

Právnická fakulta Masarykovy univerzity

Katedra finančního práva a
národního hospodářství



RIGORÓZNÍ PRÁCE

**Financování zdravotní péče v České republice
s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných
zemích a judikaturou z této oblasti**

(Financing of health care in the Czech Republic demonstration model of
financing health care in selected countries and case law in this area)

Jana Konečná
2009/2010

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma: „Financování zdravotní péče v České republice s ukázkou modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích a judikaturou z této oblasti“ zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v poznámce pod čarou a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury“.

V Brně dne 21.12.2009

.....

Poděkování

Děkuji celému pedagogickému týmu katedry národního hospodářství a finančního práva Právnické fakulty Masarykovy univerzity v Brně za výborný výklad předmětu, který mne inspiroval k hlubšímu studiu problematiky managementu, ekonomiky a financování.

Ráda bych také poděkovala MUDr. Jaromírovi Konečnému a MUDr. Jarmile Bartošové za odborné rady, cenné připomínky i podněty z lékařské praxe. Vážím si jejich neocenitelné pomoci při zpracování této rigorózní práce.

OBSAH

Prohlášení	2
Poděkování	3
Úvod	7
1 Základní pojmy	10
1.1 Zdravotnictví	10
1.2 Veřejné zdravotnictví	12
1.3 Zdraví	12
1.4 Veřejné zdraví	15
1.5 Zdravotní péče	16
1.5.1 <i>Poskytování zdravotní péče</i>	17
1.6 Zdravotnická zařízení	17
1.7 Zdravotní pojištění	23
1.8 Veřejné zdravotní pojištění	24
1.9 Postavení a úloha zdravotní pojišťovny	28
2 Financování zdravotní péče v České republice	30
2.1 Toky a zdroje financování zdravotnictví v České republice	31
2.1.1 <i>Státní rozpočet</i>	32
2.1.2 <i>Podíl zdrojů a jejich vývoj ve zdravotnictví</i>	34
2.2 Výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu	38
2.3 Přímé platby od ošetřených pacientů	39
2.4 Výdaje financování zdravotnictví	47
2.4.1 <i>Náklady na zdravotní služby</i>	48
2.4.2 <i>Ambulantní péče</i>	50
2.4.2.1 <i>Kombinovaná kapitačně výkonová platba</i>	51
2.4.2.2 <i>Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním</i>	54
2.4.2.3 <i>Výkonová platba s hodnotou bodu – tzv. „bodový systém“</i>	55
2.4.3 <i>Registrace pacientů</i>	55
2.4.4 <i>Specializovaná ambulantní péče</i>	56
2.4.5 <i>Stomatologická péče</i>	56

2.4.6	<i>Gynekologická péče</i>	57
2.4.7	<i>Nemocniční péče</i>	57
2.4.8	<i>Následná péče</i>	61
2.4.9	<i>Preventivní péče</i>	62
2.4.10	<i>Ostatní péče</i>	62
2.5.	Financování a úhrady zdravotní péče a služeb	63
2.5.1	<i>Úhrady od zdravotních pojišťoven</i>	66
2.5.2	<i>Systém hodnocení výkonu ve zdravotnictví</i>	67
2.5.3	<i>Pojistné plány</i>	70
2.6	Léky a zdravotnický materiál	73
2.7	Granty a výzkum ve zdravotnictví	77
2.8	Shrnutí změn zákonných norem v oblasti financování zdravotní péče	78
2.9	Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče pro rok 2010	83
3	Ukázka modelů financování zdravotní péče ve vybraných zemích	86
3.1	Tržní model	87
3.2	Státní model	87
3.3	Veřejné zdravotnictví – Národní zdravotní služby. Anglický model	88
3.3.1	<i>Britský model</i>	88
3.4	Pokladenský model	89
3.5	Švýcarský model	89
3.6	Singapurský model	89
3.7	Specifikace jednotlivých systémů úhrad zdravotní péče	90
3.7.1	<i>Specifikace českého zdravotnického systému</i>	91
3.7.2	<i>Specifikace polského zdravotnického systému</i>	92
3.7.3	<i>Specifikace maďarského zdravotnického systému</i>	93
3.7.4	<i>Specifikace slovenského zdravotnického systému</i>	94
3.7.5	<i>Specifikace rakouského zdravotnického systému</i>	96
3.7.6	<i>Specifikace německého zdravotnického systému</i>	97
3.7.7	<i>Specifikace amerického zdravotnického systému</i>	99
3.7.8	<i>Specifikace britského zdravotnického systému</i>	103
3.7.9	<i>Specifikace švýcarského zdravotnického systému</i>	104
3.7.10	<i>Specifikace nizozemského zdravotnického systému</i>	105

3.7.11	<i>Specifikace francouzského zdravotnického systému</i>	106
3.7.12	<i>Specifikace dánského zdravotnického systému</i>	107
3.7.13	<i>Specifikace belgického zdravotnického systému</i>	108
3.8	Shrnutí k jednotlivých specifikacím zdravotnických systémů	108
4	Vybraná judikatura z oblasti financování zdravotní péče	111
4.1	Judikatura ESD ve věci zdravotních služeb od roku 2004	114
4.1.1	<i>Rozsudek Leichtle C-8/02, ze dne 18. března 2004</i>	115
4.1.2	<i>Rozsudek Keller C-145/03, ze dne 12. dubna 2005</i>	116
4.1.3	<i>Rozsudek Watts C-372/04, ze dne 16. května 2006</i>	119
4.1.4	<i>Rozsudek Herrera C-466/04, ze dne 15. června 2006</i>	123
4.1.5	<i>Rozsudek Stamatelaki C-444/05, ze dne 19. dubna 2007</i>	125
4.2	Shrnutí k dané problematice z pohledu České republiky	131
5	Výhled financování zdravotnictví do budoucna	133
6	Závěr	142
7	Resumé	144
8	Použité pojmy a zkratky	147
9	Použitá literatura	153
10	Přílohy	169

ÚVOD

Oblast zdravotnictví je jednou z nejsledovanějších oblastí veřejné politiky a to jak ze strany veřejnosti (občané, resp. pacienti), tak ze strany politických činitelů. Mállokteré téma zdravotní politiky budí tolik pozornosti jako financování péče o zdraví a ekonomika zdravotnických zařízení. Podle výzkumu veřejného mínění¹ vyjadřují dvě třetiny občanů nespokojenost se stavem českého zdravotnictví. Především pak s financováním veřejného zdravotnictví, hospodařením s léky a fungováním zdravotních pojišťoven. Bouřlivým debatám se „*těšit*“ problematika zdravotního pojištění, která v České republice představuje dominantní zdroj financování zdravotnictví. Česká republika navázala na tradici veřejného zdravotního pojištění v roce 1993, jehož kořeny sahají až do devadesátých let minulého století. Potřebu reformy zdravotní péče a s ní související všeobecnou poptávku po změnách vyslovily více než čtyři pětiny naší veřejnosti. Financování zdravotní péče 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. Zdravotnictví je živým společenským tématem, což deklarují diskuse v médiích jednotlivých zájmových skupin, odborových společností a politických činitelů. Nelze opomenout skutečnost, že dílčí body zdravotnictví se staly hlavním bodem volebních kampaní politických stran. Záměrně jsem uvedla dílčí body, jelikož je zcela opomíjena soustavnost, systematičnost a celek jako takový. Jednotlivé dílce jsou rozměňovány a stávají se terčem sporů, které vyúsťují v prosazování osobních zájmů.

Existuje nespočet koncepcí, z nichž mnohé jsou pouze na papíře.² Celou situaci dokresluje obměna ministrů v resortu zdravotnictví. Ze zprávy Světové banky vyplývá relativně vysoká úroveň výdajů na zdravotnictví a relativně vysoké odvody z mezd (13,5 %).³ Problémy financování zdravotnictví tedy nejsou způsobeny malým objemem peněz proudících do této sféry, ale neefektivním způsobem financování a nedostatečnou kontrolou hospodaření s těmito prostředky. Dále pak nízkou průkazností ceny vstupů předcházejících partnerů (např.

¹ Sociologický ústav AV ČR [online]. Reforma zdravotnictví. Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování. Naše společnost v 06_03. Dostupné z: <<http://www.cvvm.cas.cz/index.php?disp=zpravy&lang=0&r=1&s=offset=&shw=100572>>.

² Cabrnok, M., Julínek, T., Hroboň, P. Zdravotní politika [online]. Praha : Cevro, Liberálně –konzervativní akademie, 2005 [citováno 3.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.ods.cz/eu/download/docs/cabrnok-zdravotnictvi.pdf>>.

³ Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů.

dodavatelů) a v neposlední řadě nemožností ovlivnit ceny léků.

Žijeme v demokratickém, právním státě, který nemůže ztrácet ze zřetele, že poskytování zdravotní péče má závažné sociální důsledky. V celosvětovém měřítku financování zdravotnictví úzce souvisí s celkovou koncepcí sociální politiky každého státu, z čehož lze vyvodit dva základní aspekty předmětné problematiky. První z nich je, jakým dílem se bude podílet stát na financování zdravotní péče a druhým je mechanismus participace státu na zmiňované péči. V současné době probíhají zásadní diskuse o otázkách ze zdravotnictví v podmínkách tržní ekonomiky. Kupříkladu nutnost redefinovat rozsah garantované péče, možnost volby zdravotního připojištění, optimalizace sítě poskytovatelů, zvýšení autonomie pojišťoven a také jako součást investiční politiky systém odpisů. Dlouhodobé řešení nabízí „Bílá kniha ve zdravotnictví“⁴ s cílem angažovat všechny zainteresované strany – pacienty, poskytovatele, plátce, politiky, aj. Optimální řešení financování hledá Česká republika již od roku 1992. Principy financování zdravotní péče v České republice se již několikrát měnily. Diferencovala se vnitřní struktura zdravotnických zařízení, z nichž se část oddělila do privátní sféry a zbylá část zůstala ve sféře státní.

Hlavním záměrem a cílem této práce je přiblížit specifickou problematiku dlouhodobé udržitelnosti systému financování zdravotnictví, popis vybraných problémových okruhů tuzemského fungování zdravotnického systému a předložit možnosti jejich řešení tak, jak je vnímají odborníci zájmových a politických skupin. První část mé práce bude zaměřena na základní, běžně užívané pojmy ve zdravotnictví ke zlepšení orientace v této oblasti. Druhá část bude věnována ryze financování zdravotnických zařízení, čili úhradám zdravotní péče podle druhu poskytované zdravotní péče. Neopomenutelnou součástí budou regulační poplatky, které zahrnují přímé platby od pacientů za poskytnutou péči s konkrétním popisem jejich výběru. Dále bude nastíněna úloha zdravotních pojišťoven a jejich participace na financování systému zdravotnictví v ČR. Jak jsem již nastínila v předchozím odstavci, podstatné jsou dva základní aspekty předmětné problematiky. Za prvé, jakým dílem se bude podílet stát na financování zdravotní péče, a za druhé, samotný mechanismus participace státu na zmiňované péči, což by se mělo prolínat napříč celou prací, s akcentací v kapitole třetí, doplněnou srovnáním s dalšími existujícími modely financování. Začlením i srovnání se zeměmi v EU i zeměmi mimo EU. Zmíním se o právním dopadu financování na zdravotní

⁴ Pojem „Bílá kniha“ je používán pro shrnující východiska pro reformu zdravotnictví, např. Bílá kniha terciárního vzdělávání shrnující východiska pro reformu českých univerzit, aj.

péči, lékové politice, regulaci cen a jejímu dopadu na zájmové skupiny. A to vše s odezvou ve vybrané judikatuře z oblasti financování zdravotní péče, zvláště pak s poukázáním na problémové pasáže.

Hlavními metodami práce jsou metody popisné, metody analýzy veřejné politiky, morfologická analýza a metoda srovnávací, doplněné o prezentační schémata. Pracovala jsem více jak deset let u farmaceutických firem na různých postech, které mi umožňovaly nahlédnout do zákulisí mnoha zdravotnických zařízení. V této práci vycházím i z mých zkušeností, které jsou podloženy reálnými, osobními návštěvami zdravotnických zařízení, účastí na mnoha seminářích a konferencích v tuzemsku i v zahraničí. Mnohé diskuse s odborníky pak přispěly k objektivnějšímu hodnocení pohledu na situaci, jak finance ovlivňují fungování těchto zařízení. Práci lze tedy chápat jako přehlednou charakteristiku finančních toků v systému zdravotnictví jako celku, specifikaci finančních toků v jednotlivých zdravotnických zařízení a také jaké rozbor možných způsobů jejich vynakládání poskytovateli zdravotní péče.

Cílem práce je tedy nejen přehled o problematice finančních zdrojů ve zdravotnických zařízení v souvislosti s poskytováním zdravotní péče, ale také souhrn možných zdrojů a způsobů vynaložení finančních prostředků v souvislosti s reformními návrhy a jejich zhodnocení. Jelikož je tato problematika již natolik obsáhlá, tak si z kapacitních důvodů nedovoluji hodnotit vliv a dopad finančních toků na kvalitu poskytované zdravotní péče.

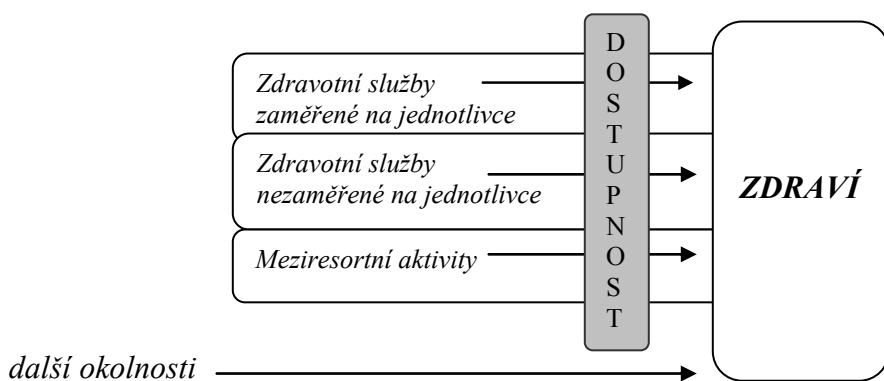
V závěru se pokusím nastínit a ilustrovat možná východiska a náměty „de lege ferenda“, jak by tento proces měl probíhat, aby byl účinný a omezil prostor pro zneužívání zdravotnických témat k prosazování zájmů některých skupin osob na úkor druhých.

1 ZÁKLADNÍ POJMY

1.1 Zdravotnictví

Je systém, sloužící k ochraně zdraví obyvatel.⁵ Systém složitý, proměnlivý, specifický, týkající se každého občana. Jde o resortní systém sestávající se z odborných zařízení, institucí a orgánů, který je součástí veřejného sektoru. V České republice je financován převážně z veřejných prostředků, které občané předávají zdravotním pojišťovnám formou zdravotního pojištění a státu formou daní. Základními funkcemi systému je usměrňování a koordinace péče o zdraví a řízení soustavy zdravotnických zařízení poskytující odbornou zdravotnickou péči a služby. Základním smyslem fungujícího zdravotního systému je zlepšení zdravotního stylu populace. Ano, ač se zdá, že jde o triviální konstatování základního a zároveň jediného cíle zdravotnictví, kontrastuje s jeho neskutečnou složitostí a pozoruhodnou komplikovaností. Abychom byli schopni se orientovat v této spletitosti složitých vazeb, je zapotřebí znát potřeby, zájmy a očekávání jednotlivých zájmových skupin (příloha č. 1), které se podílejí na vytváření a fungování zdravotního systému⁶ (obr. 1.1).

Obr. 1.1 Schéma zdravotnického systému⁷



V systému se rozlišují tři roviny:

⁵ Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, tento zákon popisuje důležité pojmy jako např. zdravotní péče, soustava zdravotnických zařízení, druhy zdravotnických zařízení, pracovníky ve zdravotnictví; aj.

⁶ WHO European Ministerial Conference on Health Systems. *In Health Systems, Health and Wealth*. Tallinn, Estonia. 2008, 25 - 27 June.

⁷ Holčík, J. Zdravotní systémy v Evropě. *Zdravotnictví v České republice*. 2008, č. 4/XI/,s.115 an.

- zdravotní služby zaměřené na jednotlivce
- populačně orientovaná opatření
- meziřesortní aktivity

Všechny služby a aktivity jsou podmíněny jejich dostupností. Zdraví je rovněž determinováno mnoha dalšími okolnostmi. Má dopad i na sociální pohodu a blahobyt. Při hodnocení výkonnosti zdravotního systému nestačí pouze měřit jen přímé dopady na zdravotní stav obyvatelstva.

Zdravotnictví je interdisciplinární obor, v němž se prolínají právní a etické normy z různých odvětví. Dochází k interakci vztahů, zájmů, potřeb a očekávání ze zcela odlišných oblastí lidské činnosti. Prolínají se zde vztahy lékař – pacient, pro potřeby této práce – poskytovatel a adresát zdravotní péče.⁸ Dalším vztahem je poskytovatel zdravotní péče a zřizovatel. Poskytovatel očekává dostatek finančních prostředků pro péči, rozvoj, výzkum a vzdělávání zdravotnických pracovníků. Ekonomická situace poskytovatele je ovlivněna vztahy s plátcem poskytnuté péče (tj. zdravotními pojišťovny) a také vztahy s externími dodavateli. Plátec je spíše neviditelnou osobou, která taktéž očekává dostatek finančních zdrojů pro poskytování zdravotní péče, legislativní a faktické možnosti pojištění a připojištění pacientů na péči nepokrytou standardním pojištěním. Dále očekává jasná, transparentní pravidla pro nadstandardní nabídky pro stávající i nové pojištěnce a v neposlední řadě očekává alokaci finančních prostředků pro výše uvedené aktivity.

Specifičnost zdravotního systému tkví v široké potřebě zdravotnických služeb a tím vynaložených finančních nákladů. V ČR se k tomu přidává mnohdy obtížná dostupnost zdravotnické péče, nedostatek služeb vzhledem k potřebám občanů, dlouhé čekací doby a v některých systémech narůstající finanční disbalance. Tyto problémy se s rozšířením Evropské unie zvýraznily. Zdravotní stav obyvatel, zvláště pak mužů je horší (příloha č. 2). Uceleným nástrojem ke koordinaci opatření a zlepšení zdravotní péče je i Lisabonská strategie. Jejími klíčovými body je zajištění dlouhodobé zdravotní péče a její financování.⁹

Zdravotnictví kromě své sociální funkce v oblasti péče o zdraví obyvatel, představuje

⁸ Autorka si je vědoma probíhající bouřlivé diskuse nad vhodností používání termínů, zdravotní péče – zdravotní služba“ a „pacient – klient“. S těmito pojmy nakládá v této práci jako se synonymy.

⁹ Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies usány the Open Method of Coordination: Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the committee of the Regions. Brussels, 2004.

i velmi důležitý sektor ekonomiky státu.

1.2 Veřejné zdravotnictví

Jako každý vědní obor si prošel nezbytnou transformací a z původního názvu „Sociální lékařství a organizace zdravotnictví“ byl v roce 1992 byl přejmenován na obor „Veřejné zdravotnictví“.

Důsledkem značného rozvoje medicíny a úrovně společnosti se podstatně změnilo od konce 20. století i dnešní Veřejné zdravotnictví (Public Health). Veřejné zdravotnictví představuje zdravotní péči pro celou populaci a Public Health řeší specifické problémy pomocí vlastní metodologie, jakou je moderní epidemiologie a sociologie. Vnímáme jej jako vědní obor zabývající se prevencí, podporou zdraví, prodlužováním života prostřednictvím organizovaného úsilí celé společnosti.

V dnešním pojetí se veřejné zdravotnictví rozšiřuje na veškerý rozsah zájmů lidské činnosti, jako je životní prostředí, sociální, ekonomické, psychologické, ekologické a technické sféry. Cílem vědního oboru je dosáhnout co nejvyšší úrovně kvality zdravotního stavu obyvatelstva v kontextu s poznáváním determinantů zdraví,¹⁰ jejich ovlivňováním a využíváním poznatků v životě každého jedince (determinanty zdraví v příloze č. 3). Soudobá zdravotní politika spočívá na dvou principiálních pilířích. Prvním je úsilí o zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Druhým pak je zabezpečení ekonomické dostupnosti péče o zdraví. Nastává však kolizní situace mezi vysokou úrovní poskytované zdravotní péče v protíváze omezenosti zdrojů, jež nejsou schopny pokrýt nové požadavky a potřeby. To vše je základním rozporným rysem, jenž se projevuje v mnoha podobách a různých intenzitách v jednotlivých zemích. A právě řešení tohoto výše popsaného jevu je klíčovým problémem zdravotní politiky.

1.3 Zdraví

„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím“.¹¹

¹⁰ Wilkinson M., Marmot, M. *The Solid Facto. Social determinants of Health*. WHO : Copenhagen, 1998.

¹¹ Mahler Halfdan, bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace, WHO. Dánsko, 1973 -1988[online] *zdraví pro všechny V 21*. [citováno 28.10.2009].Dostupný z :<<http://www.who.cz/PDF/zdravi 21.pdf>>.

Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, bez nemocí a jiných vad. „*Health is state of complete physical, mental and social well – being and not merely the absence of disease of infirmity*“.¹² Zdraví je tedy optimální stav pohody tělesné, duševní a sociální při aktivitě všech životních funkcí, společenských rolí a schopností organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí. „*Nemoc je porucha zdraví*“.¹³ Obvykle zjištělná, objektivně vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotnických služeb. Zdraví každého člověka je determinováno genetickou výbavou od vrozených dispozic až po výživu. Úroveň zdraví je poměřováno právě výše zmíněnou nemocností a úmrtností. Modelování budoucích výdajů ve zdravotnictví je vždy založeno na hypotézách o vývoji nákladů. Hlavní z hypotéz je postavena právě na proporcii délky života prožité ve zdraví a nemoci s tím, že s rostoucím věkem narůstá prevalence onemocnění, což komplikuje vyšší náklady na zdravotnictví pro starší věkové hranice. Rapidně dochází ke zhoršování zdraví populace.¹⁴ Pojetí nemoci jako projevů, přirozeného stavu stárnutí je stále více zatlačováno do pozadí a vpřed se dostávají patofyziologické pochody a stavy, které lze ovlivnit moderní léčbou, úpravou životního stylu, stravy a jiných determinantů (obr. 1.2). Prostředí příznivé pro zdraví, sociálně ekonomické faktory, zdravotní politika, ekologie, hodnotová orientace, podmínky pro účast občanů na péči, legislativa a právní vědomí. Zdraví patří k prioritám jednotlivce, rodiny i společnosti. Je základním předpokladem sociální, ekonomické úspěšnosti a podmínkou kvality života. Je všeobecně známo, že nižší socioekonomický status vede ke špatnému zdraví. Materiální podmínky podmiňují stav přímo a dále prostřednictvím sociálního a pracovního prostředí, a to se dále odráží a ovlivňuje psychologické vazby a chování. Důležitou roli hraje také systém zdravotní péče. Odpovědnost ochrany a podpory zdraví je povinností každého z nás. Domnívám se proto, že je nutno chápat zdraví a prostředky vynaložené k jeho podpoře jako investici ke zvyšování lidského kapitálu a nikoli jako nutný výdaj. Zdraví je vnímáno jako jedna z významných hodnot Evropské unie. Dobré zdraví je jednou z nejdůležitějších podmínek sociální a ekonomické prosperity. Dobré zdraví zcela nepochybně souvisí s dobrou

¹² Část ústavy Světové zdravotnické organizace, přijato v roce 1946 na konferenci New Yorku.

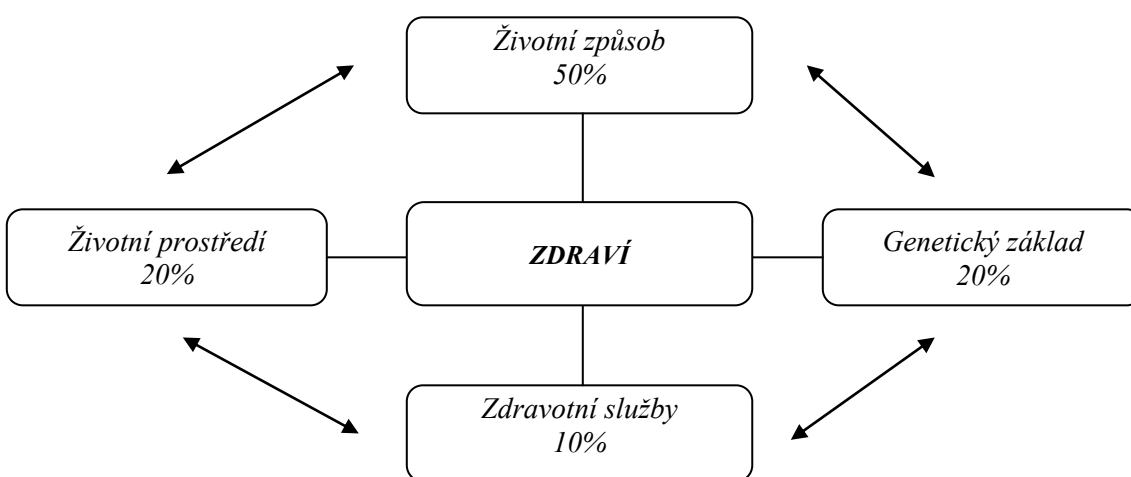
¹³ Mezinárodní klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (MKN). Roce 1990 přijalo plenární zasedání Světového zdravotnického shromáždění SZO 10 revizi pod názvem „Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů“ a doporučilo členským zemím její zavedení od roku 1993. MZ ČR rozhodlo o jejím zavedení od roku 1994.

¹⁴ ÚZIS ČR[online]. *Narození a zemřelí do 1 roku 2008* [citováno 28.10.2008]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

životní úrovní a vzděláním. Mezinárodní studie potvrzují důležitost vztahu mezi socioekonomickým postavením vzdělání a zdravím. Mezi nejvýznamnější příčiny zátěže v Evropské regionu patří chronická nepřenositelná onemocnění (příloha č. 4).

V roce 2002 způsobila tato onemocnění 86 % z 9,6 miliónu úmrtí a 77 % z celkových 150,3 miliónu DALY (disability – adjusted life years) v Evropském regionu WHO.¹⁵

Obr. 1. 2 Schéma základních determinantů zdraví a jejich vliv na zdraví v procentech¹⁶



Toto schéma vyjadřuje přibližný vliv na zdraví uvedených determinantů. Pokud bychom vycházeli z předpokladu, že zdraví lze ovlivnit zdravějším způsobem člověka a zlepšením životního prostředí, je nutné se právě zaměřit na tyto oblasti (determinanty). Současná etapa vědecko – technického, hospodářského a sociálního rozvoje se všemi svými důsledky zásadně zasahuje do determinantů zdraví a tím i do celé koncepce zdravotní politiky, jejímž věcným obsahem je právě ovlivňování ve prospěch lidského zdraví. Postoj zdravotní politiky a veřejného zdravotnictví ve vztahu k determinantům zdraví a jejich možnému ovlivnění se opírá v několika posledních letech o toto obecně užívané schéma, podle něhož je zdravotní stav popsán hodnotami úmrtnosti a nemocnosti. V poslední době jednotlivé

¹⁵ WHO [online]. *Region Office for Europe, Health for All*, 2004. European Observatory on Health Systems and Policies. Health Systems in Transition. HIT Summary : Česká Republika, 2006 [citováno 9.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.euro.who.int/observatory>>.

¹⁶ Holčík, J., Kaňová, P., Prudil, L. *Systém, péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2005. s. 19.

komponenty prostředí v důsledku lidských aktivit se stále mění ve větším tempu a mnohem kratší době, což přesahuje danou adaptační schopnost jednotlivce. Nejen působení časového faktoru, ale i prostor, mění vztah prostředí a člověka a spolu s nimi nové komunikační technologie, dopravu, mezilidské vztahy, jež v moderním pojetí je nazývané globalizací. Ta zasahuje i do politiky, vzdělání, sociální situace a demografických ukazatelů, životního stylu, technologií, ekologie, kultury i vzdělání. Lze hovořit o celostním dynamickém pohledu na zdraví a vše s ním související.¹⁷

Česká republika je v respektovaném mezinárodním hodnocení a srovnání, které bere v úvahu kromě ekonomických ukazatelů i kvalitu života a životního prostředí, na 29. místě. Za námi je Španělsko, Itálie, Řecko, Portugalsko. V roce 2007 se umístila Česká republika na 32. místě a v roce 2008 na místě 28.¹⁸ Více uvádím v příloze č. 5.

1.4 Veřejné zdraví

„Schopnost vést sociálně a ekonomicky produktivní život“.¹⁹

Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin.²⁰ Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života. Zdravotnické právo je složitým komplexem norem veřejného i soukromého práva. Základem jsou ústavní zákony, mezinárodní smlouvy, nařízení a směrnice Evropské unie, zákony a prováděcí předpisy. Zdravotnické právo řeší organizaci celého systému zdravotnictví, práva a povinnosti při poskytování zdravotní péče a služeb, problematiku financování zdravotní péče, organizaci veřejného zdravotního pojištění, podmínky pro výkon povolání zdravotnických a nezdravotnických pracovníků a dodržování základních lidských práv při poskytování zdravotní péče.

Zákon č. 258/2000 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů, je univerzálním kodexem, který byl devětkrát novelizován. Podstatnou změnu z pohledu systému

¹⁷ Drbal, C. Změny ve vývoji determinant zdraví. Praha : *Zdravotnictví v České republice*.2002, č.1-2, s. 6-12.

¹⁸ IMD (Institut for management development, Lausanne).*The World Competitiveness Report*, 2009. Od roku 1989 je zpráva vydávána každoročně. Letos se hodnotilo 57 konkurenceschopných ekonomik světa (Kazachstán a Katar poprvé).

¹⁹ Vurm, V. a kol. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha : Triton, 2007. s 28.

²⁰ Hlava I. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

zdravotní péče přinesl zákon č. 548/1991 Sb., který se stal dosud nejvýznamnější novelou výše zmíněného zákona. Základ oblasti zdravotní péče tvoří Usnesení předsednictva ČNR č. 2 o vyhlášení Listiny základních práv a svobod. Tato je součástí ústavního pořádku České Republiky (dále jen „LZPS“), která stanoví základní, konkrétní projevy svobody jednotlivce. V čl. 31 LZPS jsou zahrnuta základní práva, právo na ochranu zdraví, právo na bezplatnou péči a na zdravotní pomůcky z veřejného zdravotního pojištění za podmínek, které stanoví zákon.

Veřejné zdraví, jako zdraví obyvatelstva a jeho skupin, je klíčovým bodem vládního programu každého státu. Dobré zdraví je základním zdrojem ekonomického a sociálního rozvoje. Je-li lidský rozvoj na vysoké úrovni, lidé žijí déle a ve svém životě prožijí více zdravých let. Zdravé obyvatelstvo může snížit náklady na systémy zdravotní a sociální péče. Zdraví zaměstnanci (tedy zdravá pracovní síla)²¹ jsou základem pro ekonomický růst a prosperitu. I přes veškeré snahy vlád existují stále velké rozdíly mezi zdravím obyvatelstva v různých regionech, v různých skupinách populace. Ačkoli zdravotní péče je především odpovědností jednotlivých států, existuje spousta hrozeb, které překračují hranice států. Proto jsou koordinované akce na ochranu veřejného zdraví v Evropské unii velmi důležité.²²

1.5 Zdravotní péče

Přesnou definici nenajdeme v právních předpisech. Kvalifikovaná zdravotní péče, jako jedna z determinant zdraví, musí reagovat odpovídajícím způsobem na nově se vyvíjející situaci. Lze ji odvodit z praxe jako komplexní péči zahrnující preventivní i léčebnou péči. Častým termínem je zdravotní péče a její druhy podle jednotlivých poskytovatelů. Ambulantní péče a lůžková péče, zdravotnická doprava, péče v zařízeních zdravotní záchranné služby, lázeňská péče a péče v ozdravovnách.

Péče podle příjemců péče zahrnuje péči a služby o akutní a chronicky nemocné pacienty, osoby s komplexní rehabilitací, programy k podpoře a ochraně zdraví, udržení zdravotního stavu a zdravotní výchovu. Odrazem stavu zdravotnictví a jeho financování je nejen vývoj tohoto odvětví, ale i vývoj celé země, vycházející z tradic a zvyků obyvatelstva.

²¹ÚZIS ČR [online]. Základní ukazatelé zdravotního stavu: střední očekávaná délka života, ukazatelé úmrtnosti, ukazatelé nemocnosti [citováno 3.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

²² Program Zdraví 21 [online]. Program zdraví pro všechny pro evropský region, 21 cílů pro 21. století. *Zdraví pro všechny V 21* [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://www.who.cz/PDF/zdravi_21.pdf>.

Neexistuje jednotný, univerzální model zdravotnictví. Soustavné zlepšování zdravotní péče je založeno na aktivní angažované spoluúčasti všech pracovníků zdravotnické instituce, na růstu jejich znalostí, dovedností a odpovědností, stimulovanou sdílenou vizí²³ zdravotnické instituce. Zprávy o úspěších při zlepšování kvality péče zdůrazňují důležitost a nezbytnost silné podpory a pochopení procesu vrcholným managementem nemocnic.

1.5.1 Poskytování zdravotní péče

Poskytovatelem – subjektem zdravotní péče jsou zdravotnická zařízení, ale i nezdravotnická zařízení. Objektem poskytování zdravotní péče jsou pacienti. Pacient má zájem na poskytnutí co nejlepší zdravotní péče a v co nejkratší době, kvalifikovanou osobou s profesním přístupem, dostupnými, moderními metodami v uspokojivém prostředí. Mnohdy zdravotní stav neumožňuje tyto hodnoty vnímat. Lékař – jako poskytovatel zdravotní péče má povinnost poskytnout pacientovi adekvátní péči a neočekává omezení této péče finančními zdroji. Lékař z medicínského pohledu se vždy snaží pacienta uzdravit bez ohledu na výši finančních nákladů, v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy.²⁴ Lékař má i obchodní zájmy, aby zajistil požadované prostředky pro léčení, fungování zdravotnického zařízení, ale i profesní zájmy a povinnosti jako člen České lékařské komory. Snahou zdravotnického zařízení je však poskytování zdravotnické péče co s nejmenším finančním zatížením. Mezi těmito snahami se musí stále hledat kompromis. Prioritním cílem celého systému je bezesporu úsilí o růst kvality poskytované péče, vyjádřený prodlužováním průměrné délky aktivního života a zvyšováním jeho kvality (příloha č. 5).

1.6 Zdravotnická zařízení²⁵

Základní právní úprava zdravotnických zařízení je zakotvena v zákoně 20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu. Zákon dělí zdravotnická zařízení na státní a nestátní. Státní zdravotnická

²³ Pojem vize - více Vágner, I. *Systém managementu*. Brno: MÚ, 2007.

²⁴ Pojem lege artis – zdravotní péče je poskytována v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy. Zda v konkrétním případě šlo o postup lege artis či nikoli, posoudí v případě sporu jedině odborník – lékař, v případě trestního či jiného soudního řízení zpravidla soudní znalec. Zákon č. 20/1966, Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění.

²⁵ Konečná, J. *Právní rámec managementu nemocnic*. 2009. s. 31-37. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce Eva Tomášková.

zařízení mají formu příspěvkových organizací podle zákona 219/2000 Sb., o majetku ČR. Zřizovateli nestátních zdravotnických zařízení jsou kraje, obce nebo jiné právnické a fyzické osoby. Provozování nestátních zdravotnických zařízení podléhá povolovacímu režimu podle zákona 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Režim povolování je jedním z problematických a kritizovaných bodů reformy, jelikož vnáší nerovnost mezi státní zdravotnická zařízení a zdravotnická zařízení provozovaná samosprávnými celky, jinými právnickými i fyzickými osobami. Postrádá jak odborný, tak věcný důvod.²⁶ Současná platná úprava nezaručuje rovnost podmínek k provozování zdravotnických zařízení pro všechny subjekty. Zdravotnictví je soustava odborných zdravotnických institucí a orgánů (Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, aj.), zahrnuje organizace a společnosti (Česká lékařská komora, odborné lékařské společnosti, atd.), pracovníky ve zdravotnictví (lékaře, nelékařské zdravotnické pracovníky, atd.), služby a činnosti (léčebně – preventivní péči, hygienickou službu, lékárenskou službu, záchranou službu, výzkum, vzdělávání, výchovu, atd.). Zdravotnická zařízení je nutné vnímat i jako podnik, neboť v nich probíhají ekonomické procesy s dopadem na provoz daného zdravotnického zařízení. Přehled právních předpisů uvádím v kapitole literatury, přičemž některé předpisy jsou uvedeny v textu v přímé souvislosti se specifikou problematiky.

Zdravotnická zařízení z pohledu systému, kterým je vlastní pět typů odpovědností:²⁷ odborná, etická, právní, politická a finanční. Zřizovatelem zdravotnických zařízení mohou být:

- Ministerstvo zdravotnictví České republiky²⁸
- Kraje v rámci své samostatné působnosti²⁹
- Obce v rámci své samostatné působnosti
- Právnické a fyzické osoby

²⁶ Konečná, J. *Právní rámec managementu nemocnic*. 2009. s. 59. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce Eva Tomášková. Petr Fiala, rektor Masarykovy univerzity, více v prohlášení z tiskové konference, kde jsou obsaženy zcela konkrétní výhrady k zamýšlenému provádění zdravotnických reforem.

²⁷ Gladkij I., a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno : Computer Press, 2003. s. 4-5.

²⁸ Ministerstvo zdravotnictví je zřizovatelem fakultních nemocnic, vojenských nemocnic, odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic.

²⁹ Pokud je zřizovatelem kraj nebo obec, jsou povinny poskytovat zdravotní péči ve svém spádovém území, a to podle vyhlášky MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných obcemi a kraji.

Ke konci roku 2007 bylo rozděleno všech 192 nemocnic do skupin podle zřizovatele.³⁰

V současné době je 49 % nemocničního lůžkového fondu spravováno právě komunálními řídicími orgány (kraj, město, obec).

- 20 zařízení je přímo řízeno Ministerstvem zdravotnictví (téměř 28 % všech nemocničních lůžek),
- 25 zařízení je spravováno krajem (příspěvková zařízení – více než 15 % všech lůžek),
- 20 zařízení má zřizovatele město nebo obec (téměř 7 % všech lůžek),
- 122 zařízení privátních – zřizovatel je právnická nebo fyzická osoba (necelých 48 % všech lůžek). Do tohoto počtu je zahrnuto 50 nemocnic – obchodních společností se 100 % podílem veřejného (krajského nebo obecního) majetku. Tato zařízení se podílejí na privátním lůžkovém fondu více než 63 %.
- Nemocnice v resortu Ministerstva obrany a spravedlnosti (5 zařízení) mají dohromady 1 409 lůžek, které představují jen 2,2 % všech nemocničních lůžek.

Soustava zdravotnických zařízení je uvedena v příloze č. 6.

Rozdělení nemocnic v České republice podle velikosti lůžkového fondu je uvedeno v příloze č. 7.

Fakultní nemocnice jsou příspěvkovými organizacemi ve smyslu zákona č. 219/2000 Sb., v platném znění a zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví. Fakultní nemocnice představují zařízení poskytující zdravotní služby a péči na nejvyšší úrovni. Poskytují praktickou zdravotní péči, klinickou výuku posluchačů v oblasti lékařské, ošetřovatelské i farmaceutické. Nedílnou součástí je věda, výzkum a vývoj (§ 93 zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění). Tento typ nemocnic hospodaří s majetkem státu a při nakládání s ním jsou omezeny zákonem č. 219/2000 Sb.³¹ Rozpočet fakultních nemocnic se řídí zákonem č. 218/2000 Sb., v platném znění, podle kterého musí být po zahrnutí příspěvku ze státního rozpočtu nebo odvodu do státního rozpočtu sestaven jako vyrovnaný. Odměňování zaměstnanců fakultních nemocnic se řídí ustanoveními zákoníku práce o platu [(viz. § 109 odst. 3 písm. d) zákona č. 262/2006 Sb., v platném znění]] a platnými prováděcími předpisy.

Organizační členění fakultní nemocnice je upraveno ve vyhlášce č. 394/1991 Sb.

³⁰ ÚZIS ČR[online]. *Zdravotnická statistika*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), 2009. s. 14-15. [citováno 9.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

³¹ Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích, v platném znění.

V čele fakultní nemocnice stojí ředitel.

Lékařské fakulty jsou součástí veřejných vysokých škol ve smyslu § 22 odst. 1 písm. a) zákona č.111/1998 Sb., v platném znění. Na rozdíl od fakultních nemocnic, nejsou samostatnými právními osobami. V právnických vztazích jako subjekt vystupuje příslušná vysoká škola. Podle zmiňovaného zákona plní funkci učitelů akademičtí pracovníci, kteří musí být zaměstnanci školy. Na zaměstnance vysokých škol se nevztahují daná ustanovení zákoníku práce o platu. Paralelně existují pracovněprávní vztahy mezi fakultní nemocnicí a vysokou školou, což vede ke vzniku problémů při vymezení odpovědností díky odlišné právní úpravě. Zákonem č. 20/1996 Sb., jsou stanovena vysoce kvalifikovaná, odborná pracoviště fakultních nemocnic jako výukové základny lékařských i farmaceutických fakult a ústavů pro další kvalitní vzdělávání zdravotnických pracovníků. Rozdíly v právním postavení stejně jako v odlišnostech pracovněprávních vztahů fakultních nemocnic a vysokých škol jsou příčinou nedostatečné koordinace při zajišťování zdravotní péče, služeb, vzdělávání a také vytváření překážek efektivního řízení fakultních nemocnic. Právní úprava umožňuje podporu ze strany zřizovatele fakultních nemocnic formou příspěvku a možnost financování výukových programů formou dotací. Financování fakultních nemocnic v současné době se jeví jako nesystematické a řešení neodpovídá postavení fakultních nemocnic v systému zdravotnických zařízení. Diskrepanci lze spatřovat i v tom, že výuka studentů je hrazena z plateb zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči.³² Do nemocnice přicházejí následující zdroje: platby ze zdravotních pojišťoven za poskytnutou zdravotní péči, investiční dotace ze státního rozpočtu, grantové prostředky k financování vědecké činnosti, prostředky z fondů Evropské unie a příspěvky z Ministerstva zdravotnictví a Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Neopomenutelné prostředí systému nemocnic:³³

- základní a obecná legislativa státu
- zdravotnická legislativa
- zdravotnická zařízení, instituce a jejich vzájemné vztahy

³² Výuka studentů hrazena z plateb pojišťoven [online]. [citováno 30.1.2009]. Dostupný z: <<http://i.forum.cuni.cz>>. FORUM -5149. ISSN 1214-5149X. Základem pro tuto subkapitulu byla použita diplomová práce autorky. Konečná, J. *Právní rámec managementu nemocnic*. 2009. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce Eva Tomášková.

³³ Gladkij, I. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. s. 4-5.

- existence konkurence
- způsoby zdravotnického zásobování – dodavatelé
- speciální služby – opravy zdravotnických zařízení, jejich organizace, dostupnost, délka čekací doby, aj.
- postavení a ekonomická situace zdravotních služeb
- zdravotní faktory dané lokality
- četnost, věková struktura a další ukazatelé okruhu skutečných a potencionálních pacientů
- další faktory – mimořádné zdravotní situace specifické pro danou lokalitu

Zdravotnické zařízení lze identifikovat jako hospodářský systém, v němž jsou na vstupu vynakládány běžné provozní, investiční náklady a za poskytnuté služby jsou fakturovány výnosy. Rozdíl mezi náklady a výnosy dává hospodářský výsledek.³⁴ Tak jako každý podnik je ovlivněn řadou faktorů, vyplývajících z analýzy podniku jako hospodářského systému, tak i zdravotnická zařízení vykazují po ekonomické stránce znaky, jež dovolují posuzovat a hodnotit každou konkrétní instituci z hlediska ekonomické efektivity a úspěšnosti. Na druhé straně je nutno podotknout, že každé zdravotnické zařízení je ovlivněno specifickými faktory, které upravují vzhled do zdravotnické instituce jako podniku založený na čistě komerční bázi.

Tyto specifické faktory jsou dány několika charakteristickými rysy, typickými pro zdravotnické systémy v České republice:

- Ústava ČR, Listina základních práv a svobod (LZPS), v níž je garantováno právo každého na život a zdraví, poskytnutí zdravotní péče a služeb. Ústavní soud, jak ostatně opakovaně uvádí i v nálezu Pl. ÚS 51/06 (o zrušení některých ustanovení zákona č. 245/2006 Sb.) vychází z ústavní koncepce ochrany zdraví, jež je zakotvena v čl. 6 odst. 1 LZPS se říká: „Každý má právo na život“ a v čl. 31 LZPS nalezneme ustanovení k ochraně zdraví: „Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní

³⁴ OECD Health Data 2004 [online]. Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP ve vyspělých zemích OECD v letech 1970 až 2000 poměr tohoto sektoru ku zbytku ekonomiky se výrazně zvýšil. V průběhu posledního desetiletí 20.století byl růst zdravotních výdajů v členských zemích EU vždy vyšší než růst ekonomik Source: OECD Health data červen 2004 [citováno 30.1.2009]. Dostupný z: <<http://www.oecd.health.data>>.

pomůcky za podmínek, které stanoví zákon“. Z dalších ústavněprávních východisek Ústavní soud zmiňuje : Čl. 2 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (uveřejněné ve Sbírce zákonů pod č. 209/1992 Sb.), který stanoví, že právo každého na život je chráněno zákonem. Legislativa ČR přikazuje povinnost poskytnout pomoc všem. Lékaři skládají slib, Hippokratovu přísahu,³⁵ poskytnout pomoc. Jsou tedy vázáni etickými a morálními normami. Zatímco obchod se mezi ekonomickými subjekty odehrává na základě oboustranné či vícestranné výměny hodnot a je založen na vůli smluvních stran. Čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech (vyhlášeného ve Sbírce zákonů pod č. 12/1976 Sb.), který v odst. 1 stanoví, že státy, smluvní strany Paktu, uznávají právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického i duševního zdraví. V odst. 2 písm. d) citovaného článku se smluvní strany zavázaly, že budou činit opatření k dosažení plného uskutečnění tohoto práva a mezi tato opatření patří i vytvoření podmínek, které by zajistily všem lékařskou pomoc a péči v případě nemoci. Čl. 24 Úmluvy o právech dítěte (vyhlášené ve Sbírce zákonů pod č. 104/1991 Sb.), ve kterém smluvní strany uznávají právo dítěte na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně zdravotního stavu a na využívání léčebných a rehabilitačních zařízení. V čl. 11 a čl. 3 Evropské sociální charty (vyhlášené pod č. 12/2000 Sbírky mezinárodní smluv) pak zavazují smluvní strany, aby buď přímo samy, nebo ve spolupráci s veřejnými a soukromými organizacemi, přijaly opatření k účinnému uplatnění práva na ochranu zdraví a poskytly každé osobě přiměřenou pomoc v případě nemoci i péče nezbytnou podle jejich stavu. V čl. 2 a čl. 3 Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny ve znění Dodatkového protokolu ze dne 12. ledna 1998 (vyhlášených pod č. 96/2001 a č. 97/2001 Sbírky mezinárodních smluv) stanoví nadřazení lidské bytosti nad zájmy společnosti nebo vědy a zavazuje smluvní strany, aby v rámci své jurisdikce učinily odpovídající opatření k zajištění rovné dostupnosti zdravotní péče patřičné kvality. V citovaném nálezu Pl. ÚS 51/06 pak Ústavní soud připomíná i závěry Rady Evropské unie (2006/C 146/1) uveřejněné v ústředním věstníku Evropské unie ze dne 22. 6. 2006, podle níž jsou zdravotnické systémy nedílnou součástí Evropské sociální infrastruktury.

³⁵ Hippokratovu přísahu skládají lékaři. Obsahuje základní etické principy jejich povolání.

Při projednávání budoucích strategií by měly být společným zájmem ochrana hodnot a zásad, na nichž spočívají zdravotnické systémy Evropské unie.

Za stěžejní požadavek při poskytování zdravotní péče je postup *lege artis*. Definicí tohoto pojmu najdeme v § 11 odst. 1, první věta zákona č. 20/1966 Sb., v platném znění o péči o zdraví lidu, podle něhož zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy. Jedná se o způsob léčení, prevence a diagnostiky, který je v souladu s nejvyšším stupněm vědeckého poznání.

- Specifická zařízení – zdravotnická zařízení (nemocnice, ústavy, léčebny, záchranné služby), které poskytují zdravotní péči a služby, provádějí zdravotnické výkony.
- Ceny zdravotních služeb jsou stanoveny pevně a direktivně na základě jednotlivých výkonů a dohodovacího řízení, jehož výsledkem je vyjádření bodů jednotlivých výkonů. V některých odbornostech se jedná o stanovení kapitační platby na základě přesně stanovených faktorů, nebo na základě sazebníku.
- Systém financování zdravotnictví ČR je založen na principu vzájemné solidarity – povinné zdravotní a sociální pojištění. Prostředky jsou přerozdělovány zdravotními pojišťovnami na úhradu zdravotní péče tam, kde jsou potřebné.
- Přerozdělování prostředků zdravotními pojišťovnami. Majoritní postavení má Všeobecná zdravotní pojišťovna. Díky přerozdělování prostředků získaných ze zdravotního pojištění jsou zajištěny stejné podmínky pro všechny, kteří zdravotní péči potřebují, bez ohledu na konkrétní výši odváděného pojistného, ať už je plátcem zaměstnavatel, zaměstnanec nebo stát.

1.7 Zdravotní pojištění

Způsob, jakým je občanům zajišťován, nebo jakým si občané zajišťují přístup ke zdravotním službám odpovídajícím jejich potřebám, se v posledních desetiletích postupně změnil a stále se vyvíjí a prochází změnami. Ve světě není k vidění univerzální správný model zdravotnictví, ale co se týká změn, ty probíhají ve stejném duchu.³⁶ V praxi se setkáváme

³⁶ Julínek, T., Schmidtová, U. „eHealth pro jednotlivce společnost a ekonomiku“. Porovnání zdravotnických systémů jednotlivých zemí. *In Ministerská konference v rámci předsednictví EU ve dnech 18-2. 2009 Praha.* Ulla Schmidtová, německá ministryně zdravotnictví.

s pojmy privátní a statutární zdravotní pojištění. Statutární je to zdravotní pojištění, které je povinné pro všechny občany, na základě zákona. Privátní je dobrovolné, tedy pojištění sjednané mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou. Soukromé zdravotní pojištění se od veřejného liší způsobem financování, které je založeno na příspěvcích, které nejsou jako u systému veřejného zdravotního pojištění odvozeny od příjmů, nýbrž na základě kontraktu mezi pojištěncem a pojišťovnou. Jeho výše je odvozena od parametrů, tj. zdravotní stav, věk, apod. Prvek solidarity, typický pro veřejné zdravotní pojištění, neobsahuje a celý systém je ovlivněn příznivě i nepříznivě.

Pro srovnání uvádím typický příklad soukromého zdravotního pojištění v USA, kde tvoří hlavní zdroj financování zdravotní péče pro obyvatele (zhruba 72 % Američanů má určitý druh privátního pojištění). V Německu je privátní pojištění hlavním pojištěním pro 9 % občanů s vysokými příjmy a jejich rodinné příslušníky.³⁷ Ve Velké Británii, Irsku, Austrálii a Novém Zélandu se soukromé zdravotní pojištění dubluje z veřejných prostředků financované zdravotnické služby, čili představuje alternativu, pro lepší dostupnost, možnost volby, vyšší standard zdravotní péče a služeb. V Kanadě a Francii je soukromé zdravotní pojištění doplňkem, využívaným k hrazení poplatků a doplatků, např. za léčiva (OECD, *ibid*).³⁸ Soukromé zdravotní pojištění znamená větší možnost volby, ovšem také obezřetnější přístup vůči jejich přáním a požadavkům.

Závěrem je nutné říci, že zdravotní pojištění je jedno z nejdůležitějších pojištění, ač si to mnozí lidé neuvědomují.

1.8 Veřejné zdravotní pojištění

Do systému veřejného zdravotního pojištění je zapojen každý občan České republiky. Na základě plateb pojistného získává tedy nárok na zdravotní péči. V zaměstnaneckém poměru platí zaměstnavatel na zdravotní pojištění 9 % hrubé mzdy zaměstnance a zaměstnanec přispívá 4 % procenty své hrubé mzdy.³⁹ Z části jsou tím posilovány tržní prvky,

³⁷ Německé zdravotnictví [online]. [citováno 10.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.bmgs.bund.de>>.

³⁸ Studie OECD. Private Health Insurance in OECD Countries (Soukromé zdravotní pojištění ve státech OECD), 2004. První, svým rozsahem a kvalitou zpracování doposud nepřekonatelnou publikací o soukromém zdravotním pojištění.

³⁹ Odvody z mezd [online]. [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://www.finance.cz/dane-a-mzda/informace/odvody-ze-mzdy>.

jako je motivace všech zúčastněných v systému zdravotnictví k plnění svých rolí a chování, včetně zpětné vazby. Na druhé straně se zvyšuje výrazně poptávka po regulačních mechanismech, které by jasně zkompenzovaly rozdíly potřeb i nerovnosti, které přirozeně vznikají při poskytování zdravotní péče a služeb. Vývoj medicíny sám o sobě přináší nesoulad a způsoby její dostupnosti.⁴⁰ V minulosti využívání zdravotních služeb bylo čistě soukromou záležitostí a solidarita tkvěla jen v autentické podobě. Lékař si nevzal peníz od „chudého“, aby si ztrátu kompenzoval u toho, kdo by ji unesl. V době průmyslové revoluce vstoupila solidarita do naší země přes potřebu zajistit živobytí rodinám, kterým onemocněl živitel. Pro mnohé, jež ztratili práci a tím příjem, byla nemoc existenčním ohrožením. V roce 1859 bylo živnostníkům uloženo, aby přispívali do nemocenských pokladen na své zaměstnance. O třicet let později bylo nemocenské pojištění nařízeno jako povinné pro všechny zaměstnance. Původní zákon byl v roce 1924 rozšířen zákonem č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří a v roce 1928 významně novelizován zákonem č. 184/1928 Sb., o nemocenském, úrazovém a starobním pojištění zaměstnanců. Z předchozích řádků vyplývá, že se jednalo čistě o povinné pojištění zaměstnanců, ostatní o svém zajištění v nemoci rozhodovali sami. V roce 1948 zákonem č. 94/148 Sb., bylo vytvořeno jednotné národní pojištění a v roce 1958 z něj zůstalo pouze pojištění důchodové. Zdravotní péče se stala službou poskytovanou státem a Revoluční odborové hnutí vyplácelo nemocenské dávky. V roce 1991 bylo zákonem č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákonem č. 51/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně uzákoněno veřejné zdravotní pojištění. Zásadní odlišností nejen od předválečného období, ale i od jiných evropských zemí skýtal jeho pojetí financování. Zdravotnictví v následujícím roce bylo financováno ze státního rozpočtu přes VZP a jiné pojišťovny, zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, zaměstnaneckých a jiných pojišťovnách, který umožnil vytvoření pluralitního systému. V roce 1993 začaly pojišťovny vybírat zdravotní pojištění, kdy byl zaznamenán rostoucí počet pojišťoven. Ve druhé polovině devadesátých let se dynamika vývoje zastavila. Další významnější změnu přineslo až rozhodnutí přerozdělit 100 % prostředků mezi zdravotní pojišťovny v závislosti na věkové struktuře pojištěnců a kompenzace nákladné péče.

⁴⁰Vepřek, P. Občané a vývoj zdravotního pojištění. *In abstrakt Kongres medicínského práva* [online], hotel Pyramida II. ročník, 2007. Praha [citováno 18.1.2009]. Dostupný z: <<http://www.medicínsképrávo.cz>>.

Z legislativních změn, které měly dokončit reformu zdravotnictví byly přijaty pouze regulační poplatky a nová forma úhrady léků.⁴¹

Český systém veřejného zdravotního pojištění je postaven na následujících základních principech.⁴² Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a také pro cizince pracující u zaměstnavatele se sídlem v České republice. Výjimkou je přerušení plateb při dlouhotrvajícím pobytu v zahraničí. Každá osoba je pojištěna samostatně. Již výše jsem se zmínila o principu solidarity, kdy osoby s vyšším příjmem přispívají do fondu zdravotního pojištění více. Zdravotní pojištění se dělí v poměru 1:2 zaměstnanec : zaměstnavatel. Od roku 2008 platí strop vyměřovacího základu pro zaměstnance. Pro skupiny, jež nemají vlastní příjem, platí pojištění stát (děti až do ukončení přípravy na budoucí povolání, důchodci, uživatelé starobního důchodu, nezaměstnaní, ženy na mateřské dovolené, ženy v domácnosti pečující o malé děti, apod.). Aktivní plátcí zdravotního pojištění zaplatí téměř 76 % výdajů veřejného zdravotního pojištění a spotřebují jen 40 % výdajů zdravotního pojištění.⁴³ Z výše řečeného je patrné, že zdravotní pojištění aktivních plátců je vysoké a převyšuje úhrady zdravotní péče výdělečně činných pojištěnců. Zdravotní pojištění placené státem za určité kategorie osob - pojištěnců je tedy dotací, která reguluje objem prostředků ve fondu veřejného zdravotního pojištění a není tedy plnohodnotným pojistným, pokrývajícím úhrady zdravotní péče. Pokud by stát platil plnohodnotné pojistné za skupiny nevýdělečně činné, platil by dvakrát více než doposud.

Zdravotní pojištění vzniká :

- narozením, jde-li o osobu s trvalým pobytem na území České republiky
- osoba bez trvalého pobytu na území České republiky se stala zaměstnancem
- získání trvalého pobytu na území České republiky

Zdravotní pojištění zaniká :

- úmrtím pojištěnce nebo prohlášením za mrtvého
- osoba přestala být na území České republiky zaměstnancem
- ukončení trvalého pobytu na území České republiky

⁴¹ Vepřek, P. Občané a vývoj zdravotního pojištění. Kniha abstrakt. In *Kongres medicínského práva*. Praha : hotel Pyramida, 29.11.- 30.11.2007, s. 82 - 83.

⁴² Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 191.

⁴³ MZ ČR, MF ČR[online]. Souhrnné hodnocení systému veřejného zdravotního pojištění. [citováno 3.11.2009] Dostupný z:< <http://www.mfcr.cz>>. Dostupný z:< <http://www.mzcr.cz>>.

Veřejné zdravotní pojištění spolu s dalšími veřejnými prostředky pokrývají zhruba 90% výdajů na zdravotní péči, tudíž prostor pro privátní zdravotní pojištění je malý. Využila jej pouze Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky „VZP“.⁴⁴ Celkový podíl privátního zdravotního pojištění na celkových výdajích nepřevyšuje 0,5 %.⁴⁵

Volba veřejného zdravotního pojištění jako hlavního zdroje financování čerpala mnohé zkušenosti z Německa a Rakouska, kde se systém sociálního zdravotního pojištění osvědčil.⁴⁶ S garancí existence veřejného zdravotního pojištění počítá Listina základních práva a svobod (čl. 31), podrobně je vymezeno v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Řadu nových poznatků vycházejících z plodných diskusí o budoucím financování zdravotnictví přineslo Programové prohlášení vlády ČR, které vzešlo z parlamentních voleb v roce 2006. Přineslo řadu podnětných, závažných, nenávratných změn v systému veřejného zdravotnictví. Transformaci zdravotních pojišťoven na novou právní formu – akciovou společnost s cílem hospodárného chování, podtrženého jasnými kompetencemi a odpovědnostmi. Vláda tím vytvořila nezávislý článek dohledu nad finančním tokem péči o zdraví, fungováním zdravotních pojišťoven, dodržováním pojistného plánu a v neposlední řadě zajištění dostupnosti zdravotní péče. Vláda plánuje výběr i jiného než standardního rozsahu zdravotního pojištění, včetně pojistných produktů s vyšší spoluúčástí a možností zdravotního spoření s podporou státu. Ovšem předtím bude jasně definován a vymezen nárok na zdravotní péči garantovaný veřejným zdravotním pojištěním na základě Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o lidských právech a biomedicině.⁴⁷

Dojde k legalizaci možnosti připlatit si za nadstandardní péči anebo možnost připojistit se. Nevyhnutelností změn je zabezpečení a propojenost informačního systému zdravotního a nemocenského pojištění.

První reálné výsledky se dostavily v polovině roku 2008, kdy byly zavedeny tzv. regulační poplatky (§ 16a zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění), ale také

⁴⁴ Dceřiná společnost VZP od roku 2004.

⁴⁵ ÚZIS ČR. Zdravotní pojištění [online]. [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

⁴⁶ Julínek, T., Schmidtová, U. „eHealth pro jednotlivce společnost a ekonomiku“. Porovnání zdravotnických systémů jednotlivých zemí. In *Ministerská konference v rámci předsednictví EU ve dnech 18-2. 2009 Praha*. Ulla Schmidtová, německá ministryně zdravotnictví.

⁴⁷ V roce 1997 byla v Oviedu přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicině. S Úmluvou vyslovil souhlas Parlament ČR a schválil ji podle čl. 39 odst.4 Ústavy ČR jako Mezinárodní smlouvu o lidských právech a základních svobod ve smyslu čl.10 Ústavy ČR. Prezident ratifikoval Úmluvu 22.června 2001, v platnost pro ČR vstoupila 1.října 2001.

zahájení činnosti první soukromou zdravotní pojišťovnou AGEL.⁴⁸ Aktuální přehled pojišťoven v příloze č. 8.

1.9 Postavení a úloha zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní instituce, jejichž činnost se řídí zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. K zahájení činnosti zdravotní pojišťovny je třeba povolení Ministerstva zdravotnictví a minimální počet pojištěnců, který je nutno získat během prvního roku (min. 50 000 tis. pojištěnců). Poslanecká sněmovna rozhodla, že zdravotní pojišťovny se budou moci slučovat pouze tehdy, pokud některá z nich nezíská od založení alespoň 100 000 pojištěnců nebo se ocitne v nucené správě.⁴⁹

Pojištěnec má právo zdravotní pojišťovnu změnit jedenkrát za rok, a to vždy k prvnímu dni nového čtvrtletí [(zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, § 11 odst. 1 písm a)]. Pro změnu je nutno vyplnit evidenční list nebo využít on-line formulář na internetových stránkách zvolené pojišťovny. Narozené děti se stávají pojištěnci zdravotní pojišťovny, u nichž je pojištěncem matka (jedná se o uplatnění zásady mater semper in iure certa est). Nutností je nahlášení dítěte u zdrav. pojišťovny do 8 dnů od narození (zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, § 10 odst. 6). U nezletilých a osob, které nemají způsobilost k právním úkonům volí zdravotní pojišťovnu rodiče, zákonný zástupce nebo opatrovník. V České republice platí zásada pojištění u jedné zdravotní pojišťovny. Pojištěnec se prokazuje průkazem, který obdrží bezplatně od zdravotní pojišťovny (zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, § 12 povinnosti pojištěnce). Jestliže by se pojištěnec při poskytování léčebné péče prokazoval průkazem pojišťovny, u které není pojištěn, hrozí mu za takové jednání dle ustanovení § 44 odst. 4 pokuta až do výše 5 000 Kč.

Základní normou upravující činnost a hospodaření zdravotní pojišťovny je zdravotně pojistný plán. Návrh tohoto plánu musí být předložen zdravotní pojišťovnou ve stanoveném termínu Ministerstvu zdravotnictví (MZ). Dříve než vláda schválí pojistný plán, musí ho ministerstvo zdravotnictví projednat s Ministerstvem financí (MF). V případě neschválení pojistného zdravotního plánu má možnost zdravotní pojišťovna do šedesáti dnů předložit nový

⁴⁸ Patří do stejnomenného zdravotnického holdingu.

⁴⁹ 11.9. 2009 rozhodla poslanecká sněmovna o pravidlech slučování zdravotních pojišťoven.

pojistný plán. Další povinností zdravotní pojišťovny vůči MZ je předložit výroční zprávu za uplynulý kalendářní rok, včetně účetní uzávěrky a zprávy auditora.

Opakované neschválení zdravotně pojistného plánu nebo výroční zprávy má za následek zrušení zdravotní pojišťovny.⁵⁰

Hospodaření zdravotních pojišťoven se provádí prostřednictvím fondů :

- základní fond
- rezervní fond
- provozní fond
- sociální fond
- fond dlouhodobého majetku
- fond reprodukce dlouhodobého majetku
- fond prevence

Nejvyšším orgánem zdravotní pojišťovny je správní rada. Nejvyšším kontrolním orgánem je dozorčí rada. Ve zdravotních pojišťovnách je zřizován rozhodčí orgán, který rozhoduje v záležitostech placení sporného pojistného, v otázkách penále, záloh na pojistném, atd.

⁵⁰ Gladkij, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003. s. 79.

Mnohé pojmy z této kapitoly najdeme v práci : Pechová J. *Financování zdravotnictví*[online].2008/2009[citováno 28.10.2009] Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Právnická fakulta. Vedoucí práce Michal Radvan.

2 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE

Úsporný vládní balíček⁵¹ pro příští rok může zvýšit tuzemskou míru inflace o 1,3 procentního bodu, koncem roku 2010 by mohla být vyšší než tři procenta. Spotřeba domácností by se mohla zpomalit o 1–1,5 procentního bodu. Balíček způsobí dočasný negativní a cenový šok, stejně tak šok měnové politiky. Dlouhodobě neřešené problémy českých veřejných financí, jako jsou vysoký podíl mandatorních výdajů⁵² na celkových výdajích (více než 70 %), absence penzijní reformy a reformy zdravotnictví, stejně tak netransparentnost rozpočtového procesu, tříštění veřejných rozpočtů a nedostatečný monitoring efektivního čerpání veřejných fondů. I přes dosavadní opatření představuje fiskální politika největší střednědobé riziko makroekonomického vývoje zejména kvůli očekávanému rychlému růstu dluhu (počínaje rokem 2010 začne veřejný dluh rychle růst).⁵³

Současná ekonomická situace ve zdravotnictví vede k nutnosti stále podrobněji sledovat finanční toky, zvláště ty, které se týkají veřejných prostředků. Česká republika se začlenila a stále se začleňuje do fungování velmi složitému mechanismu Evropské unie, což vede k podrobnému sledování pohybu finančních prostředků. V roce 2004 se v Praze pod patronací Eurostatu (Statistical Office of the European Communities) konal seminář pro nové členské státy Evropské unie o zavádění systému zdravotnických účtů (System of Health Accounts – SHA). SHA posuzuje výdajovou stránku zdravotnictví ze tří pohledů :⁵⁴

- podle druhu zdravotní péče
- podle poskytovatelů zdravotní péče
- podle zdrojů financování zdravotní péče

⁵¹ Poslanci 24. září s mírnými úpravami dle politického kompromisu schválili legislativní úsporný vládní balíček, kterým se sníží schodek státního rozpočtu na příští rok na 162,8 miliardy korun, což odpovídá 5,2 procenta HDP. Podle odborníků by bez těchto opatření deficit narostl na 230 miliard korun. Tzv. Janotův balíček je chybně vydáván za protikrizové opatření. Opak je pravdou. Snížení mandatorních výdajů, některých sociálních dávek nebo dokonce platů zaměstnanců ve veřejném sektoru, to vše povede ke snížení konkurenceschopnosti obyvatel a omezení spotřeby domácností, která právě držela ekonomiku ČR. Rovněž růst daní není spásitelné.

⁵² Výdaje veřejných rozpočtů, ke kterým je stát zavázán zákonem, dohodou či smlouvou, u kterých lze jen obtížně prosadit změnu, nebo je stát musí uhradit z jiných důvodů.

⁵³ Singer, M. Dopady hospodářské krize na českou ekonomiku. In *Konference Ernst&Young, Exekutive Party*. 2009, 14. října.

⁵⁴ OECD Organizations for Economic Co – Operation and Development. A Systems of Health Accounts. OECD, 2002.

Tak jak jsem se prvním dvěma pohledům zdravotnictví více věnovala v mé diplomové práci, tak třetí pohled zdravotnictví rozvinu právě v následné kapitole. Jelikož se všechny pohledy prolínají, nelze je opomenout ani při nástupu pohledu finančního, neboť jsou jeho základem. Zdravotní péče je z větší části zajišťována netržním způsobem a jen nepatrně na principu tržním, který je přísně regulován. Pokud hovoříme o finančních zdrojích obecně, myslíme tím veřejné zdroje, které kryjí poskytování zdravotní péče z 90 %.⁵⁵

2.1 Toky a zdroje financování zdravotnictví v České republice

Pro pochopení financování zdravotnictví je nutné začít z oné podstaty veřejných financí a jejich hlavních finančních toků (obr. 2.1).

Obr. 2.1 Hlavní finanční toky pro financování zdravotnictví⁵⁶



Financování jednotlivých odvětví ekonomiky České republiky se provádí prostřednictvím státního rozpočtu. Financování zdravotnictví se oddělilo od státního rozpočtu v roce 1993, kdy začalo fungovat veřejné, tehdy všeobecné zdravotní pojištění. Vývoj financování zdravotnictví od roku 1993 do současnosti je uveden v příloze č. 9. Hovoříme o tzv. vícezdrojovém financování.⁵⁷ Ovšem o spokojenosti s proporcemi jednotlivých zdrojů se hovořit nedá. Základní podmínkou k poskytování zdravotní péče a vůbec k náležitě činnosti zdravotnictví jsou tedy nezbytné finanční zdroje.

⁵⁵ ÚZIS ČR[online].Výdaje na zdravotnictví ČR podle zdrojů financování. č.57/2009 [citováno 30.9.2009]. s. 1-2. Dostupný z : <<http://www.uzis.cz>>.

⁵⁶ Nahodil, F. a kol. *Veřejné finance v České republice*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009. s. 95.

⁵⁷ *Ekonomika, právo a politika. In Sborník textu č.9/2001*. Praha: CEP, 2001. ISSN 1213-3299.

V České republice se setkáváme s následujícím rozdělením zdrojů:⁵⁸

- Státní rozpočet – část daňových výnosů
- Výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu
- Přímé platby od ošetřených pacientů
- Kombinace zdrojů

2.1.1 Státní rozpočet

Státní rozpočet na rok 2009 byl schválen Poslaneckou sněmovnou ČR zákonem č. 475/2008 Sb., ze dne 10. prosince 2008, který stanovil příjmy ve výši 1 114,0 mld. Kč, výdaje ve výši 1 152,1 mld. Kč a schodek ve výši 38,1 mld. Kč. V rozpočtu po změnách (k 30.6. 2009) došlo ke zvýšení celkových příjmů na 1 128, 5 mld. Kč, celkových výdajích 1 166,8 mld. Kč a rozpočtového salda na 38,3 mld. Kč., (obr. 2.2).

Obr. 2.2 Schéma státního rozpočtu ČR⁵⁹

Státní rozpočet ČR pro rok 2009 (v mld.Kč)							
<i>Ukazatel</i>	<i>Skutečnost Leden- srpen 2008</i>	<i>Schválený rozpočet</i>	<i>Rozpočet po změnách</i>	<i>Skutečnost leden - srpen</i>		<i>% plnění v roce 2008</i>	<i>Index 2009/2008</i>
	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5 = 4:3</i>	<i>6</i>	<i>7 = 4:1</i>
<i>Příjmy celkem</i>	<i>691,40</i>	<i>1114,00</i>	<i>1128,51</i>	<i>643,91</i>	<i>57,1</i>	<i>66,4</i>	<i>93,1</i>
<i>Výdaje celkem</i>	<i>686,08</i>	<i>1152,10</i>	<i>1166,83</i>	<i>733,49</i>	<i>62,9</i>	<i>61,7</i>	<i>106,9</i>
<i>Saldo</i>	<i>5,32</i>	<i>-38,10</i>	<i>-38,32</i>	<i>-89,58</i>	<i>233,8</i>	<i>-7,5</i>	<i>-1684,3</i>

Zvýšení rozpočtu výdajů a tím i schodku o 0,2 mld. Kč se týká financování povodní (na základě zákonného zmocnění ministra financí). Další navyšování rozpočtu příjmů i výdajů činilo o 14,5 mld. Kč a vycházelo z usnesení vlády č. 122/2009 a č. 1626/2008 a dále ze

⁵⁸ Nahodil, F. a kol. *Veřejné finance v České republice*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009. s 90.

⁵⁹ Businessinfo[online]. Pokladní plnění státního rozpočtu ČR za období leden až srpen 2009[citováno 5.10.2009]. Dostupný z:< <http://www.businessinfo.cz>>.

zmocnění ministra financí podle § 24 odst. 4 zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech. Podle údajů na účtech uvedených v ČNB dosáhly ke konci srpna 2009 celkové příjmy státního rozpočtu 643,9 mld. Kč, celkové výdaje 733,5 mld. Kč a schodek hospodaření 89,6 mld. Kč (v srpnu 2008 vykázán přebytek 5.3 mld. Kč).

Státní rozpočet tvoří stěžejní složku veřejných financí:⁶⁰

- jedná se o centralizovaný peněžní fond, fond peněžních prostředků, soustředěných do působnosti státu na principu nenávratnosti a neekvivalentnosti způsobu rozdělování,
- z pohledu účetního je státní rozpočet bilancí příjmů a výdajů státu,
- finanční plán na rozpočtové období, zahrnující rozpočtovou uzávěrku – bilance státního hospodaření vyplývající z úrovně příjmů a výdajů za minulé rozpočtové období,
- z ekonomického pohledu jde o shromažďování a přerozdělování peněžních prostředků. Je právní formou – finanční zákon, jež opravňuje výkonnou moc k vybírání příjmů,
- k uskutečňování bilancovaných výdajů, kontrole a vedení hospodaření na základě závazných principů.
- funkce státního rozpočtu – alokační, stabilizační, nedistribuční, regulační, kontrolní, politická.

Příjmy z pojistného na sociální zabezpečení dosáhly 229,3 Kč, což představuje 60,3 % rozpočtu (loni to bylo 66,2 %) a meziroční pokles o 17,0 mld. Kč, tj. o 6,6 %. Rozpočet počítá s růstem o 2,9 % proti skutečnosti roku 2008 (relativně nízký předpokládaný růst souvisí se snížením sazeb pojistného na nemocenské pojištění a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti v souhrnné výši o 2,5 procentního bodu). Z celkové částky připadalo na důchodové pojištění 212, 7 mld. Kč, tj. 60,3 % rozpočtu, při meziročním růstu o 1,7 mld. Kč, tj. o 0,8 % rozpočet počítá s nárůstem o 10,2 % proti roku 2008).

Největší objem prostředků v rámci běžných výdajů je každoročně vynakládán na sociální dávky. Ve schváleném rozpočtu jsou zpracovány ve výši 422,0 mld. Kč, což představuje 36,6 % všech rozpočtových výdajů a o 5,3 % více než skutečnost dosažená v roce

⁶⁰ Nahodil, F. a kol. *Veřejné finance v České republice*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2009. s. 89.

2008. Prostředky na podpory v nezaměstnanosti dosáhly 10,1 mld. Kč a jsou tak o 5,4 mld. Kč vyšší než v srpnu 2008. Investiční transfery fondům sociálního a zdravotního pojištění vykázaly čerpání ve výši 32,4 mld. Kč, tj. 68,3 % rozpočtu, při meziročním růstu o 0,9 % mld. Kč. Více informací o státním rozpočtu uvádím v příloze č. 10. Uvádím pouze ty části ze státního rozpočtu, které se týkají tématu rigorózní práce. Tím samozřejmě nechci podcenit důležitost ostatních jeho složek, ovšem kapacita práce mi nedovoluje se věnovat podrobněji jednotlivým částem státního rozpočtu. Vzhledem k jeho obsáhlosti proto odkazuji na přílohy.

2.1.2 Podíl zdrojů a jejich vývoj ve zdravotnictví

Dnes v České republice převládá forma nepřímého financování zdravotnictví, zejména veřejné zdravotní pojištění doplněné financováním přímým, včetně úhrady za léky (obr. 2.3).

Obr. 2.3 Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2005 - 2008 mil. Kč %⁶¹

<i>Položky výdajů</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
<i>Veřejné výdaje</i>	<i>191 356</i>	<i>197 027</i>	<i>206 565</i>	<i>219 119</i>
<i>Z toho výdaje rezortu a územních orgánů</i>	<i>21 263</i>	<i>22 828</i>	<i>22 851</i>	<i>18 527</i>
<i>Zdravotní pojišťovny</i>	<i>170 093</i>	<i>174 200</i>	<i>183 713</i>	<i>200 592</i>
<i>Soukromé výdaje</i>	<i>27 418</i>	<i>29 783</i>	<i>35 370</i>	<i>43 526</i>
<i>Výdaje celkem</i>	<i>218 774</i>	<i>226 810</i>	<i>241 935</i>	<i>262 645</i>

Na základě podkladů Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) a Ministerstva financí ČR (MF ČR) činily výdaje zdravotního pojištění celkem 200 592 mil. Kč. Podle MF ČR dosáhly výdaje státního rozpočtu v kapitole zdraví za všechny resorty celkem 9 908 mil. Kč, zatímco výdaje rozpočtu krajů, obcí a dobrovolných svazků obcí na zdraví, byly 8 619 mil. Kč. Soukromé výdaje domácností na zdraví dle národních účtů ČSÚ dosáhly 43 526 mil. Kč.⁶²

⁶¹Popovič, I. Aktuální informace č. 57/2009. ÚZIS ČR[online]. [Citováno 15.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

⁶²Údaje za rok 2008 mohou být po shromáždění všech podkladů rovněž upřesněny dle metodiky zdravotních účtů = metodika SHA Systems of Health Accounts, používána pro společný sběr dat Eurostat /OECD/WHO a výdajích na zdravotnictví a publikovány v roce 2010. ÚZIS ČR [online]. Aktuální informace č. 57/2009[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3605>.

Z těchto údajů lze identifikovat podíly zdrojů financování na výdajích na zdravotnictví (obr. 2.4).

Obr. 2.4 Podíl zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví v %⁶³

<i>Položky výdajů</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
<i>Veřejné výdaje</i>	<i>87,5</i>	<i>86,9</i>	<i>85,4</i>	<i>83,4</i>
<i>Z toho výdaje rezortu a územních orgánů</i>	<i>9,7</i>	<i>10,1</i>	<i>9,5</i>	<i>7,0</i>
<i>Zdravotní pojišťovny</i>	<i>77,8</i>	<i>76,8</i>	<i>75,9</i>	<i>76,4</i>
<i>Soukromé výdaje</i>	<i>12,5</i>	<i>13,1</i>	<i>14,6</i>	<i>16,6</i>
<i>Výdaje celkem</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Nejvyšší podíl zdrojů financování na celkových výdajích mají veřejné výdaje svými 83,4 % a v těsném závěsu jsou zdravotní pojišťovny se svými 76,4 %.

Financování zdravotnických zařízení v ČR

- ordinace soukromých lékařů – účtují provedené úkony pojišťovnám, u kterých jsou evidováni klienti (pojištěnci)
- poliklinika – jsou to víceúčelová zdravotnická zařízení, která v příslušném regionu tvoří jeden hospodářský celek
- nemocnice – jsou organizovány především v okresech či větších městech.

V současnosti probíhá snižování počtu nemocnic za účelem zlepšení kvality těchto ostatních, zejména úspory finančních zdrojů, více uvádím v příloze č. 11.

- léčebné ústavy

⁶³Popovič, I. Aktuální informace č. 57/2009. ÚZIS ČR[online]. [Citováno 15.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

Obr. 2.5 Vývoj veřejných výdajů na zdravotnictví od roku 1995⁶⁴

ROK	Výdaje v milionech Kč					Výdaje na 1 obyv. v Kč
	celkem	Státní a územní rozpočty		Zdravotní pojišťovny		
		celkem	neinvestiční	celkem	zdravotní péče	
1995	93309	15076	7674	78233	74168	9032
2001	132962	17170	8496	115792	111421	12943
2002	162297	20279	9830	142018	137295	15910
2003	175592	23891	10202	151701	146368	17212
2004	184825	21495	11675	163330	157798	18108
2005	191356	21263	10756	170093	164343	18698
2006	197027	22828	12499	174200	166902	19191
2007	206565	22851	12228	183713	179527	20011
2008	219119	18527	10858	200592	193528	21009

Zdravotní pojišťovny vynaložily celkem o cca 16,9 mld. Kč více než v roce 2007. Pro ucelený přehled (obr. 2.6), s uvedením celkových výdajů na zdravotnictví, včetně podílu na HDP od roku 1995. Tento údaj je předběžný, do schválení výsledků hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich výročních zpráv Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR.

⁶⁴ ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2008 [Citováno 15.10.2009]. Dostupný z: <[http:// ww.uzis.cz](http://ww.uzis.cz)>.

Obr. 2.6 Vývoj celkových výdajů na zdravotnictví⁶⁵

ROK	Výdaje v milionech v Kč			Výdaje na 1 obyvatele v Kč	Podíl výdajů na HDP v %
	celkem	veřejné	soukromé		
1995	102664	93309	9355	9938	7,00
2000	146835	132962	13873	14294	6,71
2001	161300	145206	16094	15776	6,86
2002	178923	162297	16626	17540	7,26
2003	195155	175592	19563	19130	7,57
2004	209270	184825	24445	20503	7,35
2005	218774	191356	27418	21377	7,22
2006	226810	197027	29783	22092	7,04
2007	241935	206565	35370	23437	6,84
2008	259245	219119	40126	24856	7,01

V tabulce jsou uvedeny výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování a podíl na 1 obyvatele. Zdroje jsou členěny na veřejné a soukromé. Dle mezinárodní metodiky jsou za veřejné výdaje považovány výdaje státního rozpočtu a rozpočtů krajů a obcí a dále veřejného zdravotního pojištění. Podklady pro veřejné za rok 2008 jsou čerpány z materiálu MZ ČR o hospodaření zdravotních pojišťoven. Soukromé výdaje pro rok 2008 jsou odhadem ÚZIS ČR. Údaj o soukromých výdajích za rok 1995 pochází z národních účtů ČSÚ. Veřejné, soukromé i celkové výdaje za roky 2000 - 2007 jsou převzaty z publikace ČSÚ „Výsledky zdravotnických účtů ČR v letech 2000 - 2007“. Pro ukazatele podílu výdajů na zdravotnictví na celkovém hrubém domácím produktu (HDP) dle statistik Českého statistického úřadu zveřejněných do 30. 6. 2009. Podíl výdajů se pohybuje v ČR v posledních letech kolem 7 %, za rok 2008 to bylo 7,1 %.

Celkové výdaje na zdravotnictví dosáhly v roce 2008 kolem 259 mld. Kč, (předběžný odhad). Oproti roku 2007 vzrostl o 7,2 %. U veřejného zdravotního pojištění činil nárůst o 9,2 % a celkové výdaje systému zdravotního pojištění dosáhly 200 592 mil.Kč, (údaj

⁶⁵ ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví jakou součástí národní ekonomiky 2008 [citováno 15.10.2009].Dostupný z: <[http:// ww.uzis.cz](http://ww.uzis.cz)>.

z MZ). Celkové výdaje veřejných rozpočtů dosáhly 18 527 mil. Kč, tj. 7,1 % celkových výdajů na zdravotnictví. Podíl zdravotních pojišťoven na financování činil 77,4 %, soukromé výdaje představovaly celkem 15,5 % z celkových výdajů na zdravotnictví. V přepočtu na jednoho obyvatele bylo celkem vynaloženo 24 856 Kč (předběžný odhad).

I když celkové výdaje dosahují 260 miliard korun, přesto stále hluboko zaostávají za možnostmi naší ekonomiky a zdaleka neodpovídají očekávání veřejnosti. Částka 24 856 na občana/ za rok nečiní ani 1000 eur. V roce 2008 se zastavil pokles podílu výdajů na zdravotnictví na HDP ČR, ale i tak nás 7 % investovaných do zdravotní péče řadí na pomyslný konec států OECD. Rovněž struktura finančních zdrojů není uspokojivá. Zatímco podíl veřejného zdravotního pojištění si udržuje dlouhodobě pozici 78 % , podíl rozpočtových výdajů se snižuje. Tento trend je pozorován od doby transformace nemocnic do působnosti krajů, od roku 2003. Tehdy byly rozpočtové výdaje 23,8 mld. Kč, v loňském roce se propadly na 18,5 mld. Kč. Nejrychlejší položkou je přímá účast pacientů, která dosáhla 15 %. V České republice neexistuje komerční připojištění, takže tu velkou sumu, přesahující 40 miliard korun zaplatili občané přímo ze svého. Tím se Česká republika řadí mezi státy s nejvyšší přímou spoluúčástí na zdravotní péči.

2.2 Výnosy z příspěvků na zdravotní pojištění od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu

Výnosy z příspěvků patří mezi základní způsoby zajišťování financování zdravotní péče. Patří sem specializované zdravotní pojišťovny i zdravotní fondy. Podstatou zdravotního pojištění je pojištění proti riziku onemocnění, zaštitěné veřejnoprávním subjektem – zdravotní pojišťovnou s povinností uhradit zdravotní péči či služby. Jak jsem již uvedla výše, činnost zdravotní pojišťovny se odvíjí od **zdravotně pojistného plánu**, který musí být předložen MZ ČR. Zdravotní péče je poskytována na základě smluvních vztahů mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotní pojišťovnou v pravidelných měsíčních či čtvrtletních kalendářních cyklech. Zdravotní pojišťovna hradí výkony ze základního fondu zdravotního pojištění, který vytváří pojišťovna z výběru pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu.

2.3 Přímé platby od ošetřených pacientů

Přímé platby⁶⁶ se vztahují jen na úzký okruh zdravotních výkonů, především při stomatologické péči, v estetické chirurgii, v gynekologické péči, aj. Širší okruh přímých plateb zaujímá léková politika, platby za léky, zdravotní prostředky, doplňky a pomůcky.

K ozdravení veřejných financí bylo schváleno Parlamentem České republiky tzv. stabilizační opatření, které se týkalo podstatnou měrou i zdravotnictví.⁶⁷ Změnou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, byly zavedeny změny v oblasti financování zdravotní péče, které se dotkly všech občanů. První a nejcitlivější změnou bylo zavedení regulačních poplatků a spolu s nimi i zavedení ochranného limitu regulačních poplatků a dopltek na léky ve výši 5.000 Kč.⁶⁸ V § 16b odst. 1 zmíněného zákona se do ročního limitu započítávají poplatky za návštěvu lékaře, poplatky za vydání léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely na recept; dopltky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, ve výši doplatku nejlevnějšího na trhu dostupného léčivého přípravku nebo potravin. Cílem ochranného limitu⁶⁹ je ochrana pacientů spočívající v jednoduchém algoritmu, jakmile regulační poplatek a doplatek na léky převyší uvedený limit, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna tuto převyšující částku vrátit. Cílem opatření je přimět občany k zodpovědné a účelné spotřebě zdravotní péče. Dalším pozitivem je i započítání dopltek za léky do tohoto limitu.⁷⁰

Od 1. 1. 2008 byly tedy zavedeny regulační poplatky za návštěvu u lékaře, návštěvu na pohotovosti, za pobyt v nemocnici a také za výdej léků na předpis., což se také stalo

⁶⁶ Česká ústava stanoví, že občan má právo na bezplatnou péči na základě zdravotního pojištění. Problém tkví v tom, že Ústava nemůže stanovit, jakou péči má vlastně konkrétně na mysli.

⁶⁷ Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, změnil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁶⁸ §16b odst.1, 2 a 3 zákona č. 48/1997, Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon, který upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za kterých je poskytována zdravotní péče dle tohoto zákona, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

⁶⁹ Cikrt, T. Regulační poplatky ve zdravotnictví fungují –ochranný limit pomáhá stále více lidem! [online] *Tisková zpráva*. Praha : MZ ČR. 22.4.2008[citováno 6.11.2009]. Dostupné z:<<http://mzcr.cz/Pages/485-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-ochranny-limit-pomaha-stale-vice-lidem.html>>.

⁷⁰ Seznam léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou. Seznam léčivých přípravků hrazených a částečně hrazených ze zdravotního pojištění, s uvedením výše úhrady a výše doplatku započítatelného do limitu, zveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví způsobem umožňujícím dálkový přístup.

nejdiskutovanějším tématem přímých plateb.⁷¹

Regulační poplatek platí pojištěnec nebo zákonný zástupce v souvislosti s poskytováním zdravotní péče zdravotnickému zařízení, které zdravotní péči poskytlo a to ve výši.⁷²

1. Ve výši 30 Kč za návštěvu u lékaře

a) za návštěvu, při které bylo provedeno klinické vyšetření

- u praktického lékaře
- u praktického lékaře pro děti a dorost
- u gynekologa (ženského lékaře)
- u lékaře poskytující specializovanou ambulantní zdravotnickou péči
- u klinického psychologa
- u klinického logopeda

b) za návštěvu, při které bylo provedeno vyšetření stomatologem (zubním lékařem)

c) za návštěvní službu poskytovanou praktickými lékaři a praktickými lékaři pro děti a dorost

2. Ve výši 60 Kč za každý den, ve kterém byla poskytnuta

- ústavní péče
- lázeňská péče
- ústavní péče v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách

3. Ve výši 90 Kč za pohotovostní službu poskytnutou zdravotnickým zařízením

- lékařské služby první pomoci
- ústavní pohotovostní službou v sobotu, v neděli, ve svátky a v pracovních dnech od 17 -7 hodin.

4. Ve výši 30 Kč za položku na receptu

⁷¹ Zákon č. 48/1998 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, minulá úprava v §11 odst. 1 písm d) stanovila, že pojištěnec má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem. Zákonný zákaz požadovat platby za péči související byl vtělen do zákona novelou 2/1998 Sb. Přesto, že práva pojištěnce jsou zakotvena v právních normách, které jsem zmiňovala, sankce však chybí. Sankce mají do jisté míry fakultativní charakter ve smyslu oprávnění zdravotních pojišťoven a orgánů státní správy, aby nedošlo ke zhoršení dostupnosti zdravotní péče. V tomto případě případně státnímu orgánu povinnost využít finančního postihu. Důvodová zpráva k zákonu č. 2/1998 Sb., citována nálezem Ústavního soudu Pl. 14/02 ze dne 14.červne 2003.

⁷²Pro tuto subkapitolu použit byl metodický pokyn pro zdravotnická zařízení, zařízení lékárenské služby a zdravotní pojišťovny k aplikaci novely zákona č. 48/1997 Sb., v oblasti regulačních poplatků a doplatků na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní účely. S účinností od 1.dubna 2009.

- na receptu mohou být uvedeny 2 položky, maximální doplatek je 60 Kč

Samozřejmě i zde existují výjimky z povinnosti platit regulační poplatek. Pojištěnci, kteří se ocitnou ve složité životní či zdravotní situaci uvedených v § 16 odst. 2 písm. a) až d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou osvobozeni od povinnosti hradit regulační poplatek. Jedná se o pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy; při ochranném léčení nařízené soudem; při léčení infekčního onemocnění, kterému je pojištěnec povinen se podrobit, při nařízené izolaci ve zdravotnickém zařízení nebo při karanténních opatřeních zajištění ochrany veřejného zdraví podle zvláštního právního předpisu; jde-li o soby, kterým byla přiznána dávka pomoci v hmotné nouzi.

Regulační poplatek ve výši 30 Kč se podle výše zmíněného zákona § 16 a odst. 1 písm. a) nehradí, není - li provedeno klinické vyšetření, jedná - li se o preventivní prohlídku, jde-li o laboratorní, diagnostické vyšetření, dárčovství krve, hemodialýzu, a o některé zvláštní léčebné úkony, tzv. dispensární péči.⁷³ Ukázkou regulačních poplatků u zubaře uvádím v příloze č. 12.

Regulační poplatek je příjmem zdravotnického zařízení. Podle zákona č. 253/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, ve znění pozdějších předpisů, je poplatek osvobozen od daně z příjmů. Ze zákona č. 48/1997 Sb., § 16a odst. 7 a odst. 8 vyplývá povinnost zdravotnického zařízení regulační poplatek od pojištěnce nebo zákonného zástupce vybrat. Pokud dojde k porušení této zákonem stanovené povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna uložit zdravotnickému zařízení pokutu až do výše 50.000 Kč. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny.

Od 1. 4. 2009 došlo ke změně úhrady regulačních poplatků zákonem č. 59/2009, kterým se měnil zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Změna se týká poplatku ve výši 30,- Kč za vydání léčivého prostředku na recept, tzn., že pacient zaplatí za recept, nikoliv za počet předepsaných léčivých přípravků, jak tomu bylo do 1. 4. 2009.⁷⁴ Je-li lék bez doplatku či doplatek je menší než 30 Kč, uhradí pacient částku 30 Kč. Pokud je však doplatek vyšší,

⁷³ Vyhláška č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispensární péče, časové rozmezí dispensárních prohlídek a označení specializace dispensarizujícího lékaře.

⁷⁴ Zákon č. 59/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

sníží se o 30 Kč, tedy o výši zaplaceného regulačního poplatku [(zákon č. 48/1997 Sb., § 16a odst. 1 na konci písmene d)]. Léky, které jsou plně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění jsou vydány bezplatně. Podstatná změna se týká i ochranného limitu poplatků a doplatků na léčiva, u dětí mladších 18 -ti let a u pojištěnců starších 65 -ti let, jehož výše je 2.500 Kč (zákon č. 48/1997 Sb., v § 16b odst. 1 věta první). Co se týká pojištěnců starších 65 –ti let platí pro ně ještě další změna uvedena v § 16b odst. 1 věta čtvrtá, týkající se částečné úhrady léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely. Regulační poplatek nehradí pojištěnci umístění na základě rozhodnutí soudu v zařízeních pro děti vyžadující okamžitou pomoc (§ 42 zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně–právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů) nebo pojištěnci svěřeni rozhodnutím soudu do pěstounské péče podle zákona o rodině. Významná změna vyplývající ze zákona se týká dětí do 18–ti let věku, které byly osvobozeny od poplatků⁷⁵[Zákon č. 48/1997 Sb., § 16a odst. 3 doplněný o písmeno f)].

Další změna se týká pojištěnců, kterým jsou poskytovány⁷⁶ pobytové sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud u těchto pojištěnců po úhradě ubytování a stravy činí stanovený zůstatek ve výši alespoň 15 % jejich příjmů (§ 48 až 50 a 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) méně než 800 Kč a pokud nemá žádný příjem.

Výčet změn uzavírá novela v § 16a odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., stanovením povinností zdravotnickým zařízením použít vybrané poplatky na úhradu nákladů spojené s provozem zdravotnického zařízení, především na jeho modernizaci. A také stanovením sankce – ukončení smluvního vztahu o poskytování a úhradě zdravotnické péče bez výpovědní lhůty, pokud se regulační poplatky nevybírají anebo vybírají tam, kde to zákon č. 48/1997 Sb., nestanoví.⁷⁷

„Odst. 9 Zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek uvedený v odstavci 1 od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení

⁷⁵ Zákon č. 59/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997, Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

⁷⁶ §71 odst. 4 a §73 odst. 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 261/2007 Sb.

⁷⁷ §16a odst. 9 až 11 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho roku ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.

Odst. 10 Zdravotnické zařízení nesmí vybírat regulační poplatky v souvislosti s poskytováním hrazené péče, která podle tohoto zákona regulačním poplatkům nepodléhá. Při zjištění opakovaného porušování tohoto zákona je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč.

Odst. 11 Opakované udělení pokuty zdravotnickému zařízení podle odstavců 9 a 10 je důvodem pro ukončení smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče bez výpovědní lhůty podle § 17 odst. 3“.

Dále je nutné zmínit nález Ústavního soudu sp.zn.Pl.ÚS 1/2008 ze dne 20. května 2008, jež je cenným vodítkem při řešení problematiky poplatků ve zdravotnictví.

Také je na místě uvést v této souvislosti jedno z nejproblematičtějších ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., tím je zákaz daný lékařům a jiným odborným pracovníkům přijímat od pojištěnců jakoukoliv úhradu v souvislosti s poskytováním zdravotní péče bez přímé úhrady (§ 11 odst.1 písm.d). Tento zákaz byl do zákona včleněn novelizací provedenou zákonem č. 2/1998 Sb., kdy záměrem zákonodárce bylo zakázat vyžadování dvojí platby (od pojišťovny i od pojištěnce) za tutéž péči. K tomu zákonnému ustanovení se vyjadřoval Ústavní soud v jednom ze svých nálezů Pl. ÚS 14/02, 207/2003 Sb.).

5. Poplatek se za návštěvu nehradí v těchto případech

- není provedeno klinické vyšetření
- jedná se o preventivní prohlídku
- za klinické vyšetření u praktického lékaře pro děti do 18 let
- u ambulantního specialisty a u zubaře u dětí do 18 let
- za klinické vyšetření u gynekologa do 18 let
- jedná se o laboratorní či diagnostické vyšetření
- jde o zvláštní léčebné úkony, a to buď o dispenzární péči (péče poskytovaná vážně

nemocným dětem a těhotným ženám), nebo o hemodialýzu či dárcovství krve.

6. Od poplatků jsou osvobozeni pouze

- pojištěnci v hmotné nouzi
- pojištěnci umístění v dětských domovech nebo školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy
- občané, kterým soud nařídil ochrannou léčbu
- občané, kteří musí podřídit zvláštním opatřením u důvodu ochrany veřejného zdraví

Každý pojištěnec má právo jednou za rok získat výpis z osobního účtu pojištěnce, který nově bude obsahovat i výpis regulačních poplatků a doplateků [zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, § 11, odst. 1 písm. g, h, i)]. Na základě tohoto výpisu může pojištěnec reklamovat neoprávněně vyúčtovanou zdravotní péči nebo nepřirazený regulační poplatek nebo doplatek (zákon č. 48/1997 Sb., v platném znění, § 12).

Za první půl rok fungování přinesly regulační poplatky pro české zdravotnictví úsporu ve výši 3,4 mld. Kč.⁷⁸ Pro ilustraci uvádím pozitivní dopady zavedení regulačních doplateků (obr. 2.7, 2.8, 2.9). Jsem jednoznačně pro finanční spoluúčast a poplatky podporuji. Díky úspoře výdajů na levné léky, které si lidé kupují sami bez lékařského předpisu, se mohlo přesunout o několik milionů korun více než před rokem do center specializované péče (např. center biologické léčby), a zlepšit dostupnost moderní léčby.

Stejně pozitivní dopad mělo i zavedení ochranného limitu. Překročilo jej podle MZ 1306 pacientů. Pětitisícový limit chrání především chronické pacienty. Regulační poplatky umožnily významné navýšení počtu operačních zákroků.⁷⁹ V roce 2009 se plánuje navýšení financování zdravotnické záchranné služby.⁸⁰ Do provozu bude uvedeno 44 tisíc nových výjezdových stanovišť v rámci celé ČR. Domnívám se, že zavedením poplatků v českém zdravotnictví je podtržena solidarita pacientů v pravém slova smyslu.⁸¹

⁷⁸ Vyjádření Ministerstva zdravotnictví k regulačním poplatkům v tiskové zprávě. Zprávy ods.cz [online], publikováno 15.5.2009[citováno 3.10.2009]. Tisková zpráva k dnešnímu zavedení regulačních poplatků v PSP ČR. Dostupný z: <<http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78748&do%5Bload%5D=1...>>.

⁷⁹ Všeobecní zdravotní pojišťovna nasmlouvala na rok 2008 o 350, tj. o 35% více kyčelních a kolenních náhrad než v roce 2007. Zprávy ods.cz [online], publikováno 15.5.2009[citováno 3.10.2009]. Tisková zpráva k dnešnímu zavedení regulačních poplatků v PSP ČR. Dostupný z: <<http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78748&do%5Bload%5D=1...>>

⁸⁰ Julínek, T. Fakta o regulačních poplatcích a jejich dopadu [online]. Tisková zpráva. Praha : MZ ČR. 11.9.2008. [citováno 5.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/621-fakta-o-regulacnich-poplatcich-a-jejich-dopadech.html>>.

⁸¹ ČLK navrhuje od 1.1.2010 další poplatek 100 korun za neschopenku. TV noviny NOVA, 8.12.2009.

Obr. 2.7 Vybrané regulační poplatky a odhady úspor za rok 2008⁸²

	<i>Vybrané regulační poplatky</i>	<i>Odhad úspory nebo možnosti přesunutí prostředků od méně k více nemocným</i>
<i>Ambulantní služby</i>	<i>1 801 mil. Kč</i>	<i>1 250 mil.Kč (ušetřeno 4,15 milionu .klinických vyšetření)</i>
<i>Recepty v lékárnách</i>	<i>2 437 mil. Kč</i>	<i>3 630 mil.Kč (zabráněno obvyklému 9% nárůstu nákladů). Následná úspora 1 600 mil. Kč na straně pacientů (zamezení růstu doplatek –kompenzace růstu cen vzhledem k inflaci)</i>
<i>Pohotovost</i>	<i>107 mil. Kč</i>	<i>0 mil. Kč (ušetřeno 400 tisíc návštěv na pohotovost)</i>
<i>Lůžkové služby</i>	<i>679 mil. Kč</i>	<i>165 mil.Kč (250 tisíc ušetřených ošetrovacích dní)</i>
<i>Celkem</i>	<i>5 024 mil.Kč</i>	<i>5 045 mil.Kč</i>

Díky regulačním poplatkům se podařilo výrazně ovlivnit plýtvání v celém zdravotnictví. Za první rok fungování přinesly celkovou úsporu ve výši deseti milionů. Výše jsem uvedla úsporu za půl roku, ke které je nutno připočíst úsporu uvnitř systému ve výši pěti miliard. Tu použily zdravotní pojišťovny na financování moderní špičkové léčby ve specializovaných centrech, zvýšení operačních zákroků, zkrácení dlouhých čekacích lhůt, navýšení záchranné služby, zvýšení počtu výjezdových stanovišť. V neposlední řadě poplatky zvýšily dostupnost zdravotnických zařízení, vyprázdnily čekárny a zvýšily komfort.

⁸² Sršeň, V. Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné péče vážně nemocných[online]. *Tisková zpráva*. Praha : MZ ČR. Dostupný: z:<<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-kttera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html>>.

Obr. 2.8 Důsledky doplatků (meziročně)⁸³

	1. kvartál	2. pololetí	1. - 3. kvartál	Celý rok 2008
<i>Návštěvy ambulantních specialistů</i>	-19,40%	-16,99%	-14,63%	-15,32%
<i>Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních</i>	-19,31%	-18,89%	-17,86%	-19,15%
<i>Dispenzární prohlídky</i>	5,90%	8,93%	11,35%	10,83%
<i>Výjezdy záchranné služby</i>	-0,04%	2,88%	0,92%	0,49%
<i>LSPP</i>	-36,59%	-34,34%	-36,18%	-36,07%
<i>Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích</i>	-5,97%	-4,73%	-2,89%	-1,37%
<i>Počet hospitalizovaných v nemocnicích</i>	-1,98%	-0,41%	0,97%	3,18%
<i>Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče</i>	-8,18%	-6,08%	-4,72%	-3,75%
<i>Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče</i>	1,31%	1,87%	3,06%	5,09%
<i>Počet položek</i>	-39,76%	-31,73%	-29,24%	-30,67%
<i>Počet receptů</i>	-36,93%	-28,98%	-26,23%	-27,95%
<i>Počet balení</i>	-33,67%	-24,49%	-17,96%	-21,09%
<i>Celková úhrada</i>	-9,91%	-4,72%	-0,32%	-3,48%

Limity úhrad překročilo za rok 2008 : 18 700 lidí (pro rok 2009 předpoklad 150 000 obyvatel). Výdaje na léky na banální léčbu poklesly o 19 % (1,67 mld. Kč), výdaj na onkologii naopak vzrostly o 1,3 mld. Kč. Počet návštěv na pohotovosti poklesl o 36 %, u ambulantních specialistů o 15 %, u ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních dokonce o 19 %. Počet receptů na léky klesl o 28 % a výdaje na léky do 150 Kč poklesly o 19 %.

⁸³ Sršeň, V. Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné péče vážně nemocných[online]. *Tisková zpráva*. Praha : MZ ČR. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-úsporu-10-miliard-korun-ktera-se-investovala-do-dříve-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html> >.

Obr. 2.9 Dopady na jednotlivé sociální skupiny (data za 1.- 3. kvartál 2008, meziročně)⁸⁴

	<i>Výdaje na kategorii zdraví celkem v % z příjmu</i>	<i>Nárůst výdajů na kategorii zdraví v Kč</i>
<i>celkem</i>	<i>2,35%</i>	<i>64</i>
<i>důchodců</i>	<i>1,99%</i>	<i>69</i>
<i>Ekonom. aktivní bez dětí</i>	<i>1,92%</i>	<i>45</i>
<i>Ekonom. aktivní s dětmi</i>	<i>4,10%</i>	<i>113</i>
<i>Ekonom. aktivní s dětmi s min.příjmy</i>	<i>2,17%</i>	<i>23</i>

Z uvedených dat vyplývá, že zdravotní pojišťovny budou muset vydat všechny svoje rezervy, aby byly schopny zaplatit stávající rozsah, kvalitu a dostupnost zdravotní péče pro občany. Snaha poslanců především ČSSD, KSČM o zrušení regulačních poplatků není na místě, neboť by to přineslo příliš velkou ztrátu pro zdravotnická zařízení.

2.4 Výdaje financování zdravotnictví

- Zdravotní služby
- Léčiva
- Zdravotní výchova, věda, výzkum

Výdaje na zdravotní péči z ekonomického hlediska mají povahu smíšených kolektivních statků, protože jejich spotřeba je dělitelná a marginální náklady na zvýšení počtu spotřebitelů nejsou nulové a je zde možnost vyloučení ze spotřeby. Kvalita poskytovaných služeb je ovlivněna primárním zdravím, úrovní životního prostředí a životním stylem.

⁸⁴Sršeň, V. Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné péče vážně nemocných[online] *Tisková zpráva*. Praha : MZ ČR. Dostupný: z:<
<http://www.mzcr.cz/Pages/777-tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-10-miliard-korun-tera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych.html> >.

$Výdaje\ na\ zdravotnictví / HDP = Celkové\ výdaje / HDP \times celkové\ výdaje\ na\ zdravotnictví / celkové\ výdaje$

Výdaje na zdravotnictví jako podíl hospodářství se formují v souvislosti s dvěma kontexty:

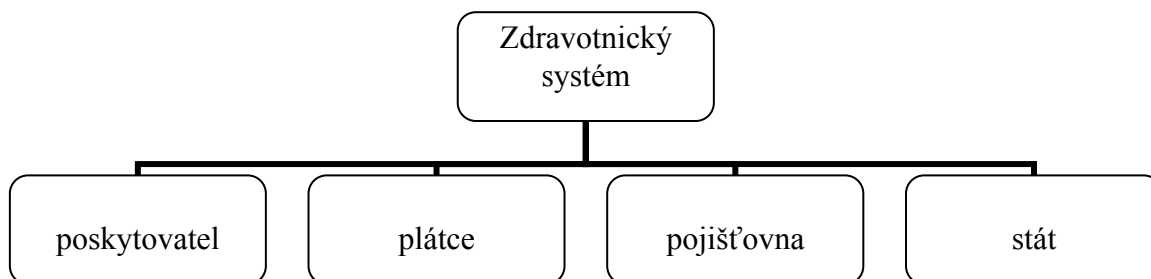
- *Fiskální kontext – objem státu v ekonomice – veřejný sektor*
- *Politické priority*

2.4.1 Náklady na zdravotní služby⁸⁵

Zdravotní pojišťovny hradí zdravotní péči a služby zdravotnickým zařízením na základě dohody nebo příslušného zákona, v plném či částečném rozsahu. Zdravotní péče a služby jsou proplaceny několika způsoby, které se pokusím u jednotlivých druhů poskytované péče výstižně popsat. Charakteristika zdravotního procesu (obr. 2.10).

Jedná se o způsob kombinované kapitační platby, bodového systému, paušální platby, platby za ošetrovací dny nebo financování systémem DRG.⁸⁶ Nejen zdravotní výkony,⁸⁷ ale i léky a prostředky zdravotnické techniky jsou těmi výše popsanými způsoby proplaceny.

Obr. 2.10 Vztahy mezi účastníky zdravotnického procesu⁸⁸



Poskytnutá péče se vykazuje podle číselníků VZP v souladu s omezeními uvedenými v „Seznamu zdravotních výkonů“ a v souladu s platnou smlouvou s VZP.

Praktičtí lékaři uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a pravidelně každý

⁸⁵ Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR[citováno 28.10.2009].Dostupný z : <http://www.zmcr.cz>.

⁸⁶ DRG je zkratka anglického názvu Diagnosis Related Group překládán jako „skupiny vztažené k diagnóze“

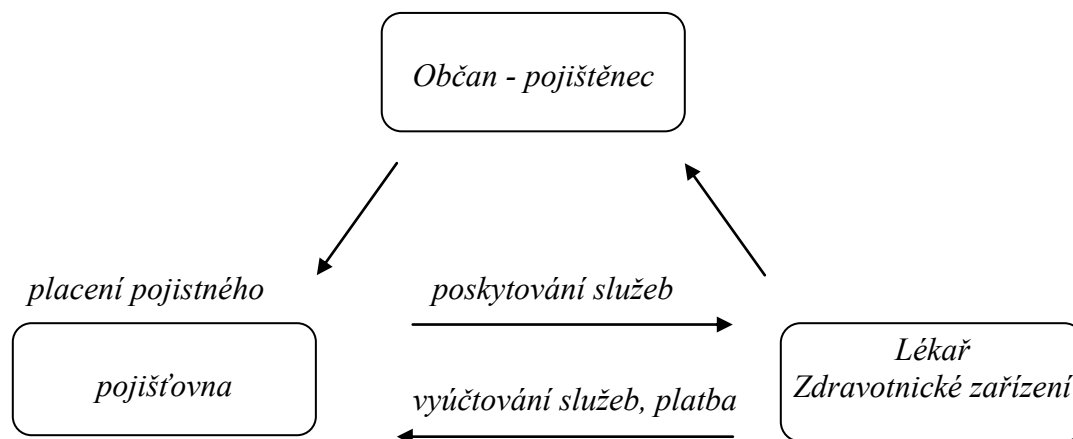
⁸⁷ Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

⁸⁸ Schéma převzato po úpravě autorky z knihy Gladkij, I. (2003).

měsíc účtují úhradu za poskytnutou péči. Kombinovaná kapitačně – výkonová platba : první část je fixní, za registrovaného pacienta v závislosti na jeho věku, tzv. jednicový pojištěnec – kapitační jednotka (KJ), druhá část je platbou za úkony. Ve stomatologii si prosadila Česká stomatologická komora samostatný sazebník stomatologických výkonů v korunovém vyjádření. V nemocnici díky vysokým fixním nákladům je hrazena péče paušální platbou, vycházející z předchozího roku. DRG systém je platba na základě srovnatelných nákladů za léčbu s obdobnými léčebnými nároky na terapii, charakterizovanou klasifikačními skupinami pro zařazení pacientů. Lékárny jsou samostatnými ekonomickými subjekty, které fakturují běžným způsobem.

Výsledkem jednání mezi subjekty je dohoda o jednotném a transparentním způsobu úhrady zdravotní péče a služeb, platné pro všechny pojišťovny. Zdravotní pojišťovny souhlasí s dohodnutým způsobem i bonifikací na zvýšení kvality péče. V červenci vyplácely zdravotnickým zařízením zvýšené zálohy na úhradu poskytnuté zdravotní péče.⁸⁹

Obr. 2.11 Vztahy ve zdravotním pojištění⁹⁰



V oblasti financování zdravotnictví vzniká velmi důležitý vztah mezi základními subjekty:

- Občanem – konzument zdravotní péče
- Lékařem, zdravotnickým zařízením – poskytovatel zdravotní péče a služeb

⁸⁹ Markéta Hellerová, náměstkyně pro zdravotní péči, ve zprávě pro ČLK (doručené 15.9.).

⁹⁰ Schéma převzato po úpravě autorky z knihy Nahodil, F. (2009), s. 93.

- Pojišťovnou – správce finančních prostředků, přijatých od pojištěnců, zaměstnavatelů, státu a také likvidátor mezi nároky lékařů a zdravotnických zařízení.

Pojišťovna platí lékařské úkony na základě uzavřené dohody, formou paušálu nebo přímo za konkrétní lékařský úkon. Paušální částka se odvíjí od množství zaregistrovaných pacientů (klientů) bez ohledu na vykonané (poskytnuté) lékařské úkony. S tímto typem úhrad se setkáme např. u praktických lékařů nebo poskytování pohotovostních lékařských služeb. Co se týká bodového systému – placení za konkrétní úkon se řídí seznamem zdravotních služeb se 4.000 definovanými úkony. Ke každému úkonu je přiřazen počet bodů. Nejčastěji diskutovaným problémem je objektivizace hodnoty bodu.

2.4.2 *Ambulantní péče*

Jedná o péči poskytovanou lékaři v privátních praxích (soukromých ordinacích, ambulancí) nebo v rámci nemocnic či větších zdravotnických zařízeních, které poskytují vedle této péče i péči jinou, např. nemocniční, následnou, apod. V privátních zařízeních pracují samostatní lékaři jako osoby výdělečně činné (OSVČ), ale velmi často se dnes setkáváme se sdruženími lékařů ve společnosti s ručením omezeným, více v příloze č. 13.⁹¹ Za tento druh péče se nepovažuje péče poskytnutá pojištěnci v období, kdy je hospitalizován. Taková péče je považována za péči vyžádanou při ústavní péči. Výjimkou je stomatologická péče poskytnutá pojištěnci při hospitalizaci v jiném oboru než stomatologie.

Každému z nás se vybaví především péče praktického lékaře pro dospělé a praktického lékaře pro děti a dorost. Tato péče je hrazena několika způsoby:⁹²

- kombinovaná kapitačně - výkonová platba
- kombinovaná kapitačně - výkonová platba s dorovnáním⁹³
- výkonová úhrada s hodnotou bodu

⁹¹Konečná, J. Právní rámec managementu nemocnic. 2009. s. 59. *Diplomová práce*. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce Eva Tomášková.

⁹²Vyhláška č. 464/2008 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 2009.

⁹³Status „malé praxe“ přiznaný komisí pro malé praxe. Jedná se o praxe praktických lékařů s menším počtem registrovaných pacientů dané geografickým územím.

2.4.2.1 Kombinovaná kapitačně - výkonová platba

Kapitační platba se vypočte podle počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobené základní sazbou stanovené za jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za kalendářní měsíc. Příjem lékaře se vypočte podle počtu registrovaných pacientů. Za každého registrovaného pacienta dostává praktický lékař platbu bez ohledu na to, zda pacient v daném měsíci zdravotní péči či služby čerpá. Do kapitační platby „kapitace“ nebo tzv. odměny ve fixní formě spadají obvyklá vyšetření provedena na základě odbornosti lékaře. Tento způsob odměny se odvíjí od věku pacienta, vykazuje se tzv. „jednicový pojištěnec,“ čili kapitační jednotka. V závislosti na věku pacienta – pojištěnce dochází ke změně nákladu na jeho léčbu, které s přibývajícím věkem rostou. Jinak tomu bude u dětí. Z těchto pragmatických důvodů je tedy nutné registrované pacienty přepočítávat podle určitých koeficientů. Pro lékaře je tedy důležitá věková struktura pacienta (obr. 2.12).

Kapitační platba se vyplácí na základě kapitačních jednotek nikoliv registrovaných pacientů, což v praxi znamená, že pokud počet kapitačních jednotek u lékaře překročí průměrný počet o více než 30 % fixní platby (kapitační platby), krátí se lékaři degresivním koeficientem. Jedná se o limitaci horní hranice možných pacientů jednoho praktického lékaře, v příloze č. 14 uvádím počet pacientů na jednoho praktického lékaře. Opakem kapitace je platba za zdravotní výkony.

U praktického lékaře se jedná o mimořádné výkony, z nichž nejčastější je akutní ošetření neregistrovaného pacienta, očkování nad rámec povinné vakcinace, aj. Za neregistrované pojištěnce se kombinovaná kapitační výkonová platba řídí vyhláškou MZ ČR, jejíž přílohou je Seznam zdravotních výkonů s bodovým ohodnocením. Hodnota bodu je vyjádřená v korunách. Změny ve výkonech a jeho sazeb oznamuje pravidelně pojišťovna. Pokud lékař ošetří neregistrovaného pacienta nebo provede výkon nad rámec běžných výkonů (nadstandardní výkon) pacientu registrovanému, vykáže si kapitační platbu a k tomu vyhodnotí komplexní nákladovost zdravotní péče poskytované registrovaným pojištěncům s porovnáním s náklady na zdravotní péči u jiných praktických lékařů.

Praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost, kterému je poskytnutá péče hrazena formou kombinované kapitačně výkonové platby nesmí na své registrované pojištěnce a v případě zástupu na registrované pojištěnce zastupovaného lékaře vykazovat výkony zahrnuté do kapitačního paušálu.

Výkony nezahrnuté do paušálu vykazuje lékař na registrované pojištěnce na příslušném dokladu.⁹⁴

Výše kombinované kapitačně výkonové platby je podle současného stavu součtem základní sazby v určité výši korunového vyjádření na měsíc a jednicového pojištěnce a úhrad výkonů hrazených mimo kapitační platbu.

Výše základní sazby ne jednicového pojištěnce je upravena v závislosti na výši regulačního koeficientu, tzv. bonifikaci.⁹⁵ Uvádím základní sazby dle vyhlášky 464/2008 Sb.

Základní sazby dle vyhlášky 464/2008 Sb.,⁹⁶

- A) 50 Kč pro praktické lékaře a praktického lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační 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, kteří poskytují zdravotní péči v rozsahu alespoň 25 hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Prodloužení ordinační může být stanoveno odlišně v rámci místních podmínek po domluvě zdravotní pojišťovny se s lékaři.
- C) 47 Kč pro ostatní praktické lékaře
- D) 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost

⁹⁴ Je-li lékař odměňován kapitační platbou, žádné výkony klinických vyšetření kromě komplexního vyšetření zdravotní pojišťovně nevykazuje. Ze zdravotní dokumentace musí být však patrné, že cílené nebo kontrolní vyšetření bylo provedeno, a proto byl vybrán poplatek a vykázán (výkon č. 09543), nebo že je pojištěnec od placení poplatku osvobozen (výkon č. 09547).

⁹⁵ Bonifikace GIP byla zavedena VZP již v roce 2001. V letošním roce spustila VZP program kvality péče ACORD ve čtyřech krajích – v Jihočeském, Plzeňském, Moravskoslezském a Ústeckém. Praktičtí lékaři a praktičtí lékaři pro děti a dorost, kteří se přihlásí do Acordu se zavazují, že se s nimi pacienti mohou domluvit přesný termín návštěvy, také dle přání domluví návštěvu u specialisty.

⁹⁶ Vyhláška č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.

E) Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách, násobeným indexem (obr. 2.12). Výše základní sazby, případně celková výše úhrady může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

Obr. 2.12 Index vyjadřující poměr nákladů v dané věkové skupině ⁹⁷

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

Index vyjadřující poměr nákladů v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15-19 let.

Výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotním zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů (vyhl. č. 464/2008 Sb.), se stanoví hodnota bodu ve výši 1,05 Kč. Pro ostatní výkony uvedené v seznamu výkonů je hodnota bodu 1,10 Kč. Pro výkony dopravy v návštěvní službě hrazené podle seznamu výkonů, je hodnota bodu stanovena ve výši 0,91 Kč. Z tabulky je zcela markantně vidět rozdíl

⁹⁷Vyhláška č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009. Částka 150, s.7943.

ve věkové struktuře pacientů a jejich podíl na odměně lékaře. Pacienti ve věkovém rozmezí 20-24 let jsou nejzdravější na rozdíl od pacientů, jejichž věk se přehoupl přes hranici 85 let, kdy jejich péče o zdraví stojí o trojnásobek více.

2.4.2.2 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 nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených registrovaných pojištěnců u zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců.⁹⁸

Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný přepočet pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má příslušné zdravotnické zařízení uzavřenou smlouvu o poskytování a o úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením.

Cílem kapitace:

- Omezit neindikované výkony
- Stabilizovat výdaje pojišťoven
- Snížit administrativní náročnost účtování
- Rozšířit čas lékaře na pacienta a motivovat k prevenci
- Motivovat ke zvyšování kvalifikace lékařů

⁹⁸Celostátní průměr pojištěnců se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného VZP ČR, a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností dle § 46 ods. 1. zákona.

Informace o finančních zdrojích platbách nalezneme v práci: Pechová J. *Financování zdravotnictví*[online]. 2008/2009[28.10.2009]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Právnická fakulta. Vedoucí práce Michal Radvan. Dostupný z: <<http://is.muni.cz/th/238765/pravf b/prace financovani zdravotnictvi 6.4 -konecna verze>>. Gygalová Zdeňka. *Financování zdravotnictví*[online]. 2009 [28.10.2009]. *Bakalářská práce*. Masarykova univerzita Brno. Právnická fakulta. Vedoucí práce Michal Radvan. Dostupný z: <<http://is.muni.cz/th 238393/pravf b/bakalarka.docx>>.

2.4.2.3 Výkonová platba s hodnotou bodu – tzv. „bodový systém“

Zdravotní výkony jsou hodnoceny podle celkové náročnosti, jak 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 1,00 Kč a pro výkony v dopravní službě je hodnota stanovena ve výši 0,91 Kč. Hodnota bodu je stanovena čtvrtletně v tzv. dohodovacím řízení, které probíhá mezi zdravotními pojišťovnami a profesními sdruženími poskytovatelů zdravotní péče.⁹⁹

Zdravotnickým zařízením může být kapitační platba navýšena :

- A) zdravotnické zařízení, které získá akreditaci MZ ČR k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost, po předložení zdravotní pojišťovně mu bude navýšena základní sazba o 2 Kč.
- B) zdravotnické zařízení, ve kterém probíhá na základě získané akreditace MZ ČR praktické vzdělávání lékaře – školence v oboru praktický lékař nebo praktický lékař pro děti a dorost, mu bude navýšena základní sazba o 2 Kč.
- C) stejně tak může být navýšena základní sazba ve výši příplatku až 2 Kč na jednoho registrovaného pojištěnce, praktickým lékařům formou měsíčně vyplácené kapitační platby tam, kde je nutné zohlednit činnost zdravotnického zařízení v regionu s obtížnou dostupností.

Výkony, které provede praktický lékař neregistrovaným pacientům spadají do kategorie nepravidelné péče a výše hodnoty bodu je 1,05 Kč.

2.4.3 Registrace pojištěnců

Registraci pojištěnců provádí lékař na patřičném dokladu. Praktický lékař pro dospělé je oprávněn registrovat pojištěnce nejdříve v měsíci, kdy pojištěnec dosáhl věku 14 let. Pokud dosáhne pojištěnec 19 let, v témže měsíci dojde k automatickému zrušení registrace. Gynekolog (ženský lékař) je oprávněn zaregistrovat ženu – klientku nejdříve

⁹⁹ Peková, J., Pilný, J., Jetmar, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha: ASPI, 2005. s. 319.

v měsíci, kdy dosáhla věku 15 let. Registrace nepozbývá platnosti při změně zdravotní pojišťovny. Žádost o předání zdravotních informací a kopie žádosti jsou nedílnou součástí dokladů o řádné registraci pojištěnce u lékaře.

2.4.4 Specializovaná ambulantní léčba

Do specializované ambulantní péče je zahrnuta péče tzv. odborných lékařů. Jedná se o velmi početnou skupinu specialistů mnoha oborů (revmatologie, neurologie, ortopedie, ušní – nosní – krční, oční, a jiné). Z hlediska financování je tato skupina středem zájmů, dohadů a otazníků. V posledních letech financování prošlo mnohými změnami. Platby se řídí sazebníkem „Seznam zdravotních výkonů“ s bodovými hodnotami, v korunovém vyjádření. Sazebník vydává MZ ČR. K dispozici je u každého odborného lékaře. Hodnota bodu je záležitostí dohodovacího řízení zdravotních pojišťoven a Lékařské komory¹⁰⁰ a je stanovena pro nadcházející čtvrtletí. Komora v souladu s usnesením sjezdů hájí v dohodovacích řízeních zájmy svých členů. Díky počtu plných mocí hraje významnou úlohu v segmentu ambulantních specialistů a v menší míře se podílí i na jednání praktických lékařů. Maximální úhrady se počítají na jednoho ošetřeného pacienta – pojištěnce.¹⁰¹ V příloze č. 15 uvádím přehled nákladů vynaložené na odbornou ambulantní péči a další segmenty zdravotní péče.

2.4.5 Stomatologická péče

Rychlý rozvoj léčebných metod, materiálů a postupů vede k vytvoření systémů na vysoké úrovni veškerých oborů stomatologie – praktického zubní lékařství, endodoncie, dětské stomatologie, stomatologické protetiky, parodontologie, stomatochirurgie, implantologie, ortodontie, dentální hygieny. Tým sestavený z různých odborníků je ideálním řešením pro ambulantní pracoviště. Lékaři poskytují stomatologickou péči podle samostatného stomatologického sazebníku, kde jsou jednotlivé výkony ohodnoceny v bodech, vyjádřené přímo v korunách. Tento sazebník prosadila Česká stomatologická komora, kde

¹⁰⁰ Lékařská komora (ČLK). Každý lékař, který vykonává na území České republiky lékařské povolání v léčebné a preventivní péči, musí být členem ČLK. ČLK garantuje odbornost svých členů, hájí je a poskytuje jim servis. Zákon jim však ukládá i povinnost plnění disciplinární pravomoci vůči svým členům.

¹⁰¹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, stanovení maximální ceny a výše úhrady zdravotní péče.

jsou zařazeny i zdravotnické materiály, výrobky, které si pacient hradí plně nebo částečně. Z výše uvedeného je patrné, že běžné (standardní) ošetření je hrazeno ze zdravotního pojištění, nadstandardní výkony si pacient hradí sám. Součástí výkonů stomatologické péče jsou i protetické práce prováděné v zubních laboratořích, kam se tedy přesouvá část příjmů ze stomatologických výkonů. Tento systém přímých plateb je vnímán širokou odbornou veřejností za nejlepší model řešení financování zdravotní péče. Dle názorů lékařů, ke kterému se připojují, je považován tento způsob financování za velmi zdařilý a vhodný i pro další specializace (odbornosti) ambulantní péče. V příloze č. 15 uvádím přehled nákladů vynaložené na stomatologickou péči.

2.4.6 Gynekologická péče

Jedná se o preventivní, léčebnou péči, dále péči v těhotenství, porodní i poporodní péči. Tato péče je hrazena dvěma způsoby, a to buď podle seznamu zdravotních výkonů, s hodnotou bodu 1,06; kdy referenčním obdobím je rok předchozí. Zdravotnické zařízení musí mít poměrné kapacitní číslo vyšší než 0,8; navíc jsou úhrady omezeny maximální úhradou. Ta může být navýšena jen v těchto případech :

- index bonifikace dostupnosti péče – pracovní doba je rozvržena do 5 pracovních dnů
- index certifikace – certifikát ISO 9001

Druhý způsob plateb za gynekologickou péči podle vyhlášky MZ ČR č. 464/2008 Sb., kde hodnota bodu je 1,0 Kč, do stanoveného počtu bodů. Nad rámec stanoveného počtu bodu je výše hodnoty bodu 0,30 Kč. V případě, že zdravotnické zařízení poskytne gynekologickou péči stu či méně jednicovým klientkám, pak se tato sestupná hodnota nepoužije.

2.4.7 Nemocniční péče

Vyjma soukromých, hospodaří velká většina nemocnic zpravidla jako příspěvkové organizace. Vzhledem k tomu, že nemocnice poskytuje služby pro celý region, je

financována:¹⁰²

- z rozpočtu zdravotních pojišťoven – dle vykázaných výkonů
- z rozpočtů okresního úřadu
- z rozpočtu městského úřadu
- z vlastní činnosti – výroba kreativních derivátů, služby prádelny a stravování pro jiné subjekty
- z ostatních zdrojů – od sponzorů, z darů, sbírek, atd.

Nemocniční (ústavní péče) je péče poskytnutá v nemocnicích, v odborných léčebných ústavech a zvláštní ústavní péče ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu. Úhrada zdravotnického zařízení v roce 2009 zahrnuje:¹⁰³

- individuální smluvně sjednanou složku úhrady – zahrnuje úhradu na zdravotní péči podle klasifikace pacientů do skupin vztažené k diagnóze (DRG).
- paušální složkou úhrady za hospitalizační péči
- úhradu formou případového paušálu a ambulantní složky úhrady

Nemocnice od roku 1997 jsou financovány tzv. paušální platbou, její výše je stanovena na základě skutečností předcházejícího roku. Paušální platby jsou typické pro nemocniční péči, jelikož většina nákladů nemocnic jsou fixní a do jisté míry nezávislá na počtu ošetřených pacientů a provedených zdravotních výkonů. V příloze č. 15 je uveden přehled nákladů na nemocniční péči.

Jelikož výše paušálních plateb byla v jednotlivých nemocnicích rozdílná a tato rozdílnost vedla k omezování jejich výkonnosti, bylo nutné dopracovat financování nemocniční péče. Ekonomika nemocnic je závislá na celkovém počtu ošetrovacích dnů (obložnosti). Obložnost se mění podle oborů, vědeckotechnického pokroku a dalších faktorů ovlivňující naše zdraví, které jsem uvedla v kapitole první této práce. V příloze č. 2 statistika nemocnosti.

¹⁰² Nahodil, F. a kol. *Veřejné finance v České republice*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009. s 90.

¹⁰³ Vyhláška MZ ČR č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.

Pro srovnání jsou nutná hodnotící kritéria vycházející z ukazatelů, z nichž nejdůležitější jsou:¹⁰⁴

- Využití lůžek, tzv. obložnost
- Průměrná doba léčení, tzv. ošetrovací doba
- Počet hospitalizovaných osob na jednoho zdravotnického pracovníka nemocnice

Z hlediska měření výkonu:

- Hospitalizovanost
- Průměrná ošetrovanost

Referenčním obdobím se rozumí rok 2008, čili rok předcházející. Spadá sem veškerá zdravotní péče poskytnutá v roce 2008, zdravotnickým zařízením vykázána do 31. 3. 2009 a zdravotní pojišťovnou uznána do 31. 5. 2009.

První a poslední den hospitalizace se považuje za jeden ošetrovací den z hlediska vykazování kódu. Kód¹⁰⁵ se vykazuje za první den hospitalizace – den přijetí, nikdy ne za den poslední – den propuštění, překlady či úmrtí.

Ústavní péče, tzv. akutní lůžková péče je financována paušální platbou - metodou DRG.¹⁰⁶ Výše je stanovena na základě referenčního období předcházejícího roku. Vychází z předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta s obdobnými léčebnými nároky na terapii. DRG představuje určitý počet klasifikačních skupin pro zařazení pacientů s obdobnými léčebnými a ekonomickými parametry. Dále záleží na tom, zda se pacient podrobil konzervativní péči nebo chirurgickému zákroku. Rozlišovacím kritériem je také věk,

¹⁰⁴ Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP).2007, s. 55.

¹⁰⁵ Kód náhrady dle Číselníku náhrady za zdravotní péči, např. kód 75013.

¹⁰⁶Lomíček, M. Platba za diagnostickou skupinu[online]. Oddělení DRG ÚZP ÚP VZP ČR, 3.1.1998[citováno 28.10.2009]. Dostupný z:< <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRGclankyaprezentace/Ostatni>>. DRG je klasifikační systém, který zařazuje případy hospitalizace na základě tzv. atributů případů do DRG. Výstupy z DRG a následných propočtů bývají využity ke statistickým, rozpočtovým, plánovacím, srovnávacím a platebním účelům. Může být ukazatelem sledování kvality poskytované zdravotní péče.DRG systém je používán v mnoha modifikacích k různým účelům v mnoha zemích. V evropských zemích je tento systém používán jako nástroj k analýze, porovnání a tvorbě rozpočtu. Rozdílnost užití DRG jsou kromě jiného ovlivněny zákony, místními zvyklostmi a organizací zdravotnictví té které země. Všechny potřebné údaje vztahující se k hospitalizaci konkrétního nemocného jsou zakódovány do matematické věty a zadány ke zpracování do GROUPERU (to je anglický výraz pro složitou soustavu počítačových programů, které zařadí každou konkrétní hospitalizaci do jedné z několika set skupin DRG. Pacienti v určité skupině mají shodné rysy. V., matematické větě“ jsou obsaženy : věk, pohlaví, délka hospitalizace, základní diagnóza, vedlejší diagnózy (možnost až 14), klíčové body zdravotních výkonů (možnost až 15x), stav při propuštění, porodní váha (ta zatím není k dispozici).

pohlaví, přidružená onemocnění a s nimi související komplikace a provedení zvláštních výkonů.¹⁰⁷ DRG systém se začal uplatňovat v České republice v roce 1997 jen ve vybraných nemocnicích. Jeden ze systémů, CASA-MIX¹⁰⁸, se postupně rozšiřoval i do dalších nemocnic. V roce 2000 vstoupilo do projektu dalších 60 nemocnic. Cílem bylo dispenzarizovat pacienty se stejnou diagnózou do určité skupiny. Postupně tak bylo vytvořeno 25 diagnostických skupin a určena jejich finanční zatíženost (váha).¹⁰⁹

váha diagnostické skupiny = specifická váha DRG x základní sazba.

Váha 1,00 odpovídá průměrnému pacientovi, číslo větší než 1,00 odpovídá nárokům na léčbu vážněji nemocného pacienta - číslo menší než 1,00 znamená opak. Nemocnici je uhrazeno léčení nemocného najednou za celý pobyt v nemocnici (bez ohledu na kterých odděleních nemocný ležel či jaké další nemocniční služby využil).

Do legislativy byl systém DRG zakotven roku 2006 sdělením ČSÚ 427/2005 Sb., o zavedení klasifikace hospitalizovaných pacientů IR - DRG.¹¹⁰

Úhrada léčiv je hrazena výkonovým způsobem s předem dohodnutou maximální průměrnou cenou za pacienta na měsíc. Mnohá vyšetření prováděná v nemocnicích jsou hrazena nad rámec paušální platby, patří sem především moderní vyšetřovací metody, náročné operace, endoprotetické výkony, aj. Nemocnicím náleží i bonifikace, jedná se o mimořádné navýšení úhrad za výkony, jako jsou výkony endoprotetického programu kyčelních a kolenních kloubů, operační výkony a výkony prováděné na invazivních sálech včetně anestezie (navýšení minutové režijní hodnoty bodu), dále za porody a za péči

¹⁰⁷ Gladkij, I. a kol. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press 2003. s. 123-124.

¹⁰⁸ CASE – MIX jsou systémy, ve kterých jsou pacienti (definováni zadanými sledovanými ukazateli) zařazováni do skupin podle svých onemocnění. Sledovanými ukazateli jsou věk, pohlaví, základní diagnóza, vedlejší diagnózy, léčebný výkon operativní – neoperativní, velký- malý, nutnost výkonu na operačním sále, stav nemocného při propuštění, komplikace, komorbidita, porodní váha. Důležitým faktorem je i délka hospitalizace, v určité fázi procesu zpracování dat jsou přiřazovány ekonomické parametry. Nezbytnou součástí je i matematicko – fyzikální zpracování. Byly vyvinuty různé CASE –MIX systémy, např. pro ambulantní i nemocniční sféru, s možností zaměřeni se na některé medicínské obory nebo vybrané skupiny nemocných. DRG je jedním z CASE-MIX systému, který hodnotí – zařazuje nemocného léčeného na akutních lůžkách nemocnic podle složitosti jeho onemocnění a ekonomické náročnosti jeho léčby. Toto zařazení umožňuje v určité fázi procesu porovnat získané údaje s obdobnými údaji i jiných nemocnic.

¹⁰⁹ Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). 2007.

¹¹⁰ MZ ČR [online]. Číselníky, metodiky, související dokumenty a aktualizaci klasifikací hospitalizovaných pacientů [citováno 29.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz>>.

v neonatologických odděleních jednotek intenzivní péče.¹¹¹

Paušální sazba – 112 % oproti referenčnímu období. Regulační mechanismus je stanoven na alespoň 90 % ošetřovaných unikátních pojištěnců tak, že pokud zdravotnické zařízení vykáže méně, pak je paušální sazba vypočítána jako součin zálohové sazby a indexu:¹¹²

$$I = \frac{\text{počet originálních rodných čísel za 1. pololetí běžného roku}}{\text{počet originálních čísel za 1. pololetí předcházejícího roku}}$$

Hodnota bodu v korunách podle příslušné vyhlášky MZ ČR, hodnota výše bodu v roce 2008 byla stanovena na 1,03. V roce 2009 zůstává na 1,03. Ke standardním tématům při dohodovacích řízeních se zdravotními pojišťovnami (způsob úhrady a hodnoty bodu) se na rok 2010 přiřadilo téma kvality poskytované péče se snahou motivovat zdravotnická zařízení.

2.4.8 Následná péče

Jedná se o zdravotní péči poskytovanou:

- v odborných léčebných ústavech a
- léčebnách pro dlouhodobě nemocné, včetně
- ošetrovatelských lůžek.

Ústavy poskytují péči osobám s chronickými poruchami zdraví, poruchami, jež vyžadují značnou a dlouhodobou intenzitu rehabilitačního programu pod odborným dohledem. Mnohé ústavy navazují na péči nemocniční a ambulantní specializovanou péči zdravotnických zařízení většího typu. Ústavy jsou zpravidla rozlišeny podle druhu onemocnění nebo zaměření zdravotní péče na péči speciální, zařízení pro seniory, zařízení pro tělesné a psychicky nemocné.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné, které jsou určeny osobám s déletrvajícím průběhem onemocnění, vyžadujícím si permanentní odbornou léčebnou a rehabilitační péči,

¹¹¹ Neonatologie je podobor pediatrie, který se specializuje na péči o fyziologické i patologické novorozence.

¹¹² VZP ČR[online].Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP),2007[citováno 17.11.2009].Dostupný z :<[http:// www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)>.

včetně psychologické podpory a jisté míry resocializace. Většina léčeben je součástí nemocnic.

Ošetrovatelská lůžka jsou termínem pro „běžný pobyt pacienta na lůžku“, kdy akutní stav onemocnění pominul, pacient je stabilní, ovšem jeho stav stále nedovoluje ambulantní ošetření ani transport k doléčení do jiného zdravotnického zařízení.

Zdravotní péče poskytnutá v těchto zařízeních je hrazena předběžnou měsíční úhradou ve výši odpovídající objemu zdravotní péče vykázaného za konkrétní pololetí předchozího roku. Řídí se cenami platnými pro aktuální rok.

2.4.9 Preventivní péče

Péče v dětských ozdravovnách je financována na základě dohody mezi Asociací dětských ozdravoven a zástupci zdravotních pojišťoven. Ceny za ubytování a ozdravné programy jsou v jednotlivých zařízeních pohyblivé, ovšem cena za stravování je stejná pro všechny ozdravovny, činí 208 Kč na jeden ošetrovací den.

2.4.10 Ostatní péče

Zde patří segment zdravotní záchranné služby, který je hrazen dle Seznamu zdravotních výkonů, hodnota bodu je 1,06 Kč.

Diagnostická zdravotní péče zahrnuje veškerá vyšetření v komplementu, laboratorní vyšetření, rentgenová vyšetření, screeningová vyšetření. aj. Tato péče je hrazena dvěma způsoby. Úhradou dle Seznamu zdravotních výkonů, tj. bodovým systémem bez stanovení maximální úhrady a bez snížení hodnoty bodu nebo úhradou dle Seznamu zdravotních výkonů do určitého objemu ošetřených pojištěnců se sníženou hodnotou bodu při překročení tohoto objemu, a vypočtenou maximální úhradou. Tento postup se nepoužije pokud byli ošetřeni klienti ze zemí EU nebo 50 a méně unikátních pojištěnců v daném referenčním období.

Rehabilitační péče je hrazená dle „Seznamu zdravotních výkonů“ s hodnotou bodu 0,80 Kč do vypočteného objemu unikátních pojištěnců. Po překročení objemu je hodnota bodu 0,50 Kč. To neplatí pokud je rehabilitační péče poskytnuta občanům (pojištěncům) EU či byla poskytnuta 50 a méně pojištěncům v příslušném období (referenční období – pololetí) a také

pro výkony dopravy v návštěvní službě.¹¹³

Domácí zdravotní péče se hradí ze Seznamu zdravotních výkonů s výši hodnoty bodu 1,00 Kč do vypočteného objemu pojištěnců. Nad tento je objem hodnota bodu 0,85 Kč. Pakliže je poskytnuta péče osobám EU či poskytnuta 50 a méně pojištěncům v referenčním období a při výkonem dopravy v návštěvní službě se postup výše popsany nepoužije.

Náklady na ošetřovatelská lůžka, péči v ozdravovnách, léčení v zahraničí, ostatní náklady na zdravotní péči, náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů než ze Základního fondu zdravotního pojištění.

Způsob financování léků určuje Ministerstvo zdravotnictví ČR tím, že stanoví maximální cenu. Registrace léků je v kompetenci Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Léková politika je materií pro další práci, které se aktuálně věnuji v rámci doktorského studia.

2.5 Financování a úhrady zdravotní péče a služeb

Úhrada zdravotní péče a služeb je úhradou za poskytnutou péči zdravotnickým zařízením ve stanovené výši, na kterou má nárok. V České republice se péče hradí plně nebo částečně ze zdravotního pojištění.¹¹⁴ V uplynulých letech probíhalo mezi zdravotními pojišťovny a smluvními zdravotnickými zařízeními vyjednávání a uzavírání tzv. cenových dodatků. Jedná se o dodatky k platným smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče. Úhradu poskytují zdravotní pojišťovny na základě smlouvy mezi nimi a zdravotnickým zařízením dle rozsahu poskytované zdravotní péče.¹¹⁵ Rozsah péče a počet pojištěnců vykazují zdravotnická zařízení zdravotním pojišťovnám v pravidelných intervalech různými formami. Dříve papírovou, následně disketovou nyní nahrazuje postupně forma elektronického spojení přes portály jednotlivých pojišťoven.

Z obecného hlediska je pojem hrazená péče legislativní zkratkou pro zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění podle § 13 - 19 zákona o veřejném zdravotním pojištění.

¹¹³ Provedené výkony jsou hrazeny dle Seznamu zdravotních výkonů - bodové hodnocení, přičemž maximální cena není stanovena.

¹¹⁴ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, hovoří o plné a částečné úhradě pouze v souvislosti s poskytováním léčivých přípravků a potravin pro zvláštní účely. Na rozdíl od poskytované zdravotní péče, kde se rozlišuje péče hrazená a nehrazená, nebo hrazená pouze za určitých podmínek. Zákon byl čtyřikrát věcně novelizován a jednou byl významným způsobem dotčen nálezem ústavního soudu.

¹¹⁵ Základní princip stanovení úhrad stanoví zákon v ustanovení §17 odst.6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Má – li zdravotnické zařízení smluvní vztah o poskytování zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, je mu poskytnutá péče oprávněně uhrazena. Pokud smluvní vztah nemá, pak žádá po ušetření přímou úhradu od pojištěnce. Stejně tak zdravotnické zařízení postupuje při poskytování zdravotní péče nad rozsah smluvního ujednání.

V zákoně o veřejném zdravotním pojištění je generální klauzule hrazené zdravotní péče (§ 13).

ambulantní péče

- ústavní péče
- stomatologická péče
- léky na vydané recepty
- zdravotnické pomůcky na poukázky
- lázeňská péče
- léčení v zahraničí
- dopravní zdravotní služba
- ostatní

Podíl nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů uvádím v (obr. 2.13).

Obr. 2.13 Hodnoty jednotlivých segmentů zdravotní péče v letech 2004 – 2008¹¹⁶

(absolutní částky v mil. Kč)

<i>Segment¹¹⁷</i>	2004	2005	2006	2007	2008
<i>zdravotní péče</i>					
Ambulantní péče celkem	36 228	37 860	39 598	43 431	48 164
<i>z toho stomatologická</i>	8 544	8 599	8 454	9 032	9 155
<i>praktických lékařů</i>	7 476	7 610	8 200	8 594	10 160
<i>rehabilitační péče</i>	1 579	1 607	1 504	1 647	1 810
<i>diagnost.zdrav.péče</i>	6 181	6 742	6 516	6 632	7 384
<i>Spec.amb.péče vč.gynekologické</i>	11 614	12 395	12 994	15 914	17 838
<i>Domácí zdravotní péče</i>	835	906	895	1 021	1 065
Ústavní péče celkem	72 238	76 542	83 688	92 378	99 184
<i>z toho nemocnice</i>	64 228	68 125	74 424	81 917	89 370
<i>OLÚ</i>	4 267	4 476	4 963	5 449	5 423
<i>LDN</i>	3 168	3 255	3 443	4 027	3 409
<i>lázeňská péče</i>	3 335	3 142	2 783	2 984	2 862
<i>náklady na dopravu</i>	1 298	1 278	1 228	1 271	1 478
<i>náklady ZZS</i>	919	902	1 124	1 432	1 423
<i>léky na recept</i>	35 778	37 181	33 942	33 568	32 748
<i>Zdravot. prostředky na poukazy</i>	4 230	4 536	4 498	5 168	5 643
Náklady na zdravotní péči celkem	156 258	163 930	167 532	181 358	193 669

Vývoj segmentů zdravotní péče za sledované období lze zhodnotit následovně. Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči se zvýšily o 23,9 %. Nejrychleji se zvyšovaly náklady na zdravotní záchranou službu, a to o 55 % do roku 2008 oproti roku 2004. Progresivní růstem prošla i specializovaná ambulantní léčba včetně péče gynekologické, kde došlo nárůstu o 53,6 %. Segmentech, kde došlo k nárůstu - ústavní péče v nemocnicích zaznamenala nárůst o 39,1 %, péče praktických lékařů 35,9 % a segment nákladů na zdravotnické prostředky na poukaz o 33,4 %. Segment stomatologické péče naproti tomu průměrného tempa růstu nákladu nedosahoval, nárůst o 7,2 %, stejně tak segment ústavní péče v LDN, nárůst o 7,6 % a náklady na dopravu nemocných a raněných, nárůst o 13,9 %.

Co se týká nákladů zdravotních pojišťoven v ozdravovnách a v lázeňství za sledované období

¹¹⁶Popovič, I. ÚZIS ČR[online]. Aktuální informace č. 51/2009 [citováno 3.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

¹¹⁷ Segment – označuje kategorie poskytovatelů zdravotní péče, tzn.druhy zařízení, nikoli druh péče jako takové. Např. v segmentu ústavní péče je zahrnuta i ambulantní péče v ambulantní části zdravotnického zařízení ústavní péče, náklady na léčiva v lůžkové části příslušného zdrav.zařízení ústavní péče, aj.

absolutně klesly oproti své výši v roce 2004.

Oproti progresivnímu nárůstu (do roku 2005) dochází k opakovanému absolutnímu poklesu lékové nákladovosti zdravotních pojišťoven. Došlo k němu po přijetí regulačních opatření (2006). Platby státního rozpočtu do systému veřejného zdravotního pojištění za nevýdělečné pojištěnce za rok 2008 činily celkem 47,159 mil. Kč, což bylo o 630 mil. Kč méně než v roce 2007.¹¹⁸

2.5.1 Úhrady od zdravotních pojišťoven

Podle metodiky VZP jsou rozlišeny tři druhy péče :

- ambulantní péče ošetřujícího lékaře
- ústavní péče
- péče vyžádána, navržená či předepsaná lékařem

Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění uvádím v (obr. 2.14).

Obr. 2.14 Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění¹¹⁹

<i>Průměrný počet pojištěnců veřejného zdravotního pojištění v letech 2004 -2008</i>		
<i>Rok</i>	<i>Průměrný počet pojištěnců</i>	<i>Z toho podíl VZP v %</i>
2004	10 308 644	65,27
2005	10 296 386	64,60
2006	10 297 439	63,87
2007	10 323 545	63,40
2008	10 364 804	62,63

V České republice funguje deset pojišťoven nabízející identické zdravotní pojištění, přičemž dominantní Všeobecná veřejná pojišťovna (VZP) ovládá 63 % trhu, jak je patrné z údajů v (obr. 2.14).

¹¹⁸ Popovič, I. ÚZIS ČR[online]. Aktuální informace č. 51/2009 [citováno 3.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>. Výsledky hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění jsou předběžné, podléhají schválení Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR.

¹¹⁹ Popovič, I. ÚZIS ČR[online]. Aktuální informace č. 51/2009 [citováno 3.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

Úhrada od zaměstnavatelů

Zaměstnavatel hradí za své zaměstnance

- preventivní prohlídku (při uzavření pracovního poměru)
- preventivní prohlídku pracovníků na rizikových pracovištích
- za vybavení lékárníček první pomoci a za zabezpečení první pomoci

Úhrada od ošetřených fyzických osob

Mezi úkony, které nehradí zdravotní pojišťovna, patří :

- zdravotní kosmetické úpravy
- umělé přerušování těhotenství
- vypracování lékařské zprávy pro vydání řidičského oprávnění
- lékařské vyšetření v protialkoholní záchytné stanici
- stanovení alkoholu v krvi a moči

Návštěva lékaře je od roku 2008 zpoplatněna 30 Kč tzv. regulačního poplatku, hospitalizace v nemocničním zařízení pak 60 Kč za každý den pobytu. Poplatky byly zdrojem neustále kritiky, která stále přetrvává.

2.5.2 *System hodnocení výkonů ve zdravotnictví*¹²⁰

Zdravotnické výkony jsou hodnoceny podle jejich celkové a materiálové náročnosti, stupně požadované kvalifikace personálu, a jsou oceněny určitým počtem bodů. Finanční ohodnocení jednoho bodu se stanoví čtvrtletně v dohodovacím řízení, které probíhá mezi VZP, ostatními pojišťovnami a mezi sdruženími poskytovatelů zdravotní péče.¹²¹ Hodnota jednoho

¹²⁰ Zdroj : Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny.

¹²¹ §17 odst. 6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů- Podle tohoto ustanovení vydává Ministerstvo každoročně vyhlášku, která stanoví hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení na následující kalendářní rok. Návrh vychází z výsledků dohodovacího řízení zástupců Všeobecné a zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení..“ Ustanovení, jež přináší řadu interpretačních potíží.

bodu se pohybuje v rozmezí 0,70 - 1,00 Kč. Výhody a nevýhody bodového systému jsou uvedeny v (obr. 2.15).

Obr. 2.15 Reflexe bodového systému v systému poskytování zdravotní péče

<i>Výhody bodového systému</i>	<i>Nevýhody bodového systému</i>
<i>Snadný výpočet výkonu</i>	<i>Některé výkony mohou být nadhodnoceny, jiné podhodnoceny</i>
<i>Flexibilita změny hodnoty dobu dle inflace</i>	<i>Poskytovatel zdravotní služby má tendenci udržovat pacienty co nejdéle ve stavu nemocnosti</i>
	<i>Zvyšování rozsahu poskytovaných zdravotních služeb</i>
	<i>Nemotivuje poskytovatele k úspoře finančních a materiálových prostředků</i>

Reflexe napříč zdravotnickými zařízeními odrážející vnímání bodového systému lékaři i plátcí zdravotní péče. Z výše popsaného je patrné, že nevýhody nad výhodami převažují, což je impulsem pro změnu bodového systému. Zákon říká : „*Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny české republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k výsledku do 90 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou*“.¹²²

¹²² Původní znění zákona č.48/1997 Sb., předpokládalo konání dohodovacího řízení mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů, jehož výsledek posuzovalo MZ a MF z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem a následně jej Ministerstvo financí vydávalo jako cenový výměr. Zákon byl novelizován zákonem č. 2/1998 Sb., jelikož původní znění neupravovalo řešení pro případ, že se v dohodovacím řízení nepodaří dosáhnout dohody. Citovaná novela zachovala dohodovací řízení.

Pro pochopení souvislostí (obr. 2.16), demonstrující národní účty.

Obr. 2.16 HDP a podíl zdravotnických výdajů před a po revizi národních účtů¹²³

<i>HDP a podíl zdravotnických výdajů před a po revizi národních účtů</i>						
<i>ROK</i>	<i>HDP v mil.Kč</i>		<i>Celkové zdrav. výdaje na zdravotnictví v mil. Kč</i>		<i>Podíl zdrav. výdajů na HDP v %</i>	
	<i>Dřívější metodika</i>	<i>Nová metodika</i>	<i>Dřívější metodika</i>	<i>Nová metodika</i>	<i>Dřívější metodika</i>	<i>Nová metodika</i>
<i>2000</i>	<i>1 984 833</i>	<i>2 150 058</i>	<i>141 871</i>	<i>141 871</i>	<i>7,15</i>	<i>6,60</i>
<i>2001</i>	<i>2 175 238</i>	<i>2 315 255</i>	<i>158 807</i>	<i>158 807</i>	<i>7,30</i>	<i>6,86</i>
<i>2002</i>	<i>2 275 609</i>	<i>2 414 669</i>	<i>168 520</i>	<i>168 520</i>	<i>7,41</i>	<i>6,98</i>
<i>2003</i>	<i>2 410 123</i>	<i>2 532 388</i>	<i>186 424</i>	<i>186 424</i>	<i>7,74</i>	<i>7,36</i>

Zveřejňování revidovaných národních účtů včetně hrubého domácího produktu (HDP) podle metodiky EUROSTATU v letech 2000-2003 bylo zahájeno českým statistickým úřadem (ČSÚ) od 24. 10. 2003. Důvodem byla především potřeba zodpovědět a okomentovat např. proč došlo ke snížení podílu výdajů na zdravotnictví na HDP při trvajícím růstu výdajů na zdravotnictví. V roce 1999 byl 7,09 %, stejný údaj v roce 2000 však jen 6,60 %. Cestou byla úprava metodiky (jednotné metodiky v rámci Evropské unie), jejichž cílem měl být nárůst HDP o cca 6-8 %, za zpřísnění disciplíny ve výkaznictví a postupné rozkrývání šedé ekonomiky. Je na místě, když řeknu, že vláda musí postupovat mnohem tvrději proti šedé ekonomice, jelikož ta se započítává částečně do výkonů a stát získá postavení, ale i závazky mnohem slabší země vůči EU. Tabulka prezentuje výši HDP, celkové výdaje na zdravotnictví a jejich podíl na HDP v letech 2000-2003 podle metody dřívější a metody nové. Tímto novým způsobem nebylo dosažené kýženého cíle ihned, ale tato cesta přinesla důslednější započítávání položek, které dříve unikaly.

¹²³ Chválková, J. Úpravy podílů na zdravotnictví v ČR na HDP v závislosti na revizi národních účtů ČSÚ[online]. [citováno 11.11.2009]. Dostupný z: <http://www.osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2004/24.html>.

Obr. 2.17 Vývoj zůstatků na účtech zdravotních pojišťoven mezi rokem 2007 – 2009

(v mld. Kč)¹²⁴

<i>Období</i>	<i>Celkový zůstatek</i>	<i>Z toho na základních fondech</i>
<i>31.12.2007</i>	<i>26,8</i>	<i>17,8</i>
<i>31.3.2008</i>	<i>35,5</i>	<i>26,0</i>
<i>30.6.2008</i>	<i>37,9</i>	<i>27,8</i>
<i>30.9.2008</i>	<i>38,8</i>	<i>28,5</i>
<i>31.12.2008</i>	<i>37,6</i>	<i>27,0</i>
<i>13.3.2009</i>	<i>41,3</i>	<i>Není k dispozici</i>

Z toho obrázku jasně vyplývá, že na zdravotnictví je peněz dostatek, dokonce tolik peněz naše zdravotnictví v historii nikdy nemělo.

2.5.3 Pojistné plány

Pojistné plány¹²⁵ - rozpočty zdravotních pojišťoven fungují na jednoduchém principu, kdy platí lékařům a zdravotnickým zařízením pravidelné měsíční zálohy, které se vyúčtují na jaře následujícího roku. Pojišťovny mohou při tomto vyúčtování zdravotnickým zařízením významně doplácet, anebo během roku navýší platby některým zařízením či lékařům. Pokud management pojišťovny rozhodne o navýšení, uzavře tzv. doplňkovou smlouvu.¹²⁶ Na novou veřejnou zakázku není třeba vypisovat veřejnou soutěž (zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů).

Donedávna nemocnice dostávaly od každé pojišťovny obnos peněz, který rok od roku narůstal pro každou nemocnici o stejné procento bez ohledu na to, jaký objem zdravotní péče nemocnice poskytla. Opomíjená byla i kvalita a efektivita poskytované péče.¹²⁷ Od roku 2007

¹²⁴ Ekonomická bilance systému veřejného zdravotního pojištění. *Tempus Medicorum*. 2009, č. 7-8, s.2-7.

¹²⁵ Zdravotně pojistný plán – návrh pojistného plánu VZP ČR na rok 2009 byl projednán 7.5.2009 ve výboru zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR. Výbor pro zdravotnictví doporučil Poslanecké sněmovně, aby přijala usnesení o schválení Zdravotně pojistného plánu VZP ČR na rok 2009.

¹²⁶ Obruča, J. Podivná privatizace našeho zdraví. [online]. [citováno 6.11.2009]. Dostupný z: <http://www.umlaufoviny.com/www/res_publica/Redakcni_system/index.php...>. Asociace českých a moravských nemocnic, právník Stanislav Fiala.

¹²⁷ Pavel Hroboň, náměstek MZ do svého blogu na Aktuálně.cz [online]. [citováno 6.11.2009]. Dostupný z: <<http://blog.aktualne.cz/blog/pavel-hrobon.php>>.

Hroboň, P., a kol. „Mýty ve zdravotnictví“ [online]. [citováno 6.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/630-myty-a-povery-ve-zdravotnictvi.html>>.

došlo k postupnému přefinancování, kdy vyšší obnos peněz začaly dostávat nemocnice s kvalitnější péčí o pacienty nebo zavádějící nové zdravotní služby. Jedním z příkladů je proces soustředění specializované péče v onkologických a traumatologických centrech v Brně, který jsem podrobněji popisovala v mé diplomové práci. Celkové výdaje zdravotníků na zdravotní péči uvádím v (obr. 2.18).

Pojišťovny v loňském roce přijaly jiná pravidla účtování, čímž se výrazně zpomalil růst zůstatků na účtech. Vloni, ve 2. čtvrtletí byl nárůst méně než dvě miliardy a ve 3. čtvrtletí jen o 0,8 miliardy. V příštím roce je plánovaný dramatický růst výdajů – podle pojistných plánů 210 miliard, což je o 14 miliard více než vloni.¹²⁸

Obr. 2.18 Výdaje zdravotníků na zdravotnickou péči (v mld. Kč.)¹²⁹

<i>Výdaje všech pojišťoven</i>				
	<i>2007 skutečnost</i>	<i>2008 plán</i>	<i>2008 skutečnost</i>	<i>2009 plán</i>
<i>Celkem</i>	179,5	196,2	196,1	210,3
<i>Ambulance</i>	44,0	48,7	49,9	54,2
<i>Nemocnice</i>	80,4	85,2	88,9	95,7
<i>Léky na recept</i>	36,9	37,6	33,8	34,9
<i>Výdaje VZP</i>				
<i>Celkem</i>	124,4	132,4	131,6	140,2
<i>Ambulance</i>	27,5	30,4	30,9	32,8
<i>Nemocnice</i>	54,9	57,6	61,1	64,9
<i>Léky na recept</i>	24,3	24,8	22,5	22,9

Pojišťovny ve svých rozpočtech počítají i nadále s rychlým ekonomickým růstem, kdy se mzdy budou zvyšovat o 7,1 % a podíl nezaměstnaných nepřekročí 5 %.¹³⁰ V případě, že by mzdy rostly jen o 4 % a nezaměstnaných bude o 3 % více, vyberou pojišťovny o 12 mld., Kč méně než vloni. Pokud by nezaměstnanost dosáhla 10 % a mzdy nerostly, vyberou pojišťovny o 22 mld., Kč méně. Koncem roku měly pojišťovny na účtech 24,7 mld. Kč, dalších 12 mld. Kč zůstalo v rezervním fondu nebo ve fondu prevence.¹³¹ Reformní batoh

¹²⁸Euroforum - Program[online].Ladislav Friedrich, prezident Svazu zdravotních pojišťoven.[citováno 6.11.2009]. Dostupný z: <<http://euro-forum.cz/ucastnici-friedrich.php>>.

¹²⁹Zdravotní pojišťovny[online].[citováno 6.11.2009] Dostupný z: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/>>.

¹³⁰Česká statistický úřad(ČSÚ)[online] Nejnovější ekonomické údaje. /[citováno 12.10.2009].

Dostupný z: <<http://www.czso.cz/csu/nsf/aktualni-informace>>.

¹³¹Filipiová, D. Tisková konference ke standardům zdravotní péče. Konference ministryně Daniely Filipiové(ODS)[online]. 24.3.2009[citováno 6.11.2009]. Dostupný z: <[http://mzcr.cz/Pages/787-tiskova-konference-ke-standardum-odbodne-zdravotni-pece](http://mzcr.cz/Pages/787-tiskova-http://mzcr.cz/Pages/787-tiskova-konference-ke-standardum-odbodne-zdravotni-pece)>.

Mirka Topolánka zmrazil dotace za státní pojištění. Ministryně Dana Jurásková podporuje vyšší státní dotace.

Stále výrazněji, v rámci snížení negativních ekonomických dopadů ekonomické krize, vnímáme potřebu přijetí nových legislativních návrhů. Domnívám se však, že tento důvod Ministerstvo zdravotnictví neakceptuje. Podíváme-li se na sumu 37,6 mld. Kč, což jsou přebytky na účtech zdravotních pojišťoven k 31. 12. 2008, pak by tyto stačily pokrýt výpadek po dobu tří let. Očekávaný výpadek ve výběru zdravotnictví k legislativními návrhu byl předpokládán pro rok 2009 ve výši 12 mld. Kč.¹³² Svaz zdravotních pojišťoven ČR udával za 1. čtvrtletí 2009 pokles výběru pojistného pouze o 2 %.

Odhad pro celý rok předpokládal pokles 2-3 % oproti loňsku, tudíž zhruba poloviční oproti údajům MZ. Ke snížení pojistného v celé ČR za první čtyři měsíce roku 2009 došlo o pouhých 0,84 %.¹³³ S přihlédnutím k výše uvedeným faktům si troufám říct, že bychom se těžko dopátrali jiného odvětví ekonomiky ČR, které disponuje takovými rezervami.

Mezi zásadní krizové opatření patří úprava plateb za pojištění, za které platí zdravotní pojištění stát. Plné rozmrazení těchto plateb se podle platné úpravy odkládá z roku 2010 na rok 2011. Částečné rozmrazení jsme již zaznamenali v druhé polovině roku 2009. V tomto roce přinese pouhé 2 mld. Kč, což je ve srovnání s 220 mld. Kč z výběru pojistného a 37,6 mld. Kč rezerv zanedbatelné. Z toho vyplývá, že nejde o systémové opatření ve prospěch zdravotnictví. Při hodnocení aktuálních finančních toků se může ukázat, že aktuální finanční rezerva postačí na financování zdravotní péče do konce roku 2009. Stát by mohl za své pojištění navýšit platby až od roku 2010 a tím by nezvyšoval deficit veřejných financí v letošním roce. VZP počítá s nárůstem nákladů v roce 2010 na jednoho pojištěnce o 0,5 %.¹³⁴ Částečně by byl právě krytý navýšením plateb státu od ledna 2010 a dalšími případnými úpravami plynoucími z vývoje hospodářství za rok 2009. Očekávaná nízká míra inflace by měla umožnit cenový nárůst do 2-3 %.

Úspěch jednotlivých opatření se opírá významnou měrou o udržení současné efektivity zdravotních pojišťoven, které realizují kýžené změny v oblastech kvality a kontroly.

¹³² Důvodová zpráva k legislativnímu návrhu.

¹³³ VZP ČR[online] Aktuální a tiskové zprávy.Sdělení VZP ČR ze dne 23.4.2009[citováno 5.11.2009].Dostupný z :<<http://www.vzp.cz>>.

¹³⁴ VZP ČR[online] Aktuální a tiskové zprávy.Sdělení VZP ČR ze dne 27.10.2009[citováno 5.11.2009].Dostupný z :<<http://www.vzp.cz>>.

2.6 Léky a zdravotnický materiál¹³⁵

Spotřeba léků je vyšší než kdykoliv v posledních několika letech. Příčinou je především trend užívání dražších léčivých přípravků. Podle pojišťoven vzrostly výdaje na léky na recept v prvním pololetí o 17 %. SÚKL uvádí, že celková cena za léky požadována výrobcí, dosáhla 29 miliard korun a zvýšila se tak o 11,5 %. Jsou to nejvyšší náklady i nejrychlejší nárůst cen v historii.

V nemocnicích se zvyšuje spotřeba léků, aniž by rostly jejich ceny či úhrada za ně. V prvním pololetí 2009 spotřebovali občané České republiky o 6 % více denních dávek než v témže pololetí roku 2008. Spotřeba přitom roste průběžně za měsíc. Pacienti dostávají dražší léky na recept, nezvyšuje se spotřeba levných léků koupených pacienty v lékárně. Co se týká léků s „průměrnou cenou“¹³⁶, vzrostla jejich spotřeba o čtvrtinu, více (obr. 2.19).

Obr. 2.19 Výdaje za léky v roce 2009 oproti roku 2008¹³⁷

<i>O kolik vyrostly výdaje za léky 2009/2008</i>				
<i>Cena za balení</i>	<i>1. čtvrtletí</i>		<i>2. čtvrtletí</i>	
	<i>mil. Kč</i>	<i>%</i>	<i>mil. Kč</i>	<i>%</i>
<i>Do 150 Kč</i>	<i>100</i>	<i>2,7</i>	<i>-74</i>	<i>-2,1</i>
<i>150 - 300 Kč</i>	<i>41</i>	<i>2,3</i>	<i>99</i>	<i>5,2</i>
<i>300 - 500 Kč</i>	<i>255</i>	<i>22,3</i>	<i>202</i>	<i>16,7</i>
<i>500 – 1 000 Kč</i>	<i>402</i>	<i>33,1</i>	<i>381</i>	<i>28,6</i>
<i>1 000 – 2 500 Kč</i>	<i>89</i>	<i>6,1</i>	<i>213</i>	<i>14,6</i>
<i>2 500 – 5 000 Kč</i>	<i>139</i>	<i>12,1</i>	<i>199</i>	<i>22,1</i>
<i>5 000 - 10 000 Kč</i>	<i>-50</i>	<i>-6,6</i>	<i>81</i>	<i>10,6</i>
<i>Nad 10 000 Kč</i>	<i>258</i>	<i>13,0</i>	<i>664</i>	<i>34,1</i>
<i>Celkem</i>	<i>1 234</i>	<i>9,5</i>	<i>1 766</i>	<i>13,4</i>

O třetinu víc než v roce 2008 se používají dražší léky s cenou nad 10 000 Kč. Převážně pak v onkologii, v revmatologii a především v kardiologii, kde se špičkové léky zavedly před pěti lety. Pacienti jsou více léčeni dražšími léky, jejichž výdej je vázán na recept

¹³⁵ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2008[citováno 6.11.2009] Dostupný z : <<http://www.uzis.cz>>.

¹³⁶ Léky předepsané většinou specialisty – odbornými lékaři v hodnotě od 500 – 5000 korun za balení.

¹³⁷ Státní ústav pro kontrolu léčiv(SÚKL). Uvedeny ceny jsou ceny od výrobce bez marží distributorů a lékáren, i bez daní.

nebo na žádanku. Jedná se o léky psané při hospitalizaci nebo ve specializovaných zdravotnických zařízeních. Někteří lékaři, ve snaze dosáhnout vyšších, finančních referenčních rovin, se uchylují k předpisu dražších léků. Tento obávaný finanční limit zavedl stát s tím, že vymezil finanční částku, kterou směl lékař „propsat“ na lécích. Ve specializovaných zařízeních mohou lékaři psát drahé léky bez omezení a souhlasu revizního lékaře, pokud označí žádanku značkou „S“. V ústavech, kde se léčí nejkomplicovanější onemocnění srdce a onkologické diagnózy se spotřeba vyúčtovává jednou za půl roku. Z výše popsaného vyplývá, že výdaje na léky rostou díky zvyšující se dostupnosti moderní léčby. Novela zákona obsahuje úsporná opatření v oblasti léčiv. Od ledna 2010 je navrhováno plošné snížení úhrad a cen léků o 7 %.¹³⁸ Ministerstvo zdravotnictví se již rok zabývá přestavbou způsobu stanovování cen a úhrad léků. Současný systém je nevyhovující k požadavkům směrnice č. 89/105/EHS. Ve vyhlášce č. 532/2005 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní účely dochází i nadále ke změnám, i když ne všechny jsou reflektovány. Jedná se o následující změny:¹³⁹

- příchod nových, účinných léčivých přípravků, jimž dosud nebyla stanovena úhrada
- podstatná změna v některých skupinách léčivých látek v důsledku celosvětového nárůstu spotřeby
- příchod nových levnějších variant léčivých přípravků ve skupinách léčivých látek, které již mají úhradu
- ukončení registrace léčivých prostředků na trhu bez nástupce
- nepřesnosti a chyby ve vyhlášce, které způsobují vyšší výdaje nebo naopak brání úhradě potřebných léčivých přípravků.

Cílem nové kategorizace je zajištění dostatku prostředků na efektivní, potřebné a cenově náročnější léky prostřednictvím postupného omezování úhrad léčiv, jejichž účinnost není dostatečně prokázána a stejně tak u léčiv, jejichž bonifikace vůči standardní léčbě

¹³⁸ Šestnáctý zákon č. 362/2009 sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010. Jedná se o přechodná ustanovení k novele zákona č. 47/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která stanovují hromadné snížení cen a úhrad léčiv.

¹³⁹ V září 2009 ministerstvo zdravotnictví dokončilo sběr žádostí pro úpravu stávající struktury úhrad léčivých látek. Zpracování se ujala nově konstruovaná Komise pro kategorizaci léčiv a PZLÚ.

neodpovídá jejich skutečnému přínosu. Vývoj počtu lékáren a výdajů za zdravotní prostředky uvádí (obr. 2.20) a objem distribuovaných přípravků pak (obr. 2.21).

Obr. 2.20 Vývoj počtu lékáren a výdejen zdravotnických prostředků

<i>Rok</i>	<i>Počet lékáren vč. odloučených oddělení výdaje léčiv</i>	<i>Počet obyvatel na 1 lékárnou</i>	<i>Počet výdejen zdravot. prostředků</i>
1995	1319	7825	80
2000	1747	5877	146
2001	2109	4839	175
2002	2254	4527	163
2003	2293	4453	185
2004	2378	4298	191
2005	2451	4182	193
2006	2497	4120	213
2007	2520	4119	222
2008	2566	4079	219

Podíl výdajů léků z celkových nákladů zdravotnictví v České republice patří k nejvyšším v celé Evropské unii. Více než 12 % nárůst výdajů za léky vykazané za 2. čtvrtletí¹⁴⁰ neodpovídá ekonomickým možnostem ČR a ohrožuje tím finanční stabilitu celého zdravotnictví. Podle mého názoru hlavní příčina neúměrného nárůstu nákladů na léky tkví především v nedokonalé aplikaci současného zákona v praxi. Provádění výrazných změn je v legislativně velmi obtížné, snad kromě způsobu stanovení maximální ceny. Činnost jednotlivých zúčastněných subjektů, Ministerstva zdravotnictví (MZ), zdravotních pojišťoven (ZP), Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), nelze označit za ukázkovou a provázanou, nýbrž za nedostatečnou, což se odráží ve finančních tocích, které je nutné vynaložit na odstranění nedostatků. Maximální ceny a úhrady stanoví SÚKL formou správního řízení. Agenda správního řízení pro stanovení ceny léků se řídí předem danými pravidly. Výše úhrad a podmínky předepisování podléhají do velké míry subjektivnímu posouzení komise. O tom svědčí i skutečnost, že lék v jedné zemi EU je hrazen z veřejného zdravotního pojištění a v jiné je hrazení léku odmítnuto. Podle současného zákona má být prováděna každoroční revize úhrad. To je jeden z nedostatků, který jsem popisovala výše. Zákonem stanovený úkol SÚKL za rok 2008 nesplnil a tím, s největší pravděpodobností, bude naše zdravotnictví za řadu léků

¹⁴⁰ Zveřejněný „SÚKLem“ – údaje ze zdravotních pojišťoven hovoří až o 17% nárůstu.

vynakládat vysoké částky.¹⁴¹

Obr. 2.21 Vývoj objemu distribuovaných léčivých přípravků

<i>Objem distribuovaných léčivých prostředků</i>			
<i>Rok</i>	<i>v mld.Kč</i>	<i>v DDD/100/d</i>	<i>na 1 obyvatele v Kč</i>
1991	6,964	580,6	676
1995	25,636	912,1	2482
2000	38,392	1179,9	3737
2001	44,230	1275,0	4326
2002	48,032	1316,8	4709
2003	52,216	1210,6	5118
2004	56,994	1221,4	5581
2005	64,890	1363,2	6349
2006	58,971	1252,4	5753
2007	67,157	1423,7	6528
2008	72,752	1327,1	7008

Podle novely zákona mohou zdravotní pojišťovny zasahovat i do změn maximálních cen a zkrácení termínu pro stanovení úhrady v rámci zaměnitelných léků. Tímto opatřením by se mělo dopomoci k dodržování lhůt SÚKLEM. Co se týká povinného snížení maximální ceny a úhrady u prvního generika z 25 % na 20 %, je vnímáno spíše jako zanedbatelné. Plošné snižování maximálních cen a úhrad patří do přechodných opatření červnové novely zákona, tj. v červnu činilo 5 %, v říjnu 7 %. Tento fakt je však ihned kompenzován v dalším odstavci zákona výjimkami, což opět není nástroj k finanční úspoře. Žádostmi o výjimky jednak dojde k administrativní zátěži SÚKLu a navíc se eliminuje očekávaná úspora řádově několika miliard korun. V některých odstavcích se setkáme s neurčitým výkladem zákona. Např. v odst. 5 „O výjimku z plošného snížení lze jen za stanovených podmínek žádat u maximálních cen, nebo i úhrad,“ se v textu nedočteme, zda má nebo nemá žádost o výjimku odkladný účinek.

¹⁴¹ Výrobce po obdržení registrace generického přípravku požádá SÚKL o stanovení úhrady. SÚKL musí zpracovat údaje o cenách zaměnitelných léků v 27 zemích EU. Získané údaje SÚKL nevyužije k revizi, kterou mu ukládá zákon. Tu zahájí až o několik měsíců později opět pracným získáváním údajů. Tento systém zlikvidoval systém referenčních úhrad. Úhrady léků stejného složení a velikosti balení přestaly být totožné.

2.7 Granty a výzkum ve zdravotnictví

Finanční prostředky na granty a výzkum jsou směřovány spíše do větších zdravotnických zařízení s výzkumnými pracovišti.

Výše jsem již zmínila, že zdravotnictví v ČR je financováno převážně z prostředků veřejného zdravotního pojištění a nepatrné míře z prostředků veřejných rozpočtů. K dokreslení rámce financování je nutné zmínit finanční zdroje z EU. V rozpočtu Evropské unie představuje druhou největší položku regionální politika. Finanční prostředky pro zdravotnictví mohou být rozdělovány prostřednictvím strukturálních fondů.

Rozpočtové období 2007 - 2013 nabízí možnost čerpání prostředků v sedmi regionálních operačních programech (ROP)¹⁴², načež suma uvolněná pro tyto programy se rovná 20 miliardám korun českých.¹⁴³ Prostředky mohou být čerpány na modernizaci a výstavbu zdravotnických zařízení, „NUTS II“ (ROP NUTS II) v regionech Severozápad, Severovýchod, Střední Čechy, Jihozápad, Jihovýchod, Morava, Slezsko, Střední Morava. Program je financován z Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERDF). Na programy je vyčleněno 4.655 mil EUR. Programy jsou zaměřeny na zlepšování životních podmínek v obcích a na venkově prostřednictvím zkvalitnění vzdělávání, sociální a zdravotní infrastruktury a životního prostředí.

Dalším významným zdrojem finančních prostředků je Integrovaný operační program, který je zaměřen na řešení společných problémů v oblastech infrastruktury pro veřejnou správu, pro oblast sociálních služeb a veřejného zdraví.¹⁴⁴

Rozpočet IMI (Innovative Medicines Initiative)¹⁴⁵ je nová evropská platforma, která

¹⁴² Programy jsou konkretizovány prostřednictvím oblastí podpory dle typu projektů, které mohou být podpořeny v rámci dané prioritní osy.

¹⁴³ Strukturální evropské fondy[online]. [citováno 15.11.2009] Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz>>. Slavnostní vyhlášení Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost na konferenci 22.11.2007 v Praze „Nové perspektivy Evropského sociálního fondu v ČR“. Vyhlášeny operační programy na období 2007-2013. Dostupný z: <<http://www.esfr.cz>>.

¹⁴⁴ Výbor regionální rady regionu soudržnosti severovýchod schválil první projekty další výzvy očekává v prosinci 2009.

¹⁴⁵ IMI je ojedinělým partnerstvím veřejného a soukromého sektoru a má se stát celoevropskou platformou umožňující spolupráci velkých farmaceutických společností a malých i středních podniků, patientských organizací, akademických pracovišť, nemocnic a veřejného sektoru. IMI chce představit Evropu jako atraktivní prostředí pro výzkum a vývoj a vytvořit konkurenceschopnost Evropy na poli biofarmacie. K tomuto účelu vytvořila Evropská komise a EFPIA neziskový Evropský orgán Společenství (European Community Body)[online]. [citováno 26.11.2009]. Dostupný z: <http://imi.europa.eu/index_en.html>.

vznikla na základě dohody mezi Evropskou komisí a Evropskou federací farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA). Jejím cílem je podpořit farmaceutický výzkum. Jde o nutný zákonitý proces, který reaguje na potřeby vědy a výzkumu z dlouhodobé perspektivy v „7. rámcovém programu EU do vědy a výzkumu na roky 2007-2013. Tento program je významným finančním nástrojem zaměřeným na podporu vědy a výzkumu v deseti vědeckých prioritách. První prioritou je zdraví a výzkum je zaměřen do oblasti biotechnologií, generických nástrojů, translačního výzkumu, s důrazem na choroby mozku, na civilizační choroby ohrožující populaci celé Evropy. Nově je zohledněna péče o pacienta v oblasti optimalizace zdravotní péče a její synchronizace v rámci zdravotnických systémů. Dalším vhodným nástrojem pro vědu i výzkum je zapojení farmaceutických firem a soukromých investorů s cílem podílet se na ovlivňování strategie programu. IMI je tedy nová možnost pro spolupráci, která přinese rychlejší přístup k lékům, k informacím o nemocech, lepší zapojení podniků do zdravotních a farmaceutických projektů, napomůže k získávání nutných investic, zejména pak rizikový kapitál.

Generální ředitelství Evropské komise pro zaměstnanost sociálních věcí a rovné příležitosti zodpovídá za tři hlavní zdroje zdravotnictví.¹⁴⁶

- Evropský sociální fond (ESF)
- Program PROGRESS
- Evropský fond pro přizpůsobování se globalizaci (EGF)

2.8 Shrnutí změn zákonných norem v oblasti financování zdravotní péče

Změna zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

1. Maximální vyměřovací základ

Maximální vyměřovací základ pro pojistné se zvyšuje ze současného čtyřnásobku na šestinásobek průměrné mzdy. Dochází tak k satisfakci následků zákona č. 261/2007, Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, kterým se zavedl „strop“ pro výpočet pojistného. Osвобоzením příjmů nad čtyřnásobek průměrné mzdy se pojistné na veřejné zdravotní pojištění stalo degresivní daní, přičemž lidé s vysokými příjmy odvádějí na pojistném menší procento z příjmů než lidé s nejnižšími příjmy.

¹⁴⁶ Financování - EU[online].[Citováno 27.11.2009]. Dostupný z : <<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=86&langId=cs>>.

Tímto opatřením by si měly přijít zdravotní pojišťovny v roce 2010 na 1, 475 mld. Kč.

2. Zvýšení plateb

Zvýšení plateb za tzv. státní zaměstnance o menší částku, než kolik předpokládal zákon. Platby ze státního rozpočtu jsou významným nástrojem, který ovlivňuje ekonomickou bilanci zdravotního pojištění. Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem již nebude 25 % průměrné mzdy za rok, jako dva roky předcházejí, ale **fixní částka 5 355 Kč**.

3. Vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem

Dosavadní text § 3c zákona byl nahrazen textem: odst. 1 vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu¹⁴⁷ plátcem pojistného stát se stanoví ve výši 5 355 Kč na kalendářní měsíc.

Částku vyměřovacího základu uvedenou v odst. 1 může vláda ČR vždy do 30. června změnit svým nařízením, a to s účinností k 1. lednu roku následujícího; přihlíží se přitom k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, k možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění.

Stát bude platit každý měsíc 13,5 % z vyměřovacího základu 5 355 Kč, tedy 723 Kč. Měsíční platba oproti roku 2009 se zvýší o 46 Kč (zákon předpokládal navýšení o 118 Kč). Zdravotní pojišťovny od státu v roce 2010 dostanou o 3,3 mld. více než v roce 2009, ale méně o 5,2 mld. oproti předpokladu.¹⁴⁸

Pro přehled uvádím vyměřovací základ od roku 2006 platby pro jednotlivé roky (obr. 2.22).

¹⁴⁷ Zákon č. 48/1997, Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁴⁸ Ekonomická bilance systému veřejného zdravotního pojištění. *Tempus Medicorum*. 2009, č. 7-8, s.2-7.

Největším dlužníkem veřejného zdravotního pojištění je stát. Nepoměr mezi 58% obyvatel, kteří spotřebovávají cca 80% zdravotní péče ve finančním vyjádření, a platbou státu, která nedosahuje ani 23% příjmů pojišťoven, je právě tou příčinou ekonomické nestability českého zdravotnictví.

Obr. 2.22 Vyměřovací základ pojistného hrazené státem¹⁴⁹

<i>Rok</i>	<i>Průměrná mzda</i>	<i>Vyměřovací základ 25% průměrné mzdy</i>	<i>Platba státu 13,5% z vyměřovacího základu</i>	<i>Platba pro rok</i>
2006	20 050 Kč	5 012,50	677 Kč	2008
2007	21 527 Kč	5 381,75	727 Kč	2009
2008	23 542 Kč	5 885,50	795 Kč	2010

Stát platí podle § 3c zákona č. 592/1992 Sb., měsíčně částku odpovídající 13,5 % z vyměřovacího základu, kterým je 25 % všeobecného vyměřovacího základu (25 % průměrné mzdy) stanoveného nařízením Vlády ČR pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok. Na základě zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů ze dne 19. 9. 2007 se vyměřovací základ pro rok 2008, podle § 3c věty druhé zákona č. 592/1992 Sb., ve znění účinném ode dne nabytí účinnosti tohoto zákona, použije i pro rok 2009. Tím došlo k tzv. zmrazení plateb za státní pojištěnce. V roce 2009 zaplatí stát za téměř 6 mil. osob. Díky zákonu č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů je měsíční platba nižší o 50 Kč. Tím zdravotnictví přichází o 3,6 mld. Kč.

Pro dokreslení srovnání dopadu dvou odlišných variant schválení tzv. protikrizového balíčku (obr. 2.23). Varianta A – bude schválen, pak se platba zvýší na 727 Kč, tedy o 50 Kč za měsíc. Tato platba zůstane stejná až do konce roku 2010. Varianta B – nebude schválen, což znamená, že platba se nezvýší a zůstane na současných 677 Kč. Od ledna 2010 by následovalo zvýšení platby státu na 795 Kč, tedy o 118 Kč za měsíc.

¹⁴⁹ Kubek, M. Zástupná platba státu za osoby bez vlastních příjmů. *Tempus Medicorum*. 2009, č.2, s. 11.

Obr. 2.23 Srovnání dopadu obou variant na výši platby za tzv. státní pojištěnce

od 7/2009 – 12/2010¹⁵⁰

	<i>Varianta B</i>		<i>Varianta A</i>		<i>Rozdíl B-A</i>
	<i>2.pol.2009</i>	<i>2010</i>	<i>2.pol.2009</i>	<i>2010</i>	
<i>Měsíční platba</i>	<i>677 Kč</i>	<i>795 Kč</i>	<i>727 Kč</i>	<i>727 Kč</i>	
<i>Počet měsíců</i>	<i>6</i>	<i>12</i>	<i>6</i>	<i>12</i>	
<i>Počet tzv.státních pojištěnců</i>	<i>6 milionů</i>	<i>6 milionů</i>	<i>6 milionů</i>	<i>6 milionů</i>	
<i>Platba státu</i>	<i>23.372 mld.Kč</i>	<i>57.240 mld.Kč</i>	<i>26.172 mld.Kč</i>	<i>52.344 mld.Kč</i>	
<i>Platba státu do konce roku 2010</i>	<i>81.612 mld.Kč</i>		<i>78.516 mld.Kč</i>		<i>3.096 mld.Kč</i>

Pokud bude schválen tzv. protikrizový balíček, zaplatí stát ze jednoho svého pojištěnce od konce roku 2010 o 516 Kč méně, než kolik by zaplatil při jeho neschválení.

Zrušení automatické valorizace plateb za státní pojištěnce

Cílem vazby plateb státu na vývoj průměrné mzdy bylo zajistit podíl plateb státu na příjmech veřejného zdravotního pojištění tak, aby neklesal. Vláda, která je v pozici plátce pojistného vůči systému veřejného zdravotního pojištění, získala zmocnění sama rozhodovat o výši pojistného. Z toho plyne nebezpečí, že ani v budoucnu by vláda nemusela valorizovat platby.

Změna zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění¹⁵¹

1. Očkování proti pneumokokům a proti chřipce

Očkování má být hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, zvýší tak výdaje zdravotních pojišťoven o 200 milionů Kč za rok.

¹⁵⁰ Kubek ,M.Zástupná platba státu za osoby bez vlastních příjmů. *Tempus Medicorum*, 2009. č.2, s. 11.

¹⁵¹ Zákon č. 48/1997, Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v § 11 odst. 1 písm d) stanoví, že pojištěnec má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady.

2. Změny v určování výše a podmínek úhrady léků

Změny v určování výše a podmínek úhrad léků z veřejného zdravotního pojištění, které by měly přinést úsporu až 1,5 mld. Kč za rok. Odhad je velmi obtížný, jelikož způsob stanovení maximální ceny léků umožní výrobcům prodávat lék v ČR za cenu, která může být druhou nejvyšší v rámci EU.¹⁵²

3. Plošné snížení maximálních cen a úhrad z pojištění

Plošné snížení maximálních cen a úhrad z pojištění o 7 % se týká pouze těch léků, u nichž neproběhla platným zákonem revize úhrad. Revize měla proběhnout podle zákona do konce roku 2008. Pokud by tomu tak bylo a Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) dodržel zákon, dosáhlo by se úspory ve výdajích za léky.

Předmětná úprava byla od roku 1997 čtyřikrát novelizována a jednou dotčena významným způsobem Ústavní soudem.¹⁵³ Poslední změnu učinil zákonodárce zákonem č. 261/2007, s účinností k 1. ledna 2008. Co se týká hodnoty bodu a výše úhrad, došlo pouze k zpřesnění pojmů. Ministerstvo zdravotnictví již negarantuje řádný průběh dohodovacího řízení a zůstává mu pouze role svolavatele. Tak, jak jsem již popsala výše, Ministerstvo zdravotnictví dohodu, která je v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem,¹⁵⁴ vydává vyhláškou. Pokud dohodovací řízení nedospěje k dohodě, nebo není v souladu s právními předpisy či veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazené péče i regulační omezení Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Zřejmě nejpodstatnější změnou poslední novelizace části zákona o veřejném zdravotním pojištění je výslovná úprava práva smluvních stran smlouvy, tzv. smluvní volnost o poskytování a úhradě zdravotní péče odchýlit se od vyhlášky (tzv. úhradové vyhlášky), kterou Ministerstvo zdravotnictví stanovilo hodnoty bodu, výši úhrad a regulační omezení.

Od 1. ledna 2010 nabude účinnosti změna čtyř zákonů podle tzv. Janotova balíčku úsporných opatření, týkající se zdravotnictví. V zákoně o Všeobecné zdravotní pojišťovně a

¹⁵² Racionální verze, neodporující směrnicí EU, by stanovila, že maximální cena v ČR je průměrem tří nejnižších cen EU.

¹⁵³ Usnesení ústavního soudu sp.zn. IV ÚS 407/99 ze dne 15.června 2001. Cenným vodítkem dané problematiky úhradových mechanismů.

¹⁵⁴ „Veřejný zájem“, legislativní zkratku zavádí zákon č. 117/2006 Sb., jímž se rozumí zájem na zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče, fungování systému zdravotnictví a jeho stability v rámci finančních možností celého systému.

v zákoně o resortních pojišťovnách se zakazuje poskytovat výhody za přestup z jiné pojišťovny. Nově je stanoven v zákoně o všeobecné zdravotní pojišťovně vyměřovací základ pro pojistné za osoby, za něž je plátcem stát. Pro rok 2010 je tímto základem 5 355 Kč. Nově vložený odstavec 7 a 8 § 39c – na rozdíl od platného zákona znemožní dosavadním zdravotním pojišťovnám iniciativně navrhopvat úsporu u léků, za něž platí více, než zákon stanoví. Je to možné pouze tehdy, pokud ušetřená částka každého jednotlivého návrhu dosáhne nejméně 50 milionů korun.

Sdílím názor s odborníky, že ve skutečnosti o žádné snížení výdajů oproti předcházejícím roku nepůjde. Pouze se zmírnění tempa nárůstu těchto nákladů. Do budoucna lze předpokládat nárůst nákladů o více než 5 miliard korun.¹⁵⁵

2.9. Návrh vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče pro rok 2010¹⁵⁶

Dohodovací řízení pro rok 2010 probíhalo v období od 28. 4. – 17. 9. 2009. V zákonem stanoveném termínu došlo k dohodě v segmentech zubních lékařů, gynekologů, poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, dopravní zdravotní služby a lékařské první pomoci. V segmentu ambulantních specialistů bylo dosaženo parciální dohody v odbornostech hemodiálýza a klinická psychologie. V ostatních segmentech zdravotní péče účastníci dohodovacího řízení k dohodě nedospěli.

Návrh dvou variant, z nichž *první je varianta nulová*, což by znamenalo, že vyhláška nebude vydána. Nulová varianta, že by nebyly na rok 2010 stanoveny hodnoty bodu a úhrada zdravotní péče by nemohla být objektivizována.

Druhá varianta stanoví vydání vyhlášky pro rok 2010 a tím, stanovení hodnoty bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulacích omezení

¹⁵⁵ SÚKL[online].Údaje o spotřebě léků. Státní ústav pro kontrolu léků.[17.11.2009].Dostupný z : <<http://www.sukl.cz>>.

¹⁵⁶ Návrh se předkládá na základě zmocnění obsažené v §17 odst.6 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Důvodová zpráva MZ ČR[online]. Úhradové vyhlášky [citováno 5.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz>>.

objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.¹⁵⁷

Návrh vyhlášky byl připraven s předpokladem nulového nárůstu úhrad v jednotlivých segmentech zdravotní péče oproti roku 2009. Z důvodu zachování kontinuity způsobu výpočtu úhrady v předchozích letech, bylo zvoleno referenčním obdobím rok 2008 (nikoliv rok 2009). Došlo k rozšíření oblasti individuálních kontraktů zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. Pro rok 2010 je záměrem rozšíření objemu zdravotní péče o šest dalších případových skupin zahrnující uvolnění karpálního tunelu, ligaturu a stripping cév, některé laparoskopické výkony, transplantaci kůže a tkáně a dilataci, kyretáž a kónizaci. Podíl klasifikačního systému DRG zůstává pro 2010 zachován, ovšem pro výpočet byl zaveden nový koeficient kvality. Tento koeficient bude přiznán těm zdravotnickým zařízením akutní ústavní péče, které se prokáží certifikátem kvality. Návrh vyhlášky umožňuje navýšit úhradu v souvislosti se zvýšením kvality ošetrovatelské péče, která překračuje požadavky na personální, věcné a technické vybavení zdravotnického zařízení stanovené vyhláškou, kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v platném znění, a vyhláškou o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, v platném znění.

V segmentu zdravotní péče poskytované praktickými lékaři se navrhuje zvýšit koeficienty, kterými se přepočítává základní kapitační sazba, u tří věkových skupin:

- 0 - 4 roky index 3,91
- 5 - 9 let index 1,70
- 10 – 14 let index 1,35

(porovnávání viz obr. 2.12)

Dále se rozšiřuje počet výkonů hrazených mimo kapítaci s vyšší hodnotou (soulad s vyhláškou č. 439/2008 Sb.). Jedná se o výkony spojené s očkováním.

V rámci vnitřního a mezirezortního připomínkového řízení MZ ČR vyhovělo těmto připomínkám.¹⁵⁸

¹⁵⁷ ČLK k návrhu vyhlášky požaduje, aby nebyla použita formulace „regulace nákladů na předepsané léky a zdravotnické prostředky“ a regulace na „vyžádanou péči“ Pro ČLK jsou „regulace“ přijatelné pouze v případě prokázání „non lege artis“postupu., *ČLK odmítá princip, kdy zdravotní pojišťovny a stát omezují spotřebu zdravotní péče nikoliv na straně jejich konzumentů –pacientů, ale na straně zdravotnických zařízení prostřednictvím regulačních opatření, která ekonomicky poškozují zdravotnická zařízení poskytující péči lege artis*“ČLK. Dopis ministryni zdravotnictví Juráskové ze dne 26.11.2009, č.j.992/2009.

¹⁵⁸ Sršeň, V. Úhradová vyhláška pro rok 2010 počítá se stejnou kvalitou i rozsahem péče[online].*Tisková zpráva* Praha : MZ ČR, 11.12.2009[citováno 13.12.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/1115-uhradova-vyhlaska-pro-rok-2010-pocita-se-stejnou-kvalitou-i-rozsahem-pece.html>>.

U lázeňské péče bylo doplněno, že úhrada na 1 den pobytu je stanovena ve stejné výši jako v roce 2009, nejméně ve výši 850 Kč u komplexní lázeňské péče. 280 Kč u příspěvkové péče a 540 Kč u ozdravoven.

U lůžkové péče budou do referenčního období započteny všechny vykázané body za rok 2008 do 31. 5. 2009 a pojišťovnou uhrazeny do 30. 9. 2009.

U hemodialýz byla navýšena hodnota bodu na 1,08 Kč (původně se zvažovala hodnota 1,05 Kč).

U ambulantních specialistů taktéž došlo k navýšení hodnoty bodu z 1 Kč na 1,02 Kč.

U gynekologů bude celková výše úhrady při splnění stanovených podmínek ve smlouvě navýšena stejným způsobem jako v roce 2009.

U klinických logopedů budou mít vybrané výkony hodnoty bodu 0,70 Kč (původně 0,65 Kč).

U radiologie a zobrazovacích metod byla navýšena hodnota bodu z 1,0 Kč na 1,10 Kč. U veškerého komplementu byla navýšena degresivní hodnota bodu z 0,30 Kč na 0,36 Kč.

U stomatologů byla respektována dohoda i v částech, které nelze legislativně uchopit (podmínka vzdělání pro odlišení cen vybraných výkonů).

*„ Lůžková zařízení již dnes znají údaje o referenčních hodnotách pro rok 2010. V minulosti se je přitom dozvíдалa až v průběhu roku, což bylo hodně kritizováno “.*¹⁵⁹

Přínosy navrhované úpravy spočívají v prosazení veřejného zájmu, kterým je především respektování reálných možností systému při financování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

V rámci systému veřejného pojištění dochází k úhradě zdravotní péče z omezených zdrojů. Realizace uvedeného návrhu nebude mít v oblasti veřejného zdravotního pojištění dopad na vyšší čerpání zdrojů oproti roku 2009.¹⁶⁰

¹⁵⁹ Dana Jurásková, ministryně zdravotnictví ČR v tiskové zprávě ze dne 11.12.2009.

¹⁶⁰ JUDr. Josef Kunc, MZ, Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním. Osoba, která zpracovala závěrečnou zprávu RIA (Regulatory Impact Assessment).

3 UKÁZKA MODELŮ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH

Pro tuto kapitolu jsem si vybrala porovnání modelů obecně, dále modely země visegrádské čtyřky, systémy našich sousedů, americký zdravotnický systém, který je nejdražší na světě, britské zdravotnictví, jelikož bylo našim vzorem a Francii, která má podle Světové zdravotnické organizace nejlepší zdravotnický systém na světě.

Modely financování zdravotnictví lze rozdělit do tří základních skupin:¹⁶¹

- Národní zdravotní služba – stát má monopol na poskytování zdravotní péče, která je financována prostřednictvím veřejného rozpočtu (Velká Británie).
- Evropské pluralitní zdravotnictví – zdravotní pojišťovny financují služby smluvním zdravotnickým zařízením prostřednictvím povinného zdravotního pojištění pojištěnců a zaměstnavatelů
- Systém založený na dobrovolném zdravotním pojištění (Spojené státy americké)
- Socialistický, centralizovaný systém před rokem 1989.
- Tržní zdravotnictví – stát financuje péči tzv. „chudým“, jedná se soukromé zdravotní pojištění a přímě financování zdravotnických služeb.
- Ostatní systémy financování zdravotnictví¹⁶²

Přehled modelů¹⁶³ a jejich popis uvádím níže (obr. 3.1).

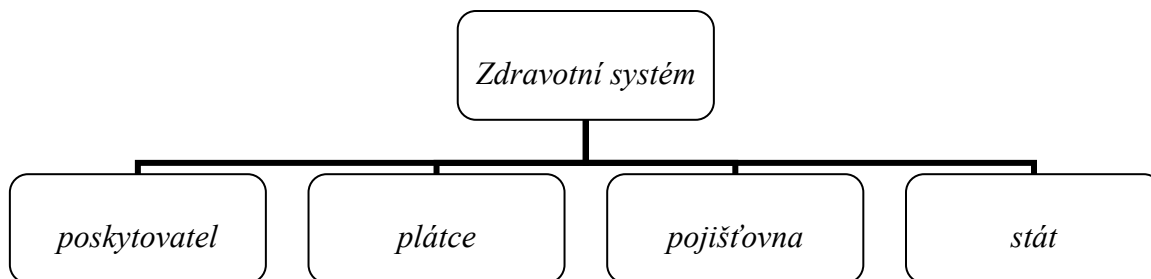
¹⁶¹ Peková, J., Pilný, J., Jetmar, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. Praha. ASPI, 2005. s. 296

¹⁶² Stritecky R., Pirozek P., Dvorak P. *Management of Health Services in the Czech Republic. The Journal of Health Administration Education*, vol.16,A 2, Spring 1998.

Prof. Holčík, J. uvádí zdravotní systémy ve světě - komerční typ, liberalistický typ, pojišťovnický typ, národní zdravotní služby, státní typ.

¹⁶³ Holman, R. *Osobní účty ve zdravotním pojištění a penzijním pojištění*. Praha. CEP, 2002, kap. I.

Obr. 3.1 Modely zdravotnických systémů¹⁶⁴



3.1 Tržní model (bismarckovský , financovaný ze zdravotního pojištění)

Prezentují jej Spojené státy Americké; do roku 1996 i Švýcarsko. V USA není jednotná zdravotnická politika ani jednotný federální systém zajištění zdravotní péče. Dokonce neexistuje systém veřejného zdravotního pojištění. Úhrada za poskytovanou zdravotní péči se odehrává od přímých plateb přes platby soukromých zdravotních pojišťoven i neziskového charakteru až po úhrady ze zdrojů federálních. V USA je přes tisíc soukromých pojišťoven nabízejících různé individuální i skupinové pojistné plány šité na míru dle ekonomické úrovně pojištěnce. Lidem, jejichž ekonomická situace neskýtá možnost přímé úhrady nebo uzavření komerčního pojištění, nabízí stát federální zdravotní program Medicare (program pro občany nad 65 let), Medicaid (pro sociálně slabší). Z toho vyplývá, že stát hradí nemajetným zdravotní péči z veřejných rozpočtů, tzv. sociální solidarita. Tento model je charakteristický svou nerovností v poskytování zdravotní péče, kdy mnohé otázky vůbec neřeší. Dále má nedostatečné kontrolní mechanismy a navíc žádnou finanční motivaci. Je tu jednoznačný pohled na zdravotní péči jako na poskytování zboží, což vede k mnoha soudním sporům.

3.2 Státní model

Je opakem tržního modelu. Úhrada veškerých zdravotnických výkonů ze státního

¹⁶⁴ Busse, R., Schreyogg, J., Smith, P.C Editorial..Hospital case payment systems in Europe. *Health Care Management Science*. 2006, č.9, s. 211-213. Docteur, E. Suppanz, H., WOO, J. The US health assessment and prospective directions for reform [online].Economic department working papers no. 350[citováno 28.10.2009]. Dostupný z:<[http:// www.hmp.org/Downloads/The_US_Health_Systems_OECD_ECO_WKP_2003_4.pdf](http://www.hmp.org/Downloads/The_US_Health_Systems_OECD_ECO_WKP_2003_4.pdf)>.

rozpočtu. Jedná se tedy o státní zdravotnictví, centrální a plánované. Zdravotnická zařízení jsou majetkem státu. Převládal do roku 1990.

3.3 Veřejné zdravotnictví – Národní zdravotní služby. Anglický model.

Model Velké Británie od r. 1948. Zdravotní péče je převážně hrazena z veřejných prostředků, které jsou získané z daně příjmů obyvatel z 80 % a zbytek z plateb národního pojištění. Daně platí lidé pouze nad určitou příjmovou hranici. Pro občany osvobozené od daňové povinnosti platí princip solidarity, neboť konzumují péči stejně tak jako plátcí daně. Ze zákona mají lidé stejný přístup ke zdravotní péči. Zvláštní přístup v anglickém modelu má praktický lékař. Občan musí být registrovaný a k odbornému lékaři musí mít doporučení praktického lékaře, pokud nemá doporučení, platí pacient přímou úhradu. Občan má svobodnou volbu lékaře, lékař může pacienta odmítnout.

Model národního pojištění zdravotního pojištění s více zdravotními pojišťovnami (Beveridgovský, financovaný z daní). Základním stavebním kamenem je existence více zdravotních pojišťoven, kombinace podílu trhu a veřejného dohledu. Platí v zemích západní Evropy i v ČR. Základními účastníky jsou poskytovatelé – pacienti – zdravotní pojišťovny. Občané jsou povinni platit pojištění, mají možnost výběrů zdravotnického zařízení. U nás je jednotná sazba, avšak v některých zemích se může lišit výše pojistného (např. v Německu). V rámci modelu v některých zemích je uplatňován pokladenský princip.

3.3.1 *Britský model*

Jedná se o kapitační platby, tzv. platba za hlavu. Smlouvu uzavírá lékař s okresní správou s tím, že bude mít v péči určitý počet pacientů v jeho obvodu, horní hranicí je 3500 pacientů). Pokud se pacient léčí u odborných, specializovaných lékařů, hradí tuto péči praktický lékař ze svých příjmů, z kapitační platby. Praktický lékař je tak silně motivován k úspoře finančního balíčku.

Upravený systém se týká odměňování praktických lékařů, a to podle počtu registrovaných pacientů a za výkon. Kapitace kryje 60-80 % příjmu lékaře. Mimořádné

výkony, jako první pomoc či akutní ošetření neregistrovaného pacienta, tvoří zbytek příjmů. Problémem se jeví stanovení optimálního počtu pacientů.

3.4 Pokladenský systém

Při něm pacient platí přímo lékaři a účet předloží své pojišťovně. Klade však vysoké nároky na informovanost laické veřejnosti o hodnotě zdravotnických výkonů. Pro lékaře vzniká ztráta času osvětlováním ekonomické stránky dané skutečnosti. Navíc tento systém zcela postrádá kontrolní mechanismus nákladů. Solventnost zdravotních pojišťoven je zejména na začátku hospodářského roku závislá na platební disciplíně pojištěnců, ať už firem nebo OSVČ. Za normálních okolností velmi záleží na tom, jak kvalitně je pacient ošetřen při poskytnutí základní lékařské péče a následně, zda je nutné, aby pobýval ve stavu nemocných a pobíral nemocenské dávky.

3.5 Švýcarský model

Několik zdravotních pojišťoven, které doslova soutěží o pacienty (domnívám se, že tento způsob jsme v České republice před několika léty také zaznamenali, např. v Kroměříži to byl „boj o pacienty“ mezi Moravskou pojišťovnou a VZP). Tyto pojišťovny mohly nabízet různé sazby pojistného, a různou nadstandardní péči. Zákony regulují i tzv. rozložení rizika podle povolání. Z hlediska závažnosti onemocnění, úrazu i smrti jsou pojištěnci rozdělení do osmi skupin podle věku a druhu povolání. Část pojištění se vybírá centrálně a následně se přerozděluje mezi pojišťovny podle klíče rizikovitosti skupin.

3.6 Singapurský model

Individuální zdravotní účty pro každého pojištěnce. Příjmy tvoří odváděné pojistné od pojištěnce a zaměstnavatele. Výdaji jsou náklady na poskytnuté zdravotnické služby. Vyúčtování se provádí ročně, s pevně stanovenými dvěma horními a dvěma dolními hranicemi. Při jejich překročení následují buď sankce nebo výhoda ve formě vrácení části pojistného.

3.7 Specifikace jednotlivých systémů úhrad zdravotní péče

- Financování prostřednictvím státního rozpočtu
- Financování prostřednictvím místního rozpočtu
- Povinné veřejné zdravotní pojištění
- Soukromé zdravotní pojištění
- Zaměstnanecké pojištění

Zdravotnické reformy jsou ve všech zemích shodně orientované :

- Privatizace nemocnic
- Privatizace zdravotních pojišťoven
- Spoluúčast pacientů, soukromé pojištění
- Dvojkolejné zdravotnictví

Zdravotní politika ubírá svou diskusi k následujícím tématům. Ekonomická udržitelnost zdravotnických systémů, možnost hodnocení výkonnosti zdravotnických systémů, problematika kvality péče, vývoj zdravotního stavu a podpory zdraví, vzájemné vztahy veřejného a soukromého sektoru, vývoj informačních technologií, zvyšování autonomie nemocnic, léková politika.¹⁶⁵

Významnou roli v diskusi o problémech zdravotnických systémů zaujímá Světová zdravotnická organizace (WHO) a její světová úřadovna ve spolupráci s European Observatory on Health Systems and Policies (EOHSP). Nejaktuálnějším výstupem práce WHO je Ministerská konference v Tallinu, v červnu 2008. Konference se zabývala náplní hlavních leaderů zdravotní politiky v novém paradigmatu finanční udržitelnosti zdravotnických systémů ve výhledu několika let. Má zvýšit performance tak, aby zdravotnické systémy byly co nejefektivnější.

Dalším významným aktérem na poli zdravotní politiky je Evropská unie (EU). Ačkoli na úrovni EU neexistuje jednotka společná zdravotní politika, společným jmenovatelem je

¹⁶⁵ WHO 2008[online] Zdravotní politika [citovaný 17.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.oecd.org/health>>. KOM (2007) 630).

hlavně oblast podpory zdraví.

3.7.1 Specifikace českého zdravotnického systému¹⁶⁶

Česká reforma zdravotnictví 2006 - 2010 začala od 1. 1. 2008 zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví, které byly součástí reformního balíku veřejných financí.¹⁶⁷ Hlavním cílem bylo snížit vládní deficit, snížit daňové zatížení, zamezit celkovému plýtvání ve zdravotnictví. Důvodem změn je fiskální stabilita veřejných financí, podpora ekonomického růstu a řešení stárnutí populace. V dubnu 2008 bylo vládou ČR schváleno sedm věcných zákonů: Zákon o zdravotních službách, zákon o specifických zdravotních službách, o zdravotnické záchranné službě, o zdravotních pojišťovnách, o zdravotním pojištění, o Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. V červnu 2008 se rozdělila reforma na dvě části pod tlakem politické opozice, odborů, lékařských fakult, koaličních stran.

Obr. 3.2 Přehled vybraných reformních událostí v ČR¹⁶⁸

<i>Datum</i>	<i>Událost</i>
<i>Leden 2008</i>	<i>Zavedení regulačních poplatků do praxe</i>
<i>Duben 2008</i>	<i>Vládou schváleny věcné záměry sedmi reforem zákonů</i>
<i>Červen 2008</i>	<i>Rozdělení reformy zdravotnictví na dvě části, tzn. odložení tří ze sedmi reformních zákonů</i>
<i>Podzim 2008</i>	<i>Krajské a senátní volby prokazují nízkou legitimitu reformních kroků vlády</i>
<i>Listopad 2008</i>	<i>4 reformní zákony v paragrafovaném znění schváleny vládou ČR</i>
<i>Únor 2009</i>	<i>4 reformní zákony byly staženy z projednávání v Poslanecké sněmovně</i>
<i>Únor 2009</i>	<i>Kompromisní řešení v regulačních poplatcích formou novelizace zákona č. 48/1997Sb., o veřejném zdravotním pojištění; tlak opozice po podzimních volbách a pokles volebních preferencí politických stran vládní koalice</i>
<i>Březen 2009</i>	<i>Politické snahy o úplné zrušení regulačních poplatků, poslanecké sněmovně předložen návrh na novelu zákona</i>

Koncem roku 2007 byly podány k Ústavnímu soudu na zákon č. 2661/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů celkem čtyři stížnosti. Ústavní soud ve svém oficiálním

¹⁶⁶ Kaufman, R.R. Market reform and Social Protection: Lessons from the Czech republic, Hungary and Polen. *Eastern European Politics and Societies*. 2007, č. 21, s 111-125.

¹⁶⁷ Zákonem č. 261/2007Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.

¹⁶⁸ Háva, P., Mašková-Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádkých zemí(2). *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč.12, č. 2, s. 70 -76.

usnesení neměl zásadní námitky k tomuto zákonu a rozhodnutí ústavních soudců bylo těsně většinové. Zhruba polovina ústavních soudců se vyjádřila ke stížnostem v samotných stanoviscích. Při hlubší analýze rozhodovacího procesu však vyšlo najevo, že je nutné brát v úvahu změny v Ústavě ČR, ke kterým došlo v roce 2001. Rozhodování ÚS je významně omezeno, viz článek 12 o právu na zdraví a zdravotní péči.¹⁶⁹

3.7.2 *Specifikace polského zdravotnického systému*¹⁷⁰

V Polsku se nepodařil přechod od státem řízené ekonomiky ke kombinaci tržní ekonomiky a demokracie. V oblasti zdravotnictví je tento problém patrný zejména z celkových výdajů na zdravotnictví, z postojů zdravotníků a z celkového stavu zdravotnictví.¹⁷¹ Implementace zdravotního pojištění proběhla až v roce 1997. Tímto krokem však nebylo dosaženo zvýšení finančních zdrojů. Snahou k napravení měly být reforma v roce 2008, která se stala středem hlasitých diskusí, jež vyústily v tzv. válku o reformu.¹⁷² Podstatou „války“ byl rozpor vládní koalice s odbory a s prezidentem Kaczynským, který v prosinci 2008 vetoval čtyři návrhy reformních zákonů. V roce 2009 dochází k posunu díky vládní straně Občanská platforma, která hledá cestu k tržnímu modelu financování a nabízí program „Ratujeme szpitale“, zaměřený na nenásilnou privatizaci nemocnic na úrovni regionů. Snahou polskému systému je i přesun finanční zátěže na jednotlivce. Lze tedy předpokládat ještě hlasitější diskuse, neboť příjmová nerovnost v Polsku patří mezi nejvyšší v OECD.¹⁷³ Přehled událostí v polském zdravotnictví uveden v (obr. 3.3).

¹⁶⁹ Článek 87 Ústavy ČR.

¹⁷⁰ Krajewski-Suida, K., Romaniuk, P., Gericke, Ch. A. Politival analysis of the conception of the Polish National Health Fund. *Journal of Public Health*. 2008, 16, s.153-159.

¹⁷¹ Watson, P. Unequalizing Citiezenship. The politics of Poland's Health Care Change. *Sociolog*. 2006, 40:1079-1096.

¹⁷² Poland's health reform, 2008.

¹⁷³ OECD. Crowing Unequal? Income distribution and poverty in OCED countries. OECD, Paris, 2008.

Obr. 3.3 Vybrané události z polského zdravotnictví¹⁷⁴

<i>Datum</i>	<i>Událost</i>
<i>Listopad 2007</i>	<i>Donald Tusk se stává premiérem pravicové vlády, která má jen těsnou většinu v Sejmu</i>
<i>Leden-únor 2008</i>	<i>Do Sejmu bylo předloženo sedm reformních poslaneckých novel zdravotních zákonů (zákonem stanovená povinnost převodu nemocnic na obchodní společnosti)</i>
<i>Březen-říjen 2008</i>	<i>Projednání návrhu v Sejmu a Senátu. Kritika návrhů ve veřejném diskurzu,, neřeší problém podfinancovaného polského zdravotnictví</i>
<i>Listopad 2008</i>	<i>Prezident Lech Kaczynski vetuje 4 reformní zákony</i>
<i>Prosinec 2008</i>	<i>V Sejmu nebyla dostatečná většina pro odmítnutí prezidentova veta, takže zákony schváleny nebyly</i>
<i>Únor 2009</i>	<i>Premiér Tusk a ministryně zdravotnictví Kovaczova přichází s programem „Ratujeme szpitale“</i>

3.7.3 Specifikace maďarského zdravotnického systému¹⁷⁵

V srpnu 2008 se podařil prosadit návrh maďarské reformy zdravotnictví „Green Paper on the Hungarien health care systém.“ Téhož roku na podzim bylo schváleno pět reformních zákonů, zahrnujících částečnou privatizaci zdravotních pojišťoven, vymezení rozsahu služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a ruku v ruce s ním i zavedení regulačních poplatků. Zavedení poplatků však nemělo dlouhého trvání a po roce byly zrušeny (2007-2008). Poplatky vedly k velkým rozepřím v koalici. Nejdříve mělo vzniknout přes 22 státům vlastněných akciových společností zdravotních pojišťoven a mělo dojít k odbourání téměř 50 % soukromého sektoru. Vzápětí bylo vše anulováno. Celá rozepře byla zakončena rozpadem koalice a odvolání ministryně zdravotnictví, Horváthové (Svaz svobodných demokratů). V současné chvíli se maďarské zdravotnictví upíná spíše na kvalitu poskytované péče a zlepšování zdravotního stavu – Security and Partnership Program.¹⁷⁶

¹⁷⁴ Háva, P., Mašková –Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádkých zemí (2). *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč.12, č. 2, s. 70 -76.

¹⁷⁵ Hungarian health systems scan January 2007, June 2007, April 2008, May 2008, January 2009. National Institute for strategic Health Research.

¹⁷⁶ Hungarian health systém scan 2007-2009.

Obr. 3.4 Vybrané události z maďarského zdravotnictví¹⁷⁷

<i>Datum</i>	<i>Událost</i>
<i>Červen 2006</i>	<i>Parlamentní volby - koalice Maďarské socialistické strany se Svazem svobodných demokratů (liberální strana)</i>
<i>Podzim 2006</i>	<i>Předložení a schválení 5 reformních zákonů Parlamentem (reformy ve smyslu jasného vymezení rozsahu služeb z veřejného zdravotního pojištění, demonopolizace zdravotního pojištění, částečná privatizace zdravotních pojišťoven, zavedení spoluplateb</i>
<i>Červenec 2007</i>	<i>Zavedeny poplatky u lékaře a za hospitalizace</i>
<i>Únor 2008</i>	<i>Přijetí zákona o Národním fondu zdravotního pojištění - „Health Insurance Management Funds“ – znamená demonopolizaci, původní pokus o privatizaci zdravotních pojišťoven nakonec skončil kompromisem koaličních stran, vznik 22 státem vlastněných akciových společností, postupně prodej 49%sektoru</i>
<i>Březen 2008</i>	<i>Lidové referendum zrušilo poplatky</i>
<i>Duben 2008</i>	<i>Reformní nesoulad vůči směřování zdravotnické reformy, odvolání ministryně zdravotnictví Horváthové (Svaz svobodných demokratů), rozpad koalice</i>
<i>Květen 2008</i>	<i>Menšinová vláda maďarské socialistické strany Nový ministr zdravotnictví – zmírnění reformy, zaměření se na problematiku zdravotního pojištění a zvyšování kvality zdravotní péče, zdravotního stavu. Anulování zákona „Health Insurance Management Fund's“</i>
<i>leden 2009</i>	<i>Decentralizace národního fondu zdravotního pojištění – zřízení 7 regionálních fondů s jasně vymezenými kompetencemi</i>

3.7.4 Specifikace slovenského zdravotnického systému¹⁷⁸

Na Slovensku byla reforma zdravotnictví odstartována již v roce 2002 a byla označována jako nejradikálnější reforma v Evropě, dokonce jako „světový unikát“.¹⁷⁹ Hlavním cílem slovenské reformy byla především finanční stabilizace zdravotnického systému stejně

¹⁷⁷ Háva, P., Mašková –Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádkých zemí (2). *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč.12, č. 2, s. 70 -76.

¹⁷⁸ Švihová, V., Kováč, E., Baška, T., Hudečková, H. Zdravotné poistenie na Slovensku. Analýza dezať ročného využívania indexov rizika nákladov za roky 1999-2008. *Zdravotnictví v České republice*. 2008, č. 3, s.84-89.

¹⁷⁹ Szalay, T., Kováč, P. Slovenská reforma zdravotnictva. *Zdravotnické právo praxi*. č.3, 2004. 2004a.

jako snaha podpořit motivaci pacientů, zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. V otázkách financování hrála hlavní úlohu specifikace balíku zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a vytvoření prostoru pro komerční pojištění. Dalšími úkoly bylo zavedení osobních účtů, změna právní formy zdravotnických zařízení, vznik Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí a zavedení poplatků. V kontextu možnosti vybírat platby od pacientů za péči je zajímavý výklad čl. 40 Ústavy SR.¹⁸⁰

Obr. 3.5 Vybrané události slovenského zdravotnictví¹⁸¹

<i>Datum</i>	<i>Událost</i>
2003 - 2004	<i>Tvorba nových reformních zákonů, legislativní proces, zákon byly zpracovány jako vládní návrhy Ministerstvem zdravotnictví SR</i>
Leden 2005	<i>Reformní zákony vstoupily v platnost</i> <i>Vymezení základního balíku služeb financovaného z veřejného zdravotního pojištění</i> <i>(de facto s cílem jeho redukce pod záminkou demografických změn a fiskální neudržitelnosti), vytvoření prostoru pro komerční pojištění, zavedení osobního účtu občana, privatizace nemocnic a zdravotních očišťoven, vznik Úřadu pro dohled , zavedení poplatků</i>
Červen 2006	<i>Předčasné parlamentní volby v roce 2006, které vyhrála sociálně demokratická strana SMER</i>
Srpen 2006	<i>Obrat směřování reforem, zrušení poplatků, zastavení transformace zdravotnických zařízení a pojišťoven na akciové společnosti</i>

Pro každý model je podstatné kritérium „převažujícího zdroje financování“, ze kterého je zdravotní péče hrazena.¹⁸²

¹⁸⁰ Nález ústavního soudu Slovenské republiky PL.ÚS 38/3-89 ze dne 17.května 2004.

¹⁸¹ Háva, P., Mašková –Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádských zemí (2). *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč.12, č. 2, s. 70 -76.

¹⁸² Křížová, E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. *Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky*: Praha 1998. Rakouská lékařská komora[online].[citováno 11.11.2009]. Dostupný z: <http://www.aek.or.at>.

3.7.5 Specifikace rakouského zdravotnického systému¹⁸³

Regulace sítě ordinací, lůžkových zařízení, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení je určena zákonem o veřejném pojištění a veřejnoprávních pojišťovnách,¹⁸⁴ zákonem o lékařích a zákonem o nemocnicích.¹⁸⁵ Co se týká lékařských ambulancí (ordinací), svěřil zákonodárce vyjednávání a rozhodování o síti smluvních ordinací a skupinových praxí svazu rakouských pojišťoven a rakouské lékařské komoře. Bez jejich vzájemné shody se v síti takřka nic nemůže změnit, avšak v kompetenci svazu pojišťoven je učinit některá konečná rozhodnutí. Co se týká sporů mezi svazem pojišťoven a lékařskou komorou či konkrétním lékařem ty řeší zákonem stanovená odvolací komise, jíž předsedá soudce, který hájí zájmy spotřebitelů zdravotnické péče a dodržování předpisů. Lékaři nemohou sami vypsát výběrové řízení na svou praxi, nýbrž se musí zapsat do seznamu čekatelů - uchazečů o veřejnou zakázku u lékařské komory.¹⁸⁶ Jakmile svaz pojišťoven považuje za potřebné konat výběrové řízení, vyzve lékaře – čekatele, který dosáhl nejvíce bodů. Přípravenost lékaře – uchazeče stát se smluvním lékařem pojišťoven zkoumá zvlášť svaz pojišťoven a zvlášť lékařská komora. Na základě konzultace názorů, přičemž komora odpovídá za kontrolu splnění odborných kritérií a svaz pojišťoven zkoumá ekonomickou vhodnost zařazení lékaře – uchazeče.¹⁸⁷ Po splnění formalit, vyhlásí svaz pojišťoven řízení ohledně změn v síti ordinací a svaz rozhodne o uchazečích. Rozhodnutí o uchazečích se zveřejňují s argumenty. Pojišťovny také provozují své vlastní ambulance a k tomu potřebují souhlas lékařské komory, čili kompetence jsou vyvážené. Obava z konkurence není na místě, jelikož předpisy zakazují, aby pojišťovny nutily své pojištěnce k návštěvě své ambulantní sítě. Platnost individuálních smluv mezi lékařem a pojišťovnou závisí na platnosti rámcové smlouvy uzavřené mezi svazem pojišťoven a lékařskou komorou. Vyjednávání valorizace probíhá v časových cyklech, většinou dvouletých. Zrušit smlouvu mohou pojišťovny z důvodů vymezených zákonem. Lékař se může odvolat k odvolací komisi vedené soudcem, který má rozhodující slovo. Soudce –

¹⁸³ Rakouská lékařská komora[online].[citováno 11.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.aek.or.at>>.

¹⁸⁴ Svaz rakouských nemocenských pojišťoven[online]. [citováno 17.11.2009].Dostupný z: <http://www.sozialversicherung.at/>.

¹⁸⁵ Rakouská ústava definuje vůdčí úlohu federální vlády a parlamentu v oblasti zdravotnictví s cílem udržet ve spolkových zemích jednotné zdravotnictví.

¹⁸⁶ Podle vyhlášky ministerstva a směrnice dostávají čekatelé počet bodů za vymezené záležitosti – vzdělání, praxe, doplňující vzdělávání, připravenost na ordinaci v dané lokalitě, úroveň ordinace, její vybavení, bezbariérovost a další.

¹⁸⁷ Podle zákona je povinností svazu pojišťoven zajistit občanům výběr nejméně mezi dvěma ambulantními lékaři jednotlivých odborností v dané lokalitě, a to vše při dodržování zásad hospodárnosti.

právník je dosazen ministerstvem spravedlnosti. V Rakousku existuje precedent rozhodnutí soudu týkající se cen ordinací předávaných dalšímu lékaři s tím, že svaz pojišťoven musí zajistit znalce k ocenění ordinace, které je nutné k zajištění hospodárnému využití pojistného, jelikož odkupy se promítají do vyjednávání o úhradě péče. Pokud dojde ke sporu o cenu předávané ordinace vstupuje do hry komise složená ze zástupců svazu pojišťoven a komory. Pro plánování sítě nemocničních a lůžkových zařízení definují zákony národní komisi a zemské komise, přičemž rozhoduje shoda. Jen dohoda mezi spolkovou vládou a rakouskými zeměmi může změnit síť nemocnic, ovšem musí být dodrženo základní pravidlo, podle něhož vstupují do plánu jen nemocnice veřejné a nemocnice soukromé neziskové.¹⁸⁸ Základní plán nemocnic navazující na lůžkové zařízení je postaven na veřejných a neziskových zařízeních. Rakouské země jsou vázány zákonem a tudíž nesmějí udělit povolení novému uchazeči, pokud je v daném regionu péče dostatečně saturována. Mohou se však rozhodnout o přeměně vlastnické formy nemocnice při odůvodněných potřeb.

Dokonce může svaz rakouských pojišťoven uzavřít mimo plán dohodnutý se zemí i smlouvu s komerčním subjektem, což se stává ojediněle. Rakouské pojišťovny jsou výlučně v rukou pojištěnců a zaměstnavatelů volených občany a zaměstnavateli. Lékař ani politici nesmějí být v orgánech pojišťovny.

Z výše popsaného je možné říci, že v Rakousku stavějí zákonodárci na účinnosti spolupráce, vedoucí k jednotné vysoké kvalitě zdravotnické péče. V Rakousku v oblasti zdravotnictví nedochází k vyšším deficitům, reagují ihned během roku opatřeními i za cenu mírného zvýšení sazby pojistného.

3.7.6 Specifikace německého zdravotnického systému¹⁸⁹

Zdravotnický systém je podobný rakouskému systému poskytování zdravotní péče. Německo oje typickým představitelem státu s národním zdravotním pojištěním. Systém je financován především z daní ze mzdy zaměstnanců (8 % zaměstnanec + 7 % zaměstnavatel). Od roku 2005 platí zaměstnanci dalších 0,9 % z příjmu na povinné pojištění dlouhodobé péče.¹⁹⁰

¹⁸⁸ Hofmarcher, M.M., Rack, H.M. Health systém review. *Health Systems in transition. Austria*. 2006, č. 8(3). s.1-247.

¹⁸⁹ Německé zdravotnictví[online]. [citováno 17.11.2009]. Dostupný z:< <http://www.bmgs.bund.de>>.

¹⁹⁰ Roubal, T. Jelínková, K. Bohémský, P. Trh soukromého zdravotního pojištění. 2.část. *Pojistné rozpravy*. 2007, č. 21, s. 56 -73. 2007, č. 21, s. 56 -73.

Tvorba smluvních sítí zdravotnických zařízení vychází ze zásad zakotvených v zákoně o pojišťovnách, lékařích a nemocnicích. O síti smluvních ordinací rozhoduje společně lékařská organizace¹⁹¹ a svaz pojišťoven. Počet lékařů je limitovaný nařízením vlády s odchylkou 5 %. O vstupu nového lékaře do sítě rozhodne dohoda – shoda mezi lékařskou organizací a svazem pojišťovny, spor řeší komise v rukou nezávislého právníka. Na jeho osobě by se měly shodnout pojišťovny a lékaři. Pokud se neshodnou, pak nezávislého právníka jmenuje zemský úřad. Jen 10 % občanů je pojištěno jen komerčně. S ohledem na toto procento má Německo kolem deseti procent lůžek v rukou soukromých komerčních provozovatelů. Sdružení smluvních lékařů je zákonem vázáno k zajištění dostatečného počtu smluvních lékařů, tak aby péče nebyla ohrožena. Smlouvy mezi pojišťovnami a lékaři jsou uzavírány na dobu neurčitou i na určitou, mohou být i vyloučení z veřejné zakázky. Podle národního zákona o nemocnicích jsou všechny spolkové země povinny se svazem veřejnoprávních a svazem komerčních pojišťoven plánovat síť konkrétních lůžkových zařízení, přičemž musí dodržovat pravidlo, že systém nikdy nesmí přijít o veřejné nemocnice. O síti konkrétních nemocnic rozhodne zemský úřad po dohodě se svazem pojišťoven. Plán nemocnic se vydává na 2-5 let, s vymezením povolených činností a drahého přístrojového vybavení. Tím je zabráněno konkurenčním praktikám.

Formy finanční spoluúčasti pojištěnců (definovány od roku 2004):¹⁹²

- Poplatek u soukromých lékařů ve výši 10EUR splatný v kvartálně u lékařů (právní povinnosti byla zavedena od 1. 7. 2004)
- Hospitalizace v nemocnici 10 EUR za kalendářní den, max. po dobu 28 dnů
- Poplatek za předpis 10 EUR u léčiv paralelně se spoluúčastí ve výši 10 % z odběrové ceny léčiv
- Úhrada nákladů na každý příjezd lékaře ve výši 10 %, minimální spoluúčast činí 5 EUR a max. výše poplatku je stanovena na 10 EUR. Výše poplatku nesmí nikdy přesáhnout hodnotu zdravotnického výkonu
- Pomoc v domácnosti ve výši 10 % denního výkonu, přičemž minimální hodnota spoluúčasti činí 5 EUR, max. 10 EUR. Hodnota nesmí překročit cenu výkonu.

¹⁹¹ Sdružení smluvních lékařů definované v zákoně vymezenými povinnostmi vůči občanům.

¹⁹² K financování zdravotní péče v zahraničí. *Zdravotnictví a právo*. 2008, č.9, s. 26-27.

- Rehabilitace – míra spoluúčasti je stanovena na 10 EUR za kalendářní den, nejdéle však po dobu 42 dnů. Redukce je možná prostřednictvím započtení bezprostředně předcházejícího pobytu v nemocnici, max. lhůta pro dobu spoluúčasti činí 14 dnů. Osvobození od spoluúčasti je možné pro období jednoho roku, za předpokladu, že hodnota spoluúčasti pojištěnce činí 2 % hrubého příjmu jeho rodiny.

V Německu se setkáváme s tzv. volitelnými tarify, což je fakultativní nabídka od jednotlivých zdravotních pojišťoven, jejichž cílem je prostřednictvím bonusu nebo úspory na příspěvku zdravotního ovlivňovat nárokování výkonů ze strany pojištěnců a preventivně tak zamezit neadekvátní redukci návštěv lékaře. Tyto tarify poskytují možnost individuálního vlivu na výši sazby pojistného, jež je v Německu v kompetenci zákonných a privátních pojišťoven. V rámci privátního zdravotního pojištění je míra spoluúčasti stanovena individuálně v rámci pojistných smluv. Mnohé pojišťovny nabízí v rámci smluv zpětnou úhradu při nevyužití výkonu pojištění. Poplatky jsou účtovány jednou za kvartál, při prvním kontaktu s lékařem. Návštěvy dalších lékařů v daném kvartálu jsou již bez poplatku, pokud pojištěnec předloží doklad o zaplacení poplatku a lékař přísluší ke stejné léčebné třídě:

- Stomatolog
- Lékař nouzové služby
- Usazený lékař poskytující zdravotní služby ambulantně.

Pojištěnec tak může zaplatit za návštěvy u lékaře v rámci jednoho kvartálu 30 EUR. Max. roční poplatek činí 120 EUR. Poplatky jsou příjmem zdravotní pojišťovny po zúčtování lékařských honorářů.

3.7.7 *Specifikace amerického systému zdravotnictví*¹⁹³

Pro srovnání bych ráda uvedla systém zdravotnické péče ve Spojených státech Amerických a Velké Británii. Důvodem je, že americké zdravotnictví je nejdražší na světě. Na zdravotní péče vydávají ročně 16 % HDP, což je zhruba dvojnásobek výdajů vyspělých

¹⁹³ Hnilicová, H., Barták, M. Zdravotnický systém v USA. *Zdravotnictví v České republice*. 2005, roč. 8, s. 166-173.

zemí OECD.¹⁹⁴ Náklady stoupají přímo kosmickou rychlostí, což při takovém tempu znamenalo pro rok 2025 jednu čtvrtinu výkonu americké ekonomiky a o dalších padesát let již polovinu. I když mají Američané s přehledem nejdražší zdravotnictví na světě, o kvalitě již se to říci nedá. Výkony jsou velmi nevyrovnané, např. v náročných oborech představují absolutní špičku, ovšem v dětské úmrtnosti jsou dokonce za Kubou. Američané provádějí špičkové operace, ovšem padesát milionů lidí není vůbec pojištěno. Zhruba jedna čtvrtin z nich se nepojistila dobrovolně, zbytek na pojištění nedosáhne.

Americký systém pojištění funguje zcela odlišně od systému v Evropě. Více jak polovina Američanů je pojištěna prostřednictvím svých zaměstnavatelů. Toto pojištění je nejkvalitnějším v Americe. Zaměstnavatelé uplatňují daňové odpisy u zdravotního pojištění, které nechávají sjednávat u velkých pojišťovacích společností, kde se jednak rozkládá riziko na velký počet pojištěnců a zároveň si účtují provozní poplatky podle celkového objemu pojistného. Tito Američané mají vynikající pojištění, ovšem pouze do doby, než se rozhodnou zaměstnání opustit či změnit. V tento moment jsou bez pojištění. Pojišťovny si klienty – pojištěnce vybírají dle zdravotního stavu. To je důvodem, proč lidé, kteří ztratí zaměstnanecké pojištění, pak těžko získávají jiné pojištění. V Americe existují dva základní vládní programy placené státem – již zmíněný Medicare pro seniory a Medicaid pro nejchudší vrstvy obyvatel. Patří sem zhruba čtvrtina Američanů. Zdravotnická zařízení však mají povinnost ošetřit nepojištěné pacienty při ohrožení života. Poskytnutou zdravotní péči však zaplatí ti, kteří řádně pojištění platí. Z toho vyplývá zvýšení nákladů pro všechny zúčastněné.

Americká sněmovna těsnou většinou dne 8. 11. 2009 schválila radikální reformu státního systému zdravotní péče. Zákon má téměř 2000 stran a zavádí nové sankce pro každého, kdo si nesjedná povinné zdravotní pojištění. Zaměstnanci, kteří nezaplatí, budou daňově penalizováni. Zákon upravuje dalekosáhle veřejný program financování zdravotní péče pro sociálně slabé skupiny. Dále vytváří legislativní základ pro založení státní pojistné burzy, kde si občané mohou pojistky kupovat.

¹⁹⁴ Hlavně zdraví[online] Zdroj :Respekt.2009, 17.8. Zdravotnické noviny – ze zahraničí.[citováno 5.11.2009]. Dostupný z: <<http://zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=440050>.

Obr. 3.6 Participace na soukromém zdravotním pojištění¹⁹⁵

<i>Participace na soukromém zdravotním pojištění</i>										
			<i>Soukromé zdravotní pojištění</i>			<i>Vládní program</i>				
<i>Rok</i>	<i>Populace celkem</i>	<i>Celkový počet osob</i>	<i>Celkem</i>	<i>Založené na pracovním poměru</i>	<i>Přímý nákup</i>	<i>celkem</i>	<i>Medicaid</i>	<i>Medicare</i>	<i>Zdravotní péče poskytovaná armádou</i>	<i>Nepojištění</i>
2007	299106	253449	201991	177446	26673	83031	39554	41373	10955	45657
2006	296824	249829	201690	177156	27066	80270	38281	40343	10547	46995
2005	293834	249020	201167	176924	27055	80213	38104	40177	11166	44815
2004	291166	247669	200926	176247	27551	79486	37955	39703	10789	434982
2003	288280	244876	199871	175844	26783	76755	35647	39456	9979	43404

V roce 2007 poklesl oproti roku 2006 počet osob bez zdravotního pojištění. Vyjádřeno čísly, počet nepojištěných poklesl ze 47 na 45,7 milionů (U.S. Census Bureau, 2007). Populace USA měla v únoru 2009 305 870 277 obyvatel. Mezi léty 2006-2007 vzrostl počet pojištěných, a to z 249,8 milionů na 253,4 miliony. 202 milionů obyvatel USA mělo sjednáno soukromé zdravotní pojištění. Zvýšil se také počet Američanů participující na určitém druhu veřejného programu z 80,3 milionů v roce 2006 na 83 milionu v roce 2007. Meziročně se zvýšil počet osob užívající program Medicaid, a to z 38,3 milionu osob v roce 2006 na 39,6 milionu v roce 2007. Meziročně došlo k poklesu počtu nepojištěných dětí do 18 let, z 8,7 milionů v roce 2006 na 8,1 milionu v roce 2007. Veřejné výdaje jsou využívány k pokrytí výdajů na zdraví starších a handicapovaných občanů.

Výdaje na zdraví v USA rostou s porovnáním s dalšími zeměmi OECD, rostou rychleji než hrubý národní důchod (OECD, 2009). Dostupnost nejmodernějších zdravotních technik patří k nejlepším na světě, konkurovat může pouze Japonsko. Na zdravotnictví se vydá v USA přibližně 1,9 bilionu amerických dolarů, jak jsem popsala výše podle odhadů v roce 2017 to bude 19,5 % (Keehan et.al. 2008).

¹⁹⁵U.S. Census Bureau. Historical Health Insurance Tables, 2007 [online]. Washington. U.S. Census Bureau[citováno 18.11.2009].Dostupné z:< <http://census.gov/hhes/www/hlt-hins/historic/index/html>>.

McCain (Republikáni)¹⁹⁶

1. jednotlivci a malé skupiny by mohli nakupovat zdravotní pojištění na federální úrovni., dosud mohli pouze nakupovat pojištění u pojišťoven ve vlastním státu.
2. plán garantované dostupnosti zřízen ve spolupráci se státy Unie pro jednotlivce, které bylo odmítáno vzhledem k předchozím podmínkám pojištění.
3. rozvoj trhu generických léků a léčiv - usnadnění jejich vstupu na trh v USA
4. změna systému plateb v programu Medicare na platby za diagnózy, prevenci a koordinaci péče, bez plateb za lékařská pochybení
5. reforma zákona o odpovědnosti lékařů, s omezením soudních sporů
6. zaměření se na prevenci
7. zvýšit kvalitu rozhodování o nákupu péče s využitím dat z digitální zdravotnické dokumentace a srovnáváním studií efektivity.

Obama (demokraté)¹⁹⁷

1. vytvoření národní centrály zdravotního pojištění s možnostmi soukromého pojištění, které by si mohli občané bez zdravotního pojištění koupit u zaměstnavatele a nově také veřejné pojištění dostupný ve stejném rozsahu jako pro členy Kongresu USA
2. vytvoření minimálních federálních standardů
3. individuální pojistné plány nastavit tak, aby byly zvýhodněni pouze pacienti zdraví
4. zabezpečení objemu 100-120 miliard pro obyvatelstvo s nízkým a středním příjmem na nákup zdravotního pojištění
5. eventualita pro zavedení zákonného povinného zdravotního pojištění
6. prevence
7. zvýšit kvalitu rozhodování při nákupu péče prostřednictvím digitální zdravotní dokumentace, zavést 10 miliard pro převod dat do on-line podoby.

¹⁹⁶ Barták, M., Horáková, P. K současným reformám zdravotnictví v USA. *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč.12, č.2, s. 61-62.

¹⁹⁷ Obama, B. *Audacity of Hope. Thoughts on Reclaiming the American Dream*. New York : Crown/Three Rivers Press. 2006.

Republikáni vyzdvihují svůj zájem směrem k růstu ekonomické efektivity, demokraté se orientují na zvýšení dostupnosti zdravotního pojištění.¹⁹⁸

3.7.8 *Specifikace britského zdravotnického systému*¹⁹⁹

Pamětníci si vzpomenou, že československé státní zdravotnictví bylo založeno podle britského modelu. Velká Británie je zakladatelkou statutárního zdravotního pojištění, který uzákonila již v roce 1946 a stal se vzorem pro řadu dalších zemích. Národní zdravotní služba je postavena na privátních ambulancích praktických lékařů a na veřejných nemocnicích. V průběhu času se vytvořila síť privátních nemocnic a zařízení nabízející zdravotní služby pro přímo platící nebo privátně pojištěné pacienty. Finanční spoluúčast je možná v nemocnicích a vybraných druhů zdravotní péče, není však možná u osob mladších 16 let a osob s nízkými příjmy. Lékaři zaměstnaní v nemocnicích mohou paralelně vykonávat i praxi privátní. Veřejné zdravotnictví administrativně zajišťuje několik desítek zdravotních úřadů, jež jsou odpovědné za dostupnost zdravotní péče, její proplácení a úroveň dle místních poměrů. Pacienti si mohou vybrat svého lékaře, jsou však omezeni místem bydliště. Odborného lékaře – specialistu lze navštívit pouze na doporučení praktického lékaře. Veřejné zdravotnictví je financováno z daní, zákonného a soukromého zdravotního pojištění. Soukromé pojištění je děleno na zaměstnanecké a individuální.

V roce 2008 byl ve Velké Británii stanoven poplatek za předepisování léků ve výši 7,10 britské libry pro Anglii, pro Skotsko 5 britských liber, ve Walesu je předepisování léků bez doplatku. Britští občané starší 60let a děti do 16 let věku (resp. do 19 let pokud se účastní celodenního vzdělávacího procesu) a pojištěnci v nepříznivém zdravotním stavu jsou vyňati z poplatkové povinnosti. Ti pojištěnci, kteří mají větší množství předpisů si mohou zakoupit certifikát, který umožňuje neomezené předepisování léků, po dobu jeho platnosti.

¹⁹⁸ Americká sněmovna schválila zdravotnickou reformu[online].[Citováno 8.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.tribune.cz/clanek/15515>>.

¹⁹⁹ Britské státní zdravotnictví má mnoho chyb- podobnost s českým systémem je čistě náhodná? *Britské listy*.2009, 21.8.ISSN 1213-1792.

3.7.9 Specifikace švýcarského zdravotnického systému²⁰⁰

Na švýcarském systému mne zaujalo nejvíce odpolitizování vedení nemocnic a zamezení lékařského lobbingu v dozorčích orgánech nemocnic, kde se preferují ekonomičtí odborníci nebo odborníci z právnických fakult. Studie o nemocnicích zpracovávají právnické a ekonomické fakulty. Ve Švýcarsku díky příliš husté síti lékařských ordinací v jednotlivých kantonech platil do roku 2007 zákaz otevírání nových lékařských ordinací. Svaz pojišťoven, do něhož jsou sloučeny pojišťovny veřejnoprávní, komerční, soukromé neziskové, musí postupovat jednotně vůči poskytovatelům. Švýcarské pojišťovny prosazují, aby si mohly vybírat, se kterým lékařem uzavřou smlouvu, nicméně vláda normou přesně určuje maximální přípustný počet smluvních lékařů, odborností v jednotlivých kantonech. Limitovány jsou i laboratoře a vybavení ordinací. Statutární zdravotní pojištění je tedy poskytováno kolem stovky registrovaných zdravotních pojišťoven, provozovaných v soukromém vlastnictví na neziskovém podkladě. Registrované pojišťovny nabízí základní soubor pojištění služeb s odstupňovanou frančizou s minimální hodnotou 157 euro (při maximální frančize 1.040 euro může pojištěnec získat slevu na zdravotním pojistném až 10 %).²⁰¹ Zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany s trvalým pobytem na území Švýcarska, s tím, že pojišťovna nesmí nikoho odmítnout. V rámci jedné pojišťovny se uplatňuje jedna sazba pojistného nezávislá od příjmu pojištěnce. V kantonech převládají nemocnice veřejné, komerční jsou výjimkou. I zde existují mimosoudní mechanismy řešení sporů a specifické soudní mechanismy. Spor mezi lékařem a pojišťovnou řeší smírčí komise složená ze zástupců svazů pojišťoven a zástupci kantonálních lékařské organizace. Dále fungují nezávislé kontrolní úřady pro kontrolu standardů a racionální preskripce (dva členové jsou zástupci pacientů) a dokonce jako vyšší instance pojišťovenský soud (u nás byl za první republiky).

Švýcarský pojišťovenský zákon ukládá svazu pojišťoven sestavovat „žebříček“ kvality nemocnic. S těmi nejméně kvalitními může pojišťovna rozvázat smlouvu. Ovšem zde je na místě upozornit, že apriori kantonální úřady nesmějí povolit provoz nevyhovující nemocnice. Zákon ukládá pojišťovnám sankcionovat poskytovatele, pokud se proviní jakkoliv proti zákonům, smlouvě či neplnění poskytování kvalitní zdravotnické péče.

²⁰⁰ Curyšský kantonální úřad.[online].[citováno 28.10].Dostupný z: <<http://www.zh.ch>>.

²⁰¹ Němec, J. *Principy zdravotního pojištění*. Praha : Grada Publishing. 2008, s.200.

Švýcarsko patří mezi země s největším podílem soukromých zdrojů na financování zdravotnictví.

Finanční spoluúčast pojištěnců se skládá ze čtyř plateb:

- Spoluúčast prostřednictvím fixního poplatku ve výši 300 CHF ročně (děti do 18 let jsou z této povinnosti vyňaty). Fakultativní možnost placení vyšší spoluúčasti s paralelním adekvátním snížení příspěvku na zdravotní péči.
- Spoluúčast ve výši 10 % reziduální částky za zdravotní péči do max. hodnoty 700 CHF za rok (u dětí a mládeže do 18 let věku činí max.suma 350 CHF).
- Spoluúčast u generických léčiv činí 10 %, u originálních léků činí 20 %
- Švýcarští obyvatelé žijící v domácnosti bez dalších rodinných příslušníků, platí příspěvek ve výši 10 CHF za jeden den hospitalizace bez časového omezení a také v době mateřství.

Komplikace v těhotenství jsou definovány jako nemoc a spadají do spoluúčasti, zatímco ze spoluúčasti na nákladech jsou vyňaty výkony spojené s normálním průběhem těhotenství. Taxativně jsou definována preventivní opatření.

3.7.10 Specifikace nizozemského zdravotnického systému²⁰²

Od roku 2008 má Nizozemí jednotné národní zdravotní pojištění, do něhož jsou zahrnuty povinně všechny skupiny občanů. Pojišťovny působící v jednotlivých provinciích, rozhodují samostatně, s kterým lékařem uzavřou smlouvu, čili mají smluvní svobodu. Zákon o kvalitě činnosti pojišťoven koriguje chování pojišťoven, pro občany je zřízen poradní orgán ministerstva zdravotnictví pro dohled nad zajištěním zdravotní péče, další možností je soudní přezkum rozhodnutí pojišťovny. Tvorba ambulantních zdravotnických zařízení je ponechána pojišťovnám, v nemocniční péči hraje výraznou roli centrální vláda. Nizozemí má 16 milionů obyvatel, k tomu 8 veřejných univerzitních nemocnic, kolem 130 soukromých neziskových nemocnic. Nizozemské nemocnice jsou velmi výkonné, neboť ve vysoké míře nahrazují svými

²⁰² Nizozemské ministerstvo zdravotnictví[online].[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.minvws.nl>>.WHO[online]. Dostupný z : <<http://www.who.dk>>.

ambulancemi nemocniční péči. Nizozemí v posledních letech slučuje zdravotní pojištění i nemocnice. Na slučování dohlíží orgán pro ochranu soutěže. V Nizozemí mají totiž nemocnice převážně formu neziskových subjektů. Veřejné nemocnice takové kontrole nepodléhají, neboť na rozdíl od soukromých nemocnic plní uložené úkoly ve veřejném zájmu. Navíc vláda zajišťuje systém pro léčbu svých občanů v jiných zemích Evropské unie, z důvodu minimalizace čekací doby.

Nizozemí vydává na zdravotnictví z veřejných prostředků kolem 6,9 % HDP, ostatní prostředky jsou soukromými prostředky (celkově tvoří zdravotnictví 8 % HDP).

3.7.11 Specifikace francouzského zdravotnického systému²⁰³

Domnívám se, že s nejsilnějšími regulacemi poskytovatelů se setkáme právě ve Francii, kde tyto regulace začínají již na úrovni lékařských fakult. Dlouhodobě se uplatňuje „*numerus clausus*“, tzv. limitace počtu studentů lékařské fakulty od druhého ročníku studia, kdy vláda pevně stanoví, kolik studentů může postoupit do druhého ročníku v jednotlivých lékařských oborech. Tento „*numerus clausus*“ má jediný cíl, a to pokles počtu lékařů, ze tří lékařů na tisíc obyvatel na 2,7 lékaře na tisíc obyvatel do roku 2020 (pro srovnání v ČR jsou čtyři lékaři na tisíc obyvatel).²⁰⁴ Ve Francii existuje zvláštní pojištění pro zaměstnance, pro osoby výdělečně činné, zemědělce a obranné složky a zvláštní ochranný systém nejchudších občanů. Všeobecná pojišťovna má největší vliv na síť smluvních ambulantních zdravotních zařízení, neboť vyjednává počty lékařů, úhrady na 4 -5 let dopředu. Nejprve proběhne národní dohoda a následně se domlouvají podrobnosti na regionální úrovni.²⁰⁵ Nemocnice jsou v rukou centrální vlády, tvoří normy a dosazuje své úředníky do regionálních orgánů institucí, kteří nasmlouvávají konkrétní nemocnice podle jasně stanovených národních kritérií. Regionální úředníci – prodloužená ruka státu - po jednání se svazem pojišťoven uzavírají s vybranými nemocnicemi, v nichž je rozhodnuto i o činnostech a vybavení. Dvě třetiny lůžek jsou nemocnice veřejné, ostatní jsou soukromé neziskové nemocnice spravované církvemi a

²⁰³ Paris, V. Francouzský systém zdravotní péče [online]. [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.financovanizdravotnictvi/images/sbornik/pdf>>.

²⁰⁴ ÚZIS ČR [online]. Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2008 [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>

²⁰⁵ Francie má největší deficit ve veřejném pojištění, i když plánování probíhá podle „*zdravotních map*“, převládá chaos, nedodržování předpisů v praxi.

neziskovými pojišťovнами a do 20 % z celkového lůžkového fondu tvoří komerční subjekty. V přepočtu na tisíc obyvatel má Francie méně nemocničních lůžek než Česká republika. Ve Francii existuje systém „refundování úhrady péče“, kdy pacient zaplatí přímo v ordinaci za poskytnutou zdravotní službu, pojišťovna zpětně úhradu proplatí. Většina ambulantních lékařů vstupuje do dohody s veřejnoprávními pojišťovnými a pak jsou vázání tím, co je stanoveno v rámcové smlouvě. Část lékařů na základě získaného povolení může účtovat pacientům více než je dáno v této rámcové smlouvě. Ve Francii existuje zvláštní připojištění pro krytí plné péče, včetně spoluúčasti pro pacienty s nejnižšími příjmy a pak síť veřejných obecních ambulantních i lůžkových zařízení pro nemajetné pacienty. Tímto soukromým připojištěním, které pokrývá 91 % obyvatelstva je oslabena role regulačních poplatků. Občané platí v nemocnici 123 Kč za den a 0 – 20 % nákladů na péči, 20 – 40 % nákladů při návštěvě lékaře v ambulanci, 35 % nákladů na dopravu a zdravotní pomůcky a až 65 % nákladů na léčiva. Od poplatků jsou osvobozeny těhotné ženy čtyři měsíce před porodem, novorozenci 30 dní po porodu, handicapované děti do 20 let, váleční invalidé, některé pracovní úrazy a osoby pojištěné v rámci CMU-C (jedná se o doplňkové pojištění pro občany s nízkým příjmem).

3.7.12 Specifikace dánského zdravotnického systému²⁰⁶

Tato země Evropské unie zajišťuje zdravotní péči v rámci systému sociálního a zdravotního zabezpečení financování z daní a zároveň jde o stát, který svěřil téměř celou oblast zdravotnictví do příslušnosti krajů. Dánské regiony (counties)²⁰⁷ zajišťují zdravotnictví z vlastních finančních prostředků, nicméně plní národní předpisy, smlouvy mezi regionem a nemocnicí nebo lékaři musí potvrdit nejprve centrální ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo financí. Dohlížecím orgánem je zákonný nezávislý orgán. Komerční subjekty se v Dánsku vyskytují výjimečně, do akutní péče nejsou vpuštěny vůbec. Přístup ke zdravotním službám je univerzální. Všichni občané s povolením k pobytu mají nárok na „bezplatnou péči“ v nemocnicích v primární péči. Za léky, stomatologii a některé další služby existují doplatky.

²⁰⁶ Strandberg –Larsen, M. et.al. Denmark. Health systém in transition. European Observatory on Health Systems and Policies[online]. 2007[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://euro.who.int/Document/E91190.pdf>.

²⁰⁷ Správní jednotky Counties[online]. Counties jsou od roku 2007 redukovány z důvodu efektivity[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://www.who.dk>.

Pro dánský zdravotnický systém platí přísné kontroly výdajů a vysoká úroveň spokojenosti pacientů.

3.7.13 Specifikace belgického zdravotnického systému

V této zemi došlo k masivní redukci počtu nemocnic a přísné limitaci počtu lékařů, včetně zubařů. Meziroční nárůst úhrad od pojišťoven pro zdravotnická zařízení byl stanoven na pouhých 1,5 %.²⁰⁸ Z úspor belgického zdravotnictví se podporuje dostupnost zdravotní péče a její zvyšování kvality. Belgie má vyšší počet obyvatel než Česká republika, přesto limitací bude moci během následujících dvou let vstoupit do systému zdravotnické péče pouze 500 -700 lékařů a jen 140 zubních lékařů. Tímto krokem se má dosáhnout finanční úspory ve zdravotním pojištění. Belgie podporuje vznik skupinových lékařských ordinací, namísto „sólových“ ordinací. V této zemi politici sledují primárně prospěch uživatelů zdravotní péče.

3.8 Shrnutí k jednotlivým specifikacím zdravotnických systémů

Na příkladech výše uvedených vyspělých zemí je patrné, že právně se uplatňují dosti obdobná pravidla, byť s dílčími nuancemi. Dělení pravomocí a odpovědnosti je mezi centrální vládou, regiony, pojišťovny jako samostatnými právními osobami při zajišťování zdravotní péče a služeb pro obyvatelstvo z veřejných prostředků. Na prvním místě jsou vždy národní zákony, které regiony, pojišťovny plní v praxi. Částečná samostatnost je odměřena tak, aby byla v souladu s národními právními předpisy. Například rakouské spolkové země a pojišťovny obdrží od vlády zadání k zajištění přesného počtu lůžek pro obyvatelstvo, pro jednotlivé druhy péče na dobu pěti let, v němž jsou zahrnuty jen nemocnice veřejné a soukromé neziskové. Ve všech vyspělých zemích probíhají ročně nebo ob rok národní konference zdravotní péče, na kterých se diskutuje o funkčnosti zdravotnického systému a potřebě změn se všemi zúčastněnými subjekty. Nuance se vyskytují především na úrovni plánování a organizace jednotlivých systémů zdravotní péče. Například nizozemské ministerstvo zdravotnictví si ponechalo rozhodování o jednotlivých nemocnicích. Obecně lze také říci, že nemocnice jsou svěřeny centrální či regionální správě, kdežto formování

²⁰⁸ Contry information Belgie[online].[citováno28.10.2009].Dostupný z:< <http://www.who.dk>>.

ambulantní sítě se staví na modelu svazu pojišťoven a zástupců poskytovatelů. V Německu a Rakousku uzavírají mezi sebou samostatně dohody svaz pojišťoven a lékařská organizace (stát, vláda zakročí jen při vybočení smlouvy z předpisů), zatímco ve Francii vstupuje v platnost smlouva mezi pojišťovny a ambulantními poskytovateli až po podpisu smlouvy vládou. Ve vyspělých zemích jsou odvolací mechanismy přímo zákonem upraveny, což v ČR dosud chybí. V podstatě ve všech západních zemích existují precedenční soudní výroky, pokud jde o stížnosti lékaře nevybraného do sítě veřejných služeb, spory mezi pojišťovny a státní či veřejnou správou. Příklady uvedu v kapitole s judikaturou.

V anglosaských zemích, jako je USA, Kanada nebo Austrálie je majoritně financována zdravotní péče realizována z daňových příjmů veřejných – federálních rozpočtů, zatímco v zemích kontinentální Evropy, v Německu, v ČR, je zdravotnictví financováno primárně z prostředků zdravotního pojištění. Míra spoluúčasti zdravotních pojištěnců je nejvyšší ve Švýcarsku, zatímco v České Republice nebo Velké Británii dosahuje relativně nižších hodnot (v rámci státu OECD). Podíl výdajů na zdravotní péči finančně nepokrytým zdravotním pojištěním je ve Švýcarsku vysoký v porovnání s ostatními zeměmi v OECD (1740 USD na obyvatele), přičemž tvoří 30 % z celkových výdajů na zdravotnictví. V USA je to 13 % celkových výdajů a 840 USD na jednoho obyvatele za rok.

Z mého pohledu se domnívám, že dosud nebyl nalezen ideální model, který by byl spravedlivý. Vždy zasahuje stát s tím, že je zdůrazněn celospolečenský význam. Navíc každý model se snaží o regulaci poptávky. Co mne zaujalo a zavedla bych do systému zdravotnické péče u nás jsou odvolací mechanismy, které ve vyspělých zemích již fungují. Jedná se speciální odvolací mechanismy pro oblast sporů ve zdravotnictví. Často i v mimosoudní rovině vede odvolací orgán právník s povolením k výkonu soudce. Pro spory mezi státem, regiony versus svaz pojišťoven, tzv. správní pojišťovenské soudnictví.

Nemyslím si ani, že zdravotní systém s poplatky je dobrý a bez poplatku nutně špatný. Systém bez přímých plateb má podle mne jen své nevýhody. V konečném výsledku zaplatíme do systému i bez poplatků jinou cestu ještě více. Mezi země s nejvyššími příjmy patří Velká Británie, kde se poplatky neplatí. U nás si můžeme sednout do čekárny lékaře – specialisty a přijde na Vás řada dle objednaného času, ovšem ve velké Británii se ke specialistovi bez doporučení praktického lékaře není možné dostat. A pokud to jen přece doporučí, může trvat několik měsíců, než se ke specialistovi dostanete.

Domnívám se však, že otázkou poplatků se zabýváme příliš dlouho a přitom na řešení čeká mnoho dalších otázek. Jednou z nich je jistě postgraduální vzdělávání lékařů, tak, aby se nemuseli potýkat „s korupcí farmaceutických firem“. Určitě se nabízí zefektivnění sítě zdravotnických zařízení. Dále také, jak zvýšit procento výdajů z HDP na zdravotnictví, aj.

Pokud porovnáme zdravotní systém ČR s jinými, převážně s evropskými zeměmi, figuruje český zdravotní systém mírně nad evropským průměrem z pohledu vstřícnosti a přístupu vůči lidem.²⁰⁹ Žebříček Euro Health Consumer Index 2009 uvádím v příloze č. 16.

²⁰⁹ Euro Health Consumer Index (EHCI), zveřejněný žebříček, 2009. V červnu vydala společnost Health Consumer Powerhouse spotřebitelský index ECHI, hodnotící zdravotní systémy v Evropské unii a ve Švýcarsku z pohledu pacientů – klientů. Společnost má vysokou prestiž v odborných kruzích.

4 VYBRANÁ JUDIKATURA Z OBLASTI FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Před 1. 5. 2004 byla problematika poskytování a úhrady zdravotní péče řešena jen v rámci mezistátních smluv o sociálním zabezpečení. V souladu s těmito ujednáními byla občanům na území jiného státu poskytována nutná a neodkladná zdravotní péče. Vstupem České republiky do Evropské unie se platné podmínky podstatně změnily. Ve věci poskytování zdravotní péče a úhrady zdravotní péče pozbyly tímto aktem mezi zeměmi EU výše zmíněné smlouvy. Poskytování zdravotní péče je v rámci EU upraveno nařízením Rady EHS č. 1408/71 a 574/72. Pro praxi je tedy podstatné následující rozlišení, kdy se jedná o poskytování zdravotní péče našim občanům :²¹⁰

- na území členských států včetně Norska, Islandu, Lichtenštejnska a Švýcarska v souladu s nařízeními;
- na základě dvoustranných smluv o sociálním zabezpečení – s Chorvatskem, se Srbskem a Černou Horou, s Tureckem a Makedonií;
- podle mezinárodních dohod, uzavřených před rokem 1989, s lidově demokratickými státy. Na jejím základě lze nárokovat bezplatně nutnou a neodkladnou péči (jedná se převážně o exotické země; uplatnění nároku je dosti problematické);
- v ostatních státech světa

K posledním dvěma odrážkám bych ráda dodala, že pokud vycestujete do těchto států, je vhodné uzavřít cestovní zdravotní připojištění.

Český občan má ve všech zemích Evropské unie přímý přístup k lékaři, a pokud potřebuje zdravotní péči, předloží Evropský průkaz zdravotního pojištění (EPZP) nebo Potvrzení, které dočasně nahrazuje EPZP. V některých zemích (v Belgii, Lucembursku, ve Francii) požadují lékaři přímou platbu v hotovosti.

²¹⁰ Poskytování zdravotní péče. *Zdravotnictví a právo*. 2008, č. 1, s. 16-17. [5.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.lexisnexis.online.cz>>.

O refundaci nákladů lze pak požádat přímo místní zdravotní pojišťovnu nebo po návratu do České republiky příslušnou zdravotní pojišťovnu (stejně tak, pokud nebude mít s sebou EPZP nebo Potvrzení o jeho dočasném nahrazení).

V jednotlivých zemích EU vstupuje občan jiné země do režimu zdravotního pojištění platného pro místní pojištěnce. Z toho vyplývá povinnost občana jiné země platit spoluúčast za poskytnutou zdravotní péči stejně jako místním pojištěncům. Český systém zdravotního pojištění je v porovnání s ostatními zeměmi EU velmi liberální a spoluúčast je velmi nízká.

Rozsudky Evropského soudního dvora „ESD“ z oblasti financování zdravotní péče z posledních pěti let. Komunitární právo reguluje volný trh mezi členskými zeměmi, tzn. volný pohyb zboží, služeb, pracovníků, kapitálu a volný pohyb rozsudků (pátá svoboda). Z toho pohledu právo reguluje omezování svobod volného trhu. Poskytování zdravotní péče naznalo výrazných změn při výkladu ESD a jeho výkladu smluv o volném poskytování služeb. Středem pozornosti byla především otázka zařazení zdravotní péče a služeb a jeho polemika, zda jde skutečně o službu. Případ *Luisi a Carbone*,²¹¹ v rozsudku ze dne 31. ledna 1984, uznal ESD poskytování zdravotních služeb za službu ve smyslu čl. 50 Smlouvy o ES. Z čehož vyplývá, že i zdravotní služby musí být na území členských států poskytovány neomezeně. Stát nesmí bránit volnému pohybu služeb, i když se jedná o jeho státní příslušníky, kteří chtějí čerpat služby mimo jeho území. Může však kontrolovat, zda toho dotyčný nezneužívá k investicím. Lze prostřednictvím limitu, nad který mohou požadovat prokázání nabývání nemovitostí – patří pod svobodu pohybu kapitálu.

Svoboda služeb je spojená se svobodou s přeshraničními obchody. Z čl. 50 ES vyplývá, že poskytovatel služby sleduje výdělečnou činnost nebo se podílí na hospodářském účelu. Služby jsou chápány jako placené výkony, které nepatří pod ostatní základní tržní svobody. Není přitom podmínkou, aby úhrada za službu byla placená příjemcem služby poskytovateli, ale stačí, aby službě odpovídalo nějaké plnění, které má hodnotu (rozsudek *Bond van Adverteerders* 352/85). Tuto podmínku splňují i zdravotní služby.

Vlastní úprava zdravotnictví v komunitárním právu vychází z čl. 152 ES ve znění Nice. Z článku vyplývá hmatatelný respekt ES k zodpovědnosti státu za organizaci zdravotnictví. Členské státy disponují plnou autonomií v organizaci a financování

²¹¹ Rozsudek *Luisi a Carbone*, 286/82 a 26/83, ze dne 31. ledna 1984. Související ustanovení SES : Články 49 SES a 50 SES, dále článek 56 SES, který v současné době stanoví : „ V rámci této kapitoly jsou zakázána všechna omezení pohybu kapitálu mezi členskými státy a mezi členskými státy a třetími zeměmi. V rámci této kapitoly jsou zakázána všechna omezení plateb mezi členskými státy a mezi členskými státy a třetími zeměmi.“

zdravotnictví.²¹² Poskytování zdravotní přeshraniční péče výrazně ovlivnil ESD při výkladě Smlouvy ES o základních integračních svobodách, hlavně pak o volném poskytování služeb.

Právní předpisy členského státu vylučují jakoukoli úhradu nákladů na léčbu, která byla poskytnuta soukromým zdravotním zařízením v jiném členském státě, nejsou-li slučitelné se zásadou volného pohybu služeb. Soudní dvůr provedl s ohledem na tuto zásadu analýzu předpisu, který upravuje situaci, kdy je léčba poskytnuta v jiném členském státě, jinak než podobnou situaci, kdy je léčba poskytnuta na území daného členského státu. Na jednu stranu musí občan uhradit náklady na nemocniční péči poskytnutou v soukromém zařízení jiného členského státu, aniž by mu byly proplaceny, zatímco v případě hospitalizace ve veřejném nebo soukromém zařízení, s nímž byla uzavřena smlouva, nacházejícím se v jeho členském státě, nemusí zaplatit žádnou částku. Na druhou stranu mu nejsou proplaceny náklady na neodkladnou hospitalizaci v soukromém zařízení v jiném členském státě, zatímco v případě, že by byl hospitalizován v soukromém zařízení, s nímž nebyla uzavřena smlouva, nacházejícím se v jeho členském státě, by mu náklady proplaceny byly. Taková úprava odrazuje pacienty nebo jim dokonce brání v tom, aby využívali nemocniční péči v jiných členských státech. Kategoričnost zákazu neodpovídá cílům; mohla by se zvážít méně restriktivní opatření, která budou více zohledňovat volný pohyb služeb.

ESD vychází ve své judikatuře vstříc snaze o narušení izolovanosti členských států žalobami na proplácení zahraniční zdravotní péče. Impuls vyšel ze státu, ve kterém bylo zdravotní pojištění příliš nákladné. Pojištěnci v tomto systému si uvědomovali, že zdravotní zákrok je služba jako každá jiná. Pojištěnci soustav poskytované péče nebo oprávnění vůči národnímu systému zdravotních služeb, zdravotní péči přímo nehradí, z toho pramení jejich malý přehled o nákladech. Oba pilotní rozsudky vychází z Lucemburska, ve kterých ESD vyjasnil pohled na volné poskytování služeb.²¹³ Tyto rozsudky z roku 1998 (Kohl C- 158/96 a Decker C-120/95) způsobily poplach po celé Evropě. Do té doby vlády a pojišťovny byly přesvědčeny o svém právu rozhodovat, jaká péče má být proplácena v jiných zemích. Volný pohyb osob v rámci EU si vyžádal poskytování nutné a neodkladné péče a dále umožňuje zdravotnickým orgánům posílat pacienty do jiných zemích za účelem poskytování zdravotní péče a služeb. Podmínkou bylo tedy povolení zdravotnických orgánů.²¹⁴ ESD nežádá plnou

²¹² Černý, P. Organizace zdravotnictví a právo EC. *Zdravotnictví a právo*. 2006, č. 02, s. 17 -20.

²¹³ Křepelka, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004. s. 64-65.

²¹⁴ Mossialos E., Mecke, M. Is a European health care policy emerging?[online].[citováno 6.11.2009] Dostupné z : <<http://www.bmj.com/cgi/content/extract/323/7307/248>>.

úhradu, ale určuje v těchto rozsudcích, že úhrada má být ve stejné výši, jakou příslušný povinný stát zabezpečuje domácím zdravotnickým zařízením. Na základě těchto rozsudků se pacientům otevírá prostor pro levnější alternativy zdravotní péče v jiných zemích kvůli snížení spoluúčasti. V těchto rozsudcích ESD vyhodnotil dosavadní přístup všech zemí jako porušování svobody. Stejně tak opřel svou argumentaci u hrazení soukromých služeb. Podle ESD v těchto případech šlo o diskriminaci potenciálních pacientů zahraničních zdravotnických zařízení. Podle ESD je zdravotní služba překračující hranice nepřipustně zvýhodněná oproti stejné službě domácí. Oba rozsudky, kromě toho, že zavedly soutěžní prvky do zdravotnictví a tím přispěly ke zlepšování jeho kvality, jsou i hrozbou pro doposud izolované zdravotní služby v členských státech. Z nichž mnohé se snažily odvrátit chápání hrazení veřejné zdravotní péče jako služby. Po neúspěchu se začaly zdůrazňovat mnohá specifika a úskalí.²¹⁵

4.1 Judikatura ESD ve věci zdravotních služeb od roku 2004

Jak jsem se již výše zmínila, v roce 2009 nadnárodní trh zdravotní péče spojený s právem vycestovat do jiného členského státu za účelem ošetření. Následně tak otevírá otázku způsobu financování této péče. Tento aspekt způsobuje problémy, jelikož otázka financování zdravotní péče je spojená s rovnováhou nabídky a poptávky v rámci vnitrostátního systému zdravotní péče a zdravotního pojištění. Mnohé osoby vyhledávají zdravotní péči mimo omezení systému zdravotního pojištění, ve kterém jsou pojištěni, což vedlo k sérii rozsudků, které stanovily zásady pro řešení problémů týkajících se financování přeshraniční péče. Jedná se o následující rozsudky: Decker C-120/95, Kohll C-158/96, dále rozvinul ESD zásady v nejvýznamnější míře v rozsudku Smits a Peerbooms C-157/99, které zpřesnil v rozsudku Miller – Furé C-149/85. Zásady vytvořené ESD jsou v těchto rozsudcích ustálené.

- Rozsudek ve věci Stamatelaki, 19. dubna 2007, věc C - 444/05
- Rozsudek ve věci Acerada Herrera, 15. června 2006, věc C - 466/04
- Rozsudek ve věci Watts, 16. května 2006, věc C -372/04
- Rozsudek ve věci Keller, 12.dubna 2005, věc C -145/03

²¹⁵ Křepelka, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004, s. 64-65.

- Rozsudek ve věci Leichtle, 18. března 2004, věc C-8/02

Judikaturu od roku 2003 uvádím v seznamu literatury.

4.1.1 Rozsudek Leichtle C-8/02, ze dne 18. března 2004

Rozsudek soudního dvora ze dne 18. března 2004.

Ludwig Leichtle proti Bundesanstalt für Arbeit.

Ve věci C-8/02,

Ludwig Leichtle požádal pojišťovnu, aby mu uhradila cestovní náklady, protože ze zdravotních důvodů plánoval cestu do Itálie. V italském lázeňském městečku chtěl podstoupit lázeňskou léčbu, kterou mu doporučil lékař. Zdravotní pojišťovna však odmítla dodatečně cestovní náklady uhradit. Pan Leichtle následně podal žalobu, kterou se domáhal u soudu k určení výdajů, spojených se zdravotní péčí. Podle stanoviska pojišťovny je možné výdaje uhradit jen v případě, kdy je zdravotní péče mimo Německo zcela nevyhnutelná a navíc musí být podložena lékařskou zprávou schválenou revizním lékařem. Německá pojišťovna argumentovala tím, že pokud by tomu tak nebylo, došlo by k narušení finanční rovnováhy německých lázeňských zařízení. Pan Leichtle tvrdil, že požadovaná zpráva porušuje svobodu volného pohybu služeb. Následně byla ESD položena předběžná otázka, kterou se zjišťovalo, zda evropské právo zakazuje také pravidla členských zemí, podle kterých úhrada nákladu spočívající v ubytování, stravování, cestovních a návštěvnických poplatků, je podmíněna předchozím souhlasem revizního lékaře. ESD vysvětlil, že existují precedenty, podle kterých zdravotní služby jako služby lázeňské, spadají pod článek 50 ES – volný pohyb služeb, přičemž není podstatný způsob jejich úhrady. Dále ESD dospěl k názoru, že díky nedostatečné harmonizaci této oblasti, uznává právo ES autonomii členských států v organizaci a financování vlastních zdravotních systémů. Na druhé straně musí členské státy postupovat v souladu s právem ES. ESD odkazuje na případy, ve kterých se zabýval předběžným schválením zdravotní péče v zahraničí (rozsudek Smits a Peerbooms C-157/99). Ustanovení o volném pohybu v zásadě zakazuje členským státům, aby úhradu nákladů zdravotní péče poskytnutou v jiném členském státě, podmínili předchozím souhlasem a zabránili tak pojištěncům v návštěvě zdravotnického zařízení v jiném členském státě. Schválení zdravotní

péče může být opodstatněné z důvodů veřejného zájmu, především udržení finanční rovnováhy sociálního zabezpečení a ochrany veřejného zdraví. Tím garantovat kvalitu zdravotních služeb s cílem vyvážit lékařskou a nemocniční péči. Odliv nemocniční péče může vážně ohrozit finanční stabilitu, stejně tak dostupnost zdravotní péče a medicínských znalostí. Tím se odlišuje nemocniční péče od ambulantní, která je méně citlivá na finanční nestabilitu. Z čehož vyplývá, že předchozí schválení zdravotní péče se týká jen péče nemocniční. Přesto i ambulantní odliv může mít škodlivý vliv na systém sociálního zabezpečení, pokud dosáhne neúnosné úrovně.

V konkrétním případě se sporná otázka týkala pravidel, které upravují úhradu dalších nákladů zdravotní péče poskytované v zahraničí, jako jsou cestovné, stravování, aj. S ohledem na to, že podmínky poskytování zdravotní péče byly odlišné od těch, které se aplikovaly v Německu, mohlo to pojištěncům bránit v rozhodnutí obrátit se na poskytování zdravotních služeb v zahraničí. A tím být překážkou volného pohybu.

Náklady související se stravováním a ubytováním mohou být chápány jako neoddělitelná součást samotné zdravotní péče. Stejně tak nemocniční péče zahrnuje pobyt v nemocnici, zdravotní péče poskytována z důvodu terapeutických může být zahrnuta do lázeňské péče. I když cestovní náklady a návštěvnické poplatky nejsou svou podstatou zdravotnické, podle ESD jsou neoddělitelně spojené se zdravotní péčí. Proto musí být podmínky pro tyto náklady posuzovány v souladu s požadavky veřejného zájmu. Na mysli je nutné mít princip proporcionality.

Argumentace Německa založená na možnosti ohrožení finanční rovnováhy systému německého sociálního zabezpečení, pro nedostatek argumentů a důkazů ESD neakceptoval. Panu Leichtlemu přiznal ESD úhradu dalších nákladů souvisejících s jeho lázeňskou péčí.²¹⁶

4.1.2 Keller C-145/03, ze dne 12. dubna 2005

Rozsudek soudního dvora ze dne 12. dubna 2005

Ve věci C- 145/03,

jejímž předmětem je žádost o rozhodnutí o předběžné otázce na základě článku 234 ES, podaná rozhodnutím Juzdago de lo Social n° 20 de Madrid (Španělsko) ze dne 6. listopadu

²¹⁶ Rozsudek Soudního dvora ze dne 18. března 2004. Věc C-8/02.

2001, došlým Soudnímu dvoru dne 31. 3. 2003, v řízení dědici po Annette Keller, proti Instituto de la Seguridad Social (INSS), Instituto Nacional de Gestión Sanitárka (Ingesa).

Tato žádost je podána v rozporu mezi dědici po A. Keller, na něž přešla v průběhu řízení práva posledně uvedené, a Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) a Instituto Nacional de Gestión Sanitárka (Ingesa). Tento spor vznikl z důvodu, že posledně zmíněný odmítl nahradit náklady spojené s nemocniční péčí, jež byla E. Keller poskytnuta na švýcarské klinice.

Tento rozsudek ESD umožnil pojištěným pacientům z členských zemích EU, aby uplatnili své právo být hospitalizováni a léčeni mimo zemi EU, pokud se jedná o zdravotní péči zachraňující život. Hlavní otázkou, kterou se ESD zabýval, je to, zda instituce sociálního zabezpečení členského státu, která povolila zaměstnané osobě podléhající jejímu systému zdravotního pojištění, přijetí lékařského ošetření v jiném členském státě, je povinná hradit náklady neodkladné péče život zachraňující, i v případě, kdy zdravotnické zařízení nejdříve rozhodlo, že tato péče může být poskytnuta jen ve zdravotnickém zařízení v zemi mimo EU.

Paní Keller, německé státní příslušnosti, měla v době rozhodné z hlediska skutečnosti v původním řízení bydliště ve Španělsku a byla pojištěna v rámci obecného systému sociálního zabezpečení tohoto státu. Přála si vycestovat z rodinných důvodů do Německa a požádala Insalud o vydání formuláře E 111, který jí byl předán před odjezdem. Během tohoto pobytu byla A. Keller přijata do nemocnice v obvodu Gummersbach (Německo), která přísluší fakultní nemocnici v Kolíně. Byla u ní stanovena diagnóza zhoubného nádoru nosu, která byla natolik vážná, jež mohla kdykoliv přivodit smrt. A. Keller požádala Insalud o vydání formuláře E 112 vedena snahou, aby mohla v Německu nadále využít lékařskou péči nezbytnou z důvodu onemocnění, jež ji zasáhlo. Formulář byl dotyčné předán proto, že převoz do Španělska nebyl pro vážnost jejího zdravotního stavu doporučen. Po četných vyšetření a důkladném rozboru jednotlivých možností léčení, které se nabízely, lékaři zmíněné nemocnice usoudili, že chirurgický zákrok, jež byl pro A. Keller životně důležitý a okamžitě nezbytný, mohl být proveden pouze v nemocnici v Curychu (Švýcarsko). Lékaři fakultní nemocnice v Kolíně nechali převést A. Keller do fakultní nemocnice v Curychu, kde podstoupila dotyčná chirurgický zákrok, jehož výsledky byly upokojivé. V návaznosti na tuto operaci se musela A. Keller podrobit ozařování. Celkové náklady léčení dosáhly 87 030 CHF a A. Keller je uhradila v plné výši. Poté požádala Insalud o náhradu této škody. Tuto žádost příslušný orgán zamítl.

Na podporu svého rozhodnutí tvrdil, že s přihlédnutím na vnitrostátní úpravu vyžaduje lékařská péče poskytnutá ve třetím státě výslovně předběžné povolení.

Španělský soud položil otázku, zda je pro španělskou instituci závazné, stanovení diagnózy a volba léčebného postupu ze strany lékařů, uznané příslušnou německou institucí. Další dotaz směřoval na zásadu rovnosti, zakotvenou v člancích 3,19 a 22 nařízení Rady 1408/71, zda existuje vzhledem k této zásadě povinnost uhradit náklady spojené s hospitalizací A. Keller na klinice v Curychu.

Žalovaní v řízení ve věci samé a španělská vláda tvrdili, že nařízení Rady 1408/71 a nařízení Rady 574/72 na tuto věc nelze uplatnit, pokud je předmětná zdravotní péče poskytnutá ve Švýcarsku. Rozhodnutí v řízení ve věci samé podle nich nezávisí na výkladu práva Společenství, ale naopak, určující je výlučně vnitrostátní právo. V této souvislosti bylo poukázáno na to, že pouhá skutečnost, že předmětná léčebná péče byla poskytnuta mimo území Společenství, není dostatečná na to, aby vyloučila uplatnění těchto nařízení, přičemž určujícím kritériem pro jejich uplatnění je účast dotčeného pojištěnce k systému sociálního zabezpečení některého členského státu (rozsudky van Roosmaleln 300/84, Recueil, Laborero a Sabato, 82/86 a 103/86, Aldewereld, C- 60/93).

V této věci paní A. Keller v době rozhodných skutečností ve věci byla pojištěna v rámci obecného španělského systému sociálního zabezpečení a byla držitelkou formulářů vydaných Insalud na základě článků 22 nařízení Rady č. 1408/71 a č. 574/72. V důsledku toho nelze ve věci v původním řízení zpochybnit použitelnost obou nařízení.

Při zodpovězení první otázky, ESD uvedl, že je potřebné ukázat na účel, který sleduje článek 22 nařízení Rady 1408/71, na funkci, kterou plní formuláře v systému zavedeném tímto článkem. V této souvislosti je nutné také připomenout, že v rámci všeobecných cílů Smlouvy o ES, patří mezi opatření směřující k tomu, aby mohl pracovník, který je příslušníkem některého členského státu, získat za podmínek, které tento článek stanoví, věcné dávky v ostatních členských státech bez ohledu na to, u jaké vnitrostátní instituce je pojištěn a kde je místo jeho bydliště (rozsudek Van der Duin a ANOZ Zorgverzekeringen, C- 156/01, Recueil).

Článek 22 nařízení Rady č. 1408/71 přispívá k usnadnění volného pohybu pojištěnců a ve stejné míře poskytování přeshraničních lékařských služeb mezi členskými státy tím, že zajišťuje pojištěnci podléhajícímu právním předpisům některého členského státu, jehož zdravotní stav si náhle vyžádal poskytnutí lékařské péče během pobytu v jiné členské zemi nebo který má povolení příslušné instituce k odjezdu na území jiného členského státu za

účelem léčení přiměřeného jeho zdravotnímu stavu, přístup k léčení v tomto členském státě za podmínek náhrady nákladů stejně výhodných, jako jsou podmínky vztahující se na pojištěnce, jež podléhají právním předpisům posledně uvedeného státu (rozsudky Vanbraekel a další, C – 368/98, Inizan, C – 65/01, Recueil).

Nelze souhlasit s tím, že nálezy a rozhodnutí o léčebném postupu, ke kterému dospěli lékaři schválených institucí členského státu pobytu, musejí podléhat schválení příslušné instituce. Toto tvrzení by totiž znamenalo porušení pravidla dělby odpovědností, na kterém stojí článek 22 odst. 1 písm. a) bod i) a písm. c) bod i) nařízení Rady 1408/71, jakož i porušení zásady vzájemného uznávání odborných znalostí a dovedností lékařů. Bylo by také v rozporu se zájmem pacienta, jenž potřebuje naléhavou zdravotní péči.

Na druhou otázku odpověděl ESD takto. V případě, že lékaři schválených instituce členského státu pobytu zvolili z důvodu životně důležité naléhavosti a vzhledem k lékařským poznatkům v daném okamžiku převoz pojištěnce do nemocničního zařízení nacházející se na území třetího státu, je třeba vykládat čl. 22 odst. 1 písm.a) bod i) a písm.c) a bod i) nařízení Rady č. 1408/71 tak, že znamená, že pokud instituce členského státu pobytu nemá žádný důvod vážně pochybovat o opodstatněnosti tohoto lékařského rozhodnutí, uhradí tato instituce léčení poskytnuté v posledně uvedeném státu podle jí uplatňovaných právních předpisů za stejných podmínek, které se vztahují na pojištěnce podléhající tímto právním předpisům. Pokud jde o léčení patřící mezi dávky upravené právními předpisy příslušného členského státu, nese pak náklady takto poskytnutých dávek příslušná instituce, přičemž náhradu nákladů členského státu pobytu provede za podmínek stanovených v čl. 36 nařízení Rady č. 1408/71.

Tento případ má velký význam pro členské státy, neboť na základě výkladu nařízení Rady č. 1408/71 opravňuje občany EU, aby se jim dostalo zdravotní péče i mimo státy EU.

4.1.3 Rozsudek Watts C – 372/04, ze dne 16. května 2006

Rozsudek Soudního dvora ze dne 16. května 2006

Ve věci C – 372/04,

The Queen, na žádost : Yvonne Watts proti Bedford Primary Care Trust, Secretary of State for Health.

Tato žádost byla podána v rámci sporu vzniklého v důsledku odmítnutí Bedford Primary Care Trust (dále jen Bedford PCT) uhradit náklady na nemocniční péči, která byla Y.Watts, mající bydliště ve velké Británii, poskytnuta ve Francii.

V tomto rozsudku se ESD zabývá otázkou zdravotního léčení jako služby, vyjadřuje se k systému pořadníků ve vnitrostátním zdravotnickém systému, objasňuje otázku úhrad zdravotní péče poskytnuté v zahraničí, za předpokladu nepovolení podstoupení tohoto zákroku v domovském státě. Odpovídá na otázku úhrady nákladu, které vzniknou v souvislosti s vycestováním do jiného členského státu kvůli léčebnému zákroku, zabývá se otázkou, do jaké míry a jaká kritéria jsou potřebná nebo přípustná zohlednit při posuzování toho, zda se jedná o neodkladné léčení pro účely článku 49 ES. Dále se vypořádává s otázkou, zda existuje rozdíl mezi vnitrostátním systémem financování státem a zdravotnickým systémem financovaný pojišťovny, se zřetelem na skutečnost, že britská „národní zdravotní služba“ (NHS) nemá vyčleněný žádný fond, ze kterého by čerpala platby. K tomu je nutné poznamenat, že britská NHS vykazuje následující základní rysy: nemocniční péče poskytuje bezplatně příslušné neziskové instituce NHS všem osobám s obvyklým bydlištěm ve Spojeném království. Péči financuje přímo stát, převážně z daňových příjmů, které vláda rozděluje mezi pojišťovny primární péče v závislosti na konkrétních potřebách obyvatelstva v daném území. NHS se nefinancuje prostřednictvím odvodů od zaměstnanců ani zaměstnavatelů. Není stanovena spoluúčast pacienta. Neexistují vnitrostátní záznamy zdravotních výkonů, které se mají poskytnout. Přístup k nemocniční péči je v zásadě podmíněný rozhodnutím všeobecného lékaře. Pokud není rozpočet, který vláda poskytuje NHS, dostatečný na zabezpečení rychlého poskytnutí zdravotní péče všem pacientům bez ohledu na stupeň naléhavosti, NHS využívá dostupné zdroje tak, že stanoví priority, což se promítá do relativně dlouhých pořadníků na léčbu, která není naléhavá. Instituce NHS rozhodují v rámci rozpočtových prostředků, které jim byly přiděleny, o vyvažování klinických priorit v souladu s vnitrostátními předpisy. ESD se s množstvím problémových oblastí vypořádal následovně.

Článek 49 ES se uplatní na situaci, ve kterém osoba, jejíž zdravotní stav vyžaduje nemocniční péči, odejde do jiného členského státu a bude jí poskytnuta tato péče za úplatu, bez toho, aniž by bylo nutné zkoumat, zda je nemocniční péče poskytována v rámci vnitrostátního systému, kam patří dotyčná osoba, službou ve smyslu ustanovení o svobodném poskytování služeb. Dále uvádí, že výklad čl. 49 ES neodporuje, pokud převzetí nákladů na

nemocniční péči plánovanou v zařízení, které se nachází na území členského státu, je podmíněné získáním předchozího souhlasu od příslušné instituce. ESD však upozorňuje, že odmítnutí předchozího souhlasu není možné kvůli existenci poradníku určeného k plánování nemocniční nabídky v závislosti na klinických prioritách předem určených obecným způsobem bez toho, aniž by proběhlo objektivní medicínské posouzení zdravotního stavu pacienta, jeho zdravotních záznamů, vývoje onemocnění, stupně bolesti nebo charakteru jeho postižení při podání žádosti o souhlas. Pokud se ukáže, že doba takových poradníků překračuje přijatelnou dobu, se zřetelem na objektivní medicínské posouzení výše uvedených skutečností, příslušná instituce nemůže odmítnout požadovaný souhlas z důvodů založených na existenci těchto poradníků, na údajném zrušení běžného pořadí priorit souvisejícího se stupněm naléhavosti případu, který se má léčit. Ani na bezplatnosti nemocniční péči poskytované ve vnitrostátním systému. Stejně tak příslušná instituce nemůže odmítnout požadovaný souhlas z důvodů založených na povinnosti vyčlenit osobité finanční prostředky na účely převzetí nákladů na plánovanou léčbu v jiném členském státě anebo na porovnání nákladů na tuto léčbu s rovnocennými náklady na léčbu v příslušném členském státě.

K výkladu čl. 49 ESD uvádí, že za předpokladu, že právní úprava příslušného členského státu stanoví bezplatnou nemocniční péči poskytovanou ve vnitrostátním zdravotnickém systému a v případě, že právní úprava členského státu, ve kterém byl anebo měl být pacientovi, patřící do toho systému udělen souhlas s tím, aby mu byla poskytnuta nemocniční péče na náklady toho systému, nestanovuje úplné převzetí nákladů na péči. Příslušná instituce musí poskytnout tomuto pacientovi náhradu odpovídající případnému rozdílu mezi objektivně vyčíslenou sumou nákladů na porovnatelnou léčbu v zařízení, patřící do toho systému, omezenou v případě potřeby výši celkové sumy vyúčtované za léčbu poskytnutou v členském státě pobytu a sumou, kterou je povinná uhradit instituce tohoto členského státu podle čl. 22 odst.1 písm.c) bod i) nařízení Rady 1408/71 na účet příslušné instituce podle ustanovení právní úpravy tohoto členského státu. K tomu čl. 22 odst. 2 pododstavci druhém, nařízení Rady 1408/71 se má vykládat tak, že na to, aby byla příslušná instituce oprávněná odmítnout souhlas uvedený v pododst. 1 písm. c) bod i) toho stejného článku z důvodu založeného na existenci čekací doby na nemocniční péči, musí dokázat, že tato doba nepřekračuje přijatelnou dobu, vyplývající z objektivního medicínské posouzení klinických potřeb dotčené osoby, s přihlédnutím ke všem parametrům, kterými se vyznačuje stav choroby, v době podání, v případě znovu podání, žádosti o souhlas. Povinnost příslušné

instituce jak podle čl. 22 nařízení Rady č. 1408/71, tak i podle čl. 49 ES, poskytnout souhlas pacientovi, který patří do vnitrostátního systému zdravotnictví, aby získal na náklady této instituce nemocniční péče v jiném členském státě, pokud čekací doba nepřekračuje přijatelnou dobu se zřetelem na objektivní medicínské posouzení a klinických potřeb dotčeného pacienta, není v rozporu s čl. 152 odst. 5 ES.

Co se týká vedlejších nákladů, čl. 49 ES se má vykládat tak, že pacient, který získal povolení k odjezdu do jiného členského státu za účelem poskytnutí zdravotní péče, nebo který se setkal s odmítnutím povolení, jež bylo později shledáno neopodstatněným, má právo požadovat od příslušné instituce náhradu vedlejších nákladů souvisejících s tímto přesunem za účelem léčení pouze za předpokladu, že právní předpisy příslušného členského státu ukládají vnitrostátnímu systému povinnost odpovídající náhrady v rámci léčení poskytnutého v místním zařízení spadající pod uvedený systém.

Článek 22 odst. 1 písm.c) bod i) uvedeného nařízení č. 1408/71 musí být vykládán v tom smyslu, že právo, které přiznává dotčenému pacientovi, se týká výlučně výdajů souvisejících se zdravotní péčí, která byla tomuto pacientovi poskytnuta v členském státě pobytu, tedy, pokud jde o nemocniční péči, nákladů na lékařské služby, jakož i výdajů s nimi neoddělitelně spojených, souvisejících s pobytem dotčené osoby v nemocničním zařízení.

V tomto řízení přistoupili jako vedlejší účastníci belgická vláda, španělská vláda, francouzská vláda, Irsko, maltská vláda, polská vláda, finská vláda a švédská vláda. Účastníci řízení měli rozdílné názory na uplatnění čl. 49 ES. Švédská vláda se vyjádřila k situaci paní Watts tak, že v souvislosti s judikaturou spadá její případ pod čl. 49 ES. Ovšem poukazuje na to, že je nutné vzít v úvahu rozdílné rysy obecného systému zdravotní péče. Osoby, které se bez předchozího souhlasu rozhodnou odejít mimo obecný systém za účelem léčení u soukromého poskytovatele zdravotní péče, by si měly uhradit náklady na léčbu sami. Vláda Spojeného království podporovaná vládou finskou, irskou, španělskou a maltskou, zdůrazňuje, že v souvislosti s NHS nemají obyvatelé Spojeného království žádný nárok na to, aby jim bylo poskytování konkrétního léčení v daném čase nebo místě a dokonce nemají v tomto smyslu ani možnost volby. ESD podle své judikatury uvedl, že nárok na poskytování léčení podle práva státu, je bydliště první podmínkou pro získání náhrady nákladů za péči v jiném členském státě podle čl. 49 ES.

4.1.4 Herrera C – 466/04, ze dne 15. června 2006

Rozsudek Soudného dvora ze dne 15. června 2006

Ve věci C – 466/04,

tato žádost byla podána v rámci sporu vzniklého v důsledku odmítnutí Servicio Cántabro de Selu (veřejná zdravotní služba autonomní oblasti Kantábrie, dále jen „SCS“) uhradit výdaje na cestu, pobyt a stravu vynaložené M. Aceredou Herrerou, bydlištěm ve Španělsku, na nemocniční péči ve Francii, jakož i výdaje vynaložené jeho rodinným příslušníkem, který je doprovázel.

V rozsudku k tomu případu se ESD vyjádřil tak, že článek 22 odst.1.písm. c), a odst. 2, stejně jako čl. 36 nařízení Rady 1408/71 se mají vykládat tak, že pojištěnec, který získal povolení příslušné instituce k odjezdu do jiného členského státu za účelem léčení přiměřené jeho zdravotnímu stavu, má nárok na náhradu výdajů na cestu, pobyt a stravu, související s tímto přesunem za účelem léčení.

Pan A. Herrera je pojištěný v rámci vnitrostátního zdravotnického systému jako osoba samostatně výdělečná činná. V červenci 2002 byl přijat jaké nálehavý případ pro nemocniční zařízení spadajícího pod SCS, kde mu byla zjištěna závažná nemoc. Nemoc byla léčena v tomto nemocničním zařízení. Pan A. Herrera se domníval, že toto léčení vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, je nedostatečné. Požádal proto příslušnou instituci o vydání formuláře E 112, aby mohl být léčen v nemocnici ve Francii. Formulář byla panu A. H. vydán s platností jednoho roku. SCS uhradila náklady na nemocniční péči poskytnutou ve Francii. V rámci toho léčení odjel pan A. Herrera několikrát do Francie, a to v doprovodu rodinného příslušníka z důvodu svého špatného zdravotního stavu. Požádal SCS, o náhradu výdajů na cestu, pobyt a stravu vzniklých v důsledku těchto přesunů. Celková výše těchto výdajů dosáhla 19 594 eur. SCS tuto žádost zamítla. A. H. podal proto zamítavému stanovisku žalobu. Vnitrostátní soud se rozhodl přerušit řízení a položil ESD předběžnou otázku, kterou se snažil zjistit, zda vyplývá z nařízení č. 1408/71 povinnost připlatit vedlejší náklady spojené s doprovodem osoby blízké, která se léčí v jiném členském státě než je domovský stát.

Finská vláda ve svých písemných připomínkách zdůraznila, že článek 22 odst. 1. písm. c) nařízení č. 1408/71 taxativně uvádí kategorii dávek, jichž se může pojištěnec domáhat, který má povolení vydané příslušnou institucí. Jak potvrzuje čl. 22 odst. 2 druhého pododstavce nařízení č. 1408/71, jediným účelem odst. 1 písm.c) bodu i) téhož článku je

přiznat pojištěnci, který má povolení příslušné instituce, přístup k „léčení“ v jiném členském státě za stejně výhodných podmínek plnění, jako jsou podmínky vztahující se na osoby, jež podléhají právním předpisům posledně uvedeného státu (rozsudky Vanbraekel a další C - 368/98, Recueil, s. I-5363, ze dne 23. října 2003, Inizan, C-56/01, Recueil, s. I-12403, a ze dne 16. května 2006, Watts, C – 372/04, Sb. roz.s. I-4325). Španělská vláda, Irsko, kyperská a finská vláda a vláda Spojeného království ve svých písemných vyjádřeních, povinnost, která vyplývá pro příslušnou instituci z čl. 22 odst.1 písm. c) bodu i) nařízení Rady č. 1408/71, se tedy výlučně vztahuje k výdajům souvisejícím se zdravotní péčí, která byla pojištěnci poskytnuta v členském státě pobytu, tedy, pokud jde o nemocniční péči jako ve věci v původním řízení, nákladů na lékařské služby v pravém slova smyslu, jakož i výdajů s nimi neoddělitelně spojených, souvisejících s pobytem a stravováním v nemocničním zařízení (viz. výše uvedená rozsudek Watts).

Je potřeba poukázat na to, že podle ustálené judikatury je cílem čl. 22 odst. 1 nařízení Rady č. 1408/71 umožnit pojištěnci, který získal povolení příslušné instituce k odjezdu do jiného členského státu za účelem léčení přiměřeného jeho zdravotního stavu, pobírat věcné dávky v nemoci na účet příslušné instituce podle právních předpisů státu, v němž jsou dávky poskytovány. Peněžité dávky, jež jsou na základě čl. 22 odst. 1 písm. c) bodu ii) nařízení Rady č. 1408/71 poskytovány příslušnou institucí podle jí uplatňovaných právních předpisů, nelze tedy chápat tak, že pokrývají náhradu takových výdajů vynaložených v souvislosti s léčením v jiném členském státě. Vzhledem k výše uvedenému je třeba odpovědět na první otázku tak, že čl. 22 odst. 1 písm.c) a odst. 2, jakož i čl. 36 nařízení Rady č. 1408/71 musí být vynakládány v tom smyslu, že pojištěnci, který získal povolení příslušné instituce k odjezdu do jiného členského státu za účelem nemocničního léčení přiměřeného jeho zdravotního stavu, nepřiznávají nárok na náhradu, ze strany uvedené instituce, výdajů na cestu, pobyt a stravu vynaložených na území tohoto členského státu jím samotným nebo osobou, která jej doprovázela, s výjimkou výdajů na pobyt a stravu pojištěnce v nemocničním zařízení.

Svou další otázkou zjišťuje vnitrostátní soud, zda právu ES, především čl. 10 ES a 249 ES a čl. 22 nařízení Rady č. 1408/71 odporuje vnitrostátní právní úprava, která stanovuje nárok na dodatečné dávky nad rámec dávek stanovených v čl. 22 nařízení Rady č. 1408/71 v případech uvedených v odst. 1 písm. a) tohoto článku, ale ne v případech uvedených v písm. c) stejného odstavce. V této souvislosti ESD uvádí, že na dotčené dávky se čl. 22 nevztahuje.

Vzhledem k výše uvedenému lze na tuto otázku odpovědět tak, že vnitrostátní úprava, která stanoví nárok na dodatečné dávky nad dávky stanovené v čl. 22 odst. 1 nařízení Rady č. 1408/71 v případě uvedení v písm. a) tohoto odst. 1, ovšem nikoliv v případě uvedeném v písm. c) téhož odstavce, nebrání přímému účinku tohoto ustanovení a neporušuje zásadu loajální spolupráce vyplývající z čl. 10 ES.

Z těchto důvodů Soudní dvůr rozhod takto, článek 22 odst. 1 písm. c) a odst. 2, jakož i čl. 36 nařízení Rady (EHS) č. 1408/71, musí být vykládány v tom smyslu, že pojištěnci, který získal povolení příslušné instituce k odjezdu do jiného členského státu za účelem nemocniční léčeni přiměřeného jeho zdravotnímu stavu, nepřiznávají nárok na náhradu, ze strany uvedené instituce, výdajů na cestu, pobyt na stravu vynaložených na území tohoto členského státu pojištěncem a osobou, která jej doprovázela, s výjimkou výdajů na pobyt a stravu pojištěnce v nemocničním zařízení.

Vnitrostátní úprava, která stanoví nárok na dodatečné dávky nad dávky stanovené v čl. 22 odst. 1 nařízení 1408/71, ve znění pozměněném a aktualizované nařízení č. 118/97, v případě uvedeném v písm.a) tohoto odst. 1, ovšem nikoli v případě uvedeném v písm. c) téhož odstavce, nebrání přímému účinku tohoto ustanovení a neporušuje zásadu loajální spolupráce vyplývající z článku 10 ES.

4.1.5 Stamatelaki (C - 444/05), ze dne 19. dubna 2007

Rozsudek soudního dvora ze dne 19. dubna 2007

Vě včci C - 444/05,

„Omezení volného pohybu služeb - úhradu nákladů na hospitalizaci v soukromých zdravotních zařízení - odůvodněnost a přiměřenost vyloučení“.

Předmětem rozsudku je žádost o rozhodnutí o předběžné otázce na základě čl. 234 ES, podaná rozhodnutím Dioikitiko Protodikeio Athinon (Řecko) - Aikaterini Stamatelaki v. NPDD Organismus Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton (OAE).

Předmětem věci: Žádost o rozhodnutí o předběžné otázce – výklad článků 49 a 50 ES a zvláště otázky, zda toto ustanovení brání vnitrostátní úpravě, která vylučuje, aby národní instituce sociálního zabezpečení hradila náklady vynaložené na hospitalizaci jednoho z jejich pojištěnců staršího 14 let v soukromém zdravotním zařízení v zahraničí.

Tato žádost byla podána panem Stamatelakisem v rámci podané žaloby, který má trvalé bydliště v Řecku a byl pojištěn u pojišťovacího ústavu pro svobodná povolání „OAE“ (Organismus Asfaliseos Eleftheron Epangelmaton), jenž je právním nástupcem obchodnické pojišťovny (Tameio Asfalisesos Emboron), za účelem uhrazení nákladů vynaložených na jeho hospitalizaci v soukromém zdravotnickém zařízení ve Spojeném království. Pan Stamatelakis byl ve dnech 18. května až 12. června 1998 hospitalizován v London Hospital, soukromém zdravotnickém zařízení ve Spojeném království. Za tuto hospitalizaci zaplatil částku ve výši 13 600 GBP.

Vnitrostátní soud položil následující tři předběžné otázky.

První otázka zněla, zda vnitrostátní úprava omezuje zásadu volného pohybu služeb v rámci Společenství zakotvené v článku 49 a následujících ES, když vylučuje, aby národní instituce sociálního zabezpečení hradila náklady na hospitalizaci v soukromém zdravotním zařízení v zahraničí svým pojištěncům s výjimkou případů, které se týkají dětí mladších 14 let, zatímco umožňuje hradit náklady na základě povolení, pokud uvedená hospitalizace proběhla ve veřejném zdravotním zařízení v zahraničí, s upřesněním, že toto povolení je vydáno, pokud vhodná léčba nemohla být poskytnuta včas zdravotním zařízením, který má smlouvu s institucí sociálního zabezpečení, u které je pojištěnec pojištěn.

Druhá otázka směřovala k tomu, pokud by kladně byla zodpovězena otázka první, zda uvedené omezení je možno chápat tak, že je uloženo z naléhavých důvodů obecného zájmu pro nezbytnost vyhnout se riziku vážného zásahu do finanční rovnováhy řeckého systému sociálního zabezpečení nebo zachování vyvážené a přístupné lékařské a nemocniční služby.

Třetí otázka zněla při kladné odpovědi na otázku druhou, zda omezení je dovoleno, pokud neporušuje zásadu proporcionality, tzn. to, co je objektivně nezbytné pro dosažení cíle a takového výsledku nemůže být dosaženo méně omezujícími pravidly.

Podle ustálené judikatury²¹⁷ svobodné poskytování zdravotních služeb zahrnuje svobodu všem osobám, kterým má být zdravotní služba poskytnuta, možnost odejít do jiné členské země a využít služby v tomto státě (rozsudek ze dne 16. května 2006 Watts C - 372/04). ESD se již opakovaně vyjádřil k článku 49 ES, v němž rozhodl, že pokud je poskytování služeb mezi členskými státy oproti poskytování služeb jen v rámci jednoho státu

²¹⁷ Podle ustálené judikatury spadají lékařské služby poskytované za úplatu do působnosti ustanovení o volném pohybu služeb, aniž je na místě činit rozdíl podle toho, zda je léčba poskytována v rámci nemocnice, nebo mimo ni (rozsudek ze dne 16.května 2006, Watts, C-372/04, sb.rozh.s.I -4325, bod 86 a uvedená judikatura).

obtížnější, odporuje tím výše zmíněnému článku (rozsudek ze dne 12. července 2001 Komise v. Francie, C-381/93, Recueil, rozsudek Smits a. Peerbooms, C-157/99).

Co se týká využití služeb v soukromém zdravotnickém zařízení v Řecku, se kterým byla uzavřena smlouva, v tomto případě pacient nehradí žádné výdaje. Jinak tomu je, pokud je pacient hospitalizován v soukromém zdravotnickém zařízení v jiném členském státě podobného charakteru na jiném místě, musí uhradit výdaje za zdravotní péči bez recipročního nároku domovské instituce. Jediná výjimka jsou děti mladších 14 let.

Článek 49 nepřipouští takovou možnost právní úpravy členského státu, která by vyloučila úhradu nákladů vzniklých při poskytování nemocniční péče svým pojištěncům v soukromých zdravotnických zařízeních nacházejících se v jiném členském státě, s výjimkou nákladů zdravotnické péče poskytnuté dětem ve věku do 14 let. Dále není možné vyloučit některé naléhavé důvody společného zájmu.

ESD se vyjádřil k článku 49 v tom smyslu, že členské státy mohou omezit poskytování zdravotnických služeb, pokud je kapacita či zachování určité úrovně medicíny v rámci členského státu podstatné pro veřejné zdraví nebo přežití obyvatelstva (rozsudek ze dne 28. dubna 1998 Kohll C-158/96, Recueil, Smits a Peerbooms, Müller .Fauré a van Riet)). Pokud členský stát ve svém odůvodnění uvede veřejný zájem, vždy musí mít na paměti, aby omezení bylo přiměřené k danému sledovanému cíli. ESD vyslovil, že v tomto případě neexistovalo žádné platné odůvodněné omezení svobodného poskytování zdravotnických služeb v soukromých zdravotnických zařízeních v jiných členských státech než v podobných tuzemských zařízeních.

Ve výše popsaném případě rozhodl ESD následovně. Článek 49 SES nepřipouští právní úpravu členského státu, která vylučuje jakoukoli úhradu nákladu vzniklou při poskytování nemocniční péče svým pojištěncům v soukromých zdravotnických zařízeních, která se nachází v jiných členských zemích ES ze strany tuzemských institucí. Sociálního zabezpečení, s výjimkou nákladů pro děti ve věku 14 let.

Odůvodnění ESD není možné odůvodnit rizikem závažného ohrožení finanční rovnováhy systému sociálního zabezpečení, jelikož absolutní zákaz stanovený v legislativě není přizpůsobený sledovanému cíli (s výhradou dětí ve věku 14 let), pokud mohla být přijata opatření méně omezující a více respektující svobodu poskytování zdravotní péče a služeb.

Generální advokáti k návrhu ve věci Stamatelaki a věci Watts zformulovali několik poznámek k judikatuře v oblasti poskytování zdravotních služeb v zahraničí.

Pro všeobecné pojetí systémů financování zdravotnictví členských států ES je příznačné několik zásadních rysů, které vyplývají z existence rozdílných vnitrostátních systémů zdravotní péče, zdravotního pojištění a způsobu jejich fungování. Základními aspekty těchto rysů je především omezená kapacita zdravotnických zařízení a jejich finančních zdrojů. Poptávka zdravotnické péče překračuje nabídku státních zařízení oproti zařízením soukromým. Technologický rozvoj a inovace podněcují mnohdy poptávku dříve, než dojde k vyrovnání stávající poptávky. V těchto situacích nebudou moci lidé dostat požadující zdravotní péči v určité lhůtě v rámci vnitrostátních systémů. Pořadníky jsou nevyhnutelným důsledkem a jeví se jako nástroj v oblasti zdravotní péče za účelem udržení rovnováhy mezi nabídkou a poptávkou. Mezi další rysy patří i to, že v rámci ES existují různé systémy zdravotní a pojistné, které je nutné vzít do úvahy. Podle generálního advokáta Ruiz-Jaraba Colomera, ve věci Smith a Peerbooms, se jedná o systémy výhradně veřejné, hybridní a soukromé. Veřejný systém představuje úplné financování zdravotní péče. Hybridní systém, jak název napovídá je kombinací financování zdravotní péče, jak z veřejných tak i soukromých prostředků. Náklady na péči hradí pacient, které mu je péče následně proplacena nebo je hrazena přímo ze systému. Od toho se odvíjí i nezávislost či podřízenost systémů, které se dělí na přísně řízený, relativně uzavřený nebo flexibilnější a relativně otevřený. Dalším rysem je nepochybně vliv vnitřního trhu a jeho svobodou poskytovat a přijímat služby v rámci celého ES. Lidé vyhledávají častěji zdravotní služby a péči v jiných zemích ovlivnění různými důvody, především díky rychlejší dostupnosti ošetření (rozsudek Watts), z důvodu nedostupnosti zdravotní služby v jednom členském státě odchází za službou do členského státu, kde je tato služba či péče dostupná (rozsudek Keller) anebo z důvodu čistě inovativních (rozsudek Peerbooms). V neposlední řadě je důvodem pouhá důvěra pacienta v poskytovatele zdravotní péče se sídlem v jiné členské zemi. Mobilita pacientů – klientů je podtržena vyšší dostupností informovanosti týkající se poskytování zdravotní péče a služeb.

Generální advokáti v případech Stamatelaki a Watts udávají, že obě ustanovení článku 49 a článku 22 nařízení Rady 1408/71²¹⁸ se vzájemně doplňují, i když se týkají různých skutečností vedoucí k rozdílným řešením. Osobní působnost článku 49 a článku 22 nařízení Rady 1408/71 se odlišuje, jelikož v článku 22 je tato působnost omezenější. „Článek 49 se

²¹⁸ Nařízení Rady (ES) č. 1408/71, ze dne 14. června 1971, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, ve znění pozměněném a aktualizovaném nařízením Rady (ES) č. 118/97 ze dne 2. prosince 1996 (Úř. věst. 1997, L28, s. 1; Zvl. vyd. 05/03, s. 3, dále jen „nařízení č. 1408/71.“

*týká všech občanů členských států z důvodů jejich usazení ve Společenství, zatímco článek 22 nařízení Rady 1408/71 se týká jen občanů Evropské unie a jejich rodinných příslušníků, kteří jsou pojištěni v některém ze zákonných systémů sociálního zabezpečení členského státu“.*²¹⁹

*„Významné rozdíly pro pacienty vyplývají z toho, zda použijí postup uvedený v článku 22 daného nařízení, nebo se budou odvolávat přímo na článek 49“.*²²⁰ Pokud nařízení upravuje výlučně vztahy mezi institucemi sociálního zabezpečení, kdy stanovuje jednotná kritéria pro podmínky, za kterých je možné odmítnout udělení povolení, přispívá tak ke zjednodušení volného pohybu pojištěnců určitého zákonného režimu sociálního zabezpečení. ES opravňuje státní příslušníky členských států žádat o náhradu zdravotní péče, které byly vynaloženy bez povolení v jiné členské zemi podle sazebníku země, ve které jsou pojištěni.

Ve stanovisku generálního advokáta je stanoveno, že i když judikatura odkazuje na základní svobody stanovené v SES, je zde i jiný silnější aspekt, a tím je zakotvené právo občanů na zdravotní péči v článku 35 Charty základních práv Evropské Unie. Zdraví je nejcennější hodnota s níž se musí zacházet jako s hodnotou, nikoliv jen z perspektivy sociálních výdajů v době hospodářských těžkostí. Jedná se o právo osobního charakteru, které nezávisí na vztahu mezi jednotlivcem a sociálním zabezpečením. Tento aspekt musí ESD zohledňovat.

ESD připomněl v rozsudku Stamatelaki jednotlivé principy, které formuloval v nynější judikatuře. Soudní dvůr uznal naléhavé důvody, které jsou schopné odůvodnit omezení zásady svobodného poskytování zdravotních služeb. Mezi ně patří riziko ohrožení finanční rovnováhy systému sociálního zabezpečení, cílem je zachování kvalitního a vyváženého zdravotnického systému přístupného pro každého, zachování léčebných kapacit a úrovně medicíny na vnitrostátní úrovni. Počet nemocničních zařízení, jejich geografické rozmístění, organizace, vybavení a charakter zdravotnických služeb, které nabízejí, musí být plánované tak, aby tyto zabezpečily dostatečný a stálý přístup vysoké úrovně zdravotní péče, kontrolu nákladu, popřípadě se vyhnuly jakéhokoliv plýtvání prostředků, především finančních. Finanční zdroje nejsou neomezené, bez ohledu na použití způsobu financování.

ESD říká, že pokud by pacienti čerpali svobodně zdravotní péči v kterémkoliv zdravotnickém zařízení, které nemá smluvní vztah s pojišťovnou, ohrozilo by to celé plánování. ESD souhlasí s tím že členské země mohou uložit požadavky pojištěným osobám

²¹⁹ Stanovisko Generálního advokáta Ruiz – Jarabo Colomer.

²²⁰ Stanovisko Generálního advokáta Ruiz – Jarabo Colomer.

v systému veřejného zdravotního pojištění, a to předchozím povolením jako podmínkou k poskytnutí nemocniční péče mimo tento systém a náhradu nákladů této služby. Vychází ze zásady, že právo Společenství nezasahuje do pravomoci členských zemí organizovat si své systémy sociálního zabezpečení. ESD uvedl, že „výkon základních svobod zaručených SES vyžaduje, aby členské země provedly úpravu svých vnitrostátních systému sociálního zabezpečení. „*Jde o požadavek ESD, který nenarušuje suverenitu jednotlivých zemí v této oblasti. ESD dále uvádí, že při uplatnění nařízení Rady 1408/71 se členské země, které zařadily systém poskytující věcné dávky nebo dokonce vnitrostátní zdravotní službu, musí stanovit mechanismus úhrad nákladů poskytnuté zdravotní služby v jiné členské zemi. Jedná se o případy, kdy není možné splnit formální náležitosti v délce pobytu pojištěnce v této zemi a nebo kdy příslušná země povolila přístup k ošetření v jiné zemi v souladu s článkem 22 odst. 1 písm.c.) nařízení Rady 1408/71*“. Pokud se tedy pojištěnci poskytne zdravotní služba v jiné členské zemi bez předcházejícího povolení, může se domáhat náhrady nákladů jen v rámci mezi finančního krytí poskytované systém zdravotní péče členského státu, pod která spadá a musí splnit podmínky slučitelné s právem ES. ESD nebrání členským zemím, aby v systému věcných dávek určil výši náhrad, kterých se pacienti za poskytnutí zdravotní péče v jiné členské zemi mohou domáhat za předpokladu, že je výše těchto náhrad založená na objektivních, nediskriminačních a transparentních kritériích.²²¹

Volný pohyb služeb zahrnuje svobodu příjemců služeb, především osob, jež potřebují zdravotní péči, vycestovat do jiného členského státu za účelem využití těchto služeb (rozsudek Watts, bod. 87). Soudní dvůr také rozhodl, že lékařská služba nepřestává být poskytováním služeb ve smyslu čl. 49 ES z důvodu, že pacient poté, co zaplatil zahraničnímu poskytovateli za poskytnutou léčbu, následně požádá o úhradu nákladu za tuto péči ze strany systému sociálního zabezpečení (rozsudek ze dne 13. května 2003, Müller–Faure a van Riet, C-385/99, Recueil, s. I-4509, bod 103). Z toho vyplývá, že článek 49 ES se použije i na situaci, který je, jak tomu bylo u pana Stamatelakise, v členském státě jiném než ve státě jeho bydliště příjemcem nemocničních zdravotních služeb za úplatu, přičemž je nepodstatné, zda je toto zdravotní zařízení veřejné, nebo soukromé.

Článek 49 brání takovým právním předpisům členského státu, jaké jsou předmětem sporu v původním řízení, které zcela vylučují, aby národní instituce sociálního zabezpečení

²²¹ Stanovisko generálního advokáta Ruiz–Jaramba Colomera ve věci C -444/05 a L.A. Geelhoed ve věci C-372/04.

hradila náklady způsobené hospitalizací svých pojištěnců v soukromých zařízeních v jiném členském státě, s výjimkou úhrady léčby poskytnuté dětem mladším 14 let.

4.2 Shrnutí k dané problematice z pohledu České republiky

Ministerstvo zdravotnictví koncem roku 2007 zveřejnilo soubor věcných záměrů, které mají představovat druhou fázi reformy českého zdravotnictví. Věcný záměr nepočítá s povinností pojišťovny uzavřít smlouvu s každým poskytovatelem. Pojištěnec má mimo smluvní síť právo na úhradu neodkladné péče vždy a plánované péče tehdy, pokud zdravotní pojišťovna není schopna ve stanovené lhůtě ošetřujícím lékařem zabezpečit takovou službu ve své smluvní síti. Pojem „neodkladná péče“ bude způsobovat interpretační problémy. Pacient vyhledá zdravotnické zařízení se svými nspecifikovanými obtížemi, u kterých bude nutné provést nezbytná vyšetření ke zjištění, zda se jedná o akutní stav. Tato vyšetření by měla být uznávána za neodkladnou péči. Z věcného záměru vyplývá, že jiná péče poskytnutá mimo smluvní síť podléhá schválení pojišťovnou. Výjimkou má být pouze poskytnutí neplánované ambulantní služby v jiné členském státě EU. Nově navrhovaný systém spadá pod evropskou regulaci volného pohybu zdravotnických služeb, která má přednost před národní úpravou a poskytuje tak pacientům širší rozsah práv.

Nařízení Rady č. 1408/71²²² a jeho závazným výkladem Soudního dvora zejména v případech Koll, Peerbooms, Müller – Furé a Watts stanoví:

Čerpání ambulantních služeb a dokonce i služeb jednodenní chirurgie v jiné členské zemi EU nevyžaduje předchozí schválení pojišťovnou pacienta, a to ani tehdy, jedná-li se o péči předem plánovanou. Pokud jde o plánovanou zdravotní péči spojenou s hospitalizací, tak podmínka předchozí schválení pojišťovna pacienta – pojištěnce může být uplatněna.

²²² Nařízení Rady č. 1408/71 se vztahuje na pracovníky, kteří podléhají právním předpisům členského státu a jsou státními příslušníky také rodiny a jejich příbuzní. Rovnost zacházení – osoby s bydlištěm na území jednoho z členských států mají stejná práva a povinnosti podle právních předpisů kteréhokoli členského státu jako státní příslušníci uvedeného státu. Nařízení se vztahuje na všechny právní předpisy týkající se těchto odvětví sociálního zabezpečení: dávky v nemoci a mateřství, pohřebné, dávky v nezaměstnanosti, rodinné dávky. Dávky získané podle právních předpisů jednoho nebo více členských států nepodléhají žádnému snížení, úpravám, pozastavení, odnětí ani konfiskaci z důvodu skutečnosti, že příjemce má bydliště na území jiného členského státu, než ve kterém má sídlo instituce příslušná pro jejich vyplácení. Upravuje výjimky ze zákazu omezování volného pohybu osob.

Pokud by však čerpání péče v rámci domovského státu bylo spojeno s nepřiměřeně čekací dobou, pojišťovna musí udělit schválení. Pokud tak neučiní, ačkoliv byly splněny podmínky, kdy je povinna tak učinit, postupuje se tak, jako by schválení bylo uděleno. Pojišťovna tedy péči v zahraničí uhradí.

Vzhledem k prioritě evropského práva nelze, aby přepis členského státu tato práva pacienta, tedy ani českého pacienta, omezil. U plánované nemocničního léčení se čekací doba posuzuje vzhledem k okolnostem konkrétního případu. Z toho vyplývá, že případná regulace „přípustné“ čekací doby v právu členského státu nemusí být rozhodující.

Určitý posun vidím i v projektu Rozhodčího soudu pro zdravotnictví, který byl zveřejněn v červenci 2009 Ministerstvem zdravotnictví ČR a Hospodářskou komorou ČR. Posun vidím především v zajištění právní jistoty pojištěnců veřejného zdravotního pojištění ve vztahu naplnění zákonných nároků. Jak jsem popisovala výše (obr. 2.11), vztahy a subjekty zdravotního pojištění, jež tvoří trojúhelník, je nezbytné poskytnout subjektům nástroj k vymahatelnosti práv a povinností.²²³

²²³ Pro více informací odkazuji na článek. Dostál, O. Rozhodčí soud jako nástroj externího přezkumu úhradových rozhodnutí. *Zdravotnictví a právo*. 2009, č.4, s.11-18.

5 VÝHLED FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ DO BUDOUCNA

*„Cesta k pochopení budoucnosti vede přes poznání minulosti“.*²²⁴

Tuto kapitolu bych chtěla mimo jiné věnovat zamyšlení nad vývojem financování v budoucnosti.²²⁵ Neměla jsem v úmyslu začínat negativně, ale neubráním se tomu. V průběhu zpracovávání mé diplomové a rigorózní práce došlo v rezortu zdravotnictví k obměně několika ministrů a v době dokončení rigorózní práce i ke schválení rozpočtu, který je podle mnoha odborníků nejhorším v historii. Problémem financování ve vztahu k budoucímu vývoji není to, odkud se vezmou finance na zaplacení poskytované zdravotní péče, ale to, komu, jak, kdy, jakým způsobem a především v jaké kvalitě bude péče zajištěna v následujících letech. Jsem toho názoru, že české zdravotnictví potřebuje postupnou kultivaci, nikoliv revoluční reformy.

V České republice se konsensus financování a vůbec reforma zdravotnictví hledá od roku 1992. Optimální řešení financování zdravotní péče, který by vyhovovalo všem participujícím subjektům na zdravotní péči, se zatím nenašlo. V současné době funguje financování formou kombinované kapitačně – výkonové platby, formou předběžné úhrady a formou bodového ohodnocení. Platby paušální a systém DRG jsou formami financování pro nemocniční a ústavní zařízení.

Cílem reforem po roce 1990 byl rozvoj demokratických svobod a občanské angažovanosti, kdežto po roce 2000 jsou reformy spatřovány v rostoucím vlivu nadnárodních korporací a ekonomické globalizaci. Zaměření reforem se soustřeďuje příliš na ekonomické cíle. Reformy postrádají udržitelnou legitimitu pro širokou veřejnost, je patrný rozpor s lidskými právy ve vztahu k hodnotám zdraví a postrádají princip solidarity. Z tohoto pohledu je nutné doplnění o testování legitimacy s využitím důkladných analýz a také zdůraznění dodržování lidských práv vedle ukazatelů účelnosti zdravotnických systémů a účinnosti zdravotní péče.

Diskuse o financování zdravotnictví, které doposud proběhly, byly zaměřeny právě na problematiku okruhy a jejich souvislostmi, vznikajícími mezi zdravotnickými zařízeními a

²²⁴ Vepřek, P. Občané a vývoj zdravotního pojištění. In *abstrakt Kongres medicínského práva*[online], hotel Pyramida II.ročník, 2007. Praha [citováno 18.1.2009]. Dostupný z: <<http://www.medicínsképrávo.cz>>.

²²⁵ Pro tuto kapitolu vycházela autorka z práce Mátle, O., koordinátora projektu. Kulatý stůl k budoucímu financování zdravotnictví v ČR. 2009, leden [online]. [citováno 17.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.kulatystul.cz>>.

pojišťovny. Domnívám se však, že je nutné zabývat se vztahy mezi zdravotnickým systémem a lidmi. Tohoto cíle lze dosáhnout cestou důkladné, soustavné analýzy jednotlivých zdravotnických systémů, jejímu popisu, vyhodnocování kladů a záporů. Analýza vývoje financování není jen pouhé modelování finanční udržitelnosti, ale výchozí bod pro diskusi o celém systému, především o vlastní zdravotní péči. Klíčovým bodem by mělo být vyhodnocení dopadů jednotlivých položek vydaných prostředků.

Modelování budoucích výdajů ve zdravotnictví je vždy založeno na hypotézách o vývoji nákladů, na prognózách demografického vývoje a na předpokladech vývoje průměrných nákladů v oblastech akutní a dlouhodobé péče. Hlavní hypotéza je postavena na proporcii délky života prožité ve zdraví a v nemoci. Nemocnost a délka života prožité ve zdraví určují výši nákladů na zdravotní služby.

Nedostatečné znalosti o přínosu zdravotní péče a nejasně vymezené právo na zdravotní péči i jeho vymahatelnost zakládají problém financování zdravotní péče. Z těchto dvou základů se odvíjí celá řada dílčích problémů, které souvisejí na jedné straně se zvyšováním nároků na zdroje a na straně druhé s omezováním spotřeby zdravotní péče. Situaci ve zdravotnictví na rozdíl od jiných segmentů trhu komplikuje skutečnost, že zdravotnictví patří mezi čisté veřejné statky.²²⁶ Politické rozhodování spočívá ve výběru mezi veřejným a soukromým zabezpečením statků, jejich produkci a v neposlední řadě ve volbě optimální struktury nabídky a v regulaci poptávky. Zdravotnictví je vázáno na individuální spotřebu, dle pravidla, pokud první jedinec spotřebuje danou službu, na druhého jedince již nic nezbude. Z toho je jasné, že zdravotnictví musí být službou veřejnou, ale s řízenou konkurencí a jasně stanovenými pravidly.

Právo na zdravotní péči musí být legislativně vymezeno, aby bylo jasné, v čem nárok na péči spočívá. Jedná se o velmi náročný úkol. Dnes je standardní to, co poskytovatel uzná a plátce zaplatí. To považuji za jednostranný vztah, což je základním kamenem problému. Z mého pohledu je vhodnější zákonem vymežit rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a to kombinací indikačního a výpočtového systému s taxativním výčtem nárokovatelných položek.

²²⁶ Musgrave, R.A., Musgrave, P.B. Veřejné finance v teorii a praxi. Praha :Management Press, 1994.

Nesdílím stejný názor s dělením péče na standardy a nadstandardy, ale jasným vymezením smluvně zajištěné/nezajištěné péče, přičemž ve smluvním rozsahu musí být stanoven minimální rozsah péče, její kvalita a bezpečnost poskytované péče. Smluvní vztah by tak legálně umožňoval si za péči připlácet. Při existenci finanční spoluúčasti by mohlo snadno dojít k situaci, kdy pacient neřeší své zdravotní problémy ihned, tím je přenesen do horšího stádia, což je v konečném důsledku mnohem finančně nákladnější.

Moderní medicína dokáže vyčerpat nesmírně vysoké množství prostředků při řešení závažných zdravotních stavů. Domnívám se však, že zdravotní služby v ČR jsou v zásadě finančně dostupné. Finančně dostupná zdravotní péče je ústavním právem. Ústavní zákony stanovují povinné veřejné zdravotní pojištění jako solidární a v návaznosti na úhrady, pro všechny pojištěnce stejně. Ovšem rovnost podmínek na výstupu neodpovídá nerovnosti podmínek na vstupu.²²⁷ K 1. 1. 2008 byla uzákoněna nerovnost v míře solidarity mezi pojištěnci zavedením nízkého stropu pojistného, čímž se rapidně snížily příjmy zdravotních pojišťoven. Důvodem bylo dlouholeté porušování § 3 a § 3a zákona č. 592/1992 Sb. Právo na základní zdravotní péči je vnímáno jako základní právo zakotvené v ústavě. S vnímáním práva na zdravotní péči jako základního lidského práva nekoresponduje vymezení povinností jednotlivce ve vztahu k vlastnímu zdraví a péči o ně. V současném zdravotním systému není jasně definován rozsah, úroveň ani kvalita zdravotní péče. Tím, že není definováno jasné právo na zdravotní péči, dochází ke snižování nákladů z důvodu nevymáhateelného nároku na péči. Na druhé straně dochází k vysokým nákladům z důvodu nadměrného čerpání zdravotní péče.

Hovořila jsem o jedné z příčin problémů financování vlivem nedostatečné znalosti přínosu zdravotní péče. Mnohdy však informační přehlcenost vede k obtížné orientaci v relevanci jednotlivých sdělení. Východiskem by bylo zajištění státem garantovaného zdroje informací pro veřejnost.

Rozsah činností, které jsou součástí zdravotní péče, se neustále rozšiřuje a přitom není dostatečně známo, jaký přínos z ní plyne. Nedostatečné znalosti o přínosech péče potom vedou k tomu, že se pozornost přesouvá pouze k nákladům na péči a velmi obtížně se rozhoduje o tom, na úkor čeho se mají prostředky získat. To stejné platí i při rozhodování o užití jak veřejných tak i soukromých prostředků. Finanční dopady jsou enormní už i použitím

²²⁷ Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM.

neprůkazných řešení zdravotních problémů. Umožněním jejich širokého využívání dochází k plýtvání prostředků, které bezpochyby následně chybí. Problém souvisí s inovacemi a jejich použitím, přičemž řešením je uplatňování „*evidence based medicin*“²²⁸ Dalším řešením by bylo založení centra pro hodnocení účinnosti metod či technologií ve zdravotnictví. Mohli bychom se inspirovat Velkou Británií, kde existuje Národní institut pro zdravotní a klinickou excelenci NICE. Úkolem centra by bylo hodnotit návrhy a vyhodnocovat dopady na náklady a to vše na základě transparentních kritérií.

S narůstajícím počtem subjektů ve zdravotnictví (i v jiných odvětvích) dochází k enormním nárokům na řízení součinnosti, týmovou práci a hodnocení výsledků. Stejně tak s nárůstem počtu dostupných metod vyšetřovacích, léčebných i preventivních roste náročnost na zajištění dostupnosti informací, které jsou nutné k péči. Finanční dopady vznikající špatnou součinností jsou obrovské.

V důsledku nepředání informací dochází k poskytování neúčinné, mnohdy nevhodné léčby anebo duplicitním vyšetřením, což odnese samotný pacient. Jako možnost řešení je samozřejmě předávání si klinických informací mezi lékaři, zdravotnickým personálem, lékárníky a pacienty. K tomu zohlednění principů subsidiarity v úhradových mechanismech. V praxi to znamená nehradit z veřejných prostředků nemocniční péči, je-li zvládnutelná ambulantně. Typickou péči u praktického lékaře není nutné nahrazovat péči u specialisty. Pozornost je zapotřebí soustředit na oblast primární prevence, na pozitivní ovlivňování zdravotního stavu s cílem zvyšovat kvalitu života. Větší důraz byl měl být kladen na spolupráci s nemocnými, podporovat jejich součinnost a nabádat je k vyšší aktivitě. Přikláním se k podpoření pozitivní motivace pro ty, kteří praktikují zdravý životní styl. Zdravotní pojišťovny by měly vytvořily prostor pro pozitivní i negativní motivaci - formou diferencovaných plánů a programů. Špatná motivace v systému nemocenského pojištění, především pak nízké zapojení zaměstnavatelů do systému, vede ke zneužívání pracovní neschopnosti v dobách finančních potíží podniku. Zavedení zpětné vazby mezi lékaře a Českou správou sociálního zabezpečí, neboť díky její aktuální absenci dochází ke ztrátám na odvodech na zdravotní pojištění. Lidé v krátké pracovní neschopnosti neplatí zdravotní pojištění. Zvyšování pracovní neschopnosti má dopad i na výběr přímých daní a pojistného na sociální zabezpečení. Nadměrně také vzrostlo posuzování nemocenské. Rozhodnutí lékaře

²²⁸ Evidence Based Medicin „EBM“ je odborný termín překládaný jako medicína založená na důkazech.

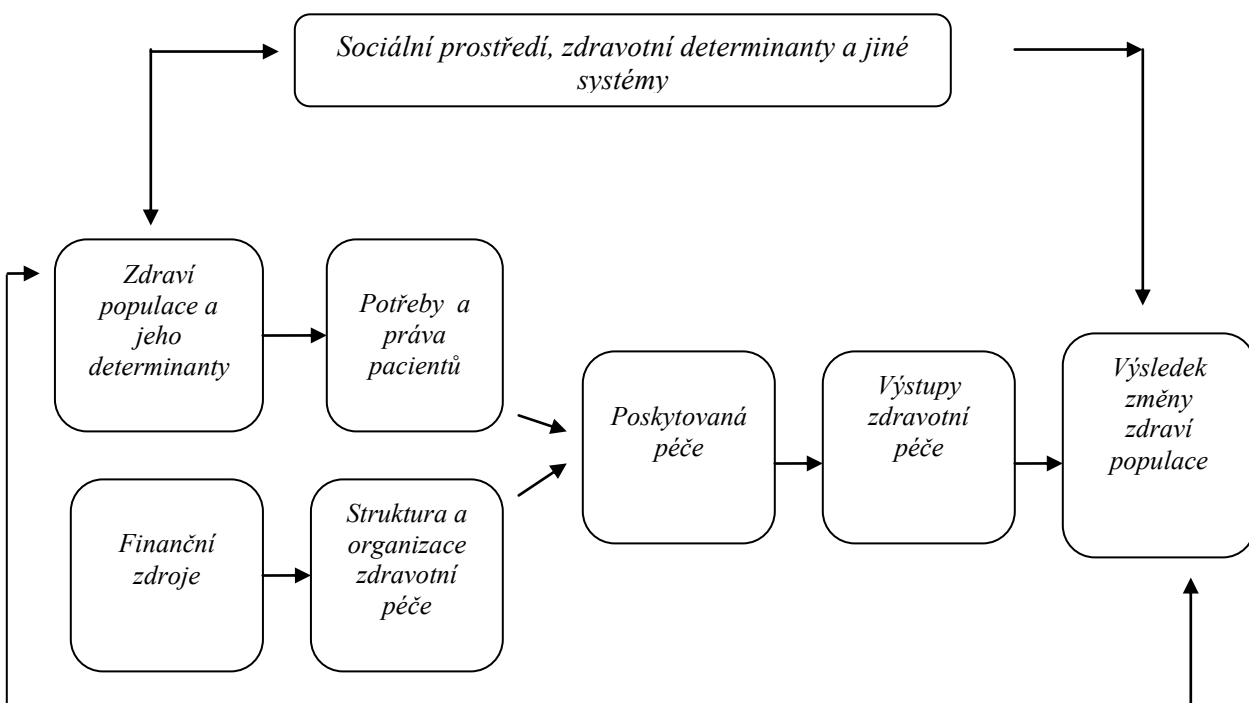
vyvolá náklady jak nemocenského, tak i zdravotního pojištění, naopak v zahraničí je běžná integrace zdravotního a nemocenského pojištění do jednoho systému. Řešením je informační propojení obou pojištění, zavedení zpětné vazby a bonifikace lékařů i pacientů. V dlouhodobém horizontu organizační propojení obou systémů pod správu zdravotních pojišťoven.

V České republice je nevhodná struktura zdravotní péče. Platí to pro lůžkový fond, centralizaci akutní péče, nedostatek chirurgických lůžek a lůžek pro následnou péči. Akutní lůžka jsou nejdražší, často využívaná i pro léčbu neakutních stavů. Příčinou nevhodné struktury jsou nesprávně nastavené mechanismy úhrady k financování. Úhrady od zdravotních pojišťoven za jednotlivé druhy zdravotní péče jsou nevyrovnané. Nutností je tedy vyrovnat ocenění jednotlivých výkonů. Důležitá je centralizace technologicky a personálně náročné práce.²²⁹ Restrukturalizací lůžkového fondu by bylo možné dosáhnout markantního snížení nákladů. Změny ve struktuře závisí nejen na vlastní zdravotní péči, ale i na struktuře sítě poskytovatelů zdravotní péče. Tato síť je výsledkem dlouhodobého vývoje, který se váže na vlastní poskytovatele, na spádové území a celou infrastrukturu.

Problematických míst ve zdravotnictví je nespočet a to nejen u nás, ale i v zahraničí. Domnívám se, že není obtížné vyjmenovat všechna slabá místa, daleko obtížnější je identifikovat a definovat problematické okruhy těchto slabých míst a řešit je. Co považuji za klíčové, je umění pojmenovat problém, situaci, vyhodnotit dopady a pochopit je v souvislostech, jelikož neznám provázanější oblast, než-li je oblast zdravotnictví (obr. 5 .1).

²²⁹ Více informací v diplomové práci autorky. Konečná, J. Právní rámec managementu nemocnic. 2009. *Diplomová práce*. Masarykova univerzita, Právnická fakulta. Vedoucí práce Eva Tomášková.

Obr. 5.1 Komparativní analytické schéma procesů ve zdravotnictví²³⁰



Vstupy tvoří zdraví populace a dostupné finanční zdroje na zdravotní péči. Tyto exogenní faktory se vstupem do systému zdravotní péče stávají vstupy endogenními a charakterizují potřeby a práva pacientů, tzn. poptávku na jedné straně a na straně druhé organizaci a strukturu zdravotní péče, tzn. nabídku. Poskytovaná zdravotní péče propojuje oba vstupní faktory, např. formou hospitalizace. Okamžité výstupy mohou mít podobu jak pozitivní, ale díky nežádoucím účinkům nebo komplikacím také podobu negativní. Navíc tyto vstupy nelze zaměňovat s výsledky změny zdraví populace, na které je nutno nahlížet z dlouhodobého pohledu a na které mají taky vliv i jiné systémy veřejných služeb, sociálního prostředí, aj.

Finanční rovnováha zdravotnického systému je ovlivňována dostupnými zdroji a spotřebovanými finančními prostředky. Spotřeba a výsledek péče jsou do značné míry ovlivňovány preferencemi a chováním nemocného a navíc i chováním jeho rodiny. Dlouhodobost péče snižuje z pohledu jednotlivce závislost mezi péčí a jejím výsledkem. To snižuje na jedné straně motivaci nemocných, na druhé straně tak vzniká prostor pro

²³⁰ Obrázek po úpravě převzat : Jakubowski, E., Busse, R. and Chambers, G. Health Care Systems in the EU. A komparative study, 1998.

neposkytování péče ze strany poskytovatelů, především v případě, kdy na ně plátcí vyvíjejí tlak k úsporám, ke snížení nákladů. Tím se vytváří potřeba k rychlému zformulování nároků na péči, hrazenou z veřejných rozpočtů. Přepokládat, jak se bude v budoucnu vyvíjet nákladová křivka je velmi obtížné (obr. 5.2)

Obr. 5.2 Prognóza vývoje bilance zdravotnictví (v % HDP)²³¹

Prognóza vývoje bilance zdravotnictví (v % HDP)												
Rok	2009	2011	2015	2019	2023	2027	2031	2035	2039	2043	2047	2051
Vývoj příjmů	5,7	5,9	5,9	6,0	5,9	6,0	6,1	6,2	6,2	6,1	6,2	6,3
Vývoj výdajů	5,6	5,9	6,5	7,5	8,3	8,7	9,5	10,5	11,5	12,5	13,3	14,3

Z obrázku je možno vyčíst očekávaný vývoj, přičemž jedna část ukazuje na snižování nákladů při zvyšujícím se zdraví, druhá naopak „uzdravování“ a rostoucích nákladech s ním spojených. Tento scénář vychází z projekce obyvatel dle Burcina a Kučery (vysoká varianta), zlepšování zdraví, které se odráží v prodlužování života a tedy ve snížení nákladů na péči. Dále scénář vychází z projekce Eurostatu (EUROPOP 2008), předpokládá zvyšování mezd pracovníků ve zdravotnictví tak, aby konvergovaly k průměru proporce mzdy vůči průměrné mzdě obvyklé v zemích OECD, a z toho, že prodlužování délky života a s ním spojeného poklesu úmrtnosti nepřichází samo od sebe, ale je důsledkem zdravotní péče a tedy vede k nárůstu nákladů.

Rostoucí ceny zdravotní péče, navyšování finančních prostředků do zdravotnictví a rostoucí význam, který zdravotnické výdaje mají ve vztahu k HDP, motivují společnost ke zvýšenému zájmu financování zdravotnických systémů.

Podle mého názoru změny v systému zdravotnictví jsou více než nevyhnutelné, ale neobejdou se bez účasti odborné i laické veřejnosti. V budoucnu by měla být řešena tato témata : racionalizace nákladů, maximalizace výběru pojistného, organizace a správa systému, zlepšování technické infrastruktury, podpora lidských zdrojů, definování měření a zlepšení

²³¹ Obrázek převzat po úpravě autorky této práce ze zdroje: Kulatý stůl k budoucnosti financování v ČR, 2008.

kvality, zvyšování znalostí o efektivitě zdravotní péče, zajišťování finanční dostupnosti, snižování regionálních rozdílů, definování smluvních vztahů a v nich stanovený rozsah péče, podpora preventivních programů zdravotní péče, omezování pracovní neschopnosti.

Strategický plán na ochranu zdraví 2008 - 2013²³² je součástí „Bílé knihy“, který vstoupil v platnost od ledna 2008 pod názvem HEALTH. Má tři hlavní cíle, kterými jsou podpora dobrého zdraví, ochrana před zdravotními riziky a podpora dynamických zdravotnických systémů.²³³ V dokumentu je uvedeno, že současných 40 % zdravotních výdajů vzniká v souvislosti s nezdravým životním stylem a proto je třeba této oblasti věnovat náležitou pozornost.

Vzhledem k celkově zvyšujícím se nákladům ve zdravotnictví je prevence a osobní odpovědnost každého jednotlivce za své zdraví jednou z cest, jak napjatým rozpočtům ulevit. V knize je navržena ucelená strategie v oblasti zdravotní péče, kde jsou zohledněny pravomoce členských zemí a EU, platná legislativa a finanční nástroje. Organizace a poskytování zdravotní péče je plně v kompetenci členských států EU. Rozpočet Programu HEALTH činí 321,5 mil. Do programu se mohou zapojit všechny členské země EU, země ESVO/EHP, kandidátské země, země západního Balkánu a země zapojené do Evropské politiky sousedství. Program spravuje přímo Evropská komise, resp. Výkonná agentura pro oblast veřejného zdraví – Public Health Executive Agency se sídlem v Lucemburku. Program je prováděn na základě ročního plánu práce stanovujícího priority, akce a finanční alokace. Pro Českou republiku je kontaktním místem odbor Mezinárodních vztahů a EU Ministerstva zdravotnictví.

Problémy, týkající se služeb souvisejících se zdravotní péčí hrazenou z veřejných fondů, jsou předmětem právních kontraverzí nejen v České republice, ale i ve světě. Samotná možnost kombinace soukromých prostředků s platbami z veřejného zdravotnického systému za účelem zajištění služeb vyšší kvality existuje ve většině evropských zemí. V České republice je toto téma otevřené a předmětem mnoha debat. Mohli bychom se inspirovat zkušenostmi ze slovenského zákona a zdravotních programů v USA. V příloze č. 17 uvádím

²³² Strategie EU pro zdraví[online].Evropský parlament. Milan Cabrnoc – poslanec Evropského parlamentu za ODS[citováno 14.11.2009]. Dostupný z : <http://www.cabrnoch.cz/index.php/2008/10/15/strategicky_plan_na_ochranu_zdravi>.

²³³ Druhý akční program v oblasti veřejného zdraví 2008 -2013 pod názvem Health –Společné zdraví. První program byl pro rok 2003-2008.

srovnání provozních nákladů zdravotních pojišťoven v ČR a v některých evropských zemích v % z celkových příjmů.

Neustálý pohyb a výdaje do budoucna budou mít vzestupnou tendenci. Úkolem správce rozpočtové kapitoly je dbát na efektivní využívání vkládaných finančních prostředků, aby tyto přispívaly co nejvíce ke zlepšení zdraví. Z hlediska ekonomického je nutné dbát na poskytování veřejných zdravotních služeb financovaných z veřejných rozpočtů (x lobby předepisování léků).

Zefektivnit činnost, zvýšit prevenci nemocnosti a zlepšit osobní odpovědnost v rodinách i ve školách. Vzdělávací a výchovné programy pro ženy či budoucí maminky.

Musím zmínit i vyřčené názory odborníku na eHealth Konferenci ISSS 2009.²³⁴

MUDr. Jiří Běhounek, hejtman kraje Vysočina uvedl nutnost zavedení elektronizace celého systému zdravotní péče, nejen z důvodu bezpečnosti pacientů, ale především zapojením se všech zdravotnických profesionálů do systému. MUDr. Milan Cabrnok se zastavil nad otázkou příjemců benefitů zavedením strategie eHealth. Zdůraznil novinky v evropské legislativě o Deklaraci bezpečnosti pacienta, Směrnici o právech pacientů v rámci přeshraniční péče a Směrnici o ePreskripci. Ing. Fares Shima z odboru informatiky MZ ČR zdůraznil využití ICT technologií při poskytování zdravotní péče a odstranění bariér ve zdravotnictví v rámci zemí EU.

Zdravotní systémy v rámci EU se budou muset v budoucnosti vypořádat s velkými problémy. Veřejné výdaje na zdravotní péči v EU se mají do roku 2060 zvýšit o 1,5 % HDP. Otázka veřejných financí se nadto řeší podle pravidel rámce Paktu o stabilitě a růstu. Problematika stárnutí populace by měla být řešena v návaznosti na koncepci již realizovaného rámce, který byl zaveden v posledních letech, zejména pak v návaznosti na Lisabonskou strategii, která poskytuje všeobecný rámec. Komise, díky otevřené metodě koordinace týkající se oblasti důchodu a zdravotní péče, bude i nadále podporovat členské státy, jejímž výsledkem by měla být europenizace sociálního modelu ve vztahu k ekonomickému vývoji. Domnívám se, že nejdůležitějším úkolem nadcházejícího období je nutnost řešit problémy systematicky, nikoli jen se zaměřením na jednotlivé problémy, které převládaly v minulosti.

²³⁴ Ministerská konference „eHealth pro jednotlivce společnost a ekonomiku“, která proběhla v Praze za českého předsednictví EU ve dnech 18-20. února 2009. Závěry shrnuje Pražská deklarace eHealth.

6 ZÁVĚR

Pro tuto práci byl důležitý zejména výběr tématu, které je aktuální, z hlediska bádání „stále živé“. Tím byl dán předpoklad společenského uplatnění získaných poznatků a zároveň záruka, že problematika v dané oblasti zatím není uspokojivě a vyčerpávajícím způsobem řešena. A je tím dáno dostatečně široké pole působnosti pro objevení a získávání skutečně dalších poznatků.

Cílem vědecké činnosti a zkoumání musí být maximální úsilí v pronikání od povrchu věci k jejímu jádru, aby mohlo být dosaženo skutečně pravdivých vědeckých poznatků. Vědecké poznatky znamenají pokrok v lidském poznání a mohou být využity pro další rozvoj lidské společnosti.

Je vcelku logické, že zdravotnické systémy musí mít zajištěny odpovídajícími příjmy, aby dokázaly pružně reagovat na nemoci a tím přispívat ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Pokud není systém schopen vytvořit dostatek příjmů, může selhat důvod existence samotného systému a cíl, jímž je aktivní a zdravá populace. Cílem systému financování zdravotnictví je, aby byly za investované zdroje vytvářeny hodnoty. Výhody zdravotní péče musí převážit nad náklady. Formy financování zahrnují zdroje veřejných rozpočtů (státních, regionálních, municipálních), povinné pojištění, dobrovolné pojištění, zaměstnanecké pojištění a také přímé platby od příjemců služeb.

Rigorózní práci jsem zaměřila na oblast financování zdravotnictví nejen v České republice, ale i v jiných zemích. Jednotlivé země jsem vybírala na základě vlastních zkušeností, zkušeností kolegů, lékařů a příbuzných. Mou snahou byla nejprve specifikace jednotlivých běžných pojmů používaných v souvislosti se zdravotnictvím, tj. zdraví, zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotnická zařízení, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovny, jenž vycházejí z platných právních předpisů. Podrobněji jsem se věnovala základním zdrojům financování zdravotní péče, jimiž jsou zdravotní pojišťovny a jejich úloha financování dle poskytnuté zdravotní péče jednotlivými poskytovateli. Neoddělitelnou součástí jsou tolik diskutované přímé zdroje financování zdravotní péče, jimiž jsou přímé platby od pacientů – klientů, tzv. regulační poplatky. Pro důležitost tématu jsem uvedla jeho detailnější přehled. Neodmyslitelnou součástí je přehled judikatury z oblasti financování zdravotní péče za posledních pět let. Pro práci samotnou je stěžejní srovnání přístupů k finančním zdrojům ve zdravotnických zařízeních v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Cílem práce bylo,

díky preciznímu popisu, dílčím analýzám veřejných politik, analýzám jednotlivých zdrojů zdravotnických systémů a jejich hodnocením, poskytnout povědomí o jedné z nejdůležitějších oblastí našeho života. Díky těmto syntetickým metodám si práce vytkla za cíl extrahovat jednotlivé prvky systému a následně tak poskytnout souhrn možných zdrojů a způsobů vynaložení finančních prostředků v souvislosti s reformními návrhy a jejich zhodnocení. Přínosné bylo i srovnání přístupů k financování zdravotní péče v jiných zemích. Cílem byla také kritická reflexe společenských důsledků ekonomické globalizace. Práce je jako celek zpracována hlavně analytickou metodou logické dedukce. Tyto metody pokládám za nejdůležitější cestu k pochopení a dalšímu posunu vývoje této oblasti. Hlavním posláním rigorózní práce jako každé vědecké práce, bylo a je nikoli vědecké problémy řešit, ale především je rozebírat z různých úhlů a poskytovat poučení.

Práce zpracovává téma, které sice není nové. Přesto se domnívám, že je vnímáno systémově odlišně a nabízí mnohé náměty k zamyšlení, které přináší odpovědi na řadu aktuálních otázek spojených s financováním zdravotní péče. Musím však podotknout, že tím, že na všechny otázky nelze jednoznačně odpovědět, se některé odpovědi mohou jevit jako nedostatečné.

Domnívám se však, že je nutné zabývat se vztahy mezi zdravotnickým systémem a lidmi. Tohoto cíle lze dosáhnout cestou důkladné, soustavné analýzy jednotlivých zdravotnických systémů, jejímu popisu, vyhodnocování kladů a záporů. Analýza vývoje financování není jen pouhé modelování finanční udržitelnosti, ale výchozí bod pro diskusi o celém systému, především o vlastní zdravotní péči.

Nedostatečné znalosti o přínosu zdravotní péče a nejasně vymezené právo na zdravotní péči i jeho vymahatelnost, zakládají problém financování zdravotní péče, kterým je nutno se neustále zabývat a věnovat mu patřičnou a důslednou pozornost. Mít stále na mysli, že není možné vytvářet jen dílčí a nesourodá opatření, nýbrž produkovat skutečnou a systémovou změnu, která vnese do zdravotnictví nové a silné samoregulační mechanismy.

Zdravotnictví vyžaduje informace a jejich kvalifikované analýzy, tak aby mohlo své cíle správně vymezit, stanovit novou strategii a potřebné nástroje. Pouze na základě jejich sledování, studia a hodnocení může vyjevovat jejich reálnou validitu, dynamiku a vztahy, jejich působení a následující vliv na odbornou a širokou veřejnost.

7 RESUMÉ

My rigorous work is aimed at area of financing of health service not only in The Czech Republic but also in other countries. I selected individual countries on the basis of my own experience, experience of my colleagues, doctors and other experts and relatives. My effort was a specification of single and common concepts used in context of health service, i.e. health, health service, health care, health care institutions, health insurance companies, health insurance, which appear from valid legislation. I attend to basic supply financing of health care in more detail, which are health care institutions and their part of financing according to provided health care of single suppliers. Nondetachable components are so much discussed direct sources financing of health care which are patient payments – clients so-called the regulatory tax. From this reasons I mention a bread-down. Most of states use for regulation of inquiry for health care so-called the regulatory tax. The purpose is set up price for health care thereby avoid of exceedingly exhaustion.

The goal of my work was afford by means of exact descriptions, analyses of public politics, analyses of single sources of financing also health systems and their scoring, subconscious about one of the most important area of our life and it is health service. I consider the methods in the most important way toward to understanding and next shift development in this area.

The preference of coming period is emphasis on systematic solving problems not only with the view to single problems which prevail from the past. The health politics is describe a clear interest in health and justice. It is based on the strategic documents, platform health 21., which is the programme of European health policy from 1998 and the second activity platform Association in health area for ages 2008 – 2013 approved The European Parliament and European Council. European legal rules are valid for The Czech Republic too. In order to creation stable environment for execution of occupation must be changes in health policy also socially acceptable. There dominate a collective way of financing with the due participation all citizen in Europe. So it must be the same in our place. Every way is condemn to fiasco without support of doctors and social consent. The consensus is sought in The Czech Republic from 1992. A optimal solution for financing of health care have not found so far that would correspond to all participate health subjects for health care. The dominant part plays the public health service financed by means of taxes in the neighbourhood of a half of advanced European

countries. Ambulatory doctors are not enterprisers but government employees in a row these countries. Also it is not true that the quality health care must be financed by means of competitive health insurance companies in developed countries. There is ten insurance companies in The Czech Republic which are offering identical public health insurance whereas dominant „Všeobecná veřejná pojišťovna“ VZP which control 63 % of the market. It appears from this that monopoly reigns to the insurance system. According to my opinion is establishment of „Payment house“ solutions to save public finances that would finance a current „standard“ health care. There grew up some tens insurance companies which managed at the expense of selected insurance and they were not able paid for provided health care. More favourable variation is a merger of present insurance companies at this situation that could manage creation of three comparably forceful statutory insurance companies. There is necessary to take account of a private sector of doctors and related question of commercial insurance. The taxes employed political scene in so far as were marginalized more important preferences of health service. Once for all could come to their solution on the way a strict separation owners health insurance companies and health facilities. Health insurance companies should not be privatized respectively they should be established according to a unified particular legislative act such as fictitious person „sui generis“.

From thirty states OECD invest to the health care lower part of gross domestic product (GDP) only South Korea and Poland. The more is a country richer the more per cent should be head to the area of health services. It is also valid vice versa. It is necessary say that investments to health, schools, suicidology belongs to from a long-term standpoint to these the most effective. The disproportion could be drive back a decline level of Czech medicine which is from the doctors view incomprehensible. Thence it follows that it is necessary to increase expenses in to health services.

The patient participation is the fastest amount of expenses in the health services. It grew near up on seven milliard CZK in 2007 it means more than one quarter in between year. The portion direct payments of citizens was increase to 17% after implementation payments in 2008 which is more than in other advanced European countries. A non esse additional insurance is main reason of economical problems in health services in The Czech Republic. The commercial additional insurances such as private financial resources could be bring together with direct payments usual expenses about 20 %. At the current situation which is characterized fall-off in economical activity and very insecure expectations is necessary for

Europe efficiently to recover from an economical downturn and solve elderly population problems and harmonize steps for support of a continual development of economic recovery. It is necessary to hit in all strategic areas. The co-ordination on European level could make easy a change of proof procedure, develop co-operation and reduce negative falls. The next sore subject of financing health services are alternative payments in behalf persons without own earnings. As for being the persons – children, pensioners and unemployed is a state benefit very low and although they spend over 80 % from the health care (the benefit amounts is only 23 % from public health insurance incomes. Increasing insurance payments for these persons is an only political decision. The way out could be a joint payment on the economic development. With regard to health insurance is paid from two-thirds by a employer and from one-third by employee and it becomes dearer and it is not possible to gross up. According to the Czech economists could come about competitiveness endangering. They attach to adjustment of payments which could provide for lower rates of obliged public insurances from 13,5 % to 11 %. Thereby it would enable resources of economically active citizens for commercial insurances for „above standard care.“ Standards and their creation are a base of every reform. It is not possible to arrange additional insurance unless an assessment of standards controlled from public health insurance.

One of advantages health services in The Czech Republic is the gradual hospital system which is advantageous not only for patients but also doctors. The registration of medical facilities should be stay on a state competence or a regional self-government. Hospitals form the backbone of all health system around the world. The creation of regions and transfer most of sick-beds is common matter today after all a standard form in advanced European countries are profitless hospitals.

The perpetual purpose which approved government 16. 3. 2009 was revised with the view to their demise. The law should changed five laws. Despite some part provisions e.g. change of insurance select, its redistribution, chances at health insurance companies economy was not in any case an anticrisis law but the way to still major economical problems of next years.

The health service requires informations and their quality qualified analyses so that it can staking out its targets, provide for own strategy and necessary tools. Only on the base their monitoring, study and classification it can elicit their real validity, dynamics, their relationships, their incidence and following effect.

8 POUŽITÉ POJMY A ZKRATKY

Analýza nákladů a prospěchu (cost benefit analysis) metoda kvantitativní ekonomické analýzy zaměřená na měření a vyhodnocování zdravotních i jiných intervencí. Náklady i přínosy musí být vyjádřeny v peněžní formě.

Akutní péče (acute care) nemocniční péče za účelem diagnostiky, léčby krátkodobých onemocnění a urgentních stavů, nevyžadující zpravidla delší pobyt na lůžku než 30 dní.

CASE-MIX jsou systémy, ve který jsou pacienti (definováni zadanými sledovanými ukazateli) zařazováni do skupin podle svých onemocnění. Sledovanými ukazateli jsou věk, pohlaví, základní diagnóza, vedlejší diagnózy, léčebný výkon operativní – neoperativní, velký-malý, nutnost výkonu na operačním sále, stav nemocného při propuštění, komplikace, komorbidita, porodní váha.

ČLK Česká lékařská komora

ČSÚ Český statistický úřad

DALY (disability adjusted life years)

Data neuspořádaná fakta, ze kterých se tvoří informace.

Demografie (demographis) studie složení trhu založená na sociologicko –ekonomických proměnných: věku, pohlaví, zaměstnání, náboženství, úrovni vzdělání, rase, národnosti, příjmu, nebo velikosti rodiny.

Disponibilní zdroj (disposable icome) peníze, která má jednotlivec na útratu po zaplacení daní.

DRG (diagnosis related groups) diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz. Platby jsou modifikovány s ohledem na provedené operace, věku, pohlaví, souběžné nemoci, charakteru nemocnice atp.

Efektivnost (effectiveness) účinnost produkčního faktoru, poměr výstupu a vstupu.

EFPIA Evropská federace farmaceutického průmyslu

Ekonomika (ekonomy) 1. hospodářství, 2. vědní disciplína, která zkoumá hospodářskou činnost určitého odvětví, 3. původně synonymum pro výraz ekonomie ve smyslu ekonomické vědy.

Epidemiologie je lékařské odvětví zabývající se studiem faktorů ovlivňujících zdraví a nemocnost obyvatelstva a slouží také jako poklad k opodstatnění lékařských zásahů, provedených v zájmu veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství. Epidemiologie je

považována za základ metodologie výzkumu ve zdravotnictví a je vysoce ceněna v medicíně založené na důkazech, protože pomáhá rozpoznat rizikové faktory pro přenos nemocí a určuje optimální postup jejich léčby v klinické praxi.

Experiment (pokus) způsob porovnávání, měření určitého jevu, který probíhá v účelově vytvořených podmínkách.

ESF Evropský sociální program

EGF Evropský fond přizpůsobování se globalizaci

Financování (finance) činnost směřující k opatření podnikového kapitálu, jež slouží k zabezpečení produkce zboží a služeb a ke splnění cílů organizace.

Hodnocení ve zdravotní péči (evaluation of health care) posuzování činnosti, efektivnosti, adekvátnosti a bezpečnosti zdravotnických intervencí, programů jakož i dílčích cílů vytyčovaných v oblasti zdravotní péče.

Hospitalizace pobyt v nemocnici za účelem diagnostickým nebo léčebným.

Hrubý domácí produkt (HDP) – klíčový ukazatel vývoje ekonomiky. Představuje souhrn hodnot přidaných zpracováním ve všech odvětvích v činnostech povolovaných v systému národního účetnictví za produktivní (tj. včetně služeb tržní i netržní povahy).

Globalizace je sociální změna, zvyšování spojení mezi společnostmi a jejich elementy.

IMI (Innovative Medicines Initiative) – nová evropská platforma k podpoření farmaceutického výzkumu.

Index spotřebitelských cen měří vývoj celkové cenové hladiny. Sleduje se na spotřebních koších založených na souboru druhu zboží a služeb placených obyvatelstvem.

Informace (information) data, která jsou uspořádána, interpretována a používána. Mohou být v písemné, audio-, video- nebo fotografické podobě.

Inflace je obecně definována jako růst cenové hladiny, tj. charakterizuje míru znehodnocování měny v přesně vymezeném časovém období. Míra inflace je měřena pomocí přírůstku indexu spotřebitelských cen,

Kapitace, kapitační platba (capitation) prospektivní platba, kterou obdrží poskytovatel zdravotní péče na úhradu nákladů. Je poskytována pevnou částkou na jednoho registrovaného pacienta s přihlédnutím k demografickým či jiným charakteristikám pojištěnce. Je využívána zejména v oblasti primární péče.

Know-how (vědět jak) poznatky týkající se postupů, receptů aj., mohou být chráněné patentem.

Kónizace diagnostický a současně léčebný malý operační výkon.

Kontrola (check) faktor rovnováhy mezi jakýmkoliv žádoucím a skutečným stavem. Funkce kontroly je diagnostická, ovlivňující prevenci nedostatků.

Konzultant odborník pro danou oblast, který šíří poznatky k dalším zúčastněným osobám.

Kvalita (duality) souhrn vlastností výrobků či služeb vyjadřující způsobilost uspokojovat potřeby, ke kterým jsou příslušné výrobky či služby určeny. Kvalita zdravotní péče znamená dělat správné věci, ve vhodný čas, správným způsobem, správným lidem a dosahovat vzhledem k daným podmínkám nejlepších výsledků.

KÚNZ Krajský ústav **národního zdraví**.

Laparoskopie je moderní chirurgický přístup zmenšující velikost rány a zátěž pacienta operací.

Legislativa (zákonodárství), činnost, spojená s tvorbou zákonů a v širším smyslu s tvorbou norem vůbec, nabývá v moderním právním státě stále většího rozsahu.

Lůžko (bed) základní plánovací jednotka nemocnic a léčebných ústavů. Do počtu lůžek se nezapočítávají lůžka provizorní a lůžka pro doprovázející osoby.

Liberální teorie spravedlnosti Rawls je představitel liberální politické filosofie. Pokládá spravedlnost za základní ctnost společenských institucí. Otázkou je, na jakých principech spravedlnosti se mohou svobodní a rozumní lidé v rovné výchozí situaci ve vlastním zájmu shodnout.

Management 1. teorie a praxe řízení firem a organizací, 2. řídicí pracovníci organizace.

Managment risk systematický proces identifikace, hodnocení a provádění činností k prevenci nebo k řízení klinických, administrativních, vlastnických a zaměstnaneckých bezpečnostních rizik v organizaci.

Mandatorní výdaje „přikázané“ výdaje rozpočtu, které jsou externě stanoveny (např. zákonem) a nelze je při plánování rozpočtu účinně ovlivnit. O mandatorních výdajích obvykle mluvíme v kontextu státního rozpočtu, kde jsou jimi např. výplaty sociálního zabezpečení, důchodu atp.

Marketing souhrn činností organizace zajišťující potřeby a přání potenciálních klientů za účelem dosahování vnitřních cílů organizace.

Marže (margin) číselný rozdíl mezi cenou výrobku a náklady na jeho výrobu. Jinými slovy marže je rozdíl mezi velkoobchodní cenou a maloobchodní prodejní cenou po určitém procentuálním navýšení (obchodní přírážka).

Medicaid je sociální program zdravotního zabezpečení zejména pro určité skupiny nemajetných občanů.

Medicare je systém zdravotního zabezpečení ve stáří.

Motivace (motivation) psychologické síly, které pohnou osobou směrem nebo ze směru nějakých činností, cílů, akcí.

Monetarismus je ekonomická teorie zdůrazňující význam peněz včetně jejich samoregulační funkce a odmítají státní zásahy do ekonomiky.

MUNI Masarykova univerzita

MÚNZ Městský národní ústav zdraví

MF Ministerstvo financí

MZ Ministerstvo zdravotnictví

Náklady (costs) v penězích vyjádřená a účetně doložená cena produkčních faktorů.

Neonatologie je obor medicíny, který se zabývá péčí o novorozence v široké škále stavů od zdravých donošených novorozenců přes novorozence s vrozenými vývojovými vadami a chorobnými stavy až po extrémně nezralé děti.

New public management je jedním z moderních přístupů k řízení veřejné správy. Jeho podstatou je převzetí prvků řízení, které jsou uplatňovány v soukromém sektoru, do sektoru veřejného.

Obchodní společnost (business company) sdružení dvou a více podnikatelů k provozování podnikatelské činnosti pod společným názvem. Druhy OS: 1. veřejná obchodní společnost, 2. společnost s ručením omezeným, 3. komanditní společnost, 4. akciová společnost.

Oblastní manažer (area manager), který řídí tým lidí v dané oblasti.

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development). Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj je mezivládní organizace 30 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě. OECD koordinuje ekonomickou a sociálně-politickou spolupráci členských zemí.

Organizace (organization) 1. uspořádaný systém lidí, prostředků zaměřených na splnění určitých cílů, 2. činnost směřující k vytváření různých systémů, 3. stupeň uspořádanosti společenských systémů.

Organizace příspěvková (contributory enterprise) taková organizace, jež dostává na své hospodaření příspěvek ze státního rozpočtu.

OÚNZ Okresní ústav národního zdraví

PPP (Public Private Partnership) označuje smluvně upravenou spolupráci veřejného a soukromého sektoru, která je uzavřena za určitým účelem, jímž je obvykle zajištění veřejných služeb nebo infrastruktury.

Prevalence jeden ze základních ukazatelů v epidemiologii a epizootologii, je podíl počtu jedinců trpících danou nemocí a počtu všech jedinců ve sledované populaci. Je vztažena k určitému časovému okamžiku (momentu) a obvykle se vyjadřuje v procentech.

Privatizace označuje změnu veřejného (státního) na soukromé, zpravidla se tohoto pojmu používá pro převod veřejného majetku do soukromého vlastnictví.

Prognóza (prognosis) kvantifikovaný odhad určitého jevu vztahující se k budoucnosti.

Řízení (governance) povinnost stanovit příkazy organizace, stanovit cíle a vytvořit politiku pro vedení organizace v oblasti plnění jejího poslání, sledovat plnění těchto cílů a zavádění politiky.

Růst (pokles) HDP charakterizuje o kolik % reálně stoupl (klesl) hrubý domácí produkt ve sledovaném čtvrtletí roku proti stejnému období roku předchozího, po očištění o sezónní vlivy a nestejný počet pracovních dní.

SAK ČR spojená akreditační komise ČR vznikla v roce 1998. Posláním je zvyšování trvalé kvality a bezpečí zdravotnické péče v ČR pomocí akreditací zdravotnických zařízení, poradenské činnosti a publikačních aktivit.

Screening je v lékařství plošné vyšetřování za účelem vyhledávání chorob v jejich časných stádiích, kdy pacient ještě nemá potíže a příznaky. Cílem screeningu je brzké rozeznání nemoci v naději, že se včasným zásahem a péčí podaří snížit úmrtnost a strádání. I když může screening vést k časnější diagnóze, ukazuje se, že ne pokaždé testy prospějí testované osobě. Nadměrná diagnóza, chybná diagnóza a vytváření falešného pocitu bezpečí jsou potenciálními nežádoucí účinky screeningu.

Sít' zdravotnických zařízení (network of health facilities) soustava zdravotnických institucí a zařízení, které poskytují služby různého druhu. Jádrem sítě jsou instituce (právnícké osoby) a zařízení léčebně preventivní péče: ordinace praktických lékařů, ordinace ambulantních specialistů, nemocnice a ostatní lůžková zařízení poskytující léčebně preventivní péči.

SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv

Směrnice (guidelines) zásady vedení nebo vedení činnosti.

Sociologie je společenská věda zkoumající sociální život jednotlivců, skupin a společností.

Strategický plán (strategic plan) formulovaný plán, který stanovuje veškeré cíle organizace a který hledá vztahy organizace v rámci jeho prostředí.

Transformace (transformation) přeměna jedné právní formy na druhou

Účinnost (effectiveness) stupeň, v jakém jsou poskytované služby, zákroky nebo činnosti ve shodě s nejlepší praxí, a o tak, aby byly splněny cíle a aby bylo dosaženo optimálních výsledků.

Vize (vision) vyjádření, čím by organizace chtěla být.

Výkonnost (performance) kontinuální proces, kterým manažer hodnotí a pracovníci přezkoumávají svůj výkon, stanovují výkonnostní cíle a hodnotí pokrok ve vztahu k těmto cílům.

Zdravotnický informační systém (health care systém) – jeden z odvětvových informačních systému vybudovaných pro potřeby řízení zdravotnictví. Metodicky je řízen v ČR Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) při Ministerstvu zdravotnictví v ČR.

ZP Zdravotní pojišťovna

9 SEZNAM LITERATURY

Monografie české

1. BERNÁT, R., ALTOBELLI, F. C. *Mezinárodní marketingový management*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2008. ISBN 978-80-251-1641-8.
2. CLEMENTE, N. M. *Slovník marketing*. Brno : Computer Press, 2004. ISBN 80-251-0228-9.
3. COVEY, R.S. *7 návyků vůdčích osobností pro úspěšný a harmonický život. Návrat etiky charakteru*. Praha : Pragma, 1997. ISBN 80-85213-41-9.
4. DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Praha : Linde Praha, 2007. ISBN 978-80-7001-684-6.
5. DRBAL, C. *Česká zdravotní politika a její východiska*. Praha : Nakladatelství Galén, 2005. ISBN 80 7262-340-0.
6. DRBAL, C. *Zdraví a zdravotní politika*. Brno : MU. 1996
7. DRUCKER, F. P. *To nejdůležitější z Druckera v jednom svazku*. Praha : Management Press, 2002. ISBN 80-7261-066-X.
8. DRUCKER, F. P. *Výzvy managementu pro 21.století*. Praha : Management Press, 2000. ISBN 80-7261-021-X.
9. DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. 1.vyd. Praha : Vysoká škola ekonomická. Oeconomica. 2005
10. DYTRT, Z. a kol. *Etika v podnikatelském prostředí*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1589-9.
11. EDERSHEIM, H. E. *Management podle Druckera*. 1.vyd. Praha : Management Press, 2008. [Z anglického originálu *The definitive Drucker*. Přeložila Irena Grusová. McGraw-Hill, 2007,]. ISBN 978-80-7261-181-2.
12. HOLMAN, R. *Osobní účty ve zdravotním pojištění a penzijním pojištění*. 1.vyd. Praha : CEP, 2002. ISBN 80-86-547-14-0.
13. HOLČÍK, J., KAŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém, péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: NCO NZO, 2005. s.19.
14. CHARVÁT, J. *Firemní strategie pro praxi*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1389-6.
15. GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Brno : Computer Press, 2003. ISBN 80-7226-996-8.
16. GLADKIJ, I. *Politika a politický proces a jejich vliv na možnosti uplatnění systémového přístupu v transformaci zdravotnictví*. Olomouc: Vydavatelství PU, 1997. ISBN 80-7067-753-8.
17. GLADKIJ, I., STRNAD, L. *Zdravotní politika - zdraví - zdravotnictví*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0500-8.
18. JEŽEK, T. *Privatizace české ekonomiky : její kořeny, metody a výsledky*. 1.vyd. Praha : Oeconomica, 2006. ISBN 80-245-1069-3.
19. KLAUS, V., TOMŠÍK, V. *Makroekonomická fakta české transformace*. 4.vyd. Brno : NC Publishing, 2007. ISBN 978-80-903858-1-8.
20. KOČENDA, E., LÍZAL, L. *Český podnik v české transformaci 1990 - 2000*. 1.vyd. Praha : Academia, 2003. ISBN 80-200-1039.

21. KOTLER, P. *Marketing a management (Analýza, plánování, realizace, kontrola)*. 2.vyd. Praha : Victoria Publishing, 1995. ISBN 80-85605-08-2.
22. KŘEPELKA, F. *Evropské zdravotnické právo*. Praha : LexisNexis, 2004. ISBN 80-86199-82-7.
23. KUTNOHORSKÁ, J. *Etika v ošetrovatelství*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2069-2.
24. LANG, H. *Management, trendy a teorie*. 1.vyd. Praha : C.H. Beck, 2007. ISBN 80- 7179-638-1.
25. MACH, J. a kol. *Zdravotnictví a právo*. 2. rozšířené a doplněné vydání. Praha : LexisNexis, 2005. ISBN 80-86199-93-2.
26. MACH, J. *Medicína a právo*. 1.vyd. Praha : C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-810-X.
27. NĚMEC, J. *Principy zdravotního pojištění*. 1.vyd. Praha : Grada Publishing, 2008.
28. NAHODIL, F. a kol. *Veřejné finance v České republice*. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009. ISBN 978 -80-7380-162.
29. NIKLIČEK, L. *Systém veřejného zdravotnictví a nemocenského pojištění za první Československé republiky*. 1.vyd. Praha : Lidová univerzita Komenského, 1994.
30. OSTRŮŽEK, J. a kol. *Public Private Partnership*. 1.vyd. Praha : C. H. Beck, 2007. ISBN 978-7179-744-9.
31. PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 2.vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-052-1.
32. PITRA, Z. *Základy managementu (Management organizací v globálním světě 21.století)*. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2007. ISBN 978-80-86946-33-7.
33. PITRA, Z. *Podnikový management*. 1.vyd. Praha : ASPI –Wolters Kluwer, 2008. ISBN 978-80-7357-379-9.
34. POHL, T., ČECH, P. *Právní systémy v ČR II*. 4. přepracované vydání. Praha : ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-284-6.
35. POTŮČEK, M., Purkrabek, M., HAVA, P. a kol. *Analýza události veřejné politiky v České republice*. 1.vyd. Praha : Univerzita Karlova, 1994.
36. RAPH, B. *Mezinárodní marketingový management*. 1.vyd. Praha : Computer Press, 2007. [Internationales Marketing Management. Přeložila Ludmila Fatěnová]. ISBN 978-80-251-16418.
37. ROUBAL, T. JELÍNKOVÁ, K. BOHÉMSKÝ, P. *Trh soukromého zdravotního pojištění*. 2.část.Pojistné rozpravy. 2007. č. 21. s. 56 -73.
38. SOUČEK, Z., BURIAN, J. *Strategické řízení ve zdravotnických zařízeních*. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2006. ISBN 80-86946-18-5.
39. STIGLITZ, J., E. *Jiná cesta k trhu*. 1.vyd. Praha: Prostor, 2003. [Globalization and Its Discontents. [Přeložil Jan Plachta]. ISBN 80-7260-095-8.
40. STÝBLO, J. *Management současný a budoucí*. 1.vyd. Praha : Edition Kamil Mařík. Profesional Publishing, 2008. ISBN 978-86946-67-2.
41. ŠNĚDAR, L. *Základy zdravotnického práva*. 1.vyd. Praha : LexisNexis, 2008. ISBN 978-80-86920-21-4.
42. SEHNÁLEK, D. *Vybraná judikatura Evropského soudního dvora ke studiu práva Evropské unie*. 1.vyd. Brno : MU, 2007. ISBN 978 -80-210-4254-4.
43. SOJKA, M. *Ekonomické a společenské změny v české společnosti po roce 1989 (alternativní pohled)*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0119-2.
44. SOUČEK, Z. *Firma 21. století (Předstihneme nejlepší)*. Praha : Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-88-6.

45. SOUČEK, Z. *Zvítězíme i v globálním světě*. 1.vyd. Praha : Professional Publishing, 2008. ISBN 978-80-86946-73-3.
46. ŠNĚDAR, L. *Základy zdravotnického práva - s příklady a otázkami*. Praha : LexisNexis, 2008. ISBN 978-80-86920-21-4.
47. TOMÁŠKOVÁ, E. *Veřejný zájem v podnikání*. 1.vyd. Brno: MU, 2008. ISBN 978-80-210-4574-3.
48. TOMÁŠKOVÁ, E. *Interakce práva, ekonomie a managementu*. Brno : MU, 2007. ISBN 978-80-871-139-65-3.
49. TÝČ, V. *Základy práva Evropské unie pro Ekonomy*. 4.vyd. Praha : Linde, 2004. ISBN 80720114781.
50. VÁGNER, I. *Systém managementu*. 2. přepracované vydání. Brno : MU, 2007. ISBN 979-80-210-4264-3.
51. VÁGNER, I., WEBER, M. *Osobní management*. 2. přepracované vydání. Brno : MU, 2007. ISBN 978-80-210-4265-0.
52. VÁGNER, I. *Management z pohledu všeobecného a celostního*. 3. vyd. Brno : MU, 2004. ISBN 80-210-3536-6.
53. VEBER, J. a kol. *Management (základy –prosperita –globalizace)*. 1.vyd. Praha : Management Press , 2000. ISBN 80-7261-029-5.
54. VEČERNÍK, J., MATĚJŮ, P. *Zpráva o vývoji české společnosti 1989-1998*. 1.vyd. Praha, 1998. ISBN 80-200-0703-2.
55. VODÁČEK, L., VODÁČKOVÁ, O. *Moderní Management v teorii a praxi*. Praha : Management Press, 2006. ISBN 80-7261-143-7.
56. VOKURKA, M., HUGO, J. a kol. *Velký lékařský slovník*. Praha : Maxdorf, 2002 . ISBN 80-85912-43-0.

Monografie zahraniční

1. ARROW, K.J. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. Armer. Econ. Rev. 1963, 53(5): 941 -973.
2. BOLZ, U. *Public Private Partnership in der Schweiz*. 1.vyd. Genf : Schulthess, 2005.
3. BUSSE, R., SCHREYOGG, J., SMITH, P.C Editorial..Hospital cese payment systems in Europe. Health Care Management Science č.9, 2006. s. 211-213.
4. CAREY, D. HERRING, B., LENAIN, P. Health care reform in the United states. Economic Department working paper no.665.Paris : OECD. 2009.
5. CLAESSENS, S., DJANKOV, S. *Ownership Concentration and Corporate Performance in the Czech Republic: Journal of Comparative Economics* 27 (1999), s. 498-513.
6. CULYER, A.,NEWHOUSE, J. P.(edit). *Handbook of Health Policy*. Oxford Unverzity Press, 2002.
7. DEUTSCH, E. SPOCKHOFF, A. *Medizinrecht. Arztrecht, Arzneimittelrecht, Medizinproduktrecht und Transfusions – recht*. 5. vyd.Berlin : Springer, 2003. ISBN 3540000488.
8. FLOOD, C.M. *International Health Care Reform. A legal, economic and political analysis*. Routledge, London, 2003.
9. FRYDMAN, R., RAPACZYNSKI, A. a EARLE, J.S. *The Privatization process in Central Europe*. Central European University, New York, 1993.

10. GOLDBERG, L., LONBAY, J. *Pharmaceutical Medicine, Biotechnology and European Law*. Cambridge : Cambridge University Press, 2000. ISBN 0521792495.
11. HOFMARCHER, M.M., RACK, H.M. Health system review. *Health Systems in transition*. Austria. 2006, č. 8(3), s.1-247.
12. JENNINGS, B., BAILLY, M.A., BOTTRELL, M., LYNN, J. *Health Care Duality Improvement: Ethical and Regulatory Issues*. New York : The Hasting Center Garrison, 2007.
13. KAUFMANN, R.R. Market reform and Social Protection: Lessons from the Czech republic, Hungary and Polen. *Eastern European Politics and Societies*. 2007, č. 21, s. 111-125.
14. KEEHAN, S., et al. *Health Spending Projections Trough 2017*. The Baby- Boom Generation Is Dominy to Medicare. *Health Affairs*. 2008, 27.2, s. 145-155.
15. KOONTZ, H., WEIHRICH, H. *Management*. (Victoria Publishing) East Publishing, Praha, (1993).
16. KRAJEWSKI - SUIDA, K., ROMANIUK, P., GERICKE, Ch. A. Politoval analysis of the conception of the Polish National Health Fund. *Journal of Public Health* 2008, 16.s.153-159.
17. MAHAR, M. Money –Driven Medicin. *The real reason health care costs so much*. New York : Collins, 2006.
18. OBAMA, B. Audacity of Hope. Thoughts on Reclaiming the American Dream. New York : Crown/Three Revers Press. 2006.
19. RANADE, W.(ed). *Markets and Health Care*. A Komparative Analysis. Longman, London a New York, 1988.
20. SUHRCKE, M., ROCCO, L., MCKEE, M. *Health a vital investment for economic development in eastern Europe and central Asia*. World Health Organization, on behalf of the European Observatory on Health Systeme and Policie, 2007.
21. STRITECKY R., PIROZEK P., DVORAK P. *Management of Health Services in the Czech Republic*. *The Journal of Health Administration Education*, vol.16,A 2, Spring 1998.
22. WATSON, P. Unequalizing Citiezenship. The politics of Poland’s Health Care Change. *Sociolog* 2006, 40:1079-1096.
23. WHO European Ministerial Konference on Health Systems. *In Health Systems, Health and Wealth*. Tallinn, Estonia. 2008, 25 - 27 June.
24. WILKINSON M., MARMOT, M. *The Solid Facto. Social determinants of Health*. WHO : Copenhagen, 1998.
25. ZARKOVIC, G., SATZINGER, W., MIELCK, A., JOHN, J. *Health Policie and the Management og National Health Care systéme*. Neuhergerg : GSF – National Research center for Environment anh Health Institute of Medical Informatics and Health Servies Reaserch, 1998.

Odborné články

1. Barták, M., Horáková, P. K současným reformám zdravotnictví v USA. *Zdravotnictví v České republice*. 2009, roč.12, č.2, s.61-62.
2. Buchar, J. Ekonomické informace. *Zdravotnictví a právo*. 2008, č.5, s.34-36.

3. Britské státní zdravotnictví má mnoho chyb- podobnost s českým systémem je čistě náhodná? *Britské listy*.2009, 21.8.ISSN 1213-1792.
4. Černý, P. Organizace zdravotnictví a právo EC. *Zdravotnictví a právo*.2006, č. 02, s. 17 -20.
5. ČLK navrhuje od 1.1.2010 další poplatek 100 korun za neschopenku. *TV noviny NOVA*. 8.12.2009.
6. Daňhová, A.Hospodaření nemocnic by mohlo oddlužení. *Zdravotnické noviny*. 2005, č.15, s. 12.
7. Darmopilová, Z. Bude zdravotní reforma? In.*MendelINET* 2004. 1.vyd. Brno: MZLU – PEF. 2004.
8. Dlouhý, M., Strnad, L. Nemocnice- kvalita, efektivita, finance. IGA MZ ČR, 1999.
9. Drbal, C. Politika pro zdraví. *Zdravotnické noviny*. 1993, č. 43, s. 32-33.
10. Drbal, C. Změny ve vývoji determinant zdraví. Praha : *Zdravotnictví v České republice*. 2002, č.1-2, s. 6-12.
11. ČLK. Dopis ministryni zdravotnictví Juráskové ze dne 26.11.2009, č.j.992/2009.
12. Ekonomika, právo a politika. In *Sborník textu č.9/2001*. Praha: CEP, 2001. ISSN 1213-3299.
13. Ekonomická bilance systému veřejného zdravotního pojištění. *Tempus Medicorum*. 2009, č. 7-8, s. 2-7.
14. Fiala, P. Hledání reformy zdravotnictví pro ČR. *Tempus Medicorum*. 2008, č. 5, s. 6-7 a násl.
15. Gladkij I., a kol. Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press. 2003, s. 4-5.
16. Gladkij, I. a kol. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press. 2003, s.79.
17. Gygalová, M. Financování zdravotnictví. 2009. *Bakalářská práce*. Masarykova univerzita Brno. Právnická fakulta. Vedoucí práce. Michal Radvan.
18. Hampl, V. Privatizace bez konsensu přinese jen problémy. *Tempus Medicorum*. 2008, č. 3, s. 10-11.
19. Háva, P. Etické dimenze české zdravotní politiky. *Zdravotnictví v České republice*. 2008, roč.11,č. 1, s 2-6.
20. Háva, P., Mašková-Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádských zemí(2). *Zdravotnictví v České republice*. 2009 roč.12,č. 2, s. 73.
21. Háva, P., Mašková-Hanušová, P. Zdravotní politika visegrádských zemí(2). *Zdravotnictví v České republice*. 2009 roč.12,č. 2, s. 70-76.
22. Hladká, I. Přehled legislativy pro neziskové organizace 2009. Brno: *Centrum pro výzkum neziskového sektor*. 2009, s. 24.
23. Hnilicová, H.,Barták, M. Zdravotnický systém v USA. *Zdravotnictví v České republice*.2005, roč.8,s.166-173.
24. Holčík, J. Zdravotní systémy v Evropě. *Zdravotnictví v České republice*. 2008, roč.11 č. 4, s.115 an.
25. Hroboň, P.Komentáře z praxe. *Zdravotnické noviny*. 2005, č.15, s. 14.
26. IMD (*Institut for management development, Lausanne*).The World Competitiveness Report. 2009. Od roku 1989 je zpráva vydávána každoročně. Letos se hodnotilo 57 konkurenceschopných ekonomik světa (Kazachstán a Katar poprvé).
27. Jelínek, J. Zdravotnický systém. *CzechMed*. 2008, s,11.
28. Julínek.T. Tisková konference Brno 2007. *Zdravotnické noviny*. 2008, č.53., s.14-15.
29. Julínek, T.,Schmidtová, U. „eHealth pro jednotlivce společnost a ekonomiku“. Porovnání zdravotnických systému jednotlivých zemí. In *Ministerská konference*

- v rámci předsednictví EU ve dnech 18-2. 2009 Praha. Ulla Schmidtová, německá ministryně zdravotnictví.
30. K financování zdravotní péče v zahraničí. *Zdravotnictví a právo*. 2008, č.9, s. 26-27.
 31. Klusáček, J. Nová zdravotní pojišťovna. *Hospodářské noviny*. 24.2.2009
 32. Konečná, J. Právní rámec managementu nemocnic. 2009, s.31-37. *Diplomová práce*. Masarykova univerzita Brno. Právnická fakulta. Vedoucí práce Eva Tomášková.
 33. Křížová, E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. *Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky*: Praha 1998.
 34. Kubek, M. Personální devastace českého zdravotnictví. *Tempus Medicorum*. 2008, č. 10, s. 2-7.
 35. Kubek, M. Zástupná platba státu za osoby bez vlastních příjmů. *Tempus Medicorum*, 2009. č.2.s. 11.
 36. Metodika pro pořizování a předávání dokladů Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, verze 6.28. *Ústředí VZP ČR*, Praha. 2009.
 37. 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 a potraviny pro zvláštní lékařské účely. Účinnost od 1. dubna 2009.
 38. Mejstřík, M., Lastovička, R., Marcinin, A. Řízení firem privatizovaných kuponovou metodou a jejich tržní ocenění. In: *Švejcar, J.et.al: Česká republika a ekonomická transformace v Evropě*.1996, s.169-176.
 39. Nobelova cena. Prof. Stiglitz a jeho soudy o české ekonomice, *Lidové noviny*.3.1.2002
 40. OECD Health Data 2004. Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP ve vyspělých zemích OECD. *Zdravotnictví v České republice*. 2006, č. 3.
 41. OECD Organizations for Economic Co – Operation and Development. A Systems of Health Accounts. OECD, 2002.
 42. Pechová, J. Financování zdravotnictví. 2008/2009. *Bakalářská práce*. Masarykova univerzita. Právnická fakulta. Vedoucí práce Michal Radvan.
 43. Roubal, T. Jelínková, K. Bohémský, P. Trh soukromého zdravotního pojištění. 2.část.*Pojistné rozpravy*. 2007,č. 21, s. 56 -73. 2007,č. 21, s. 56 -73.
 44. Rýznar, V. Efektivní řízení nemocnic. *Medical Tribune*. 2007, č. 20.
 45. Singer, M. Dopady hospodářské krize na českou ekonomiku. In *Konference Ernst&Young, Exekutive Party*. 2009, 14.října.
 46. Szalay, T., Kováč, P. Slovenská reforma zdravotnictva. *Zdravotnické právo praxi*. 2004, č.3.
 47. Strnad, L., Gladkij, I. Postavení nemocnic v systému zdravotní péče. *Zdravotnictví v České republice*. 2000, č. 3, č. 1-2.
 48. *Studie OECD*. Private Health Insurance in OECD Countries (Soukromé zdravotní pojištění ve státech OECD), 2004. První, svým rozsahem a kvalitou zpracování doposud nepřekonatelnou publikací o soukromém zdravotním pojištění.
 49. Schlanger, J. Změna právní formy nemocnic. *Hospodářské noviny*. 2006, 8.3.
 50. Švihová, V., Kováč, E., Baška, T., Hudečková, H. Zdravotné poistenie na Slovensku. Analýza rezat' ročného využívania indexov rizika nákladov za roky 1999-2008. *Zdravotnictví v České republice*. 2008, č. 3, s.84-89.
 51. Štyglerová, T. Demografie 2009. Vývoj obyvatelstva v roce 2008. *Demografie*. 2009, roč. 51, č. 3.
 52. Štůma, S., Švestka, J. Univerzitní nemocnice. *Právní rozhledy*. 2008, č.10, s. 43-48.

53. Vepřek, P. Občané a vývoj zdravotního pojištění. *Kniha abstrakt. In Kongres medicínského práva. Praha : hotel Pyramida, 29.11.- 30.11.2007, s.82 - 83.*
54. Veřejná soukromá partnerství. Možná cesta k zefektivnění zdravotnického systému. *In Mecon 2005 Sborník příspěvků ze VII.ročníku mezinárodní konference. Ostrava: Vysoká škola báňská. 2005.*
55. Vurm, V. a kol. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : Triton. 2007. s 28.
56. *Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). 2007, s. 55.*
57. *Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). 2008.*

Přehled právních předpisů

1. Ústavní zákon č.2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.
2. Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny. Oviedo 4.4.1997 (ETS 164, v ČR č. 96/2001 Sb.m.s.).
3. Úmluva na ochranu lidských práv a základních svobod z roku 1951 (ETS005, v ČR přijata pod č. 209/1992 Sb.).
4. Úmluva – Evropská sociální charta z roku 1961 (ETS035, v ČR přijata pod č. 14/2000 Sb.m.s.).
5. Úmluva o závodních zdravotnických službách, publikovanou pod č. 415/1988 Sb..
6. Úmluva o právech dítěte, publikovanou pod č. 104/1991 Sb.
7. Mezinárodní pakt o občanských a politických právech, č. 120/1976 Sb.
8. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, č. 120/1976 Sb.
9. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon popisuje důležité pojmy jako např. Zdravotní péče, soustava zdravotnických zařízení, druhy zdravotnických zařízení, pracovníky ve zdravotnictví; dále se věnuje ochraně osobních údajů ve zdravotnictví.
10. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.
11. Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, v platném znění.
12. Zákon č. 96/2001 Sb.m.s., úmluva o ochraně lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny.²³⁵
13. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zákon, který upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za kterých je poskytována zdravotní péče dle tohoto zákona, způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených z veřejného zdravotního pojištění.
14. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění. ve znění pozdějších předpisů.
15. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně české republiky, ve znění pozdějších předpisů. Tímto zákonem je zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna, zákon upravuje hospodaření, organizační strukturu, orgány a informační systém Všeobecné zdravotní pojišťovny.

²³⁵ Tato úmluva zemí EU ze dne 4.4. 1997 se účinností ode dne 1.10.2001 stala součástí právního řádu.

16. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Upravuje výši pojistného na všeobecném zdravotním pojištění, penále, způsob jeho placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojištěného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění.
17. Zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tento zákon upravuje podmínky a rozsah zdravotní péče v nestátních zdravotnických zařízeních a podmínky jejich provozování.
18. Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů.
19. Zákon č. 48/1998 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění.
20. Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích, účelem tohoto zákona je zajistit poskytování zdravotní péče vhodnými bezpečnými a účinnými zdravotními prostředky tak, aby při správném používání k účelům, pro něž jsou určeny, nedošlo k poškození zdraví lidí.
21. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů. V tomto zákoně jsou mimo jiné uvedeny orgány ochrany veřejného zdraví, mezi které patří Ministerstvo zdravotnictví, krajské hygienické stanice, Ministerstvo obrany a Ministerstvo vnitra; tyto orgány shromažďují osobní údaje, které je Česká republika povinna předávat mezinárodním organizacím na základě mezinárodní smlouvy, kterou je Česká republika vázána. Tyto údaje musí být zpracovány dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.
22. Zákon č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů.
23. Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.
24. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.
25. Zákon č. 117/2006 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění [účinnost od 1.4.2006].
26. Zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních a o změně některých zákonů, ve znění nálezu Ústavního soudu vyhlášeného pod č. 483/2006 Sb. Právní předpis upravuje mimo jiné zřízení a vznik veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízení, jejich orgány, hospodaření, a dále zvláštní podmínky složení a jmenování dozorčí rady veřejného zdravotnického zařízení.
27. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 261/2007, Sb.
28. Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů.
29. Zákon č. 378/2007, Sb., o léčivech. Tento zákon zpracovává předpisy Evropských společenství a v návaznosti na to upravuje registraci, poregistrační sledování, předepisování a výdej léčivých přípravků, prodej vyhrazených léčivých přípravků a poskytování informací, mezinárodní spolupráci při zajišťování ochrany veřejného zdraví a vytváření jednotného trhu léčivých přípravků evropské společenství a vedení dokumentace o těchto uvedených činnostech.
30. Zákon č. 219/2000 Sb., o majetku České republiky a jejím vystupování v právních vztazích ve znění pozdějších předpisů.

31. Zákon č. 130 /2001 Sb., o finanční kontrole ve veřejné správě o změně některých zákonů (o finanční kontrole), ve znění pozdějších předpisů .
32. Zákon č.130/2002 Sb., o podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o změně některých související zákonů (zákon o podpoře výzkumu), ve znění pozdějších předpisů.
33. Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.
Právní předpis zakotvuje účast fakultních nemocnic v procesu klinické a praktické výuky v oblasti lékařství a farmacie na vysokých školách.
34. Zákon č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů.
35. Zákon č. 40 /1964 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
36. Zákon č. 513/1991 Sb., obchodní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
37. Zákon č. 262 /2006 Sb., zákoník práce, a celá oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci[účinnost od 1. 1. 2007].
38. Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.
39. Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, ve znění pozdějších předpisů.
40. Zákon č. 59/2009 Sb., kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
41. Zákon č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.
42. Šestnáctý zákon č. 362/2009 sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s návrhem zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2010.

Prováděcí právní předpisy

1. Nařízení vlády č. 267/2002 Sb., o informačním systému výzkumu a vývoje.
2. Nařízení vlády č. 461/2002 Sb., o účelové podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a o veřejné soutěži ve výzkumu a vývoji.
3. Nařízení vlády č. 462/2002 Sb., o institucionální podpoře výzkumu a vývoje z veřejných prostředků a hodnocení výzkumných záměrů.
4. Nařízení Rady(ES) č. 1408/71, ze dne 14.června 1971, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodinné příslušníky pohybující se v rámci Společenství, ve znění pozměněném a aktualizovaném nařízením Rady (ES) č. 118/97 ze dne 2.prosince 1996 (Úř.věst.1997, L28,s.1; Zvl.vyd.05/03, s.3, dále jen „nařízení č.1408/71.“
5. Vyhláška MZ ČR č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných obcemi a kraji.
6. Vyhláška č. 394/1991 Sb., o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic v řídicí působnosti ministerstva zdravotnictví ČR, ve znění vyhlášky č. 259/2006 Sb.
7. Vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů.

8. Vyhláška č. 56/1997 sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, která upravuje preventivní prohlídky v oboru praktický lékař pro dospělé, pro děti a dorost, v oboru stomatologie a v oboru gynekologie a porodnictví.
9. Vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost, tato vyhláška stanovuje nemoci, u nichž lze lázeňskou péči poskytnout, indikační předpoklady, odborná kritéria pro poskytnutí lázeňské péče, délku lázeňského pobytu a indikační omezení jednotlivých lázeňských míst.
10. Vyhláška č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách, touto vyhláškou jsou stanoveny nemoci, u nichž se dětem a mladistvým do 18 let věku poskytuje zdravotní péči v odborných dětských léčebnách a indikační zaměření těchto léčen.
11. Vyhláška č. 247/1993 Sb., o výběrovém řízení na vedoucí funkce ve zdravotnických organizacích a zařízeních v působnosti ministerstva zdravotnictví, okresních úřadů a obcí.
12. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
13. Vyhláška č. 62/2001 Sb., o hospodaření organizačních složek států a státních organizací s majetkem státu, ve znění vyhlášky č. 569/2006 Sb.
14. Vyhláška č. 505/2002 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 563/1991 Sb., o účetnictví, ve znění pozdějších předpisů, pro účetní jednotky, které jsou územními samosprávnými celky, příspěvkovými organizacemi, státními fondy a organizačními složkami státu.
15. Vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodařeními s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu přepočtu tohoto limitu, tato vyhlášky mimo jiné vymezuje druhy fondů ve zdravotních pojišťovnách, mezi které patří fond rezervní, provozní, sociální, fond majetku a reprodukce majetku.
16. Vyhláška č. 392/2004 Sb., kterou se stanoví minimální požadavky na akreditované zdravotnické magisterské studijní programy všeobecné lékařství, zubní lékařství a farmacie.
17. Vyhláška č. 552/2004 Sb., o předávání osobních a dalších údajů do Národního zdravotnického informačního systému pro potřeby vedení národních zdravotních registrů.
18. Vyhláška č. 664/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění a o jednacím řádu dozorcího orgánu.
19. Vyhláška č. 250/2005 Sb., o závazných formulářích na podání návrhu zápisu do obchodního rejstříku.
20. Vyhláška č. 618/2006 Sb., se kterou se vydávají rámcové smlouvy, ve znění pozdějších předpisů.
21. Vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely, tato vyhláška vymezuje léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, výši úhrad jednotlivých léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely rozdělené do příslušných skupin, maximální výši doplatku pacientem a omezení při předepisování těchto léčivých přípravků.

22. Vyhláška č. 331/2007 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, v této vyhlášce jsou kromě seznamu zdravotních výkonů a jejich bodových hodnot uvedena obecná pravidla pro vykazování výkonů.
23. Vyhláška č. 383/2007 Sb., o stanovení bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2008.
24. Vyhláška č. 386/2007 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispensární péče, časové rozmezí dispensárních prohlídek a označení specializace dispensarizujícího lékaře.
25. Usnesení vlády ČR č. 323/2007, k reformním krokům realizovaných v letech 2007 až 2010 k dosažení stanovených deficitů veřejných rozpočtů.
26. Vyhláška č. 421/2008 Sb., kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.
27. Vyhláška č. 439/2008 Sb., kterou se mění vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.
28. Vyhláška MZ ČR č. 464/2008 Sb., o stanovení hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2009.

Judikatura z oblasti financování zdravotní péče

1. Rozsudek ve věci Stamatelaki, 19.dubna 2007, věc C -444/05.
 2. Rozsudek ve věci Acereda Herrera, 15.června 2006, věc C -466/05.
 3. Rozsudek ve věci Watts, 16. května 2006, věc C -372/04.
 4. Rozsudek ve věci Keller, 12.dubna 2005, věc C -145/03.
 5. Rozsudek ve věci Leichtle, 18. března 2004, věc C -8/02..
 6. Rozsudek ve věci Inizan, 23.března 2003, C -56/01
 7. Rozsudek ve věci Miller –Fauré a van Riet, 13.května 2003, věc C -385/99.
 8. Rozsudek ve věci Ioannidis, 25.února 2003, věc C -326/00.
 9. Rozsudek ve věci Vanbraekel, 12.července 2001, věc C -368/98.
 10. Rozsudek ve věci Geraets –Smits a Peerbooms, 12.června 2001, věc C -157/99.
 11. Rozsudky ve věci Kolla Decker, 28.dubna 1998, věci C -120/95 a C -158/96.
 12. Rozsudek Luisi a Carbone, 286/82 a 26/83, ze dne 31.ledna 1984
-
1. Usnesení ústavního soudu sp.zn. IV ÚS 407/99 ze dne 15.června 2001.
 2. Nález ústavního soudu sp.zn.Pl.ÚS 1/2008 ze dne 20.května 2008.
 3. Nález ústavního soudu pl.ÚS 14/02, 207/2003 Sb., ze dne 4.června 2003.
 4. Nález ústavního soudu Pl.ÚS 38/03-89 ze dne 17. května 2004.
 5. Nález ústavního soudu Pl. ÚS 51/06
 6. Nález ústavního soudu Slovenské republiky PL.ÚS 38/3-89 ze dne 17.května 2004.

Elektronické prameny

1. Americká sněmovna schválila zdravotnickou reformu[online].[Citováno 8.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.tribune.cz/clanek/15515>>.
2. Businessinfo[online]. Pokladní plnění státního rozpočtu ČR za období leden až srpen 2009 [citováno 5.10.2009]. Dostupný z:< <http://www.businessinfo.cz>>.
3. Businessinfo[online]. Pokladní plnění státního rozpočtu ČR za období leden až srpen 2009 [citováno 15.10.2009]. Dostupný z:< <http://www.businessinfo.cz>>.
4. Cabrnoch, M., Julínek, T., Hroboň, P. Zdravotní politika [online]. Praha : Cevro Liberálně – konzervativní akademie, 2005 [citováno 3.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.ods.cz/eu/download/docs/cabrnoch-zdravotnictvi.pdf/>>.
5. Cabrnoch Milan.Strategický plán na ochranu zdraví 2008 -2013. Dostupný z: http://www.cabrnoch.cz/index.php./2008/10/15/strategicky_plan_na_ochranu_zdravi/[Citováno 6.11.2009].
6. Cikrt, T. Regulační poplatky ve zdravotnictví fungují –ochranný limit pomáhá stále více lidem! [online]. *Tisková zpráva*. Praha : MZ ČR. 22.4.2008[citováno 6.11.2009]. Dostupné z:<<http://mzcr.cz/Pages/485-regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-ochranny-limit-pomaha-stale-vice-lidem.html>>.
7. Contry information Belgie[online].[citováno28.10.2009].Dostupný z:< <http://www.who.dk>>.
8. Curyšský kantonální úřad.[online].[citováno 28.10].Dostupný z: <<http://www.zh.ch>>.
9. Chválová, J. Úpravy podílů na zdravotnictví v ČR na HDP v závislosti na revizi národních účtů ČSU[online]. [citováno 11.11.2009].Dostupný z: <http://www.osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/08_2004/24.html>.
10. ČSÚ – český statistický úřad[online]. Demografické informace, analýzy a komentáře[citováno 17.11.2009] Dostupný z : <<http://www.demografie.info>>.
11. Česká statistický úřad(ČSÚ)[online]. Nejnovější ekonomické údaje.[citováno 12.10.2009]. Dostupný z : <http://www.czso.cz/csu.nsf/aktualni_informace>.
12. Docteur, E. Suppanz, H., WOO, J. The US health assessment and prospective directions for reform. [online]Economic department working papers no. 350[citováno 28.10.2009]. Dostupný z:<http://www.hmp.org/Downloads/The_US_Health_Systems_OECD_ECO_WKP_2003_4.pdf>.
13. Důvodová zpráva MZ ČR[online]. Úhradové vyhlášky [citováno5.11.2009]. Dostupný z:< <http://www.mzcr.cz>>.
14. Euroforum - Program[online].Ladislav Friedrich, prezident Svazu zdravotních pojišťoven.[citováno 6.11.2009]. Dostupný: z:<<http://euro-forum.cz/ucastnici-friedrich.php>>.
15. Filipiová, D. Tiskovová konference ke standardům zdravotní péče. Konference ministryně Daniely Filipiové(ODS)[online]. 24.3.2009[citováno 6.11.2009]. Dostupný z:<<http://mzcr.cz/Pages/787-tiskova-konference-ke-standardum-odbodne-zdravotni-pece>>.
16. Financování - EU[online].[Citováno 27.11.2009]. Dostupný z : <<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=86&langId=cs>>.
17. Gygalová Zdeňka. *Financování zdravotnictví*[online].2009 [28.10.2009]. Bakalářská

- práce. Masarykova univerzita Brno. Právnická fakulta. Vedoucí práce Michal Radvan. Dostupný z: <<http://is.muni.cz/th/238393/pravf/b/bakalarka.docx>>.
18. Hlavně zdraví [online]. Zdroj : Respekt. 2009, 17.8. Zdravotnické noviny – ze zahraničí. [citováno 5.11.2009] Dostupný z: <<http://zdravotnickenoviny.cz/scripts/detail.php?id=440050>>.
 19. Hrkal, J. WHS (ÚZIS ČR) [online]. Aktuální informace 7/2004 [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 20. IMI je ojedinělým partnerstvím veřejného a soukromého sektoru a má se stát celoevropskou platformou umožňující spolupráci velkých farmaceutických společností a malých i středních podniků, patientských organizací, akademických pracovišť, nemocnic a veřejného sektoru. IMI chce představit Evropu jako atraktivní prostředí pro výzkum a vývoj a vytvořit konkurenceschopnost Evropy na poli biofarmacie. K tomuto účelu vytvořila Evropská komise a EFPIA neziskový Evropský orgán Společenství (European Community Body) [online]. [citováno 26.11.2009]. Dostupný z: <http://imi.europa.eu/index_en.html>.
 21. Julínek, T. Fakta o regulačních poplatcích a jejich dopadu [online]. *Tisková zpráva*. Praha : MZ ČR. 11.9.2008. [citováno 5.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/621-fakta-o-regulacnich-poplatcich-a-jejich-dopadech.html>>.
 22. Julínková reforma Dostupný z : <http://www.aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=649133>.
 23. Kongres medicínského práva [online], hotel Pyramida II. ročník, 2007. Praha [citováno 18.1.2009]. Dostupný z: <<http://www.medicinskepravo.cz>>.
 24. Lomíček, M. Platba za diagnostickou skupinu [online]. Oddělení DRG ÚZP ÚP VZP ČR, 3.1.1998 [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRGclankyaprezentace/Ostatni>>.
 25. Mahler Halfdan, bývalý generální ředitel Světové zdravotnické organizace, WHO. Dánsko, 1973 -1988 [online] *Zdraví pro všechny V 21*. [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://www.who.cz/PDF/zdravi_21.pdf>.
 26. Mátl, O., koordinátora projektu. Kulatý stůl k budoucímu financování zdravotnictví v ČR, leden, 2009 [online]. [citováno 17.11.2009]. Dostupný z : <<http://www.kulatystul.cz>>.
 27. Metodika pro pořizování a předávání dokladů VZP ČR [citováno 28.10.2009]. Dostupný z : <http://www.zmcr.cz>.
 28. Mossialos E., Mckee, M. Is a European health care policy emerging? [online]. [citováno 6.11.2009] Dostupné z : <<http://www.bmj.com/cgi/content/extract/323/7307/248>>.
 29. MZ ČR, MF ČR [online]. Souhrnné hodnocení systému veřejného zdravotního pojištění. [citováno 3.11.2009] Dostupný z: <<http://www.mfcr.cz>>. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz>>.
 30. MZ ČR [online]. Číselníky, metodiky, související dokumenty a aktualizaci klasifikací hospitalizovaných pacientů [citováno 29.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz>>.
 31. Německé zdravotnictví [online]. [citováno 10.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.bmgs.bund.de>>.
 32. Německé zdravotnictví [online]. [citováno 17.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.bmgs.bund.de>>.
 33. New York Times [online]. [citováno 28.10.2009] Dostupný z : <<http://www>>.

- tribune.cz//clanek/ 15515>.
34. Nizozemské ministerstvo zdravotnictví[online].[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.minvws.nl>>.WHO[online]. Dostupný z : <<http://www.who.dk>>.
 35. Obruča, J. Podivná privatizace našeho zdraví. [online]. [citováno 6.11.2009] . Dostupný z:<http://www.umlaufoviny.com/www/res_publica/Redakcni_system/index.php...>. Asociace českých a moravských nemocnic, právník Stanislav Fiala.
 36. Odvody z mezd [online]. [citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://www.finance.cz/dane-a-mzda/informace/odvody-ze-mzdy>.
 37. OECD Health Data 2004 [online]. Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP ve vyspělých zemích OECD v letech 1970 až 2000 poměr tohoto sektoru ku zbytku ekonomiky se výrazně zvýšil. V průběhu posledního desetiletí 20.století byl růst zdravotních výdajů v členských zemích EU vždy vyšší než růst ekonomik Source: OECD Health data červen 2004 [citováno 30.1.2009]. Dostupný z: <<http://www.oecd.health.data>>.
 38. Paris, V.Francouzský systém zdravotní péče[online].[citováno 28.10.2009], Dostupný z:<<http://www.financovanizdravotnictvi/images/sbornik/pdf>>.
 39. Hroboň, P. Náměstek MZ do svého blogu na Aktuálně.cz[online].[citováno 6.11.2009]. Dostupný z:<<http://blog.aktualne.cz/blog/pavel-hrobon.php>>.
 40. Pechová J. *Financování zdravotnictví*[online]. 2008/2009 [28.10.2009]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita Brno. Právnická fakulta. Vedoucí práce Michal Radvan. Dostupný z:<http://is.muni.cz/th/238765/pravf/b/prace_financovani_zdravotnictvi_6.4_konecna_verze>.
 41. Program Zdraví 21[online]. Program zdraví pro všechny pro evropský region, 21 cílů pro 21.století. *Zdraví pro všechny V 21* [citováno 28.10.2009].Dostupný z :<http://www.who.cz/PDF/zdravi_21.pdf>.
 42. Popovič,I. Aktuální informace č. 57/2009. ÚZIS ČR[online]. [citováno 15.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 43. Popovič, I. ÚZIS ČR[online]. Aktuální informace č. 51/2009 [citováno 3.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 44. Poskytování zdravotní péče.*Zdravotnictví a právo*. 2008,č.1, s.16-17[5.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.lexisnexis.online.cz>>.
 45. Rakouská lékařská komora[online].citováno 11.11.2009[.]. Dostupný z: <<http://www.aek.or.at>>.
 46. Sociologický ústav AV ČR [online]. Reforma zdravotnictví. Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování. Naše společnost v 06_03. Dostupné z:<<http://www.cvvm.cas.cz/index.php?disp=zpravy&lang=0&r=1&s=offset=&shw=100572>>.
 47. Světové zdravotnické organizace[online] „Zdraví pro všechny“ (verze srpen 2009)[citováno 13.11.2009.] Dostupný z:< <http://www.uzis.cz>>.
 48. Strukturální evropské fondy[online]. [citováno 15.11.2009] Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz>>.Slavnostní vyhlášení Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost na konferenci 22.11.2007 v Praze „Nové perspektivy Evropského sociálního fondu v ČR“. Vyhlášeny operační programy na období 2007 – 2013.Dostupný z:< <http://www.esfr.cz>>.
 49. Sršeň, V. Regulační poplatky přinesly celkovou úsporu 10 miliard korun, která se investovala do dříve omezeně dostupné a nákladné péče vážně nemocných[online] *Tisková zpráva*. Praha : MZ ČR. Dostupný: 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 >.
50. Strandberg –Larsen, M. et.al. Denmark. Health systém in transition. European Observatory on Health Systems and Policies[online]. 2007[citováno 28.10.2009]. Dostupný z:<http://euro.who.int/Document/E91190.pdf>.
 51. Správní jednotky Counties[online]. Counties jsou od roku 2007 redukovány z důvodu efektivit[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.who.dk>>.
 52. SÚKL[online].Údaje o spotřebě léků. Státní ústav pro kontrolu léků.[17.11.2009], Dostupný z : <<http://www.sukl.cz>>.
 53. Sršeň, V. Úhradová vyhláška pro rok 2010 počítá se stejnou kvalitou i rozsahem péče[online].*Tisková zpráva* Praha : MZ ČR, 11.12.2009[citováno 13.12.2009]. Dostupný z: <<http://www.mzcr.cz/Pages/1115-uhradova-vyhlaska-pro-rok-2010-pocita-se-stejnou-kvalitou-i-rozsahem-pece>>.
 54. Svaz rakouských nemocenských pojišťoven[online]. [citováno 17.11.2009].Dostupný z: <http://www.sozialversicherung.at/>.
 55. ÚZIS ČR[online]. *Narození a zemřelí do 1 roku 2008* [citováno 28.10.2008]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 56. ÚZIS ČR [online]. *Základní ukazatelé zdravotního stavu: střední očekávaná délka života, ukazatelé úmrtnosti, ukazatelé nemocnosti* [citováno 3.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 57. ÚZIS ČR[online]. *Zdravotnická statistika. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), 2009. s. 14-15.* [citováno 9.11.2009]. Dostupný z:< <http://www.uzis.cz>>.
 58. Výuka studentů hrazena z plateb pojišťoven [online]. [citováno 30.1.2009]. Dostupný z: <<http://i.forum.cuni.cz>>. FORUM -5149. ISSN 1214-5149X.
 59. ÚZIS ČR. Zdravotní pojištění [online]. [citováno 28.10.2009] .Dostupný z:< <http://www.uzis.cz>>.
 60. ÚZIS ČR[online].Výdaje na zdravotnictví ČR podle zdrojů financování. č.57/2009[citováno 30.9.2009]. s. 1-2. Dostupný z : <<http://www.uzis.cz>>.
 61. ÚZIS ČR[online].Zdravotnická statistika, s. 12-13[citováno 30.01.2009].Dostupný z:< <http://www.uzis.cz>>.
 62. ÚZIS ČR[online].Zdravotnická statistika, s. 14-15[citováno 30.01.2009].Dostupný z:< <http://www.uzis.cz>>.
 63. Údaje za rok 2008 mohou být po shromáždění všech podkladů rovněž upřesněny dle metodiky zdravotních účtů = metodika SHA Systems of Health Accounts, používána pro společný sběr dat Eurostat /OECD/WHO a výdajích na zdravotnictví a publikovány v roce 2010.
ÚZIS ČR [online]. Aktuální informace č. 57/2009[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz/download/file.php?file=3605>>.
 64. ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2008 [Citováno 15.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 65. ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví jakou součást národní ekonomiky 2008 [citováno 15.10.2009].Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 66. ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2008[citováno 28.10.2009].Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.
 67. ÚZIS ČR[online]. Zdravotnictví ČR ve statistických údajích 2008[citováno 6.11.2009] Dostupný z : <<http://www.uzis.cz>>.
 68. Údaje za rok 2008 mohou být po shromáždění všech podkladů rovněž upřesněny dle

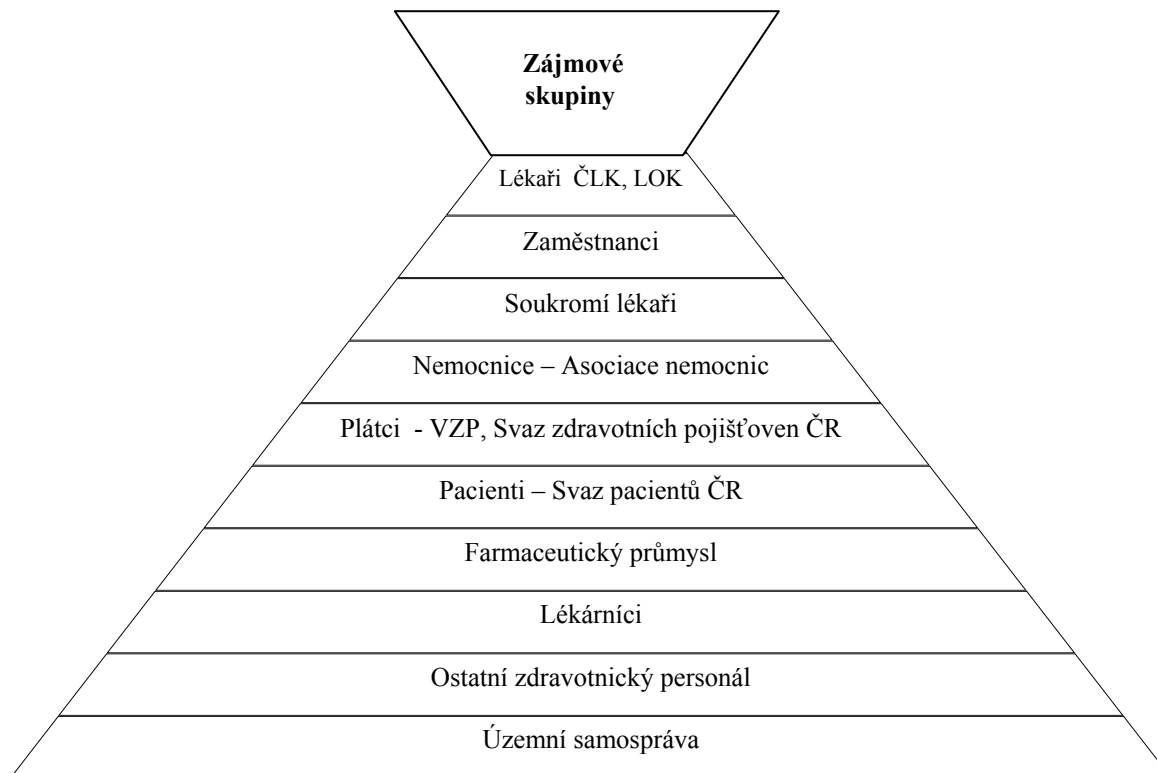
- metodiky zdravotních účtů = metodika SHA Systems of Health Accounts, používána pro společný sběr dat Eurostat /OECD/WHO a výdajích na zdravotnictví a publikovány v roce 2010. ÚZIS ČR [online]. Aktuální informace č. 57/2009[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=3605>.
69. U.S.Census Bureau[online]. Health insurance coverage 2007[dostupné 18.11.2009]. Washington:U.S.Census Bureau.Dostupné z : <<http://www.census.gov/hhes/www/hlthims/historic/index.html>>.
70. Vepřek, P. Občané a vývoj zdravotního pojištění.In *abstrakt Kongres medicínského práva*[online], hotel Pyramida II.ročník, 2007. Praha [citováno 18.1.2009].Dostupný z: <<http://www.medicínsképrávo.cz>>.
71. Vyjádření Ministerstva zdravotnictví k regulačním poplatkům v tiskové zprávě. Zprávy ods.cz [online], publikováno 15.5.2009[citováno 3.10.2009].Tisková zpráva k dnešnímu zavedení regulačních poplatků v PSP ČR. Dostupný z:< <http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78748&do%5Bload%5D=1...> >.
72. Všeobecní zdravotní pojišťovna nasmlouvala na rok 2008 o 350, tj. o 35% více kyčelních a kolenních náhrad než v roce 2007. Zprávy ods.cz [online], publikováno 15.5.2009[citováno 3.10.2009].Tisková zpráva k dnešnímu zavedení regulačních poplatků v PSP ČR. Dostupný z:< <http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=78748&do%5Bload%5D=1...> >.
73. VZP ČR[online].Ročenka Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP),2007[citováno 17.11.2009].Dostupný z :<[http// www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)>.
74. VZP ČR[online] Aktuální a tiskové zprávy.Sdělení VZP ČR ze dne 23.4.2009[citováno 5.11.2009].Dostupný z :<[http//www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)>.
75. VZP ČR[online] Aktuální a tiskové zprávy.Sdělení VZP ČR ze dne 27.10.2009[citováno 5.11.2009].Dostupný z :<[http//www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)>.
76. WHO 2008[online] Zdravotní politika. [citováný 17.11.2009]. Dostupný z: <[http//www.oecd.org/health](http://www.oecd.org/health)>. KOM (2007) 630).
77. WHO [online].*Region Office for Europe, Health for All*, 2004. European Observatory on Health Systems and Policies.Health Systems in Transition. HIT Summary : Česká Republika, 2006[citováno 9.11.2009]. Dostupný z:< <http://www.euro.who.int/observatory>>.
78. Zdravotní pojišťovny[online].[citováno 6.11.2009] Dostupný z : <<http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/>>.

10 PŘÍLOHY

1. Zájmové skupiny ve zdravotnictví ČR
2. Zdravotní stav a pohyb obyvatelstva v ČR, střední délka života
3. Determinanty zdraví
4. Chronická nepřenositelná onemocnění
5. Mezinárodní srovnání – rysy demografické situace v evropských zemích
6. Soustava zdravotnických zařízení
7. Organizační struktura zdravotnického systému
8. Zdravotní pojišťovny
9. Vývoj financování zdravotnictví od roku 1993 do současnosti
10. Státní rozpočet
11. Změny v síti nemocnic
12. Podrobnější přehled o regulačních poplatcích
13. Právní forma společnosti
14. Počet pacientů na jednoho praktického lékaře.
15. Náklady vynaložené v jednotlivých segmentech zdravotní péče
16. Žebříček Euro Health Consumer Index
17. Srovnání provozních nákladů zdravotních pojišťoven

Příloha č. 1

Zájemové skupiny ve zdravotnictví v ČR²³⁶



Soukromí lékaři – praktičtí lékaři, specialisté, zubaři, gynekologové.

Ostatní zdravotnický personál – zdravotní sestry, ošetrovatelský tým.

²³⁶ ČLK Česká lékařská komora, LOK lékařský odborový klub, VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Příloha č. 2

Zdravotní stav a pohyb obyvatelstva²³⁷

<i>Ukazatel</i>	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>
<i>Živě narození</i>	<i>118430</i>	<i>116609</i>	<i>115570</i>	<i>114398</i>	<i>113146</i>	<i>111831</i>	<i>110476</i>	<i>109119</i>	<i>107776</i>
<i>Zemřelí</i>	<i>107564</i>	<i>106831</i>	<i>106382</i>	<i>106230</i>	<i>106220</i>	<i>106300</i>	<i>106442</i>	<i>106626</i>	<i>106839</i>
<i>Přirozený přírůstek</i>	<i>10866</i>	<i>9778</i>	<i>9188</i>	<i>8168</i>	<i>6926</i>	<i>5531</i>	<i>4035</i>	<i>2493</i>	<i>937</i>
<i>Saldo migrace</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>	<i>25 000</i>
<i>Celková přírůstek</i>	<i>35866</i>	<i>34776</i>	<i>34188</i>	<i>31168</i>	<i>31926</i>	<i>30531</i>	<i>29034</i>	<i>27493</i>	<i>25937</i>
<i>porodnost‰</i>	<i>11,3</i>	<i>11,1</i>	<i>10,9</i>	<i>10,8</i>	<i>10,7</i>	<i>10,5</i>	<i>10,3</i>	<i>10,2</i>	<i>10,0</i>
<i>úmrtnost‰</i>	<i>10,3</i>	<i>10,2</i>	<i>10,1</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>	<i>10,0</i>
<i>Úhrnná plodnost</i>	<i>1,50</i>	<i>1,50</i>	<i>1,51</i>	<i>1,52</i>	<i>1,53</i>	<i>1,54</i>	<i>1,55</i>	<i>1,56</i>	<i>1,57</i>
<i>Naděje dožití -</i>									
<i>- muži</i>	<i>74,2</i>	<i>74,5</i>	<i>74,7</i>	<i>75,0</i>	<i>75,2</i>	<i>75,5</i>	<i>75,7</i>	<i>76,0</i>	<i>76,2</i>
<i>- ženy</i>	<i>80,3</i>	<i>80,6</i>	<i>80,8</i>	<i>81,0</i>	<i>81,3</i>	<i>81,5</i>	<i>81,7</i>	<i>81,9</i>	<i>82,2</i>

Střední délka života

Ukazatel zdravé délky života je kombinací střední délky života, který vychází ze statistiky zemřelých, a charakteristiky zdraví, hodnoceno na základě odpovědi získaných z výběrového šetření. Tato šetření jsou prováděna standardizovaným způsobem ve všech zemích a lze je tedy považovat z tohoto pohledu za srovnatelná. Komplikace mohou nastat při interpretaci správných výsledků, tedy jak zdraví skutečně popisují, jelikož tyto údaje podléhají

²³⁷ ČSÚ – český statistický úřad[online]. Demografické informace, analýzy a komentáře[citováno 17.11.2009]
Dostupný z : <<http://www.demografie.info>>.

subjektivním vlivům. Podmíněné sociálním a kulturním prostředím, v němž lidé žijí.

V roce 2002 činila v ČR hodnota zdravé délky života při narození u mužů 62,8 roku, u žen 63,3. Hodnoty střední délky života se u obou pohlaví liší., u žen byla v roce 2002 o 6,6 delší., hodnoty zdravé délky života obou pohlaví se liší o 5,5 roku. Ženy sice žijí déle, avšak část života prožitá v nemoci je u nich vyšší než u mužů.²³⁸

ROK	Počet případů na 100 nemocensky pojištěných			Počet dnů PN na 1 případ			Průměrné procento PN
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	
1970			109,95			16,82	5,068
1975			88,79			16,72	4,066
1980			97,86			16,90	4,518
1985	88,20	103,50	95,27	17,26	16,86	17,06	4,453
1990	88,28	103,54	95,30	18,55	18,23	18,39	4,801
1995	84,96	100,05	91,86	23,56	25,33	24,44	6,150
2000	80,03	89,28	84,39	27,70	28,29	28,00	6,455
2005	64,72	73,13	68,19	31,81	33,79	32,79	6,126
2006	57,33	63,43	60,19	33,88	36,67	35,26	5,814
2007	56,11	62,93	59,31	32,99	36,16	34,58	5,619
2008	45,08	52,55	48,59	37,13	40,91	39,05	5,184

Střední délka života								
ROK	Při narození		Ve věku 15 let		Ve věku 45 let		Ve věku 65 let	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
1955	66,60	71,60	54,50	59,00	26,90	30,50	12,20	13,90
1960	67,90	73,40	55,10	60,10	27,50	31,40	12,50	14,50
1970	66,10	73,00	53,20	59,70	25,70	30,90	11,10	14,10
1980	66,80	73,90	53,50	60,80	25,70	31,20	11,20	14,30
1985	67,50	74,70	53,80	60,80	25,90	31,70	11,50	14,70
1990	67,60	75,40	53,70	61,30	25,80	32,30	11,60	15,20
1995	69,70	76,60	55,60	62,40	27,60	33,30	12,70	16,00
2000	71,65	78,35	57,19	63,81	28,92	34,60	13,72	17,09
2005	72,88	79,10	58,32	64,48	29,89	35,19	14,38	17,55
2006	73,45	79,67	58,91	65,00	30,38	35,69	14,79	18,01
2007	73,67	79,90	59,10	65,22	30,64	35,89	15,00	18,15
2008	73,96	80,13	59,35	65,43	30,82	36,11	15,13	18,38

²³⁸ Štyglarová, T. Demografie 2009. Vývoj obyvatelstva v roce 2008. *Demografie*. 2009, roč. 51, č. 3.

Příloha č. 3

Determinanty zdraví²³⁹

V zprávě pro WHO se hovoří o „silných faktech“ a rozdělení sociálních determinantů do 10 skupin :

- Společenský status
- Stres
- Prostředí a mateřská péče
- Sociální izolace
- Práce
- Nezaměstnanost
- Sociální, citová podpora”
- Návyky
- Výživa
- Tělesná mobilita a aktivita

Narození a zemřelí do 1 roku v České republice v roce 2008

Zatímco v devadesátých letech byl v České republice typický pokles počtu narozených dětí, minimálním počtem v roce 1999, kdy se narodilo necelých 90 tisíc dětí, od roku 2000 jejich počty mírně stoupají. Jedinou výjimku představuje rok 2001, kdy došlo k velice mírnému poklesu. Zvyšující se počet narozených dětí v posledních letech souvisí s realizací odložených dětí, tedy s trendem posunu mateřství do pozdějšího věku u žen narozených v „populační vlně sedmdesátých let“, který pokračoval i v roce 2008. již čtvrtým rokem byla překročena hranice 100 tisíc narozených dětí.

V roce 2008 se celkem narodilo 119842 dětí, z toho 119 570 živě a 272 mrtvě. Na 100 narozených dívek připadalo v průměru za celou Českou republiku 105,4 chlapců. Maximální hodnoty tohoto poměru bylo dosaženo v Pardubickém kraji (109,1 narozených chlapců na 100 dívek) a naopak nejnižší v kraji Libereckém (102,4).

²³⁹ Wilkinson, M., Marmot, M. The Solid Facto.Social determinant sof health. WHO Kopenhagen. 1998.

Stejně jako v předchozích dvou letech převýšil počet živě narozených dětí počet zemřelých osob. Tzn., že po dvanácti letech přirozeného úbytku dochází k přírůstku obyvatelstva přirozenou měnou. Na 1 000 osob připadalo v roce 2008 v České republice 11,5 živě narozených (hrubá míra porodnosti). Hrubá míra úmrtnosti (počet zemřelých na 1000 obyvatel) dosahovala stejně jako v předchozím roce hodnoty 10,1 promile.

Pro mezinárodní srovnání vhodnějším ukazatelem eliminující vliv věkové struktury úhrnná plodnost. Tento ukazatel udává počet dětí připadající na jednu ženu při zachování konstantních současných reprodukčních poměrů v průběhu celého plodného období. Na jednu ženu připadalo v roce 2008 v české republice 1.50 dítěte. Hodnotou úhrnné plodnosti se česká republika řadí mezi země s nejnižší plodností, společně s některými zeměmi bývalého Sovětského svazu (Ukrajina, Rusko, Litva, Lotyšsko, Moldávie), Bulharskem, Rumunskem, Maďarskem, Polskem, Slovenskem, Albánii, Chorvatskem a Slovinskem, tedy zeměmi bývalého východu. Podobně nízkou plodnost mají také některé země původní EU (15 členů). Převážně jde o země jihu Evropy (Itálie, Španělsko, Portugalsko, Řecko) a také Rakousko a Německo. Naopak nejvyšších hodnot úhrnné plodnosti v Evropě dosahují země na severu Evropy (Dánsko, Norsko, Finsko, Island, Švédsko) a také Francie, Velká Británie a Irsko. Ovšem ani v těchto zemích není překročena hranice prosté reprodukce.

Příloha č. 4

Chronická nepřenositelná onemocnění²⁴⁰

<i>Onemocnění</i>	<i>Procento Respondentů u kterých bylo onemocnění diagnostikováno lékařem</i>	<i>Z těch, u kterých bylo onemocnění diagnostikováno lékařem:</i>	
		<i>procento % někdy léčených respondentů</i>	<i>procento % v současnosti léčených respondentů</i>
<i>Artritida</i>	<i>21,0</i>	<i>86,3</i>	<i>52,4</i>
<i>Angína pectoris</i>	<i>6,2</i>	<i>97,1</i>	<i>78,2</i>
<i>Cukrovka</i>	<i>10,0</i>	<i>85,6</i>	<i>89,3</i>
<i>Astma</i>	<i>6,5</i>	<i>92,4</i>	<i>43,3</i>
<i>Deprese</i>	<i>8,5</i>	<i>69,0</i>	<i>32,9</i>
<i>Schizofrenie nebo psychóza</i>	<i>0,6</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

V souboru bylo 191 respondentů, kteří uvedli, že jim byla lékařsky diagnostikována artritida (zánět kloubů), z nich 100 bylo řečeno v současnosti (11,1 % respondentů). Podle výsledků byly ženy touto chorobou ohroženy častěji, zejména po 50. roku věku, kdy byl patrný nárůst prevalence. Ženám nezákladním vzděláním byla diagnostikována artritida častěji než u ostatním ženám. Celkem 56 respondentů trpělo angínou pectoris (ischemická choroba srdeční), 43 z nich podstupovalo léčbu (4,8 % všech respondentů). Rozdíly v prevalenci nebyly mezi muži a ženami zaznamenány. Výrazný nárůst této choroby byl od 65 let věku. 93 respondentům byla diagnostikována cukrovka, 83 z nich bylo léčeno v současnosti (9,1 % všech respondentů) Mezi ženami a muži nebyl rozdíl v prevalenci. Výrazný nárůst nastal od 55 let věku. Cukrovka je diagnostikována dvakrát častěji u mužů i žen se základním vzděláním. V souboru bylo 60 respondentů s diagnostikovaným astmatem, 26 z nich bylo v současnosti léčeno (2,9 % všech respondentů). Mezi ženami a muži nebyl v prevalenci rozdíl, ale větší procento žen bylo léčeno. V souboru bylo 79 diagnostikovaných případů deprese, 26 z nich v současnosti léčených (2,9 % respondentů). Diagnóza i léčba byla zjištěna výrazně častěji u žen. 6 respondentů byla diagnostikována schizofrenie, všichni byli léčeni (0,6 % všech respondentů). Nemoc se vyskytuje u starších 50 let věku.

²⁴⁰ Hrkal, J. WHS (ÚZIS ČR)[online]. Aktuální informace 7/2004[citováno 28.10.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

Příloha č. 5

Mezinárodní srovnání – rysy demografické situace v evropských zemích a pozice ČR z hlediska vybraných demografických ukazatelů v rámci Evropy.²⁴¹

Země	Rok	Věková struktura obyvatelstva v %		Rok	Živě narození na 1000 obyvatel	Rok	Úhrnná plodnost
		0-14 let	65 + let				
Česká republika	2008	14,2	14,7	2008	11,5	2007	1,44
Albánie	2004	26,9	8,2	2004	13,8	2007	1,30
Bělorusko	2007	14,8	14,6	2006	10,7	2007	1,37
Bulharsko	2006	13,5	17,2	2006	9,6	2007	1,42
Estonsko	2005	15,3	16,6	2005	10,7	2007	1,64
Finsko	2007	17,0	16,5	2007	11,1	2007	1,83
Francie	2006	18,4	16,4	2006	13,0	2005	1,92
Chorvatsko	2006	15,7	17,0	2006	9,3	2007	1,40
Irsko	2006	20,4	11,0	2006	15,2	2007	2,03
Island	2007	21,0	11,5	2007	14,6	2006	2,07
Itálie	2006	14,1	19,8	2006	9,5	2006	1,35
Kypr	2007	17,5	12,5	2007	10,9	2006	1,44
Litva	2007	15,6	15,7	2007	9,6	2007	1,35
Lotyšsko	2007	13,9	17,2	2007	10,2	2007	1,41
Lucembursko	2007	18,2	14,0	2007	11,4	2006	1,64
Maďarsko	2005	15,5	15,7	2005	9,7	2007	1,32
Malta	2007	16,5	13,8	2007	9,5	2007	1,37
Německo	2006	14,1	19,3	2006	8,2	2007	1,37
Nizozemsko	2007	18,0	14,6	2007	11,1	2007	1,72
Norsko	2006	19,5	14,7	2006	12,6	2007	1,90
Polsko	2007	15,6	13,4	2007	10,4	2006	1,27

²⁴¹ Zdrojem prezentovaných dat byla databáze Světové zdravotnické organizace[online] „Zdraví pro všechny“ (verze srpen 2009)[citováno 13.11.2009.] Dostupný z: < [http:// www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)>.

<i>Portugalsko</i>	<i>2006</i>	<i>15,5</i>	<i>17,2</i>	<i>2005</i>	<i>10,4</i>	<i>2007</i>	<i>1,30</i>
<i>Rakousko</i>	<i>2008</i>	<i>15,2</i>	<i>17,3</i>	<i>2008</i>	<i>9,3</i>	<i>2007</i>	<i>1,38</i>
<i>Rumunsko</i>	<i>2008</i>	<i>15,2</i>	<i>14,9</i>	<i>2008</i>	<i>10,3</i>	<i>2006</i>	<i>1,30</i>
<i>Rusko</i>	<i>2006</i>	<i>14,8</i>	<i>14,0</i>	<i>2006</i>	<i>10,4</i>	<i>2005</i>	<i>1,29</i>
<i>Řecko</i>	<i>2007</i>	<i>14,3</i>	<i>18,6</i>	<i>2007</i>	<i>10,0</i>	<i>2007</i>	<i>1,42</i>
<i>Slovensko</i>	<i>2005</i>	<i>16,6</i>	<i>11,7</i>	<i>2005</i>	<i>10,1</i>	<i>2007</i>	<i>1,26</i>
<i>Slovinsko</i>	<i>2007</i>	<i>13,9</i>	<i>16,0</i>	<i>2007</i>	<i>9,8</i>	<i>2007</i>	<i>1,41</i>
<i>Spojené království</i>	<i>2007</i>	<i>17,6</i>	<i>16,0</i>	<i>2007</i>	<i>12,7</i>	<i>2005</i>	<i>1,80</i>
<i>Španělsko</i>	<i>2005</i>	<i>14,5</i>	<i>16,8</i>	<i>2005</i>	<i>10,8</i>	<i>2006</i>	<i>1,38</i>
<i>Švédsko</i>	<i>2006</i>	<i>17,1</i>	<i>17,3</i>	<i>2006</i>	<i>11,7</i>	<i>2007</i>	<i>1,88</i>
<i>Švýcarsko</i>	<i>2007</i>	<i>15,6</i>	<i>16,3</i>	<i>2007</i>	<i>9,9</i>	<i>2006</i>	<i>1,44</i>
<i>Ukrajina</i>	<i>2006</i>	<i>14,3</i>	<i>16,3</i>	<i>2006</i>	<i>9,9</i>	<i>2006</i>	<i>1,31</i>

Pro většinou evropských zemích se stalo společným rysem stárnutí populace, dochází k němu zejména v důsledku poklesu porodnosti, resp. její stagnace na nízké úrovni, spolu se snižující se úmrtností. Index stáří, definovaný jako podíl osob ve věku 65 let a více a 100 dětí ve věku 0-14, převyšuje hodnotu 100 (tzn., že počet osob starších 64 let je vyšší než počet dětí) ve stále více zemích. Nejvyšších těchto hodnot dosahuje Itálie, Německo a Řecko. Naopak k „nejmladším“ zemím patří Albánie, s téměř dvojnásobným podílem dětí a méně než polovičním podílem obyvatel ve věku 65 let a více s porovnání se zeměmi „nejstaršími“, dále Irsko a Island. Česká republika se v důsledku výrazného poklesu porodnosti v 1. polovině 90. let minulého století zařadila mezi země s nízkým podílem dětí a zatím patří k zemím s relativně nižším zastoupením osob ve věku 65 let a více, index stáří již překračuje hodnotu 100.

Příloha č. 6

Soustava zdravotnických zařízení je tvořena:²⁴²

- Zdravotnická zařízení státu
- Zdravotnická zařízení krajů a obcí
- Zdravotnická zařízení fyzických a právnických osob
- Zařízení pro výchovu, výuku a dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků
- Organizace pro zdravotnickou výrobu, pro zásobování léčiv a prostředky a pro jejich kontrolu
- Vědeckovýzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.

Zdravotnická zařízení poskytující léčebně preventivní péči

- Zařízení ambulantní péče a nemocnice

Základním článkem jsou ordinace praktických odborných lékařů poskytující základní a specializovanou léčebnou péči. Nemocnice poskytují nejen ambulantní, ale i lůžkovou péči základní, specializovanou, diagnostickou a léčebnou.

- Zdravotnická zařízení závodní preventivní péče²⁴³

Zřizovatel těchto zařízení je zaměstnavatel, jedná se o větší podniky a firmy, jejichž činnost ve větší míře ohrožuje zdraví a bezpečnost zaměstnanců.

- Odborné léčebné ústavy

Zařízení pro poskytování pro zvýšenou odbornou péči s rehabilitačním zaměřením.

- Lékárny
- Zvláštní dětská zařízení

Zdravotnický personál :

Fyzické osoby vykonávající zdravotní péči jsou zdravotničtí pracovníci,²⁴⁴ kteří jsou oprávněni k poskytování zdravotní péče a služeb. Mezi lékařská zdravotnická povolání řadíme

²⁴² Soustava zdravotnických zařízení je soustavou komplexní, jejímž úkolem je nejen zajišťovat a poskytovat vlastní zdravotní péči, ale i vytvářet nezbytné zázemí pro výkon a poskytování této veřejné služby.

²⁴³ Poskytování této péče je upraveno vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 145/1988 Sb.

²⁴⁴ Vedle zdravotnických pracovníků může poskytovat zdravotní péči i pracovníci ve zdravotnictví, např. technici zdravotní techniky, uklízečky...

profese lékaře, stomatologa, farmaceuta, mezi zdravotnické pracovníky nelékařských profesí patří všeobecná zdravotní sestra, porodní asistentka, radiologický asistent, zdravotní laborant, zdravotně – sociální pracovník, optik, asistent ochrany veřejného zdraví, nutriční terapeut, zubní technik, farmaceutický asistent, biomedicínský technik, ale také klinický psycholog a logoped.

U lékařů a farmaceutů stejně tak i u nelékařských profesí, je způsobilost k výkonu zdravotnického povolení dána: odbornou způsobilostí, zdravotní způsobilostí a bezúhonností

Příloha č. 7

Organizační struktura zdravotnického systému²⁴⁵

Síť zdravotnických zařízení ústavní péče byla koncem roku složena ze :

- 192 nemocnic s celkem 63 662 lůžky (v tom 54 903 lůžek akutní péče, 2 186 lůžek novorozeneckých a 6 573 lůžek ošetrovatelské následné péče). Kapacita akutních lůžkové péče klesla proti roku 2006 o 0,07 %, počet novorozeneckých lůžek se vzhledem k rostoucí porodnosti zvýšil o deset lůžek. Došlo k poklesu nemocničních lůžek ošetrovatelské následné péče, což do jisté míry souvisí s přijetím zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Tato lůžka byla pravděpodobně včleněna k poskytování sociální pobytové služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.
- 153 odborných léčebných ústavů (vč. ozdravoven a hospiců) s 22 191 lůžky. Lůžka v psychiatrických léčebnách pro dospělé představují z celkového počtu necelých 42%, lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné 32,6 %. Pokles lůžkového fondu zaznamenaly v průběhu roku psychiatrické léčebny pro dospělé (-135 lůžek), a odborné léčebné ústavy pro děti i dospělé (-192). Opětovně pokles lůžkový fond ozdravoven (-67). Lůžková kapacita v LDN poklesla o 235 lůžek. Nárůst počtu lůžek (+85) byl zaznamenán v léčebnách s TBC a respiračních onemocnění.

Lůžková zařízení doplňují 85 lázeňských léčeben s 25 737 lůžky, proti předešlému roku kapacita lázeňského fondu nepatrně poklesla (o 34 lůžek). Lázeňský lůžkový fond je již téměř plně zprivatizován.

- do skupiny nemocnic s méně než 100 lůžky spadá 46 zařízení, z čehož 16 z nich tvoří nemocnice následné péče,
- více než 1 000 lůžek má 12 nemocnic (z toho 10 fakultních),

²⁴⁵ ÚZIS ČR[online].Zdravotnická statistika, s. 12-13[citováno 30.01.2009].Dostupný z:< <http://www.uzis.cz>>.

V průběhu roku 2007 klesl počet nemocničních lůžek celkem o 512, z toho lůžka akutní péče o 393 lůžek. Pokles novorozeneckých lůžek v důsledku rostoucí porodnosti v posledních letech zastavil, lůžková kapacita následné ošetrovatelské péče se snížila o 129 lůžek.

Využití celkové lůžkové kapacity nemocnic proti předešlému roku pokleslo o 2,8 dne na 263,6 dne, průměrná doba pobytu pacienta na lůžku se zkrátila o 0,2 dne na 7,7 dne. Výrazný pokles využití zaznamenala lůžka akutní (-3,6), využití lůžek novorozeneckých v důsledku vyššího počtu narozených dětí vzrostlo velmi výrazně (o 14,3 dne). Využití ošetrovatelských lůžek se dlouhodobě nemění, udržuje se lehce pod hranicí 320 dnů z roku. Prodloužení ošetrovací doby zaznamenala jen lůžka ošetrovatelská (o 0,5 dne).

V členění podle zřizovatele odpovídalo v roce 2007 nejvyšší využití lůžek v % (využití skutečné lůžkové kapacity) nemocnicím spravovaným městem nebo obcí (78,8 %), které však vykazují 13,7 % podíl ošetrovatelských lůžek a nemocnicím přímo řízeným MZ (78,7 %), které poskytují specializovanou a úzce specializovanou péči nejtěžším pacientům. Městská a obecní zřízení vykazují i nejvyšší využití maximální lůžkové kapacity (278,2 dnů z roku).

Podle velikosti lůžkového fondu odpovídá dlouhodobě nejvyšší využití lůžek ve dnech maximální lůžkové kapacity i v % skutečné lůžkové kapacity malým nemocnicím s méně než 100 lůžek (294,2 dní z roku). Tato zařízení mají téměř polovinu lůžek vyčleněných pro ošetrovatelskou péči, o kterou rok od roku zájem vzrůstá.

Měřeno počtem ošetrovacích dnů je 27,6 % nemocniční lůžkové péče poskytováno v zařízeních přímo řízených MZ, 15,9 % v krajských nemocnicích, 7,1 % v nemocnicích měst a obcí a 47,5 % v privátních zařízeních. Tomu odpovídá i objem lůžkového fondu v těchto skupinách zhruba ve stejném poměru jsou rozděleny i počty hospitalizovaných.

Příloha č. 8

Přehled veřejných zdravotních pojišťoven.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra
Vojenská zdravotnická pojišťovna ČR	Revírní bratrská pokladna
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	Česká národní zdravotní pojišťovna
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	Metal Aliance
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	Zdravotní pojišťovna Agel

V České republice vznikne jedenáctá zdravotní pojišťovna. Ministerstvo zdravotnictví udělilo firmě GES Medical Care licenci na provozování zdravotní pojišťovny (23. 2. 2009).²⁴⁶

Zahraníční pojišťovny

Belgie Institut National d' Assurance Malárie –Invalidité (INAMI)

Bulharsko National Health Insurance Fund

Dánsko Indenrigs –oq

Finsko Kansanlääkelaitos (KELA)

Francie Centre de liaisons européennes et internationales de sécurité sociale

Chorvatsko Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Irsko Department of Health and Children

Maďarsko Országos Egészségbiztosítási Pénztar Nemzetközi Es Európai

Německo Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung –Ausland (DVKA)

Polsko Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Slovensko Úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Švýcarsko Gemeinsame Einrichtung KVG

Velká Británie Department for Work and Pensions

²⁴⁶ Klusáček, J. Nové zdravotní pojišťovna. *Hospodařské noviny*.24.2.2009. Jan Klusáček pověřený řízením kabinetu ministryně zdravotnictví.

Příloha č. 9

Vývoj financování zdravotnictví od roku 1993 do současnosti

	<i>Do roku 1993</i>	<i>rok 1993-1997</i>	<i>rok 1997 - současnost</i>
<i>Hlavní zdroj financování</i>	<i>z daní</i>	<i>- povinné zdravotní pojištění. -Sazba 13,5% z vyměřovacího základu -stát(vláda) hradí pojištění za tzv.státní pojištěnce</i>	<i>- povinné zdravotní pojištění. -Sazba 13,5% z vyměřovacího základu -stát(vláda) hradí pojištění za tzv.státní pojištěnce</i>
<i>Plátcí</i>	<i>Stát (vláda)</i>	<i>Zdravotní pojišťovny VZP + další ZP Veřejnoprávní instituce – povinnost hradit na základě smlouvy uzavřené se zdravot. Zařízením poskytnutou péči všem svým pojištěncům v souladu s příslušnými zákony</i>	<i>9 ZP, VZP – největší podíl na trhu</i>
<i>Poskytovatelé</i>	<i>Všichni poskytovatelé - zaměstnanci státu. Regionální struktura služeb</i>	<i>Privatizace většiny ambulancí a některých nemocnic</i>	<i>Privatizace dalších nemocnic Převod krajských a okresních nemocnic pod samosprávu krajů</i>
<i>Mechanismy plateb</i>	<i>Rozpočty</i>	<i>Platba za služby</i>	<i>Rozpočty, platba za případ v nemocnici, DRG, platby za služby</i>
<i>Vztah poskytovatel - pacient</i>	<i>Žádný výběr poskytovatele. Omezený přístup k moderních technologiím</i>	<i>Možný výběr poskytovatele. Zlepšení přístupu k moderním technologiím</i>	<i>Větší diskuse o kvalitě zdravotnických služeb. Čekací listy</i>

Příloha č. 10

Státní rozpočet

Příjmy státního rozpočtu²⁴⁷

Celkové příjmy ve výši 643,9 mld.Kč představovaly 57,1 % rozpočtu po změnách (v srpnu 2008 plněny na 66,4 %) a byly tak proti srpnu 2008 nižší o 47,5 mld.Kč, tj. o 6,9 %. Na meziročním poklesu se podílely především příjmy z daní a poplatků (pokles o 37,5 mld.Kč) a příjmy z pojistného na sociálním zabezpečení (pokles o 17,0 mld. Kč).

Příjmy z daní poplatků dosáhly 304, 9 mld. Kč, což představuje 51,2 % schváleného rozpočtu a meziroční pokles o 37,5 mld. Kč, tj. o 11,0 % rozpočet počítá s růstem o 9,4 % proti skutečnosti roku 2008). Plnění rozpočtu je o 10,9 procentního bodu horší ve srovnání se stejným obdobím minulého roku. Meziroční pokles byl ovlivněn nižší inkasem všech daní (DPPO, DPFO, DPH, SD).

Daň z příjmů právnických osob svým objemem 48,6 mld. Kč představovala 37,3 % rozpočtu (vloni plnění na 63,3 %) a meziročně tak klesla o 26,0 mld. Kč, tj. o 34,9 %. Rozpočet této daně počítá s růstem o 2,5 % proti skutečnosti roku 2008. Výpadek inkasa DPPO ovlivnilo zrušení povinnosti platit zálohy na daň z příjmů pro daňové subjekty o stanovení záloh jinak než vyplývá z jejich poslední známé daňové povinnosti s ohledem na očekávaný pokles daňové povinnosti následkem prohlubujícího se nepříznivého vývoje hospodaření.

Inkaso daní z příjmů právnických osob dosáhlo 54,1 mld. Kč, tj. 50,5 % rozpočtu (vloni plnění na 67,5 %) při meziročním poklesu o 6,7 mld. Kč, tj. o 1,1 %. Rozpočet počítá s růstem 2,9 % pro skutečností v roce 2008.

Daň z příjmů fyzických osob ze závislé činnosti dosáhla 48,3 mld. Kč při plnění rozpočtu na 55,3 % (vloni to bylo na 65,2 %) meziročním poklesu o 2,5 mld. Kč, tj. o 5,0 %. Rozpočet je nad úrovní skutečnosti roku 2008 o 11,3 %. U inkasa této daně se negativně projevuje ekonomická krize (propouštění či nižší než předpokládaný růst platů).

Daň z příjmů fyzických osob ze samostatné výdělečné činnosti ve výši 1,2 mld.Kč znamená plnění rozpočtu na 9,1 % (vloni bylo na 64,1 %) a meziroční pokles o 4,1 mld. Kč,

tj. o 77,8 %. Rozpočet 2009 je nad úrovní skutečnosti 2008 o 41,4 %. Příčiny jsou stejné jako u daní z příjmů právnických osob.

Daň z příjmů fyzických osob z kapitálových výnosů dosáhla 4,6 mld. Kč, což představuje 67,9 % rozpočtu (vloni 120,6 %) a meziročně byla mírně pod úrovní minulého roku. Rozpočet 2009 počítá s poklesem o 0,6 % proti skutečnosti roku 2008.

Inkaso DPH představovalo 114,0 mld. Kč, tj. 58,7 % rozpočtu, což je o 1,3 procentního bodu nižší plnění než v srpnu 2008. Meziroční pokles o 1,2 mld. Kč, tj. o 1,0 %, je proti rozpočtové dynamice (růst o 9,2 % - měřeno ke skutečnosti roku 2008) nižší o 10,2 procentního bodu. Zde se negativně projevuje především pokles spotřeby domácností.

Inkaso spotřebních daní vč. ekologických daní dosáhlo 77,7 mld. Kč, což představuje 54,0 % rozpočtu (vloni to bylo 58,6 %) a meziroční pokles o 1,3 mld. Kč, tj. o 1,6 %. Rozpočet počítá s nárůstem o 14,6 % proti skutečnosti roku 2008. Propad mimo jiné souvisí s vysokým inkasem v počátku roku 2008 (splatnost daně za listopad a prosinec 2007) ovlivněným předzásobením tabákovými výrobky (v souvislosti se zdražením od 1.1. 2008). V období od března 2009 (splatnost za leden 2009) do srpna 2009 (splatnost za červen 2009) bylo již inkaso meziročně vyšší o 5,2 mld. Kč. I zde se projevuje ekonomická krize.

Rozpočtované celostátní inkaso daní roku 2009 (bez DPPO placené obcemi a kraji a bez správních a ostatních poplatků placených obcím) ve výši 815,8 mld. Kč je proti skutečnosti roku 2008 vyšší o 70,9 mld. Kč, tj. o 9,5 %. Objemově je nejvyšší růst rozpočtován (proti skutečnosti 2008) u DPH – o 23,8 mld. Kč (o 9,3 %), u daní z příjmů fyzických osob o 19,6 mld. Kč (o 13,7 %) a u spotřebních daní o 18,8 mld. Kč (o 14,1 %).

Skutečné celostátní inkaso všech daní dosáhlo k 31. 8. 2009 výše 415,5 mld. Kč, což představuje 50,9 % rozpočtu a meziroční pokles o 55,0 mld. Kč, tj. o 11,7 %. Ve stejném období minulého roku dosáhlo celostátní inkaso daní 470,5 mld. Kč, tj. 62,6 % schváleného rozpočtu. Meziročně vzrostlo o 24,2 mld. Kč, tj. o 5,4 % (celoročně bylo nižší než rozpočet o 6,2 mld. Kč). Ke konci srpna 2009 dosáhly nedaňové a kapitálové příjmy a přijaté transfery celkem 99,7 mld. Kč, což je 73,1% rozpočtu po změnách a o 7,0 mld. Kč, tj. o 7,5 % více než v srpnu loňského roku (schválená rozpočet uvažuje s meziročním růstem o 24,1 % proti rozpočtu 2008; růst je způsoben zejména očekávanými příjmy z rozpočtu Evropské unie).

Na meziroční růst mělo vliv únorové usnesení vlády č. 122/2009, kterým vláda schválila převedení prostředků z rezervních fondů organizačních složek států od příjmů

²⁴⁷ Businessinfo[online].[citováno 17.11.2009].Dostupný z: <<http://www.businessinfo.cz>>.

kapitoly VPS. Tyto prostředky jsou určeny na snížení schodku státního rozpočtu a jejich skutečný převod činil 31,7 mld. Kč. Dalších 3,6 mld. Kč v rámci tohoto usnesení a usneseních vlád č. 1626/2008 a č. 457/2009 představovalo souvztažné zvýšení příjmů i výdajů bez vlivu na schodek. Další částku představují převody z fondů OSS ve výši 9,0 mld. Kč (vloni to bylo o 28,5 mld. Kč více). Tato částka zahrnuje především převody z rezervních fondů a nečerpané mzdové prostředky z prosince 2008. Příjmy z rozpočtu EU (transfery přijaté od EU a Národního fondu) činily 31,9 mld. Kč (plnění na 29,7 %), což je o 7,4 mld. Kč více než v srpnu 2008. Výnosy finančních investování na účtu Řízení likvidity státní pokladny dosáhly 4,8 mld. Kč a byly tak plněny na 71,3 % (rozpočtovány v kapitole Státní dluh).

Výdaje na státní rozpočet

Celkové výdaje v objemu 733,5 mld. Kč čerpané ke konci srpna 2009 představují 62,9 % rozpočtu (v srpnu 2008 to bylo 61,7 %), což znamená meziroční růst o 47,4 mld. Kč, tj. o 6,9 %. Proti skutečnosti roku 2008 předpokládá letošní rozpočet po změnách nárůst o 7,6 %.

Běžné výdaje státního rozpočtu byly ke konci srpna čerpány ve výši 659,8 mld. Kč, tj. na 63,9 % rozpočtu (vloni to bylo na 62,5 %). Proti loňskému roku vzrostly o 40,8 mld. Kč, tj. o 6,6 % (rozpočet po změnách počítá s nárůstem o 5,5 % proti skutečnosti roku 2008). Neinvestiční transfery veřejným rozpočtům územní úrovně 89,1 mld. Kč, což představuje 69,6 % rozpočtu, a proti srpnu 2008 byly vyšší o 5,6 mld. Kč, tj. o 6,7 %. Čerpání rozpočtu ovlivnily převody prostředků na přímé náklady škol zřizovaných obcemi a kraji ve výši 56,7 % Kč (v červnu zaplacená záloha na 3. čtvrtletí ve výši 18,6 mld. Kč), což je o 0,3 mld. Kč méně než v roce 2008. Dalších 17,0 mld. Kč (vloni 0,2 mld. Kč méně) představují transfery obcím na příspěvky na péči podle zákona o sociálních službách, na dávky pomoci v hmotné nouzi a na dávky zdravotně postiženým.

Výdaje kapitoly Státní dluh (především úroky) byly ke konci srpna 2009 hrazeny ve výši 32,6 mld. Kč, tj. 67,2 % rozpočtu jsou nad úroveň srpna 2008 o 9,7 mld. Kč). Na odvody vlastních zdrojů ES do rozpočtu ES bylo poukázáno 23,4 mld. Kč, což představuje 68,4 % rozpočtované výše a meziročně vyšší čerpání o 5,4 mld. Kč.

Kapitálové výdaje byly čerpány ve výši 73,7 mld. Kč, což představuje 55,1 % rozpočtu (v roce 2008 to bylo 55,5 %), a meziročně byly vyšší o 6,6 mld. Kč, tj. o 9,8 %.

Saldo státního rozpočtu

Schodek státního rozpočtu ke konci srpna 2009 dosáhl 89,6 mld. Kč a je proti stejnému období 2008 výsledek horší o 94,9 mld. Kč. Proti schodku danému rozpočtu po změnách je současný stav horší o 51,3 mld. Kč. Vykázaný schodek je nejhorším výsledkem hospodaření státního rozpočtu za leden od roku 1993.

Hospodaření rozpočtu v srpnu skončilo schodkem 13,4 mld. Kč (v srpnu 2008 to byl schodek 4,0 mld. Kč), když příjmy činily 57,1 mld. Kč (v srpnu 2008 to bylo 63,6 mld. Kč) a výdaje byly čerpány ve výši 70,5 mld. Kč (v srpnu 2008 to bylo 67,6 mld. Kč.).

Vývoj salda státního rozpočtu

<i>Salda státního rozpočtu ČR leden-srpen 2000 -2009 (v mil. Kč)</i>										
<i>Leden-srpen</i>	<i>2000</i>	<i>2001</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>	<i>2009</i>
<i>Saldo státního rozpočtu ČR</i>	<i>-12</i>	<i>-25</i>	<i>-32</i>	<i>-71</i>	<i>--50</i>	<i>10</i>	<i>-6</i>	<i>22</i>	<i>5</i>	<i>-89</i>
	<i>367</i>	<i>565</i>	<i>956</i>	<i>885</i>	<i>687</i>	<i>008</i>	<i>440</i>	<i>226</i>	<i>318</i>	<i>578</i>

Pokud v této souvislosti mám zmínit hospodaření nemocnic, poukázala bych na analýzu efektivnosti hospodaření všech fakultních nemocnic za roky 2005-2009. Z této analýzy vyplynula následující, že se podařilo v tomto období odstranit zadlužení, zvýšit stabilitu a také zajistit vyšší ekonomickou efektivnost, při zachování dostupnosti, struktury a kvality poskytované zdravotní péče. Stejně tak platy zaměstnanců rostou a co se týká kvality a výkonové produktivity je stabilní.²⁴⁸ Státní nemocnice nejsou zadlužené podniky, nýbrž již plně fungující instituce, které dokážou čelit ekonomické krizi. Podle analýzy hospodaří řízené nemocnice vyrovnaně likvidita roste, míra zadluženosti klesá a produktivita práce k poměru tržbám stoupá. Důležité je také říct, že nemocnice omezují zásoby na minimum, tudíž klesá i míra pohledávek po lhůtě splatnosti. Před třemi lety byly nemocnice v propadu 9,66 mil. Kč, nyní mají přebytek 893,7 mil. Kč.²⁴⁹

²⁴⁸ Analýzu si nechalo zpracovat ministerstvo zdravotnictví. *Zdravotnické noviny*. 40/2009, roč. 58, s. 1 -2.

Příloha č. 11

Změny v síti lůžkových zařízení v roce 2007 a jejich současná právní forma²⁵⁰

Nemocnice:

Ukončení činnosti jako samostatné zařízení: NATALIS, s.r.o. - sanatorium Tábor

Nové nemocnice akutní péče (změnou druhu zařízení): Psychiatrické centrum Praha (dříve řazeno do psychiatrických léčeben pro dospělé) a Kardiologie na Bulovce, s.r.o. (dříve zařazena do ostatních léčebných ústavů pro dospělé).

Převod krajských nemocnic na obchodní společnosti:

V Jihočeském kraji se jedná o tyto zařízení:

nemocnice Český Krumlov, a.s., nemocnice Jindřichův Hradec, a.s., nemocnice Prachatice, a.s., nemocnice Strakonice, a.s., nemocnice Písek, a.s., nemocnice Tábor, a.s.

V Ústeckém kraji k 1. 9. 2007 vzniká Krajská zdravotní, a.s. sdružující nemocnice Děčín, Chomutov, Most, Teplice a Masarykovu nemocnici Ústí nad Labem. S platností od 29. 6. 2007 změnila název 1. Zdravotní Rumburk, a.s. na Lužická nemocnice s poliklinikou, a.s., aniž by došlo ke změně vlastníka či IČO.

V Libereckém kraji jsou akciovými společnostmi, kde jediným akcionářem je kraj: Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a.s. a Krajská nemocnice Liberec, a.s..

V Pardubickém kraji proběhl také převod nemocnic na akciové společnosti. Jednalo se konkrétně o tyto nemocnice Chrudimská nemocnice, a.s., Pardubická krajská nemocnice, a.s., Svitavská nemocnice, a.s., Litomyšlská nemocnice, a.s., Orlickoústecká nemocnice, a.s.

V olomouckém kraji došlo k 1. 7. 2007 ke vzniku Středomoravské nemocniční, a.s., která sdružuje nemocnice Šternberk, Přerov a Prostějov, také u těchto nemocnic je jediným akcionářem kraj.

Transformace proběhla i v Nemocnicích Vsetín, p.o., nyní Vsetínská nemocnice, a.s.

²⁴⁹ Jurásková -MZ

²⁵⁰ ÚZIS ČR. Zdravotnická statistika, s. 14-15[citováno 30.01.2009].Dostupný z:< <http://www.uzis.cz>>.

Příloha č. 12

Podrobnější přehled o regulačních poplatcích ²⁵¹

Co je dobré vědět u zubaře

Preventivní je až druhá prohlídka v roce

Za první, takzvanou vstupní prohlídku u zubního lékaře v roce zaplatíte 30 korun. Druhá prohlídka, většinou za půl roku od první, se již považuje za preventivní. Na tu se regulační poplatky nevztahují, 30 korun tedy neplatíte.

Můžete si stěžovat nebo reklamovat práci

Nejste spokojení s tím, jak vás zubař ošetřil? Rozbil se vám do šesti měsíců po aplikaci zubní můstek nebo jiný protetický „výrobek“? Máte na něj půl roku záruku.

Když jej zubní lékař na vlastní náklady neopraví, můžete si stěžovat na zdravotním odboru krajského úřadu nebo České stomatologické komoře.

Příplatit si se vyplatí

Pár stovek navíc za kvalitnější plombu nebo pročištění zubních kanálků vám ušetří desetitisíce za implantáty. Ty přicházejí na řadu v případě, že na základní stomatologické péči šetříte a o zub přijdete.

Jak si vybrat zubaře

Dobry zubař by měl pacienta seznámit s možnostmi léčby a jejich klady a zápory. Měl by také nabídnout lepší materiál či služby. Ceník služeb k náhledu je samozřejmostí. O kvalitě zubní praxe hovoří například i to, zda k dispozici rentgen nebo jestli zubní lékař dokáže zorganizovat praxi tak, aby objednaný pacient příliš dlouho nečekal.

Kontakty na zubaře v místě svého bydliště či nejbližším okolí najdete na stránkách **České stomatologické komory (ČSK)** www.dent.cz

²⁵¹ Převzato z kolokvia autorky této práce předmětu zdravotnické právo, 2008

V nejbližší době se ČSK ke jménům stomatologů přidá i informace o tom, zda lékař ještě přibírá pacienty.

Za co se vyplatí připlatit

Za **kvalitní amalgám** na plombu. Pojišťovna hradí jen úplně základní amalgám, který zubní lékař namíchá v ordinaci. Kvalitnější, dózovaný amalgám sice vyjde na několik stovek, ale zubař jej dostává již přesně nadávkovaný.

Za **kvalitní bílou** plombu. Lidé, kteří se o své zuby starají a kterým záleží na estetice, mohou požádat o bílou plombu za zhruba tisíc korun.

Za **kvalitní pročištění** zubních kanálků. Pojišťovna platí jen základní pročištění, kvalitní péče znamená hodiny navíc. Ty již pojišťovna nehradí.

Kolik stojí péče u zubního lékaře

Nadstandardní amalgámová plomba **500 až 1 500 Kč**

Jde o výplň z přesně namixovaného amalgámu

Bílá plomba **500 až 1 800 Kč**

Je hezčí, ale častěji na ní ulpívá povlak, takže může přispívat k další kazivosti zubů.

Vyčištění kořenového kanálku **od 1 000 Kč**

Kanálky je potřeba vyčistit při infekci

Zubní implantát **od cca 10 000 Kč**

Jde většinou o titanovou náhradu kořenu zuby, na kterou zubař připevní korunku nebo můstek.

Celokeramická korunka **cca 6 000 Kč**

Náhrada části zuby nad dásní. Smysl má hlavně tehdy, je-li umístěna na keramickém pilíři implantátu.

Metalokeramická korunka **3 000 až 7 000 Kč**

Nahrazuje část zubu, není tak estetická jako celokeramická

Celokeramický tříčlenný můstek **15 000 Kč**

Můstky slouží jako náhrada zcela chybějících zubů. Jejich nevýhodou je, že vyžadují zbroušení okolních zdravých zubů.

Metalokeramický tříčlenný můstek **od 8 000 Kč**

Je levnější a není tak estetický.

Ošetření u dentální hygienistky **od 500 až 1 200 Kč**

Odstraní zubní kámen a pigment a zuby vyleští. Vysvětlí také, jak si správně čistit zuby.

Jak se dobrat svých práv

Na provedené úkony máte záruku

Záruční lhůta se nevztahuje na plombování zubů. Ale platí u „výrobků“, jako je například můstek, korunka či protéza. Na ně je záruka 6 měsíců, na samu opravu pak 3 měsíce. Jestliže se v záruční době „rozbijí“ a zubní lékař odmítá vadu na vlastní náklady odstranit či nechat zhotovit nový výrobek, může si pacient stěžovat.

Kde si na zubního lékaře můžete stěžovat?

u zdravotní pojišťovny

na odboru zdravotnictví na krajském úřadě

na České stomatologické komoře

Slavojova 22, Praha 2

Tel. 234 709 611, e –mail : csk@dent.cz, www.dent.cz

Úřední hodiny pro veřejnost : pondělí 13.00 -17.00, úterý, středa 10.00 -13.00

Délka prošetřování stížností je podle závažnosti a dokazatelnosti velmi individuální. Jestliže jde o výrobek, který není hrazen z pojištění, pak si můžete stěžovat jen na krajském úřadě nebo České stomatologické komoře.

Jaké jsou poplatky u zubaře 0 korun



Preventivní prohlídka

Jde o druhou návštěvu zubního lékaře v daném roce. Kdo neabsolvuje tzv. vstupní prohlídku, tedy v prvním roce, nárok na preventivní prohlídku bez poplatku ztrácí. Děti do 18 let mají na preventivní prohlídku nárok dvakrát do roka a těhotné ženy dvakrát za těhotenství.

Rentgenové vyšetření

Poplatek se neplatí ani tehdy, provádí-li stomatolog pacientovi pouze samostatně rentgenové vyšetření.

Naplánované ošetření

Ve chvíli, kdy k zubaři přijdete na jednu z fází již domluveného ošetření (například otisk zubů, pokračující ošetření téhož zubu, vyjmutí stehů a podobně), poplatek 30 korun neplatíte. To se týká i pacientů ortodontie, tedy lidí, kteří nosí nebo budou nosit rovnátka.

Lidé v dispenzární péči

Regulační poplatek neplatí ani děti od jednoho do osmnácti let, které musí zubní lékař dlouhodobě a pravidelně sledovat kvůli vážným zdravotním problémům spojeným s chrupem. Neplatí ani těhotné ženy.

V ordinaci bez smlouvy s pojišťovnou

Regulační poplatek se nevztahuje na pracoviště, která nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou.

Regulační poplatky se nehradí vůbec

- člověk v hmotné nouzi, který o tom má doklad z příslušného úřadu. Doklad nesmí být starší než 30 dní.

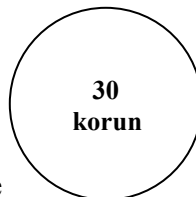
- dítě z dětského domova nebo diagnostického ústavu
- člověk, kterému soud nařídí ochrannou léčbu
- člověk, který je v nařízené izolaci nebo karanténě

Vstupní prohlídka

Jde o první prohlídku v daném roce.

Nezáleží přitom na skutečnosti, zda máte se zuby nějaký problém, nebo ne. Vstupní prohlídka

je podmínkou pro nárok na preventivní prohlídku. Ta je druhá v roce a bez poplatku 30 Kč.



Prohlídka s vyšetřením nebo ošetřením

Třicet korun si připravte pokaždé, provede –li vám zubní lékař celkové nebo dílčí vyšetření úst (kromě preventivní prohlídky). Platí se i v případě, kdy vás k zubaři pošle například praktický lékař pro vyloučení nějakého onemocnění.

U ortodontisty

Za vyšetření, při kterém ortodontista zhodnotí kvalitu chrupu, se platí 30 korun. Za rentgeny, otisky zubů a další diagnostické či laboratorní metody se pak už 30 korun neplatí.

Nemocnice

V souvislosti se zuby člověk obvykle

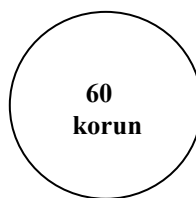
hospitalizován není, ale může se stát například

při trhání osmiček nebo při velkém zánětu či poranění čelisti. Poplatek se pak týká dne

stráveného na nemocničním lůžku, například na stomatologické klinice. Poplatek 60 korun se

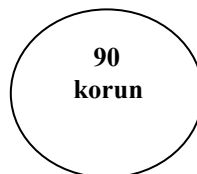
platí za každý den v nemocnici. Den nástupu a den odchodu z nemocnice se počítají jako

jeden.



Zubní pohotovost

Poplatek se hradí při každé návštěvě centrálně



organizované zubní či nemocniční pohotovosti po 17. hodině či ve svátečních dnech. Když je váš stav tak vážný, že vyžaduje hospitalizaci, zaplatíte „jen“ 60 korun za den v nemocnici. 90 korun za ošetření na pohotovosti se vás pak tedy netýká.

Akutní ošetření u „cizího“ zubaře

Jestliže vás přes den přepadne akutní problém se zubem (bolest, zánět) a vy musíte jít k jinému než ke svému zubnímu lékaři, zaplatíte za ošetření 90 korun. Tento zubní lékař má povinnost poskytnout vám neodkladnou péči, ovšem nemusí vás vzít přednostně.

Příloha č. 13

Právní forma společnosti

Obchodní zákoník a další právní normy nabízejí podnikatelům různé právní formy podnikání, přičemž výběr zcela závisí na volbě podnikatele. Z toho hlediska je důležité před založením podniku obeznámení s nejdůležitějšími právními předpisy, které s tím souvisí. Jelikož tržní ekonomika přináší vysokou míru rizika neúspěchu, je právě správná volba právní formy dlouhodobě působícím faktorem. Změna právní formy se nazývá transformace.

Nejdůležitější právní formy podnikání jsou :

1. samostatný podnikatel (fyzická osoba = živnostník)
2. obchodní společnosti:

Osobní Veřejná obchodní společnost Komanditní společnost

Kapitálové Společnost s ručením omezeným Akciová společnost
--

3. družstva
4. státní podniky
5. evropské hospodářské zájmové sdružení
6. evropská společnost
7. evropská družstevní společnost
8. ostatní

Podnikání samostatných podnikatelů se řídí živnostenským zákonem.²⁵²

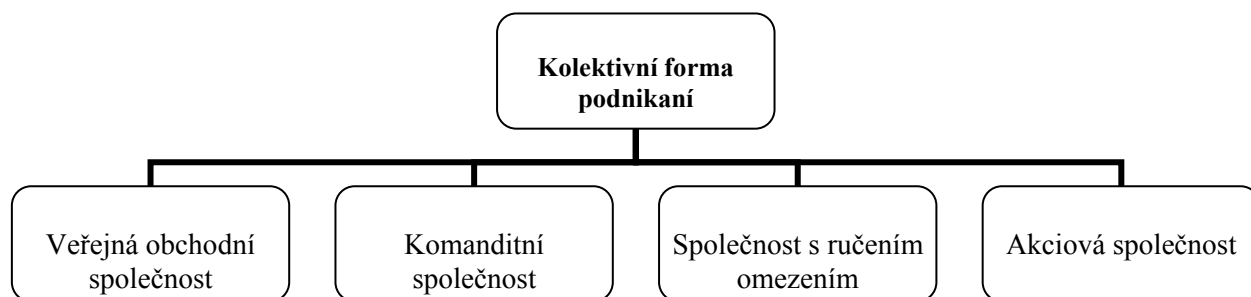
Obchodní společnosti²⁵³ představují jednu ze základních právních forem

²⁵² Zákon č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání. Aktuální návod, jak založit živnost, lze nalézt na stránkách Ministerstva průmyslu a obchodu ČR dostupný z: <http://www.mpo.cz/dokument/23559.html>.

²⁵³ Obchodní společnosti upravuje obchodní zákoník v § 56, kde se říká, že obchodní společnosti jsou právníckými osobami založenými zásadně za účelem podnikání.

k podnikatelské činnosti. Tvoří sdružení osob ke společnému podnikání. S pojmem obchodní společnost úzce souvisí pojem společník. To je osoba, která se podílí na podnikání prostřednictvím obchodní společnosti. Na rozdíl od družstev, jsou obchodní společnosti relativně uzavřená společenství, tzn., že pokud by došlo ke změně počtu společníků, je nezbytné změnit společenskou smlouvu a stanovy.

Kolektivní forma podnikání v obchodních společnostech



Vztah managementu a podnikání

Management, na jejíž základě je řízena většina organizací, již neodpovídá skutečnosti.

- 1) s rozmachem internetu se nesmírně zrychlil pohyb informací.
- 2) výbušným způsobem se rozšířila geografická působnost firem i zákazníků.
- 3) dynamicky se mění původní demografické předpoklady.

Obyvatelé zemí vyspělého světa jsou neblaze poznamenáni stárnutím skupin zaměstnanců a klesající porodností. Až donedávna dosahovaly vrcholu Maslowovy pyramidy²⁵⁴ potřeb čili seberealizace jen zákazníci v těch nejbohatších zemích.

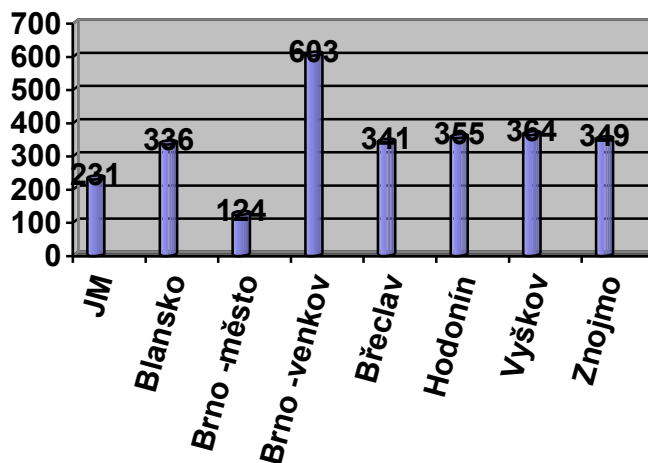
²⁵⁴ Maslowova pyramida - hierarchie lidských potřeb, definoval americký psycholog A. H. Maslow v r. 1943, obsahuje pět základních potřeb.

Příloha č. 14

Počet pacientů na jednoho lékaře²⁵⁵

Ve všech zdravotnických zařízení pracovalo koncem roku v přepočtu na celé úvazky téměř 44 400 lékařů a téměř 105 300 pracovníků nelékařů. V průměru připadalo v ČR na 1 lékaře 236 obyvatel. Na 1 ambulantního lékaře v průměr (vč. diagnostických služeb) připadalo v průměru 332 obyvatel. Na jednoho praktického lékaře pro děti, dorost i dospělé připadalo v ČR v průměru 1415 obyvatel, na jednoho praktického zubního lékaře 1708 obyvatel, na jednoho praktického gynekologa 3 918 žen. Na 10 000 obyvatel ČR připadalo v průměru 81,5 lůžek (v nemocnicích 60,4; v odborných léčebných ústavech 21,0).

Počet pacientů na jednoho praktického lékaře, včetně zubních lékařů v Jihomoravském kraji.



²⁵⁵ ÚZIS ČR[online].Zdravotnictví ČR 2008 ve statistických údajích[citováno 17.11.2009].Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

Příloha č. 15

Náklady vynaložené v jednotlivých segmentech zdravotní péče v letech 2004-2008²⁵⁶

<i>Segment zdravotní péče</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
<i>ambulantní péče celkem</i>	36 228	37 860	39 598	43 431	48 164
<i>z toho stomatologická</i>	8 544	8 599	8 454	9 032	9 155
<i>praktických lékařů</i>	7 476	7 610	8 200	8 594	10 160
<i>rehabilitační péče</i>	1 579	1 607	1 540	1 647	1 810
<i>diagnostická zdrav. péče</i>	6 181	6 742	6 516	6 632	7 384
<i>spec.ambulantní péče vč.gynekologické</i>	11 614	12 395	12 994	15 914	17 838
<i>domácí zdrav.péče</i>	835	906	895	1 021	1 065
<i>ústavní péče celkem</i>	72 238	76 542	83 688	92 378	99 184
<i>z toho nemocnice</i>	64 228	68 125	74 424	81 917	89 370
<i>OLÚ</i>	4 267	4 476	4 963	5 449	5 423
<i>LDN</i>	3 168	3 255	3 443	4 027	3 409
<i>lázeňská péče</i>	3 335	3 142	2 783	2 984	2 862
<i>náklady na dopravu</i>	1 298	1 278	1 228	1 271	1 478
<i>náklady na ZZS</i>	919	902	1 124	1 432	1 423
<i>léky na recept</i>	35 778	37 181	33 942	33 568	32 748
<i>Zdrav.prostředky na poukazy</i>	4 230	4 536	4 498	5 168	6 643
<i>Náklady na zdravotní péči celkem 1)</i>	156 258	163 930	167 532	181 358	193 669

²⁵⁶ Popovič, I. ÚZIS ČR[online]. Aktuální informace č. 51/2009 [citováno 3.11.2009]. Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.

Včetně nákladů na ošetrovatelská lůžka, péči v ozdravovnách, léčení v zahraničí, ostatní náklady na zdravotní péči, náklady na zlepšení zdravotní péče čerpané z jiných fondů než ze Základního fondu zdravotního pojištění.

Příloha č. 16

Žebříček Euro Health Consumer Index 2009²⁵⁷

Země	Počet bodů
1. Nizozemsko	824
2. Rakousko	813
3. Lucembursko	795
4. Dánsko	794
5. Německo	769
6. Švýcarsko	756
7. Švédsko	736
8. Francie	714
9. Finsko	703
10. Norsko	703
11. Belgie	682
12. Estonsko	674
13. Česká republika	669
14. Irsko	664
15. Itálie	661
16. Maďarsko	651
17. Španělsko	648
18. Řecko	625
19. Británie	624
20. Slovinsko	582
21. Kypr	574
22. Slovensko	563
23. Kanada	549
24. Malta	545
25. Litva	525
26. Polsko	521

²⁵⁷ ČTK, 29. září 2009

27. Portugalsko	514
28. Rumunsko	502
29. Bulharsko	489
30. Chorvatsko	470
31. Lotyšsko	460
32. Makedonie	455

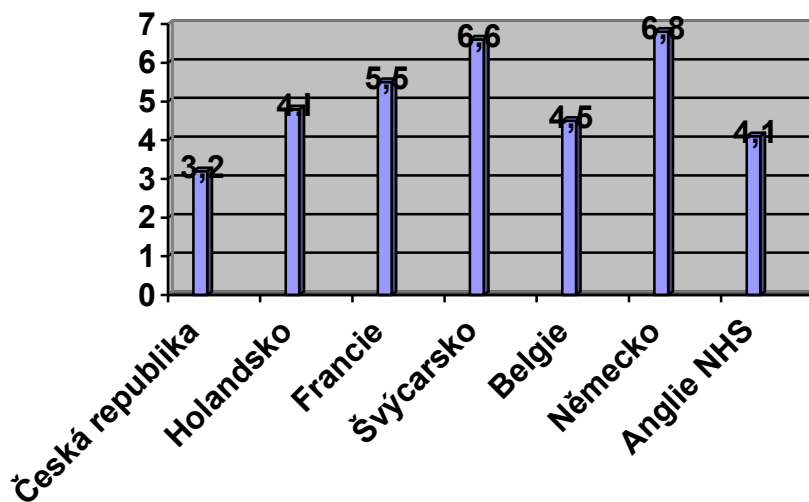
Přední odborníci srovnávali úroveň systému 32. zemí. Česká republika obsadila 13. místo, polepšila si tak o tři místa oproti loňskému roku, kdy mezi 31 zastoupenými státy byla na 16. místě. Slovensko letos i vloni obsadilo 22. místo. Slovenský systém není tak finančně stabilní a také není tak orientovaný na zákazníky jako český systém. Ten se může pochlubit „solidním průměrem“. Česká republika mohla podle HCP²⁵⁸ posoudit, jakým způsobem jsou zdroje rozděleny mezi zdravotníky a výdaji na léky.

Index porovnává národní systémy v šesti oblastech, z nichž zmíním například rozsah služeb, přístup lidí k nim, k informacím, čekací doby pacientů, celkové služby aj. Jednotlivé země mohou v žebříčku získat maximální počet 1000 bodů. Nejvyšší počet získalo Nizozemsko s 824 body, především pak díky své vstřícné a pečlivé orientaci na zákazníka. Následuje Rakousko s Lucemburskem, naproti tomu Makedonie, Lotyšsko a Chorvatsko obsadili příčky poslední. Z porovnání vyplývá, že země východní a střední Evropy byly zasaženy finanční krizí a že úroveň některých systémů zdravotní péče klesá (např. v Řecku, Španělsku i Portugalsku).

²⁵⁸ Organizace Health Consumer Powerhouse (HCP), která žebříček pravidelně od roku 2005 zveřejňuje, se trendy ve zkoumaných zemích zlepšují. Příklady reforem dopady nejsou jen v Nizozemsku, ale i v Irsku či České republice.

Příloha č. 17

Srovnání provozních nákladů zdravotních pojišťoven v ČR a v některých evropských zemích v % z celkových příjmů²⁵⁹



²⁵⁹ ÚZIS ČR[online].Zdravotnictví ČR 2008 ve statistických údajích[citováno 17.11.2009].Dostupný z: <<http://www.uzis.cz>>.