

Kapitola 7

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ

Úvod

Soukromý zájem jednotlivce na osobním zdraví by ospravedlnil soukromé hrazení zdravotní péče.

Obvyklé by bylo **přímé hrazení pacientem či jeho příbuzným či blízkým**. Lze si představit, že takový příbuzný či blízký by mohl mít uloženou povinnost takto zabezpečovat.

Soukromé pojištění jako sdružené hrazení v budoucnu případně potřebné zdravotní péče je pak možné u nyní zdravých lidí.

Mnozí pacienti však jsou však nepojistitelní, protože již jsou nemocní či zranění. Pojištění je totiž pro případ nejisté události budoucí.

Mnozí nadto nemají a nebudou mít prostředky na moderní zdravotní péči, zvláště pak tu intenzivní či chronickou. Potřebné je tedy **přerozdělování**. Bez solidarity by se mnohým soudobé zdravotní péče nedostalo.

Důvodem veřejného angažmá může být snaha zmírnit pocíťovanou nespravedlnost osudu. Lidé totiž vesměs nemohou či mohou jen dílem za to, že jsou nemocní. Jenom část lidí by bylo možné vinit za svá zranění.

Je tedy potřebná solidarita mezi bohatými a chudými, zdravými a nemocnými. Rčení „lepší být chudý a zdravý než bohatý a nemocný“ je jistě dobrým vyjádřením důležitosti zdraví, nicméně spíše se spojuje bohatství a zdraví na straně jedné a chudoba a nemoc na straně druhé.

Statisticky se jedná o solidaritu lidí v produktivním věku na straně jedné a seniory, dětmi a chronicky nemocnými či vážně zraněnými na straně druhé. Ve všech věkových skupinách jsou nicméně nemocní a zranění, jejichž zdravotní zabezpečení je nákladné.

Veřejné financování je pak provedení této solidarity. Samozřejmě by mohlo být omezené a pokrývat jenom náklady, které by nedokázali pacienti nést sami či pomoci svých blízkých.

Ve vyspělých zemích, jmenovitě pak v evropských sociálních státech je nicméně toto veřejné financování je všeobecné a pokrývá též zdravotní péči, kterou by si mnozí lidé dokázali obstarat sami – zvláště pak pokud by se mohli jako dosud zdraví pojistit pro možné budoucí onemocnění či úraz.

Obecně veřejné financování zdravotnictví zřetelně přesahuje soukromé financování. Proto se toto soukromé dofinancování označuje za spoluúčast. V jednotlivých zemích je různý podíl veřejného a soukromého financování zdravotní péči. Česko patří mezi státy s nejvyšším podílem veřejných financí a nejnižší spoluúčasti pacientů či jejich blízkých. V mnoha dalších zemích je veřejně hrazená zdravotní péče v podstatně menším záběru a podílu.

Veřejné zdravotní pojištění nepředstavuje - pochopitelně nejen v Česku - skutečné pojištění. Neprovádí se totiž selekce pojištěnců včetně jejich diskriminace (vyločení) a kalkulace pojistného podle jejich individuálních rizik. Lidé přispívají podle svých výdělků a za důvodně nevydělávající přispívá stát, pokud nejsou spolupojištění jako příbuzní vydělávajícího.

Toto uspořádání se označuje jako pojištění, protože pojistný prvek je přesto přítomen. V minulosti byly nicméně pojistné prvky výraznější, koneckonců zdravotní pojišťovny a pokladny byly státem spíše připuštěné a podporované, měly více soukromých rysů. Označení je tedy tradiční.

Růst nákladů na zdravotnictví

Podíl zdravotnictví na HDP dlouhodobě roste - ve velmi vyspělých zemích už běžně překročil 10% - v Česku zatím okolo 7% – především kvůli větší mechanizaci a automatizaci jiných odvětví. Ve zdravotnictví taková mechanizace a automatizace je možná jenom částečně.

K růstu nákladů však vedla samotná modernizace zdravotnictví během 20. století. Dříve pacient často zemřel, nebo se vyléčil či přinejmenším jeho zdravotní stav ustálil. Dostupná léčba byla pravidelně méně intenzivní. Bylo jenom málo chronicky nemocných pacientů, pro které byla dostupná léčba, měla-li by být nákladná. Ve 21. století se tento trend dále prohlubuje. Moderní léčba je stále nákladnější.

Právní rámec

Ve 20. století řada států usilovala zabezpečit obyvatelstvo zdravotní péčí. Toto úsilí se postupně zakotvovalo v zákonech a v ústavách.

Teprve postupně se nicméně zakotvoval nárok občana či obyvatele jako pacienta vůči státu, státem zřízeným či určeným institucím či poskytovatelům zdravotní péče na poskytnutí zdravotní péče či přinejmenším umožnění jejího obstarání.

Takový nárok si pochopitelně vyžádal upřesnění v běžných zákonech a podzákonných předpisech. Posléze byl tento nárok postulován jako základní právo katalogy základních práv (kapitola 1).

Na světové úrovni postuluje základní právo na dostupnou zdravotní péči Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech S ohledem na obrovské hospodářské, politické a sociální rozdíly nicméně uplatnění těchto katalogů základních práv nemá větší význam.

Pro příslušné skupiny osob a v některých souvislostech postulují nárok na dostupnou zdravotní péči též Úmluva o právech dítěte či Úmluva o odstranění všech forem diskriminace žen.

Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod naopak základní právo na dostupnou zdravotní péči v roce 1951 nezaložila a nebylo založené ani dodatkovými protokoly. Evropský soud pro lidská práva právo na ni dovedl jenom ve výjimečných případech, jakým je uvěznění či vydání a vyhoštění do země bez jakékoli zdravotní péče.

Právo na dostupnou zdravotní péči stanovuje nicméně smluvním stranám – mezi kterými je též Česko – na půdě Rady Evropy rovněž sjednaná Evropská sociální charta. Tu nicméně prosazuje tato organizace prostřednictvím sice podrobných, nicméně obecných hodnocení smluvních stran ústících ve stanovování doporučení a vyjadřování výtek. Stížnosti jednotlivců se však neprojednávají. Chybí tedy sjednocující výklad pro jednotlivé situace.

Právo na dostupnou zdravotní péči postuluje rovněž Listina (Charta) základních práv Evropské unie jako katalog základních práv pro tuto nadnárodní organizaci. Toto základní právo musí být zohledněné při činnostech Evropské unie. Organizace a financování zdravotnictví však zůstává záležitostí členských států. Evropská unie zasahuje jenom kvůli hospodářské integraci. Uvedené zohledňování má tedy omezený význam.

Základní právo na zdravotní péči a ochranu zdraví obsahují ústavní katalogy základních práv. V Česku čl. 31 Listiny základních práv vytváří základní sociální právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. Takto kategoricky postulované základní právo je – jak bude patrné – problematické.

Politické a ekonomické souvislosti

Zmíněná legalizace nároku na dostupnou zdravotní péči nicméně bezpochyby potvrzuje značný společenský tlak a z něj vyplývající snažení politiků o zabezpečení této dostupnosti.

Jednotlivé skupiny pacientů trpících různými onemocněními či úrazy a jejich příbuzní, blízcí či další zastánci jsou nicméně různě schopní prosazovat svůj zájem na dostupné a dobré zdravotní péči.

Financování zdravotnictví v Česku

Ústavní, zákonný a podzákonný rámec veřejného financování zdravotnictví

České veřejné financování zdravotnictví se děje pomocí veřejného zdravotního pojištění. Stanoví to čl. 31 LZPS, který postuluje „právo občanů na zdravotní péči zdarma na základě veřejného zdravotního pojištění.“

Samotný právní rámec pak vyjadřuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Ten byl přijat kvůli výhradám Ústavního soudu, že některé aspekty veřejného financování dle dosavadního stejnojmenného zákona nebyly dostatečně vymezené.

Rovněž později Ústavní soud opakovaně vyzdvihl (níže) nezbytnost úpravy financování zdravotní péče důležité z pohledu pacientů zákonem, nikoli prováděcími předpisy.

Jak bude však ještě rozvedené, základní parametry rozdělení peněz na zdravotní péči a další zdravotní služby mezi jednotlivé poskytovatele však stanoví podzákonné předpisy. Mezi nimi hrají vedle stálých sazebníků klíčovou roli každoročně vydávané úhradové vyhlášky (níže).

Okruh pojištěných

Pojištěnce v českém veřejném zdravotním pojištění představují – oproti dikci LZPS - nikoli občané, nýbrž obyvatelé České republiky.

Těmito obyvateli jsou bez dalšího v Česku žijící občané České republiky. Zahrnují se mezi ně dlouhodobě v Česku pobývající či pracující občané Evropské unie. Na základě koordinace sociálního zabezpečení v Evropské unii jsou dokonce zařazení též závislí příbuzní, kteří zůstali v domovském členském státě, což je výjimka z ryze osobního pojetí českého veřejného zdravotního pojištění.

Toto řešení je obecně spravedlivé, vydělávají-li zde tyto to osoby, tak platí v Česku daně a veřejné pojistné.

Obyvatelé Evropské unie zařazení v některém ze členských států do jeho soustavy zdravotního zabezpečení se těší úhradě zdravotní péče nezbytné po dobu pobytu srovnatelně jako čeští pojištěnci.

Krátkodobě pobývající cizinci si mají obstarat nějaké soukromé pojištění či se prokázat veřejným zabezpečením. S rostoucí přesností to žádá zákon o pobytu cizinců. Pojištění urgentní zdravotní péče by měli mít krátkodobě pobývající cizinci – zejména turisté. Lze dodat, že obyvatelé Evropské unie jsou zabezpečeni na základě koordinace sociálního zabezpečení ztělesněné průkazem EHIC (níže). „Plné“ soukromé zdravotní pojištění se předepisuje pro dlouhodobě pobývajícím cizincem.

Účast na veřejném zdravotním pojištění je pro vymezené obyvatele povinná. Nelze se jí tedy vzdát a odmítat placení pojistného či náhradních plateb.

Občan České republiky může opustit české veřejné zdravotní pojištění pouze odstěhováním se do zahraničí spojené se zařazením do soustavy veřejného financování zdravotnictví hostitelského státu, existuje-li tam.

Smysl povinného zabezpečení při povinnosti poskytovat urgentní péči

Na území Českém území by tak neměl pobývat nikdo, jehož urgentní či akutní zdravotní péče nebude poskytovateli uhrazena, když ji poskytovatelé zdravotní péče mají povinnost poskytnout.

Ve všech případech tomu tak není kvůli potlačení hraničních kontrol na pozemních hranicích (Schengenský systém). Při těch prováděných se stejně ještě zpravidla pečlivě nekontrolují doklady pojištění. Zahraniční zdravotní pojištění má nepřekvapivě různou úroveň.

Objem neuhrazené zdravotní péče je nicméně malý. Příležitostné stesky nemocnic na neuhrazené účty za urgentní či akutní zdravotní péči poskytnutou nepojištěným a úhrady zdravotní péče neschopným či neochotným cizincům zatím nevedly k vytvoření žádného nástroje náhradního či nouzového uhrazení či zmírnění poskytovatelům, kterým právo přikazuje péči poskytnout (kapitola 3).

Pojistné jako základní zdroj peněz pro české zdravotnictví

Zdrojem peněz pro české zdravotnictví je především pojištění na veřejné zdravotní pojištění. Jeho uložení a výběr stanovuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojištění na všeobecné zdravotní pojištění (nikoli „veřejné“), přijatý v době založení stávajícího modelu financování zdravotnictví po roce 1990.

Pojistné (odvod) na veřejné zdravotní pojištění má srovnatelnou konstrukci jako pojištění na sociální zabezpečení (se svými třemi složkami: důchodové, nemocenské, nezaměstnanost) podle zákona č. 589/1992 Sb., o pojištění na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti.

Nejdůležitější je pojištění zaměstnanců z mezd a pojištění zaměstnavatelů odvozené od výše mzdy. Plátcem obojího je zaměstnavatel. Osoby samostatně výdělečně činné – živnostníci a další – se těší výrazné úlevě, kdy je podstatně nižší zátěž než v případě zaměstnanců a jejich zaměstnavatelů. Kvůli nízkým základům daně z příjmu či vykazování ztráty se nicméně stanovilo minimální paušální pojištění.

Stát přispívá na děti, matky na mateřské, důchodce, studenty (do 26 let!), vězni, registrovaní nezaměstnaní a další skupiny osob bez vlastních výdělků, kteří dohromady představují polovinu obyvatel. Tyto platby ale neumožňují pokrytí zdravotní péče o uvedené skupiny českého obyvatelstva, na jejich zabezpečení se využívá podstatná část výnosu pojištění.

Lidé bez zaměstnání či jiné výdělečné činnosti nepatřící do některé ze skupin, za které přispívá stát, mají povinnost platit základní pojištění odvozené od minimální mzdy, jež v roce 2016 představovalo ... Kč.

Pojistné plátcí platí přímo jednotlivým veřejným zdravotním pojišťovnám. Opakované záměry zřídit jednotné inkasní místo dosud neuspěly.

Na veřejné zdravotní pojištění se v Česku ročně vybere pojištění ve výši ..., stát ročně přispěje veřejným zdravotním pojišťovnám za chráněné hospodářsky nečinné ... Celkově tedy disponují české veřejné zdravotní pojišťovny ... mld. Kč, z toho dominantní VZP mld. Kč.

Následky neplacení pojištění

V případě, že pojištění neplatí zaměstnavatel, nepřestává být zaměstnanec pojištěný, ani mu nevzniká vlastní odpovědnost za zaplacení. Tato povinnost zůstává zaměstnavateli. Povinný samotný či jeho představitelé mohou být trestně postiženi za neplacení pojištění.

Při neplacení zůstávají pojištěné dokonce též osoby samostatně výdělečně činné, samozřejmě jim narůstá dluh včetně penále. Těší se však přesto zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění.

V obou případech opožděné placení pojistného znamená povinnost platit penále. Představitelné je jeho vymáhání exekucemi a konkursem. Podobně jako daně je pojistné upřednostňovanou pohledávkou.

Jiné země – třeba již Slovensko – naopak dlouhodobější neplacení pojistného postihují vedle vymáhání včetně penále též omezením veřejného hrazení zdravotní péče či jeho pozastavení.

Volba veřejné zdravotní pojišťovny

Každý jednotlivec příslušný do českého veřejného zdravotního pojištění si může zvolit svou veřejnou zdravotní pojišťovnu. Za děti a další nesvéprávné osoby rozhodují rodiče či ustanovení zástupci. Možnost volby zdravotní pojišťovny je omezená v případě vojáků z povolání.

České veřejné zdravotní pojištění je jednotlivé. Oproti jiným zemím nejsou společně s hospodářsky činným pojištěncem přímo či prostřednictvím zaměstnavatele platícím pojistné nejsou spolupojištění rodinní příslušníci.

Všeobecná zdravotní pojišťovna má skoro 55% pojištěnců a výraznou většinu nákladných pojištěnců – zejména pak seniorů. Resortní, oborové, podnikové a další veřejné zdravotní pojišťovny mají okolo 45% pojištěnců.

Rozdílné výnosy pojistného a plateb státu za hospodářsky nečinné pojištěnce si při rozdílném věkovém rozložení (viz ...) vyžádaly přerozdělování mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami podle věku pojištěnců (pojistný kmen). Toto přerozdělování se posléze zevšeobecnilo.

Veřejné zdravotní pojišťovny

Financování českého zdravotnictví zprostředkovávají veřejné zdravotní pojišťovny. Činí tak výběrem pojistného, plánováním organizace zdravotní péče podle standardů a uzavíráním smluv s jejími poskytovateli.

Právní rámec veřejných zdravotních pojišťoven je dvojitý: 551/1991 Sb. zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně, 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Všeobecná zdravotní pojišťovna se složitě spravuje státem s podílem tripartity. Resortní, oborové, podnikové a další veřejné zdravotní pojišťovny (obecně „zaměstnanecké pojišťovny“) spravují příslušné resorty, odborové organizace a zaměstnavatelé v příslušném odvětví, přičemž se připouští určitá variabilita při správě jednotlivých pojišťoven.

Další veřejné zdravotní pojišťovny lze zakládat při dostatečném kapitálovém vybavení, složení vysoké kauce a při získání dostatečného počtu pojištěnců. Nové zdravotní pojišťovny vznikly v souvislosti se záměry pravicové komercializace a privatizace zdravotnictví. Měly však potíže se získáním dostatečného počtu pojištěnců. Pochyby budilo jejich propojení s řetězci poskytovatelů zdravotní péče (kapitola 6).

Nyní (2016) zabezpečuje české veřejné zdravotní pojištění sedm veřejných zdravotních pojišťoven: Všeobecná zdravotní pojišťovna + šest resortních pojišťoven, nyní otevřených všem obyvatelům. Jimi jsou Vojenská zdravotní pojišťovna, Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra a Revírní bratrská pokladna.

Přes způsob svého vytvoření a správy jsou veřejné zdravotní pojišťovny nositelé veřejné moci. Platí to při výběru pojistného. Přes všechny smluvní rysy vztahů s poskytovateli to platí též pro dozor nad nimi. Veřejné zdravotní pojišťovny se považují se za součást veřejných financí

těž z hlediska rozpočtového, například při sledování veřejného zadlužení Evropskou unií. Jejich hospodaření dozoruje Nejvyšší kontrolní úřad. Působí jako zadavatelé veřejných zakázek, jakkoli samotný výběr poskytovatelů se spravuje zvláštními pravidly (níže).

Stát nicméně vykonává nad veřejnými zdravotními pojišťovnami dozor. V případě špatného hospodaření může uvalit nucenou správu a rozhodnout o likvidaci či převzetí jinou veřejnou zdravotní pojišťovnou. Žádná krize některé veřejné zdravotní pojišťovny dosud neznamenal výpadek zabezpečení zdravotní péče jejím pojištěncům.

Smluvní zabezpečení poskytování zdravotní zdravotní péče

Veřejné zdravotní pojišťovny zabezpečují zdravotní péči svým pojištěncům prostřednictvím smluv uzavíraných s poskytovateli zdravotní péče.

Drtivá většina poskytovatelů má uzavřené smlouvy se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, bez nich patrně nelze mít dostatečný okruh pacientů.

Celostátně působící veřejné zdravotní pojišťovny mají srovnatelně hustou síť poskytovatelů. Naopak původně na konkrétní podniky původně navázané pojišťovny mají méně rozsáhlou síť poskytovatelů.

Pouze podnikově a oblastně zakotvená ZP Škoda-auto údajně připouštěla proplácení péče vyhledané u nesmluvního poskytovatele zdravotní péče, nyní se to ale nepoužívá, neboť se to považuje za nepřipustné.

Bez smluvního základu se hradí pouze urgentní péče poskytnutá nesmluvním poskytovatelem. Proplácí se též zdravotní péče vyhledaná v jiném členském státě Evropské unie (níže) či urgentní péče jinde ve světě, obojí ve výši domácích sazeb.

Smluvní politika

Východiskem pro smluvní politiku veřejných zdravotních pojišťoven jsou rámcové smlouvy uzavírané se svazy poskytovatelů zdravotní péče a dalších zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Stanoví se pravidla pro výběrová řízení na dodávku zdravotnických služeb oprávněnými poskytovateli (kapitola 6). Výběrová řízení organizují jednotlivé veřejné zdravotní pojišťovny ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví a s krajskými úřady jako vykonavatelé státní správy na úseku zdravotnictví. Veřejné zdravotní pojišťovny uzavírají smlouvy bez výběrových řízení v případě vymezených poskytovatelů. Výběrové řízení není povinné v případě stávajících poskytovatelů.

Předmětem hodnocení ve výběrovém řízení může být připravenost zabezpečit pacienty. Jenom omezeně se mohou posuzovat hospodářské možnosti a nabídky poskytovatele. Mnohá výběrová řízení jsou formální, když se přihlašuje jediný zájemce. Zájemce koneckonců může požádat o vypsání výběrového řízení. Veřejné zdravotní pojišťovny usilují mít širokou síť poskytovatelů zdravotní péče, proto vesměs neodmítají další zájemce.

Předepsanou a smlouvami zdůrazňovanou povinností poskytovatelů zdravotní péče je jejich obecná povinnost přijímat všechny pojištěnce příslušné pojišťovny, ledaže by došlo k překročení kapacity (kapitola 3).

Kalkulace úhrad zdravotní péče

Základem proplácení jednotlivých zdravotnických výkonů na základě poměrně stálého sazebníku bodových hodnot a průběžně přizpůsobované hodnoty bodu. Výsledkem ovšem byl stálý růst jejich počtu. Přes možno úpravy změnou hodnoty bodu se tento model stal neudržitelný.

Výkonové financování se tak omezilo zavedením tzv. kapítace, tedy paušální platby na jednoho pacienta-pojištěnce (hlavu) na určité období. Rovněž se objevil paušály pro jednotlivé obory péče zabezpečované poskytovatelem.

Jako nástroj hrazení hospitalizace se zavedl případový paušál, odrážející obvyklé náklady na pacienta určité diagnózy, věku, komorbidit apod. Využívá se v této souvislosti metoda diagnosis related groups (DRG). Správná DRG se zakládá na soustavném sledování objemu výkonů doprovázejících léčbu jednotlivých diagnóz určitých pacientů.

Typickým českým nešvarem však jsou nevěrohodné údaje. Ty poskytovaly jednotlivé nemocnice. Projekt DRG Restart – Ústav zdravotnických informací a statistiky – je současným pokusem napravit tento stav.

Důležitým nástrojem kontroly nákladů je soustředění nákladné léčby do zvláště vybraných nemocnic – tzv. centrová léčba.

Nadále nicméně existuje sazebník jednotlivých zákroků (body) – stanoví se vyhláškou ministerstva, ovšem platí v plném rozsahu pouze pro nesmluvní péči, jinak se používají režimy úhrad stanovené úhradovými vyhláškami. Ty pochopitelně částečně výkonové, přičemž pro různé poskytovatele a různé modely financování se stanoví několik hodnot bodu.

Léčivé přípravky představují nejméně čtvrtinu všech výdajů na zdravotnictví. Pro lékárenskou péči (kapitola 1) se stanoví terapeutické skupiny a uhrazuje se plně nejlevnější léčivý přípravek ve skupině. Srovnatelné dražší léčivé příplatky v lékárenské péči jsou s doplatkem. Uplatňuje se cenová regulace dle obecných předpisů. Pro klinicko-farmakologickou péči se stanoví úhrada paušálem, mnohé nákladnější léčivé přípravky se nicméně účtují zvláště. Existuje speciální režim rozhodování, za jakých okolností se hradí tzv. vysoce inovativní léčivé přípravky (VILP).

Podobně se hradí jednotlivé zdravotnické prostředky, jsou-li poskytovány podobně jako léčivé přípravky pacientů. Většinu zdravotnických prostředků však obstarávají poskytovatelé zdravotní péče sami jako svůj náklad.

Růst výdajů na zdravotní péči vedl k zavádění limitů úhrad, ba dokonce postihů postižovatelů za překročení počtu zdravotních výkonů. Takto dotčení poskytovatelé pochopitelně ztráceli ochotu poskytovat zdravotní péči. Tím se pochopitelně ohrozila dostupnost zdravotní péče pro pacienty.

Formální a faktické kolektivní vyjednávání

ZVZP předpokládá kolektivní vyjednávání mezi veřejnými zdravotními pojišťovkami a reprezentacemi poskytovatelů. Takové každoroční kolektivní vyjednávání bývá vesměs úspěšné jen částečně, dohody se dosáhne jenom v některých tzv. segmentech zdravotní péče.

Vedle toho nicméně při každoroční přípravě úhradové vyhlášky probíhá neoficiální vyjednávání jednotlivých zájmových skupin poskytovatelů zdravotní péče a dodavatelů.

Úhradová vyhláška jako roční plán veřejného financování

Výsledek formalizovaného stejně jako neformálního vyjednávání Ministerstvo zdravotnictví přenáší do každoročně zpravidla těsně před koncem roku vydávané úhradové vyhlášky.

Úhradová vyhláška se fakticky stala každoročním rozvrhem veřejného financování českého zdravotnictví, který se pochopitelně zakládá na odhadu očekávání příjmů zdravotních pojišťoven.

Každoroční úhradové vyhlášky začaly jako korektiv mechanismu kalkulace úhrady pro poskytovatele zaručovat podstatnou část úhrady poskytnuté v předchozích letech.

Vázanost a volnost smluvních vztahů

Zákon o veřejném zdravotním pojištění, dlouhodobě platné Úhradové vyhlášky stanovují poměrně úzký prostor pro jednotlivé veřejné zdravotní pojišťovny při úhradách zdravotní péče svým smluvním poskytovatelům.

V Česku výběrové řízení obecně neznamená vyjednávání o výhodných cenách a podmínkách zdravotní péče nad rámec zákonného standardu.

Přesto mohou jednotlivé veřejné zdravotní pojišťovny obecně a mezi nimi Všeobecná zdravotní pojišťovna jako dominantní pojistitel leccos ovlivnit svoji smluvní politikou nejen při výběru poskytovatelů.

Méně zřetelné jsou možnosti zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče nasmlouvat doplňující či odchylná ujednání o poskytování zdravotní péče pojištěncům. Možné jsou patrně určité podněty ke zlepšení zdravotní péče. Naopak není zřetelná možnost postihu či krácení při pochybeních či stížnostech.

Explicitně uvedená nehrazená zdravotní péče

Péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění je vymezená výčtem zdravotnických zákroků, které nejsou hrazené či jsou hrazené pouze ve stanovených případech. Kvůli požadavkům Ústavního soudu je určena přílohou zákona č. 48/1997 Sb.

Jedná se vesměs o kosmetickou medicínu, jež není pro pacienty nezbytná, popřípadě o další zdravotnické služby, jež neslouží přímo ochraně a podpoře zdraví či se považují za luxus, popřípadě zákroky eticky sporné jako je interrupce.

Implicitní omezení veřejně hrazené zdravotní péče

Na základě veřejného zdravotního pojištění se hradí standardní zdravotní péče. Zákroky nestandardní a experimentální se nehradí.

Hranice standardu zdravotní péče nicméně není stanovená vyčerpávajícím výčtem zdravotnických zákroků. Na hranicích jsou zákroky inovativní, jejichž bezpečnost a účinnost je již provedena.

Zavedení financování inovativní léčby bývá snadné, je-li stejně drahá či levnější. Stát a veřejné zdravotní pojišťovny pochopitelně váhají, je-li dražší (protože dosud chyběla či byla podstatně méně účinná).

Správa českého zdravotnictví a jeho veřejného financování dlouhodobě nepoužívá transparentní procedury poměrování účinnosti a nákladnosti inovativní zdravotní péče.

Uznání či neuznání státem se děje cestou zavedení potřebného financování v úhradové vyhlášce a dlouhodobě platných podzákonných předpisech. V oficiálním kolektivním vyjednávání či při uplatnění faktického vlivu její financování prosazují především velké nemocnice a další poskytovatelé speciální zdravotní péče. Mají totiž odborný a hospodářský zájem na jejím rozvoji. Často si ji již vyzkoušeli v rámci zdravotnického výzkumu (kapitola 9) či s případným využitím vnitřních rezerv.

Teprve v roce 2016 se vytvořil základní rámec posuzování zdravotnických výkonů. Budou se vytvářet jejich registrační listy. Jejich zavedení mají projednávat Ministerstvo a veřejné zdravotní pojišťovny s odbornými společnostmi. Nyní lze jenom odhadovat, zda tento nástroj povedení k větší transparentnosti zavádění inovativní zdravotní péče.

Nadstandardy

ČSSD usilovala a nadále usiluje o rovnostářství při poskytování veřejně hrazené zdravotní péče. Nadstandard vykazala do sféry nesmluvních poskytovatelů. Jinak se týká nezdravotnických plnění (nadstandardní pokoj pro jednoho pacienta, televize na pokoji).

Vlády pravicové naopak považovaly za užitečný prostor pro rozrůznění Vláda ODS+TOP09 prosadila novelou ZZS obecný rámec pro nadstandard.

Dosavadní právní rámec pro nadstandardy (od 2012) vymezoval nadstandardy jako ekonomicky náročnější variantu, avšak pro pacienta pochopitelně z hlediska účinnosti či pohodlnosti lepší varianty. Obecnou zásadou bylo, že musí existovat základní varianta zdarma (standard). Poskytovatel musel informovat o podobě nadstandardní péče a o jejích cenách. Zakazovala se diskriminace pacientů volících základní variantu.

Přípustné nadstandardy se určily vyhláškou. Uvedené nadstandardy měly skromné začátky. Zavedený právní rámec nakonec přesto zrušil Ústavní soud, protože mají být vymezené přímo zákonem, nikoli vyhláškou.

Kritická reflexe z pohledu pacientů-pojištěnců

Můžeme zvažovat, zda je současná alokace financí pomocí veřejného zdravotního pojištění v souladu s ústavním požadavkem dostupnosti zdravotní péče všem obyvatelům.

České zdravotnictví vesměs netíží a netíží nedostatek kapacit. Zdravotnictví má ve většině oborů dostatečný personál, přístroje a prostory.

Čekání se začalo objevovat zejména kvůli limitům financování příslušných zdravotních výkonů. Stát reagoval vymezením lhůt pro poskytnutí vybraných zdravotnických výkonů.

České zdravotnictví poskytuje jednotlivým skupinám pacientů podle jejich onemocnění či úrazu. Kvalitní bývá intenzivní medicína. Zde české veřejné financování dokáže zabezpečit. Naopak popelkou bývá následná léčebně-rehabilitační péče a paliativní péče. Dlouhodobě se nedostatečně se má financování péče v léčebnách dlouhodobě nemocných.

Můžeme zvažovat, zda rozdílné financování zdravotní péče neodráží pohledy veřejnosti pronikající do politiky a správy zdravotnictví na různou míru potřeby nemocných trpících různými onemocněními (typicky rakoviny versus demence).

Zaznívá názor, že jen části pacientů se dostane té nejlepší přestavitelné péče. Vysvětluje se to kromě korupce a protekce (níže) též různou schopností získat si rozhodující lékaře pro poskytnutí takové péče. Ostatní jsou pak odkázáni na běžnou péči. Poukazuje se na v této souvislosti na rozdíly mezi jednotlivými oblastmi země. V metropoli a dalších je dostupná špičková péče ve větší míře než na periferiích.

Chybějící soudní přezkum nároků na dostupnost/úhradu zdravotní péče

České soudy řeší spory týkající se zdravotní péče – odpovědnost za újmu způsobenou pochybením – špatným konáním, nekonáním či rostoucí měrou konáním (kapitola 4). Chybí dosud nicméně judikatura týkající se dostupnosti zdravotní péče. České zdravotnictví totiž na základě veřejného financování zdravotnictví dokáže zabezpečit obecně dobrou zdravotní péči.

Hrozí-li totiž soudní spory, veřejné zdravotní pojišťovny většinou ustoupí a zabezpečí poskytnutí zdravotní péče u některého poskytovatele.

Teprve pozvolna se prosadilo mínění, že odpovědné za zabezpečení zdravotní péče nejsou – neupírají-li neoprávněně veřejnou zdravotní pojišťovnou hrazenou péči - přímo jednotliví smluvní poskytovatelé, nýbrž příslušné veřejné zdravotní pojišťovny.

Jenom pomalu se proslapává cesta k rozhodování veřejných zdravotních pojišťoven v případech, kdy se poskytovatel zdráhá poskytnout zdravotní péči. Tomu napomohlo přizpůsobení českého rámce evropské integraci (níže), mimo jiné upřesnění postupu při rozhodování o hrazené péči.

Pokud by nevyhověla samotná zdravotní pojišťovna, tak by se rozhodovalo se v soudním řízení správním. Nyní pochopitelně soudy nemají jakoukoli metodologii rozhodování soudů ohledně takového rozhodování.

Teprve na počátku je uplatnění antidiskriminačního práva na vymezení okruhu hrazené zdravotní péče a jejího skutečného zajištění českým pacientům-pojištěncům.

Kritika ze strany poskytovatelů

České právo a praxe veřejného financování českého zdravotnictví se vyvinulo do mimořádně nepřehledné podoby. Časté jsou zásadní změny. To pochopitelně destabilizuje zdravotnictví a činí z jednotlivých poskytovatelů.

Poskytovatelé musejí angažovat experty na vykazování zdravotní péče veřejným zdravotním pojišťovnám (v případě DRG tzv. kodéři) a podobně veřejné zdravotní pojišťovny na kontrolu těchto výkazů.

České veřejné financování zdravotní péče podle úhradových vyhlášek pravidelně hrozí rozdílným zacházením s jednotlivými poskytovateli. To lze zpochybňovat evropským standardem zadávání veřejných zakázek a zejména s pravidly státních podpor.

Úhradové vyhlášky jako roční plány financování českého zdravotnictví byly již opakovaně zpochybňované dokonce před Ústavním soudem. Ten rozhodoval o jejich ústavnosti a zákonnosti na základě ústavních stížností či návrhů skupin opozičních poslanců či senátorů. Opakovaně potvrdil značnou volnost zákonodárce a výkonné moci při stanovování kalkulace úhrad. Začal však vyjadřovat pochybnosti o složitosti této kalkulace a její korektnosti. Odmítl pak postihy poskytovatelů za překročení objemu zdravotní péče, mají-li tyto širokou povinnost ošetřovat své pacienty.

Kritická reflexe organizace

Více zdravotních pojišťoven se pochopitelně zpochybňuje tím, že se vícekrát zabezpečuje tatáž agenda. Odlišné politiky lze považovat za problematické, když se odlišné zabezpečení pojištěnců různých zdravotních pojišťoven zapovídá a potlačuje.

Na druhé straně mnohost veřejných zdravotních pojišťoven otevírá prostor pro jejich soutěž při složité činnosti, kterou bezpochyby je veřejné financování zdravotnictví. Vedení a úředníci by se patrně obávali zániku své pojišťovny, který by hrozil při selhávání při obstarávání zdravotní péče vlastním pojištěncům. Takový pud sebezáchovy – společně s odpovídajícím standardem - omezuje nevhodné nakládání se svěřenými penězi, někdy přímo ničící jiné části české veřejné správy. Hrozba odlivu pojištěnců pak nutí veřejné zdravotní pojišťovny vytvářet bohaté sítě poskytovatelů. Ti se pak ucházejí o pacienty-pojištěnce. Zdánlivě nevhodná vícečetnost tak přináší plody.

Veřejné financování zdravotnictví mimo veřejné pojištění

Stát investuje do infrastruktury poskytovatelů ve svém vlastnictví a správě – fakulních nemocnic a specializovaných nemocnic a léčeben celostátního významu. Podobně si počínají kraje, města a obce vůči jimi vlastněným a spravovaným poskytovatelům zdravotní péče.

Čas od času se poskytují též přímé peněžní injekce některým významným poskytovatelům v případě závažných hospodářských obtíží, které však řeší důsledky často podivně nastavených úhrad a jejich častých změn.

Příslušné resorty usilují zabezpečit armádní a policejní zdravotnictví, to by totiž za běžných podmínek bylo nerentabilní.

Spoluúčast mimo regulační poplatky

Spoluúčast v širším slova smyslu tvoří úhrada nehrazených zákroků, dle výslovné úpravy jimi jsou například interrupce mimo terapeutické indikace, lečkeré kosmetické zákroky, lečkeré zdravotní výkony, pro které se stanoví omezení počtu s ohledem na rozdílnou účinnost.

Nejvýznamnější spoluúčast však tvoří doplatky nad cenu nejlevnějšího léku. Nehradí se část stomatologické zdravotní péče či se za ni doplácí.

Regulační poplatky jako pokus o všeobecnou spoluúčast

Poplatky zavedené od 1. 1. 2008 novelou ZVP. Byly stanovené základní, za pohotovost, za pobyt při hospitalizaci. Poplatky se netýkaly preventivních prohlídek, očkování a některých dalších. Strop byl stanoven na 5000 Kč za rok - platilo se dále, pojišťovny měly vracet pacientovi.

Poplatky měly tlumit nadužívání zdravotní péče. Uplatňovat se začaly však na prakticky veškerou péči včetně zjevně nezbytné. Praxe vybírání (kasičky, automaty, kontroly útržků) a vymáhání poplatků (včetně exekuce).

Politické názory na regulační poplatky byly vyhrocené. Veřejnost je považovala za zásadní změnu. Bezplatnost zdravotní péče byla zažitá po desetiletí. Mnozí patrně v regulačních poplatcích spatřovali začátek komercializace zdravotní péče a další privatizaci zdravotnictví.

Ústavní soud (květen 2008) rozhodl, že regulační poplatky jsou s čl. 31 LZPS slučitelné. Argumentace (těsně) většiny nerealističnosti skutečné bezplatnosti byla problematická, pozornost si zaslouží odlišné názory menšinových soudců.

ČSSD vyhrála s kritikou regulačních poplatků krajské volby (říjen 2008). Od roku 2009 kraje začaly odpouštět regulační poplatky, resp. je v krajských zdravotnických zařízeních proplácet různými postupy. Vedle politické kritiky ze strany tehdejší vlády a vládních politických stran se proti této praxi začalo argumentovat legislativou, která regulační poplatky zavedla, evropskými mezemi státních podpor a soutěžním právem. Za proplácení či odpouštění poplatků začaly veřejné zdravotní pojišťovny pokutovat poskytovatele, protože jejich cílem bylo snížení poptávky po zdravotní péči.

Po prohře ČSSD ve sněmovních volbách 2010 kraje na kompenzace sice rezignovaly. Parlament nicméně opakovaně projednával návrhy na zrušení regulačních poplatků a nakonec přijal kompromisní legislativu odstraňující poplatky u dětí (nikoli důchodci) a snižující stropy. Až na poplatek za pohotovost byly regulační poplatky zrušeny po volbách v roce 2013, kdy nastoupila koalice ČSSD+ANO+KDU-ČSL. Nyní není politická vůle zavádět nějakou všeobecnou spoluúčast za zdravotní péči.

Regres za zdravotní péči řešící zaviněnou újmu na zdraví

Veřejné zdravotní pojišťovny mají právo žádat náhradu nákladů, které vynaložily na zdravotní péči o pacienta bez ohledu na úspěšnost této zdravotní péče. Tzv. regres se kalkuluje podle vynaložených nákladů.

Uvedený regres se pravidelně vymáhá vůči pachatelům autonehod a úrazů či onemocnění z povolání. Vysokou míru uhrazení zabezpečuje povinné pojištění jejich odpovědnosti. Regres je však možné uplatnit též vůči poskytovatelům zdravotní péče, pokud újma na zdraví je důsledkem jejich pochybení (kapitola 4).

Absence odepření péče případě nekázně či nespolupráce pojištěnce

České veřejné zdravotní pojištění zabezpečuje zdravotní péči všem pojištěncům bez ohledu na míru jejich zavinění onemocnění či úrazu.

Takovým spoluzaviněním by mohlo být v případě včetně zcela nezodpovědného chování. Podobně v případě onemocnění by se mohlo jednat o soustavnou či závažnou nekázeň při dodržování léčebného či dietního režimu.

Konečně nelze požadovat po pojištěnci ani úhradu za vícenáklady vzešlé opožděným zahájením zdravotní péče, jestliže ji předem odmítal, nepodstupování předpokládaných preventivních prohlídek ani opatření typu očkování včetně povinného (kapitola 3).

České právo nezná možnost odepřít takovým pacientům obecně odepřít veřejně hrazenou péči. Toliko některé nákladné zdravotnické výkony – zejména transplantace vzácných orgánů - mohou být jako neúčelné odepřeny pacientům, kteří nedodržují léčebný režim či jinak nespolupracují.

Nepřipouští se rovněž možnost vymáhání nákladů zdravotní péče vůči takovým pacientům ani nějaké peněžní postihy, kterými by se takový pacient podílel na nákladech zdravotní péče napravující či mírnící důsledek.

Mnohé státy za nekázeň či nespolupráci pacienty postihují omezením zdravotní péče či zvýšením spoluúčasti na nákladech na ni.

Korupce, protekce a preference v českém zdravotnictví

České veřejné zdravotní pojištění je vyhrcočně rovnostářské. Právo nepředpokládá žádné upřednostnění, a to ani podle zásluh vůči společnosti, stejně jako upozadění například v případě osob, které se proti společnosti závažně provinily (například odsouzeným za závažné zločiny).

Mnozí lidé míní, že dobré zdravotní péče se jim dostane, když lékařům či vedoucím poskytovatelů zdravotní péče poskytnou nějaký úplatek.

Přijímání takových úplatků od pacientů a zejména jejich vyžadování je pochopitelně zapovězené jak právními předpisy, tak pracovními řády. Podobně jako jiná korupce zůstává však zpravidla neodhalené. Nevíme tedy, v jakém rozsahu se korupce lékařů a dalších zdravotnických pracovníků pacienty vyskytuje, zkoumalo se to zatím jen letmo.

Žádoucí je přitom odlišení korupce od poskytování nejrůznějších dáreků dávaných pacienty lékařům a zdravotním sestřám jako výraz vděčnosti. Takové dárky totiž postrádají společenskou nebezpečnost.

Mnoho pacientů se také domáhá přímluvy a zvláštní pozornosti, za kterýmžto účelem se snaží hledat kontakty na ředitele a jednotlivé lékaře. Tito pochopitelně někdy vycházejí vstříc větší pozorností a ohleduplností.

Patrné neodůvodněné rozdílné zacházení by samozřejmě mohlo být předmětem stížností ze strany pacientů.

Předepsané soukromé zdravotní pojištění nezařazených cizinců

Zákonem o pobytu cizinců je přikázané soukromé pojištění dlouhodobě pobývajících cizinců z řad občanů nečlenských členských států, pokud nejsou zaměstnaní, tedy živnostníci (převládající v některých přistěhovaleckých komunitách), ale také jejich zde pobýující příbuzní, kteří nejsou hospodářsky činní. Jedná se zhruba o 100.000 obyvatel.

Soukromé pojištění zdravotní péče má nicméně rozsah plnění, omezení, výluky a různá úskalí. To vedlo k opakovanému odepírání neurgentní péče ze strany poskytovatelů. Nutnost vlastní

úhrady pak pro uvedené cizince představovala hrozbu vysokých nákladů, které je mohou ruinovat.

Je to předmětem sporů, zda by neměli být tito zařazení do veřejného zdravotního pojištění. Lidskoprávní aktivisté vedou kampaň za zařazení těchto přistěhovalců do veřejného zdravotního pojištění.

Zákonodárce jde zatím cestou kultivace tohoto předepsaného zdravotního pojištění. Odpůrci zařazení poukazují na nebezpečí zneužívání. Zastánci zařazení naopak poukazují, že na takovém pojištění nepřiměřeně vydělávají soukromé pojišťovny. Zatím mezi pojištěnými převládají totiž mladí lidé a lidé středního věku mající omezenou potřebu zdravotní péče. Někteří cizinci jsou naopak nepojistitelní.

Soukromé zdravotní pojištění plné zdravotní péče v Česku dlouhodobě pobývajících cizinců nezařazených do veřejného zdravotního pojištění si zaslouží pozornost při úvahách o zvyšování spoluúčasti či omezení veřejného hrazení zdravotní péče a další komercializaci a privatizaci.

Nerozvinuté soukromé pojištění či připojištění zdravotní péče v Česku

Jinak však viditelně malá poptávka po takovém připojištění. Příčinou je bezpochyby všeobecně dostupná a poměrně dobrá zdravotní péče a nezvyk dokonce středních vrstev za zdravotní péči platit.

České komerční pojišťovny tedy spíše zprostředkovávají pojistné produkty zahraničních pojišťoven – například inzerovaný produkt *Best Doctors* - než že by vytvářely produkty domácí.

Samoplátci z řad obyvatel těšících se veřejnému zdravotnímu pojištění

Bohatí pacienti, které si platí za nadstandardní péči, si obvykle platí jednotlivé zdravotnické zákroky. Není mi znám jakýkoli model paušálního placení možné nadstandardní zdravotní péče do budoucna. Některé nemocnice začaly nabízet za peníze „manažerské balíčky“ preventivních prohlídek jako nadstandardní zdravotní péči.

Závazek zaplatit veřejně nehrazenou zdravotní péči

Pacient, který není pojištěnec či jedná-li se o péči veřejně nehrazenou, má povinnost zaplatit. Není-li zaplacená, může být samozřejmě vymáhána též následně, jestliže byla poskytnutá bez předchozí úhrady.

Takový pacient se pochopitelně ve vztahu k hrazení zdravotní péče těší obecné ochraně spotřebitele. Poskytovatelé by mohli být postihováni za nekalé praktiky. Zůstává samozřejmě zcela zachována ochrana pacienta a povinnosti poskytovatele typické pro zdravotní péči.

Soukromí poskytovatelé v případě neurgentní péče pacientům, kteří si mají hradit péči sami, pochopitelně trvají na zaplacení předem či postupným placením. Ceny jsou smluvní.

Soukromá charita

Vnitrostátní charita má pro české zdravotnictví omezený význam. Odhadnout ji lze na desítky milionů Kč, což představuje bezpochyby nanejvýš promile celkových výdajů na české zdravotnictví. Navíc se spíše jedná o zlepšování nemocničního prostředí než o samotnou zdravotní péči. Mediálně vděčné jsou sbírky na inovativní nákladnou zdravotní péči o konkrétní děti, propagované některými komerčními televizemi.

Opomíjet nelze také určitý příspěvek ke zlepšení zdravotní či zdravotně-sociální péče poskytovaný dárci charitativním organizacím, ať už navázaným na církve – Katolická charita, diakonie jednotlivých protestantských církví či některé nadace – například Konto Paraple.

Historický exkurs

Financování zdravotnictví v dávnější minulosti

Pro porozumění současného stavu je klíčový vývoj financování zdravotnictví během posledního čtvrtstoletí, po které existuje současné veřejné zdravotní pojištění. Užitečné je však též poučit se o financování zdravotnictví za socialismu, během první republiky a za Rakouska-Uherska.

Ve středověku a raném novověku hrála klíčovou roli církví zprostředkovaná charita. Posléze dotování nemocnic a lékařů státem – tereziánské a josefinské reformy. Bohatší si vždy zdravotní péči platili sami. Pokladenské soustavy – pojištění - se začaly objevovat teprve ve druhé polovině 19. století a do první světové války pokrývaly jen část obyvatelstva. Stát samotný zabezpečoval zdravotní péči především četným vojákům a vojenským vysloužilcům, dále pak stát rostoucí měrou zajišťoval vlastní úředníky a další veřejné zaměstnance.

Rozsáhlé v 18. a 19. století bylo základní léčení v domácnostech příbuznými či sousedy. Zejména na venkově se na léčení podíleli nejrůznější felčáři, ranhojiči, porodní báby, bylinářky, ba dokonce zaříkávači.

Je však dobré zdůraznit, že během 19. století a během 20. století se teprve postupně stala zdravotní péče tak všeobecná a způsobilá léčit širokou paletu onemocnění. Mnohá onemocnění a úrazy byly dříve prostě neléčitelné a končily často rychle smrtí. Podíl oficiálního zdravotnictví na hrubém domácím produktu tak byl zřetelně nižší, než je nyní. Moc nevíme o neoficiální zdravotní péči.

Podnětem pro rozvoj zdravotnictví byly pravidelné války. Ty sice přinášely příliv zraněných a zvyšovaly výskyt různých dalších onemocnění. Státy byly však více ochotné se starat o vlastní vojáky než o ostatní obyvatelstvo.

Za první republiky se posilovaly stávající prvky financování. Zdravotní péče se výrazně modernizovala. Jednotlivé společenské vrstvy se však těšily dosti rozdílné úrovni zdravotní péče. Značné rozdíly byly mezi velkoměsty, maloměsty a venkovem a také jednotlivými zeměmi meziválečného Československa - kterou byla vedle Čech, Moravy-Slezska a Slovenska též Podkarpatská Rus.

Po roce 1945 byl postupně zaveden monopol státu na poskytování zdravotní péče. Ta se postupně reorganizovala do ústavů národního zdraví. Financování zdravotnictví bylo státní a péče byla bezvýjimečně zdarma. V totalitním státě chyběla politická debata o financování zdravotní péče.

Vývoj veřejného zdravotního pojištění během posledního čtvrtstoletí

Současný model je důsledkem dvou protikladných trendů posledního čtvrtstoletí: všeobecné komercializace a značné privatizace, která nemohla pominout zdravotnictví na straně jedné a touhy většiny obyvatel mít zdravotní péči víceméně zdarma na straně druhé.

Příznačné pro české zdravotnictví jsou časté, možná dokonce stále reformy řady parametrů. Základy se však nemění.

Česko – a podobně Slovensko – se při reformě financování zdravotnictví krátce po roce 1989/90 eklekticky smísilo prvky různých systémů. Inspirace v Německu a Rakousku se nevyzdvihovala, byla však patrná. Jak se na reformě financování podílela Světová zdravotnická organizace či evropské struktury?

Byla poněkud naivní vize konkurence nadstandardními službami, vysoký počet veřejných zdravotních pojišťoven. Nicméně během pěti let přišel kolaps některých malých zdravotních

pojišťoven (naivita, tunelování) a jejich řízené slučování, ale především chronická nerentabilita VZP mající drahé seniory.

Zavedlo se proti přerozdělování vybraného pojištění. Zároveň se výrazně potlačily nabídky nadstandardů ze strany resortních, oborových a odvětvových zdravotních pojišťoven.

ČSSD nepřekvapivá myšlenka vytvoření ministerského národního fondu. Navrhované změny ohledně smluvní politiky. ČSSD (ministr Rath): jenom nezisková ústavní zdravotnická zařízení (kapitola 6) měla získat smlouvy se zdravotnickými pojišťovnami.

Naopak vláda ODS/KDU-ČSL/SZ 2006 představila plány komercializace a částečné privatizace pojišťoven vyzývaných k větší soutěži o pacienty. Nepromýšlely se však souvislosti. Reformní záměry - v podobě zákonů předložených Parlamentu ČR - však padly s odchodem ministra Julínka a pádem vlády. Návrhy politických stran po roce 2010 byly obecnější. ODS / TOP09 /VV 2010 – znovu zvažovala posílení soutěže mezi pojišťovnami, rabat za nečerpání. Nebylo však nikdy rozpracováno.

Vláda po roce 2014 - ČSSD/ANO/KDU-ČSL – různé drobné úpravy, nicméně žádná úvaha o výraznější reformě.

Modely financování zdravotní péče v zahraničí

Evropské státy

Evropské státy jsou státy sociální. Jedním ze základních pilířů sociálního státu je dostupná zdravotní péče. Veřejné financování zdravotnictví je proto velmi silné. Podobně jako v Česku se postuluje právo na dostupnou zdravotní péči a to dokonce ústavami. Obvyklé je všeobecné zabezpečení obyvatelstva (universal healthcare).

Nepřehlédnutelné rozdíly v podílech zdravotnictví na HDP jednotlivých členských států. Nepřehlédnutelné rozdíly v možnostech jednotlivých zemí s ohledem na jejich HDP na jednotlivce, ale také z hlediska mezd vyplácených lékařům, zdravotním sestřám a dalším zdravotnickým pracovníkům.

Uvedené členění je pro rozlišení. Zpravidla se rozlišují modely veřejné zdravotní pojištění (Statutory healthcare insurance – SHI, model Bismarck) spočívající v oddělení zdravotních pojišťoven od státu a určitá míra soutěže poskytovatelů o pacienty stejně jako veřejné peníze – a národní zdravotní služba (National health service – NHS, model Beveridge) zabezpečení zdravotní péče samotným státem prostřednictvím.

Rozlišení jednotlivých modelů z pohledu pacientů nemusí být zřetelné. Jednotlivé modely se mohou mísit a prolínat. Nadto se v mnoha státech se provádějí průběžné reformy.

Veřejné zdravotní pojištění a další veřejné financování zdravotní péče leckde výrazně doplňuje soukromé zdravotní pojištění. To může být pro některé obyvatele dokonce náhradou veřejného zabezpečení zdravotní péče – německé Privatkrankenversicherung (níže). Obory zdravotní péče či vybrané zdravotnické zákroky bývají nehrazené – například v sousedním Rakousku rutinní stomatologie. Zdaleka ne veškeré obyvatelstvo, zejména pak nejruznější skupiny přistěhovalců, mohou být vyrazené. Ve většině zemí je vyšší spoluúčast než v Česku.

Model 1: model národní zdravotní služby

Zdravotní péči poskytuje přímo stát či jeho územní samospráva prostřednictvím jím zakládaných, vlastněných a spravovaných institucí. Financování vesměs přímo daněmi včetně zvláštních určených na zdravotní péči. Uspořádání se zpravidla neoznačuje jako

veřejné zdravotní pojištění. Národní zdravotní služba může být centralizovaná, může být ale také decentralizovaná (jak z hlediska řízení, tak z hlediska financování daněmi).

Může poskytovat základní péči. Takovou představuje National Health Service jednotlivých zemí Velké Británie financovaná dotacemi státu a poskytující péči zdarma. Během sedmdesátileté existence prošla řadou organizačních reforem, decentralizací a částečným angažmá soukromého sektoru. Vzhledem ke společenské stratifikaci země a nízké kvalitě či nespokojenosti obyvatelstva existuje rozsáhlé privátní zdravotnictví. Rozsáhlý je trh soukromého zdravotního pojištění této nadstandardní zdravotní péče. Mnozí obyvatelé pochopitelně využívají jak státní, tak soukromé zdravotnictví.

Síť veřejných poskytovatelů spravovaných a financovaných státem, regiony a municipalitami mají skandinávské země. Velkorysé financování možné díky vysokým daním umožňuje poměrně dobrou péči. To s tradičním rovnostářstvím vede k nerozvinutému soukromému sektoru.

Veřejně vlastněné a financované sítě nemocnic a dalších poskytovatelů zabezpečují zdravotní péči též v dalších evropských státech – jednotlivé autonomní oblasti Španělska či regiony Itálie obvykle provozují sítě poskytovatelů, popřípadě je doplňují nasmlouvaní poskytovatelé.

Model 2: jeden povinný fond obstarávající zdravotní péči

Pojistné na veřejné zdravotní pojištění či zdravotní daň bývá hlavním zdrojem. Péči na základě smluv obstarává monopolní zdravotní fond. Ten může být fondem účetním, spravovaný přímo státem. Může ale také být samostatnou institucí, jejíž vedení neustavuje přímo vláda. Zase je představitelná různá míra centralizace – Polsko mající Narodowy fundusz zdrowia a podobně ostatní postsocialistické země nebo decentralizace (Itálie, Španělsko) v závislosti na uspořádání státu.

Zásadní je, že uvedený fond zabezpečuje obyvatele státu či jeho části prostřednictvím nasmlouvaných poskytovatelů. Těmi mohou být a různou měrou bývají státní, regionální a lokální veřejné instituce, neziskové instituce (zejména církevní) stejně jako komerční subjekty.

Model 3: více zdravotních fondů a pojišťoven

Vícere veřejné zdravotní pojišťovny obstarávají zdravotní péči u smluvních poskytovatelů. Otevírá se prostor pro určitou diferenciaci a konkurenci vůči pojištěncům: existují všeobecné pojišťovny, resortně organizované pojišťovny, komerčně orientované pojišťovny s odlišnými nabídkami - pojistnými plány – ovšem záleží, jak moc se povoluje rozdílná nabídka.

Model více veřejných zdravotních pojišťoven, pokladen či fondů provozuje v Evropě například Nizozemsko, Německo, Rakousko, Švýcarsko, Česko či Slovensko. Některé tyto státy mají pouze několik pojišťoven, jiné jich mají desítky a v minulosti jich měly často stovky a tisíce. V minulosti byli pojištěnci zpravidla odkázáni na zdravotní pojišťovny či pokladny podle svého povolání, nyní se vesměs otevřely tyto instituce všem.

V některých zemích - Rakousko - část péče poskytují pojišťovny péči samy. Pojištěnci v jiných zemích – Nizozemsko - musejí sledovat, kdo jsou smluvní poskytovatelé, kde se poskytne hrazená péče, zdaleka nejsou nasmlouvaní všichni poskytovatelé, díky zalidnění je však péče zpravidla blízko. Zákonné zdravotní pojištění může být nahraditelné upraveným soukromým zdravotním pojištěním.

Exkurs na Slovensko

Během rozpadu Československa Slovensko vytvořilo obdobný model. Posléze došlo dokonce k privatizaci zdravotních pojišťoven, následně však stát omezil čerpání zisku a zahraniční investory. Nyní jsou na Slovensku jen tři zdravotní pojišťovny, Všeobecná zdravotná

poistovna je zcela dominantní. Smlouvání poskytovatelů je transparentnější, nabídky míří na hodnotu bodu.

Model 4: pokladenský model

Pokladenský model mají Belgie, Lucembursko či Francie. Pacient má smluvní vztah (včetně případů nucené péče) s po (široký smluvní přímus).

Uhrazuje nebo se zavazuje uhradit poskytnutou zdravotní péči, dostává účet. Účet je mu pak následně do výše předepsané státním právem a pokladnou stanovené výše uhrazován. Na tom nic nemění pravidelné přímé placení zdravotní pokladny poskytovateli. Spoluúčast je rozdílem. Existuje nicméně cenová regulace takto proplácené zdravotní péče.

Lidi vědí o nákladech. Mají širokou volbu poskytovatele (samozřejmě, nabízí-li péči více poskytovatelů). Nákladná administrace celého systému. Větší prostor pro soudní spory o proplacení zdravotní péče.

Další státy světa

Zdravotnictví kdekoli ve světě odráží hospodářskou výkonnost příslušné země. Zároveň se ve zdravotnictví a jeho financování odráží – v demokratických zemích - zájem obyvatelstva či – v autoritativních státech – režimu zabezpečovat zdravotní péči vlastnímu obyvatelstvu.

Mimoevropské státy zdaleka nezabezpečují péči veškerému obyvatelstvu, nýbrž často jenom některých jeho částem, společenským vrstvám. Běžné je omezení takové zdravotní péče na některé druhy onemocnění a úrazů. Veřejně hrazená zdravotní péče je základní a nemá valnou úroveň.

V mnoha zemích světa je ve srovnání s Evropskou podstatně slabší či zcela chybí přesvědčení, že lidé by měli mít zabezpečenou dostupnou zdravotní péči. Ústavy a zákony tedy nepostulují nárok, jakkoli běžně upravují organizaci zdravotnictví. Nalezneme ale také státy, kde se takové právo na dostupnou či dokonce bezplatnou zdravotní péči sice zakotvují, ve skutečnosti však nejsou ochotné či schopné ji zajistit.

Spojené státy americké

Tomu odpovídá daleko větší podíl soukromého financování. Nicméně veřejné výdaje jsou rovněž značné, zcela srovnatelné s výdaji evropských států. USA vykazují totiž mimořádný podíl zdravotnictví na HDP (16%). Je to díky automatizaci a racionalizaci ostatních odvětví, nákladů na pokrytí právních rizik, značným mzdovým nárokům odrážející nutnost lékařů a dalších zdravotnických pracovníků investovat do získání kvalifikace značné prostředky placením školného či vysoké ceny léčiv.

Americké zdravotnictví poskytuje jednotlivým skupinám obyvatel zdravotní péči rozdílné úrovně. Rozdíly pochopitelně také odrážejí americký federalismus. Organizace a regulace zdravotnictví je záležitost jak federace, tak států. Mezi státy jsou navíc značné rozdíly, pokud v možnostech a ochotě podílet se na, některé státy mají vyloženě univerzální financování zdravotnictví o své obyvatele (Havaj, Massachusetts), jiné zůstávají skupé.

Federální či federálně-státní financování je přesto Medicare je federální program zdravotní péče o seniory, Medicaid je federálně-státně organizovaný a financovaný program péče o chudé, kteří si nemohou obstarat komerční zdravotní pojištění. Existují zvláštní programy péče o některé skupiny chronicky nemocných. Federace, státy či územní samospráva zabezpečují vlastní zaměstnance, zejména pak příslušníky ozbrojených sil, a jejich rodinné příslušníky.

Klíčové financování pomocí státem podporovaného komerčního pojištění, které má většina zaměstnanců pro sebe a rodinu, mnohé profese mají své systémy. Pojišťovny ovšem selektují

mezi klienty. Existují různá odborová, profesní a družstevní schémata financování zdravotnictví (Blueshield).

Milióny Američanů ovšem zůstávají bez dostupné zdravotní péče. Dostupnost zdravotní péče se nepostuluje jako základní právo. Míra federálního, státního a lokálního angažmá se tedy může měnit. Financování zdravotnictví je mimořádně závažnou politickou otázkou.

Reforma financování zdravotnictví tzv. Affordable Healthcare Act, kterou prosadil prezident Obama, zvyšuje dostupnost komerčního pojištění, zmenšuje možnosti selekce, nutí obyvatele se pojišťovat, přerozděluje prostředky pro zdravotnictví zdaněním luxusního zdravotního pojištění (cadillac policies) a usnadňuje obstarání si zdravotního pojištění. Obamacare prohlubuje tlak federace na součinnost jednotlivých států zavedený již dřívějšími federálními programy, řada států však součinnost odepřela. Bylo sporné, zda nezasahuje do kompetence států.

Vybrané další nejvyspělejší země

Japonsko zabezpečuje všeobecně dostupnou zdravotní péči zdravotní pojištěním na základě kombinace pojištění zaměstnanců a státního pokrytí ostatních obyvatel.

Singapur má mezi nejvyspělejšími zeměmi nejvíce soukromě financované zdravotnictví. Výdělečně činní mají povinnost odvádět z mezd na vázané účty, ze kterých se hradí péče, možné je samozřejmě též komerční pojištění, státní „katastrofické“ angažmá v případě nouze. Zdravotní péči poskytují jak veřejné nemocnice, tak soukromé nemocnice. Ve srovnání se sousedními zeměmi je pochopitelně zabezpečení na vysoké úrovni.

Izrael zná povinné pojištění, veřejné zdravotní pojišťovny s vlastními poskytovateli, velký vliv odborů, přímé státní příspěvky a pochopitelně rozsáhlé vojenské zdravotnictví. Izraelské vysoce kvalitní péče, země ve velkém objemu vyváží zdravotní péči.

Středně nebo méně vyspělé nejlidnatější země (skupina BRIC)

Čína zabezpečuje svým obyvatelům zdravotní péči především v rámci zaměstnání (podobně jako dříve v SSSR), důležité na venkově elementární rolnické pojištění (600 mil. lidí) se státní podporou, ve velkoměstech se pak uplatňuje kombinace městského a provinčního angažmá a zaměstnaneckého zabezpečení. Obrovské rozdíly hospodářského výkonu mezi jednotlivými. Patrná je značná spoluúčasť či soukromé hrazení zdravotní péče.

Indie má převážně soukromě financované zdravotnictví, veřejně se financuje a provozuje základní, ovšem viditelně nedostačující síť poskytovatelů zdravotní péče. Značné rozdíly jsou mezi velkoměsty a venkovem. Jednotlivé státy mají dosti rozdílnou úroveň zdravotnictví. Převládá přímá úhrada jednotlivých zdravotnických výkonů. Soukromé zdravotní pojištění má jenom část obyvatelstva. Indie plánuje vytvořit univerzální zdravotnictví. Indie je důležitou destinací patientské turistiky díky láci pracovní síly.

Rusko zaručuje dle ústavy svému obyvatelstvu péče zdarma. Jaká však byla a je po hospodářském a sociálním rozvratu 90. Let po rozpadu Sovětského svazu. Bylo zavedené zdravotní pojištění, existuje konkurence, částečná privatizace zdravotnictví, patrné jsou však stabilizační intervence státu na různých úrovních.

Brazílie provozuje jednotný zdravotní systém (Sistema único de saúde) poskytující zdarma základní zdravotní péči všem obyvatelům. Bohatší lidé si obstarávají kvalitnější zdravotní péči sami či na základě soukromého zdravotního pojištění.

Chudý svět

Světadílem s nejhorsí úrovní zdravotnictví je Afrika. Státy vynakládají zanedbatelné veřejné výdaje na zdravotní péči, která obecně tvoří menší část už tak malého HDP většiny afrických zemí a nevytvářejí ani lepší předpoklady pro zabezpečení si zdravotní péče obyvatelstvem samotným.

Výsledkem je pochopitelně zcela neodpovídající infrastruktura, chybějící kvalifikovaný personál a všeobecný nedostatek léčiv.

Obrovský je výskyt onemocnění, která ve vyspělém světě jsou léčitelná, zvláště pak tropická nakažlivá onemocnění. Obrovskou zátěží je pak epidemie HIV positivity a AIDS, která rozvrací zdravotní systémy dokonce v nejvyspělejších afrických zemích. To se odráží ve velmi nízkém průměrném věku dožití (v některých státech stále po padesát let).

Humanitární pomoc ve zdravotnictví

Zdravotnickou pomoc jako humanitární poskytují nejrůznější státní a nestátní instituce – Světová zdravotnická organizace (WHO), kontinentální mezinárodní organizace, jednotlivé státy, nestátní charitativní organizace se zaměřením na zdravotní pomoc – Červený kříž, Lékaři bez hranic – stejně jako charitativní organizace se širším záběrem.

Jednotliví poskytovatelé zdravotnické humanitární se zaměřují na různé druhy pomoci z hlediska druhů potřeb. Pomoc zahrnuje zdravotnický materiál – léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a přístroje, může spočívat ve výcviku či vzdělávání. Jednotliví dárci část pomoci zabezpečují pomocí místního personálu a místní organizace zdravotnictví.

Obyvatelům nejchudším zemí či vybraným skupinám obyvatelstva bez zabezpečení též dalších zemí se humanitární zdravotnická pomoc poskytuje zemím soustavně, a to bez očekávání vzájemnosti. Zvláště náročná je zdravotnická pomoc v zemích, které sužují války a násilnosti. V případě přírodních pohrom či válek katastrof též dalším zemím p zde se jedná ovšem o řešení okamžité potřeby.

Mezinárodní integrace zdravotnictví

Evropská unie, popřípadě další evropské státy

Koordinace sociálního zabezpečení – vymezení příslušnosti

Evropská unie mnohostranně integruje hospodářství a společnost členských států. Jednou ze základních svobod je volný pohyb osob – občanů členských států a tedy zároveň Evropské unie - jednotlivě či s rodinami za prací, podnikáním, studiem a obecně životem v jiném členském státě.

Volný pohyb osob ulehčuje koordinace sociálního zabezpečení, pod které se řadí rovněž veřejně hrazená zdravotní péče.

Koordinace veřejného zabezpečení zdravotní péče právem Evropské (nyní nařízení 883/2004) určuje příslušnost. Migrující občan Evropské unie přísluší k sociálnímu zabezpečení včetně veřejně hrazené zdravotní péče členského státu, kde pracuje a žije. V případě dojíždění má možnost volby.

Koordinace – možnost čerpat

Nadstandardní je zajištění studentů a penzistů. Ti mají právo na zabezpečení v členském státě pobytu hrazené státem či zdravotními pojišťovkami státu původu. Pro tyto státy je to při zdraví studentů, respektive při obvyklé migraci seniorů ze zemí bohatších do zemí chudších s nižšími cenami, únosné.

Státy či instituce veřejného financování zdravotnictví směřují možnost souhlasu či přivolení s čerpáním, příležitostné obstarávání či vyhledávání péče v zahraničí při nedostatku kapacit.

Nezbytná péče po dobu předpokládaného pobytu, tedy obecně urgentní a akutní péče. Pojištěnci se musejí prokázat evropským průkazem zdravotního pojištění (EHIC), jež je integrován s průkazem pojištěnce.

Aktivistická integrace zdravotnictví Evropské unie

Soudní dvůr rozsudky Kohll a Decker z roku 1998 dovedl, že občané členských států těšící se v některém členském státě nároku na úhradu či zabezpečení zdravotní péče mají díky volnému poskytování služeb možnost využít stejné prostředky na úhradu stejné péče vyhledané v jiném členském státě. Navazující rozsudky Peerbooms / Smits, Inizan, Vanbraekel, Watts tento nárok upřesnily. Členské státy se obávaly destabilizace svého zdravotnictví a jeho veřejného zdravotnictví, proto Soudní dvůr připustil možnost podmíněný proplácení předchozím souhlasem v případě nákladných hospitalizací.

Zdravotnictví bylo kvůli své politické citlivosti vyloučené z opatření na podporu volného pohybu služeb směrnicí 2006/123/ES. Zvláštní směrnice 2011/24/EU nicméně judikaturu zevšeobecnila. Měla být provedeno v roce 2013 – obtíže. Některé státy – Polsko – se vyloženě brání odlivu svých veřejných peněz na zdravotnictví do jiných členských států.

Migrace pacientů byla drobně provedením směrnice drobně podpořená, ukazuje se nicméně, že přetrvávají přirozené překážky, které brání rozsáhlejší mobilitě pacientů: značné cenové rozdíly žádající si spoluúčast, nedůvěra, jazyková bariéra, omezená chuť či vyloženě nezpůsobilost hledat zdravotní péči za hranicemi. Členské státy se výrazně odlišují, pokud jde o integraci svého zdravotnictví. Česko zůstává izolované. Češi mají malý zájem o zdravotní péči v jiných členských státech, naopak české zdravotnictví vítá určitý počet mobilních pacientů.

Integrace jinde ve světě

Na základě dvoustranných smluv – včetně smluv uzavíraných nyní jednotlivými členskými státy – dříve typické pro socialistické státy zaručující péči zdarma (nepočteným) pobývajícím občanům dalších socialistických států na základě formální reciprocity bez proplácení.

Obecně ale taková koordinace v mezinárodním měřítku chybí. Uspořádání obdobné uspořádání v Evropské unii je výjimečné. Některé vyspělé státy nicméně připouštějí proplácení urgentní zdravotní péče poskytnuté v zahraničí do výše domácích úhrad.

Důvody pro cestovní zdravotní pojištění

Dostatečné pojištění potřeby zdravotní péče jsou hodné doporučení pro krátkodobé pobyty mimo Evropskou unii. Zejména mimo Evropu je třeba při dlouhodobých pobytech věnovat pozornost režimu vlastního zabezpečení zdravotní péče.

Cestovní zdravotní smysl též v Evropské unii: obtížně dostupné či nedostatečně jakostní veřejně hrazené, často značná spoluúčast, na kterou nejsou Češi zvyklí asistenční služby (komunikace s pacientem, jeho blízkými, poskytovateli zdravotní péče) a často nákladná repatriace zraněného či těžce nemocného.

Cestovní zdravotní pojištění poskytují komerční zdravotní pojišťovny. Jedná se o soukromé pojištění založené na kalkulaci rizik. Některá rizika jsou nepojistitelná. Pojištění proto obsahuje řadu výluk.

Mobilita pacientů

Většina pacientů není příliš mobilní. Důvody pro vyhledání zdravotní péče v zahraničí musejí být vážné. Zdravotní péče se vyhledává za hranicemi tehdy, není-li doma dostupná, je-li výrazně lepší, levnější či je-li zapovězená. Překážkou pochopitelně zůstává v mnoha případech zdravotní stav. Obtížně se překonává jazyková bariéra. Důležitá je rychlost a láce dopravy. Jednorázové zdravotní výkony se pochopitelně vyhledávají v cizině snáz než péče dlouhodobá.

Jednotliví pacienti vyhledávají zdravotní péči v zahraničí již po staletí. Během posledních desetiletí se jako součást globalizace rozvinula medicínská turistika (*medical tourism*). Napomáhá tomu levná doprava, možnost komunikace počínající snadným získáním informací a další výměna dat a překonání jazykových bariér. Mnohé státy začaly napomáhat lákání zahraničních pacientů, protože medicínská turistika přináší dodatečné výtěžky domácímu zdravotnictví.

Závěry

Nikdy (!!) a nikde (!!) není dost peněz na zdravotnictví, všude je „krize“ a všude se žádají, plánují či provádějí reformy financování zdravotnictví, tak samozřejmě v této souvislosti také organizace zdravotnictví.

Můžeme a měli bychom samozřejmě stále debatovat, zda, pokud ano – většinou tomu tak je – v jaké míře a jakými způsoby se nevhodně využívají dostupné prostředky: otázka vynakládání prostředků na preventivní péči, omezující potom výdaje.

S většími zdroji by se nicméně vždy péče dala zlepšit - podobně jako školství: dostupnost inovativní péče a zejména péče lépe poskytovaná – to by pochopitelně přispělo ke zvýšení bezpečnosti, ale také pohodlí pacientů.

Pochopitelně nemalá část zvýšených prostředků by vždy směřovala do zvýšení mezd a výtěžků zdravotnických pracovníků (kapitola 6).

Lze si však také představit situaci, kdy růst výdajů je nezbytný, dochází-li k růstu cen vstupů. Tím je zdravotnický materiál, tedy léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a další věcné vybavení, prostory, nýbrž zejména personál. Jak bylo uvedeno (kapitola 6), lékaři a zdravotní sestry jsou v případě mezinárodní liberalizace profesní migrace výrazně mobilní. Hrozí tedy jejich odliv do zemí s vyššími výtěžky. To znamená větší tlak na růst mezd než v případě dalších profesí. Na příchod zdravotnických pracovníků ze zemí s nižšími mzdami nelze vždy spoléhat.