovních neschopností. Spíše se tato skutečnost kloní k faktu, že lidé, pokud je to možné, si raději dojdou do lékárny a začíná „samoléčba“. Jedná se o užití volně prodejných léků k dosažení úlevy od příznaků nezávažných chorob a ke zvládnutí menších a okamžitých indispozic. Pro mnoho pacientů je jednodušší samoléčba a dovolená, než pracovní neschopnost a léky na předpis.

Graf 18 – Volný prodej léčiv na 1 obyvatele/rok v Kč



Zdroj: data ÚZIS

Na 1 obyvatele ČR připadla za rok 2011 průměrná úhrada v lékárně 882 Kč za doplatky na recept a 730 Kč za volně prodejné léky nebo zdravotnické prostředky. Koeficient růstu v tabulce 17 ukazuje, že tržby za léčiva vykazují od roku 2006 rostoucí tendenci, a to 3 % ročně.

Tab. 17 – Tržby za léčiva celkem v tis. Kč

Rok	Tržby	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	53371702	x	x	x	x	x
2007	57096260	3724558	x	1,0698	0,0609	2584,4767
2008	66022674	8926414	5201856	1,1563	0,1563	2988,5331
2009	71698439	5675765	-3250649	1,0860	0,0860	3245,4481
2010	71204649	-493790	-6169555	0,9931	-0,0069	3223,0966
2011	72292966	1088317	1582107	1,0153	0,0153	3272,3595
průměrný koeficient růstu = 1,03						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

5.1.9 Úhrada léčiv zdravotními pojišťovnami

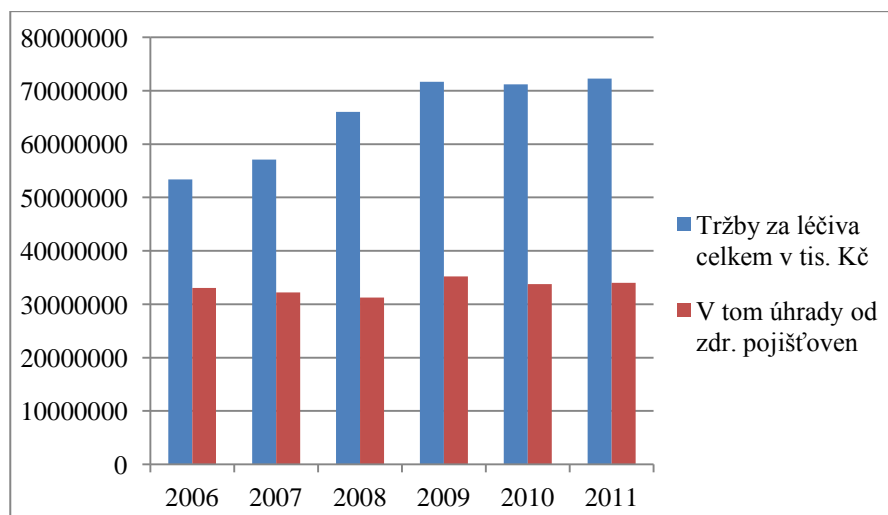
Úhrada léčiv je spleť a strukturovaný systém příspěvků na cenu léčiv ze systému zdravotního pojištění. Léčivé přípravky jsou hrazeny na základě zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Úhradou se rozumí částka, kterou se podílí zdravotní pojišťovna na úhradě léku. Pacient v závěrečné fázi zaplatí rozdíl mezi konečnou cenou léku a příspěvkem ze zdravotní pojišťovny. Koeficient růstu nevykazuje ani úbytek, ani nárůst. Znamená to, že příspěvky pojišťoven se drží posledních pět let na přibližně stejné úrovni. Vzhledem k tomu, že cena léčiv roste a jak ukazuje koeficient růstu v tabulce 18, pojišťovny přispívají stejnou měrou, zaplatí koncový zákazník (pacient) částku vyšší.

Tab. 18 - Úhrady za léčiva od zdravotních pojišťoven v tis. Kč

Rok	Tržby	d_{1i}	d_{2i}	k_i	r_i	y_i / y_0
2006	33039146	x	x	x	x	x
2007	32219244	-819902	x	0,9752	-0,0248	1458,4123
2008	31231356	-987888	-167986	0,9693	-0,0307	1413,6953
2009	35185429	3954073	4941961	1,1266	0,1266	1592,6774
2010	33752703	-1432726	-5386799	0,9593	-0,0407	1527,8247
2011	33987000	234297	1667023	1,0069	0,0069	1538,4302
průměrný koeficient růstu = 1,00						

Zdroj: data ÚZIS, vlastní výpočty

Graf 19 – Tržby za léčiva a z toho úhrady od zdr. pojišťoven



Zdroj: data ÚZIS

5.2 Shrnutí

Resort zdravotnictví v České republice prošel v posledních letech několika, pro pacienty důležitými, změnami. Jednalo se o změny ve výši vyplácení nemocenských dávek, proplácení (respektive neproplácení) prvních tří dnů pracovní neschopnosti. Další změnou byl poplatek za položku na receptu v lékárně a regulační poplatky ve výši 30 korun u lékaře a 90 korun na pohotovosti. Změnila se i výše poplatku za lůžko v nemocnici. Ten se zvýšil z 60 korun na 100 korun za den.

Všechny tyto změny měly vést nejen k úsporám ve zdravotnictví, ale také k větší zodpovědnosti občanů. Finanční spoluúčast by měla být motivací lidí k většímu zájmu o své zdraví, o to, jaké léky, v jakém množství a proč užívají. Lidé mnohdy berou některá léčiva zcela zbytečně, nebo s účinky, které se vzájemně vylučují. Mělo by také dojít ke snížení vyřazeného množství nespotebívaných léků napsaných na předpis.

Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2011 dosáhly v absolutním vyjádření 288 787 milionů Kč, tzn. 27 512 Kč na 1 obyvatele. Uvedené celkové výdaje představují 7,58 % HDP roku 2011, přičemž ještě v roce 2001 činily tyto výdaje 6,59% HDP. Od roku 2006 se výdaje na jednoho obyvatele meziročně zvyšují o 2%. Statistický úřad uvádí, že nejméně nákladnou skupinou jsou děti ve věku 5 -9 let a naopak nejnákladnější skupinou na financování zdravotní péče jsou lidé mezi roky 60 - 64. Na osoby starší 80 let za posledních deset let výdaje vzrostly o dvě třetiny. Tyto údaje by měly být vzhledem ke stárnutí populace pro financování resortu zdravotnictví alarmující.

Statistiky ukazují, že počty pracovních neschopností skutečně klesly, a to i přesto, že lékaři vydávají neschopenky rychle a bez problémů. Podle České lékařské komory je k tomu vede strach z toho, že v případě potíží by na ně lidé podali žalobu za zanedbání povinné péče. Tyto žaloby jsou totiž stále častější.

Počty pracovních neschopností klesly, ale prodloužila se doba jejich trvání, přibýlo prostonaných dnů. U případů pracovních neschopností trvajících 15 a více dní byl pokles o něco nižší (o 58 %) než u případů pracovních neschopností s délkou trvání do 14 dnů (o 70 %). Meziročně vzrostla průměrná délka jednoho

případu pracovní neschopnosti nejvíce mezi roky 2008 a 2009. Tento nárůst činil 9,0 dní z 39,5 na 48,4 dní. Průměrně tedy nemocní zůstávali doma déle.

Klesl i počet vydaných receptů. Pokles vykazuje průměrný roční úbytek ve výši 2%. Od roku 2006, kdy byl počet vydaných receptů bez mála 95 000, v roce 2011 jich bylo vydáno 79587. Lze se domnívat, že zde také sehrálo určitou roli zavedení regulačního poplatku. U léků, jejichž cena na předpis i ve volném prodeji byla nízká, nemělo pro pacienty smysl chodit si pro předpis. Také při klasických respiračních onemocněních mnoho pacientů upřednostnilo přímý nákup volně prodejných léků před plnými čekárnami u lékařů.

Nicméně oproti tomu narostly tržby lékáren za volně prodejné léky meziročně o cca 2% a celkové tržby o 3%. A to i přesto, že lékárníci mohou (a také to hojně dělají) pacientům nabízet levnější preparát se stejnou účinnou látkou, než jim byl předepsán v ordinaci, pokud lékař vysloveně netrvá na léku předepsaném. Doplatek pacienta na recept v roce 2011 byl v průměru cca 123 Kč. Na 1 recept připadla v roce 2011 v průměru léčiva v hodnotě 583 Kč. Přitom hodnota léků na 1 recept v lékárně byla v průměru 527 Kč.

Zvýšil se i počet lékáren. Od roku 2006, kdy bylo v České republice 2497 lékáren, jejich počet vzrostl na 2670 v roce 2011. Na jednu lékárnou tak připadá menší počet zákazníků, přesto jejich tržby rostou. Lze tedy polemizovat, zda nižší počet receptů odráží skutečně zodpovědnější přístup lidí ke zdraví, nebo je to naopak ukáзка jeho zanedbávání z důvodu nedostatku finančních prostředků.

Pokles zaznamenaly ve sledovaném období i vyplacené nemocenské dávky. Od roku 2005 klesá průměrná roční výše vyplacených dávek o 3%. Zmiňované legislativní úpravy ve vyplácení nemocenských dávek se nejvíce projevují v četnosti lehčích případů a krátkodobých pracovních neschopností pro nemoci dýchacích cest (běžná nachlazení, chřipková onemocnění, záněty horních cest dýchacích, apod.). Tato onemocnění řeší mnoho lidí jiným způsobem, než návštěvou ordinace a pracovní neschopností. Vzhledem ke skutečnosti, že za první tři dny pracovní neschopnosti nemá pacient nárok na náhradu mzdy nebo platu, mnozí raději využijí dovolené nebo nemoc prostě „přechodí“. Někteří zaměstnavatelé mají dokonce v rámci zaměstnaneckých výhod v kolektivní smlouvě možnost čerpat kromě řádné dovolené ještě několik „indispozičních“ dní

v roce (většinou se jedná o tři dny) nebo umožňují práci z domova. A některé místní firmy, většinou v majetku zahraničních vlastníků, vyplácí prémie zaměstnancům za to, že nebudou nemocní (např. odměnu 1 euro za každý pracovní den, kdy nebudou v pracovní neschopnosti). A i v těchto případech lze jen těžko odhadnout, zda je toto motivace k větší péči o zdraví a prevenci v předcházení nemocem, či zda spíše vidina zisku nemotivuje k přecházení nemocí.

Od roku 2009 hradí zaměstnavatelé zaměstnancům náhradu mzdy v prvních týdnech dočasné pracovní neschopnosti. V roce 2009 a 2010 si mohli všichni zaměstnavatelé od pojistného odečíst polovinu náhrady mzdy, kterou vyplatili svým zaměstnancům. Dle Ministerstva práce a sociálních věcí to byla např. v roce 2009 částka 1,414 mld. Kč a v roce 2010 částka 1,515 mld. Kč. V roce 2011 (v rámci dalších úsporných opatření) byla tato výhoda plošně zrušena. Pouze organizace zaměstnávající méně než 26 zaměstnanců, které se „připojistí“ (mají sazbu o 1 bod vyšší) mají dále vyplacenu polovinu náhrady mzdy.

5.3 Návrhy a doporučení

Zdravotnictví vzhledem ke stávajícímu vývoji ekonomiky větší příliv zdrojů z veřejných peněz asi v nejbližší době nečeká. Převážná většina změn, prováděných v resortu zdravotnictví je totiž zaměřena především na úspory. Restrukturalizace a snižování počtu lůžek v nemocnicích, snižování nemocenských dávek, první tři dny pracovní neschopnosti bez nároku na mzdu či plat, regulační poplatky.... Opatření je mnoho, nicméně nemocnost obyvatel neřeší z těchto opatření žádné.

Následující návrhy se týkají především primární ochrany zdraví, předcházení nemocem a zachování kvality zdravotní péče. Cílem by mělo být naučit občany chovat se tak, aby pro ně prevence a starost o zdraví byla samozřejmá.

- Nejdůležitějším opatřením je zachování systémového základu organizace a financování zdravotnictví. Změny po každých volbách způsobují chaos a zmatek, za kterými nevyhnutelně přichází i pokles kvality péče. V příloze č. 2 je uveden seznam ministrů zdravotnictví od roku 2001. V této funkci se vystřídal v daném období 10 ministrů (každý s jinou koncepcí).

Je třeba mít stabilní a dlouhodobě udržitelné, bilančně vyrovnané financování zdravotnictví a taková ekonomická opatření, která budou v rovnováze se zachováním dostupné běžné zdravotní péče na nezbytné kvalitativní úrovni.

- Najít přijatelný kompromis mezi přístupy - zdravotnictví jako tržní mechanismus a zdravotnictví jako služba občanům. Podřídít systém zdravotnictví cíli veřejné služby, nikoli soukromému zisku.
- Dalším důležitým opatřením je vytvoření takového prostředí pro zdravotní pojišťovny, ve kterém by si mohly smysluplně konkurovat jak u pacientů, tak i u poskytovatelů zdravotní péče.
- Do programů zdravotních pojišťoven zařadit pro občany atraktivní programy zaměřené na prevenci a osvětu, změnu životního stylu, boj proti alkoholové závislosti, obezitě, kouření... třeba se systémem výhledového odměňování ve formě úlev na pojistném apod. (formovány např. jako jsou bonusy pro řidiče ve formě slev na zákonném pojištění).
- Zaměřit se na programy péče o zdraví již u dětí v předškolním věku – programy ve školkách, zdravá výživa, stomatologická péče, dostatek pohybu, otužování... apod.
- Zaujmout postoj „globální myšlení, lokální konání“. Zaměřit se na jednotlivé regiony v republice a přizpůsobit programy prevence podle aktuálních potřeb na krajské a místní úrovni. Orientovat se především na největší hrozby pro zdraví jednotlivých oblastí (smog, chemické látky, zvýšená hladina hluku, znečištěné životní prostředí...)
- Ve firmách a organizacích se více než na represe spojené s kontrolami zaměstnanců v pracovní neschopnosti zaměřit na nástroje prevence, primární

prevence a hygieny práce včetně ergonomiky. Trvat na povinných preventivních prohlídkách u závodních lékařů a předcházet tak jednostrannému přetěžování, nemoci a následně i případné fluktuaci.

- Dalším navrhovaným opatřením týkajícím se firem je úprava pracovních podmínek zaměstnanců. Dodržování bezpečnostních předpisů, užívání ochranných pomůcek, dodržování předepsaného odpočinku apod.
- Zvýšit mezi lidmi povědomost o škodlivosti a zbytečnosti užívání některých léčiv. Často jsou zbytečně užívány léky na choroby, které lze vyléčit pouze změnou životního stylu či stravování.

ZÁVĚR

Zdraví není jen významnou hodnotou individuální, má i hodnotu společenskou, neboť je důležité i pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti. Je jisté, že první, kdo o zdraví člověka rozhoduje, je člověk sám. V tomto smyslu je jeho role prvořadá. Ale zdraví je také výsledkem mnoha vztahů, které člověka činí širší součástí lidského společenství. Proto péče o zdraví a starost o ně, připadá také společnosti. O zdraví se zcela přirozeně zmiňuje i naše ústava. Zaručuje v tomto smyslu „*právo občanů na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění*“ (článek 31 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku). Tento článek našeho nejvyššího zákona tak přesně určuje tři „pilíře“, na kterých spočívá péče o zdraví občana a které má garantovat stát, který si občané zřizují mimo jiné i s tímto cílem. Jedná se o ochranu zdraví (předcházení nemocem), zdravotní péče (služba, kterou občan využívá, když nemoc nastane) a zdravotní pojištění (ekonomické zajištění prvních dvou pilířů = jejich financování).

Nemocnost je primárním ukazatelem zdravotního stavu. Statistika nemocnosti je v České republice organizačně zajišťována především Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), který v rámci Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) shromažďuje nejrůznější údaje z několika zdrojů.

Primárním cílem diplomové práce bylo zjistit, zda a jakým způsobem se mění nemocnost v České republice od roku 2001. Sekundárním cílem práce bylo zjistit, jak se mění četnost a délka pracovních neschopností a zda tyto počty nějakým způsobem ovlivnily legislativní změny (snížení náhrad mezd a platů za pracovní neschopnost, zavedení prvních tří dnů pracovní neschopnosti bez náhrady mzdy) a zavedení regulačních poplatků. Následně bylo v práci zjišťováno, zda oficiálně vedené statistiky vykazující klesající počty pracovních neschopností, vydaných receptů a vyplacených nemocenských dávek, skutečně vypovídají o klesající nemocnosti obyvatel.

Teoretická část práce přibližuje právní rámec ochrany zdraví nejen v České republice, ale i v Evropské unii. Rozebírá změny v nemocenském pojištění a jejich vliv na vývoj pracovních neschopností (jejich délku a četnost),

dále změny v redukčních hranicích a především novelu zákona č. 48/1997 Sb. a s ní související zavedení regulačních poplatků (poplatky u lékaře, na pohotovosti, poplatky za položku na receptu, poplatky za lůžko v nemocnici). Práce rovněž v omezeném rozsahu charakterizuje zdravotní stav populace, dává stručný přehled o nemocnosti z demografického a ekonomického hlediska. Poslední kapitola teoretické části se zabývá financováním zdravotní péče v České republice a pro porovnání je zde ukázán zdravotní systém v Německu.

Praktická část diplomové práce zjišťuje za pomoci analýzy časových řad a koeficientu růstu změny v jednotlivých ukazatelích v požadovaném období, v letech 2001-2011. Údaje ve veřejných statistikách prezentují klesající tendence ve všech důležitých aspektech určujících nemocnost, nicméně je možné s nimi polemizovat. Všechny zjištěné ukazatele byly vzájemně porovnány a posouzeny.

Rychlý vývoj a zvyšující se úroveň medicíny, diagnostických i léčebných postupů snižují potřebu hospitalizace a tím i počtu lůžek. Dochází tak k jeho optimalizaci a postupnému snižování. Rovněž se snižují doby pobytu na lůžku, některé zákroky dnes již vyžadují pouze jednodenní péči na lůžku nebo přechází přímo do ambulantního režimu. Moderní léčba se promítla do všech oborů medicíny a hospitalizace je tak omezena jen na skutečně nejzávažnější případy. Vliv dopadu regulačních poplatků za hospitalizaci v nemocnicích jde tedy ruku v ruce současně se snahou o postupné snižování lůžkového fondu nemocnic a je možné považovat jej spíše za mírný.

V případě nemocí, které nevyžadují nemocniční lůžkovou péči, je vliv těchto poplatků větší. Zavedení regulačních poplatků, neplacené tři dny pracovní neschopnosti, poplatky za recepty a zdražování léků vede mnoho lidí k tomu, aby své nemoci v horším případě přecházeli a šířili své nemoci dál, v tom lepším si vzali dovolenou a léčili se bez receptu dostupnými léčivy z lékárny. Rostoucí počty lékáren a jejich tržby za volně dostupné léky tomuto trendu odpovídají. Zvyšuje se i dostupnost lékáren díky jejich fungování v mnoha obchodních řetězcích. Otvírací doby jsou většinou shodné s otvírací dobou příslušného hypermarketu, a tak se zvyšuje dostupnost léčiv i odborného lékárenského poradenství.

V závěrečné části práce je uvedeno několik návrhů, týkajících se převážně prevence ochrany zdraví, předcházení nemocem a zodpovědnějšího přístupu ke zdravotnímu stavu jednoho každého. Návrhy jsou zaměřené na prevenci od nejútlejšího věku, až po dodržování základních pravidel na pracovištích. Je jistě lepší a levnější nemocem předcházet, než je později léčit.

Úplným závěrem práce je tedy možné říci, že cíl práce byl splněn. Změny v legislativě se ve sledovaných ukazatelích odrazily. Nelze však říci, že poplatky s sebou přinesly pouze nespokojenost a negativa. Zpřístupnily se informace o pacientech, kteří mají vysoké doplatky za léky a po překročení limitu jim pojišťovna část vydaných peněz vrátí.

Nicméně zda konečný efekt těchto opatření je pozitivní a působí tam, kde by především a podle očekávání působit měl, je velmi těžké posoudit. Očekávané finanční úspory se sice dostavily, ale nemocnost v České republice neklesla. A zda se aktuální „přecházení“ nemocí lidí v produktivním věku projeví na pozdější zvýšené nemocnosti, bude možné posoudit až z dlouhodobějšího hlediska v rozmezí cca několika desítek let. A je na zvážení, zda nynější úsporná opatření nepovedou k pozdějším zvýšeným finančním nákladům.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Monografie a časopisy:

1. DÁŇOVÁ, J., Částková, J. Očkování v České republice. Praha: Triton, 2008. Vyd. 1. ISBN 978-80-7387-122-2
2. ČEVELA, R., Čeledová, L., Dolanský, H. Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada, 2009. 1. vyd. ISBN 978-80-247-2860-5
3. DOLANSKÝ, H. Veřejné zdravotnictví. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. In: Čevela, 2009.
4. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví. Praha: Linde Praha, 2007. ISBN 978-80-7001-684-6
5. HEJDUKOVÁ, P. Zdravotnická zařízení v kontextu reformních změn v ČR. Trendy v podnikání – Business Trends: Vědecký časopis Fakulty ekonomické ZČU v Plzni. 2011, č. 2, s. 122.
6. HENDL, J. Přehled zpracování statistických metod zpracování dat. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-820-1
7. HNILICOVÁ. Úvod do studia zdravotnických systémů. In: www.cuni.cz [online]. 2010 [cit. 2012-12-01]. Dostupné z: http://usm.lf1.cuni.cz/download/uvod_do_zs.pdf
8. HINDLS, R., HRONOVÁ, S., SEGER, J., FISCHER, J.: Statistika pro ekonomy, Praha: Professional Publishing, 2006. ISBN 80-869-4616-9
9. HODAČOVÁ, Lenka a Vladimír SRB a Jiří MAREŠ. Nové veřejné zdraví v podmínkách udržitelného rozvoje: nová situace na přelomu 2. a 3. tisíciletí. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1999. 62 s. ISBN 80-7184-769-0
10. HOLČÍK, Jan. Hlavní rozvojové směry "public health" (veřejného zdravotnictví) v evropském kontextu. In II. celofakultní konference o studiu na Lékařské fakultě MU Brno. 1. vyd. Brno: MU Brno, 2006. od s. 6-7, 2 s. ISBN 80-210-3973-6
11. HOLČÍK, J., Kaňová, P. Prudil, L. Systém, péče o zdraví a zdravotnictví. Brno: NCO NZO, 2005.

12. JANEČKOVÁ, H., Hnilicová, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978,7367-592-9
13. JEŽEK, T. Privatizace české ekonomiky: její kořeny, metody a výsledky. 1.vyd. Praha: Oeconomica, 2006. ISBN 80-245-1069-3.
14. KLUSÁKOVÁ, P. ČSÚ: Z veřejných zdrojů jde do českého zdravotnictví málo. Zdravotnické noviny. 2012, č. 8, s. 4.
15. KONEČNÁ, J. Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti. Brno, 2010. Rigorózní práce. Masarykova univerzita.
16. NAHODIL, F. Veřejné finance v České republice. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. s. 95
17. PALÁT, M. a O. KRÁLÍK. Vývoj vybraných ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva v ČR. In: 2. konference Škola zdraví 21. Brno: MU Brno, 2006.
18. TOMEŠ, I. Obory sociální politiky. Vyd.1. Praha: Portál, 2011. 368 s. ISBN 978-80-7367-868-5
19. VODIČKA, G. Novela zákona č. 48/1997 Sb. a regulační poplatky. Infoservis. 2012, roč. 3, č. 9. Dostupné z: www.vzp.cz
20. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85912-43-0.
21. Zákon České národní rady č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.
22. Zákon č.551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
23. Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů

Internetové zdroje:

24. Lékařská péče pro všechny. Fakta o Německu [online]. 2012 [cit. 2012-11-20]. Dostupné z: <http://www.tatsachen-ueber-deutschland.de/cz/spoleenost/main-content-08/lekarska-pece-pro-vsechny.html>

25. ÚZIS [online]. ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 47/2012 2005, 2012 [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/spotreba-zdravotnickych-sluzeb-letech-2007-2011>
26. ÚZIS [online]. ÚZIS ČR, Ekonomické informace ve zdravotnictví 2011. [cit. 2012-11-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi>
27. 96. plenární schůze RHSD ČR, Vývoj finanční situace českého zdravotnictví. Materiál zpracovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky
28. MZ nebude mít ze státního rozpočtu na investice, využije peněz EU. ČTK. Medical tribune: Tribuna lékařů a zdravotníků [online]. 2012 [cit. 2012-11-26]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/27269-mz-nebude-mit-ze-statniho-rozpocetna-investice-vyuzije-penez-eu>
29. ŠŤASTNÝ, J. Zdravotnictví a determinanty zdraví. In: Zdravotnictví a determinanty zdraví [online]. 2005 [cit. 2012-11-11]. Dostupné z: http://www.recepis.cz/ke_stazeni/determinanty.recepis.pdf
30. TRIPARITNÍ DEKLARACE zásad o nadnárodních podnicích a sociální politice přijatá Správní radou Mezinárodního úřadu práce na jejím 204. zasedání (Ženeva, listopad 1977) ve znění úprav z jejího 279. zasedání (Ženeva, listopad 2000) [cit. 2012-11-12]. ÚMLUVA (č. 130) a Doporučení (č. 134) o zdravotní péči a nemocenských dávkách. Dostupné z: www.cmkos.cz/data/articles/down_353.pdf
31. DOCTEUR, E., SUPPANZ, H., WOO, J.: The US Health System: An Assessment and Prospective Directions for Reform. Economics Department working papers No. 350. OECD 2003. [online]. 2007 [cit. 2012-11-15]. Dostupné z: www.oecd.org/eco
32. České zdravotnictví a stárnutí populace. Kulatý stůl: Budoucnost zdravotnictví [online]. 2007 [cit. 2012-12-01]. Dostupné z: <http://www.kulatystul.cz/cs/node/122>
33. Regulační poplatky a doplatky přinášejí do systému miliardy. Infoservis VZP [online]. 2012, roč. 3, č. 9, Str. 3 [cit. 2012-10-05].

- Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/infoservis-09-2012.pdf>
34. Průvodce zdravotní péčí v EU. Pacienti [online]. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: http://www.pacienti.cz/IZPE/Pruvodce__zdravotni__peci_v_EU.pdf
35. Informace o změnách od 1. 1. 2011 v oblasti nemocenského pojištění a pojistného na sociální zabezpečení. MPSV [online]. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/10126>
36. SOUKUPOVÁ, I. Jak demografický vývoj ovlivní české zdravotnictví?. Zdravotnické noviny. 2012, roč. 4, č. 7, str. 8. ISSN 0044-1996. Dostupné z: www.zdn.cz
37. ÚZIS. [online]. Aktuální informace: Lékárny v roce 2009. 1. vyd. Praha, 2010, 9 s. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/47_10.pdf
38. ÚZIS. [online]. Aktuální informace: Lékárny v roce 2010. 1. vyd. Praha, 2011, 9 s. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/46_11.pdf
39. ÚZIS. [online]. Aktuální informace: Lékárenská péče v roce 2011. 1. vyd. Praha, 2011, 9 s. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/15_12.pdf
40. ÚZIS. [online]. Aktuální informace: Lékárenská péče v roce 2009. 1. vyd. Praha, 2011, 9 s. Dostupné z: www.uzis.cz/system/files/21_10.pdf
41. Data and evidence [online]. [cit. 2012-12-05]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int>

PŘÍLOHY

Příloha 1 – Výběr ze zákonů a vyhlášek platných v ČR v oblasti zdravotnictví

Novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění k. 1. 4. 2012

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění k 1. 8. 2002

Zákon č. 258/ 2000 Sb. o ochraně veřejného zdraví

Zákon č. 160/ 1992 Sb. o zdravotní péči

Zákon č. 101/ 2000 Sb. o ochraně osobních údajů

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

Vyhláška MZ č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení,

Metodické opatření č. 12/1998 věst. MZ, Koncepce následné lůžkové péče

Metodický návod č. 14/1998 věst. MZ, Požadavky na zajišťování lůžkové zdravotní péče

Příloha 2 – Seznam ministrů zdravotnictví od roku 2001

Bohumil Fišer	ČSSD	9.února 2000 -15. července 2002
Marie Součková	ČSSD	15. července 2002 - 14. dubna 2004
Jozef Kubinyi	ČSSD	14. dubna 2004 - 4. srpna 2004
Milada Emmerová	ČSSD	4. srpna 2004 - 12. října 2005
Zdeněk Škromach	ČSSD	12. října 2005 - 4. listopadu 2005
David Rath	ČSSD	4. listopadu 2005 - 4. září 2006
Tomáš Julínek	ODS	4. září 2006 - 23. ledna 2009
Daniela Filipová	ODS	23. ledna 2009 - 8. května 2009
Dana Jurásková	ODS	8. května 2009 - 13. července 2010
Leoš Heger	ODS	13. července 2010