

Univerzita Palackého v Olomouci

Právnická fakulta

Kristýna Petrášová

Problematika financování zdravotnictví

Bakalářská práce

Olomouc 2019

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika financování zdravotnictví vypracovala samostatně a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 25. března 2019

Kristýna Petrášová

Děkuji tímto vedoucí práce JUDr. et Mgr. Taťaně Špírkové, Ph.D. za cenné podněty a připomínky při vypracování práce.

OBSAH

ÚVOD	6
1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ	8
1.1 Zdraví.....	8
1.2 Zdravotnictví.....	8
1.3 Zdravotnická zařízení	9
1.4 Zdravotní pojištění	10
2 PRÁVNÍ ÚPRAVA FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ	11
3 ZDRAVOTNÍ PÉČE	14
3.1 Druhy zdravotní péče.....	14
3.1.1 Dle časové naléhavosti	14
3.1.2 Dle účelu poskytnutí.....	15
3.2 Formy zdravotní péče	16
3.2.1 Ambulantní péče	16
3.2.2 Jednodenní péče	16
3.2.3 Lůžková péče	16
3.2.4 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta ..	17
4 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY	18
4.1 Bismarckův model.....	18
4.2 Beveridgeův model.....	19
4.3 Semaškův model	20
4.4 Tržně orientovaný systém.....	21
5 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE	22
5.1 Vývoj financování zdravotnictví.....	22
5.2 Organizace zdravotnictví	24
5.3 Formy financování	25
5.4 Úhrady od zdravotních pojišťoven.....	26
5.4.1 Paušální sazby	27
5.4.2 Kapitační platby	27
5.4.3 Výkonové platby	28

5.5	Financování zdravotní péče	28
5.5.1	Financování ambulantní péče.....	28
5.5.2	Financování akutní lůžkové péče.....	32
5.5.3	Financování lékárenství.....	35
5.6	Dotace ve zdravotnictví	35
6	ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY A JEJICH POSTAVENÍ.....	38
7	HODNOCENÍ KVALITY A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB.....	42
	ZÁVĚR.....	45
	POUŽITÁ LITERATURA	47
	ABSTRAKT	50

ÚVOD

Péče o zdraví představuje nejdůležitější složku života každého člověka v každém věku. Existuje mnoho faktorů ovlivňujících zdraví obyvatelstva a jejich kvalitu života, přičemž úroveň kvality péče o zdraví představuje jeden z faktorů nejvýznamnějších. Úkolem zdravotnictví je zajistit poskytování kvalitních zdravotních služeb občanům a požadovanou odbornost těchto služeb.

Hlavním cílem této bakalářské práce je popsat a co nejlépe vysvětlit systém zdravotnictví se zaměřením na jeho financování, právní předpisy upravující tuto problematiku, a především přiblížit možné způsoby financování jednotlivých druhů zdravotní péče v České republice.

S ohledem na vybrané téma mé bakalářské práce se při jejím zpracování nevyhnu popisným částem. V práci budu také využívat metodu komparace a analýzy.

První kapitola práce bude věnována charakteristice základních pojmů, které budou pro práci stěžejní. V další kapitole shrnu významné právní předpisy týkající se zdravotní péče a způsobů financování, přičemž klíčové předpisy doplním krátkým popisem. Následující kapitolu zaměřím na druhy a formy zdravotní péče v České republice, tedy jak zákon dělí tuto péči do několika kategorií. Toto členění bude podstatné pro následující kapitoly. V další části rozeberu systémy financování zdravotnictví využívané po celém světě a doplním je o stručný popis společně s výčtem spatřovaných výhod a nevýhod jednotlivých systémů.

Pátá kapitola, nazvaná Financování zdravotnictví v České republice, bude zaměřena na vývoj zdravotnictví u nás a způsoby úhrad zdravotní péče používané v našem zdravotnictví. V neposlední řadě se budu věnovat podrobnějšímu rozboru úhrad jednotlivých druhů zdravotní péče, a to ambulantní péče, akutní lůžkové péče a lékárenství. Což je oblast v posledních letech často měněna a též vystavena na poměrně složitém a mnohdy kombinovaném systému, proto se pokusím financování těchto složek co nejlépe vysvětlit a shrnout jeho podstatné aspekty. Poslední část této kapitoly bude pojednávat o stručném shrnutí využívání dotací prostřednictvím dotačních programů ve zdravotnickém systému České republiky.

V následující kapitole nastíním působení zdravotních pojišťoven, se zaměřením na jejich postupný vývoj. Nebude chybět ani výčet pojišťoven fungujících na území České republiky, doplněný o rozdílné postavení Veřejné zdravotní pojišťovny a ostatních

pojišťoven. Tato kapitola bude obsahovat také popis výkonu revizní činnosti a charakteristiku dohledu nad fungováním zdravotních pojišťoven.

Hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických služeb bude tématem poslední kapitoly této práce, kde shrnu základní principy tohoto hodnocení a také, jak je dané hodnocení využíváno za účelem předcházení finančním rizikům ve zdravotnictví. Dále se budu zabývat kontrolou kvality zdravotní péče v České republice, společně s dvěma druhy dozoru vykonávaném na našem území. Tuto část doplním také o preventivní metody běžně používané v dané oblasti.

1 VYMEZENÍ ZÁKLADNÍCH POJMŮ

V této kapitole stručně vysvětlím a charakterizuji základní pojmy, které jsou pro danou problematiku stěžejní.

1.1 Zdraví

Zdraví patří k nejdůležitějším prioritám v životě každého z nás. Proto je nejen v zájmu nás všech, ale také v zájmu státu, podílet se na jeho ochraně.

V literatuře je nejčastěji uváděnou definicí pojmu *zdraví* definice Světové zdravotnické organizace (WHO), jež vychází z Ústavy WHO. Zde je uvedeno vymezení, že zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nejen jako nepřítomnost nemoci nebo vady.¹ Tato definice je však velmi kritizovaná. Ve velké míře je jí vyčítán fakt, že dle definice WHO by bylo až 95 % populace nezdravé.

Zdraví člověka může být ovlivněno několika faktory, a to pozitivně či negativně. Tyto faktory lze rozdělit na pozitivní faktory zdraví (např. vhodné bydlení a ekonomická bezpečnost), ochranné (např. očkování) a rizikové faktory (např. alkohol či kouření).²

Často se setkáváme také s pojmem *veřejné zdraví*, mnohdy označováno též jako Public Health. „Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.“³ Hlavním účelem je převážně podpora zdraví veřejnosti a také prevence onemocnění.

1.2 Zdravotnictví

Zdravotnictví lze charakterizovat jako jedno z odvětví národního hospodářství. Konkrétně se řadí do terciární sféry hospodářství.

Veřejné zdravotnictví je tvořeno množstvím institucí a služeb, které usilují o prevenci různých onemocnění, předcházení předčasných úmrtí apod. Mimo jiné se zabývá

¹ Vyhláška č. 189/1949 Sb., zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. června 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku

² BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 14.

³ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů

zdravotními problémy populace a snaží se nalézt optimální řešení těchto problémů za pomoci nejrůznějších technických i politických nástrojů.⁴

Zdravotnictví lze chápat jako soustavu zdravotnických institucí, které mohou být jak soukromé, tak i veřejné.

1.3 Zdravotnická zařízení

Pojem zdravotnická zařízení je definován v zákoně o zdravotních službách, dle toho zákona se jím rozumí prostory určené pro poskytování zdravotních služeb.⁵

Zdravotnická zařízení, označovaná též jako zdravotnické instituce či subjekty, lze dělit podle několika kritérií. Základní členění představuje rozlišení zařízení na základě vlastnictví, respektive zřizovatele. V tomto případě rozlišujeme státní zdravotnická zařízení a soukromá zdravotnická zařízení. Zřizovatelem státních zařízení je Ministerstvo zdravotnictví a ostatní centrální orgány státu. U nestátních zdravotnických zařízení mohou být zřizovatelem kraje, obce, fyzické osoby, církve či jiné právnické osoby.

Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR bylo v České republice k 31. 12. 2017 evidováno 32 080 zdravotnických zařízení, z toho bylo celkem 137 státních zařízení a 31 943 nestátních. Podobná struktura byla typická i v minulosti. Lze tedy říci, že v České republice velkou měrou převažují zdravotnická zařízení nestátního typu.

Dalším možným členěním je členění dle druhu činnosti, kdy rozlišujeme velké a střední nemocnice, zdravotnická zařízení ambulantní, lékárny, dopravní zdravotnické služby apod.⁶

Požadavky na technické i věcné vybavení jednotlivých zdravotnických zařízení jsou stanoveny ve vyhlášce č. 92/2012 Sb., o požadavcích na minimální technické a věcné vybavení zdravotnických zařízení a kontaktních pracovišť domácí péče. Každé zdravotnické zařízení je povinno dané požadavky splňovat.

⁴ GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, s. 17.

⁵ Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

⁶ PEKOVÁ, Jitka a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, a.s., 2005, s. 300.

1.4 Zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění spadá do systému sociálního zabezpečení. Jedná se o poskytování zdravotní péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění oprávněným subjektům.

Dle zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotně pojištěny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky a osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky.⁷ Tyto osoby jsou v zákoně označovány jako pojištěnci, přičemž toto pojištění je pro ně povinné. Pojištění vzniká narozením, získáním zaměstnání nebo trvalého pobytu na území České republiky, naopak zaniká smrtí pojištěnce, ukončením pracovního poměru či trvalého pobytu.

Mezi základní principy týkající se veřejného zdravotního pojištění se řadí princip povinného pojištění, princip sociální solidarity a zásluhovosti.

⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

2 PRÁVNÍ ÚPRAVA FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ

Financování zdravotnictví je na vnitrostátní úrovni upraveno značnou řadou právních předpisů. Zásadním pramenem je Listina základních práv a svobod, konkrétně článek 31. Zde je stanoveno, že každý má právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.⁸

Stěžejní právní předpis pro oblast financování zdravotnictví představuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v němž je upraven vznik a zánik pojištění, vymezen okruh plátců a jejich povinností, udává také výši a způsob placení pojistného a další podobné oblasti. Předchůdcem tohoto zákona byl zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. Ústavní soud však shledal nálezem⁹, na návrh skupiny poslanců, rozpor tohoto zákona s Listinou základních práv a svobod i s Ústavou České republiky, kdy Ústavní soud zrušil základní ustanovení této úpravy. Poté bylo třeba původní právní úpravu nahradit novým právním předpisem, a tak došlo ke vzniku již zmiňovaného zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ten byl přijat jako dočasné řešení a jeho platnost byla původně stanovena na jeden rok (konkrétně do 30. června 1998), než vznikne ucelenější koncepce nového zákona upravující veřejné zdravotní pojištění. Ustanovení o platnosti zákona bylo dvakrát novelizováno a platnost prodloužena. Zrušení části o platnosti zákona o veřejném zdravotním pojištění přinesla až novela č. 459/2000 Sb., zákon je platný dodnes, tedy již více než 20 let. V průběhu let prošel bezmála 70 novelami, přičemž významnou změnou byla například novela zákonem č. 261/2007 Sb., která mimo jiné zavedla regulační poplatky ve zdravotnictví i regulaci cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely. Poslední novela nabyla účinnosti dne 1. ledna 2019, a to zákonem č. 282/2018 Sb., kdy došlo například k úpravě cirkulace zdravotnických prostředků¹⁰ či kategorizaci a úhradové regulaci zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz.

⁸ Usnesení č. 2/1998 Sb., usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.

⁹ Nález Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. července 1996.

¹⁰ Cirkulace zdravotnických prostředků – režim, při kterém jsou zdravotnické prostředky ve vlastnictví pojišťoven a ty je poskytují svým pojištěncům s ohledem na jejich zdravotní stav.

Na úrovni zákonných předpisů dále upravují financování zdravotnictví například tyto zákony:

- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování,
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Velkou škálu předpisů týkajících se zdravotnictví a jeho financování tvoří také právní předpisy podzákonné, kterými jsou například:

- Vyhláška č. 362/2010 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu,
- Vyhláška č. 64/2018 Sb., o způsobu oceňování nákladů na zdravotní služby pro účely přerozdělování,
- Vyhláška č. 333/2016 Sb., o úhradě nákladů na provedení odborných úkonů podle zákona o biocidech,
- Vyhláška č. 423/2013 Sb., o stanovení výše paušální částky nákladů dodatečné kontroly při výkonu státního zdravotního dozoru,
- Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče,
- Vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.

Poslední výše zmiňovaná vyhláška, tzv. úhradová vyhláška, představuje důležitý dokument v oblasti způsobů financování zdravotnictví značným způsobem vstupující do smluvních vztahů zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče. Jde o podzákonný právní předpis vydávaný každoročně a stanovující základní nastavení úhrad ze zdravotního pojištění za služby poskytnuté ve zdravotnictví.¹¹ V minulých letech bylo poskytovateli zdravotní péče často kritizováno, že úhradová vyhláška nebyla vydávána dostatečně dopředu, což způsobovalo situace, kdy adresáti vyhlášky měli velmi krátký časový úsek na přizpůsobení se novým pravidlům. To se však změnilo v roce 2015 přijetím novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, tzv. transparenční novela. V rámci této

¹¹ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a kol. *Zdravotnictví a právo*. Praha: C.H. Beck, 2016, s. 134.

změny byla dána povinnost Ministerstvu zdravotnictví vydat úhradovou vyhlášku pro následující kalendářní rok nejpozději do konce října předcházejícího roku.

S potřebou dřívějšího vydání, zajišťujícího dostatečné množství času na seznámení se s novou úpravou, souvisí také poměrně vysoká složitost tohoto právního předpisu. Součástí vyhlášky je vždy několik příloh obsahujících nespočet komplikovaných vzorců. To v praxi čas od času způsobuje situace, kdy si poskytovatel zdravotní péče není schopen dle dané vyhlášky určit, kolik mu má zdravotní pojišťovna za úkony uhradit.

3 ZDRAVOTNÍ PÉČE

„Zdravotní péčí se rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem předcházení, odhalení a odstranění nemocí, vady nebo zdravotního stavu; udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu; udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení; pomoci při reprodukci a porodu; posuzování zdravotního stavu.“¹² Taková péče je poskytována všemi kategoriemi zdravotnických zaměstnanců ze všech různých funkčních zařazení.

Další definice chápe zdravotní péči jako péči, jež zahrnuje několik druhů odborných činností, jako je např. preventivní péče, ošetrovatelská péče, lékárenská péče, lázeňská péče, pracovní lékařská péče apod.¹³

Zákon o zdravotních službách dále definuje jednotlivé druhy a formy zdravotní péče, jež budou popsány v následujících podkapitolách.

3.1 Druhy zdravotní péče

3.1.1 Dle časové naléhavosti

Jedním z možných kritérií dělení zdravotní péče je rozlišení dle časové naléhavosti poskytnutí péče. Výsledkem takového dělení je neodkladná, akutní, nezbytná a plánovaná péče.

Cílem *neodkladné péče* je zabránit vzniku situací bezprostředně ohrožujících život nebo vedoucích k náhlé smrti.

Akutní péče slouží k odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu. Její chod by měl být zajištěn tak, aby byly včas zjištěny všechny skutečnosti nezbytné ke stanovení či změně léčebného postupu.

O *nezbytné péči* hovoříme v případě, že pacientem je zahraniční pojištěnec a jeho zdravotní stav z lékařského hlediska danou péčí vyžaduje. Jedná-li se o zahraničního pojištěnce členského státu EU, Evropského hospodářského prostoru nebo Švýcarské

¹² Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

¹³ GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002, s. 13.

konfederace platí, že musí být poskytnuta taková péče, aby nemusel jet zpět do země pojištění dříve, než plánoval.¹⁴

3.1.2 Dle účelu poskytnutí

„Zákon o zdravotních službách člení zdravotní péči dle účelu jejího poskytnutí na preventivní péči, diagnostickou péči, dispenzární péči, léčebnou péči, posudkovou péči, léčebně rehabilitační péči, ošetrovatelskou péči, paliativní péči, lékárenskou péči a klinicko-farmaceutickou péči.“¹⁵

Stručná charakteristika jednotlivých druhů zdravotní péče dle účelu poskytnutí:

- *Preventivní péče* – Cílem je vyhledat faktory související se vznikem nemocí a provést určitá opatření k odstranění a minimalizaci vlivu těchto faktorů.
- *Diagnostická péče* – Účelem je zjistit zdravotní stav pacienta a okolnosti, které mají vliv na jeho zdravotní stav a stanovit diagnózu.
- *Dispenzární péče* – Spočívá v aktivním dlouhodobém sledování zdravotního stavu pacienta trpícího či ohroženého nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu.
- *Léčebná péče* – Úkolem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu pacienta na základě léčebného postupu.
- *Posudková péče* – Stanovuje, zda není pacient negativně ovlivněn nároky, které jsou na něj kladeny při výkonu práce, a také zda je pacientův zdravotní stav v souladu s požadavky, které jsou pro výkon práce stanoveny.
- *Léčebně rehabilitační péče* – Účelem je maximální možné obnovení fyzických, řečových, smyslových i psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch.
- *Ošetrovatelská péče* – Spočívá v udržení a navrácení zdraví, uspokojivých biologických, psychických i sociálních potřeb pacienta změněných kvůli poruše zdravotního stavu.
- *Paliativní péče* – Poskytuje se pacientovi, který trpí nevléčitelnou chorobou v pokročilém či konečném stadiu, přičemž cílem je zmírnění bolesti a zachování pacientovy důstojnosti.

¹⁴ ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016, s. 67.

¹⁵ MACH, Jan a kol. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2018. s. 32.

- *Lékárenská a klinickofarmaceutická péče* – Účelem je zajištění, příprava, úprava, uschování, kontrola a výdej léčiv.

3.2 Formy zdravotní péče

Vymezení forem zdravotní péče je nezbytné pro následující kapitoly, kde bude vymezeno financování zdravotnictví a jeho jednotlivé typy, lišící se právě dle níže charakterizovaných forem zdravotní péče.

3.2.1 Ambulantní péče

„Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž není nutná hospitalizace nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení, které poskytuje jednodenní péči, a je poskytována lékaři primární péče nebo odbornými specialisty.“¹⁶

Rozlišuje se dvojí forma poskytování ambulantní péče, a to primární a specializovaná. Cílem primární péče je poskytnout preventivní, diagnostickou a posudkovou péči. „Součástí primární ambulantní péče v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je návštěvní služba.“¹⁷ Specializovaná péče pak představuje péči, jež je poskytována jednotlivými obory zdravotní péče.

3.2.2 Jednodenní péče

Jednodenní péče představuje péči, kdy je vyžadován pobyt pacienta na lůžku kratší než 24 hodin. V případě, že je poskytována jednodenní péče, musí být současně zajištěna také dostupnost akutní intenzivní péče. Taková péče je využívána jen tehdy, pokud je vykonáván zákrok, u něhož je malé riziko komplikací. V praxi se jednodenní péče používá u vybraných chirurgických, či například gynekologických výkonů.

3.2.3 Lůžková péče

„Zákon o zdravotních službách definuje lůžkovou péči jako péči, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být vždy poskytována v rámci nepřetržitého provozu.“¹⁸

¹⁶ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Druhy zdravotní péče* [online]. mzcrcz.cz, 31. 10. 2012 [cit. 20. ledna 2019]. Dostupné na < https://www.mzcrcz.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html >.

¹⁷ ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015, s. 26.

¹⁸ MACH, Jan a kol. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2018. s. 36.

Lůžková péče je poskytována jako:

- *Akutní lůžková péče intenzivní* – Poskytuje se v případě, že u pacienta dojde k náhlému ohrožení či selhání základních životních funkcí.
- *Akutní lůžková péče standardní* – Slouží pro pacienty s náhlým onemocněním, které vážně ohrožují jeho zdraví a také za účelem provedení zdravotních zákroků, u kterých není možné ambulantní provedení.
- *Následná lůžková péče* – Je poskytována v případech, kdy došlo ke stabilizaci zdravotního stavu, který však stále vyžaduje doléčení.
- *Dlouhodobá lůžková péče* – Je určena pacientům, jejichž zdravotní stav nelze podstatně zlepšit a tento stav se bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče stále zhoršuje.

3.2.4 Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Péče, která je poskytována ve vlastním sociálním prostředí pacienta zahrnuje návštěvní službu a domácí péči. Zákon o zdravotních službách stanovuje, že domácí péčí je péče ošetrovatelská, léčebně rehabilitační nebo paliativní.

Poskytovateli domácí péče v ČR jsou tzv. agentury domácí péče, kterých se u nás vyskytuje celá řada. Cílem těchto agentur je zajištění odborné zdravotnické pomoci nemocným v domácím prostředí. Činnost agentur je hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

4 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY

Zdravotnické systémy představují jakýsi soubor prvků, mezi kterými existují určité vztahy. Základní prvky tvoří veřejnost, poskytovatelé zdravotné péče, subjekty zajišťující financování a orgány reprezentující vládní politiku.

Členění těchto systémů vychází ve zdravotnictví zejména ze způsobu financování. Podle způsobu financování tak rozlišujeme tři zdravotnické systémy:

- Zdravotnictví financované veřejným zdravotním pojištěním (Bismarckův model),
- Zdravotnictví financované z daní obyvatelstva prostřednictvím státního rozpočtu – tzv. státní zdravotnictví (Semaškův model, Beveridgeův model),
- Zdravotnictví orientované převážně tržně, kde hraje rozhodující roli soukromé zdravotní pojištění.¹⁹

V následujících podkapitolách budou shrnuty základní charakteristické znaky jednotlivých systémů, doplněny o jejich výhody i nevýhody.

4.1 Bismarckův model

Specifickým znakem Bismarckova modelu, nazývaného také jako bismarckovský, je povinné zdravotní pojištění, ze kterého je následně hrazena zdravotní péče. Pojišťovny, u kterých jsou obyvatelé pojištěni na základě registrace, jsou typicky nestátními institucemi. Prostředky od jednotlivých pojištěnců jsou shromažďovány v pojišťovacích fondech, které spravují příslušné zdravotní pojišťovny. Povinné pojištění je placeno zaměstnanci, zaměstnavateli a státem, ten přispívá za ty, kteří nemohou platit, např. za studenty a důchodce.

Soukromí lékaři vykonávají ambulantní služby na základě smluvních vztahů s pojišťovnami. Lékaři jsou odměňováni na základě počtu registrovaných pacientů, nebo dle vykázaných úkonů.²⁰ Pro Bismarckův model platí, že každý má na základě občanské solidarity právo na zdravotní péči.

¹⁹ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 222.

²⁰ GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, s. 94.

Poprvé se tento systém objevil v 19. století v Německu. Dnes ho využívá Česká republika, Slovensko, Belgie, Rakousko, Francie a mnoho dalších států Evropy.

Tabulka č. 1 uvádí základní výhody a nevýhody Bismarckova zdravotnického systému.

Tabulka č. 1: Výhody a nevýhody Bismarckova modelu

Výhody	Nevýhody
Vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele	Část prostředků spotřebují pojišťovny pro svou činnost
Pestrá nabídka zdravotnických služeb	Pojišťovny se občas dostávají i do finančních potíží
Podpora primární péče	Důraz kladen na kurativní péči
Přiměřené náklady	

Zdroj: Vlastní zpracování dle Veřejná správa a finance veřejného sektoru²¹

4.2 Beveridgeův model

Beveridgeův model, často označovaný i jako model národní zdravotní služby, je založen na principu financování zdravotních služeb z daní, a tím zajišťuje občanům téměř bezplatný přístup ke zdravotnictví. Z daní, prostřednictvím veřejného rozpočtu, je hrazeno více než 90 % veškerých výdajů na zdravotnictví.

Typické pro tento systém je také přiřazování pacientů dle spádovosti. Obyvatelé si tak nemohou sami volit lékaře dle vlastního výběru, jelikož ti jsou určováni dle místa bydliště. Jeho hlavním představitelem je Velká Británie, ale realizuje se také v Kanadě, Portugalsku, Španělsku, Řecku či Irsku.

Stručný přehled výhod a nevýhod Beveridgeova modelu uvádí tabulka č. 2.

Tabulka č. 2: Výhody a nevýhody Beveridgeova modelu

Výhody	Nevýhody
Obecná dostupnost služeb	Nedostatek prostředků na investování
Dostatečná nabídka služeb	Problémy s financováním v době ekonomické recese
Nízké náklady na zdravotní služby	Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví

²¹ PEKOVÁ, Jitka a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, a.s., 2005, s. 298.

Přiměřená pozornost prevence	Dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace
Dobře řešená návaznost služeb	Podpora nesoutěživého klimatu

Zdroj: Vlastní zpracování dle Veřejná správa a finance veřejného sektoru²²

4.3 Semaškův model

„Za krajní formu Beveridgeova modelu lze považovat Semaškův model financování a poskytování zdravotní péče v bývalých socialistických státech, který se vyznačoval úplným postátněním správy, financování i poskytování zdravotné péče.“²³ Dříve se tento model uplatňoval také v Československu v době socialismu, dnes se s ním můžeme setkat pouze na Kubě.

Náklady na zdravotnictví jsou v tomto případě hrazeny pouze ze státního rozpočtu, zdravotnické služby jsou tedy poskytovány bezplatně. Charakteristické pro tento model je, že všechna zařízení zdravotnictví jsou ve vlastnictví státu, zdravotnictví je bráno jako jedno z odvětví národního hospodářství a je centrálně plánováno, zaměstnanci pracující ve zdravotnictví jsou státními zaměstnanci a placeni formou mzdy.²⁴

Přesto, že se může zdát, že by tento systém mohl být považován za ideální, převažují zde nevýhody nad výhodami, jak je uvedeno v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3: Výhody a nevýhody Semaškova modelu

Výhody	Nevýhody
Všeobecná dostupnost péče	Chronický nedostatek prostředků
Návaznost péče	Nedostatek motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
Pozornost věnovaná prevenci	Nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a pracovníků resortu
	Zcela nesoutěživé prostředí

Zdroj: Vlastní zpracování dle Veřejná správa a finance veřejného sektoru²⁵

²² PEKOVÁ, Jitka a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, a.s., 2005, s. 298.

²³ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008, s. 20.

²⁴ GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000, s. 94-95.

²⁵ PEKOVÁ, Jitka a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, a.s., 2005, s. 298.

4.4 Tržně orientovaný systém

Jedná se o systém, jehož hlavním představitelem jsou Spojené státy americké, a který bývá také nazýván jako Liberální systém. „Liberální zdravotní péče vychází z předpokladu, že péče o zdraví je záležitostí každého jedince. Zdravotnické služby jsou pak chápány jako určitá služba, která podléhá zákonitostem tržní ekonomiky. Pacient zde vystupuje jako zákazník a lékař jako podnikatel.“²⁶

Systém je založen na existenci soukromého zdravotního pojištění, kdy zaměstnavatelé z části přispívají na pojištění svým zaměstnancům. Stát však ve formě zdravotnických programů garantuje péči určitým sociálním skupinám, kterými jsou například důchodci nad 65 let a lidé pod hranicí životního minima.

V tržním modelu lze spatřovat několik výhod i nevýhod, část z nich je uvedena v následující tabulce č. 4.

Tabulka č. 4: Výhody a nevýhody tržně orientovaného (liberálního) systému

Výhody	Nevýhody
Velký výběr kvalitních služeb	Nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo málo zámožné občany
Podpora rozvoje medicínských technologií	Vysoký podíl nákladů na administrativu
Podpora soutěživosti mezi zdravotnickými zařízeními	Nedostatečná preventivní péče
	Nákladná péče

Zdroj: Vlastní zpracování dle Veřejná správa a finance veřejného sektoru²⁷

Z výše uvedených informací vyplývá, že pro Českou republiku je charakteristický model Bismarckův, tedy financování zdravotní péče založeno na systému povinného zdravotního pojištění.

²⁶ ČELEDOVÁ, Libuše, HOLČÍK, Jan. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2007, s. 142.

²⁷ PEKOVÁ, Jitka a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, a.s., 2005, s. 298.

5 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

5.1 Vývoj financování zdravotnictví

V období Rakouska-Uherska pomalu docházelo ke vzniku moderního zdravotního systému, což dokazuje přijetí zákona č. 68, o veřejné zdravotní službě v roce 1887, o jehož vznik se postaral tehdejší císař Josef II. V následujícím roce došlo k zavedení systému nemocenského a zdravotního pojištění, založeného na principu solidarity, který byl později převzat do právního řádu první republiky.

V období první republiky byli praktičtí lékaři odměňováni platbou za výkon, platbou za jednotlivého pacienta, či paušálem. Prvorepublikový systém vznikl na principu povinného zdravotního pojištění, které se týkalo pouze námezdně pracujících lidí.²⁸ V této době na našem území působilo asi tři sta zdravotních pojišťoven. Pojištěním se hradila základní zdravotní péče poskytována nemocnicemi a praktickými lékaři.

Další důležitá změna nastala v roce 1948, kdy došlo ke sjednocení důchodového a nemocenského pojištění do jednoho systému zákonem č. 99/1949 Sb., o národním pojištění. Pacienti, kteří nebyli pojištěni, byli ošetřováni za přímou úhradu. Došlo ke zestátnění nemocnic a znárodnění zdravotnického průmyslu, včetně distribuce léčiv.

Povinné zdravotní pojištění bylo zrušeno roku 1951, kdy po vzoru SSSR (tzv. Semaškův model) ležela zdravotní péče pouze v rukou státu. Pro toto období bylo typické financování zdravotnictví z daní, tedy ze státního rozpočtu. V tomto roce byl přijat zákon č. 102/1951, o přebudování národního pojištění a zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči. Ministerstvo zdravotnictví rozdělovalo prostředky ze státního rozpočtu a dále je přidělovalo krajským a okresním národním výborům.

Většina autorů se pak shoduje na tom, že až do roku 1989 bylo pro oblast zdravotnictví typické direktivní řízení, možnost svobodné volby lékaře byla omezena, byl také velký nedostatek léků a jiných zdravotnických prostředků.

Mezi lety 1990-1992 došlo k velkým politickým i ekonomickým změnám, které se značnou měrou promítly také do zdravotnictví. Dle zákona č. 550/1991 Sb. došlo k zavedení systému všeobecného zdravotního pojištění a současně byla zákonem

²⁸ GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 15.

č. 551/1991 Sb. zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky.²⁹ Tyto zákony zakotvily povinnost platit příslušné pojistné placené zaměstnavateli, zaměstnanci a osobami samostatně výdělečně činnými. Vedle toho stanovily také závazek státu platit pojistné za vybrané skupiny obyvatel (např. uchazeče o zaměstnání, poživatele důchodu, ženy na mateřské dovolené). Zákonem č. 280/1992 Sb. byl umožněn výkon pojišťovací činnosti pro resortní, oborové a podnikové pojišťovny. Od roku 1992 hradily zdravotní péči zdravotní pojišťovny na základě seznamu zdravotních výkonů obsahující bodové hodnoty a stanovenou cenu bodu. V roce 1997 bylo zdravotní pojištění upraveno takovým způsobem, že zdravotnická zařízení na jedné straně a zdravotní pojišťovny na straně druhé spolu uzavírají smlouvu na konkrétní rozsah a druh péče.

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, zavedl regulační poplatky (např. 30 Kč za návštěvu u praktického lékaře, 60 Kč za každý den, ve kterém je poskytována ústavní péče) a došlo tak k novelizaci zákona č. 48/1997 Sb. Za rok 2008 přinesly regulační poplatky více než 5 miliard do zdravotnických zařízení.³⁰

Dle statistik výdaje na zdravotnictví každoročně narůstaly a děje se tak i nadále. V roce 1990 pokryly veřejné finance pouze s malým podílem spoluúčasti občanů téměř veškeré výdaje na zdravotnictví. Již o deset let později, v roce 2000, byla zaznamenána spoluúčast kolem 9,4 % a v roce 2008 se občané spolupodíleli 16 % z celkových výdajů na zdravotnictví.

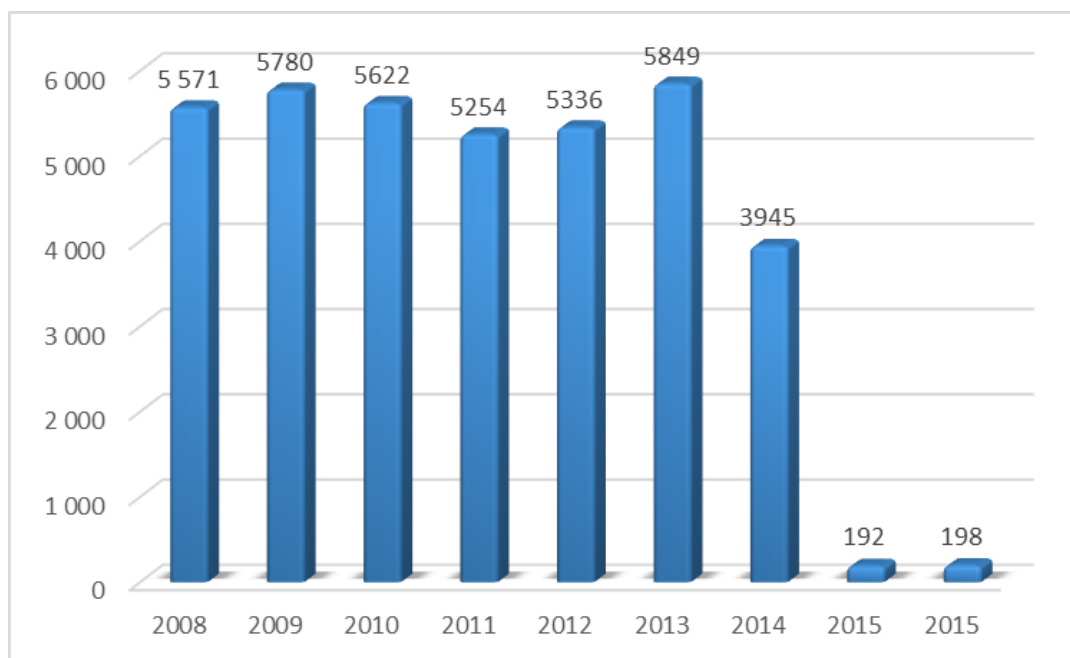
Začátkem roku 2009 byl založen Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, jehož cílem je vykonávat dozor nad pojišťovnami, zejména z finančního hlediska.

Novelou zákona č. 256/2014 Sb., která nabyla platnosti k 1. lednu 2015, byly zrušeny regulační poplatky. Zůstal pouze poplatek za pohotovostní službu ve výši 90 Kč. Regulační poplatky znamenaly velký příjem zdravotnickým zařízením, proto bylo při jejich rušení velmi diskutovanou otázkou, jakým způsobem budou zařízením tyto prostředky vynahrazeny. V následujícím grafu je znázorněno, kolik financí přinesly poplatky zdravotnickým zařízením a jak se tyto finance změnily po jejich zrušení.

²⁹ DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, s. 40.

³⁰ DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010, s. 41-42.

Graf č. 1: Výdaje pacientů na regulační poplatky (v mil. Kč)



Zdroj: Vlastní úprava dle údajů ČSÚ, Statistická ročenka ČR – 2018

Pro současný stav zdravotnictví je, na rozdíl od dob minulých, typická možnost svobodné volby lékaře i zdravotní pojišťovny. Systém zdravotní péče je založen zejména na principu dostupnosti zdravotní péče pro celé obyvatelstvo a také na principu solidarity.

5.2 Organizace zdravotnictví

Povinnost zajistit obyvatelům zdravotní péči spočívá mimo jiné i na státních orgánech, převážně na Ministerstvu zdravotnictví a orgánech krajů.

„Ministerstvo zdravotnictví řídí péči o zdraví v ČR, je tvůrcem a garantem národní zdravotní politiky a zodpovídá za její odbornou úroveň.“³¹ Jeho úkolem je také příprava zákonů a vyhlášek, vedle toho i různorodých dokumentů a programů se specifickým zaměřením. Ministr zdravotnictví zřizuje Etickou komisi Ministerstva zdravotnictví jako stálý externí poradní sbor ministra pro řešení etických problémů vyplývajících ze zdravotní péče a dalších s tím souvisejících činností.³² Vedle své hlavní činnosti Ministerstvo zdravotnictví spolupracuje také s různými mezinárodními organizacemi, přičemž mezi nejvýznamnější patří Světová zdravotnická organizace.

³¹ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 143.

³² Statut Etické komise Ministerstva zdravotnictví.

Na úrovni krajů jsou klíčovými orgány krajské úřady a krajské hygienické stanice. Jednotlivé kraje zpracovávají tzv. koncepce pro zdravotnictví jako klíčový a strategický dokument pro nadcházející období. Taková koncepce je ve většině případů stanovena na období deseti let, přičemž výhledově vytyčí, jak by mohla vypadat situace ve zdravotnictví v budoucích letech, shrnuje aktuální situaci zdravotní péče, její klady i zápory. Krajské úřady jsou orgánem zajišťujícím registraci zdravotnických zařízení a vystupují též jako zřizovatelé zdravotnické záchranné služby.³³ Vedle záchranné služby zřizují také některé nemocnice jako krajské příspěvkové organizace.

Organizační složky státu přímo řízené Ministerstvem zdravotnictví působící na území jednotlivých krajů představují krajské hygienické stanice. Krajské hygienické stanice vykonávají hlavní státní zdravotní dozor v oblasti veřejného zdraví, k tomuto výkonu jsou jim ze zákona svěřeny pravomoci vydávat rozhodnutí, povolení, osvědčení a další podobné úkony. Jejich hlavním úkolem je organizování a provádění opatření, kterými se předchází šíření a vzniku infekčních onemocnění, nařizování mimořádných opatření při epidemiích, dále mají například možnost podílet se na integrovaném záchranném systému.³⁴ Činnost krajských hygienických stanic je kontrolována a řízena Ministerstvem zdravotnictví, které rozhoduje o opravných prostředcích proti rozhodnutí hygienických stanic.

5.3 Formy financování

Způsob financování zdravotnictví se liší stát od státu, přičemž největší odlišnosti těchto forem lze spatřovat ve velikosti podílu veřejných zdrojů na celkových výdajích, v existenci či neexistenci zdravotního pojištění a také v rozdílných způsobech stanovení cen za jednotlivé výkony.³⁵

Základním dělením forem financování zdravotnictví je rozlišení na přímé a nepřímé financování.

Přímým financováním rozumíme způsob, kdy se využívá přímého placení za služby. Patří sem také spoluúčast pacienta na úhradách za jednotlivé služby a převážně spoluúčast při úhradě za léky.

³³ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 144.

³⁴ MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014, s. 12.

³⁵ PILNÝ, Jaroslav a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, 2005, s. 300-301.

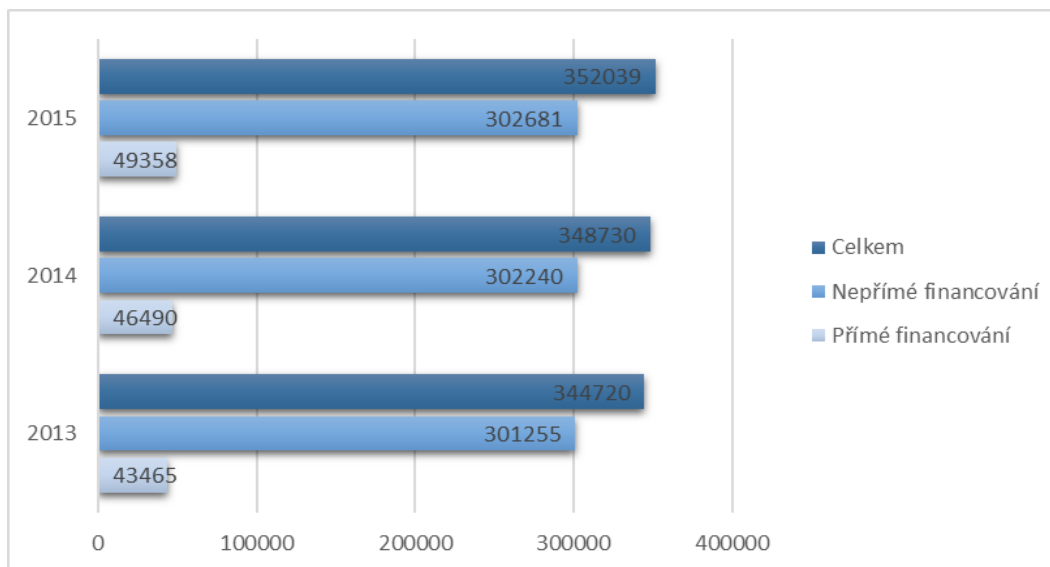
Za *nepřímé* je označováno takové financování, kdy péči platí osoba odlišná od pacienta či jeho rodinných příslušníků.

U nás existuje pět základních forem nepřímého financování, mezi které řadíme:

- Veřejné pojištění,
- Veřejné rozpočty (státní rozpočet a místní rozpočty),
- Smluvní neboli dobrovolné pojištění,
- Pojištění zaměstnanecké,
- Různé příspěvky dobročinných institucí, charity, zahraniční pomoc.

V grafu č. 2 jsou uvedeny výdaje na zdravotnictví v letech 2013-2015, přičemž zde můžeme vyčíst výdaje celkové a také jakou část z toho tvoří finance přímé a nepřímé. V roce 2013 tvořily nepřímé výdaje na zdravotnictví 87,39 % z celkových výdajů, zbylých 12,61 % pak tvořily výdaje přímé. V roce 2014 představovaly nepřímé výdaje 86,67 % a přímé výdaje 13,33 % z výdajů celkových. 85,98 % z celkových výdajů tvořily nepřímé výdaje a 14,02 % přímé výdaje v roce 2015. Z toho lze usoudit, že poměr přímých a nepřímých výdajů zůstává v průběhu let téměř stejný, avšak lze spatřovat malý nárůst podílu přímého financování.

Graf. č. 2: Výdaje na zdravotnictví v letech 2013-2015 (v mil. Kč)



Zdroj: Vlastní zpracování dle údajů ČSÚ, Výsledky zdravotnických účtů 2010-2016

5.4 Úhrady od zdravotních pojišťoven

Úhrady od zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči jsou vypláceny na základě smluv. Tyto smlouvy mezi sebou uzavírají zdravotní pojišťovny a poskytovatelé

zdravotní péče, přičemž musí být v souladu s ustanovením uvedeným v tzv. rámcové smlouvě. „*Rámcová smlouva, která představuje jakousi základní šablonu vymezující základní práva a povinnosti účastníků smluvního vztahu, jejímž předmětem je poskytování a úhrada zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních poskytovatelů zastupovaných svými zájmovými sdruženími.*“³⁶ Každá taková rámcová smlouva musí nutně obsahovat určité náležitosti stanovené zákonem³⁷, např. práva a povinnosti účastníků smlouvy, způsob provádění úhrady poskytovaných hrazených služeb, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování hrazených služeb apod. Běžný obsah těchto smluv je vymezen vyhláškou č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

V následujících podkapitolách budou popsány tři základní způsoby úhrad, kterými jsou paušální sazby, kapitační platby a výkonové platby (tzv. úhradové mechanismy).

5.4.1 Paušální sazby

Paušální sazby představují způsob financování, kdy se vychází z výdajů předcházejícího roku. Dle těchto výdajů se stanoví paušální částka (tzv. paušál), který je zdravotnickým zařízením vyplácen i v daném roce. V této částce se odráží převážně výdaje, které nejsou do jisté míry ovlivňovány počtem pacientů či provedených výkonů, ale jedná se o náklady nutné (např. náklady na elektřinu a topení).³⁸

Tento způsob financování bývá nejčastěji využíván v případě financování nemocnic, kdy je běžná jeho používání na základě systému DRG, který je rozebrán níže.

5.4.2 Kapitační platby

„*Kapitační platba spočívá v pevně určené částce za každého pojištěnce v dlouhodobé péči určitého poskytovatele zdravotní péče, kterou zdravotní pojišťovna poskytovateli pravidelně platí, a to bez ohledu, jestli je pojištěnec v daném období nemocný nebo zdravý.*“³⁹

³⁶ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a kol. *Zdravotnictví a právo*. Praha: C.H. Beck, 2016, s. 141.

³⁷ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

³⁸ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 91-93.

³⁹ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008, s. 103.

Pro tento typ úhrady je typické využití u poskytovatelů dlouhodobé zdravotní péče, zejména tedy v případě péče primární. Kapitační platba se v největší míře aplikuje u praktických lékařů. V praxi tedy lékař dostává pravidelně každý měsíc určitou částku za každého registrovaného pacienta, a to i v případě, že pacient lékaře v daném měsíci vůbec nenavštíví.

5.4.3 Výkonové platby

Výkonové platby představují úhrady na základě bodového systému. Principem tohoto systému je stanovení výše bodu za jednotlivé zdravotnické úkony a činnosti. V praxi jsou tak výkony lékařů ohodnoceny body, přičemž vyhláška stanoví hodnotu bodu dle příslušného odvětví zdravotní péče na daný kalendářní rok (např. vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení pro rok 2019). Ministerstvo zdravotnictví stanovuje seznam zdravotních výkonů s přiřazenými body, podle něhož lékaři vykazují své úkony.

5.5 Financování zdravotní péče

Pro Českou republiku je typické, že každé odvětví zdravotnictví je financování jinou formou úhrad. V následujících kapitolách budou popsány způsoby financování určitých zdravotnických zařízení, které jsou rozřazeny podle forem zdravotní péče.

5.5.1 Financování ambulantní péče

Praktičtí lékaři jsou v České republice odměňováni systémem tzv. kombinované kapitační výkonové platby. Jak je patrné z názvu, tento systém je tvořen kombinací dvou výše uvedených způsobů úhrad od zdravotních pojišťoven, a to kapitační a výkonové platby. V praxi to znamená, že „lékař uzavírá smlouvy s příslušnými zdravotními pojišťovnami v závislosti na výběru pojišťovny svými pacienty. Pravidelně každý měsíc pak příslušným pojišťovnám účtuje úhradu za poskytnutou péči ve formě dávek na médiích či přímo elektronicky pomocí e-mailu nebo mobilu.“⁴⁰ Zdravotní pojišťovny pak lékařům zasílají úhrady do určitého data, které si stanovili ve smlouvě.

Výše úhrady, kterou lékař od pojišťovny dostává, se odvíjí od počtu zaregistrovaných pacientů (fixní část úhrady) a od vykonaných úkonů (platba za úkony).

⁴⁰ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 81.

Sazbu kapitační platby a její výpočet stanovuje vyhláška vždy pro daný rok, pro rok 2019 je jí vyhláška č. 201/2018 Sb.⁴¹ Výše kapitační platby se vypočte dle počtu přepočtených pojištěnců, který se vynásobí základní kapitační sazbou. Ta je stanovena na jednoho pojištěnce příslušné pojišťovny na kalendářní měsíc. Výše základní kapitační sazby pro rok 2019 byly stanoveny následovně:

- a) 56 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství a poskytovatele v oboru praktického lékařství pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu,
- b) 50 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň 1 den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud místní podmínky vyžadují odlišné prodloužení ordinačních hodin, dohodne se prodloužení ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a poskytovatelem,
- c) 48 Kč pro poskytovatele v oboru všeobecné praktické lékařství, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a) nebo b),
- d) 50 Kč pro poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost, kteří neposkytují hrazené služby v rozsahu uvedeném v písmenu a).⁴²

Počet přepočtených pojištěnců se určuje jako součin počtu poskytovatelem registrovaných pojištěnců dané zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách dle bodů a indexů stanovených ve vyhlášce. Pokud počet přepočtených pacientů u jednoho praktického lékaře překročí průměrný počet o více než 30 %, je fixní část plateb pojišťovnou krácena. Hodnoty indexů jednotlivých věkových skupin odráží poměr nákladů na pojištěnce, tyto hodnoty jsou uvedeny v tabulce č. 5.

⁴¹ Vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.

⁴² Příloha č. 2 k vyhlášce č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení na rok 2019.

Tabulka č. 5: Věkové skupiny a indexy vyjadřující poměr nákladů na pojištěnce

Věková skupina	Index
0-4 roky	4,02
5-9 let	1,80
10-14 let	1,40
15-19 let	1,00
20-24 let	0,90
25-29 let	0,95
30-34 let	1,00
35-39 let	1,05
40-44 let	1,05
45-49 let	1,10
50-54 let	1,35
55-59 let	1,45
60-64 let	1,50
65-69 let	1,70
70-74 let	2,00
75-79 let	2,40
80-84 let	2,90
85 a více let	3,40

Zdroj: Vyhláška č. 201/2018 Sb.

Z výše uvedené tabulky lze vyčíst, že nejvyšší náklady se předpokládají u nejmladších, tedy u dětí od narození do 4 let věku. Naopak nejnižší hodnota indexu je stanovena pro pojištěnce ve věku 20-24 let.

Nastane-li situace, kdy lékař poskytuje pomoc osobám, které u něho nejsou registrovány (např. úrazy v místě mimo trvalý pobyt), pojišťovna mu i přesto zaplatí za provedené výkony. Množství takových pacientů ale pojišťovny limitují hranicemi nebo procentem takových pacientů a jejich překročení respektuje pouze, pokud se tak stane

z objektivních důvodů (např. epidemie).⁴³ Pojišťovny mají právo počet takovýchto pacientů sledovat a případně zjišťovat příčiny a dané počty regulovat.

Další skupinou spadající pod ambulantní péči jsou *ambulantní specialisté* neboli odborní lékaři. Specialisté jsou placeni za poskytnuté výkony dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, vytvořeného Ministerstvem zdravotnictví ČR. Ve vyhláškách jsou stanoveny názvy výkonů společně s označujícími čísly a příslušnou odborností lékaře, označovanou přiděleným číselným kódem. U jednotlivých výkonů je určena také kategorie (kód), pod kterou daný úkon spadá. Těmito kategoriemi jsou:

- N – nehrazen,
- P – hrazen plně,
- Q – nelze vykázat s klinickým vyšetřením,
- S – se spoluúčastí,
- W – hrazen za určitých podmínek,
- Z – hrazen po schválení revizním lékařem.⁴⁴

Dané kategorie určují způsob hrazení a případné podmínky související s vyplácením úhrady za lékařem provedené úkony.

Hodnota bodu a výše úhrad je stanovena každoročně vyhláškou (pro rok 2019 je jí vyhláška č. 201/2018 Sb.). Tyto parametry se liší dle odbornosti lékaře a daného úkonu.

Dalšími zdravotnickými subjekty v rámci ambulantní péče jsou *laboratoře* a *RTG*. „V současné době platí, že zdravotní péče poskytovaná těmito zdravotnickými zařízeními je hrazena paušální sazbou, která se stanoví jako objem úhrady za péči poskytnutou a uznanou zdravotními pojišťovnami v tzv. referenčním období, kterým je první, respektive druhé čtvrtletí roku, vynásobený indexem změny výkonnosti (IZV) zdravotnického zařízení podle příslušné pojišťovny, který zohledňuje přesuny pojištěnců mezi zdravotními pojišťovnami a výkonovým systémem.“⁴⁵ Index změny výkonnosti se vypočte jako podíl celkového počtu bodů vykázaných zdravotnickým zařízením pojišťovně a pojišťovnou uznaných za 1. pololetí daného roku a celkového počtu bodů vykázaných zdravotnickým zařízením pojišťovně a pojišťovnou uznaných za 1. pololetí roku předcházejícího. Existují

⁴³ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 82-83.

⁴⁴ Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Kategorie – Zdravotní výkony* [online]. szv.mzcr.cz, 2016 [cit. 2. února 2019]. Dostupné na < <https://szv.mzcr.cz/Ciselnik/Kategorie> >.

⁴⁵ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 82-83.

však i zařízení, pro která není možné stanovení paušální sazby, v tomto případě je péče ohodnocena body dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Paušální sazba u RTG a laboratoří ambulantní péče se vypočítá jako objem úhrady za první či druhé čtvrtletí daného roku vynásobený IZV.

Zvláštní skupinu tvoří *stomatologové*, pro něž je stanoven samostatný sazebník oceňování, který si v roce 1997 prosadila Česká stomatologická komora. Stomatologové jsou placeni, stejně jako lékaři specialisté, za jednotlivé výkony. Na rozdíl od specialistů zde neplatí ohodnocení v bodech, ale využívá se ohodnocení úkonů přímo v korunách. „Kromě toho sazebník obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny přímo pacientem, popřípadě výrobků, na které pacient přispívá částečně.“⁴⁶ Může tedy dojít k několika situacím, kdy je některý zákrok v celém rozsahu hrazen pojišťovnou, nebo si pacient určitou částí přispívá v hotovosti ihned u stomatologa, anebo je celý zákrok hrazen pouze pacientem.

S financováním stomatologické péče bývá v literatuře často spojován problém odměňování zubních laboratoří poskytujících tzv. protetické práce. Tyto laboratoře jsou součástí stomatologické péče a se zubními lékaři spolupracují ve velké míře. Problém je spatřován v tom, že zubní laboratoře ve většině případů fakturují své úkony zubním lékařům při stanovení doby splatnosti, která obvykle nepřesahuje 10 dnů. Avšak stomatolog dostává úhrady od pojišťoven ve lhůtě 30-90 dnů. Dochází tedy k situacím, kdy zubní lékař musí uhradit laboratoři požadovanou platbu dříve, než mu jsou vyplaceny úhrady od zdravotních pojišťoven.

5.5.2 Financování akutní lůžkové péče

Hlavní subjekty akutní lůžkové péče představují nemocnice. V České republice jsou nejčastěji děleny dle zřizovatele. Zřizovatelem nemocnic může být stát (nemocnice zřizované na úrovni ministerstev), kraje, města a obce či jiné právnické osoby. Dříve byly nemocnice financovány více způsoby, které byly kombinovány, tím byla platba za výkon, platba z rozpočtu (paušál) a systém DRG. Dnes jsou nemocnice v České republice financovány na principu systému DRG, od kterého se odvíjí také paušální částka pro jednotlivé nemocnice.

⁴⁶ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 87.

Název systému DRG vychází z anglického slova „*diagnosis-related group*“, přičemž v Česku se běžně užívá ve zkrácené podobě nebo je označován jako klasifikační systém DRG. „Způsob úhrady systémem DRG vychází z předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta s podobnými diagnózami, a tudíž i lékařskými a zdravotnickými nároky na léčbu, operaci či lékařské ošetření a terapii.“⁴⁷ Na základě toho je v literatuře často nazýván také jako systém představující platbu za případ hospitalizace definovaný diagnostickými skupinami.

Vznik systému se připisuje USA, odkud se postupně začal prosazovat a využívat ve velké části evropských zemí. Začleňování klasifikačního systému DRG probíhalo v České republice v několika fázích. První fáze, nazvaná jako *Pilotní projekt DRG – I. fáze*, byla realizována od roku 1997 a účastnily se jí 3 fakultní nemocnice a 16 nemocnic menšího rozsahu. Tato fáze ukázala příznivé ohlasy na tento systém financování, a proto byl v roce 2000 spuštěn *Pilotní projekt DRG – II. fáze*, do kterého se zapojilo okolo 60 nemocnic a jeho hlavním úkolem bylo získat informace o zpětných vazbách, které měly dopomoci k vytvoření kvalitního systému a vytvořit pravidla pro správné kódování.⁴⁸ Systém DRG se tak postupně zaváděl a testoval ve větším počtu nemocnic a v současnosti tvoří primární způsob financování akutní lůžkové péče. V roce 2003 vybralo Ministerstvo zdravotnictví ČR verzi IR-DRG („*International Refined DRG*“) a správa tohoto systému ležela v rukou Národního referenčního centra. To se změnilo roku 2015, od kdy DRG spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS ČR) a došlo také k vyvíjení nové verze CZ-DRG v rámci projektu DRG Restart, přičemž tento proces vývoje a zavádění trvá dodnes.

Jak již bylo zmíněno výše, systém DRG funguje na principu zařazení jednotlivých diagnóz pacientů do klasifikačních skupin (tzv. případy hospitalizace), pro které je typická společná léčebná metoda i podobná výše nákladů. Nejdříve dochází k zařazení případu hospitalizace dle hlavní diagnózy, tzv. MDC („*Major Diagnostic Category*“), které je kódováno dvěma číselnými znaky v rozmezí 00-99. Systém CZ-DRG obsahuje 26 základních skupin a dvě skupiny speciální (MDC 88 – Výkon nesouvisející s hlavní diagnózou, MDC 99 – Chybné DRG).⁴⁹ MDC představuje úroveň, která vznikla na základě

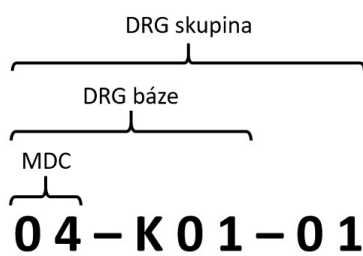
⁴⁷ ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, s. 95.

⁴⁸ GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 124.

⁴⁹ DRG klasifikace. Úvod – DR Restart. *Definiční listy s průvodcem* [online]. drg.uzis.cz [cit. 27. února 2019]. Dostupné na < <https://drg.uzis.cz/klasifikace-pripadu/web/definicni-manual/mdc/> >.

podobnosti případů, co se týká orgánové soustavy daných onemocnění. Každá taková MDC skupina obsahuje ještě minimálně jednu DRG kategorii, ta označuje, co je léčeno v rámci dané soustavy a odpovídá klinicky definovanému stavu. Další podkategorii představuje DRG báze označující způsob léčeni daného klinického stavu. Pro ostatní specifika léčby a jejich určení slouží tzv. DRG skupina. V případě DRG skupiny dochází ke zohlednění věku pacienta, poskytnuté péči apod.⁵⁰ Všechny zmíněné kategorie se následně odráží ve struktuře kódu DRG, viz obrázek č. 1.

Obrázek č. 1: Struktura kódu v systému CZ-DRG užívaného v České republice



Zdroj: ÚZIS ČR

Dokument, shrnující a vysvětlující postup třídění případů dle určitých parametrů případu, se nazývá definiční manuál. Na základě pravidel stanovených definičním manuálem zpracovává údaje o hospitalizacích počítačový program, tzv. „*groupier*“, jehož výstupem je kód DRG určující daný případ hospitalizace.

Dnes se využívá systém DRG formou paušálu. To znamená, že nemocnice vykazují vykonanou práci dle klasifikačních skupin a postupů uvedených výše, ale finance jsou jim vypláceny ve formě paušálu, kdy výše paušální sazby se odvíjí od výkonů, které daná nemocnice provedla před dvěma lety. Výše paušálních plateb pro rok 2019 se odvíjí od výstupů ze systému DRG v roce 2017. Zdravotní pojišťovny zasílají nemocnicím tento paušál formou měsíčních částek určených dle předem stanoveného přepočtu.⁵¹

Systém DRG má vedle financování i jiná využití. Informace získané z tohoto systému se běžně využívají k vytváření různých statistik týkajících se převážně

⁵⁰ PAVLÍK, Tomáš. *Klasifikační systém hospitalizačních případů CZ-DRG verze 1.0* [online]. uzis.cz, 2017 [cit. 15. února 2019]. Dostupné na < https://www.uzis.cz/akce/Klasifikon_2017/tomas-pavlik-klasifikacni-system-hospitalizacnich-pripadu-cz-drg-verze-10 > .

⁵¹ Vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot body, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.

hospitalizace. Nejčastěji se zkoumá například struktura hospitalizovaných dle MDC, tedy dle diagnostických kategorií, a věkových skupin.

5.5.3 Financování lékárenství

Forma úhrady za léky je založena na třech typech, a to výdej léků zcela zdarma, s doplatkem či s přímou platbou v hotovosti. S tím je také spojeno klasické rozdělení léků, které jsou vydávány buďto na předpis, nebo jsou volně prodejné bez předpisu.

Zdarma jsou zpravidla poskytovány léky či zdravotní pomůcky na předpis lékaře, jelikož platba za ně je součástí zdravotního pojištění, což platí u léků, které jsou značeny jako plně kryty zdravotním pojištěním. Úhrady za léky jsou lékárnám placeny přímo zdravotními pojišťovnami.

Pokud jsou léky kryty ze zdravotního pojištění pouze částečně, je nutné, aby pacient zbývající část uhradil v hotovosti přímo v lékárně. Výše úhrady je pro pacienta ve všech lékárnách totožná, ale může se měnit v závislosti na zdravotní pojišťovně, jelikož ty mohou poskytovat například různá zvýhodnění. Doplatek hrazený přímo pacientem však může být v každé lékárně zcela odlišný, poněvadž ve většině případů lékárny vystupují jako soukromé ekonomické subjekty. Ceny tak může ovlivňovat například konkurence v dané oblasti.

Co se týká léků vydávaných na předpis či léků bez příspěvku zdravotních pojišťoven, zde musí pacient platit přímo v lékárně plnou výši stanovené ceny za jednotlivé produkty.

5.6 Dotace ve zdravotnictví

I přesto, že se na financování zdravotnictví podílí velkou měrou několik aktivních subjektů, tyto prostředky nejsou často dostačující, a proto se některé úseky zdravotnictví dotují. V této kapitole, na základě informací dostupných na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví ČR, bude stručně shrnuta charakteristiku a základní body dotací vypsanych ministerstvem na rok 2019.

Dotací programy jsou každoročně vyhlašovány Ministerstvem zdravotnictví, které tímto způsobem poskytuje na žádost a při splnění určitých předem stanovených podmínek finanční prostředky ze státního rozpočtu pro jednotlivé organizace. Pro rok 2019 bylo stanoveno sedm druhů dotačních programů, konkrétně se jedná o:

- Program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením,
- Rozvojové projekty zdravotní péče,

- Protidrogová politika,
- Program grantové podpory,
- Péče o děti a dorost,
- Prevence kriminality,
- Bezpečnost a kvalita zdravotní péče.⁵²

Program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením naplňuje cíle „Národního plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020“, který byl schválen usnesením vlády ČR. Jako hlavní priorita programu je stanovena podpora vzniku různých dobrovolnických center, podpora zlepšení podmínek využitelnosti zdravotní péče pro osoby se zdravotním postižením, dále podpora vytváření informačních materiálů týkajících se zdravotního postižení adresované jak široké veřejnosti, tak lékařům. Součástí tohoto programu je také podprogram „Mobilita“ s cílem přispět městům a obcím na vybudování komplexních bezbariérových tras.

Dotační program s názvem Rozvojové projekty zdravotní péče je založen na dokumentu Světové zdravotnické organizace „Zdraví 2020“. Jeho hlavním cílem je dosáhnout zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva České republiky a snížit výskyt nemocí a předčasných úmrtí v případech, kdy lze těmto situacím předcházet.

Zdravotnickým službám poskytujícím služby osobám s návykovým chováním je určen program dotací Protidrogová politika, jenž se zaměřuje na snižování sociálních, zdravotních i jiných škod a rizik, které mohou při návykovém chování negativně ovlivnit jednotlivce i celou společnost. Státní rozpočet⁵³ vyhrazuje tomuto plánu více než 30 milionů Kč.

Program grantové podpory cílí převážně na ústavy, spolky rodičů a přátel zdravotně postižených dětí a spolky přátel dospělých zdravotně postižených osob s účelem podpory projektů se zaměřením na vzácná onemocnění, tělesná i mentální postižení, rehabilitační a edukační pobyty, různorodé kurzy a výcviky pro zdravotně postižené.

Pomoci změnit chování a životní styl u dětí a mládeže se snaží dotační program Péče o děti a dorost, jehož hlavní zaměření pro rok 2019 spočívá v podpoře supervizní činnosti zdravotnických pracovníků působících a poskytujících péči dětem v dětských

⁵² Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Oddělení dotačních programů* [online]. mzcrcz.cz [cit. 16. února 2019]. Dostupné na < http://www.mzcrcz.cz/obsah/oddeleni-dotacnich-programu_3930_1.html >.

⁵³ Zákon č. 336/2018, o státním rozpočtu České republiky na rok 2019.

domovech, pro něž je typická velká psychická zátěž. Primárním cílem je také vytvoření projektů sloužících k seznámení dětí s postupy při poskytování první pomoci.

Dotačním programem splňující kritéria strategického dokumentu „*Akční plán prevence kriminality na léta 2016 až 2020*“ je Prevence kriminality soustředující se na děti a digitální média. Základním účelem je seznámit děti s jejich aktivitou v kyberprostroru a pokusit se zabránit možné kyberšikaně. Zákon o státním rozpočtu⁵⁴ na rok 2019 poskytuje prevenci kriminality 305 tisíc Kč.

Posledním takovým programem stanoveným na letošní rok je Bezpečnost a kvalita zdravotní péče. V tomto případě se ministerstvo snaží podpořit prohlubování znalostí interních auditů, které je poskytovatel zdravotních služeb povinen zavést. Vedle toho se zde projevuje snaha přimět poskytovatele lůžkové a ambulantní péče, aby byl kladen větší důraz na podporu zdraví i prevence nemoci a aby se poskytovatelé nezaměřovali pouze na diagnostické služby.

⁵⁴ Zákon č. 336/2018, o státním rozpočtu České republiky na rok 2019.

6 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY A JEJICH POSTAVENÍ

Jedinými subjekty oprávněnými poskytovat veřejné zdravotní pojištění na území České republiky jsou zdravotní pojišťovny. Jako první byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), a to zákonem č. 551/1991 Sb.⁵⁵ s účinností od 1. ledna 1992, kdy se jejími pojištěnci staly veškeré osoby mající trvalý pobyt na území republiky. Později stejného roku byl přijat zákon č. 280/1992 Sb.⁵⁶, kterým byly zřízeny další zdravotní pojišťovny označeny jako resortní, oborové, podnikové a další. Všeobecná zdravotní pojišťovna je tak jako jediná přímo zřízena zákonem, přičemž jejím zřizovatelem je stát. Naopak ostatní zdravotní pojišťovny nejsou přímo zřízeny zákonem. Zákon pouze dává možnost vzniku ostatních zaměstnaneckých pojišťoven, kdy jako zřizovatelé vystupují soukromé subjekty či ministerstva.

Postupné zřízení více druhů pojišťoven dalo možnost obyvatelům změnit zdravotní pojišťovnu. Taková příležitost byla nejprve dána jen některým pojištěncům, např. zaměstnancům podniku, pro který byla daná pojišťovna zřízena. Změna nastala přijetím zákona č. 48/1997 Sb., jelikož pojišťovny byly od této chvíle povinny přijímat kterékoli pojištěnce a vznikla tak možnost svobodné volby zdravotní pojišťovny. Postupně tak docházelo ke stírání rozdílů mezi VZP a pojišťovnami ostatními.⁵⁷

V současné době na území České republiky působí sedm zdravotních pojišťoven, přičemž každá z nich má přidělený specifický kód. Těmito pojišťovnami jsou:

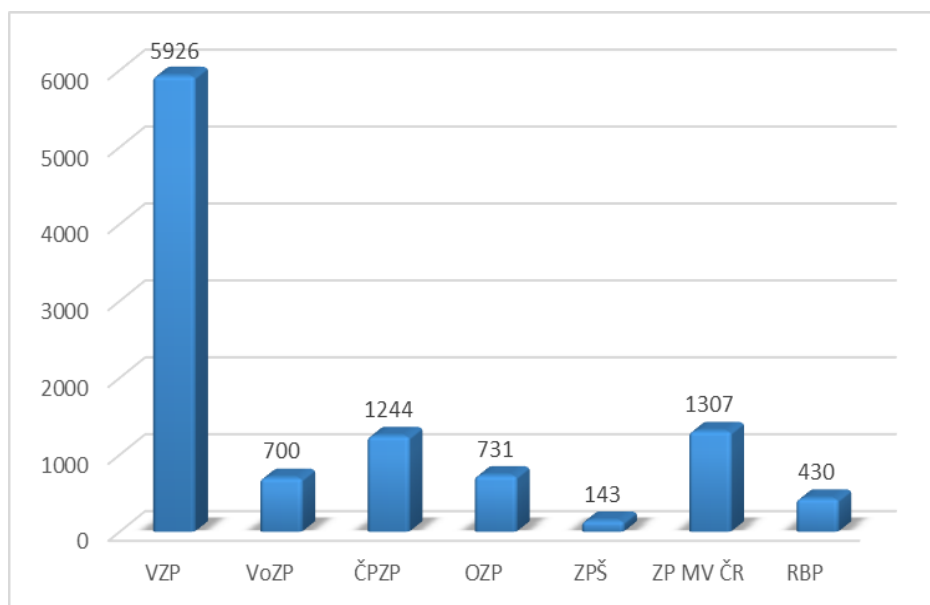
- Všeobecná zdravotní pojišťovna (111),
- Vojenská zdravotní pojišťovna (201),
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205),
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (207),
- Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209),
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211),
- Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (213).

⁵⁵ Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

⁵⁶ Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

⁵⁷ MACH, Jan. *Medicína a právo*. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 233-234.

Graf č. 3: Počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven k roku 2018 (v tisících)



Zdroj: Vlastní zpracování dle údajů Ministerstva zdravotnictví

Z grafu uvedeného výše lze vyčíst, že nejsilnější postavení, co se týká počtu pojištěnců, má stále Všeobecná zdravotní pojišťovna, u níž bylo k roku 2018 pojištěno 56,54 % ze všech pojištěnců. Velký počet pojištěnců však není jediným znakem, který odlišuje VZP od ostatních pojišťoven. Zvláštní postavení Všeobecné zdravotní pojišťovny je stanoveno už zákonem, kdy na rozdíl od zaměstnaneckých pojišťoven ukládá zákon VZP vykonávat činnosti sloužící celému systému veřejného zdravotního pojištění. Mezi tyto činnosti se řadí např. vydávání tiskopisů pro plátce pojistného, či vedení centrálního registru pojištěnců. Vedle toho má Všeobecná zdravotní pojišťovna také postavení správce zvláštního účtu pro přerozdělování.⁵⁸ I přesto, že má VZP velmi významné a majoritní postavení, je existence pluralitního systému zdravotních pojišťoven důležitá, jelikož umožňuje vzájemnou konkurenci zdravotních pojišťoven umožňující rozvoj a zvyšování kvality služeb. Což působí jako pozitivní faktor jak pro jednotlivé pojištěnce, tak také pro poskytovatele.

Zdravotní pojišťovny jsou jedny ze subjektů zajišťující formu nepřímého financování zdravotních služeb v České republice. Tyto služby jsou tedy hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a nesou největší podíl na financování zdravotnictví u nás.

Vedle výše zmíněných činností je u systému veřejného zdravotního pojištění podstatná činnost revizní, vykonávána revizními lékaři a dalšími odbornými pracovníky.

⁵⁸ SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a kol. *Zdravotnictví a právo*. Praha: C. H. Beck, 2016, s. 169-170.

Osoby pověřené touto kontrolou ji vykonávají na základě pracovněprávního vztahu k pojišťovně. Revizní činnost by měla být vykonávána v oboru, ve kterém daný revizní lékař získal specializaci. „Revizní lékaři zdravotních pojišťoven jsou oprávněni posuzovat odůvodněnost léčebného procesu a předepisování léčebných přípravků, prostředků zdravotnické techniky a potřebu lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče.“⁵⁹ Osoby provádějící revizní činnost mají právo za účelem místního šetření vstupovat do zdravotnických zařízení i nahlížet do zdravotnické dokumentace. Jejich jednání však nesmí narušit a ovlivnit prováděný zdravotnický výkon a taktéž se nesmí jednat o kontrolu zdravotnického zařízení, jehož je revizní lékař zaměstnancem, vlastníkem, spoluvlastníkem či poskytovatelem nebo k němuž má jiný vztah, který by mohl vést k pochybnostem o nepodjatosti. Zákon o veřejném zdravotním pojištění⁶⁰ stanovuje, že v případě, kdy revizní lékař či jiný odborný pracovník při kontrolní činnosti prokáže, že došlo k neoprávněnému či nesprávnému vyúčtování hrazených služeb, pojišťovna tyto služby neuhradí.

Dohled nad fungováním zdravotních pojišťoven je nyní v rukou Ministerstva zdravotnictví ČR a Ministerstva financí ČR. Ministerstvo financí vykonává Ministerstvu zdravotnictví součinnost u dohledu nad zdravotními pojišťovnami ve smyslu veřejnosprávní kontroly dle zákona o finanční kontrole⁶¹. Hlavní dohledová činnost spočívá na Ministerstvu zdravotnictví, kde je pro tuto činnost zřízen zvláštní odbor dohledu nad zdravotními pojišťovnami. Předmětem takových kontrol je nejčastěji hospodaření pojišťoven a funkce jejich účetnictví, základní činnost při výkonu poskytování zdravotního pojištění a mimo jiné i účtování úhrad za poskytnutou zdravotní péči.

V minulosti se v České republice objevil návrh zákona na zřízení Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, který však nebyl schválen. Hlavní myšlenkou tohoto návrhu zákona bylo zřízení samostatného a nezávislého úřadu, který by nebyl podřízen žádnému z ministerstev a nesl by postavení ústředního správního orgánu ve smyslu kompetenčního zákona⁶². Zákonodárci přišli s touto myšlenkou převážně z toho důvodu, že dnešní způsob dohledu nad fungováním zdravotních pojišťoven považují za neucelený a nedostatečný.

⁵⁹ MACH, Jan. *Medicína a právo*. Praha: C. H. Beck, 2006, s. 237.

⁶⁰ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

⁶¹ Zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁶² Zákon č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Inspirací pro vytvoření návrhu zákona byl mimo jiné fakt, že podobné orgány jsou v dnešní době běžně ustavovány v zemích Evropy, jako je například Belgie, Rakousko, Německo, Švýcarsko či sousední Slovensko.

7 HODNOCENÍ KVALITY A BEZPEČÍ ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Tato kapitola pojednává o hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. I přesto, že se může zdát, že daná kapitola s tématem práce příliš nesouvisí, existuje zde jisté propojení, jelikož právě díky tomuto hodnocení lze předcházet možným finančním rizikům ve zdravotnictví.

Níže v kapitole bude popsáno hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb ve formě, v jaké jej Česká republika užívá. Závěr kapitoly se bude věnovat využití těchto kontrol k předcházení rizikům, ke kterým může ve zdravotnictví dojít.

Právní úpravu hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb nalezneme jak na vnitrostátní, tak i mezinárodní úrovni. První zmínka o systému hodnocení kvality zdravotní péče se váže k roku 1997, kdy Rada Evropy dala doporučení k zavedení takového systému. „Požadavky na zajištění kvality a bezpečí při poskytování zdravotních služeb velmi detailně formulovala Rada EU v Doporučení Rady o bezpečnosti pacientů včetně prevence a kontroly infekcí spojených se zdravotní péčí – 2009/C 151/01 a naposledy dne 15. 11. 2012 Evropská komise ve Zprávě o provádění Doporučení Rady.“⁶³ Na mezinárodní úrovni se problematikou hodnocení kvality ve zdravotnictví zabývá Mezinárodní společnost pro kvalitu ve zdravotnictví (ISQuA). V České republice není kvalita a bezpečí zdravotních služeb upravena jednotně, nýbrž je obsažena ve více zákonech a jednotlivých vyhláškách. Konkrétně se jedná o zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování a jeho prováděcí vyhlášku č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče. Posuzování lékařské péče z pohledu kvality a bezpečí upravuje zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů a taktéž vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávající léčivé přípravky.

Kontrola a hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb u nás probíhá formou hodnocení externího a interního. Interní hodnocení stanovuje zákon⁶⁴ pro poskytovatele zdravotních služeb jako povinné, přičemž Ministerstvo zdravotnictví určuje minimální

⁶³ ŽDÁRA, Jaroslav. *Management ve zdravotnictví I*. Brno: Univerzita obrany v Brně, 2018, s. 69.

⁶⁴ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

požadavky pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, které představují spektrum požadavků hodnocení. Dané požadavky obsahují několik standardů rozdělených do tří kategorií dle poskytovatele péče, a to na poskytovatele lůžkové a jednodenní péče, ambulantní péče a zdravotnické záchranné služby. Takovými kritérii jsou například prevence pádů, řešení neodkladných stavů, dodržování práv pacientů a osob pacientům blízkých či technická kontrola pomůcek k řešení neodkladných stavů. Externí hodnocení je dobrovolné a používanou metodou je audit. „Audit (z lat. *auditus*, slyšení) znamená úřední přezkoumání a zhodnocení dokumentů, zejména účtů, nezávislou osobou. Účelem je zjistit, zda doklady podávají platné a spolehlivé informace o skutečnosti a obvykle také zhodnotit kvalitu vnitřní kontroly firmy.“⁶⁵ Osoba provádějící audit se nazývá auditor a může být auditorem externím, v případě, když si nezaujatou osobu nebo organizaci zdravotnické zařízení najme, nebo auditorem interním, kdy audit provádí pracovník daného zařízení či jeho organizace. „Všeobecně se audity ve zdravotnických zařízeních provádí dle tohoto schématu: pohovor se zaměstnanci, pohovor s pacienty, prohlídka pracovišť zdravotnického zařízení, kontrola dokumentace, sledování pracovních postupů.“⁶⁶ Účelem takových auditů je převážně zhodnocení fungování jednotlivých procesů, pracovníků, operativních činností a systémů. Z vykonaného auditu vytvoří auditor, případně auditní tým, písemnou zprávu z provedeného auditu obsahující jednotlivá zjištění, která se klasifikují jako neshoda, částečná neshoda či doporučení.

Zajištění kvalitních a bezpečných zdravotních služeb představuje důležitou složku, jelikož je potřeba vytvořit a udržet pro pacienty odbornou péči vysoké kvality, ale také dodržet určité ekonomické stránky bez plýtvání zdroji. Z tohoto důvodu je nezbytná kontrola tohoto úseku a vedle toho také prevence. Mezi preventivní metody se řadí standardizace, licence a registrace ve zdravotnictví a akreditace zdravotnických zařízení. Zavedení určitých standardů musí ve sféře zdravotnictví splňovat konkrétní specifika navázaná na druh a charakter jednotlivých služeb. Ty se dělí na provozní standardy (např. personální zajištění, používání odpovídajících technologií), procesní standardy (např. doporučené postupy správné klinické praxe, postupy léčby jednotlivých chorob) a standardy výsledku péče (stanovují žádoucí a dosažitelné výsledky jednotlivých druhů

⁶⁵ ŽDÁRA, Jaroslav. *Management ve zdravotnictví I.: učební text pro vysokoškolskou výuku*. Brno: Univerzita obrany v Brně, 2018, s. 73-74.

⁶⁶ ŽDÁRA, Jaroslav. *Management ve zdravotnictví I.: učební text pro vysokoškolskou výuku*. Brno: Univerzita obrany v Brně, 2018, s. 75.

péče, např. akceptovatelné procento komplikací při invazivním výkonu). Licence a registrace garantují splnění základních podmínek a zákonem stanovených předpokladů pro poskytování péče a služeb ve zdravotnictví. Udělení licencí v České republice se uplatňuje především u soukromých lékařských a jiných praxí a také u lůžkových zdravotnických zařízení. Oprávnění vydávat takový druh licence náleží České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře.⁶⁷ Posledním způsobem hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb a zároveň prevence je akreditace zdravotnických zařízení. „Akreditace je formou externího hodnocení kvality ve zdravotnictví, jejímž principem je posuzování shody procesů probíhajících ve zdravotnickém zařízení s akreditačními standardy s cílem zajistit kontinuální zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče.“⁶⁸ Akreditační standardy tak stanovují a charakterizují požadavky v různých okruzích, které musí daná zařízení splňovat (např. odpovědnost poskytovatele za kvalitu péče, respektování práv klienta). Na národní úrovni se takovou akreditací zabývá Spojená akreditační komise České republiky (SAK ČR).

Jak již bylo uvedeno v úvodu kapitoly, jedním z úkolů hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je také předcházení možným rizikům. V oblasti financování zdravotnictví může nastat několik finančních rizik, přičemž nejzávažnější riziko je spojeno s financováním nemocnic formou DRG. Často dochází k případům, kdy pojišťovny prostřednictvím své revizní činnosti odhalí nesprávné vykázání výkonů a jejich zařazení do skupiny DRG. K těmto revizím však běžně dochází zpětně, kdy při nalezení chybného vykazování dojde k udělení sankcí v podobě snížení úhrad za hospitalizační případy. Nemocnicím je pak zasláno o poznání méně financí, než se kterými původně počítaly a musí tak finanční prostředky shánět jinde, často formou dotací.⁶⁹ Právě z tohoto důvodu dnes nezřídka dochází ke kontrole správnosti vykazování úkonů nemocnic systémem DRG v rámci výše zmíněných auditních činností.

⁶⁷ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 173-178.

⁶⁸ Spojená akreditační komise, o.p.s. *Akreditace zdravotnických zařízení v ČR* [online]. sakcr.cz [cit. 23. února 2019]. Dostupné na <<http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/>>.

⁶⁹ ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 2017, s. 182-185.

ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci s názvem *Problematika financování zdravotnictví* jsem shrnula styčné body financování zdravotnictví typické pro Českou republiku, což bylo hlavním cílem této práce.

Aby byla práce ucelená, věnovala jsem první část vysvětlení základních pojmů, výčtu důležitých právních předpisů i dělení zdravotné péče u nás. To představuje významné body, bez kterých by nebylo možné správně pochopit systém úhrad za zdravotní péči v České republice.

Problematika financování zdravotnictví představuje složitý systém lišící se stát od státu, ve kterém navíc dochází k velmi častým změnám. V případě České republiky tomu nebylo jinak a v průběhu historie se hledaly vhodné způsoby financování zdravotnictví, přičemž tento proces probíhá v podstatě dodnes, kdy se odborníci snaží nalézt nejlepší možná řešení, jež by vyhovovala jak zdravotním pojišťovnám, tak jednotlivým poskytovatelům zdravotní péče.

Typickým úhradovým mechanismem je u nás nepřímé financování tvořící bezmála 90 % ze všech financí vynaložených na zdravotnictví. Největší podíl přitom tvoří prostředky veřejného zdravotního pojištění. Způsob úhrad se liší dle forem zdravotní péče. Záleží tedy na tom, zda se jedná o ambulantní péči, lůžkovou péči nebo oblast lékárenství. Každá z těchto forem je přitom financována zcela jinými způsoby a systémy. Pro ambulantní péči je nastaven systém tzv. kombinované kapitační platby, hodnocení dle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, paušálu i ohodnocení úkonu v korunách. V tomto případě způsob úhrad závisí na tom, zda se jedná například o praktické lékaře či stomatology. Dnes je často diskutovaným tématem financování akutní lůžkové péče, tedy nemocnic, kde momentálně dochází k hledání ideálního způsobu financování s využitím systému DRG. V roce 2015 se Česká republika rozhodla vytvořit systém CZ-DRG, který byl zhotoven a je stále zdokonalován a zkoušen přímo pro potřeby českého zdravotnictví. U nemocnic se jedná o poměrně složitý systém financování, kdy hlavním ukazatelem je podobná diagnóza společně se srovnatelnými náklady na léčbu podobných případů. Poskytovatelé lůžkové péče tak vykazují provedené výkony pomocí kódu obsahující jednotlivá zařazení diagnóz do několika předem určených skupin. K tomu jim napomáhá počítačový program zvaný „*grouper*“. Zdravotní pojišťovny zasílají úhrady nemocnicím formou paušálu, který vychází z výsledků DRG zjištěných dva roky zpětně.

Nejjasnější způsob úhrad je pak v oblasti lékárenských služeb. Zde je stanoveno jasné vymezení léků buďto zcela zdarma, s doplatkem, nebo s přímou platbou v hotovosti. Toto rozdělení vyznačuje, jakou měrou se na úhradě léčiv podílí pojištěnec a jakou měrou zdravotní pojišťovny.

Jelikož finanční prostředky nejsou vždy dostačující, je potřeba určité části dotovat. Tím se zabývá Ministerstvo zdravotnictví ČR, vytvářející dotační programy pro každý kalendářní rok, a to vždy se zaměřením na potřebné oblasti v okruhu zdravotnictví a převážně prevence. V rámci státního rozpočtu je pak stanoveno, kolik prostředků je pro jednotlivý program vyhrazeno. Pro letošní rok ministerstvo vytvořilo sedm dotačních programů, mezi kterými je např. Program vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, či Protidrogová politika.

Důležitou částí této práce je také vymezení zdravotních pojišťoven působících na poli České republiky, přičemž hlavní postavení již od svého vzniku nese Veřejná zdravotní pojišťovna. Ta má mimo jiné prvenství jako pojišťovna s největším počtem pojištěnců, jelikož je u ní pojištěno více než 55 % všech pojištěnců u nás. Mezi podstatné činnosti zdravotních pojišťoven se řadí například revizní činnost, kdy dochází ke kontrole volby léčebných postupů, předepisování zdravotních prostředků. Tato činnost je vykonávána revizními lékaři a odbornými pracovníky, jakožto zaměstnanci dané zdravotní pojišťovny. Nad fungováním pojišťoven dohlíží Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.

Poslední kapitola popisuje hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb. Tato kontrola je u nás založena na existenci interního a externího hodnocení. Interní hodnocení představuje hodnocení povinné, kdy zdravotnické zařízení musí splňovat kritéria daná Ministerstvem zdravotnictví ČR. Externí hodnocení není povinnou součástí, nýbrž dobrovolnou a uskutečňující se pomocí auditů. Cílem hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb je zajištění co nejvyšší kvality zdravotní péče a také předcházení možným rizikům, mimo jiné těm finančním. Finanční rizika mohou být spojena s chybným zařazením diagnózy do systému DRG, což může způsobit snížení vyplácené částky nemocnicím od zdravotních pojišťoven. Z tohoto důvodu je pro nemocnice důležité tuto oblast kontrolovat např. prostřednictvím auditů.

Ve své práci jsem se snažila co nejlépe popsat a vystihnout základní principy a formy financování zdravotnictví, které se může mnoha lidem zdát velmi složitým a kombinovaným systémem.

POUŽITÁ LITERATURA

BIBLIOGRAFIE:

ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální péče 2.díl: učebnice pro obor sociální činnosti*. Praha: Grada, 2016. 320 s.

BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 224 s.

ČELEDOVÁ, Libuše, HOLČÍK, Jan. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Univerzita Karlova, Nakladatelství Karolinum, 2007. 204 s.

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální a posudkové lékařství*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Karolinum, 2015. 160 s.

DAŇKOVÁ, Šárka. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989: vydáno k 50. výročí ÚZIS ČR*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2010. 52 s.

GLADKIJ, Ivan a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. 380 s.

GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s.

GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 111 s.

JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. 294 s.

MACH, Jan. *Medicína a právo*. C.H. Beck: 2006. 257 s.

MACH, Jan a kol. *Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Zákon o specifických zdravotních službách. Praktický komentář*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2018. 784 s.

MÜLLEROVÁ, Dana a kol. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum, 2014. 256 s.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada, 2008. 240 s.

PEKOVÁ, Jitka a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, a.s., 2005. 556 s.

PILNÝ, Jaroslav a kol. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2. vydání. Praha: ASPI, 2005. 712 s.

SVEJKOVSKÝ, Jaroslav a kol. *Zdravotnictví a právo*. Praha: C.H. Beck, 2016. 456 s.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. Praha: Grada, 2017. 288 s.

ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. 2. vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. 249 s.

ŽDÁRA, Jaroslav. *Management ve zdravotnictví I.: učební text pro vysokoškolskou výuku*. Brno: Univerzita obrany v Brně, 2018. 103 s.

PRÁVNÍ PŘEDPISY

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

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

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 320/2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon České národní rady č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon České národní rady č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České socialistické republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon České národní rady č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.

Zákon České národní rady č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 336/2018 Sb., o státním rozpočtu České republiky na rok 2019.

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Usnesení č. 2/1998 Sb., usnesení předsednictva České národní rady o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.

Vyhláška č. 201/2018 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2019.

Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče.

Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékařské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky.

Vyhláška č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy.

Vyhláška č. 189/1949 Sb., zřízení a Ústavě Světové zdravotnické organizace a o Protokolu o Mezinárodním úřadu zdravotnictví, přijatých dne 22. června 1946 na mezinárodní zdravotnické konferenci v New Yorku.

Nález Pl. ÚS 35/95 ze dne 10. července 1996.

Statut Etické komise Ministerstva zdravotnictví.

INTERNETOVÉ ZDROJE

DRG klasifikace. Úvod – DR Restart. *Definiční listy s průvodcem* [online]. drg.uzis.cz [cit. 27. února 2019]. Dostupné na < <https://drg.uzis.cz/klasifikace-pripadu/web/definicni-manual/mdc/> >.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Druhy zdravotní péče* [online]. mzcr.cz, 31. 10. 2012 [cit. 20. ledna 2019]. Dostupné na < https://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html >.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Kategorie – Zdravotní výkony* [online]. szv.mzcr.cz, 2016 [cit. 2. února 2019]. Dostupné na < <https://szv.mzcr.cz/Ciselnik/Kategorie> >.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Oddělení dotačních programů* [online]. mzcr.cz [cit. 16. února 2019]. Dostupné na < http://www.mzcr.cz/obsah/oddeleni-dotacnich-programu_3930_1.html >.

PAVLÍK, Tomáš. *Klasifikační systém hospitalizačních případů CZ-DRG verze 1.0* [online]. uzis.cz, 2017 [cit. 15. února 2019]. Dostupné na < https://www.uzis.cz/akce/Klasifikon_2017/tomas-pavlik-klasifikacni-system-hospitalizacnich-pripadu-cz-drg-verze-10 > .

Spojená akreditační komise, o.p.s. *Akreditace zdravotnických zařízení v ČR* [online]. sakcr.cz [cit. 23. února 2019]. Dostupné na < <http://www.sakcr.cz/cz-top/sluzby/akreditace/> >.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou financování zdravotnictví. První tři kapitoly jsou věnovány charakteristice základních pojmů a právních předpisů, které jsou pro práci stěžejní. Čtvrtá kapitola popisuje druhy zdravotnických systémů používaných ve světě, včetně jejich výhod a nevýhod. Nejdůležitější kapitolou této práce je kapitola pátá, která je věnována financování zdravotnictví v České republice. Tato kapitola obsahuje vývoj financování zdravotnictví, organizaci zdravotnictví, a především vysvětluje způsoby financování jednotlivých forem zdravotní péče. Následující kapitola pojednává o zdravotních pojišťovnách působících v České republice, o jejich fungování a postavení. Poslední kapitola se zabývá hodnocením kvality a bezpečí zdravotních služeb. Zde jsou charakterizovány základní prvky a účely kontrol.

Klíčová slova: zdravotnictví, financování zdravotnictví, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovny, zdravotnické systémy

ABSTRACT

This bachelor thesis deals with health care financing. First three chapters are dedicated to the characteristic of basic concepts and legal regulations that are crucial for this thesis. The fourth chapter describes the types of the health care systems used in the world including their advantages and disadvantages. The most important chapter of this thesis is chapter fifth which is focused on financing of health care in the Czech Republic. This chapter contains the health care evolution, health care organization and primarily it explains financing methods for different forms of health care. Following chapter is about health insurance companies in Czech Republic, about their operation and status. The last chapter deals with the assessment of the quality and safety of health services. There are featured the basic elements and purposes of inspections.

Keywords: health care, financing the health care, health insurance, health insurance companies, health care systems