

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní

Ekonomika a financování zdravotnictví

Bc. Romana Tylšová

Diplomová práce

2010

Zadávací list

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na mou práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Praze dne 12. 4. 2010

Romana Tylšová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Ing. Karlu Šaterovi, Ph.D. MBA za cenné připomínky, rady a čas, který věnoval mé diplomové práci. Dále bych chtěla poděkovat své rodině za poskytnutou podporu během celého studia.

ANOTACE

Tato diplomová práce se zabývá problematikou ekonomiky a financování zdravotnictví v ČR. V úvodní části této práce jsou vymezeny základní pojmy, například zdraví, zdravotní péče, zdravotnictví apod. Praktická část je věnována analýze systému všeobecného zdravotního pojištění a analýze financování zdravotní péče v České republice, která se zaměřuje především na zdroje financování, způsoby úhrad zdravotní péče, financování léků a vývoji celkových výdajů na zdravotní péči. Poslední část obsahuje shrnutí analýzy a možné směry vývoje zdravotnictví.

KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravotnictví, zdravotní péče, financování, zdravotní pojišťovna, všeobecné zdravotní pojištění, zdroje financování.

TITLE

Economy and financing of health care

ABSTRACT

This thesis deals with the economy and financing of health care. In the first part of this work are defined the basic concepts, such as health, health care, health service etc.

The practical part is devoted to analysis of the system of universal health instance and analysis of healthcare financing in the Czech Republic, which focuses on sources of funding, methods of payment of health care, financing of medicines and the development of total health care spending.

The last section contains a summary of analysis and possible orientations of development of health.

KEYWORDS

Health service, healthcare, financing, health insurance Company, universal health instance, sources of funding.

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod | 8 |
| 1 Vymezení základních pojmů | 9 |
| 1.1 Zdraví | 9 |
| 1.2 Péče o zdraví..... | 10 |
| 1.3 Zdravotní péče | 10 |
| 1.4 Zdravotnické služby | 12 |
| 1.5 Zdravotnictví | 12 |
| 2 Zdravotnický systém..... | 13 |
| 2.1 Subjekty zdravotnického systému | 14 |
| 2.2 Zdravotní politika | 17 |
| 2.3 Ekonomické aspekty zdravotní péče | 18 |
| 2.3.1 Poptávka..... | 18 |
| 2.3.2 Nabídka | 19 |
| 2.3.3 Selhání trhu zdravotní péče..... | 20 |
| 3 Financování zdravotní péče | 22 |
| 3.1 Formy financování..... | 23 |
| 3.2 Zdravotní pojištění..... | 23 |
| 3.2.1 Typy zdravotního pojištění | 24 |
| 3.2.2 Modely statutárního zdravotního pojištění..... | 25 |
| 3.2.3 Typy privátního zdravotního pojištění | 25 |
| 3.3 Modely financování zdravotní péče | 26 |
| 3.3.1 Liberalistický model (americký liberální systém)..... | 26 |
| 3.3.2 Model založený na povinném zdravotním pojištění (Bismarckův zaměstnanecký systém)..... | 27 |
| 3.3.3 Model Národní zdravotní služby (Beveridgův univerzální systém) | 29 |
| 3.3.4 Model socialistického zdravotnictví (centralistický státní model)..... | 30 |
| 4 Analýza systému všeobecného zdravotního pojištění v ČR..... | 32 |
| 4.1 Plátcí zdravotního pojistného | 32 |
| 4.2 Vyměřovací základ a výše pojistného | 33 |
| 4.3 Práva a povinnosti pojištěnců | 37 |
| 4.4 Registr pojištěnců | 39 |
| 4.5 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění | 39 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4.6 | Dohadovací řízení..... | 40 |
| 4.7 | Přerozdělování pojistného | 40 |
| 4.8 | Zdravotní pojišťovny | 41 |
| 4.8.1 | VZP ČR..... | 42 |
| 4.8.2 | Zaměstnanecké pojišťovny | 44 |
| 5 | Analýza financování zdravotní péče v ČR | 48 |
| 5.1 | Zdroje financování zdravotnictví v ČR | 49 |
| 5.1.1 | Veřejné rozpočty | 50 |
| 5.1.2 | Všeobecné zdravotní pojištění | 50 |
| 5.1.3 | Přímé platby od fyzických nebo právnických osob | 51 |
| 5.2 | Způsoby úhrady ambulantní zdravotní péče..... | 57 |
| 5.2.1 | Praktičtí lékaři | 57 |
| 5.2.2 | Ambulantní specialisté | 60 |
| 5.2.3 | Stomatologická péče | 62 |
| 5.3 | Způsoby úhrady akutní lůžkové péče | 63 |
| 5.3.1 | Financování nemocnic | 63 |
| 5.3.2 | Financování systémem DRG..... | 65 |
| 5.4 | Financování léků a lékáren | 66 |
| 5.5 | Celkové výdaje na zdravotnictví | 69 |
| 6 | Shrnutí analýzy a možné směry vývoje zdravotnictví | 72 |
| | Závěr | 76 |
| | Seznam použité literatury | 77 |
| | Seznam obrázků..... | 82 |
| | Seznam tabulek..... | 82 |
| | Seznam grafů | 82 |
| | Příloha 1: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %) | 83 |
| | Příloha 2: Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče | 84 |
| | Příloha 3: Změny poptávky po zdravotních službách v % za rok 2008 | 85 |
| | Příloha 4: Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008..... | 86 |

Úvod

Zdravotnictví je nedílnou součástí hospodářské politiky každého státu. Odrazem jeho stavu je nejen vývoj tohoto odvětví, ale celé země, jejich tradic a pozornosti, kterou obyvatelstvo otázkám zdraví věnuje. Financování tohoto odvětví představuje velmi závažný problém ve všech ekonomicky vyspělých i rozvojových zemích. Dotýká se nejen veřejných a soukromých rozpočtů, ale také nákladů na pracovní sílu a celkové výkonnosti ekonomiky.

Můžeme říci, že u nás je problematika zdravotnictví stále aktuálním společenským tématem a stává se často hlavním bodem volebních kampaní politických stran. O problémech českého zdravotnictví a žádoucích směrech jeho dalšího vývoje se neustále vedou diskuse v médiích. Zdraví je pro každého člověka jednou z nejdůležitějších hodnot a lidé proto očekávají, že politici budou jejich zdraví podporovat účinnými strategiemi a činnostmi na místní, krajské, národní i nadnárodní úrovni.

Principy financování zdravotní péče v České republice byly několikrát změněny. Obecně lze konstatovat, že současné nastavení zdravotnického systému je neudržitelné. Optimální řešení financování se stále hledají již od roku 1992. Změnila se vnitřní struktura ve zdravotnických zařízeních, z nichž se část oddělila do privátní sféry a zbylá část zůstala ve sféře státní.

V této práci je mým hlavním cílem přiblížit problematiku financování a fungování zdravotnictví v České republice. V teoretické části se zaměřím na vymezení základních pojmů, které se dotýkají problematiky zdravotnictví, jako je zdraví, zdravotní péče, zdravotnický systém, modely financování zdravotní péče apod.

V praktické části této práce se blíže věnuji systému všeobecného zdravotního pojištění, dále se podrobněji zaměřuji na financování zdravotní péče v České republice, tzn. zdroje financování, způsoby úhrad zdravotní péče podle druhů poskytované péče, financování léků a vývoji celkových výdajů na české zdravotnictví.

Poslední část mé diplomové práce obsahuje shrnutí analýzy financování zdravotní péče v České republice a možné směry vývoje zdravotnictví.

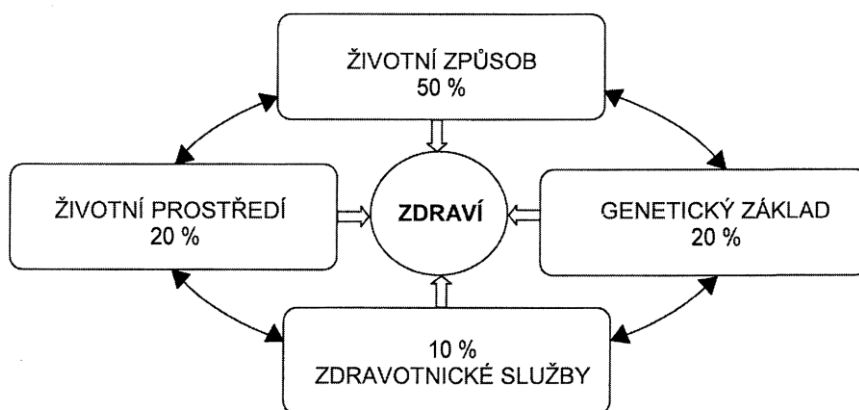
1 Vymezení základních pojmů

1.1 Zdraví

Zdraví patří k prioritním hodnotám jednotlivce, rodiny i společnosti. Je základním předpokladem jejich sociální a ekonomické úspěšnosti a podmínkou jejich kvality života.¹ Je specifickou hodnotou, která sama o sobě nemá hmotnou podstatu, nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje. Zahrnuje v sobě stránky kulturní, politické, ekonomické, sociální a etické.

Zdraví je nepřetržitě ovlivňováno soustavou životních a pracovních podmínek, ale také ději a situacemi v minulosti. Složkami této soustavy podmínek, které určují a formují stav zdraví, jsou prvky přírodního prostředí a prvky sociálního prostředí. Zdraví není trvalý, neměnitelný stav, ale životní proces, který může být ovlivnitelný změnou vnitřního prostředí a faktory vnějšího prostředí. Faktory vnitřního prostředí se projevují v dědičnosti, náchylnosti na některé choroby, anebo odolnosti vůči nim.² Mezi vnější faktory ovlivňující zdraví můžeme zařadit vlivy životního prostředí, lékařskou péči, životní styl, sociální faktory. Základní determinanty zdraví jsou znázorněny na obr. 1.³

Obr. 1: Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v %



Zdroj: VURM, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 48.

¹ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 293.

² DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 8, 11.

³ VURM, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 46.

1.2 Péče o zdraví

Péče o zdraví v nejširším slova smyslu zahrnuje všechny činnosti, které ovlivňují a determinují vývoj zdraví populace. Ve všech svých podobách (ochrana, podpora a obnova zdraví) jako disciplína chápe zdraví jako pozitivní externalitu a podmínku existence lidstva. Opírá se o fakt, že ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivity ekonomiky výhodnější a z hlediska společenského etičtější než obnova narušeného zdraví. Zahrnuje dva druhy aktivit:

- Aktivity ve směru ochrany, podpory, rozvoje zdraví, posílení zdraví a zamezení vzniku nemoci.
- Aktivity zaměřené k léčení, tj. k odstranění změn na zdravotním stavu člověka, obnově nebo navrácení zdraví.⁴

1.3 Zdravotní péče

Zdravotní péče je obsahově užší pojem než péče o zdraví. V jejím obsahu převažují aktivity zaměřené k léčení, ale i aktivity zaměřené na prevenci chorob, avšak pouze ty, které mohou být a jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem. Můžeme ji členit na zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních činností a s nimi související materiální spotřebu.

Podle místa poskytování rozdělujeme zdravotní péči na **ambulantní a ústavní**. Ambulantní péči zajišťují odborní a praktičtí lékaři v jednotlivých ordinacích a ambulantních zařízeních a představují základní článek léčebně preventivní péče. Ústavní péče je poskytována, jestliže to vyžaduje zdravotní stav pacienta. Touto péčí se rozumí péče v nemocnicích a odborných léčebných ústavech. V těchto lůžkových zařízeních může být současně poskytována i ambulantní péče.

Zdravotní péči můžeme také členit na **základní a specializovanou**. Podle typu zařízení a specializace dělíme tuto péči na:

- *Primární (všeobecnou) zdravotní péči*, která je dostupná na úrovni komunity. V České republice zahrnuje primární péče:

- péči praktických lékařů pro dospělé,

⁴ DURDISOVÁ, J., LANGHAMROVÁ, J.: *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001, s. 39.

- péči praktických lékařů pro děti a dorost,
 - základní gynekologickou péči,
 - základní stomatologickou péči.
- *Specializovanou sekundární zdravotní péči*, která zahrnuje mnoho oborů, například chirurgii, urologii, traumatologii atd. Sekundární zdravotní péči rozumíme standardní specializované služby ambulantní a lůžkové poskytované odborníky v poliklinikách, nemocnicích, léčebnách, sanatoriích a jiných zařízeních.
 - *Terciární zdravotní péči* tvoří vysoce specializované, extrémně komplexní a technologicky náročné diagnosticko – léčebné služby ve velkých nemocnicích, které disponují týmy odborníků.

Podle tabulky 1 největší podíl obyvatelstva využívá služeb primární péče a naopak nejmenší procento obyvatel využívá terciární péči, náklady jsou rozloženy v opačném pořadí, takže index relativních nákladů je krajně asymetrický.

Tabulka 1: Náklady podle typu péče⁵

| Typ péče | Služby používá % obyvatel (a) | Podíl nákladů v % z celku (b) | Index relativ. nákladů (b/a) |
|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| Primární péče | 80 | 15 | 0,2 |
| Sekundární péče | 15 | 45 | 3,0 |
| Terciární péče | 5 | 40 | 8,0 |
| Celkem | 100 | 100 | 1,0 |

Zdroj: HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I.: *Sociální lékařství*. Brno: MU, Lékařská fakulta, 2006, s. 77.

Zdravotní péči můžeme rozdělit na **standardní a nadstandardní**. Standardní péče je v určité době a na určitém teritoriu obvyklá, relativně ustálená a odborníky uznávaná. Nadstandardní péče představuje takovou péči, při které se pacientovi na jeho přání poskytují výhody a služby, které nejsou z hlediska aktuálního zdravotního stavu nezbytné.⁶

⁵ Údaje jsou hrubé odhady.

⁶ DURDISOVÁ, J., LANGHAMROVÁ, J.: *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001, s. 40 – 41.

1.4 Zdravotnické služby

Zdravotnické služby jsou obsahově užším pojmem než péče o zdraví. Zdravotnické služby mají charakter nemateriálních činností vykonávaných výhradně zdravotnickými pracovníky převážně ve zdravotnických zařízeních, a to pouze v rozsahu své odborné způsobilosti. V některých zemích jsou zdravotnické služby zákonem vymezeny jako služby veřejné, poskytované za veřejné peníze, a proto musejí být pod veřejnou kontrolou a to i přesto, že v nich působí subjekty s privatizovanou činností a s privátním majetkem. Z odborného hlediska zdravotnické služby představují:

- lékařskou péči o organismus člověka (léčebně-preventivní část zdravotní péče),
- lékařskou kontrolu zdravotní nezávadnosti prostředí (hygienická protiepidemiologická služba),
- ovlivňování zdravotního vědomí občanů (zdravotní výchova a osvěta).⁷

1.5 Zdravotnictví

Hlavní úlohou odvětví zdravotnictví je organizovat a zabezpečovat poskytování zdravotní péče. Zdroje vynakládané do této oblasti nejsou v přímé úměře ve vztahu k výsledkům, mnohdy jsou výsledky nejednoznačné, žádné nebo i negativní.⁸

Zdravotnictví zahrnuje

- *zdravotnické služby,*
- *zdravotnické vzdělání,*
- *rozvoj vědy,*
- *zdravotnickou výrobu (léky a zdravotnický materiál),*
- *zdravotnickou distribuci včetně lékáren.*⁹

⁷ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 29 - 30.

⁸ GLADKIJ, I. a kolektiv: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 105 – 106.

⁹ DURDISOVÁ, J., LANGHAMROVÁ, J.: *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001, s. 45.

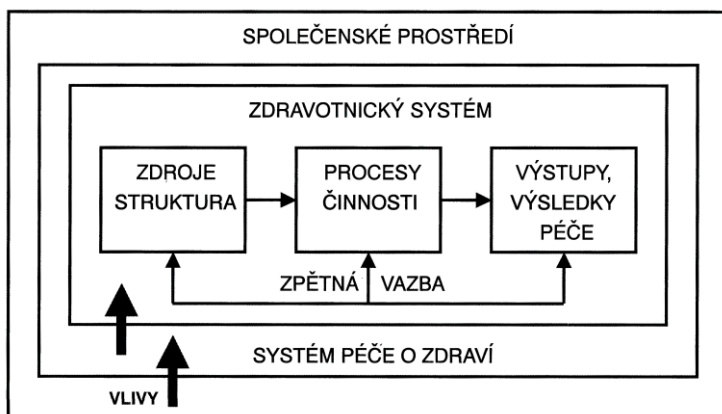
2 Zdravotnický systém

Zdravotnickým systémem je označována ta část společenského systému, která se sestává z opatření, institucí, organizací a činností, kterými usiluje o léčení nemocí a jejich prevenci a posilování zdraví. Z hlediska funkčního je zdravotnický systém subsystémem systému péče o zdraví. Tento vztah je znázorněn na obr. 2.

Zdravotnické systémy v jednotlivých zemích jsou výsledkem dlouhého a složitého společenského vývoje. Významným vlivem se do nich promítá ekonomická úroveň jednotlivých zemí, vliv faktorů kulturních a sociálních. Nemalou úlohu při vývoji těchto systémů mají faktory politické. Musí být schopen naplňovat své humanitní odborné poslání nejen jako realizátor kvalifikované péče o zdraví, ale též jako iniciátor odpovídajících aktivit všech ostatních složek společnosti.¹⁰

Tento systém spadá do veřejnoprávního sektoru. Veřejný sektor se podílí na celkové spotřebě zdravotní péče mezi 80 – 95 % a celkové výdaje na zdravotnictví činí 7 – 11 % HDP. V zemích, kde převládá komerční zdravotnictví, je váha veřejného sektoru výrazně nižší (40 %) a výdaje činí 15 – 22 % HDP.¹¹

Obr. 2: Vzájemný vztah systému péče o zdraví a zdravotnického systému



Zdroj: GLADKIJ, I. a kolektiv: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 26.

¹⁰ PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K.: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 9 – 10.

¹¹ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 46.

2.1 Subjekty zdravotnického systému

V moderních zdravotnických systémech můžeme identifikovat v zásadě pět nejvýznamnějších systémových subjektů, které se fakticky společně podílejí na tvorbě alokačních rozhodnutí. Každý z nich má poněkud odlišné postavení, zájmy a předpoklady pro své rozhodování. Jsou to:

- stát,
- třetí plátce – pojišťovna (resp. další třetí plátci, pokud jsou),
- management zdravotnického zařízení,
- vlastní poskytovatel zdravotnických služeb – lékař,
- pacient (jako zákazník).¹²

Stát si vyhrazuje právo vstoupit do vztahu základních elementárních subjektů například tím, že legalizuje povinnou solidaritu, provádí lékovou politiku, reguluje cenu zdravotnických služeb a tím čerpání fondu zdravotního pojištění, přispívá platbami ze státního rozpočtu a vykonává vlastnická práva zdravotnických zařízení, garantuje kvalitu zdravotní péče prostřednictvím vzdělávacího systému lékařů a zdravotnického personálu, vykonává dohled nad činností veřejných zdravotních pojišťoven, kontroluje síť zdravotnických zařízení apod.¹³

Postavení zdravotních pojišťoven při rozhodování o alokaci zdrojů je pochopitelně determinováno rozhodováním vlády a může se značně lišit. Ovlivňuje výši disponibilních zdrojů jen v omezené míře. Ve srovnání s vládou a pacientem je nejlépe informována o nákladech poskytování péče, které mají jednotliví poskytovatelé, jakož i o průměrných nákladech. Má bezprostřední ekonomický zájem jak na hospodárnosti využití prostředků, tak i na uspokojení potřeb svých pojištěnců, funguje-li řádně konkurence plátců.

Oproti předchozím subjektům se **management zdravotnického zařízení** nachází na úrovni, na které bezprostředně ovlivňuje strukturu, kvalitu a nákladovost poskytovaných služeb. Management je objektivně dobře informovaný ve vztahu ke struktuře a vývoji nákladů poskytované péče a má poměrně blízko k poznání struktury a intenzity poptávky po zdravotní péči v dané lokalitě.

¹² MALÝ, I.: *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: MU, 1998, s. 55 – 56.

¹³ DURDISOVÁ, J., LANGHAMROVÁ, J.: *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001, s. 49.

Lékař jako expert vystupuje často jako autorita, která prokazuje existenci onemocnění a zranění. Podle zkušeností z fungování českého systému všeobecného zdravotního pojištění jsou třetí plátcí a poskytovatelé historicky vzato spojenci.¹⁴ Role lékaře je charakterizována mimořádnými společenskými očekáváními, nejen proto, že lékař jako „prodloužená ruka osudu“ zasahuje do životů mnohých lidí, nýbrž také proto, že spoluvytváří obraz celkového zdraví populace a stává se významným představitelem sociální kontroly.¹⁵

Pacient má ve zdravotnictví dvě základní role: spotřebovává zdravotní péči a podílí se na financování systému. Tyto role jsou od sebe vzhledem k existenci nepřímých alokačních mechanismů odděleny, to znamená, že zdravotní péče je v momentu spotřeby pro pacienta bezplatná. Pacient se podílí na financování systému hrazením pojistného na veřejné zdravotní pojištění, případně daněmi do veřejných rozpočtů. V soukromém sektoru nakupuje zdravotní péči přímo – přímou úhradou nebo prostřednictvím komerčního pojištění.¹⁶ Pro postavení pacienta je zásadní jeho nedostatečná informovanost. Spotřebitel většinou samostatně nedokáže porovnávat alternativy ani co do pravděpodobnosti medicínských účinků a kvality ani co do potřebných nákladů.¹⁷ Subjekty, při určitém zjednodušení, jsou zachyceny na obr. 3.

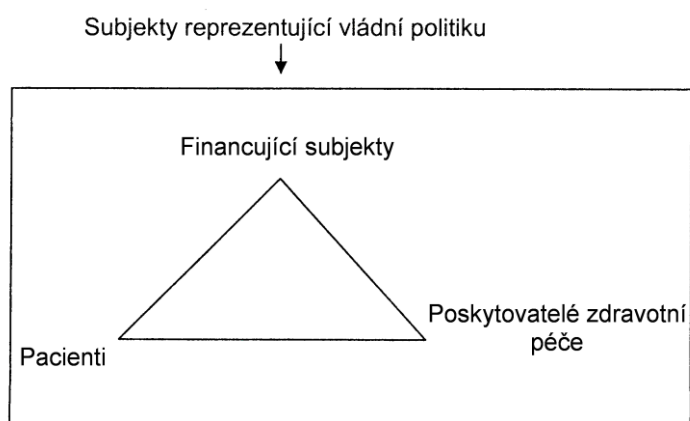
¹⁴ MALÝ, I.: *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: MU, 1998, s. 57 – 62.

¹⁵ MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ P.: *České zdravotnictví: vize a skutečnost, složitá peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum, 2005, s. 147 – 148.

¹⁶ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 100.

¹⁷ MALÝ, I.: *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: MU, 1998, s. 62.

Obr. 3: Elementární subjekty



Zdroj: DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví. Praha: Oeconomica, 2005, s. 95.*

V České republice je na centrální úrovni Ministerstvo zdravotnictví ČR jako ústřední orgán státní správy. Na nižší úrovni je státní správa reprezentována odbory zdravotnictví krajských a obecných úřadů (u obcí s rozšířenou působností) a krajskými hygienickými stanicemi. Dalšími orgány jsou stavovské komory (lékařská, stomatologická, farmaceutická), zdravotní pojišťovny a různé nevládní instituce. Uvedený stav platí od r. 2003 a má souvislost s reformou veřejné správy a vznikem krajů, na které postupně přešly některé kompetence centra a okresů.¹⁸ Úkoly zdravotnictví obstarávají zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace uspořádané do *soustavy zdravotnických zařízení*. Tuto soustavu tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob a člení se podle zákona na tyto:¹⁹

- zařízení ambulantní péče a nemocnice,
- zařízení závodní preventivní péče,
- odborné léčebné ústavy,
- lékárny,
- zvláštní dětská zařízení.

Dalšími zdravotnickými zařízeními jsou:

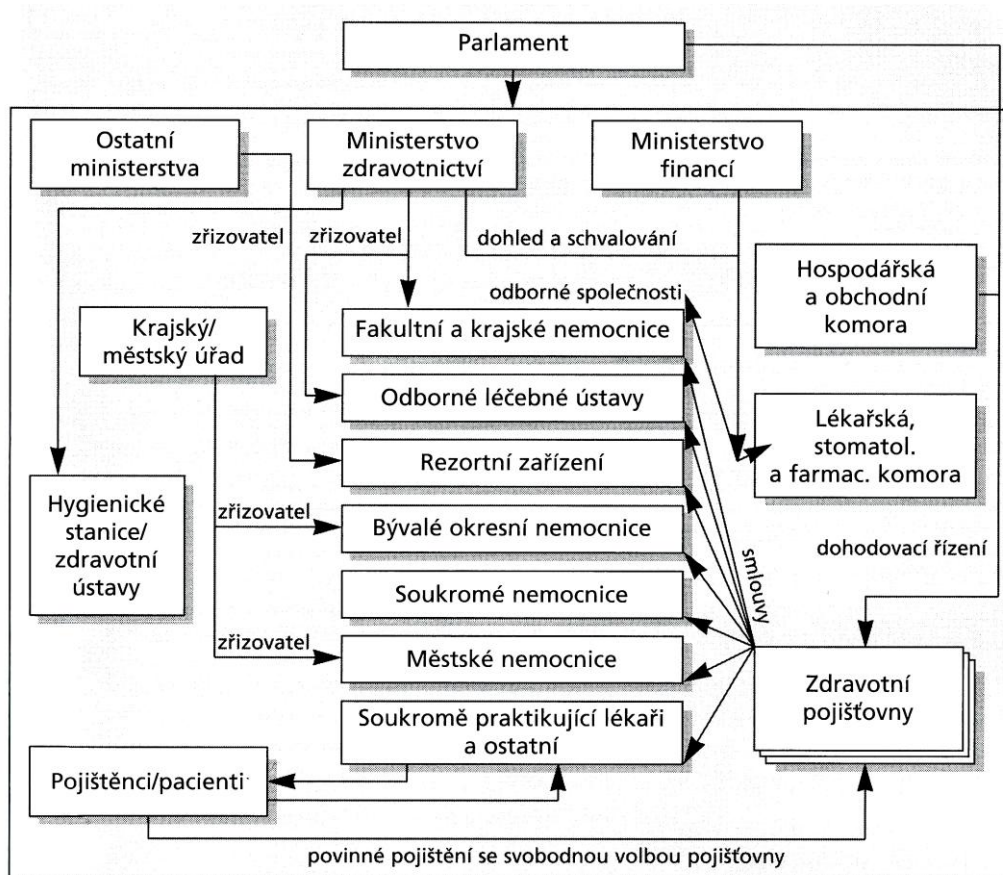
- zařízení pro výchovu a výuku a pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků;
- organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčivy a jinými prostředky zdravotnické techniky a pro jejich kontrolu;
- vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

¹⁸ REKTOŘÍK, J. a kolektiv: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2007, s. 189 – 190.

¹⁹ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Celkový rámec soustavy zdravotnických institucí a zařízení, jejich vlastníků a ovlivňujících institucí je znázorněn na obr. 4.

Obr. 4: Organizační graf zdravotnického systému



Zdroj: GLADKIJ, I. a kolektiv: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, s. 55.

2.2 Zdravotní politika

Péči o zdraví obyvatelstva realizuje stát prostřednictvím zdravotní politiky. Zdravotní politika je součástí programů politických stran a promítá se do programových dokumentů vlád, vzešlých z parlamentních voleb. Strategické cíle zdravotní politiky jsou vyjádřeny ve vládních programech. K nástrojům zdravotní politiky patří: legislativa, právní dokumenty, tj. zákony a vyhlášky; financování zdravotní péče; tvorba sítě zdravotnických zařízení; vzdělání zdravotnických pracovníků; sběr informací a zacházení s nimi (např. Národní zdravotnický informační systém); podpora vědy a výzkumu; léková politika (např. regulace cen léků atd.).²⁰

²⁰ JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009, s. 117 - 118.

2.3 Ekonomické aspekty zdravotní péče

Zdravotnické služby jako celek nelze jednoznačně zařadit do žádné z hlavních skupin statků, tj. mezi čisté kolektivní statky nebo mezi čisté privátní statky. Souvisí to především s jejich heterogenní povahou. Nejsou rozhodně čistým kolektivním statkem, neboť jejich spotřeba je dělitelná a marginální náklady na zvýšení počtu spotřebitelů nejsou nulové, vyloučení ze spotřeby je dobře možné.²¹ Stát by měl usilovat o dosažení dvou cílů, a to o zlepšení efektivnosti trhu a přerozdělování zdrojů nebo služeb na základě společenských hodnot. Efektivita trhu souvisí se zlepšením výkonnosti hospodářství, jako je snížení nekonkurenčních prvků, aby hospodářství bylo více konkurenční. Zahrnuje to problematiku ochrany spotřebitele (například dostatečné informace, na základě kterých se může rozhodnout) a také problematiku negativních externalit (v hospodářství dochází k výrobě vedlejších produktů a jejich náklady se neodrážejí do celkových nákladů těchto výrobků).²²

Ekonomika zdravotnictví musí vycházet z obecné teorie tržního mechanismu, znamená to, že i v oblasti zdravotnictví působí obě protichůdné síly, a to poptávka po zdravotnické péči podmíněná její potřebou a na druhé straně stojí nabídka založená na určité síti zdravotnických zařízení a jejich skladbě. Nejedná se však o volné působení tržního mechanismu, neboť obě síly tržního mechanismu mohou být velmi ovlivňovány působením státu a jeho zdravotní politikou.

2.3.1 Poptávka

Potřeba zdravotní péče je kategorie, která má dvě složky, tj. subjektivní a objektivní potřebu. **Subjektivní potřeba** vychází z obecné definice potřeby, tj. vědomí nedostatku. Potřeba zdraví v subjektivním vyjádření je tedy pocit vnímání chybějícího zdraví, ztráty zdraví, zhoršení individuálního zdravotního stavu. Při vzniku této potřeby člověk obvykle vyhledává zdravotnická zařízení, realizuje poptávku po zdravotnických službách. Na druhé straně však existuje i **potřeba objektivní**, založená na nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu obyvatelstva, včasného snižování zdravotních rizik, opatření vedoucích k eliminaci rizik atd.

²¹ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 294.

²² FELDSTEIN, P. J.: *Health care economics*. Albany: Demar, 1999, s. 4.

Obě složky potřeby zdravotní péče vedou ke vzniku poptávky po zdravotní péči. Objektivní potřebu si lidé většinu neuvědomují, mnohdy ji ani jako potřebu nepocítují a ze svých vlastních pohnutek ani často nevyhledávají. Lidé obvykle vyhledávají pomoc, až když je situace akutní. Proto je nutná určitá zdravotní politika státu vycházející z objektivních potřeb zdravotního stavu obyvatelstva. Tato zdravotní politika státu prostřednictvím programů péče o zdraví vyvolává i tento druh poptávky po zdravotnické péči. Do určité míry je regulace této poptávky iniciována i samotnými lékaři, kteří zvou občany k preventivním prohlídkám či iniciují vyšetření i jiných aspektů zdravotního stavu než jsou aspekty vnímané pacientem. Kromě způsobů úhrad a výše úhrad je poptávka navíc ovlivněna i způsobem organizace nabídky, tj. rozložením, strukturou a dostupností zdravotnických zařízení.

2.3.2 Nabídka

Nabídka zdravotnické péče je dána celkovým počtem zdravotnických zařízení v dané lokalitě, regionu, státu. Je dána konkrétní skladbou těchto zařízení v místě, počtem lékařů na počet obyvatelstva, možnostmi lékařské péče v závislosti na technice, možnostmi provádět určité lékařské zásahy, je dána i obecným přístupem státu, zdravotních pojišťoven i občanů ke zdravotnictví.

Nabídka ve zdravotnictví má však kromě obecných ekonomických znaků typických pro veškeré služby ještě několik zcela zvláštních rysů, které jsou dány skutečností, že lékařství je velmi specializovanou vědou a poptávající nemá odborné znalosti o nutnosti těch či oněch výkonů, jejich přínosu pro jeho zdraví a nemůže tedy ani posuzovat nezbytná vyšetření či výkony, které jsou součástí rozhodování lékaře. Dále je nabídka dána znalostmi a péčí konkrétního lékaře či lékařského konzilia a je základem pro rozsah a strukturu výkonů zdravotnické péče, kterou konzument může ovlivnit jen částečně (například odmítnutím lékařského zákroku, podepsáním reversu).

Nabídka by měla vycházet ze subjektivních a objektivních potřeb pacienta, neboť základním cílem zdravotníků je etický rozměr jejich práce, tedy uchování a zlepšení zdraví každého člověka. Na druhé straně však musíme připustit i tzv. „nadbytečné“ výkony, tedy nabídku, která je vyšší než nutná a potřebná, neboť zdravotnictví a jednání určité části zdravotníků je pochopitelně odrazem i ekonomických zájmů nabízejících. To samozřejmě souvisí s celkovou zdravotní politikou státu, pozicí zdravotních

pojišťoven, systémem odměňování lékařů a zdravotnického personálu obecně, souvisí to s individuálními ekonomickými potřebami zdravotnictví. Lékaři sami mohou zvyšovat poptávku, tzv. sekundární poptávku po zdravotnické péči, i její spotřebou nadbytečnou nabídkou.²³

2.3.3 Selhání trhu zdravotní péče

Tržní mechanismus jako jinak standardní nástroj alokace statků je většinou nahrazen netržními způsoby (Velká Británie), nebo dosti podstatně regulován a doplňován veřejnými programy zabezpečujícími zdravotní péči pro široké skupiny obyvatelstva (USA).²⁴ Důvody státních zásahů do spotřeby zdravotnických služeb jsou:

- *obavy z následků nerovnosti v příjmech,*
- *selhání trhu zdravotní péče.*

Vzhledem k povaze zdravotnických služeb dochází v současné době ve většině zemí k selhávání jejich všeobecné dostupnosti. *Důvodem* je např. omezený počet poskytovatelů určité požadované zdravotní péče, nedostatečná informovanost mezi poskytovateli služeb a mezi jejich spotřebiteli, nepravidelná a nepředvídatelná poptávka po zdravotnických službách, nejistota výsledného produktu, tj. efektu poskytnutí zdravotnické služby aj.²⁵ Srovnání standardních konkurenčních trhů s trhy zdravotní péče zahrnuje tabulka 2.

²³ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J.: *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, s. 40 – 43.

²⁴ REKTOŘÍK, J. a kolektiv: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2007, s. 182.

²⁵ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 294.

Tabulka 2: Rozdíly mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy

| Standardní konkurenční trhy | Trhy zdravotní péče |
|------------------------------|--|
| velké množství prodávajících | jen omezené množství nemocnic (mimo oblast velkých měst) |
| firmy maximalizují zisk | většina nemocnic neexistuje kvůli zisku |
| homogenní komodity | heterogenní komodity |
| dobře informovaní nakupující | špatně informovaní nakupující |
| spotřebitelé platí | přímo pacienti hradí jen část nákladů |

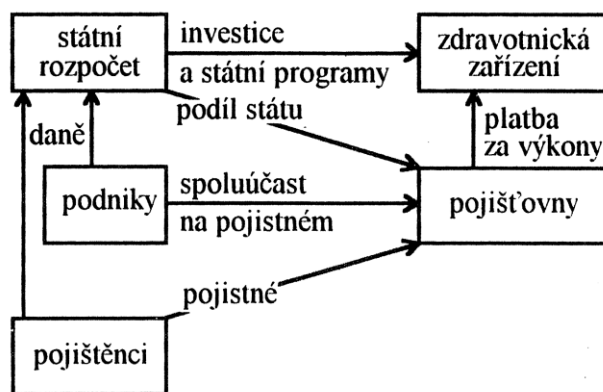
Zdroj: STIGLIZ, J.: Ekonomie veřejného sektoru. Praha: Grada, 1997.

3 Financování zdravotní péče

Výdaje na zdravotnictví závisí na ekonomickém potenciálu země.²⁶ Způsob financování zdravotnických služeb je v současných ekonomikách vyspělých států řešen různě. Jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména: velikostí podílu veřejných zdrojů na celkových výdajích, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby od pacientů, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovování cen za výkony aj.²⁷

Finanční zdroje a soustavná ekonomická podpora všech aktivit v systému péče o zdraví mají fundamentální význam. Peníze jsou motorem, který udržuje funkci systému v chodu. Náklady na zdravotnictví *neustále rostou*, a to rychleji než v ostatních úsecích národního hospodářství. Je to celosvětový problém. Důvodů je mnoho: *zvýšující se potřeba zdravotní péče, stárnutí populace, relativní nárůst chronických nemocí, inflace, náklady technologie a nehospodárné řízení*. Z obrázku č. 5 vyplývá, že větší rozsah a kvalitu potřebné péče může přinést jen *zvýšení reálných příjmů občanů a podniků*, tj. rostoucí prosperita společnosti (kromě vnitřních zdrojů).²⁸

Obr. 5: Pohyb finančních prostředků na zdravotnické služby



Zdroj: HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I.: *Sociální lékařství*. Brno: MU, Lékařská fakulta, 2006, s. 73.

²⁶ STRNAD, L., GLADKIJ, I.: *Případové studie ze sociálního lékařství, managementu zdravotnických institucí, ekonomiky zdravotnictví*. Olomouc: UP, Lékařská fakulta, 2003, s. 22.

²⁷ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 300.

²⁸ HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I.: *Sociální lékařství*. Brno: MU, Lékařská fakulta, 2006, s. 73.

3.1 Formy financování

Formy financování zdravotní péče můžeme rozdělit na tyto dvě skupiny:

- **nepřímé financování** - povinné (veřejné) pojištění, veřejné rozpočty, dobrovolné (smluvní) pojištění, zaměstnanecké pojištění, příspěvky dobročinných institucí včetně zahraniční pomoci aj.;
- **přímé financování** - placení za služby včetně spoluúčasti pacientů na úhradách za služby a léky.²⁹

Každý z uvedených zdrojů finančních prostředků má své přednosti a nedostatky. Jeho zavedení v příslušné zemi souvisí jak s historickým vývojem v této oblasti, tak s ekonomickou a politickou situací. Financování zdravotní péče v České republice je podrobněji uvedeno v kapitole 5.

3.2 Zdravotní pojištění

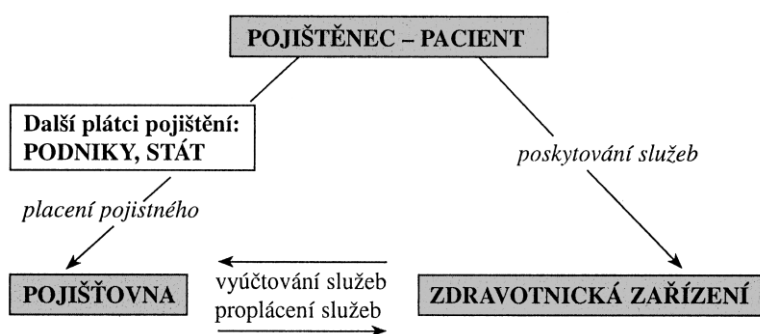
Pojistné řadíme mezi tzv. neuvěrové příjmy státních rozpočtů (naopak úvěrové jsou např.: půjčky státu od různých subjektů apod.). Stát z takto vybraných prostředků financuje nepřímo zdravotní péči, využívá prostředníka, tj. zdravotní pojišťovny.³⁰ Podstatou zdravotního pojištění je pojištění proti riziku onemocnění, kdy se toto riziko a nutnost finanční úhrady příslušných zdravotnických služeb přesouvá z potenciálního konzumenta (občana – pacienta) na veřejno-správní subjekt, kterým je některá zdravotní pojišťovna. Tato forma zajištění zdrojových financí pro zdravotnictví se prakticky realizuje tak, že každému občanovi je na základě příslušné zákonné normy strhávána z jeho hrubé mzdy určitá částka. Tato částka je stanovena buď jako relativní, tj. určitým procentem z proměnlivého základu mzdy nebo jako absolutní, tj. je vyjádřena standardní dohodnutou částkou v určitém čase bez ohledu na výši mzdy. Ve světě se používá možnost relativního způsobu stanovení výše příspěvku. Výše příspěvku se pohybuje nejčastěji v rozmezí 10 – 20 %. Tyto finanční prostředky jsou za každý měsíc přesouvány do té zdravotní pojišťovny, u níž je příslušný zaměstnanec pojištěn.

²⁹ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 300 -301.

³⁰ VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S.: *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2008, s. 9.

U zdravotního pojištění se uplatňují celkem tři základní principy solidarity, a to: zdravého s nemocným, mladšího se starší, bohatšího s chudším. Trojúhelník vztahů ve zdravotním pojištění ukazuje obr. 6.³¹ Systémem všeobecného zdravotního pojištění v ČR se podrobněji věnuji v kapitole 4.

Obr. 6: Základní vztahy ve zdravotním pojištění



Zdroj: PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 310.

3.2.1 Typy zdravotního pojištění

Zdroje úhrady zdravotní péče jsou různé. Mohou to být přímé platby pacientů, mohou to být charitativní zdroje nebo prostředky z účelového zdravotního spoření. Ve většině vyspělejších států však převažují zdroje založené na sdílení rizika – ať už z pojistných, vládních či jiných veřejných fondů. Rozlišujeme dva základní typy zdravotního pojištění podle míry dobrovolnosti účasti, a to statutární a privátní. **Statutární zdravotní pojištění** je na základě zákona povinné pro všechny občany v dané zemi nebo je povinné alespoň pro určité skupiny obyvatelstva. Toto zdravotní pojištění mohou provozovat jak veřejné, tak privátní subjekty a stejně je tomu tak i v oblasti privátního zdravotního pojištění. **Privátní zdravotní pojištění** je naopak dobrovolné. Jeho účastníkem se stává osoba z vlastního rozhodnutí. Může jít o osoby nespádající pod statutární zdravotní pojištění nebo osoby, které sice jsou účastníky ve statutárním systému zdravotního pojištění, ale z různých důvodů chtějí zvýšit svoji pojistnou ochranu některou z forem tzv. komplementárního zdravotního pojištění. Existuje ještě třetí kategorie zdravotního pojištění a tím je **dobrovolná účast osob**

³¹ PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 308 - 309.

ve statutárním pojištění. Jde o osoby vyjmuté ze statutárního zdravotního pojištění, které se však pro něj rozhodly především z důvodů finanční výhodnosti. Například v Německu mohou osoby, které dosáhly určité příjmové hranice, vystoupit z tzv. zákonného zdravotního pojištění (Gesetzversicherung) a mohou se pojistit privátně, nebo mohou v systému zákonného pojištění zůstat. Dalším kritériem pro klasifikaci zdravotního pojištění je to, zda riziko potřeby zdravotní péče se hodnotí podle individuálních atributů pojištěnce – individuální zdravotní pojištění, anebo na základě příslušnosti pojištěnce k určité skupině (např. zaměstnanců jednoho zaměstnavatele apod.) – skupinové zdravotní pojištění.

3.2.2 Modely statutárního zdravotního pojištění

Mezi tyto modely patří Beveridgeův model (financovaný ze všeobecných daní) a Bismarckův model, který je financovaný z povinných odvodů pojistného z příjmů pojištěnců a provozovaný samosprávnými zdravotními pojišťovnami. Výše pojistného je obvykle stanovena s ohledem na velikost příjmu pojištěnce. Poskytovatelé zdravotní péče jsou smluvně vázáni na zdravotní pojišťovny nebo mají ze zákona právo zdravotním pojišťovnám zdravotní péči poskytnutou jejich pojištěncům účtovat (např. ve Francii).

3.2.3 Typy privátního zdravotního pojištění

Charakteristickým rysem privátního pojištění je jeho dobrovolnost. Ve vyspělých zemích je jen určitým doplňkem ke statutárním systémům zdravotního pojištění. V zásadě lze rozlišit následující čtyři typy komplementárního systému zdravotního pojištění. *Náhradní (substituční) zdravotní pojištění* reaguje na neúplné pokrytí obyvatelstva statutárním zdravotním pojištěním. Může jít o případy, kdy statutární systém zdravotního pojištění nepokrývá osoby s vyšším příjmem, nebo nepokrývá osoby s určitou profesí. Toto zdravotní pojištění vlastně nahrazuje pojištění statutární. *Doplňkové zdravotní pojištění* resp. připojištění vyplňuje mezery v rozsahu služeb krytých statutárním zdravotním pojištěním. Umožňuje pojistit se na služby zdravotní péče, které jsou zcela vyloučeny z pojistného krytí v rámci statutárního zdravotního pojištění. *Zbytkové (reziduální) zdravotní pojištění* je reakcí na nedostatečnou výši

pojistného krytí statutárního systému zdravotního pojištění. Cílem je krytí spoluúčasti pojištěnců v systémech statutárního zdravotního pojištění, zejména spoluúčasti zavedené s cílem získání dalšího zdroje financování. *Alternativní zdravotní pojištění* vychází vstříc nespokojenosti s poskytováním služeb hrazených statutárním zdravotním pojištěním. Je možné se pojistit na vyšší standard služeb u poskytovatelů působících v rámci statutárních systémů, jako je například vyšší standard ubytování v nemocničních zařízeních.³²

3.3 Modely financování zdravotní péče

I když existují různé modely zdravotnických systémů, neexistuje dnes v žádné zemi zcela vyhraněný systém, který by neobsahoval určité prvky převzaté ze systémů jiných. Přes značnou smíšenost různých prvků v jednotlivých systémech je možné rozdělit zdravotnické systémy do těchto základních skupin:

- Liberalistický model poskytování zdravotní péče (americký liberální systém),
- Model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatelstva (Bismarckův zaměstnanecký systém),
- Model národní zdravotní služby,
- Model socialistického zdravotnictví přežívající v některých zemích (Semaškovův sovětský systém).

3.3.1 Liberalistický model (americký liberální systém)

Liberalistický model poskytování zdravotní péče vychází z názoru, že péče o zdraví je především záležitostí každého jednotlivce. Zdravotnické služby jsou chápány jako druh zboží, které podléhá zákonům tržní ekonomiky. Pacient v tomto pojetí vystupuje jako zákazník, lékař (popř. zdravotnické zařízení) jako podnikatel. Úloha státu má být ve smyslu tohoto pojetí minimální. V praxi se tento systém realizuje tak, že zdravotní péče obyvatelstva je zajišťována převážně prostřednictvím soukromého zdravotního pojištění. Obyvatelé se mohou pojistit u různých soukromých pojišťoven buď přímo, nebo v podnicích, kde pracují. Zaměstnaným osobám na pojištění přispívá

³² NĚMEC, J.: *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008, s. 17 – 23.

zčásti i zaměstnavatel. V praxi to znamená, že každý obdrží péči úměrnou tomu, kolik zaplatí. Většina zdravotnických zařízení v tomto systému má komerční charakter, ale existují i charitativní nemocnice založené na neziskovém principu a nemocnice vydržované státem. Charitativní a státní zdravotnická zařízení poskytují základní péči nemajetným občanům. Stát zajišťuje svými institucemi protiepidemiologickou službu a vykonává v různé míře regulační činnost vztahující se na některé stránky péče, tj.: kontrola produkovaných léků, regulace poplatků, kontrola kvality některých služeb atd.

Liberalistický model je uplatňován především v USA, na Filipínách a v některých jihoamerických zemích.³³ Je typický výraznou nerovností ve zdravotní péči, je drahý, má nedostatečné kontrolní mechanismy, omezenou dostupnost, vysoké administrativní finanční zatížení (až 20 % z celkového objemu výdajů) a neřeší úhrady za dlouhodobou domácí péči o chronicky nemocné. Navíc finanční motivace a pohled na zdraví jako na zboží vede k mnoha soudním sporům mezi lékaři a „poškozenými pacienty“.³⁴

3.3.2 Model založený na povinném zdravotním pojištění (Bismarckův zaměstnanecký systém)

Tento model má svůj původ v německém sociálním zákonodárství z r. 1883, proto je označován jako bismarckovský systém péče. V Evropě je uplatňován v různých modifikacích v Německu, Rakousku, Belgii, Francii, Holandsku, Japonsku, ale i u nás. Konkrétní formy péče založené na tomto modelu jsou v různých zemích značně odlišné.

V tomto modelu je zdravotní péče hrazena z fondů zdravotního pojištění vytvářených z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu. Obyvatelé jsou pojištěni u některé z pojišťoven, u které se registrují. Pojištění se vztahuje rovněž na rodinné příslušníky, kteří nejsou v pracovním poměru (děti, manželka pečující o děti). Pojišťovny jsou nevládní organizace, které spravují pojišťovací fondy. Ambulantní zdravotnické služby jsou vykonávány soukromými lékaři na základě smluvních vztahů s pojišťovnami. Lékaři jsou placeni buď podle vykázaných výkonů, nebo podle počtu u nich registrovaných pacientů. Nemocnice jsou v převážné míře veřejné (státní) nebo

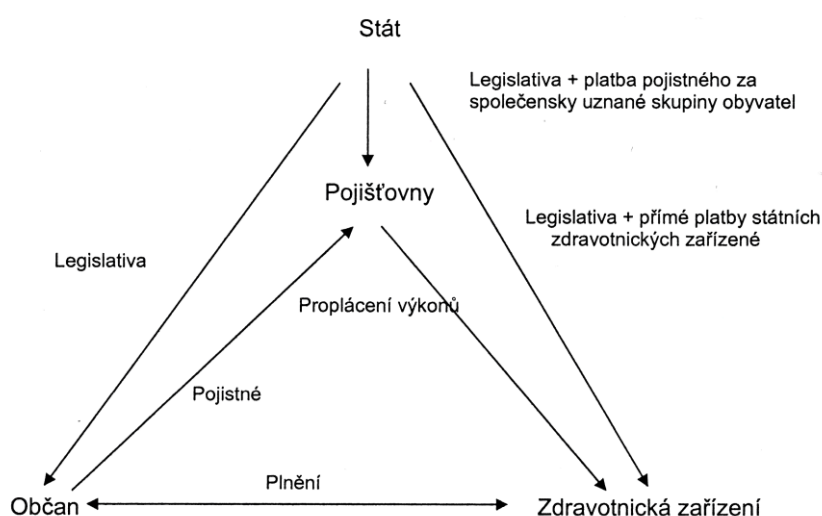
³³ PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudemus, 1999, s. 22.

³⁴ VURM, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 51.

soukromé založené na neziskovém principu. Jen menší část má komerční charakter. Financování nemocnic je založeno na základě smluvních vztahů s pojišťovnami. Stát se podílí na zajišťování zdravotní péče, kontrole služeb a dalších aktivitách. Dominující roli v organizaci, financování a řízení hrají pokladny nemocenských pojišťoven.³⁵

Princip modelu spočívá v tom, že občan (pokud jde o zaměstnance, pak s přispěním stanovené částky od zaměstnavatele) odvádí ze své mzdy určitý obnos pojišťovně, která na smluvním základě proplácí zdravotnímu zařízení poskytovanou zdravotní pomoc a péči. Schematicky je model znázorněn na obr. 7.³⁶

Obr. 7: Model založený na povinném zdravotním pojištění



Zdroj: DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 144.

Občané – pacienti jsou povinně pojištěni, mají možnost určitého výběru zdravotní pojišťovny. Pojistné je vyměřováno jako procenta z příjmu. Výše pojistného je buď dána zákonem jako jednotná sazba (ČR), nebo se může lišit výší pojistného u jednotlivých pojišťoven (Německo). Může být také stanovena příjmová hranice, nad kterou již není zákonná povinnost uzavřít zdravotní pojištění. Systém je většinou doplněn možností dalšího soukromého zdravotního pojištění jako pojištění doplňkového. Zůstává možnost péče za přímou úhradu. U řady léčebných úkonů je uplatňována spoluúčast pacienta, pacient má možnost se seznámit s cenou svého léčení. Spoluúčast bývá především u léků v ambulantní péči, ve stomatologickém ošetření, v některých státech také jako poplatek za den při hospitalizaci, dále příplatky za brýle

³⁵ PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K.: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 23.

³⁶ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 144.

apod. Uvedený model zdravotnického systému často vede ke stanovení různých omezení v počtu výkonů, k určování různých limitů a rozsahu poskytované hrazené péče.³⁷

3.3.3 Model Národní zdravotní služby (Beveridgeův univerzální systém)

Tento model vznikl po druhé světové válce. Byl inspirován v r. 1942 tzv. Beveridgeovou zprávou (Beveridge – anglický ekonom, žák Keynesa), která vycházela z modifikovaných zkušeností švédského zdravotnictví třicátých let.³⁸ Začal se uplatňovat ve Velké Británii od roku 1948. Mimo jiné se uvádí, že se stal vzorem i pro Československou republiku po roce 1952. Je uplatňován také v Kanadě. Lze konstatovat, že zdravotnictví Velké Británie je jedním z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, které se vyvinuly v kapitalistických zemích a udržely se do dnešní doby.

V tomto modelu je zdravotní péče převážně hrazena z veřejných prostředků, které jsou získávány z větší části z daně z příjmů obyvatel (cca 80 %) a z menší části (cca 15 %) z doplňkové platby národního pojištění. Do fondu národního pojištění přispívají jak zaměstnanci, tak zaměstnavatelé i osoby samostatně výdělečně činné. Daň z příjmů je daní progresivní v rozmezí 25 – 40 %, příspěvek na národní pojištění je ve výši 2 – 3 % z příjmů. Daň platí však pouze osoby nad určitou stanovenou příjmovou hranici. Znamená to, že občané, kteří jsou osvobozeni od daňové povinnosti, přesto konzumují zdravotní péči jako plátcí daně. Je to velmi solidární systém. Doplňující příjmy (okolo 5 %) se získávají z doplatků na léky.³⁹ Péče se financuje převážně z daní prostřednictvím státního rozpočtu a rozpočtu obcí. Stát významně zasahuje do řízení péče. Zdravotnická ambulantní zařízení jsou v soukromých rukou. Většina nemocnic je ve státních rukou nebo v rukou obcí, připouštějí se však v omezené míře lůžková zařízení soukromá. Lékaři jsou placeni formou platu (v nemocnicích) nebo poplatkem za registrovaného pacienta či poskytovanou službu.⁴⁰

³⁷ VURM, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 53.

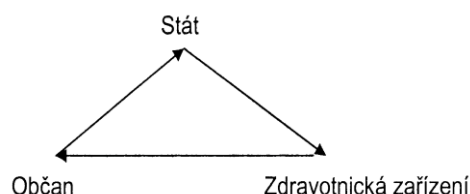
³⁸ PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 23.

³⁹ VURM, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 52.

⁴⁰ PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 24.

Princip modelu je znázorněn na obr. 8. Občané odvádějí příslušné poplatky (zaměstnanci a zaměstnavatelé) přímo státu a ten je přerozděluje k financování zdravotnických zařízení a jimi poskytované péče.⁴¹ Uvedený systém zdravotní péče je uplatňován např.: ve Velké Británii, Dánsku, Finsku, Irsku, Švédsku, Itálii, Španělsku, Norsku, Kanadě, Řecku, Portugalsku.

Obr. 8: Model Národní zdravotní služby (Beveridgův univerzální systém)



Zdroj: DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 145.

3.3.4 Model socialistického zdravotnictví (centralistický státní model)

Tento model je podle prvního sovětského ministra zdravotnictví Semaška nazývaný také semaškovským modelem zdravotní péče.⁴² Byl uplatňován ve státech tzv. socialistické soustavy do roku 1990. Dále funguje ve státech s mimořádnými ekonomickými podmínkami, jako je Kuvajt a Kuba.⁴³

Všechna zdravotnická zařízení nebo jejich rozhodující část jsou ve vlastnictví státu. Zdravotnictví je financováno prostřednictvím státního rozpočtu a je chápáno jako jedno z odvětví národního hospodářství. Vláda jej řídí prostřednictvím centrálního plánování založeného na různých normativních plánech (normativní plánování). Zdravotnické služby se poskytují obyvatelstvu převážně bezplatně. Všichni zdravotničtí pracovníci jsou státními zaměstnanci a jsou placeni formou mzdy. Zdravotnictví je považováno za neproduktivní sektor, z toho je odvozena jeho nízká ekonomická priorita, ekonomicky je práce lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků podhodnocena.⁴⁴

⁴¹ DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 145.

⁴² PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K.: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 24.

⁴³ VURM, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 51.

⁴⁴ PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K.: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999, s. 24.

V rámci uvedených hlavních modelů zdravotnických systémů nebyl dosud nalezen ideální model financování, ve všech případech musí zasahovat stát. Žádný model není absolutně spravedlivý, aby nerozlišoval bohaté a chudé pacienty. Ve všech vyspělých státech je zdravotnímu systému přikládána celospolečenská důležitost s odrazem do politické reality každého státu. Každý model se snaží o určitou regulaci poptávky.⁴⁵ Hlavním kritériem kvality každého zdravotnického systému je dostupnost kvalifikované zdravotní péče pro všechny obyvatele.⁴⁶ Výhody a nedostatky uvedených modelů jsou shrnuty v tabulce 3.

Tabulka 3: Znamky základních modelů financování zdravotnictví

| Typ zdravotnického systému | Výhody | Nedostatky |
|---|--|--|
| Smišovaný systém s převahou liberalistických prvků (USA) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Velký výběr kvalitních služeb 2. Podporuje rozvoj medicínských technologií 3. Podporuje soutěživost mezi zdravot. zařízeními | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo málo zámožné občany 2. Vysoký podíl nákladů na administrativu 3. Nedostatečná preventivní péče 4. Nedostatečná návaznost péče 5. Péče je drahá (nákladná) |
| Systém založený na povinném zdravotním pojištění (převážná část západoevropských zemí) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Vysoká dostupnost zákl. zdravot. péče pro všechny obyvatele 2. Dostatečně pestrá nabídka zdravot. služeb 3. Vyhovující síť zdravot. zařízení 4. Celkem vyhovující návaznost služeb 5. Podpora primární péče 6. Přiměřené náklady | <ol style="list-style-type: none"> 1. Část prostředků spotřebují pojiš. ovny pro svou činnost 2. Důraz kladen na kurativní péči 3. Pojiš. ovny se občas dostávají do finančních potíží 4. Administrativní těžkopádnost |
| Národní zdravotní služba (Spojené království) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Obecná dostupnost služeb 2. Dostatečná nabídka služeb 3. Přiměřená pozornost prevenci 4. Dobře řešená návaznost služeb 5. Nízké náklady na zdravot. služby 6. Dobře koordinované zájmy účastníků péče | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nedostatek prostředků na investování 2. Problémy s financováním v době ekonom. recese 3. Dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace 4. Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví 5. Podpora nesoutěživého klimatu |
| Socialistický model (Rezidua v některých zemích bývalého SSSR, Kuba) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Všeobecná dostupnost péče 2. Pozornost věnována prevenci 3. Návaznost péče 4. Racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení | <ol style="list-style-type: none"> 1. Nízká výkonnost systému 2. Chronický nedostatek prostředků 3. Ekonomické brzdy technického rozvoje 4. Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví 5. Zcela nesoutěživé prostředí 6. Nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a pracovníků rezortu |

Zdroj: PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005, s. 298.

⁴⁵ VURM, V. a kol.: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007, s. 54.

⁴⁶ STRNAD, L., GLADKIJ I.: *Případové studie ze sociálního lékařství, managementu zdravotnických institucí, ekonomiky zdravotnictví*. Olomouc: UP, Lékařská fakulta, 2003, s. 22.

4 Analýza systému všeobecného zdravotního pojištění v ČR

V ČR je zdravotní péče poskytována zejména na základě povinného zdravotního pojištění. Tento model veřejného zdravotního pojištění vychází z principu solidarity a dělení rizika. Jedná se o „bismarckovský“ systém zdravotního pojištění, kdy pojištění je povinné pro všechny obyvatele a zdravotní péče je poskytována prostřednictvím veřejných a soukromých zařízení. V tomto smluvním systému je poskytování zdravotní péče odděleno od jejího financování.

V ČR je východiskem právní úpravy zdravotní péče a zdravotního pojištění Listina základních práv a svobod,⁴⁷ podle které má „každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ Mezi důležité zákony, které upravují podmínky poskytování zdravotní péče a její financování v ČR patří především *zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění*. Podle tohoto zákona vzniká účast na zdravotním pojištění dnem:

- narození, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území ČR,
- kdy se osoba bez trvalého pobytu na území ČR stala zaměstnancem,
- získání trvalého pobytu na území ČR,

a zaniká dnem:

- úmrtí pojištěnce nebo jeho prohlášení za mrtvého,
- kdy osoba bez trvalého pobytu na území ČR přestala být zaměstnancem,
- ukončení trvalého pobytu na území ČR.

4.1 Plátcí zdravotního pojistného

Mezi plátcí pojistného patří pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. **Pojištěnec** je plátcem pojistného, pokud splňuje podle zákona⁴⁸ níže uvedené podmínky:

- *je zaměstnancem;*
- *je osobou samostatně výdělečně činnou* (dále jen „OSVČ“), do této skupiny pojištěnců patří osoby podnikající v zemědělství; osoby provozující živnost;

⁴⁷ Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

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

provozující podnikání podle zvláštních předpisů; vykonávající uměleckou nebo jinou tvůrčí činnost na základě autorskoprávních vztahů; společníci veřejných obchodních společností a komplementáři komanditních společností; vykonávající nezávislé povolání, které není živností ani podnikáním podle zvláštních předpisů; spolupracující osoby osob samostatně výdělečně činných, pokud podle zákona o daních z příjmů lze na ně rozdělovat příjmy dosažené výkonem spolupráce a výdaje vynaložené na jejich dosažení, zajištění a udržení;

- *má na území ČR trvalý pobyt a není za něj plátcem pojistného stát*, a to po dobu celého kalendářního měsíce.

Zaměstnavatel odvádí část pojistného, které je povinen hradit za své zaměstnance. Současně odvádí i část pojistného, které je povinen hradit zaměstnanec, srážkou z jeho mzdy nebo platu, a to i bez souhlasu zaměstnance. Pojistné se hradí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce na účet příslušné zdravotní pojišťovny, u níž je pojištěnec pojištěn.

Stát prostřednictvím státního rozpočtu platí pojistné za některé skupiny osob, které nemají vlastní příjem. Patří mezi ně zejména nezaopatřené děti;⁴⁹ poživatele důchodu z důchodového pojištění; příjemce rodičovského příspěvku; ženy na mateřské a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění; uchazeči o zaměstnání včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání; osoby konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách; osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody atd. Za tyto osoby hradí měsíčně pojistné Ministerstvo financí ČR na zvláštní účet, a to do 20. dne předcházejícího kalendářního měsíce. V roce 2008 stát zaplatil za uvedené skupiny obyvatel zdravotní pojistné ve výši cca 47,2 miliard Kč.

4.2 Vyměřovací základ a výše pojistného

Vyměřovací základ a výši pojistného upravuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Podle tohoto zákona činí výše pojistného **13,5 % z vyměřovacího základu za rozhodné období** a zaokrouhluje na celé koruny směrem

⁴⁹ Nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře.

nahoru. Rozhodné období, z něhož se zjišťuje vyměřovací základ, je kalendářní měsíc a u OSVČ je to kalendářní rok, za který se platí pojistné.

Vyměřovací základ zaměstnance tvoří úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob⁵⁰ a nejsou od této daně osvobozeny, a které mu zaměstnavatel zúčtoval v souvislosti se zaměstnáním. *Minimálním vyměřovacím základem* u zaměstnance je minimální mzda. Jak je možné vidět z tabulky 4, od 1. 1. 2007 činí stále základní sazba minimální mzdy 8000,- Kč za měsíc.⁵¹ Pokud je vyměřovací základ zaměstnance nižší než minimální vyměřovací základ, je zaměstnanec povinen doplatit zdravotní pojišťovně prostřednictvím svého zaměstnavatele pojistné ve výši 13,5 % z rozdílu těchto základů. *Maximálním vyměřovacím základem* zaměstnance je částka ve výši 72násobku průměrné mzdy, která je od 1. 1. 2010 ve výši 23 709,- Kč.⁵² Maximální vyměřovací základ zaměstnance tvoří součet vyměřovacích základů zjištěných v kalendářním roce, za který se tento vyměřovací základ zjišťuje.⁵³

Tabulka 4: Přehled sazeb minimální mzdy⁵⁴ a minimálního pojistného

| Období | Minimální mzda | Minimální pojistné |
|---------------------------|----------------|--------------------|
| 1. 1. 1993 – 31. 12. 1995 | 2 200 Kč | 297 Kč |
| 1. 1. 1996 – 31. 12. 1997 | 2 500 Kč | 338 Kč |
| 1. 1. 1998 – 31. 12. 1998 | 2 650 Kč | 358 Kč |
| 1. 1. 1999 – 30. 6. 1999 | 3 250 Kč | 439 Kč |
| 1. 7. 1999 – 31. 12. 1999 | 3 600 Kč | 486 Kč |
| 1. 1. 2000 – 30. 6. 2000 | 4 000 Kč | 540 Kč |
| 1. 7. 2000 – 31. 12. 2000 | 4 500 Kč | 608 Kč |
| 1. 1. 2001 – 31. 12. 2001 | 5 000 Kč | 675 Kč |
| 1. 1. 2002 – 31. 12. 2002 | 5 700 Kč | 770 Kč |
| 1. 1. 2003 – 31. 12. 2003 | 6 200 Kč | 837 Kč |
| 1. 1. 2004 – 31. 12. 2004 | 6 700 Kč | 905 Kč |
| 1. 1. 2005 – 31. 12. 2005 | 7 185 Kč | 970 Kč |
| 1. 1. 2006 – 30. 6. 2006 | 7 570 Kč | 1 022 Kč |
| 1. 7. 2006 – 31. 12. 2006 | 7 955 Kč | 1 074 Kč |
| od 1. 1. 2007 | 8 000 Kč | 1 080 Kč |

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.⁵⁵

⁵⁰ Podle zákona č. 586/1992, o dani z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

⁵¹ Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě a o nejnižších úrovních zaručené mzdy.

⁵² Nařízení vlády č. 339/2009 Sb. ze dne 16. září 2009 (částka je zaokrouhlena na celé koruny nahoru).

⁵³ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

⁵⁴ Minimální mzda představuje minimální vyměřovací základ pro zaměstnance v pracovním poměru a vyměřovací základ pro osoby bez zdanitelných příjmů.

Vyměřovacím základem u OSVČ činí 35 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti před rokem 2004, 40 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti v roce 2004, 45 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti v roce 2005 a od roku 2006 50 % příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. *Minimálním vyměřovacím základem* je dvanáctinásobek 50 % průměrné mzdy.⁵⁶ Podle níže uvedené tabulky 5 činí od 1. 1. 2010 minimální měsíční vyměřovací základ 11 854,50,- Kč a minimální záloha na pojistné je ve výši 1 590,- Kč. *Maximální vyměřovací základ* v roce 2010 je částka ve výši 72násobku průměrné mzdy. Pojistné u OSVČ je placeno formou záloh a doplatku pojistného na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc. Záloha na pojistné je splatná od prvního dne kalendářního měsíce, na který se platí, do osmého dne následujícího kalendářního měsíce.⁵⁷

⁵⁵ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Minimální mzda a minimální pojistné* [online] [Cit. 2010-03-08]. Dostupné z <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Zamestnavatele/Vymerovaci-zaklad/minimalni-mzda.html>>.

⁵⁶ Nařízení vlády č. 339/2009 Sb., ze dne 16. září 2009.

⁵⁷ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Tabulka 5: Min. měsíční vyměřovací základ a min. záloha na pojistné u OSVČ

| Období | Min. měsíční vyměřovací základ | Min. záloha na pojistné |
|---------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 1. 1. 1993 – 31. 12. 1995 | 2 200 Kč | 297 Kč |
| 1. 1. 1996 – 31. 12. 1997 | 2 500 Kč | 338 Kč |
| 1. 1. 1998 – 31. 12. 1998 | 2 650 Kč | 358 Kč |
| 1. 1. 1999 – 30. 6. 1999 | 3 250 Kč | 439 Kč |
| 1. 7. 1999 – 31. 12. 1999 | 3 600 Kč | 486 Kč |
| 1. 1. 2000 – 30. 6. 2000 | 4 000 Kč | 540 Kč |
| 1. 7. 2000 – 31. 12. 2000 | 4 500 Kč | 608 Kč |
| 1. 1. 2001 – 31. 12. 2001 | 5 000 Kč | 675 Kč |
| 1. 1.2002 – 31. 12. 2002 | 5 700 Kč | 770 Kč |
| 1. 1. 2003 – 31. 12. 2003 | 6 200 Kč | 837 Kč |
| 1. 1. 2004 – 31. 12. 2004 | 7 929 Kč | 1 071 Kč |
| 1. 1. 2005 – 31. 12. 2005 | 8 460 Kč | 1 143 Kč |
| 1. 1. 2006 – 31. 3. 2006 | 9 017,50 Kč | 1 218 Kč |
| 1. 4. 2006 – 31. 12. 2006 | 9 417 Kč | 1 272 Kč |
| 1. 1. 2007 – 31. 12. 2007 | 10 069,50 Kč | 1 360 Kč |
| 1. 1. 2008 – 31. 12. 2008 | 10 780 Kč | 1 456 Kč |
| 1. 1. 2009 - 31. 12. 2009 | 11 777,50 Kč | 1 590 Kč |
| od 1. 1. 2010 | 11 854,50 Kč | 1 601 Kč |

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.⁵⁸

Podle tabulky 6 činí maximální roční vyměřovací základ OSVČ v roce 2010 1 707 048,- Kč a maximální záloha na pojistné OSVČ je ve výši 19 205,- Kč.⁵⁹

Tabulka 6: Maximální vyměřovací základ a maximální záloha na pojistné OSVČ

| Období | Všeobecný vyměřovací základ | Přepočítací koeficient | Průměrná měsíční mzda | Maximální roční vyměř. základ | Maximální záloha na pojistné OSVČ |
|---------------------------|-----------------------------|------------------------|-----------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| 1. 1. 2008 – 31. 12. 2008 | 20 050 Kč | 1,0753 | 21 560 Kč | 1 034 880 Kč | 11 643 Kč |
| 1. 1. 2009 – 31. 12. 2009 | 21 527 Kč | 1,0942 | 23 555 Kč | 1 130 640 Kč | 12 720 Kč |
| Od 1. 1. 2010 | 23 280 Kč | 1,0184 | 23 709 Kč | 1 707 048 Kč | 19 205 Kč |

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR.⁶⁰

⁵⁸ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Minimální měsíční vyměřovací základ a minimální záloha na pojistné u OSVČ* [online] [Cit. 2010-03-08]. Dostupné z

<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Platba_pojistneho/minimalni-zalohy>.

⁵⁹ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Maximální vyměřovací základ a maximální záloha na pojistné OSVČ* [online] [Cit. 2010-03-08]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Vymerovaci_zaklad/tab_max-osvc>.

Vyměřovacím základem osoby bez zdanitelných příjmů je minimální mzda. Podle tabulky 4 činí od 1. 1. 2007 výše minimálního pojistného 1 080 Kč za měsíc.

Vyměřovací základ pro osobu, za kterou je plátcem pojistného stát činí 5 355 Kč na kalendářní měsíc. Částku vyměřovacího základu může vláda vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu následujícího roku. Přihlíží se přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.⁶¹

4.3 Práva a povinnosti pojištěnců

Práva pacientů jsou definována v Ústavě ČR, v Listině základních práv a svobod a také v zákonech č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, podle kterého má pojištěnec právo:

- na výběr zdravotní pojišťovny, kterou je možné změnit jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k 1. dni kalendářního čtvrtletí;
- na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení (mimo závodní zdravotní služby), kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně;
- na výběr dopravní služby;
- na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud je poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených podle výše uvedeného zákona;
- na léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely bez přímé úhrady, pokud jsou hrazené ze zdravotního pojištění;
- podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče hrazené zdravotním pojištěním;
- na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku a o zaplacení doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely;

⁶⁰ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. ⁶⁰ *Maximální vyměřovací základ a maximální záloha na pojistné OSVČ* [online] [Cit. 2010-03-08]. Dostupné z

<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Vymerovaci_zaklad/tab_max-osvc>.

⁶¹ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

- na uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky za předepsané částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Mezi povinnosti všech pojištěnců patří:⁶²

- sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, a to i v případě změny zdravotní pojišťovny v době trvání zaměstnání; tuto povinnost musí nahlásit do osmi dnů ode dne změny zdravotní pojišťovny;
- hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné;
- poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu a dodržovat lékařem stanovený léčebný režim;
- podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám;
- dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí;
- vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví;
- prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce nebo náhradním dokladem vydaným příslušnou zdravotní pojišťovnou;
- oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně ztrátu nebo poškození průkazu pojištěnce;
- vrátit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění, změně zdravotní pojišťovny, dlouhodobém pobytu v zahraničí;
- oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny jména, příjmení, trvalého pobytu nebo rodného čísla, a to do 30 dnů ode dne, kdy ke změně došlo;
- při změně zdravotní pojišťovny předložit nově zvolené zdravotní pojišťovně doklad o výši záloh na pojistné vypočtených z vyměřovacího základu, jde-li o osobu samostatně výdělečně činnou;
- hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky.

⁶²Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

4.4 Registr pojištěnců

V ČR je veden registr všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění. Tento registr spravuje VZP ČR a obsahuje údaje o pojištěncích (rodné číslo, případně jiné číslo pojištěnce, jméno a příjmení, adresu pobytu, datum vzniku a zániku pojistného vztahu u příslušné zdravotní pojišťovny; u pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, časové období, v němž je plátcem pojistného stát, označení skupiny pojištěnců, datum odhlášení se ze zdravotního pojištění a přihlášení se do zdravotního pojištění v České republice). Tato zdravotní pojišťovna oznamuje Ministerstvu financí ČR vždy ke 12. dni v měsíci změny v registru týkající se počtu pojištěnců, za které platí pojistné stát.⁶³

4.5 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění je hrazena zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Podle zákona⁶⁴ zahrnuje: léčebnou péči ambulantní a ústavní; pohotovostní a záchrannou službu; preventivní péči; dispensární péči; odběr tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi; poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků; potraviny pro zvláštní lékařské účely; lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách; závodní preventivní péči; dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů; dopravu žijícího dárce do místa odběru a z tohoto místa atd.

Z povinného zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče, která je poskytnuta na území ČR, ale také částka, kterou pojištěnci vynaložili na nutné a neodkladné léčení během pobytu v cizině, a to ve výši stanovené pro úhradu takové péče na území ČR.

⁶³ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

⁶⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

4.6 Dohodovací řízení

Podle zákona⁶⁵ zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. V dohodovacím řízení se sjednávají vždy na následující kalendářní rok hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení.

Smlouva se zdravotnickými zařízeními se řídí rámcovou smlouvou, která je výsledkem dohodovacího řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných skupinových smluvních zdravotnických zařízení zastupovaných svými zájmovými sdruženími. Jednotlivé rámcové smlouvy jsou předkládány Ministerstvu zdravotnictví ČR (MZ ČR), které je posoudí z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a potom je vydá ve formě vyhlášky. Jestliže před ukončením platnosti smlouvy nedojde k uzavření smlouvy nové, platnost smlouvy se prodlouží až do doby, než bude uzavřena nová rámcová smlouva. Tato rámcová smlouva musí obsahovat způsob provádění úhrady poskytované zdravotní péče, práva a povinnosti účastníků smlouvy, pokud nejsou stanoveny zákonem, obecné podmínky kvality a účelnosti poskytování zdravotní péče apod.

4.7 Přerozdělování pojistného

K přerozdělování pojistného slouží **fond zdravotního pojištění**. Tento fond vede VZP ČR na zvláštním účtu a slouží k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním. Peněžní prostředky z vybraného pojistného a další příjmy na tomto účtu se přerozdělují podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů 18 věkových skupin pojištěnců.

Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. *Průměrné náklady na pojištěnce* v dané skupině podle věku a pohlaví určuje správce účtu jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na všechny pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví. *Průměrné náklady na standardizovaného pojištěnce* jsou stanoveny jako průměr nákladů všech zdravotních pojišťoven na ženy ve věku 15 - 20

⁶⁵ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

let. Ke zjištění nákladových indexů se používají údaje z posledního účetně uzavřeného kalendářního roku.

Zdravotní pojišťovny mají povinnost sdělit do osmého dne kalendářního měsíce správci účtu počty svých pojištěnců v jednotlivých skupinách podle věku a pohlaví pojištěných k prvnímu dni v daném měsíci, počty svých pojištěnců, za které je od prvního dne v daném měsíci plátcem pojistného stát. Zdravotní pojišťovny také musí sdělit do 22. dne každého měsíce správci účtu výši pojistného vybraného v období od 18. dne předcházejícího měsíce do 17. dne příslušného měsíce. Správce účtu oznamuje do 30. dne příslušného měsíce všem zdravotním pojišťovnám celkovou částku, která na ně připadá.

Celkovou částku pro příslušnou zdravotní pojišťovnu tvoří podíl na standardizovaného pojištěnce vynásobený počtem standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Počet standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví jako součet počtu pojištěnců v každé skupině podle věku a pohlaví vynásobeného příslušným nákladovým indexem této skupiny. Podíl na standardizovaného pojištěnce se zjistí tak, že se součet pojistného vybraného všemi zdravotními pojišťovnami, celkové platby státu za pojištěnce, penále, pokut a jiných plnění, která jsou příjmem zvláštního účtu, a úroků, snížený o poplatky za účetní operace a za vedení zvláštního účtu, vydělí celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.⁶⁶

4.8 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejich činnost je upravena právními předpisy, zejména zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zdravotní pojišťovny musí⁶⁷ vést seznam smluvních zdravotních zařízení; vydávají bezplatně svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad; kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu

⁶⁶ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

⁶⁷ Podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců; vedou osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči a zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely, které se započítávají do limitu; na vyžádání pojištěnce musí poskytovat písemně bezplatně jedenkrát ročně, formou výpisu z osobního účtu, údaje o zdravotní péči uhrazené za tohoto pojištěnce za posledních 12 měsíců včetně zaplacených regulačních poplatků a doplatků.

Zdravotní pojišťovny ze zákona kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, a to v objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců. Tuto kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat a činností revizních lékařů. Revizní lékaři vykonávají kontrolní činnost především v oboru, ve kterém získali specializaci.

V České republice provádějí zdravotní pojištění tyto zdravotní pojišťovny:

- *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP ČR),*
- *resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny (zaměstnanecké pojišťovny).*

4.8.1 VZP ČR

VZP ČR je s více než 6,4 miliony pojištěnců největší zdravotní pojišťovnou u nás. Existuje od roku 1992 a dlouhodobě patří k základním pilířům systému zdravotnictví v ČR.⁶⁸ Byla zřízena zvláštním zákonem.⁶⁹ Provádí veřejné zdravotní pojištění v souladu s platnými právními předpisy.⁷⁰ VZP ČR je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývající. Zajišťuje výběr pojistného na veřejné zdravotní pojištění a úhradu zdravotní péče z prostředků zdravotního pojištění a další činnosti, které jí umožňuje zákon.⁷¹

⁶⁸ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *O nás* [online] [Cit. 2010-03-10]. Dostupné z <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/>>.

⁶⁹ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

⁷⁰ Jsou to především zákony č. 48/1997 Sb., č. 592/1992 Sb. a č. 551/1991 Sb.

⁷¹ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Zřízení a předmět činnosti, organizační struktura* [online] [Cit. 2010-03-10]. Dostupné z <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/predmet-cinnosti/>>.

VZP ČR ze zákona předkládá MZ ČR a MF ČR *návrh zdravotně pojistného plánu* na následující kalendářní rok, *účetní závěrku* a *návrh výroční zprávy* za minulý kalendářní rok a *zprávu auditora*. Návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrku a návrh výroční zprávy za minulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu v souladu s termíny projednávání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu. *Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů* VZP ČR včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené VZP ČR, způsob zajištění dostupnosti služeb včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče.

VZP ČR vytváří a spravuje:

- a) *základní fond*, který slouží k úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění;
- b) *rezervní fond*, který je tvořen přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. Pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, cenných papírů se státní zárukou, cenných papírů vydávaných obcemi atd.;
- c) *provozní fond*;
- d) *sociální fond*;
- e) *fond majetku*;
- f) *fond reprodukce majetku*.

Kontrolu její činnosti provádí MZ ČR v součinnosti s MF ČR. VZP ČR nemůže zřizovat a provozovat zdravotnické zařízení a podnikat s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění. Povinně do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podává MZ ČR a MF ČR zprávu o svém hospodaření. Pokud je zjištěna bilanční nerovnováha, současně předkládá návrh opatření. MZ ČR po projednání s MF ČR předloží návrh opatření vládě a také informuje veřejnost o jejím hospodaření prostřednictvím sdělovacích prostředků.

V případě potřeby finančních prostředků může vláda rozhodnout o poskytnutí návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu. Objem této půjčky může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku peněžních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotnických služeb.

Organizační strukturu tvoří Ústředí, krajské pobočky (zpravidla jedna krajská pobočka pro vyšší územní samosprávný celek) a další územní pracoviště. Krajské pobočky a územní pracoviště jsou organizačními složkami VZP ČR, které jednají a vykonávají činnost jménem této pojišťovny. V čele VZP ČR stojí ředitel, kterého jmenuje a odvolává správní rada. Ředitel je statutárním orgánem VZP ČR a jedná jejím jménem. Orgány této pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada. Správní radu tvoří 10 členů jmenovaných vládou a 20 členů volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu. Úkolem dozorčí rady je dohlížet na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů a na její celkové hospodaření. Tvoří ji 3 členové, které na návrh ministra financí, ministra práce a sociálních věcí a ministra zdravotnictví jmenuje a odvolává vláda, a 10 členů volených a odvolávaných Poslaneckou sněmovnou Parlamentu. Při obsazování funkcí těchto členů Dozorčí rady se postupuje také podle principu poměrného zastoupení.

4.8.2 Zaměstnanecké pojišťovny

Kromě VZP ČR působí u nás dalších 8 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Jejich vznik, činnost, zánik a jejich vztah k VZP ČR upravuje zvláštní právní předpis.⁷² Podle tohoto právního předpisu je lze členit na tyto:

- **resortní zaměstnanecké pojišťovny**, provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem ČR anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva;
- **oborové zaměstnanecké pojišťovny**, provádí pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru;
- **podnikové zaměstnanecké pojišťovny**, orientují se na zaměstnance jednoho nebo více podniků;
- **další zaměstnanecké pojišťovny** s meziresortní a mezioborovou působností.

Zaměstnanecká pojišťovna je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů vyplývajících. Je nositelem všeobecného zdravotního pojištění pro pojištěnce, kteří jsou

⁷² Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

u ní zaregistrování. Zapisuje do obchodního rejstříku. O udělení povolení rozhoduje MZ ČR po vyjádření MF ČR. Tyto pojišťovny vytváří a spravují tyto fondy:

- základní,
- rezervní,
- provozní,
- sociální,
- investičního majetku,
- reprodukce investičního majetku.

K zániku zdravotní pojišťovny dochází ke dni výmazu z obchodního rejstříku. Návrh na výmaz podává zanikající zdravotní pojišťovna nebo likvidátor. Zániku zaměstnanecké pojišťovny předchází její zrušení bez likvidace nebo s likvidací. Bez likvidace se pojišťovna zrušuje buď sloučením se VZP ČR, nebo sloučením s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Ke zrušení pojišťovny s likvidací dochází, jestliže jí bylo MZ ČR odejmuto povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění, nebo o to sama MZ ČR požádá.

V současnosti působí v ČR celkem 9 zdravotních pojišťoven:⁷³

- *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR,*
- *Vojenská zdravotní pojišťovna ČR,*
- *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna,*
- *Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví,*
- *Zaměstnanecká pojišťovna Škoda,*
- *Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR,*
- *Revírní bratrská pokladna,*
- *Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE,*
- *Zdravotní pojišťovna MÉDIA.*

⁷³ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdravotní pojišťovny* [online] [Cit. 2010-03-10]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/332-zdravotni-pojistovny.html>>.

Následující tabulka 7 ukazuje strukturu nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči za rok 2008⁷⁴ a jejich srovnání s rokem 2007. Podle indexu (2007 = 100) se v roce 2008 zvýšily celkové náklady o 6,8 %, přičemž největší nákladovou položku zdravotních pojišťoven tvoří ústavní péče (51,2 %), dále to jsou náklady na ambulantní péči (24,9 %) a náklady na léky vydané na recepty (19,8 %).

Tabulka 7: Struktura nákladů zdravot. pojišťoven na zdravot. péči za rok 2008⁷⁵

| Druh zdravotní péče | | Náklady | | |
|---|-----------------------------------|----------------|------------|-----------------------|
| | | v mil. Kč | podíl v % | index (2007 = 100) |
| Celkem | | 193 669 | 100 | 106,8 |
| v tom: | | | | |
| ambulantní péče | | 48 164 | 24,9 | 110,9 |
| z toho | <i>péče praktických lékařů</i> | 10 160 | 5,2 | 118,2 |
| | <i>stomatologická péče</i> | 9 155 | 4,7 | 101,4 |
| | <i>specialit. ambulantní péče</i> | 17 838 | 9,2 | 112,1 |
| ústavní péče | | 99 184 | 51,2 | 107,4 |
| léky na recepty a zdrav. prostředky na poukazy | | 38 391 | 19,8 | 99,1 |
| ostatní výše nespecifikovaná péče⁷⁶ | | 7 930 | 4,1 | 116,4 |

Zdroj: ÚZIS ČR.⁷⁷

Podle tabulky 8 celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění podle předběžných údajů dosáhly cca 211 360 mil. Kč, tj. o 4,2 % více oproti předchozímu období. Celkové výdaje tohoto systému v roce 2008 činily 200 592 mil. Kč, což představuje ve srovnání s rokem 2007 navýšení o 8,1 %.

⁷⁴ V tabulkách a v grafu jsou použita předběžná data za rok 2008. Důvodem je, že k datu uzávěrky ještě neproběhlo schvalování výročních zpráv a hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR.

⁷⁵ Předběžné údaje za rok 2008

⁷⁶ Náklady na lázeňskou péči, léčení v zahraničí, dopravu, zdravotnickou záchrannou službu, péči v ozdravovnách a na ostatní zdravotní péči.

⁷⁷ ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online] [Cit. 2010-03-12]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

Tabulka 8: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven⁷⁸

| Základní ekonomické ukazatele | Absolutně v mil. Kč | Podíl v % | Index (2007 = 100) |
|---|------------------------|--------------|-----------------------|
| Příjmy celkem | 211 360 | 100,0 | 104,2 |
| Z toho: tržby z pojistného | 161 629 | 76,5 | 104,7 |
| <i>za os. v prac. poměru nebo obdob. poměru</i> | <i>145 059</i> | <i>68,6</i> | <i>103,3</i> |
| <i>za osoby samostatně výdělečně činné</i> | <i>13 942</i> | <i>6,6</i> | <i>106,7</i> |
| Výdaje celkem | 200 592 | 100,0 | 108,1 |
| z toho: na zdravotní péči | 193 528 | 96,5 | 107,8 |
| Saldo příjmů a výdajů | 10 768 | X | X |

Zdroj: ÚZIS ČR.⁷⁹

⁷⁸ Předběžné údaje za rok 2008

⁷⁹ ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online] [Cit. 2010-03-12]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

5 Analýza financování zdravotní péče v ČR

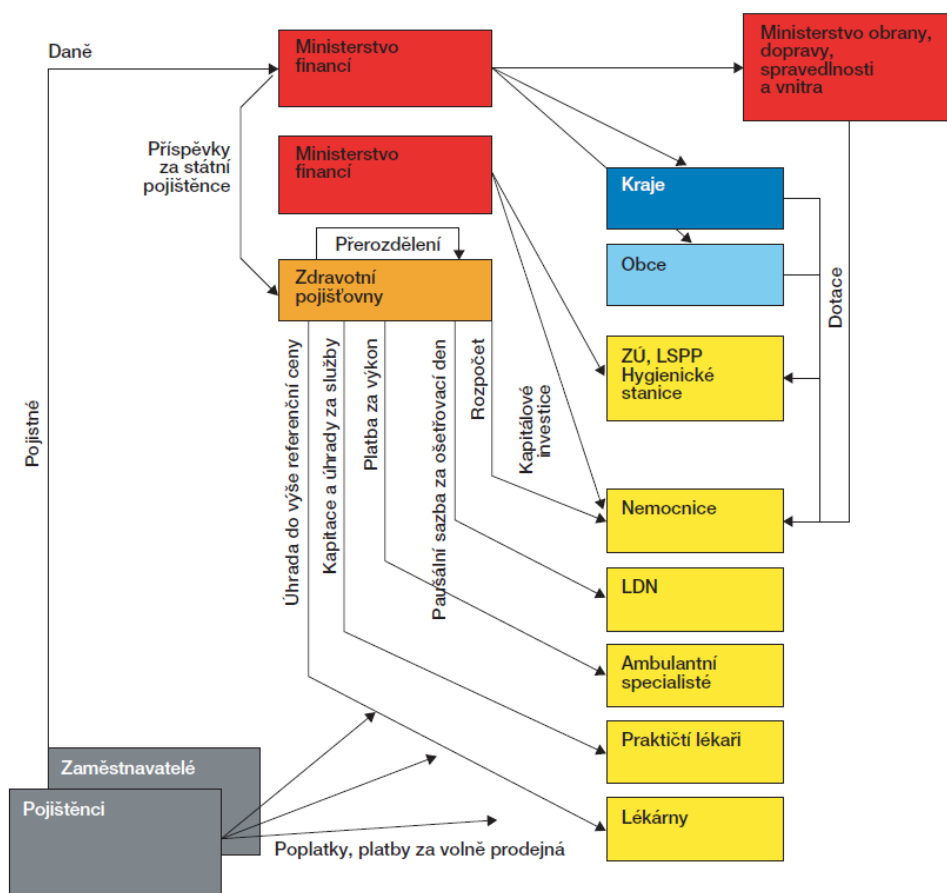
V ČR jsou hrazeny výdaje na zdravotní péči především z veřejného zdravotního pojištění a dalším zdrojem financování zdravotní péče jsou prostředky ze státního rozpočtu a územních rozpočtů a také přímé platby od fyzických a právnických osob. Od roku 2008 se u nás zavedly regulační poplatky, které slouží jako dalším zdroj v oblasti financování zdravotnických zařízení. Jednotlivé toky finančních prostředků ve zdravotnictví jsou znázorněny na obr. 9.

V posledních letech došlo ke změnám v úhradách praktickým lékařům, specialistům, nemocnicím, ale také ve financování léků. Celkový objem prostředků se u některých skupin lékařů za posledních několik let zvýšil. V minulých letech byly úhrady původně založeny na objemu poskytnutých služeb a byla stanovena maximální hodnota bodů k úhradě podle ceníku MZ ČR. Tento systém byl problematický, protože do roku 1994 neexistovaly žádné objemové limity. Poskytovatelé se snažili kompenzovat snižující se objemy úhrad vyšším objemem poskytovaných služeb. Po roce 1997 byly zavedeny nové objemové limity, byly povoleny úhrady založené na jiných principech než proplácení poskytnutých služeb a byla stanovena hodnota bodů na základě společných jednání zdravotních pojišťoven a poskytovatelů a tuto hodnotu schválilo MZ ČR.⁸⁰

⁸⁰ Sborník z konference: *Zahraniční zkušenosti při financování zdravotnictví 2006* [online] [Cit. 2010-03-16].

Dostupné z <<http://www.financovanizdravotnictvi.cz/images/sbornik.pdf>>.

Obr. 9: Schéma finančních toků



Zdroj: Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR⁸¹

5.1 Zdroje financování zdravotnictví v ČR

Po roce 1992 byl opuštěn centralizovaný systém zdravotnictví založený na financování ze státního rozpočtu a rozpočtů národních výborů a na státním vlastnictví zdravotnických zařízení. Byl nahrazen systémem pluralitním, který je založen na **vícezdrojovém financování**.⁸² V ČR zabezpečují financování zdravotní péče zejména tyto zdroje:

- **veřejné rozpočty,**
- **všeobecné zdravotní pojištění,**
- **přímé platby od fyzických nebo právnických osob.**

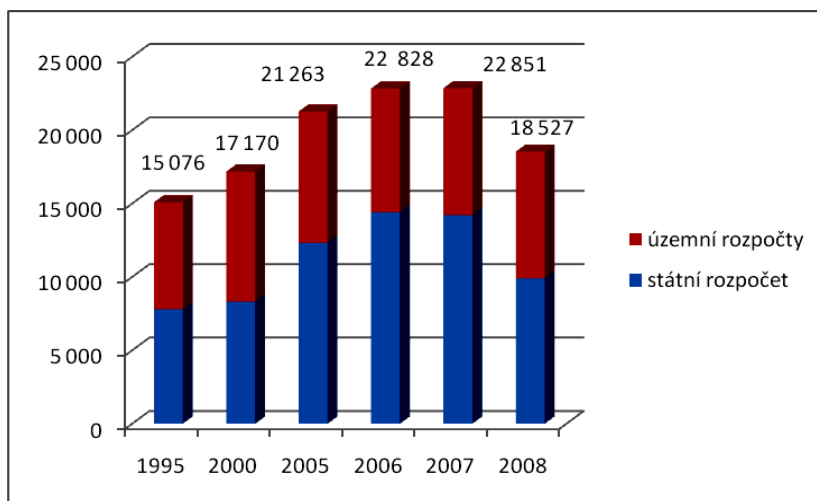
⁸¹ Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: Zdravotnictví v číslech a názorech*, květen 2008 [online] [Cit. 2010-⁸-04]. Dostupné z <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>.

⁸² DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, s. 192.

5.1.1 Veřejné rozpočty

Veřejné rozpočty se dělí na státní rozpočet a rozpočty územních orgánů. Úloha veřejných rozpočtů v této oblasti spočívá především ve financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jedná se zejména o výdaje na vědu a výzkum související se zdravotnictvím, vzdělávání zdravotnických pracovníků, preventivní programy a kampaně, činnost hygienických stanic a částečně výdaje na investiční projekty, ale také úhrady pojistného za tzv. státní pojištěnce. V roce 2008 bylo uhrazeno z veřejných rozpočtů 18 527 mil. Kč, tj. cca 7 % z celkových výdajů na české zdravotnictví. V grafu 1 jsou zachyceny výdaje na zdravotní péči z těchto rozpočtů v jednotlivých letech. Jak je vidět, ve srovnání s rokem 2007 došlo ke snížení výdajů o cca 4 324 mil. Kč.

Graf 1: Vývoj výdajů z veřejných rozpočtů na zdravotní péči v mil. Kč⁸³



Zdroj: vlastní zpracování údajů z ÚZIS ČR⁸⁴

5.1.2 Všeobecné zdravotní pojištění

V ČR je převážná část výdajů na zdravotnictví hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které uhradilo v roce 2008 76,4 % z celkových výdajů. Prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění je financována veškerá zdravotní péče, která je

⁸³ Pro rok 2008 jsou použity pouze předběžné údaje.

⁸⁴ ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2008 [online] [Cit. 2010-03-12]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

garantovaná zákonem.⁸⁵ Podrobněji o systému všeobecného zdravotního pojištění v ČR je uvedeno v kapitole 4. této práce.

Tabulka 9: Veřejné výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)

| Veřejné výdaje | Rok | | | | | |
|--|---------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| | 1995 | 2000 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 ⁸⁶ |
| <i>Státní a územní rozpočty</i> | 15 076 | 17 170 | 21 263 | 22 828 | 22 851 | 18 527 |
| státní rozpočet | 7 796 | 8 319 | 12 334 | 14 421 | 14 199 | 9 908 |
| územní rozpočty | 7 280 | 8 851 | 8 930 | 8 407 | 8 652 | 8 619 |
| <i>Zdravotní pojišťovny</i> | 78 233 | 115 792 | 170 093 | 174 200 | 183 713 | 200 592 |
| z toho: na zdravotní péči | 74 126 | 111 164 | 163 543 | 166 902 | 179 527 | 193 528 |
| Celkem | 93 309 | 132 962 | 191 356 | 197 027 | 206 565 | 219 119 |

Zdroj: ÚZIS ČR.⁸⁷

Podle výše uvedené tabulky 9 veřejné výdaje ve srovnání s rokem 2007 vzrostly o 12 554 mil. Kč. Výdaje veřejných rozpočtů v roce 2008 činily 18 527 mil. Kč, což představuje cca 8,5 % z veřejných výdajů. Výdaje systému veřejného zdravotního pojištění dosáhly ve stejném roce 200 592 mil. Kč, tj. cca 91,5 % z veřejných výdajů.

5.1.3 Přímé platby od fyzických nebo právnických osob

Jako další zdroje financování zdravotní péče představují přímé platby od fyzických a právnických osob. Přímé platby domácností na zdravotní péči představují například výdaje na stomatologickou péči, výdaje za brýle a další optické pomůcky atd. Významnou část těchto plateb tvoří spoluúčast pacientů při úhradě léčiv, která nejsou plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění.⁸⁸

⁸⁵ Jedná se o zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

⁸⁶ Předběžné údaje.

⁸⁷ ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online] [Cit. 2010-03-17]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

⁸⁸ Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: Zdravotnictví v číslech a názorech*, květen 2008 [online] [Cit. 2010-⁸-04]. Dostupné z <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>.

Velmi diskutabilním zdrojem financování u nás jsou regulační poplatky, které byly zavedeny od 1. 1. 2008. Tuto změnu přinesla novelizace zákona o zdravotním pojištění zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Dnem 1. dubna 2009 pak vstoupila v platnost novela zákona⁸⁹, která mění jeho paragrafy týkající se regulačních poplatků a doplatků na léčiva a jejich limitů.

Regulační poplatky vybírá zdravotnické zařízení a musí s nimi financovat náklady spojené s jeho provozem a modernizací. Zdravotnické zařízení vystavuje pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci na jeho žádost doklad o zaplacení poplatku. **Regulační poplatky se platí:**

- ihned v případě, že jde o uhrazení regulačního poplatku a doplatku za vydání částečně hrazeného léčivého přípravku nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely zařízením lékárenské péče,
- ihned, nebo podle dohody se zdravotnickým zařízením v souvislosti s poskytováním zdravotní péče,
- nejdéle do 8 kalendářních dnů po propuštění z ústavní péče v případě, že hospitalizace byla kratší než 30 dní,
- vždy k poslednímu dni každého kalendářního měsíce v případě, kdy je pojištěnec umístěn ve zdravotnickém zařízení po dobu delší než 30 dní.

Regulační poplatek je povinen hradit pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, a to ve výši:⁹⁰

1. 30,- Kč

a) za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření

- u praktického lékaře (po dovršení 18 let věku),
- u praktického lékaře pro děti a dorost (po dovršení 18 let do 19 let věku),
- u ženského lékaře (po dovršení 18 let věku),
- u lékaře poskytujícího specializovanou ambulantní zdravotní péči včetně ambulancí lůžkových zdravotnických zařízení (po dovršení 18 let věku),

⁸⁹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

⁹⁰ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely - znění platné od 1. 4. 2009* [online] [Cit. 2010-03-17]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>>.

- u klinického psychologa,
 - u klinického logopeda,
- b) za návštěvu u zubního lékaře** (po dovršení 18 let věku),
- c) za návštěvní službu** poskytnutou praktickým lékařem a praktickým lékařem pro děti a dorost (po dovršení 18 let věku),
- d) za vydání každého**, z veřejného zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného, **léčivého přípravku nebo potraviny** pro zvláštní lékařské účely, **předepsaného na receptu**, bez ohledu na počet předepsaných balení;
- 2. 60,- Kč za každý den, ve kterém byla poskytována**
- ústavní péče, tj. péče v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech, zařízeních vykazujících ošetrovací den,
 - komplexní lázeňská péče,
 - ústavní péče v dětských odborných léčebnách a v ozdravovnách;
- 3. 90,- Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením poskytujícím**
- lékařské služby první pomoci (včetně péče poskytované zubními lékaři),
 - ústavní pohotovostní službu v sobotu, v neděli nebo ve svátek (po celých 24 hodin) a v pracovních dnech v době od 17:00 do 7:00 hodin (poplatek se hradí jen v případě, že nedojde k následnému přijetí pojištěnce do ústavní péče).

Výše uvedené poplatky *se neplatí*, pokud jde o:

- preventivní prohlídku;
- dispenzární péči poskytovanou těhotným ženám (starším 18 let věku) ode dne zjištění těhotenství;
- hemodialýzu;
- laboratorní nebo diagnostické vyšetření vyžádané ošetřujícím lékařem, pokud není zároveň provedeno klinické vyšetření;
- vyšetření lékařem transfuzní služby při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně;
- děti do dovršení 18 let věku včetně tohoto dne, v případě, že je při návštěvě u lékaře provedeno klinické vyšetření nebo se jedná o návštěvní službu;

- případy, kdy se neprovádí klinické vyšetření;
- výdej zdravotnických prostředků předepsaných na poukaz;
- výdej léčivých přípravků předepsaných na recept, avšak nehrazených z v. z. p.;
- výdej léčivých přípravků předepsaných na recept s uvedením „hradí pacient“;
- výdej léčivých přípravků, jejichž výdej není vázán na lékařský předpis a pojištěnec je hradí plně;
- poskytování péče, která není hrazena z v. z. p.;
- ústavní péči o narozené dítě, a to ode dne porodu do dne propuštění ze zdravotnického zařízení ústavní péče.

Dnem 1. dubna 2009 vstoupila v platnost novela zákona.⁹¹ V souvislosti s touto novelou **došlo ke změnám v oblasti regulačních poplatků**, a to ke *zvýhodnění týkající se zejména dětí do 18 let a seniorů ve věku od 65 let*. Změny je možno stručně shrnout takto:⁹²

- **u dětí do 18 let** se ruší poplatek 30 korun u lékaře (poplatky zůstávají: 60 Kč za den pobytu v nemocnici, léčebně apod., 90 Kč za pohotovost, 30 Kč za návštěvu u klinického psychologa nebo u klinického logopeda a 30 Kč za položku na receptu) a jejich ochranný limit se snížil na 2500 Kč z 5000 Kč;
- **u seniorů nad 65 let** se snížil ochranný limit na 2500 Kč z 5000 Kč, do tohoto limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely.

Osvobození od poplatků

Ke skupinám osob již dříve zákonem⁹³ vyjmenovaným, které neplatí žádné regulační poplatky, se doplňují

- děti umístěné na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo svěřené do pěstounské péče;
- osoby, kterým jsou poskytovány pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, domovech

⁹¹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

⁹² Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Regulační poplatky – změny k 1. 4. 2009* [online] [Cit. 2010-03-18]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/zmeny_k_1_4/>.

⁹³ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

pro seniory nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud jim po úhradě za ubytování a stravu zbude méně než 800,- Kč nebo pokud nemají žádný příjem (potvrzení o této skutečnosti jim vydá příslušný poskytovatel sociálních služeb).

Poplatek 30 korun za položku na receptu

Podle zákona se platí nadále, ale doplatek pacienta za položku na receptu se snížil o zaplacený poplatek nebo jeho příslušnou část tak, aby částka za doplatek a regulační poplatek činila nejméně 30,- Kč. To znamená, že u léků, které jsou plně nebo částečně hrazené ze zdravotního pojištění, se vždy hradí regulační poplatek.

Do limitu se nezapočítává

- poplatek 60 korun za každý den ústavní péče v nemocnici, v léčebně dlouhodobě nemocných, odborných léčebných ústavech včetně psychiatrických, dětské odborné léčebně a ozdravovně, lázních nebo za den komplexní lázeňské péče;
- poplatek 90 korun za návštěvu pohotovosti (lékařské služby první pomoci nebo ústavní pohotovostní služby).

Do limitu se započítává

- poplatek u lékaře ve výši 30 korun (za návštěvu u lékaře, při které bylo provedeno klinické vyšetření, za návštěvní službu poskytnutou praktickým lékařem, za návštěvu u klinického psychologa či klinického logopeda);
- poplatek 30 korun za položku na receptu (za vydání každého ze zdravotního pojištění plně nebo částečně hrazeného léčivého přípravku předepsaného na receptu, bez ohledu na počet předepsaných balení);
- doplatek za léčivé přípravky částečně hrazené pojišťovnou, ale pouze ve výši doplatku na nejlevnější na trhu dostupný léčivý přípravek s obsahem stejné léčivé látky a se stejnou cestou podání. To neplatí v případě, že předepisující lékař na receptu vyznačil, že lék nelze nahradit - pak se doplatek započítává v plné výši. Do limitu se nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely, předepsané na recept pojištěncům starším 65 let.

Lze konstatovat, že se ČR umísťuje na předních příčkách v nadměrném využívání zdravotní péče, a to nejen v Evropě. Podle zveřejněného materiálu,⁹⁴ vydaného ministrem MUDr. T. Julínkem v roce 2007, došlo k zavedení těchto regulačních poplatků především *za účelem omezit plýtvání a zneužívání zdravotních služeb*. Principem je, že v okamžiku, kdy pojištěnec čerpá nějakou zdravotní službu, si přes poplatek ve výši 30, 60 a 90 korun má uvědomit, že tato služba něco stojí, že péče mu poskytovaná má nějakou finančně vyjádřitelnou hodnotu. To by mělo vést ke změně jeho chování a ke zvážení, zda takovou službu v takové frekvenci nebo takovém množství (u léků) skutečně potřebuje.

Placení těchto poplatků vyvolalo řadu diskusí. Někteří je obhajují a jiní naopak velmi tvrdě kritizují. Podle tiskové zprávy MZ ČR⁹⁵ v roce 2008 došlo po jejich zavedení k utlumení zbytečných návštěv u lékaře. Podle tabulky v příloze 3 počet návštěv na pohotovosti klesl o 36 %, u ambulantních specialistů o 15 %, u ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních dokonce o 19 %. Došlo i k dalšímu očekávanému efektu – počet receptů na léky klesl o 28 % a výdaje na léky do 150 Kč poklesly o 19 %.

Regulační poplatky přinesly do českého zdravotnictví za první rok fungování, celkovou úsporu ve výši deseti miliard korun, z toho pět miliard korun se vybralo na regulačních poplatcích a dalších pět miliard představují úspory uvnitř systému. Zároveň se významně snížily výdaje na levné léky, což umožnilo zdravotním pojišťovnám zlepšit přístup k moderní účinné léčbě ve specializovaných centrech.⁹⁶

⁹⁴ Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008* [online] [Cit. 2010-03-18]. Dostupné z <http://www.fnplzen.cz/dokumenty/brozura_mzcr.pdf>.

⁹⁵ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tisková zpráva: *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných, ze dne 11. 3. 2009* [online] [Cit. 2010-03-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-ustporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>>.

⁹⁶ Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tisková zpráva: *Zrušení či omezení regulačních poplatků omezi kvalitu a dostupnost péče pro české pacienty, ze dne 15. 5. 2009* [online] [Cit. 2010-03-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/862-tiskove-prohlaseni-mz-zruseni-ci-omezeni-regulacnich-poplatku-omezi-kvalitu-a-dostupnost-pece-pro-ceske-pacienty.html>>.

5.2 Způsoby úhrady ambulantní zdravotní péče

Pro financování českého zdravotnictví platí, že je každá jeho oblast financována odlišně. V této podkapitole jsou rozebrány způsoby úhrady ambulantní zdravotní péče, kterou zajišťují praktičtí a specializovaní lékaři.

5.2.1 Praktičtí lékaři

U financování praktických lékařů se uplatňuje systém, kdy část odměny lékaře je založena na kapitaci, tj. fixní části, a druhá část peněz je v závislosti na provedených výkonech. Praktický lékař uzavírá smlouvy s příslušnými zdravotními pojišťovnami, u kterých jsou přihlášení jeho pacienti. Pravidelně každý měsíc pak příslušným pojišťovnám účtuje úhradu za poskytnutou péči. Pojišťovny mu posílají úhrady podle termínů určených ve smlouvě.

Lékař dostává *část své odměny ve fixní formě*, tj. ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, které ho má ve své registraci. Tuto část odměny dostává pouze za registraci pojištěnce, tj. bez ohledu na to, zda tento pacient v průběhu měsíce lékaře navštívil nebo ne. Tato pevná část platby je však v závislosti na věku pacienta, vykazuje se tzv. kapitační jednotka.

Druhou složkou plateb praktických lékařů tvoří *platby za určité úkony*. Rozsah těchto úkonů je zdravotní pojišťovnou oznámen předem soupisem těchto hrazených úkonů. Lékaři vykazují svou činnost podle Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kde hodnota bodu je stanovena v korunách. Výše základní sazby na jednoho pojištěnce je upravena koeficientem. Výše koeficientu závisí na věku pacienta, a to z důvodu, že s přibývajícím věkem náklady na pacienta rostou. Koeficienty jsou uvedeny v tabulce 10, kde index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let.

Podle grafu 2 péče praktických lékařů měla podíl v roce 2008 5,2 % z celkových nákladů zdravotních pojišťoven.

Tabulka 10: Věkové skupiny a indexy

| Věková skupina | Index |
|----------------|-------|
| 0 - 4 let | 3,91 |
| 5 - 9 let | 1,70 |
| 10 - 14 let | 1,35 |
| 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: Příloha č. 2 k vyhlášce č. 471 /2009 Sb.⁹⁷

Pro financování zdravotní péče poskytovanou praktickými lékaři se používá:⁹⁸

- kombinovaná kapitačně výkonová platba,
- kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace,
- úhrada podle seznamu výkonů.

⁹⁷ Příloha č. 2 k vyhlášce č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010 [online] [Cit. 2010-03-26]. Dostupné z <<http://www.lexdata.cz/ipravnik/lexdata/files.nsf/77052e986340188ec1257435004f6b61/3dc47eb07a969788c125769c003dba4d?OpenDocument>>.

⁹⁸ Vyhláška č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010.

1. Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Kapitační platba se vypočítá podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočítá vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách násobených indexem podle tabulky 10. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Níže jsou uvedeny základní sazby podle vyhlášky č. 471 /2009 Sb.⁹⁹

- a) 50 Kč pro praktické lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinální hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje pacientům se objednat alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.*
- b) 49 Kč pro praktické lékaře, poskytující zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 ordinálních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinální hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Pokud to místní podmínky vyžadují, mohou se zdravotní pojišťovna se zdravotnickým zařízením dohodnout na prodloužení ordinálních hodin odlišně.*
- c) 47 Kč pro ostatní praktické lékaře*
- d) 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost*

Pro zdravotní péči podle seznamu výkonů a pro zdravotní péči poskytovanou zahraničním pojištěncům je stanovena hodnota bodu ve výši 0,95 Kč. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce

⁹⁹ Příloha č. 2 k vyhlášce č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010 [online] [Cit. 2010-03-26]. Dostupné z <<http://www.lexdata.cz/ipravnik/lexdata/files.nsf/77052e986340188ec1257435004f6b61/3dc47eb07a969788c125769c003dba4d?OpenDocument>>.

příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce, je hodnota bodu 1,05 Kč a pro výkony dopravy v návštěvní službě ve výši 0,91 Kč.

2. *Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace*

Výše kapitační platby s dorovnáním kapitace se vypočte jako kombinovaná kapitační výkonová platba. *Dorovnání kapitace* se poskytuje v případech, kdy praktický lékař má, s ohledem na geografické podmínky, *menší počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu pojištěnců¹⁰⁰ příslušné zdravotní pojišťovny.* Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřeno smlouvu podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením z celkového počtu pojištěnců všech zdravotních pojišťoven registrovaných tímto zdravotnickým zařízením. V současnosti pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za zahraniční pojištěnce je hodnota bodu stanovena ve výši 1,05 Kč a pro výkony dopravy v návštěvní službě je 0,91 Kč.

3. *Zdravotní péče hrazená podle seznamu výkonů*

U této úhrady jsou zdravotní výkony hodnoceny podle celkové náročnosti, materiálové, tak podle stupně požadované kvalifikace personálu. Na základě těchto kritérií jsou oceněny výkony počtem bodů. Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů je stanovena hodnota bodu ve výši 1 Kč a pro výkony dopravy v návštěvní službě je hodnota bodu stejná jako v předchozím případě, tj. 0,91 Kč.

5.2.2 Ambulantní specialisté

Do ambulantní specializované péče patří specialisté všech oborů, tedy odborní lékaři. Pro úhradu této specializované je používán sazebník „Seznam zdravotních výkonů“ s bodovými hodnotami, které jsou vyjádřeny v korunách. Tento sazebník vydává MZ ČR. Hodnota bodu je záležitostí dohodovacího řízení zdravotních pojišťoven a Lékařské

¹⁰⁰ Celostátní průměrný počet se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného VZP ČR.

komory a je stanovena pro nadcházející čtvrtletí. Maximální úhrady se počítají na jednoho ošetřeného pojištěnce. Platby pro rok 2010 se určí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši podle vyhlášky, ze které uvádím například tyto:¹⁰¹

- a) 0,95 Kč pro zdravotní péči podle seznamu výkonů, včetně zdravotní péče poskytované zahraniční pojištěncům, pokud není stanoveno jinak,
- b) 1,80 Kč pro zdravotnická zařízení vykazující výkony odbornosti psychoterapie a klinická psychologie,
- c) 1,80 Kč pro zdravotnická zařízení poskytující hemodialyzační péči,¹⁰²
- d) 1 Kč pro zdravotnická zařízení smluvní odbornosti ortoptika, klinická logopedie,¹⁰³
- e) 0,71 Kč pro určité výkony smluvní odbornosti radiační onkologie,¹⁰⁴
- f) 0,96 pro určité výkony smluvní odbornosti oftalmologie,¹⁰⁵

Zdravotní péče poskytnutá nad vypočtený objem v dané odbornosti, vyjádřená počtem bodu za výkony za referenční období, se hradí ve výši 0,30 Kč. Podrobněji o hodnotě bodu a výši úhrad je uvedeno ve vyhlášce č. 471 /2009 Sb.¹⁰⁶

¹⁰¹ Příloha č. 3 k vyhlášce č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010 [online] [Cit. 2010-03-26]. Dostupné z <<http://ftp.aspi.cz/opispdf/2009/150-2009.pdf>>.

¹⁰² Hemodialýza je metoda odstraňování odpadních látek a nadbytečné vody z krve při selhání ledvin.

¹⁰³ Ortoptika je druh rehabilitace, která se podílí na preventivní, léčebné a diagnostické péči s cílem dosažení co nejlepší zrakové ostrosti, navození jednoduchého binokulárního vidění u vrozených a získaných očních vad. Logopedie se zabývá poruchami řeči u dětí i dospělých.

¹⁰⁴ Radiační onkologie je součástí lékařského oboru zvaného onkologie a zaměřuje se na diagnostiku a podpůrnou léčbu nemocných s nádorovým onemocněním za pomoci ionizujícího záření.

¹⁰⁵ Oftalmologie se zabývá onemocněními a chirurgií zrakových drah, jež zahrnují oko, mozek, a oblasti okolo mozku, jako je slzný systém nebo oční víčka.

¹⁰⁶ Příloha č. 5, 6, 7 k vyhlášce č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010 [online] [Cit. 2010-03-26]. Dostupné z <<http://www.lexdata.cz/ipravnik/lexdata/files.nsf/77052e986340188ec1257435004f6b61/3dc47eb07a969788c125769c003dba4d?OpenDocument>>.

5.2.3 Stomatologická péče

Stomatologové jsou placeni podle vykázaných výkonů. Lékaři poskytují stomatologickou péči podle samostatného stomatologického sazebníku, kde jsou jednotlivé výkony ohodnocené v bodech, které jsou přímo vyjádřeny v korunách. Tento sazebník prosadila Česká stomatologická komora a obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny přímo pacientem, popřípadě výrobků, na které pacient přispívá částečně. Někdy pojišťovny provádí také navýšení ceny některých výkonů v závislosti na růstu cen materiálů, režijních položek apod. U stomatologické péče dochází k regulaci množství výkonů prostřednictvím ročního vyúčtování.¹⁰⁷ Systém přímých plateb stomatologům se zdá jako nejlepší možné řešení financování zdravotnické péče u těchto lékařů. Podle názorů lékařů, je považován tento způsob financování za velmi zdařilý a vhodný i pro další specializace ambulantní péče. Jak lze vidět z grafu 2, stomatologická péče se podílela v roce 2008 na celkových nákladech zdravotních pojišťoven 4,7 %.

Pro rok 2010 je hodnota bodu ve výši 0,95 Kč, nebo může být zdravotní péče hrazena, pokud není uvedenou hodnotou bodu, na základě smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Zde uvádím některé výkony a výši jejich úhrad podle přílohy k vyhlášce 471/2009 Sb.:¹⁰⁸

- *vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce.....368 Kč,*
- *opakované vyšetření a ošetření v rámci preventivní péče.....294 Kč,*
- *stomatologické ošetření registrovaného pojištěnce od 1 roku do 6 let v rámci preventivní péče..... 105 Kč,*
- *stomatologické ošetření pojištěnce od 6 let do 15 let.....68 Kč,*
- *akutní ošetření a vyšetření neregistrovaného pojištěnce v rámci pohotovostní služby.....295 Kč apod.*

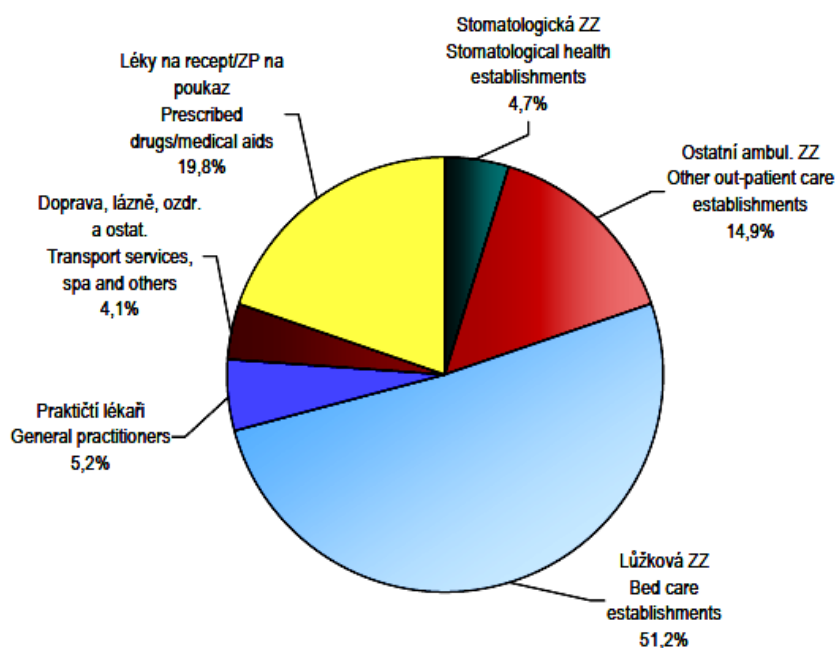
¹⁰⁷ Počet výkonů nesmí být výrazně překročen proti předchozímu období.

¹⁰⁸ Příloha č. 11 k vyhlášce č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010 [online] [Cit. 2010-03-26]. Dostupné z <<http://www.lexdata.cz/ipravnik/lexdata/files.nsf/77052e986340188ec1257435004f6b61/3dc47eb07a969788c125769c003dba4d?OpenDocument>>.

5.3 Způsoby úhrady akutní lůžkové péče

Tato zdravotní péče se poskytuje v nemocnicích a léčebných ústavech, kde může být provozována současně také ambulantní péče. Z grafu 2 je patrné, že v současné době lůžková zdravotnická zařízení tvoří nejnákladnější položku zdravotních pojišťoven, a to 51,2 %.

Graf 2: Struktura nákladů zdravot. pojišťoven na zdravot. péči podle segmentů péče za rok 2008 (v %)



Zdroj: ÚZIS ČR¹⁰⁹

5.3.1 Financování nemocnic

Od roku 1997 jsou nemocnice financovány paušální platbou. Výše tohoto paušálu byla stanovena na základě skutečných údajů z předcházejícího roku. Vycházelo se z údaje ukazujícího, kolik finančních prostředků obdržela stejná nemocnice v předcházejícím roce. Paušální platby v případě nemocnic vycházejí ze skutečnosti, že cca 75 % celkových nákladů nemocnic představují právě tyto fixní náklady. Tyto náklady jsou nezávislé na počtu pacientů a prováděných výkonech. Výše paušálu byla

¹⁰⁹ ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008* [online] [Cit. 2010-6-04]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&archiv=1>.

tedy rozdílná u jednotlivých nemocnic, protože fixní náklady jsou náklady na topení, elektrickou energii apod. a nemocnice je nemohou ovlivňovat.

V nemocnicích se vedle úhrady paušální platbou uplatňuje i jiný způsob, který umožňuje odlišně proplácet různé typy zdravotní péče. Jinak je proplácena ambulantní péče a jinak lůžková péče.

Některé fakultní a místní nemocnice mohou být kromě financování zdravotními pojišťovnami ještě financovány příspěvky ze státního, popřípadě krajského rozpočtu, v řadě případů však jen jako doplňující prvek v rámci celého systému financování. Podle typu zdravotnického zařízení se zdravotní péče poskytovaná v lůžkových zařízeních hradí dvěma způsoby.¹¹⁰

1) V lůžkové péči a jiné ústavní péči (s výjimkou odborných léčebných ústavů, léčeben dlouhodobě nemocných) pro rok 2010 zahrnuje:

- *individuálně smluvně sjednanou složku úhrady,*
- *paušální složku úhrady za hospitalizační péči,*
- *úhradu formou případového paušálu,*
- *ambulantní složku úhrady.*

Pro zdravotní péči, která je hrazena podle seznamu výkonů, je stanovena hodnota bodu pro výši 0,91 Kč.

2) Ústavní péče v odborných léčebných ústavech a léčebnách dlouhodobě nemocných se hradí:

- *paušální sazbou za jeden den hospitalizace,* která je stanovena pro každou kategorii pacienta a typ ošetrovacího dne samostatně a zahrnuje hodnotu příslušného ošetrovacího dne, paušální částku, kterou se platí léčivé přípravky a zdravotní výkony, kterými se vykazuje příjmové a propouštění vyšetření podle seznamu výkonů;

¹¹⁰ Příloha č. 1 k vyhlášce č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010 [online] [Cit. 2010-03-26]. Dostupné z <<http://www.lexdata.cz/ipravnik/lexdata/files.nsf/77052e986340188ec1257435004f6b61/3dc47eb07a969788c125769c003dba4d?OpenDocument>>.

- *hodnotou bodu*, která činí pro ambulantní zdravotní péči 0,95 Kč, pro zvláštní ústavní péči ve zdravotnických zařízeních hospicového typu 0,90 Kč.

Nemocnice patří mezi významné poskytovatele zdravotní péče. Jejich celkové náklady ke konci roku 2008 dosáhly hodnoty 112,1 mld. Kč, což je o 8 % více než v roce 2007. Nejvyšší náklady představují osobní náklady, které činily 43,2 % z celkových výdajů nemocnic. Celkové výnosy nemocnic ve výši 112,3 mld. Kč představovaly meziroční nárůst stejně jako náklady o 8 %. Hlavním zdrojem příjmů pro nemocnice představují úhrady od zdravotních pojišťoven, které v roce 2008 tvořily 82 % všech výnosů nemocnic.¹¹¹

5.3.2 Financování systémem DRG

Současný způsob úhrady nemocnicím pomocí historicky nastavených paušálů je nevyhovující a nadále do budoucna neudržitelný, proto je nutná změna ve financování. Jednou z možností je financování pomocí systému DGR.¹¹² DGR patří mezi CASE-MIX systémy. Jde o klasifikační systémy, které zařazují nemocné do skupin podle definovaných vlastností. Sledovány mohou být například věk, pohlaví, diagnózy, léčebné výkony, porodní váha novorozenců, stav při propuštění z nemocnice apod. Hlavním důvodem klasifikací nemocných je sledování nákladů na jejich léčbu. Systém DRG je v současnosti uznáván za jediný klasifikační nástroj, který umožňuje měřit a objektivizovat činnost nemocnic a umožňuje jejich porovnávání mezi sebou. DRG systémů je více typů.¹¹³

Na základě skutečné produkce nemocnic *poskytuje podklady pro tvorbu rozpočtu a k spravedlivější alokaci zdrojů*. Závisí na dohodách mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče, popřípadě na vyjádření státní správy, který ze způsobů užití systému

¹¹¹ ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online] [Cit. 2010-03-18]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

¹¹² DRG = Diagnosis Related Groups. U nás se projekt DRG začal zkoušet na podzim v roce 1997 a účastnilo se ho 19 nemocnic za dohodnutých podmínek úhrady.

¹¹³ Liší se sledovanými parametry např. u samotných nemocných nebo u medicínských činností. Třídící program, který zařazování nemocných do skupin provádí, se nazývá obecně GROUPER. Ten je odlišný podle typu systému DRG. Verze upravená pro naši republiku vychází z Verze č. 12.0 "All Patient Diagnosis Related Groups" (AP DRG).

DRG bude zvolen. Systém DRG lze u nás použít k úhradě zdravotní péče v těchto možnostech:

- DGR jako podklad k tvorbě rozpočtu,
- užití k platbě určitého procenta objemu nákladů, týkajících se lůžek akutní péče nemocnice,
- DGR jako podklad určení variabilních nákladů (při užití metody fixních a variabilních nákladů).¹¹⁴

5.4 Financování léků a lékáren

Léky jsou léčivé látky a léčivé přípravky upravené do definitivní podoby,¹¹⁵ v jaké se používají a podávají pacientovi. Systém financování léků je závislý na státu a jeho zdravotní politice. Podle zákona¹¹⁶ státní správu v oblasti humánních léčiv vykonávají: MZ ČR, Ministerstva vnitra, spravedlnosti a obrany, Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Od roku 1995 je u nás používán tzv. „*generický princip kategorizace a úhrady*“, který je založen na tom, že v určité skupině léků je alespoň jeden plně hrazen ze zdravotního pojištění. U nás jsou léky vydávány zdarma, s doplatkem (pokud zdravotní pojišťovna hradí lék jen z části), nebo přímo v hotovosti v plné výši (pokud nejsou tyto léky na předpis, nebo na ně zdravotní pojišťovna nepřispívá).

Lékárny nakupují léky a zdravotnické pomůcky od výrobců ze svých finančních prostředků, nebo z cizích zdrojů. V případě, že lékárna spadá pod nějaký zdravotnický subjekt, nákup léků je financován tímto subjektem, kterým může být například nemocnice. Peněžní částky z lékařských předpisů pak lékárně uhrazuje příslušná zdravotní pojišťovna. V lékárně se platí regulační poplatek 30 Kč za vydání jednoho druhu léku, tj. jednu položku na receptu bez ohledu na množství, u kterého se uplatňuje

¹¹⁴ Všeobecná zdravotní pojišťovna. *Zdravotnické noviny - Současný stav systému DRG u nás* [online] [Cit. 2010-03-25]. Dostupné z

<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/ArchivDRG/Clanek_ze_Zdravotnickych_novin/>.

¹¹⁵ *Léčivými látkami* se rozumějí látky přírodního nebo syntetického původu, zpravidla s farmakologickým či imunologickým účinkem nebo ovlivňující metabolismus, které slouží k prevenci, léčení a mírnění chorob, určení diagnózy a k ovlivňování fyziologických funkcí. *Léčivými přípravky* se rozumějí přípravky získané technologickým zpracováním léčivých látek a pomocných látek, jakož i rostlin využívaných pro farmaceutické a terapeutické účely, a to samostatně nebo ve směsi, do určité lékové formy, balené ve vhodných obalech a náležitě označené, které jsou určeny k podání lidem.

¹¹⁶ Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů.

úhrada ze zdravotního pojištění. Příjem poplatků v lékárně je vyrovnán snížením obchodní přírážky na léky. Tento poplatek 30 Kč hrazený v lékárně se započítává do ochranného limitu. Regulační poplatek se **nehradí** v těchto případech:¹¹⁷

- léčivý přípravek je předepsán na recept, ale není hrazen ze zdravotního pojištění,
- léčivý přípravek je předepsán na recept, ale lékař vyznačil na receptu „hradí pacient“ a pacient tedy plnou cenu léku zaplatí sám,
- léčivý přípravek není vázán na lékařský předpis.

Od roku 2010 byla u léčivých přípravků zvýšena sazba DPH, z 9% na 10%. I přesto však zůstala zachována cena léčivých přípravků, a to díky odpočtu. *Odpočet* vyrovnává změnu DPH. Je to částka, která se odečítá od konečné ceny léčivého přípravku, který je po provedení odpočtu plně hrazený nebo u výdeje přípravků v případech, ve kterých regulační poplatek nebyl vybrán. Doplatky pro pacienty ve většině případů se nezvýšily a v některých případech došlo i k jejich poklesu. Odpočet se vypočítá níže uvedeným způsobem.

$$\text{Regulační poplatek } (30) * \{0,25 * [\text{ARCTG}^{118} (\text{cena výrobce}/50 - 2,5) + 1,6]\}^{119}$$

Od 1. 1. 2008 úhradu, tj. část ceny pro konečného spotřebitele, kterou zaplatí zdravotní pojišťovna, stanovuje SÚKL. Stanovení úhrady probíhá ve správním řízení, do kterého může vstupovat zdravotní pojišťovna a výrobce léku.¹²⁰

Ceny některých hrazených léčiv mohou být regulovány maximální cenou výrobce a obchodní přírážkou. Maximální cena výrobce představuje nejvyšší možnou cenu, za kterou může výrobce nebo dovozce uvádět léčivo na český trh. Cena léčiv je dále regulována obchodní přírážkou. Distributor spolu s lékárnou může uplatnit obchodní přírážku pouze ve výši stanovené MZ ČR. Maximální cenu výrobce, která je základem pro výpočet prodejní ceny, stanovuje od 1. 1. 2008 SÚKL. Pravidla pro stanovení

¹¹⁷ SÚKL. *Jak je to s regulačním poplatkem v lékárně* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <<http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/jak-je-to-s-regulacnim-poplatkem-v-lekarne>>.

¹¹⁸ ARCTG = arkus tangens.

¹¹⁹ SÚKL. *Co je to odpočet* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <<http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/co-je-to-odpocet>>.

¹²⁰ SÚKL. *Kdo stanovuje cenu léku* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <<http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-uhradu-leku>>.

maximální ceny výrobce jsou jasně vymezena zákonem. Maximální cena výrobce se stanovuje ve výši:¹²¹

- průměru výrobních cen v zemích referenčního koše (8 zemí EU),
- průměru tří nejnižších výrobních cen ve státech EU,
- výrobní ceny nejbližšího terapeuticky porovnatelného přípravku v ČR nebo v EU,
- ceny pro konečného spotřebitele, tj. prodejní cena v lékárně.

V lékárnách se nakupují léčiva za prodejní cenu, tj. cena pro konečného spotřebitele. Tato cena se vypočítá zjednodušeně tímto způsobem.¹²²

Maximální cena výrobce + obchodní přírážka + DPH - odpočet podle Cenového předpisu MZ ČR¹²³

U této ceny vždy záleží na tom, za jakou cenu výrobce lék uvedl na trh a zda distributor nebo lékárna využili plnou výši obchodní přírážky. Výše maximální ceny u regulovaných léčiv je stanovena SÚKLEM. Tuto cenu nesmí výrobce nebo dovozce překročit, ale je možné obchodovat léčivý přípravek za nižší cenu.

Z tabulky 11 je vidět, že výdaje na léky postupně rostou, a to i v případě klesající nebo stagnující spotřeby. Tento problém zvyšujících se nákladů se projevuje nejen v ČR, ale i v ostatních vyspělých zemích. Příčinou rostoucích nákladů je především zvyšující se cena léčiv, vliv reklam, nákupy preventivních prostředků v podobě vitamínů a jiných doplňků, ale také v předchozích letech zvyšující se počet předpisů na léky. Z důvodu vysokých nákladů na výrobu léků nebo dovoz MZ ČR zavedlo opatření v podobě limitů, které zabraňují lékařům předepisování vysokého počtu nákladných léčiv.

V roce 2008 byl ovlivněn vývoj v distribuci léků několika faktory. Jedním z nich bylo zavedení nového systému stanovování maximálních cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, výše a podmínek úhrady z veřejného zdravotního

¹²¹ SÚKL. *Kdo stanovuje cenu léku* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <<http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-uhradu-leku>>

¹²² SÚKL. *Z čeho se skládá cena léku* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <<http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/z-ceho-se-sklada-cena-leku>>.

¹²³ Odpočet se uplatňuje jen v případě plně hrazených léčivých přípravků nebo v případě, kdy regulační poplatek nebyl vybrán.

pojištění, který je od 1. 1. 2008 plně v kompetenci SÚKL. Dalším faktorem bylo nabytí účinnosti zákona o stabilizaci veřejných rozpočtů k 1. 1. 2008, kterým se stanovila výše regulačních poplatků.

Tabulka 11: Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků

| Distribuované léčivé přípravky | Rok | | | | | |
|--------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 |
| <i>V mld. Kč</i> | 52,22 | 56,99 | 64,89 | 58,97 | 67,16 | 72,75 |
| <i>Počet balení v mil. ks</i> | 346,03 | 338,77 | 368,96 | 320,01 | 343,12 | 317,66 |

Zdroj: ÚZIS ČR¹²⁴

Podle tabulky 11 v roce 2008 bylo v ČR dodáno do lékáren a jiných zařízení 317,66 milionů balení léčivých přípravků. Ve srovnání s rokem 2007 to znamená pokles o 7,42 %. Jde o nejnižší počet balení za posledních 12 let.

Podle statistiky průměrná cena jednoho balení léčivého přípravku pro konečného spotřebitele se zvýšila ze 195,80,- Kč v roce 2007 na 229,- Kč v roce 2008, což představuje nárůst¹²⁵ přibližně o 17 %. Pokles počtu receptů 24 % oproti předchozímu roku 2007 byl způsoben pravděpodobně zavedením regulačních poplatků. Na jednoho obyvatele ČR připadlo průměrně 6,6 kusů receptů, průměrný doplatek na recept včetně regulačních poplatků byl 122,- Kč.¹²⁶

5.5 Celkové výdaje na zdravotnictví

V roce 2008, ale i v předešlých letech, byla hrazena větší část z celkových výdajů na zdravotnictví systémem veřejného zdravotního pojištění, tj. 76,4 % výdajů. Z veřejných rozpočtů se uhradilo 7,0 % celkových výdajů a soukromé výdaje tvořily 16,6 %. Vzájemný poměr těchto zdrojů financování zůstává v posledních letech téměř podobný.

¹²⁴ ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008* [online] [Cit. 2010-6-04]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&archiv=1>.

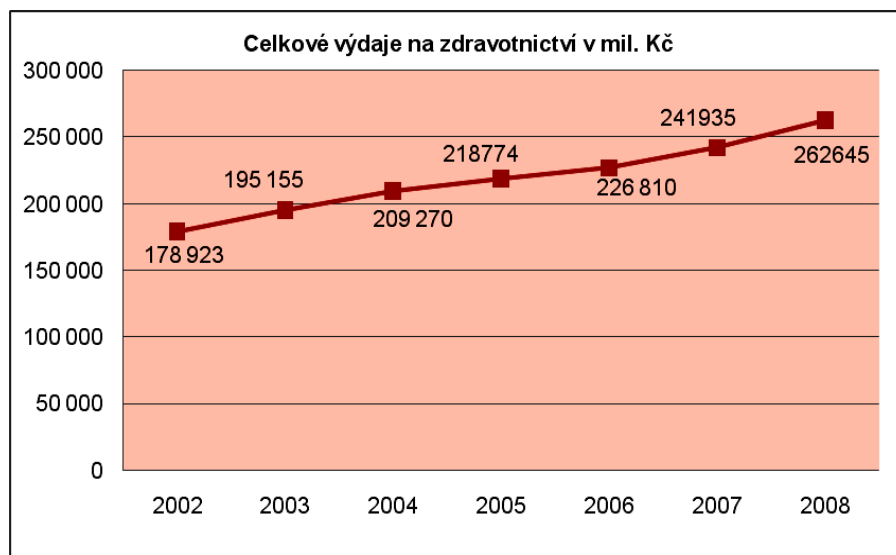
¹²⁵ Ze zprávy SÚKL „Hodnocení vývoje distribuce léčivých přípravků za rok 2008“.

¹²⁶ ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online] [Cit. 2010-03-18]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

Podíl soukromého sektoru na celkových výdajích na zdravotnictví je v ČR ve srovnání s ostatními státy poměrně malý. V ČR jsou tyto soukromé výdaje tvořeny zejména přímými platbami domácností.

Níže uvedený graf 3 znázorňuje trend narůstajících celkových výdajů na zdravotnictví v jednotlivých letech. Významnou položkou celkových výdajů tvoří náklady na léčiva, které mají v posledních letech rostoucí tendenci. Další příčinou rostoucích výdajů na české zdravotnictví jsou demografické změny, a to stárnutí populace, které s sebou nese zvyšování spotřeby zdravotní péče a s tím spojených vyšších nákladů.

Graf 3: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v mil. Kč



Zdroj: vlastní zpracování údajů z ÚZIS ČR¹²⁷

Z následující tabulky 12 je zřejmé, že celkové výdaje na zdravotnictví vzrostly oproti roku 2007 o 20 710 mil. Kč a dosáhly v roce 2008 262 645 mil. Kč, tj. 25 182 Kč na 1 obyvatele. Tyto celkové výdaje představují 7,12 % HDP roku 2008.

¹²⁷ ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008* [online] [Cit. 2010-6-04]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&archiv=1>.

Tabulka 12: Vývoj výdajů na zdravotnictví

| <i>Výdaje</i> | <i>Rok</i> | | | | | | |
|-----------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------|
| | <i>1995</i> | <i>2000</i> | <i>2004</i> | <i>2005</i> | <i>2006</i> | <i>2007</i> | <i>2008¹²⁸</i> |
| Veřejné výdaje | | | | | | | |
| absolutně (v mil. Kč) | 93 309 | 132 962 | 184 825 | 191 356 | 197 027 | 206 565 | 219 119 |
| na 1 obyvatele (v Kč) | 9 032 | 12 943 | 18 108 | 18 698 | 19 191 | 20 011 | 21 009 |
| podíl na HDP (v %) | 6,36 | 6,07 | 6,57 | 6,41 | 6,11 | 5,84 | 5,93 |
| Soukromé výdaje | | | | | | | |
| absolutně (v mil. Kč) | 9 355 | 13 873 | 24 445 | 27 418 | 29 783 | 35 370 | 43 526 |
| na 1 obyvatele (v Kč) | 905 | 1 350 | 2 395 | 2 679 | 2 901 | 3 426 | 4 174 |
| Celkové výdaje | | | | | | | |
| absolutně (v mil. Kč) | 102 664 | 146 835 | 209 270 | 218 774 | 226 810 | 241 935 | 262 645 |
| na 1 obyvatele (v Kč) | 9 938 | 14 294 | 20 503 | 21 377 | 22 092 | 23 437 | 25 182 |
| podíl na HDP (v %) ¹²⁹ | 7,00 | 6,71 | 7,43 | 7,33 | 7,04 | 6,84 | 7,12 |

Zdroj: ÚZIS ČR¹³⁰

¹²⁸ Předběžné údaje

¹²⁹ HDP podle údajů zveřejněných ČSÚ do 31. 10. 2009.

¹³⁰ ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online] [Cit. 2010-03-18]. Dostupné z

<http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

6 Shrnutí analýzy a možné směry vývoje zdravotnictví

Financování českého zdravotnictví je založeno na více zdrojích, přičemž hlavním zdrojem, ze kterého se hradí zdravotní péče, je veřejné zdravotní pojištění. Tyto finanční prostředky pokryly v roce 2008 76,4 % celkových nákladů na tuto péči. Jako další zdroj pro financování českého zdravotnictví představují peněžní prostředky ze státního rozpočtu a územních rozpočtů. Pro porovnání s veřejným pojištěním tyto rozpočty hradily ve stejném roce 7 % celkových nákladů na zdravotnictví, především výdaje na vědu a výzkum, vzdělávání zdravotnických pracovníků, ale také na úhrady pojistného za „státní pojištěnce“. Na zabezpečování systému financování zdravotní péče se podílejí i přímé platby od fyzických a právnických osob, a to v podobě placení například regulačních poplatků, výdajů u stomatologů, za optické pomůcky, léčiva, která nejsou plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění atd.

Dá se říci, že každá oblast našeho zdravotnictví je financována odlišně. U financování praktických lékařů se uplatňuje systém, kdy část odměny lékaře je založena na kapitaci (fixní části), a druhá část peněz je závislá na provedených výkonech. V současnosti se pro jejich úhradu poskytované péče používá kombinovaná kapitačně výkonová platba, kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapítace a úhrada podle seznamu výkonů. V roce 2008 se činnost praktických lékařů podílela na celkových nákladech zdravotních pojišťoven 5,2 %. K úhradě specializovaných lékařů je používán sazebník s bodovými hodnotami, které jsou vyjádřeny v korunách. Stomatologové jsou placeni podle vykázaných výkonů a některé materiály a výrobky jsou hrazeny přímo pacienty, nebo na ně přispívají částečně.

V nemocnicích se vedle úhrady paušální platbou uplatňuje i jiný způsob, který umožňuje odlišně hradit různé typy zdravotní péče. Jinak je proplácena ambulantní péče a jinak lůžková péče. Celkové náklady nemocnic ke konci roku 2008 dosáhly 112,1 mld. Kč, což je o 8 % více než v roce 2007. V současné době lůžková zdravotnická zařízení je jednou z nejnákladnějších položek zdravotních pojišťoven, a to 51,2 %. Můžeme říci, že další možností financování nemocnic je také prostřednictvím systému DGR. Na základě skutečné produkce nemocnic systém DGR poskytuje podklady pro tvorbu rozpočtu a ke spravedlivější alokaci zdrojů.

Léčiva jsou hrazena způsobem, že v určité skupině léků je alespoň jeden plně hrazen ze zdravotního pojištění. U nás jsou léky vydávány zdarma, s doplatkem (pokud

zdravotní pojišťovna hradí lék jen z části), nebo přímo v hotovosti v plné výši (pokud nejsou tyto léky na předpis, nebo na ně zdravotní pojišťovna nepřispívá). Ceny některých hrazených léčiv jsou regulovány maximální cenou výrobce a obchodní přírůžkou. Výdaje na léky se každým rokem zvyšují, a to i v případě klesající nebo stagnující spotřeby. Tento problém zvyšujících se nákladů se projevuje nejen v ČR, ale i v ostatních vyspělých zemích.

Z předchozí kapitoly je zřejmé, že celkové výdaje na české zdravotnictví stále narůstají. Za rok 2008 dosáhly 262 645 mil. Kč. Tato částka představuje 25 182 Kč na jednoho obyvatele. Tento nepříznivý vývoj celkových výdajů je způsoben řadou faktorů. Jedním z nich představují například rostoucí ceny léků. Další příčinou do budoucna jsou demografické změny, a to stárnutí populace, které s sebou nese zvyšování spotřeby zdravotní péče a s tím spojených zvyšujících nákladů atd.

V této kapitole uvádím problémové oblasti ve zdravotnictví, které je třeba do budoucna řešit. Některá doporučení k těmto problémům vychází ze zveřejněného materiálu k projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR.¹³¹

Podle mého názoru je nutné připomenout, že trend narůstajících výdajů na zdravotnictví se zdá být do budoucna, při zachování dostupnosti zdravotní péče, zdrojů financování atd., neudržitelný.

V českém zdravotnictví se vyskytuje celá řada problémů, které souvisejí se zvyšováním nároků na zdroje na straně jedné a s omezováním spotřeby spojené s poskytováním zdravotní péče na straně druhé za účelem udržení rovnováhy mezi dostupnými prostředky a jejich užitím.

Základním východiskem pro řešení dlouhodobých problémů je, že zdravotnictví by mělo zůstat i nadále veřejnou službou, v jejímž rámci by měla fungovat konkurence s jasně stanovenými pravidly. Všechna řešení do budoucna by měla usilovat o zvýšení efektivity systému, zajištění bezpečnosti a kvality péče a o garanci spravedlnosti a solidarity těm, kteří tuto péči nezbytně potřebují. Níže uvádím některé oblasti, na které je nutné se zaměřit.

¹³¹ Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR: Identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení*, leden 2009 [online] [Cit. 2010-8-04]. Dostupné z <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava_celek.pdf>.

Systém zdravotního pojištění – dá se říci, že u nás chybí dostatečný prostor pro konkurenci a vzájemné odlišení zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny mají omezené možnosti odlišit se od ostatních, proto je pro pojištěnce změna zdravotní pojišťovny nezajímavá. Tím dochází ke skutečnosti, že se snižuje motivace zdravotních pojišťoven usilovat o klienty dobrým hospodařením a kvalitními službami.

Nedokonalý systém přerozdělování motivuje pojišťovny, aby si vybíraly pojištěnce, kteří jsou pro ně výhodní.¹³² Tomuto by se mělo zabránit například systémem přerozdělování prostředků podle více kritérií. V současnosti nemají zdravotní pojišťovny rovné postavení před zákonem. Doporučením do budoucna je, aby všechny pojišťovny postupovaly podle stejného zákona a stejných pravidel.

Léčiva - z výše uvedeného o lécích v této kapitole vyplývá, že tvoří významnou výdajovou položku. V současné době ceny léků je možné jen částečně ovlivnit lékovou politikou a úhradovými mechanismy. Dochází za posledních několik let k vysoké spotřebě léků. Ke zvyšující se spotřebě přispívá skutečnost, že jsou v mnohých případech zbytečně předepisovány a často dochází k jejich nevyužití. Problémem v současné době je také to, že příliš velké množství léků je vázaných na lékařský předpis. Pacienti nemají žádný potřebný přístup k informacím o lécích a dochází k tomu, že se mohou méně podílet na rozhodování o jejich spotřebě.

Vzhledem k vývoji spotřeby léků je důležité se zaměřit na změny v návycích, motivaci a znalostech pacientů a lékařů. Je nutné, aby byly definovány doporučené postupy v předepisování a výdajů léků a více se podporovala vzdělanost lékařů a lékárníků v této oblasti. Dále je potřebné přezkoumat možné obcházení regulačních pravidel v praxi. Například je-li základem pro výpočet úhrady skutečně obchodovaná cena, představuje používání dvojích obchodovaných cen umělé udržování vyšší úhrady. Vzhledem k tomu, že úhradový mechanismus obchodní přírůžkou postrádá motivace k racionálnímu zacházení s léky. Do budoucna by se měla zvážit možnost kombinovaného systému úhrady, tj. výkon plus přírůžka. Dalším doporučením je, aby lékaři i pacienti byli dobře informováni o výši spoluúčasti při předepisování. Pacient by tak měl možnost případně zvolit lékařem jiný lék.

¹³² V současné době jsou lákavými pojištěnci pro zdravotní pojišťovny například zdravé osoby vyššího věku.

Financování zvláště nákladné péče – dnešní medicína umí řešit různé závažné zdravotní problémy. Na druhé straně je tato péče velmi nákladná, a tedy vyčerpává velké množství peněžních prostředků.

Řešením do budoucna v této oblasti může být regulace počtu poskytovatelů této nákladné péče, a to například výčtovou vyhláškou nutnou k navázání smluvního jednání se zdravotní pojišťovnou. Při poskytování nákladné péče se také doporučuje koncentrace specializované péče do větších celků. Dále je potřebné více informovat veřejnost o možnostech léčby v jiném členském státě EU hrazené zdravotními pojišťovnami, a to v případě, že u nás neexistuje.

Struktura zdravotní péče – V ČR je nevyhovující struktura lůžkového fondu. Akutní lůžka, která jsou dražší a často využívána pro řešení problémů, které je možné řešit nemocniční péčí v jiných zařízeních, nebo ambulantní péčí. Základní příčina tohoto problému je přisuzována špatně nastaveným mechanismům úhrady.

Je nutné provést restrukturalizaci lůžkového fondu, aby došlo ke snížení nákladů na tuto zdravotní péči. Doporučuje se vyrovnat ocenění výkonů, aby se úhrady od zdravotních pojišťoven za jednotlivé druhy péče narovnaly. Je také nezbytné se zaměřit na provázání sociální péče s péčí poskytovanou v sektoru domácností. Dále je navrhován vznik center, která budou dostatečně zajištěna jak technologicky, tak i odborným personálem.

Závěr

Cílem této práce bylo přiblížit problematiku fungování a financování zdravotnictví v České republice. Vzhledem k tomu, že se jedná o oblast tematicky bohatou, nebylo možné věnovat pozornost zcela všem jejím aspektům.

Zdravotnictví každého státu, který dbá o všestranný rozvoj lidí, o zdraví současné i budoucí generace, by mělo být založeno na morálních principech s cílem pomoci všem trpícím a nemocným lidem bez rozdílu, na zájmu o každého člověka, na lidské solidaritě a soudržnosti, má zajistit kvalitní život všem lidem v dané společnosti.

Je zřejmé, že úroveň poskytované zdravotní péče je určitým ukazatelem stavu vyspělosti dané země. S objemem a kvalitou poskytované zdravotní péče souvisí nepochybně způsob financování zdravotnictví. Vzhledem k rozvoji nových metod v léčení, kvalitnějším lékům, změnám ve struktuře obyvatelstva, tj. stárnutím populace, výskytu nových civilizačních chorob a současnému životnímu stylu populace, se stává zdravotnictví velmi nákladné a neufinancovatelné, a to ve všech zemích nezávisle na typu zdravotnického systému.

Domnívám se, že problémy spojené s financováním zdravotnictví nejsou však způsobeny pouze nedostatečným přísunem peněžních prostředků do tohoto odvětví, ale často i nevhodným způsobem financování, špatnou kontrolou, neefektivním využíváním, nehospodárností, nemožností ovlivnit ceny apod.

V České republice je v současné době zdravotní péče poskytována především na základě povinného zdravotního pojištění. Tento model vychází z principu solidarity a dělení rizika a je nazýván jako tzv. „bismarckovský“ systém zdravotního pojištění. Pro tento systém je typické, že pojištění platí povinně všichni obyvatelé a zdravotní péče je poskytována prostřednictvím veřejných a soukromých zařízení.

Obecně lze říci, že systémy zdravotní péče musí mít zajištěny dostatečné příjmy, aby mohly pružně reagovat na nemoci a tím přispívat ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Pokud systém nebude dostatečně schopen fungovat, může selhat důvod existence samotného systému a cíl, jímž je aktivní a zdravá populace. Cílem financování zdravotnictví tedy je, aby vynaložené zdroje vytvářely dobře fungující systém poskytování zdravotní péče.

Seznam použité literatury

Monografie

1. DURDISOVÁ, J., LANGHAMROVÁ, J.: *Úvod do teorie zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001.
2. DURDISOVÁ, J.: *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005.
3. FELDSTEIN, P. J.: *Health care economics*. Albany: Demar, 1999.
4. GLADKIJ, I. a kolektiv: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003.
5. HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A., KOUPILOVÁ, I.: *Sociální lékařství*. Brno: MU, Lékařská fakulta, 2006.
6. JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H.: *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009.
7. MALÝ, I.: *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: MU, 1998.
8. MÁŠOVÁ, H., KRÍŽOVÁ, E., SVOBODNÝ P.: *České zdravotnictví: vize a skutečnost, složité peripetie od plánů k realizaci*. Praha: Karolinum, 2005.
9. NĚMEC, J.: *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008.
10. PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M.: *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: Aspi, 2005.
11. PRYMULA, R., BERAN, J., ANTOŠ, K.: *Vybrané kapitoly ze zdravotnického managementu*. Hradec Králové: Gaudeamus, 1999.
12. REKTOŘÍK, J. a kolektiv: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2007.
13. STRNAD, L., GLADKIJ, I.: *Případové studie ze sociálního lékařství, managementu zdravotnických institucí, ekonomiky zdravotnictví*. Olomouc: UP, Lékařská fakulta, 2003.
14. VANČUROVÁ, A., KLAZAR, S.: *Sociální a zdravotní pojištění – úvod do problematiky*. Praha: ASPI – Wolters Kluwer, 2008.
15. VURM, V. a kolektiv: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007.

16. ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J.: *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005.

Zákony a jiné právní normy

17. Nařízení vlády č. 339/2009 Sb., kterým se pro účely důchodového pojištění stanoví výše všeobecného vyměřovacího základu za rok 2008 a výše přepočítacího koeficientu pro úpravu všeobecného vyměřovacího základu za rok 2008.

18. Nařízení vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě a o nejnižších úrovních zaručené mzdy.

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

20. Vyhláška č. 471/2009 Sb., 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 pro rok 2010.

21. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

22. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

23. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

24. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

25. Zákon č. 586/1992, o dani z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

26. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

27. Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů.

Internetové zdroje

28. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tiskové zpráva: *Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných*, ze dne 11. 3. 2009 [online] [Cit. 2010-03-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky->

prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>.

29. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské péče a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb. v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely* - znění platné od 1. 4. 2009 [online] [Cit. 2010-03-17]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Odbornik/Pages/294-regulacni-poplatky-metodicky-pokyn.html>>.
30. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Návod na použití českého zdravotnictví v roce 2008* [online] [Cit. 2010-03-18]. Dostupné z <http://www.fnplzen.cz/dokumenty/brozura_mzcr.pdf>.
31. Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tisková zpráva: *Zrušení či omezení regulačních poplatků omezí kvalitu a dostupnost péče pro české pacienty*, ze dne 15. 5. 2009 [online] [Cit. 2010-03-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/862-tiskove-prohlaseni-mz-zruseni-ci-omezeni-regulacnich-poplatku-omezi-kvalitu-a-dostupnost-pece-pro-ceske-pacienty.html>>.
32. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Zdravotní pojišťovny* [online] [Cit. 2010-03-10]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/332-zdravotni-pojistovny.html>>.
33. Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. *Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR: Identifikované problémy financování a možnosti jejich řešení*, leden 2009 [online] [Cit. 2010-8-04]. Dostupné z <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava_cek.pdf>.
34. Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: Zdravotnictví v číslech a názorech*, květen 2008 [online] [Cit. 2010-8-04]. Dostupné z <http://www.kulatystul.cz/cs/system/files/Zprava+o+stavu_WEB.pdf>.
35. Přílohy k vyhlášce č. 471 /2009 Sb., 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 pro rok 2010 [online] [Cit. 2010-03-26]. Dostupné z <<http://www.lexdata.cz/ipravnik/lexdata/files.nsf/77052e986340188ec1257435004f6b61/3dc47eb07a969788c125769c003dba4d?OpenDocument>>.

36. Sborník z konference: *Zahraniční zkušenosti při financování zdravotnictví 2006* [online] [Cit. 2010-03-16]. Dostupné z <http://www.financovanizdravotnictvi.cz/images/sbornik.pdf> >.
37. SÚKL. *Co je to odpocet* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/co-je-to-odpocet>>.
38. SÚKL. *Jak je to s regulačním poplatkem v lékárně* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/jak-je-to-s-regulacnim-poplatkem-v-lekarne>>.
39. SÚKL. *Kdo stanovuje cenu léku* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/kdo-stanovuje-uhradu-leku>>.
40. SÚKL. *Z čeho se skládá cena léku* [online] [Cit. 2010-03-30]. Dostupné z <http://www.leky.sukl.cz/encyklopedie/z-ceho-se-sklada-cena-leku>>.
41. ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008* [online] [Cit. 2010-6-04]. Dostupné z http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&archiv=1>.
42. ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2008* [online] [Cit. 2010-03-12]. Dostupné z http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.
43. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Maximální vyměřovací základ a maximální záloha na pojistné OSVČ* [online] [Cit. 2010-03-08]. Dostupné z http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Vymerovaci_zaklad/tab_max-osvc>.
44. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Minimální měsíční vyměřovací základ a minimální záloha na pojistné u OSVČ* [online] [Cit. 2010-03-08]. Dostupné z http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/OSVC/Platba_pojistneho/minimalni-zalohy>.
45. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Minimální mzda a minimální pojistné* [online] [Cit. 2010-03-08]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Platci/Zamestnavatele/Vymerovaci-zaklad/minimalni-mzda.html>>.
46. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *O nás* [online] [Cit. 2010-03-10]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/>>.

47. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Regulační poplatky – změny k 1. 4. 2009* [online] [Cit. 2010-03-18]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/regulacni-poplatky/zmeny_k_1_4/>.
48. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Zřízení a předmět činnosti, organizační struktura* [online] [Cit. 2010-03-10]. Dostupné z <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Vseobecne/O-nas/predmet-cinnosti/>>.
49. Všeobecná zdravotní pojišťovna. *Zdravotnické noviny - Současný stav systému DRG u nás* [online] [Cit. 2010-03-25]. Dostupné z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/ArchivDRG/Clanek_ze_Zdravotnickych_novin/>.

Seznam obrázků

| | |
|---|----|
| Obr. 1: Základní determinanty zdraví a jejich vliv na zdraví v %..... | 9 |
| Obr. 2: Vzájemný vztah systému péče o zdraví a zdravotnického systému | 13 |
| Obr. 3: Elementární subjekty | 16 |
| Obr. 4: Organizační graf zdravotnického systému | 17 |
| Obr. 5: Pohyb finančních prostředků na zdravotnické služby | 22 |
| Obr. 6: Základní vztahy ve zdravotním pojištění | 24 |
| Obr. 7: Model založený na povinném zdravotním pojištění..... | 28 |
| Obr. 8: Model Národní zdravotní služby (Beveridgov univerzální systém)..... | 30 |
| Obr. 9: Schéma finančních toků | 49 |

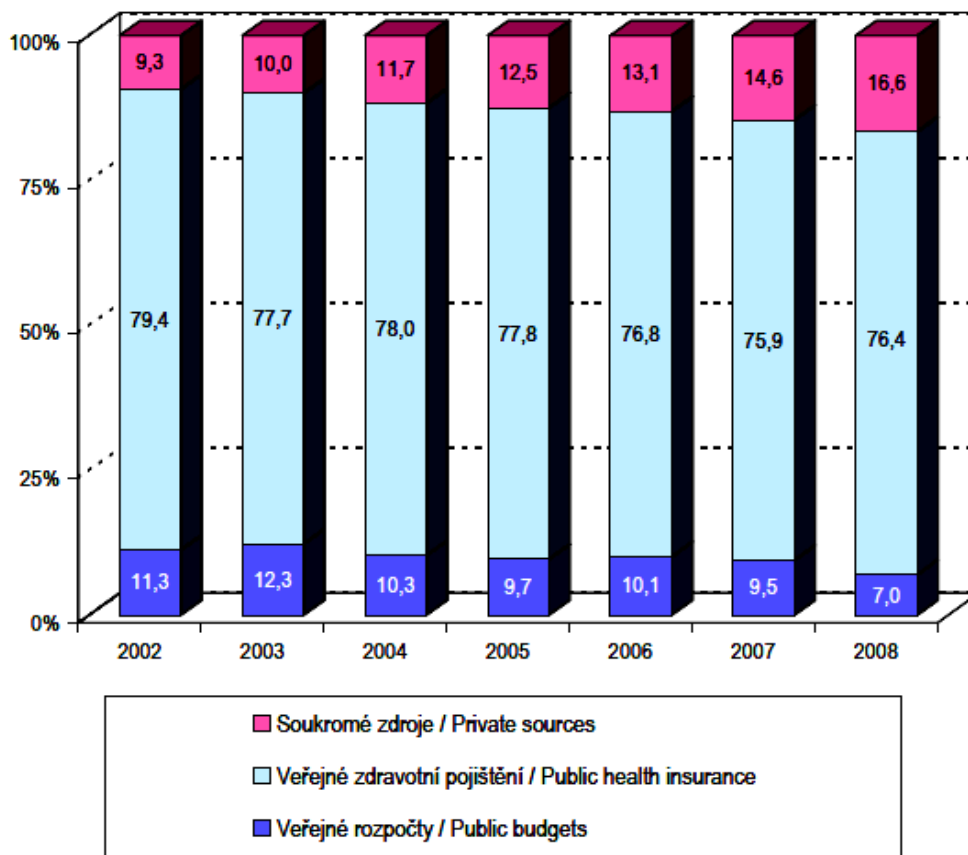
Seznam tabulek

| | |
|---|----|
| Tabulka 1: Náklady podle typu péče | 11 |
| Tabulka 2: Rozdíly mezi trhy zdravotní péče a standardními konkurenčními trhy..... | 21 |
| Tabulka 3: Znaky základních modelů financování zdravotnictví..... | 31 |
| Tabulka 4: Přehled sazeb minimální mzdy minimálního pojistného | 34 |
| Tabulka 5: Min. měsíční vyměřovací základ a min. záloha na pojistné u OSVČ | 36 |
| Tabulka 6: Maximální vyměřovací základ a maximální záloha na pojistné OSVČ | 36 |
| Tabulka 7: Struktura nákladů zdravot. pojišťoven na zdravot. péči za rok 2008 | 46 |
| Tabulka 8: Příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven..... | 47 |
| Tabulka 9: Veřejné výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč) | 51 |
| Tabulka 10: Věkové skupiny a indexy | 58 |
| Tabulka 11: Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků | 69 |
| Tabulka 12: Vývoj výdajů na zdravotnictví | 71 |

Seznam grafů

| | |
|--|----|
| Graf 1: Vývoj výdajů z veřejných rozpočtů na zdravotní péči v mil. Kč | 50 |
| Graf 2: Struktura nákladů zdravot. pojišťoven na zdravot. péči podle segmentů péče za rok 2008 (v %)..... | 63 |
| Graf 3: Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví v mil. Kč..... | 70 |

Příloha 1: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %)



Zdroj: ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2008 [online] [Cit. 2010-6-04]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100&archiv=1>.*

Příloha 2: Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů péče

| Druh zdravotní péče | | Náklady | | | | | |
|---|---|----------------------------|----------------------------------|--------------------|-------------|------|------|
| | | absolutně (v mil. Kč) | | struktura (v %) | | | |
| | | 2007 | 2008* | 2007 | 2008* | | |
| Zdravotní péče celkem | | 181 358 | 193 669 | 100 | 100 | | |
| v tom: | | | | | | | |
| zdr. péče hrazená ze základního fondu zdr. pojištění | | 180 595 | 191 902 | 99,6 | 99,1 | | |
| v tom: | ambulantní péče celkem | | 43 431 | 48 164 | 23,9 | 24,9 | |
| | z toho: | stomatologická péče | 9 032 | 9 155 | 5 | 4,7 | |
| | | péče praktických lékařů | 8 594 | 10 160 | 4,7 | 5,2 | |
| | | rehabilitační péče | 1 647 | 1 810 | 0,9 | 0,9 | |
| | | diagnostická péče | 6 632 | 7 384 | 3,7 | 3,8 | |
| | | domácí zdravotní péče | 1 021 | 1 065 | 0,6 | 0,5 | |
| | | specializ. ambulantní péče | 15 914 | 17 838 | 8,8 | 9,2 | |
| | ústavní péče | | 92 378 | 99 184 | 50,9 | 51,2 | |
| | v tom: | v tom: | nemocnice | 81 917 | 89 370 | 45,2 | 46,1 |
| | | | odborné léčebné ústavy (bez LDN) | 5 449 | 5 423 | 3 | 2,8 |
| | | | LDN | 4 027 | 3 409 | 2,2 | 1,8 |
| | | | ošetřovatelská služby | 985 | 981 | 0,5 | 0,5 |
| | lázeňská péče | | 2 984 | 2 862 | 1,6 | 1,5 | |
| | péče v ozdravovnách | | 52 | 39 | 0 | 0 | |
| | doprava | | 1 271 | 1 478 | 0,7 | 0,8 | |
| | zdravotnická záchranná služba | | 1 432 | 1 423 | 0,8 | 0,7 | |
| | léky vydané na recepty | | 33 568 | 32 748 | 18,5 | 16,9 | |
| | zdravotnické prostředky vydané na poukazy | | 5 168 | 5 643 | 2,8 | 2,9 | |
| | léčení v zahraničí | | 270 | 300 | 0,1 | 0,2 | |
| | ostatní náklady | | 42 | 36 | 0 | 0 | |
| náklady na zlepšení zdr. péče čerpané z jiných fondů | | 763 | 1 779 | 0,4 | 0,9 | | |

Zdroj: ÚZIS ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 2008 [online] [Cit. 2010-03-15]. Dostupné z <http://www.uzis.cz/news.php?mnu_id=1100>.

*Předběžné údaje

Příloha 3: Změny poptávky po zdravotních službách v % za rok 2008

| | |
|--|---------------|
| Návštěvy ambulantních specialistů | -15,32 |
| Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních | -19,15 |
| Dispenzární prohlídky | 10,83 |
| Pohotovost | -36,07 |
| Výjezdy záchranné služby | 0,49 |
| Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích | -1,37 |
| Počet hospitalizovaných v nemocnicích | 3,18 |
| Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče | -3,75 |
| Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče | 5,09 |
| Počet položek na receptu | -30,67 |
| Počet receptů | -27,95 |
| Počet balení léků | -21,09 |
| Celková úhrada | -3,48 |

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tiskové zpráva: Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných, ze dne 11. 3. 2009 [online] [Cit. 2010-03-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>>.

Příloha 4: Celkový finanční dopad regulačních poplatků v roce 2008

| | Vybrané regulační poplatky | Odhad úspory |
|----------------------------|----------------------------|--|
| Ambulantní služby | 1 801 mil. Kč | 1 250 mil. Kč (ušetřeno 4,15 milionů klinických vyšetření) |
| Recepty v lékárnách | 2 437 mil. Kč | 3 630 mil. Kč (zabráněno obvyklému 9 % nárůstu nákladů) <i>Následná úspora 1 600 mil. Kč na straně pacientů</i> (zamezení růstu doplatků - kompenzován růst cen vzhledem k inflaci) |
| Pohotovost | 107 mil. Kč | 0 mil. Kč (ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovosti) |
| Lůžkové služby | 679 mil. Kč | 165 mil. Kč (205 tisíc ušetřených ošetrovacích dní) |
| Celkem | 5 024 mil. Kč | 5 045 mil. Kč |

Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tiskové zpráva: Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné léčby vážně nemocných, ze dne 11. 3. 2009 [online] [Cit. 2010-03-22]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>>.