

**Vysoká škola regionálního rozvoje a Bankovní institut – AMBIS**

**Katedra financí a ekonomie**

## **Financování zdravotní péče v ČR**

**Diplomová práce**

**Autor:** **Bc. Štěpán Zrna**

Finance

**Vedoucí práce:** **prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc.**

**Praha**

**2018**

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracoval samostatně a v seznamu uvedl veškerou použitou literaturu.

Svým podpisem stvrzuji, že odevzdaná elektronická podoba práce je identická s její tištěnou verzí, a jsem seznámen se skutečností, že se práce bude archivovat v knihovně VŠ AMBIS a dále bude zpřístupněna třetím osobám prostřednictvím interní databáze elektronických vysokoškolských prací.

V Praze dne 26.4.2018

Štěpán Zrna

## **Poděkování**

Tímto bych chtěl poděkovat prof. Ing. Eva Ducháčková, CSc. za vedení této práce a za cenné rady, které dopomohly k úspěšnému dokončení diplomové práce. Dále děkuji MUDr. Tomáši Jirkovi za jeho konzultace a podnětné připomínky.

## **Anotace**

Předmětem teoretické části práce je objasnění základních pojmů ve zdravotnictví a specifikace systému zdravotní péče v ČR. Stručně bude popsána historie a vývoj zdravotního systému na území dnešní České republiky od jeho počátků až po současnost.

Cílem práce je analýza současného zdravotního systému v ČR a navržení dílčích změn a opatření vedoucí k udržení současných vysokých standardů či možnému zlepšení zdravotní péče s ohledem na nové trendy a technologie v uvedeném systému.

**Klíčová slova:** Zdraví, zdravotnický systém v ČR, historie a vývoj zdravotního systému, udržitelnost zdravotního systému

## **Annotation:**

The diploma thesis deals with clarification of basic terms in health care system with specification of health care system in the Czech Republic. The thesis briefly describes history and development of health care system on the area of the Czech Republic from its inception to contemporary.

The objective of the thesis is to analyse current health care system in the Czech Republic and to come up with proposal of partial changes and measures aiming to maintain current high standards or to improvement of health care with regard to new trends and technologies in the health care system.

## **Key words:**

Health, health care system in the Czech Republic, history and development of the health care system, sustainability of health care system

# Obsah

|   |    |
|---|----|
| Úvod .....  | 3  |
| 1 Teoretická východiska.....  | 6  |
| 1.1 Základní determinanty zdraví, popis systémů zdravotnictví .....   | 7  |
| 1.2 Systémy ve zdravotnictví.....   | 9  |
| 1.3 Historie zdravotnictví v ČR .....   | 10 |
| 1.4 Způsob financování zdravotní péče v ČR.....   | 13 |
| 1.4.1 Veřejné zdroje.....   | 13 |
| 1.4.2 Soukromé zdroje bez přímých plateb domácností.....  | 13 |
| 1.4.3 Přímé platby domácností .....   | 13 |
| 1.4.4 Výdaje na zdravotnictví v % HDP .....   | 16 |
| 1.4.5 Platba za výkon po roce 1989.....   | 16 |
| 1.5 Systém Zdravotního pojištění v ČR po roce 1989 .....  | 19 |
| 1.5.1 Pojistné v ČR na veřejné zdravotní pojištění.....   | 19 |
| 1.5.2 Hodnocení pojišťoven za rok 2017 .....  | 21 |
| 1.6 Zdravotnictví jako část veřejného sektoru národního hospodářství .....  | 21 |
| 1.6.1 Elasticita veřejných výdajů jako dynamika růstu veřejných výdajů vůči HDP .....   | 22 |
| 1.6.2 Finanční toky a zájmové skupiny ve zdravotnictví .....  | 23 |
| 1.7 Vybrané ukazatele zdravotnictví ČR a jejich srovnání se světem .....  | 24 |
| 1.7.1 Německo .....   | 25 |
| 1.7.2 Velká Británie.....   | 26 |
| 1.7.3 USA .....   | 27 |
| 1.7.4 Shrnutí srovnání ČR a vybraných zemí.....   | 27 |
| 1.8 Konkurenceschopnost zdravotních pojišťoven v současném systému ČR.....  | 30 |
| 1.9 Balanced Scorecard (BSC) .....  | 33 |
| 1.10 SWOT Analýza.....  | 34 |
| 2 Metodika zpracování .....   | 37 |
| 3 Praktická část.....   | 39 |
| 3.1 Harmonizace zdravotnického systému ČR s EU .....  | 40 |
| 3.1.1 Podíl veřejných nákladů na zdravotnictví (výdajová kvóta) .....   | 43 |
| 3.1.2 Výpočet Elasticity veřejných výdajů jako dynamiky růstu veřejných výdajů vůči pohybu HDP z dostupných dat v r. 2010 až 2015 ..... | 46 |
| 3.2 SWOT analýza.....   | 46 |

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 3.3   | Vlastní návrh financování zdravotní péče .....  | 49 |
| 3.3.1 | První navrhovaná změna je zrušení bezplatné hotelové služby v nemocnici .....         | 51 |
| 3.3.2 | Druhá navrhovaná změna – stanovení základní (standardní) zdravotní péče ....          | 52 |
| 3.3.3 | Třetí navrhovaná změna – zainteresování pacienta .....                                | 52 |
| 3.3.4 | Čtvrtá navrhovaná změna – Spoluúčast pacientů .....                                   | 53 |
| 3.3.5 | Pátá navrhovaná změna – Měření výkonnosti metodou BSC .....                           | 54 |
| 3.3.6 | Šestá navrhovaná změna – posílení rozhodovacích pravomocí zdravotních pojišťoven..... | 57 |
| 3.3.7 | Sedmá navrhovaná změna – Optimalizace lůžek a státních nemocničních zařízení .....    | 58 |
| 3.3.8 | Osmá navrhovaná změna - Elektronizace zdravotnictví - eHealth.....                    | 59 |
| 3.4   | Výsledky .....  | 60 |
| 3.4.1 | Podíl veřejných nákladů zdravotní péče vůči HDP .....                                 | 61 |
| 3.4.2 | Trendy a vývoj financování z dlouhodobého pohledu .....                               | 61 |
| 3.4.3 | Výsledky SWOT vztahové matice .....   | 61 |
| 3.4.4 | Systematické kroky vlastních návrhů .....   | 62 |
|       | Závěr.....  | 64 |
|       | Seznam bibliografických odkazů .....  | 67 |
|       | Seznam použitých zkratk .....   | 69 |
|       | Seznam obrázků.....   | 71 |
|       | Seznam tabulek.....   | 71 |
|       | Přílohy .....   | 72 |

# Úvod

Zdravotnictví v České republice je dlouhodobě velmi kvalitní a jeho systém poskytuje ve srovnání s mnoha jinými zeměmi nadstandardní možnosti bezplatné léčby. Pacienti mají mnoho práv a minimum povinností. Mají možnost výběru lékařského zařízení, zdravotní pojišťovny a tudíž mají fakticky i rozhodující slovo.

Druhou stranou mince je ovšem fakt, že financování zdravotnictví neprošlo v posledních letech žádnou výraznou proměnou, která by legitimizovala neustálý nárůst výdajů na zdravotní péči včetně zachování vysokých standardů a kvality ve spojitosti s neustálým pokrokem ve zdravotní péči. Zdravotnictví se proto stává diskutabilním a zásadním tématem, ve kterém hraje roli mnoho faktorů včetně těch etických a proto je toto téma pro společnost neustále tzv. na pořadu dne. Dnešní paušální, výkonové či kapitační platby nemají vzhledem ke kumulované inflaci posledních dvaceti let obdobný progres. Spolu s rostoucí kvalitou a díky inovativním metodám ve zdravotnictví populace tzv. stárne, tedy klesá její mortalita neboli úmrtnost. V souvislosti propojení zdravotního a sociálního systému není dlouhodobě brán v úvahu nárůst počtu nevýdělečně činných a je tedy nutné zavést strategické plánování a nový koncept financování zdravotního odvětví v návaznosti na odvětví sociální. Neustálým odkládáním otázky financování celého systému zdravotnictví ČR by mohlo dojít k výrazným negativním změnám v poskytování péče v budoucích letech.

Je proto nevyhnutelné racionálně a efektivně řešit problematiku zdravotnictví a uvědomit si, že současný systém nemůže být z hlediska dlouhodobého vývoje trvale udržitelný. Z pohledu ekonomického je třeba analyzovat současnost, přihlídnout k minulosti a posoudit, jestli odvádíme dostatek financí do zdravotního systému. Při porovnání vývoje a trendů v dalších zemích se lze oprávněně domnívat, že současné financování u nás není systémově nadále udržitelné. Dílčími parametry ve zdravotním systému jsou efektivnost jednotlivých segmentů, technická stránka zvládnutí řízení procesů v systému plateb a následné kontroly. Jedním velkým segmentem v systému jsou zdravotní pojišťovny, které dnes aplikují obdobné koncepte bez zdravějšího tržního prostředí s čelním postavením jedné “hlavní” pojišťovny VZP. Dalšími segmenty / subjekty jsou krajské a místní správní celky, Ministerstvo zdravotnictví a v neposlední řadě jednotlivé nemocnice, soukromé či státní ambulantní praxe a další. Snížení nákladů, optimalizace procesů, kontrola vykázaných výkonů a nadužívání léčiv by mohly hrát klíčovou roli při nastavování nové koncepce zdravotnictví.

Cílem předkládané práce je navržení souboru opatření nezbytných k udržení dnešních vysokých standardů v českém zdravotnictví. Opatření jsou navržena s ohledem na veškeré subjekty, které se poskytování zdravotní péče účastní (pacienti, pojišťovny, zřizovatelé, atd.). Nejedná se tedy o opatření, která jsou navržena za účelem na zvýhodnění jen některé ze stran. Tyto návrhy tedy v žádném případě nesměřují ke zvýhodnění některého ze subjektů nebo smluvních stran poskytování péče. Při návrzích je kladen důraz především na kvalitu poskytované zdravotní péče a dlouhodobou udržitelnost dostupnosti zdravotní péče pro všechny občany. Úkolem práce je zaměření se zejména na ekonomickou stránku zdravotnictví v podobě finančních toků, hospodářských výsledků, komparace nákladů a vlastní návrh vedoucí k systémovému zefektivnění dílčích procesů ve zdravotnictví.

Práce je rozdělena do tří základních oddílů, a to teoretického oddílu, metodiky zpracování a oddílu analytického. První část textu se zabývá teoretickými východisky dané problematiky. Ambicí práce rozhodně není provedení komplexní literární rešerše, která by poskytla úplný přehled autorů a názorů dané oblasti. Představeny jsou základní informace, základní koncepce a dostupná data, která souvisí s financováním zdravotní péče především v ČR. Zmapována je také historie vývoje financování zdravotní péče na území ČR (dřívějšího Československa). Aby bylo možné hodnotit náš systém, je součástí teoretické části i srovnání systému financování zdravotní péče v některých zemích světa (Velká Británie, Německo, USA). V druhé části práce je uvedena použitá metodika zpracování a přiblížení postupů při realizaci vlastního těla práce. V poslední třetí analytické části jsou zpracovány teoretické výstupy a data a je provedena analýza současného stavu zdravotního systému v ČR. Následně budou formulovány vlastní návrhy a systémové koncepce pro financování zdravotnictví v ČR.

Práce může sloužit především laické veřejnosti k tomu, aby se snáze zorientovala v problematice financování zdravotní péče a uvědomila si, že dlouhodobě není současné financování udržitelné, což může přispět ke zvýšení zájmu o financování zdravotnictví a hledání nových východisek. Obzvláště vlastní závěry a návrhová část se mohou stát rovněž inspirací pro odbornou veřejnost a odpovědné instituce, které se problematikou dlouhodobě zabírají (zdravotní pojišťovny, Česká lékařská komora, odborné společnosti, apod.). Na problematice financování zdravotní péče v ČR se dlouhodobě podílí mnoho uznávaných odborníků různého zaměření (zdravotnictví, ekonomika, atd.). Není v silách žádného jedince podchytit všechny aspekty nové koncepce. Ambicí práce je proto především legitimizace předložených názorů a shromáždění údajů k celospolečenské diskusi na téma financování zdravotní péče v ČR. Koncepce a názory nejsou hodnoceny z pohledu politické



příslušnosti a ani z pohledu přijatelnosti pro dané volební období, konkrétní odbornou společnost nebo zdravotní pojišťovnu. Koncept se zaměřuje především na dlouhodobost a udržitelnost v poskytování již vysoce standardní zdravotní péče na území České republiky.

# 1 Teoretická východiska

Pro zpracování problematiky financování zdravotní péče je potřebné předložit základní teoretická východiska celé problematiky a v jejím rámci definovat základní pojmy, se kterými je možné se v průběhu zpracování setkat. Jejich správná definice je základním předpokladem pro kvalitní zpracování. Mezi takové pojmy patří především veřejné zdravotnictví, veřejné zdraví, zdravotní péče, zdravotní pojištění a další.

Pakliže má text sloužit jak laické, tak i odborné veřejnosti, musí být definice relativně jednoduché pro uchopení v rámci problematiky financování zdravotní péče a zároveň nesmí být žádným způsobem provokativní a neměla by vyvolávat diskusi o samotných pojmech, které nejsou stěžejním problémem. Předkládány budou tedy všeobecně přijatelné a uznávané definice.

Teoretický koncept bude tedy pojímán jednoduše a v souvislostech. Neznamená to ovšem, že v teoretickém základu neexistují slabá místa nebo prostor k inovaci či aktualizaci. Základní terminologie by měla být rozvíjena či měněna až s fungující praxí, přičemž z této praxe rovněž vychází. To znamená, že měnit základní termíny rozhodně není žádoucí a současně by snaha o razantní změny v tomto směru mohla odvést pozornost od důležitějších problémů, kterými současné zdravotnictví trpí. Často se v praxi stává, že když už se důležité téma začne řešit a hledá se celospolečenský konsensus, nezděra jsme svědky toho, že se debata nevhodně odkloní a do středu pozornosti se dostává slovíčkaření, na kterém celá diskuse mnohdy i skončí.

Nemoci a smrt provází lidstvo odjakživa. Průběh nemoci a výsledky léčby odedávna byly a jsou velmi nejisté. Z pohledu moderního (dnešního) člověka je vnímání nejistého průběhu léčby a jeho výsledků diametrálně odlišné od vnímání nejistoty člověka na počátku 20. století. Odborníci odhadují, že v první polovině 20. století měl člověk zhruba 50 % pravděpodobnost, že mu ve zdravotnickém zařízení pomohou a uleví. V dnešní době je naopak pravděpodobnost, že se zdravotní problém nevyřeší, nebo že se nepodaří stanovit diagnózu, pouze v jednotkách procent. Historicky je také známo, že okolnosti provázející společnost z velké části determinují zdraví obyvatel. Jedná se například o ekonomickou, politickou, demografickou situaci, stav poznání, chování lidí, tradice, kulturu, etické hodnoty, atd. Dnes se souhrnem výše uvedených poznatků zabývá sociální lékařství. Právě pak sociální lékařství, preventivní lékařství, hygiena a další obory tvoří teoretický základ veřejného zdravotnictví.

Zájem o zdraví jedince a společnosti je jak důvodem vzniku, tak legitimizací existence veřejného zdravotnictví. (Čeledová, Holčík a kolektiv, 2018, str. 9)

Veřejné zdravotnictví je chápáno jako multidisciplinární obor. Jeho úkolem je se zabývat zdravím populace a prevencí nemocí. V průběhu dvousetleté tradice oboru zdravotnictví se používala různá označení či názvy jako například státní medicína, hygiena, sociální hygiena, hygiena a epidemiologie, preventivní zdravotnictví, sociální lékařství, sociální lékařství a organizace zdravotnictví, veřejné zdravotnictví, zdravotnický management a další. V průběhu vývoje veřejného zdravotnictví je možné sledovat dvě základní linie oboru a to hygienicko – epidemiologickou a sociálně – lékařskou linii. (Hnilicová, 2017, online)

Müllerová a kolektiv veřejné zdravotnictví chápou podobně a definují jej takto: „Všechny aktivity spojené s předcházením nemocí a úrazů jsou nyní koncepčně zahrnuty pod obory preventivní medicína a hygiena, nově na úrovni populace označované pojmem veřejné zdravotnictví“. (Müllerová a kolektiv, 2014, str. 11)

„Hygiena je definována jako základní preventivní lékařský vědní obor studující vliv životních a pracovních podmínek na zdraví člověka a zdraví lidských kolektivů...Působí tak k ochraně veřejného zdraví pomocí specifické prevence, a k podpoře zdraví pomocí nespecifických prostředků, které vedou k upevnování zdraví všeho obyvatelstva“. (Müllerová a kolektiv, 2014, str. 11)

S hygienou logicky souvisí i preventivní medicína, což je „vědní obor zaměřený na ovlivnění zdraví populací. Snaží se o prodloužení délky života a zvýšení kvality života jednotlivců i populací“. (Müllerová a kolektiv, 2014, str. 14)

## **1.1 Základní determinanty zdraví, popis systémů zdravotnictví**

Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) je naše zdraví definováno jako stav fyzické, duševní, sociální, ale i estetické pohody (WHO, 1946). Nejedná se tedy jen o stav absence nemocí či vad. Zdraví je také vhodným ukazatelem vyhlídky na délku dožití. U vnímajících lidí je tedy zdraví širším konceptem více ukazatelů, které zahrnují i celkovou psychickou pohodu. Dle výše zmíněné definice WHO se pak na straně „nemocných“ ocitá 70-90 % lidí. Proto je uvedená definice z hlediska klasifikace značně idealizovaná a má pouze malý vypovídající efekt. Samotná pohoda není, dle mého názoru, relevantně měřitelná a závisí na subjektivním pohledu a míře citlivosti a vyspělosti každého jedince.

V současné době se můžeme setkat už i s moderní verzí definice zdraví, která říká, že „zdraví je chápáno jako schopnost organismu trvale se přizpůsobovat měnícím se nárokům a požadavkům prostředí bez narušení životních funkcí“. (Müllerová a kolektiv, 2014, str. 15)

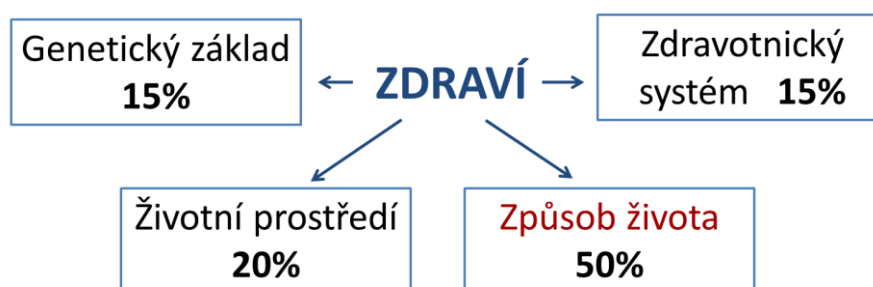
Dle Světové zdravotnické organizace jsou základními determinanty zdraví: genetický základ 15 %, životní prostředí 20 %, způsob života 50 % a zbylých 15 % je právě zdravotnický systém viz Obrázek č. 1 Základní determinanty zdraví.

Tyto údaje přebírá většina odborných autorů (např. Müllerová a kolektiv). I přesto však Müllerová a kolektiv upozorňují, že největší skupinu onemocnění podmiňuje více faktorů najednou. (Müllerová a kolektiv, 2014, str. 17)

Je – li způsob života odpovědný za 50 – 60 % našeho zdraví, pak je nutné uvést i definici životního stylu. „Je to systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí typických pro určitý živý subjekt nebo skupinu lidí. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování. Životní styl je atributem sociálního statusu. Je vybírán individuem z nabízených možností dané kultury a přetvářen podle podmínek a úvahy jedince do vlastního systému“. (Müllerová a kolektiv, 2014, str. 17)

Otázka volby je typická pro západní civilizaci nebo obecně řečeno svobodné (demokratické) státy, mezi které se řadíme.

Obrázek č. 1 Základní determinanty zdraví



Zdroj: Vlastní zpracování

Z výše uvedeného je zřejmé, že zdravotnictví je jedním z podsystémů celkové péče o zdraví, avšak nehraje nejzásadnější roli. Z ekonomického hlediska je zdraví charakteristické tím, že

se týká každého z nás. Až na naprosté výjimky si zdravotnictvím prošel každý jedinec žijící ve vyspělém státu. Obnova zdraví není vždy jistá a dle individuálních dispozic pojištěnce se určuje pouze pravděpodobnost uzdravení.

„Výsledkem činnosti jsou služby, respektive produkty ve formě zdravých nebo uzdravených lidí, kdy lidské zdraví a kvalitní život je nejcennější hodnotou vůbec. Zdroje a prostředky vynakládané do zdravotnictví nejsou v přímé úměře ve vztahu k výsledkům, mnohdy jsou výsledky nejednoznačné, žádné nebo i negativní, v řadě případů se nejedná o jednoznačnou souvztažnost a příčinnou souvislost. Jak prevence, tak i diagnostika a terapie je v mnoha případech spojena se značnými náklady, avšak efekt může být malý, přesto je třeba i takovéto zásahy často konat v zájmu zdraví či života pacienta. Právě tento specifický znak zdravotnictví navozuje skutečnost, že i přesto je třeba pohlížet na zdravotnictví i jako na hospodářský systém a zamýšlet se nad jeho ekonomikou, zkoumat jeho náklady i výnosy a transformovat jej z hlediska dosažení co nejvyšší efektivity, optimalizace a účinnosti.“  
(Zlámal, Bellová, 2013, str. 19)

## **1.2 Systémy ve zdravotnictví**

Základními modely nestátních zdravotnických systémů jsou liberálně tržní (dnes obdoba USA) model a model bismarckovský (dnes Německo, ČR), které jsou založeny na pojištění zdraví. Státními zdravotnickými modely jsou Beveridgeův (dnes Spojené království, Kanada) a Semaškův (dnes Kuba) model, které jsou nastaveny centrálně státem a placeny z přímo z daní.

Nelze dnes s jistotou tvrdit, že některý z vyjmenovaných systémů je ideální a takřka bezchybný, ať už se jedná o státní či nestátní systém. Fungující modely mohou být dnes sestaveny z části státního a z části nestátního zdravotního systému. Pro pochopení v souvislostech jsou uvedeny právě výše zmíněné čtyři modely systémového financování zdravotní péče na daném území.

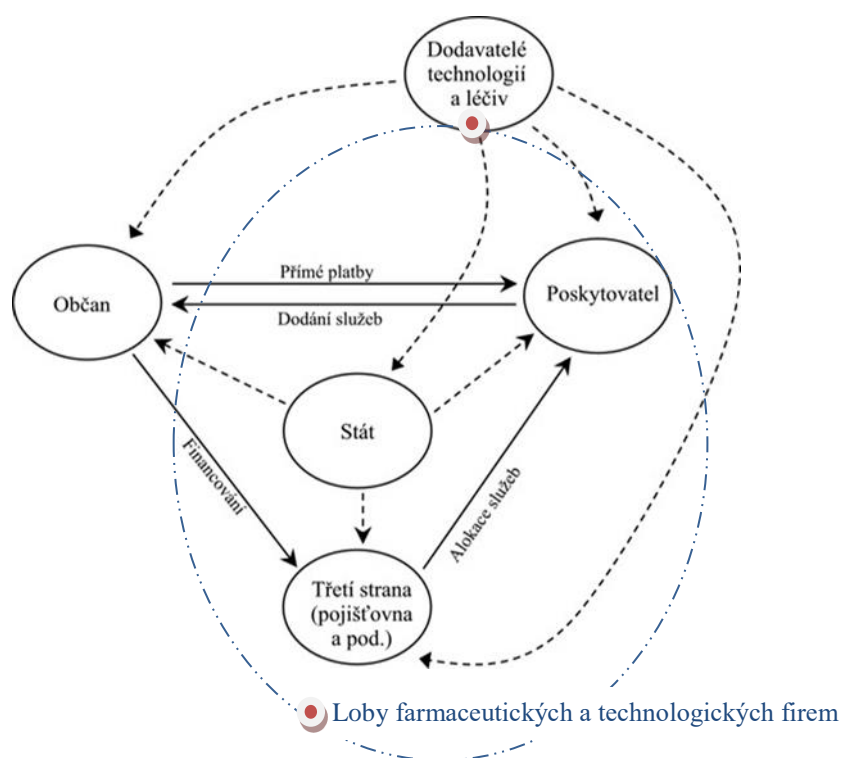
V České republice je využíván bismarckovský systém zdravotního pojištění, který je založen na principech solidarity a je historicky nejstarším modelem financování zdravotnictví vůbec. Je pojmenován po svém zakladateli Otto von Bismarckovi.

Základními výhodami bismarckovského modelu jsou: obecná dostupnost standardní zdravotní péče s rovným přístupem ke všem pojištěncům, jistota kvalitní péče dostupné všem

pojištěncům a spokojenost pacienta na základě konkurenčního trhu zdravotní pojištěnecké péče. Hlavní nevýhodu je možné vidět ve složitosti bismarckovského systému, který není pružný a financování výkonů není vždy transparentní a plně zřejmé vůči pojištěnci. Za zjevnou nevýhodu se považuje řada administrativních a procesních nároků včetně místních poboček zdravotních pojišťoven, IT vybavení, atp. Zdravotní systém je spolu se sociálním zabezpečením součástí celku, který zabezpečuje zdraví a sociální potřeby dle platné legislativy na území daného státu.

Grafické znázornění složitosti vztahů a provázanosti systému viz Obrázek č. 2 Bismarckovský model financování v ČR.

Obrázek č. 2 Bismarckovský model financování zdravotnictví v ČR



Zdroj: Vlastní zpracování

### 1.3 Historie zdravotnictví v ČR

První snahy o řešení zdravotního stavu obyvatelstva lze datovat na konec 18. a počátek 19. století. Nejvíce se veřejné zdravotnictví rozvíjelo během 19. století, kdy došlo také k oddělení dvou hlavních linií (hygieny a epidemiologie a sociálního lékařství). Rozvoj

veřejného zdravotnictví je spojován především s cílem chránit obyvatele před rozsáhlými infekčními nemocemi, které byly v tehdejší době téměř „na denním pořádku“ / běžnou záležitostí každodenního života. Hlavními hrozbami se tehdy staly především cholera, mor, tyfus, atd. Díky tomu vznikla určitá struktura státní zdravotní správy a zdravotní policie. Tím fakticky došlo k založení oboru státní medicíny. Mezi hlavní představitele, kteří se zasadili o výuku státní medicíny, patří například profesor vídeňské lékařské fakulty J. P. Frank. Na našem území měl podobné zásluhy prof. Ignác Nádherný působící na Univerzitě Karlově. V počátcích státní medicíny je zřetelný německý vliv. Na konci 18. století a na počátku století 19. se na našem území začalo rozvíjet i sociálně lékařské myšlení, o které se výrazným způsobem zasadili prof. J. E. Purkyně, F. Procházka a F. Hamza působící na Univerzitě Karlově. Pro dnešní společnost je zásadní také rok 1888, kdy O. von Bismarck zavedl nemocenské a úrazové pojištění, které v moderní podobě zůstalo dodnes. (Hnilicová, 2017, online)

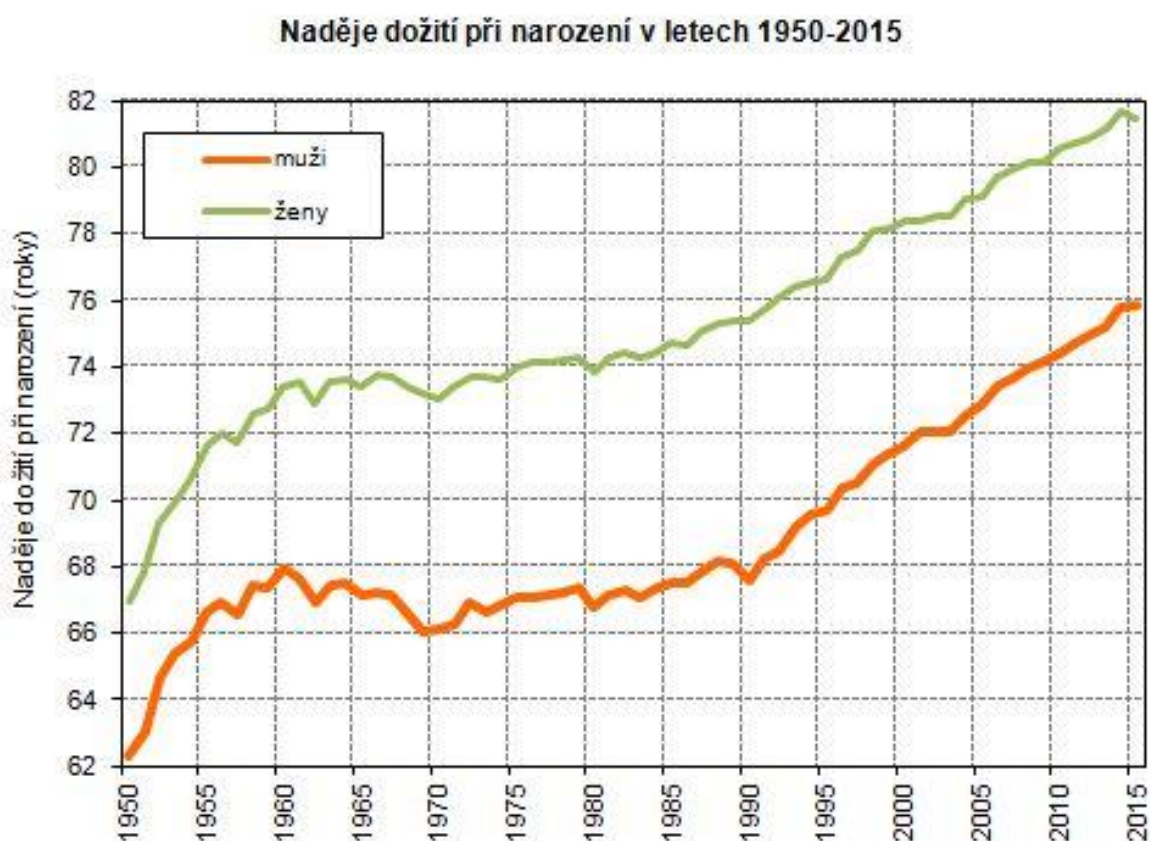
„V roce 1900 sloužilo obyvatelům na území dnešní České republiky 3459 lékařů, 282 ranlékařů a 9 038 porodních bab. K dispozici měli 856 lékáren. V provozu bylo 256 nemocnic, z toho 4 veřejné a 162 soukromých“. (Kazimour, 2016)

Počátek 20. století se nesl ve znamení rozsáhlých a častých infekčních epidemií a světových válek, se kterými se muselo zdravotnictví vypořádat. Po druhé světové válce došlo ke sjednocení nemocenského a důchodového pojištění a nově vzniklé pojištění převzala Ústřední zdravotní pojišťovna pod svou správou. Po 2. Světové válce došlo ke znárodnění nemocnic, léčebných ústavů, lázní, zdravotnického průmyslu a distribuce léčiv. Roku 1948 byl přijat nový zákon o národním zdravotním pojištění na tehdy moderních pojišťovacích principech. Pozitivní externalitou byla preventivní péče o pojištěnce. V roce 1951 došlo k zavedení sovětského modelu zdravotnictví, kdy byl systém nadále řízen centrálně a veškerou zodpovědnost za zdravotní péči i zdraví obyvatelstva převzal stát. Zrušena byla i Ústřední zdravotní pojišťovna a financování zdravotnictví bylo řešeno skrze státní rozpočet. Péče tak byla nově bezplatná pro všechny občany. Toto období je typické extenzivním rozvojem zdravotnických zařízení (nemocnice, ústavy, ozdravovny, ústavy národního zdraví, atd.). Zdravotnictví vykázalo snížení nemocnosti a úmrtnosti na infekční choroby a také pokles kojenecké úmrtnosti. Historicky největší progres ve zdravotnictví československého státu, který nebyl dodnes překonán, se uskutečnil právě v letech 1950-1960. Toto období je pak právem nazýváno jako „československý zázrak“. V průběhu 70. a 80. let došlo k postupné

stagnaci systému. Centrálně řízený systém zdravotnictví byl nově vystaven moderním civilizačním onemocněním, kterým neuměl čelit. Toto období je zásadní především z toho důvodu, že došlo k zastavení poválečného poklesu úmrtnosti a prodloužení střední očekávané délky života, která právě v tomto období také začíná stagnovat. (Kebza a kolektiv, 2014, str. 11-12)

Jedním z hlavních ukazatelů úspěšnosti zdravotnictví je i naděje na dožití při narození. V následujícím obrázku č. 3, Naděje dožití při narození v letech 1950-2015 je předkládán vývoj tohoto ukazatele mezi lety 1950 a 2015.

Obrázek č. 3 Naděje dožití při narození v letech 1950-2015



Zdroj:

[https://www.czso.cz/documents/10180/58372349/nadeje\\_dozeni\\_pri\\_narozeni\\_v letech\\_1950\\_2016.jpg/2a70bca7-574f-48be-800a-a840f8ebc2a9?t=1497256589356](https://www.czso.cz/documents/10180/58372349/nadeje_dozeni_pri_narozeni_v letech_1950_2016.jpg/2a70bca7-574f-48be-800a-a840f8ebc2a9?t=1497256589356)

Obrázek dokládá velký pokrok, kterého zdravotnictví od roku 1950 dosáhlo. Zatímco při narození v roce 1950 měl průměrný muž naději dožít se přibližně 62 let, při narození v roce 2015 může očekávat život dlouhý téměř 76 let. Ženy mají vyhlídky ještě o něco lepší. Při narození v roce 1950 měla průměrná žena šanci dožít se přibližně 67 let. Její naděje dožití při narození v roce 2015 strmě stoupá až k téměř 82 letům. Ve sledovaném období 65 let se



zvýšily naděje na dožití o 14, respektive 15 let, což je dodnes nepřekonaný pokrok v dějinách zdravotnictví na našem území. I přes zavádění nových farmaceutik či technologií je velmi málo pravděpodobné, že se v budoucnu během takto krátké doby podaří dosáhnout obdobného pokroku ve snížení úmrtnosti. Na druhou stranu žijeme ve výjimečně „turbulentní“ době, kdy skoro nic není nemožné. Například při možnostech výroby orgánů se v dnešní době těžko predikuje budoucnost.

## **1.4 Způsob financování zdravotní péče v ČR**

Zdravotní péče v České republice je financována ze třech různých zdrojů. První a největší část pochází ze zdrojů veřejných. Druhým zdrojem jsou soukromé zdroje bez přímých plateb domácností a třetím zdrojem jsou právě přímé platby domácností. Jednotlivé zdroje budou v této kapitole blíže popsány a předložena budou i relevantní data pro objasnění objemu financí a důležitosti dílčích zdrojů. Stěžejní částí kapitoly bude i vymezení základních definic a popisů pojmů souvisejících se zdravotnictvím jako jsou zdravotní péče, pojištěnec, poskytovatel zdravotních služeb, atd.

### **1.4.1 Veřejné zdroje**

Veřejné zdroje zahrnují veřejné rozpočty a povinné příspěvkové zdravotní pojištění. Mezi veřejné rozpočty patří státní rozpočet, rozpočty územních samospráv (místní rozpočty) a povinné zdravotní pojištění. (ČSÚ, 2017, online)

### **1.4.2 Soukromé zdroje bez přímých plateb domácností**

Soukromé dotování systému financování zdravotní péče je zatím marginální. Tento zdroj financování je závislý na dobrovolných platbách na zdravotní péči neziskových institucí, na soukromém zdravotním pojištění a na závodní preventivní péči. (ČSÚ, 2017, online)

### **1.4.3 Přímé platby domácností**

Přímé platby domácností jsou vynaložené náklady pojištěnce nad rámec povinného pojištění. Jedná se o přímé výdaje příjemců zdravotní péče (pacientů) nebo jejich spoluúčast. (ČSÚ, 2017, online) Poplatky zavedené v roce 2008 činily 30 Kč za návštěvu lékaře, 60 Kč za den pobytu v nemocnici a 30 Kč za předpis léku. Zmiňované poplatky byly po bouřlivé veřejné diskusi zrušeny a jsou mimo jiné důkazem nekonceptního přístupu v politice zdravotnictví.

Pro přehlednost a získání základního povědomí o financování zdravotnictví v ČR včetně podílu jednotlivých zdrojů níže uvádím údaje Českého statistického úřadu za časové období 2010 – 2015.

Financování zdravotní péče 2010-2015 viz Tabulka č. 1 Financování zdravotní péče 2010-2015 poskytuje ucelený přehled vývoje objemu financí v rámci jednotlivých let.

Tabulka č. 1 Financování zdravotní péče 2010-2015

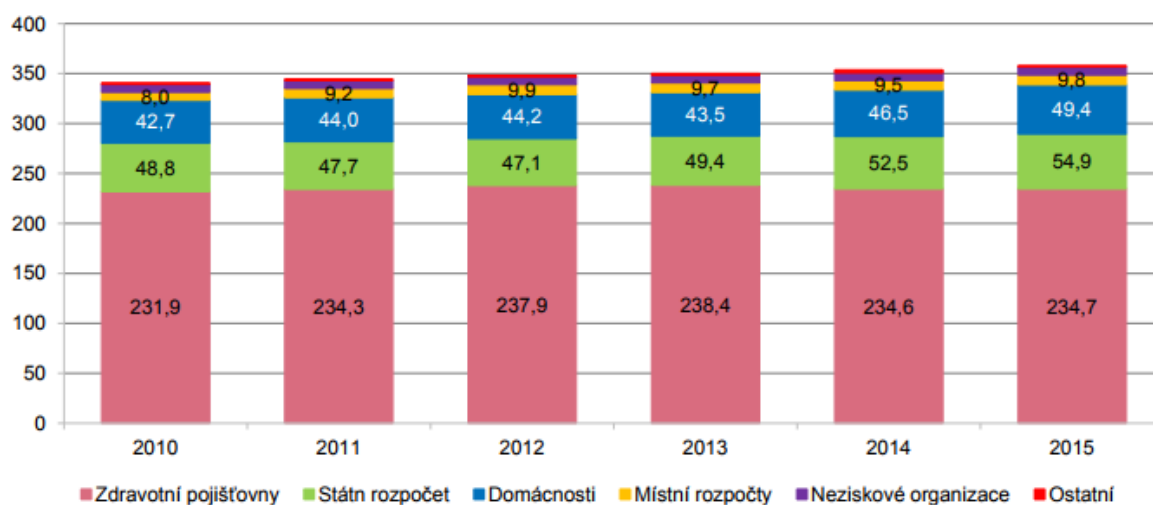
| Systém (konečný zdroj) financování zdravotní péče - HF   | 2010           | 2011           | 2012           | 2013           | 2014           | 2015           | Index 2015/2014 |
|--|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| 1 Vládní systémy a povinné příspěvkové systémy zdravotní péče (veřejné zdroje)                 | 288 768        | 291 272        | 294 861        | 297 412        | 296 641        | 299 362        | 100,9           |
| 1.1 Vládní systémy (veřejné rozpočty)  | 56 879         | 56 935         | 56 934         | 59 058         | 62 039         | 64 656         | 104,2           |
| 1.1.1 Státní rozpočet  | 48 835         | 47 692         | 47 079         | 49 360         | 52 546         | 54 889         | 104,5           |
| 1.1.2 Místní rozpočty  | 8 044          | 9 243          | 9 855          | 9 698          | 9 493          | 9 766          | 102,9           |
| 1.2 Zdravotní pojišťovny   | 231 889        | 234 337        | 237 927        | 238 354        | 234 602        | 234 706        | 100,0           |
| 2 Systém dobrovolných plateb na zdravotní péči (soukromé zdroje bez přímých plateb domácností) | 9 217          | 9 205          | 9 110          | 9 202          | 10 668         | 9 322          | 87,4            |
| 2.1 Soukromé pojištění   | 427            | 477            | 520            | 475            | 537            | 478            | 89,1            |
| 2.2 Neziskové organizace   | 7 888          | 7 820          | 7 719          | 7 726          | 7 757          | 7 929          | 102,2           |
| 2.3 Podniky  | 901            | 908            | 871            | 1 001          | 2 374          | 915            | 38,5            |
| 3 Domácnosti   | 42 705         | 44 028         | 44 239         | 43 465         | 46 490         | 49 358         | 106,5           |
| <b>Celkový součet</b>  | <b>340 690</b> | <b>344 506</b> | <b>348 210</b> | <b>350 079</b> | <b>353 799</b> | <b>358 042</b> | <b>101,2</b>    |

Zdroj: Český statistický úřad 2017, Zdravotnické účty 2010-2015

Zdravotní péče v tabulce je rozdělena podle jednotlivých zdrojů financování. Státní i soukromé sektory financování zdravotního systému jsou dále rozklíčovány dle bílých polí výše zobrazené tabulky. Státní dotace (od měst a krajů) směřují v praxi pouze k nemocnicím, soukromé a ambulantní praxe tuto podporu nedostávají.

Obrázek č. 4 Výdaje jednotlivých zdrojů financování v mld. Kč dokládá podíl jednotlivých zdrojů financování a to v mld. Kč.

Obrázek č. 4 Výdaje jednotlivých zdrojů financování v mld. Kč

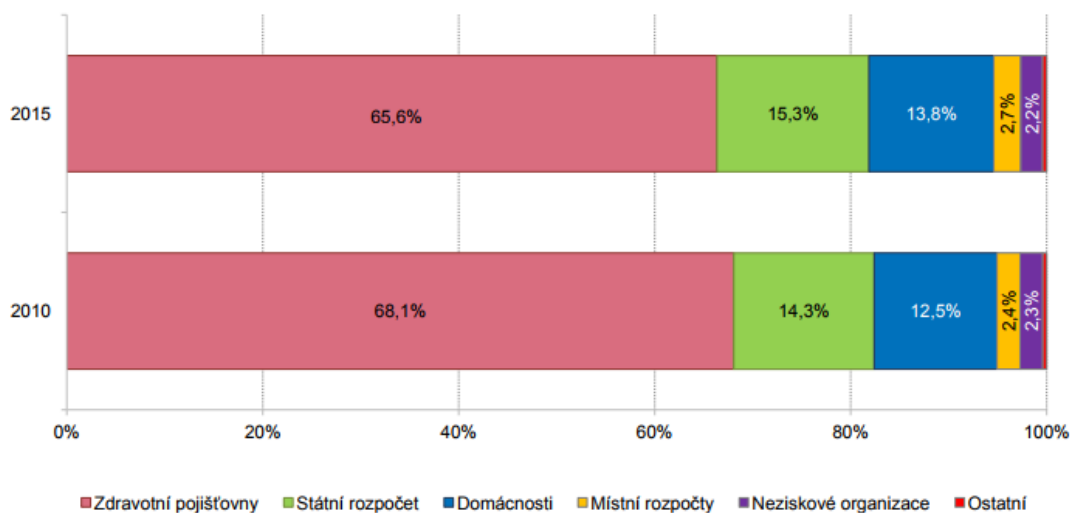


Zdroj: Český statistický úřad 2017, Zdravotnické účty 2010-2015

Z obrázku je zcela jasné, že veřejné zdroje se na celém financování podílí největší měrou, ale zároveň z něj lze vyčíst, že veřejné zdroje financování nemají růstovou tendenci. Tu naopak lze pozorovat u ostatních zdrojů financování. Tento trend bude patrně pokračovat a to v případě, že bude v systému nastaven také patřičný finanční tok i v dalších letech.

Výdaje jednotlivých zdrojů v roce 2010 a 2015 viz. Obrázek č. 5 níže, znázorňují, jak se různé zdroje podílí na financování zdravotnictví.

Obrázek č. 5 Výdaje jednotlivých zdrojů v roce 2010 a 2015 v %



Zdroj: Český statistický úřad 2017, Zdravotnické účty 2010-2015

Veřejné zdroje během pěti let poklesly o 2,5 procentních bodů. Vzhledem k tomu, že trendy ve zdravotnictví rozšiřují možnosti léčby i její dostupnosti, je nutné se hledáním náhradních zdrojů zabývat velmi vážně.

#### **1.4.4 Výdaje na zdravotnictví v % HDP**

Výdaje na zdravotnictví vyjádřené v % HDP se v roce 2016 v ČR pohybovaly na úrovni 7,3 %. Oproti roku 2001, kdy to bylo jen 5,9 %, se tedy jedná o nárůst. Ze srovnání těchto výdajů z roku 1997, kdy jejich podíl na HDP činil 7,2 %, je možné dedukovat, že se výdaje na zdravotnictví pohybují na shodné úrovni, na jaké byly před dvaceti lety. Pokrok medicíny, technologie, očekávání pacientů, úroveň standardů, atd. jsou však v dnešní době nesrovnatelné jiné. Zdravotnictví je obor, který každý rok vykazuje velký progres, dvacet let stagnace je proto časové období velmi propastné. (OECD.Stat, 2018, online)

Na druhé straně je potřeba chápat výdaje v celkovém kontextu ekonomiky. Před ekonomickou krizí výdaje na zdravotnictví v ČR stoupaly, a to až do roku 2009. V tomto zlomovém roce začaly výdaje stagnovat. Ministerstvo financí ČR dokonce uvádí, že jsou veřejné výdaje v současné době na adekvátní úrovni i ve srovnání s ostatními vyspělými státy. Podle Ministerstva financí trpí financování zdravotnictví především nedostatkem financování ze strany privátní sféry a zároveň také efektivitou vynaložených prostředků. Dále také Ministerstvo financí poukazuje na nedostatečnou činnost především v oblasti E-health, Gate-keeping a definice hrazených služeb. Pokrok byl naopak učiněn v oblastech používání DRG, v modelu přerozdělování a v elektronické preskripci a také v pozitivních listech. (Ministerstvo financí ČR, 2018, online)

#### **1.4.5 Platba za výkon po roce 1989**

Financování zdravotní péče, které je realizováno především zajištěním zdrojů, vytvářením regulačních mechanismů a formulací úhradové vyhlášky, je nástrojem zdravotní politiky státu. Zdravotní politika státu se však odvíjí od strategických cílů politických stran, vládních programů a koncepčních materiálů. Zdravotní politika státu je definována hlavně politickou orientací, která stanovuje zdroje financování, míru solidarity, organizaci zdravotních služeb a roli státu. Politická orientace je zároveň i tím faktorem, který je často označován jako klíčový problém českého zdravotnictví. Politická orientace totiž nekoreluje s dlouhodobým požadavkem strategického řízení a tak i české zdravotnictví po roce 1989 zažilo mnoho různých přístupů, revizí a změn a to především s ohledem na jeho financování. (Kebza a kolektiv, 2017, str. 13)

Je třeba uvést, že nejsme ojedinělým státem, který nemá optimálně nastavenou dlouhodobou strategii ve zdravotním systému. Politická garnitura respektuje své voliče, kterým se snaží v předvolebních kláních podbízet nejrůznějšími způsoby a vděčným tématem je právě zdravotnictví. V opačném případě jsou i drobné reformy negativně vnímány a mohou kvůli nim tzv. „padat vlády“. Politická nestabilita má negativní vliv na dlouhodobé vize a strategie, což není opět problémem pouze zdravotnického sektoru.

Úhrada zdravotní péče je po roce 1989 uskutečňována v zásadě čtyřmi způsoby. Výkonovým způsobem, kapitační platbou nebo paušální úhradou a systémem DRG (klasifikační systém pacientů dle finanční náročnosti) do tří úrovní. Na počátku období (konkrétně v roce 1992) byla zdravotní péče hrazena výkonovým způsobem. „Jednotlivé zdravotní výkony byly oceněny bodovými hodnotami na základě kalkulace jejich mzdových, materiálových a režijních nákladů. Vlastní úhrada výkonů byla provedena na základě stanovené hodnoty bodu. Mimo úhradu výkonů byly zvláště hrazeny léky a zdravotnické prostředky. Výkonový způsob úhrad byl v tomto období užíván pro všechny typy zdravotní péče. Zásadním problémem výkonového způsobu úhrady se stal růst počtu vykázaných výkonů a zvyšující se náklady zdravotních pojišťoven, které nebyly kompenzovány výběrem pojistného.“ To způsobilo snížení hodnoty bodu, nadbytečné poskytování péče včetně vykazování neprovedené péče a v neposlední řadě také zhoršení ekonomické stability zdravotních pojišťoven. (Kebza a kolektiv, 2017, str. 20)

Tento problém prakticky trvá dodnes, kdy je bodové hodnocení často lékaři kritizováno. Jejich snaha o zohlednění a přehodnocení určitých výkonů nebyla dosud ministerstvem zdravotnictví akceptována v podobě spravedlivější novely bodového systému. Pravdou je, že nutný individuální přístup ke každému pojištěnci neumožňuje snadný sběr relevantních dat a správné měření na výstupu léčby pro snadné nastavení bodového systému prováděných výkonů.

Problematika úhradové vyhlášky měla v roce 1997 za následek zavedení kapitační platby pro praktické lékaře, což byla „pevná částka za každého registrovaného pacienta kombinovaná s výkonovou úhradou. Pro stomatology byl zaveden ceník výkonů a materiálů. Hospitalizační péče byla nadále hrazena paušální úhradou na základě tzv. referenčních úhrad (tj. výkonnosti zdravotnického zařízení v předchozím období). Tyto změny byly přínosné zejména z hlediska snížení objemu nadbytečné péče, ale určitým problémem zůstala úhrada lůžkových zařízení. Docházelo totiž ke snížení motivace k vyšší výkonnosti a k zakonzervování historických

úhrad, které nebyly v rámci výkonového systému vždy správně nastaveny.“ (Kebza a kolektiv, 2017, str. 20-21)

Problematika úhrady hospitalizační péče vyvrcholila v roce 2001 zavedením systému DRG (Diagnosis Related Groups), který je v současnosti nejčastějším způsobem úhrady lůžkové péče. (Kebza a kolektiv, 2017, str. 22)

Tyto úhrady lůžkové péče nikdy nepočítaly a stále neberou v potaz hledisko zařízení budov a technologického vybavení. Pomineme-li fakt že uvedené výkony hradí samotnou péči, tedy náklady na základní personální, materiální a technické vybavení, postrádá tato odměna náklady na správu budov nemocničních zařízení, stravu pacientů a veškeré komfortnější služby daného pracoviště. Častokrát musejí proto nemocnice dotovat kraje či města a to nemalými finančními částky, aby udržely základní péči na standardně vysoké úrovni. Hodnocení nemocnic formou auditu či zpětné hodnocení pacienty o celkové spokojenosti se službou daného zařízení, bohužel systémově neexistuje. Z tohoto důvodu je těžké srovnávat výkonnost obdobně velkých zařízení, které mnohdy nejsou na obdobné úrovni.

Přestože komplexní systém hodnocení nemocnic neexistuje, aktuálně má vysokou prestiž hodnocení neziskové organizace HealthCare Institute. Dané hodnocení porovnává zdravotnická zařízení v různých aspektech. Jedná se o finanční zdraví, motivaci zaměstnanců, spokojenost pacientů nebo efektivnost procesů. HealthCare Institute k měření výkonnosti organizací využívá Balanced Scorecard dle prof. Nortona a prof. Kaplana z Harvardské Univerzity. Zmíněná nezisková organizace také působí aktivně tak, že pořádá různé druhy odborných konferencí (např. mezinárodní odborné konference zaměřené na zvyšování produktivity a výkonnosti nemocnic, diskuse představitelů nemocnic se zástupci zdravotních pojišťoven, ministerstva a pacientů nebo prezentace tzv. dobré praxe). Celostátní projekt Nemocnice ČR probíhá již od roku 2008 a v průběhu času se tak stává respektovaným ukazatelem kondice českého zdravotnictví. Přínosné jsou zde především údaje o finančním zdraví nemocnic nebo o hodnocení hospitalizační a lůžkové péče. Velmi zajímavým indikátorem může být také projekt Barometr českého zdravotnictví, který je zaměřen na průzkum názorů na aktuální stav zdravotnictví mezi řediteli nemocnic a v některých ročnících i mezi řediteli zdravotních pojišťoven. (HealthCare Institute, 2018, online)

## 1.5 Systém Zdravotního pojištění v ČR po roce 1989

Celá 90. léta 20. století se nesou v duchu tržní ekonomiky a rozvoje konkurenčního prostředí. Zdravotní pojišťovny v tomto směru nebyly výjimkou. Z tohoto důvodu byl přijat Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Stejně jako byla typická pro danou dobu tržní ekonomika a rozvoj konkurenčního prostředí, bylo stejně typické i velké množství podniků, které zanikly stejně rychle, jako vznikly. Ani v tomto ohledu nebyly zdravotní pojišťovny výjimkou a tak na vrcholu rozmachu zdravotních pojišťoven působilo v ČR celkem 27 pojišťoven. Jak již bylo uvedeno výše, dnes jich existuje jen sedm. I tento snížený počet pojišťoven u mnohých odborníků vyvolává jisté obavy týkající se především efektivnosti a dlouhodobé udržitelnosti stávajícího uspořádání na našem trhu. Na druhé straně při srovnávání počtu pojišťoven např. s obdobím První republiky, kdy fungovalo v Československu přes 300 nemocenských pojišťoven, se 27 pojišťoven nejeví jako závratné číslo, přestože se zásadně lišil především počet klientů, neboli (dle dnešní terminologie) pojištěnců. (Kebza a kolektiv, 2017, str. 11)

### 1.5.1 Pojistné v ČR na veřejné zdravotní pojištění

Pojištěnec je základní jednotkou ve veřejném pojištění. Je to člověk, který má zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovna za něj obdrží platbu. V České republice jsou to ze zákona všechny osoby, které mají na území ČR trvalý pobyt. Existuje několik typů pojištěnců. Prvním typem je pojištěnec zaměstnanec, který za sebe hradí zdravotní pojištění ve výši 4,5 % ze své hrubé mzdy a zároveň za něj odvádí platbu jeho zaměstnavatel ve výši 9 % jeho hrubé mzdy. Za odvod zdravotního pojištění je odpovědný zaměstnavatel. Druhým typem pojištěnce je osoba samostatně výdělečně činná, která odvádí zdravotní pojišťovně 13,5 % z vyměřovacího základu (zároveň je nově stanovena min. částka 2 024 Kč). Za odvod je zodpovědná sama OSVČ. Dalším typem pojištěnce je osoba bez zdanitelných příjmů. Taková osoba odvádí na zdravotním pojištění 13,5 % z minimální mzdy, což činí nově od 1. 1. 2018 1 647 Kč. Jsou to např. studenti starší 26 let nebo nezaměstnaní lidé, kteří nejsou v evidenci úřadu práce, dále některé ženy v domácnosti, které nepečují řádně a celodenně o dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, apod. Často se jedná o případy lidí, kteří v jednom měsíci ukončí podnikání a do zaměstnání nastoupí až další měsíc, apod. Za odvod pojištění jsou zodpovědní sami. Posledním typem pojištěnců jsou státní pojištěnci. Do této kategorie patří nezaopatřené děti, poživatelé důchodu, příjemci rodičovského příspěvku, uchazeči o zaměstnání nebo osoby závislé na péči jiné osoby. Tito lidé jsou obecně v rámci

zdravotnictví považování za nejproblematictější, neboť představují pro zdravotní pojišťovnu nejnižší příjmy a zároveň často vykazují nejvyšší výdaje za čerpání zdravotní péče. V roce 2018 se na základě novely zákona o zdravotním pojištění zvedla platba za státního pojištěnce z 920 Kč na 969 Kč. Novela rovněž zavedla novou podskupinu státní pojištěnců. Nově jsou to i studenti v doktorském studijním programu, kteří studují prvně a prezenční formou a zároveň nejsou zaměstnanci či OSVČ. (Ministerstvo zdravotnictví, 2017, online)

Jednotlivé typy pojištěnců jsou dlouhodobě předmětem vášnivých diskusí. Především se jedná o specifickou skupinu pojištěnců OSVČ, jejichž celkové postavení v rámci systému je terčem kritiky. Nejedná se pouze o oblast zdravotního pojištění, ale i daní, apod. Jedná se o komplexní problém, jak OSVČ v rámci své činnosti legitimizovat tak, aby všechny procesy s nimi spojené byly správně nastavené. A jelikož je masivně kritizována nízká účast OSVČ na zdravotním veřejném pojištění a uvádí se, že by OSVČ mohly odvádět do veřejného zdravotního pojištění více finančních prostředků, je potřeba se touto problematikou zabývat.

V souvislosti s platbami OSVČ do systému veřejného zdravotního pojištění se uvádí mnoho „emotivně podbarvených“ výroků. Tento trend je dlouhodobý a lze jej sledovat intenzivně min. od roku 2010. Postupem času se tlak jednotlivých zájmových skupin zvyšuje. V roce 2015 například o nízkých odvodech OSVČ hovořila tisková zpráva Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů. Zpráva se zabývala především kritikou vlády, která v danou dobu schválila navýšení plateb veřejného pojištění za státní pojištěnce o 1,8 mld. Kč na rozdíl od původně plánovaných 4,3 mld. Kč. OSVČ zde posloužili jako vedlejší argument. Zmíněné argumenty proti OSVČ se objevují velmi často, a proto v této oblasti velmi aktivně komunikuje Asociace malých a středních podniků a živnostníků ČR, která se k podobným tvrzením vyjadřuje s uvedením svých statistických údajů, které sbírá již více než 20 let. Zmíněná data dokazují, že OSVČ odvádí do veřejného zdravotního pojištění srovnatelné finanční prostředky. (Podnikatel.cz, 2015, online)

To naznačují i další údaje, kdy tehdejší mluvčí VZP Kadlečková potvrdila, že OSVČ ze systému veřejného zdravotního pojištění odčerpají méně než polovinu prostředků, které do něj vloží. OSVČ se tedy stávají lukrativní cílovou skupinou, kterou by si pojišťovny spíše v rámci solidárního systému veřejného zdravotního pojištění měli předcházet a sami se zajímat o jejich ochranu a uvádění relevantních dat při prezentacích jiných zájmových skupin. (Asociace malých a středních podniků a živnostníků ČR, 2015, online)



## **1.5.2 Hodnocení pojišťoven za rok 2017**

HealthCare Institute se v rámci své činnosti zabývá i samostatným hodnocením zdravotních pojišťoven. Hodnoceno je všech sedm zdravotních pojišťoven. Jako cíl, který je sledován tímto projektem, organizace uvádí zvýšení kvality poskytovaného servisu zdravotních pojišťoven jejich klientům prostřednictvím vzájemného porovnávání služeb a poskytování uceleného obrazu o trhu, produktech a službách. V rámci hodnocení se přihlíží k názoru pojištěnců, ambulantních lékařů, ředitelů nemocnic, k preventivním programům a k finančnímu zdraví pojišťoven. V oblasti pojištěnců za rok 2017 zvítězila Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. V oblasti ambulantních lékařů za rok 2017 zvítězila Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. Na základě hodnocení ředitelů nemocnic vítězí Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. V oblasti preventivních programů dosáhla nejvyššího hodnocení Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky. V oblasti Finanční kondice byla nejlépe hodnocena Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna. Absolutním vítězem projektu Zdravotní pojišťovna roku 2017 (za tři oblasti zároveň) se stala opět Zaměstnanecká pojišťovna Škoda. (HealthCare Institute, 2018, online)

## **1.6 Zdravotnictví jako část veřejného sektoru národního hospodářství**

Z ekonomického pohledu je u všech různých subjektů veřejného hospodářství maximální snaha alokovat finanční prostředky efektivně. Snaží se co nejvíce snížit náklady na vstupu a cílí na maximální efektivitu na straně výstupů daného produktu či služby (užitek na výstupu). Spotřebitel hledá cestu, jak nakoupit za minimální cenu optimální produkty či služby, aby tak co nejracionálněji využil svůj disponibilní příjem. V tržních podmínkách dokonalé konkurence je výsledná cena takřka ideální hodnotou, za kterou výrobce prodá a spotřebitel kupuje. V praxi dochází k tržnímu selhání, kdy výrobce nebo spotřebitel vynaloží své prostředky nevhodně a neracionálně, a dojde tedy k neefektivní alokaci zdrojů. Příčin tržního selhání je celá řada, pro příklad stojí za zmínku uvést:

- Nedokonalá konkurence na trhu zboží a výrobních faktorů, cenová monopolizace
- Existence monopolu, který deformuje cenu v roli tzv. diktátora ceny
- Vznik externalit, se kterými si trh sám neporadí
- Nedostatek informací a následná neefektivní alokace zdrojů
- Potřeba zvyšování či nedostatečné využití lidského potenciálu

- Existence veřejných statků, kdy některé statky nemohou být pro obyvatelstvo poskytovány kvalitně a dostupně i pro sociálně slabší vrstvy obyvatel (školství, zdravotnictví, atd.). (Peková, Pilný, Jetmar, 2008, str. 35-36)

Velikost jednotlivých částí veřejného sektoru je dnes předmětem prostorových a časových analýz. Srovnáváme vývoj v domácím i mezinárodním měřítku, kdy se nejčastěji používá ukazatel podílu výdajové stránky hospodářského sektoru na hrubý domácí produkt (HDP), uváděný v procentech. Najít tzv. optimum na výdajové stránce státu je značně komplikované, a to z důvodů značného politického vlivu, kdy nelze jednoduše prosadit strategická a systémová řešení napříč politickým spektrem a najít dlouhodobý konsenzus. Ve zdravotnictví, ale i v jiných hospodářských sektorech je prováděna tzv. strukturální analýza jednotlivých resortů, která pracuje s inovacemi a rozvojem veřejných rezortů v čase a prostoru. (Peková, Pilný, Jetmar, 2008, str. 35-36)

Zdravotní segment národního hospodářství je ovlivňován stejně jako ostatní části celého systému tlakem nadnárodních korporací a zájmových skupin. Ovlivnění je přímo úměrné finančním tokům v nákupu, kterými jsou hlavně technické a materiálové vybavení, farmaceutické prostředky a nakupované služby.

### **1.6.1 Elasticita veřejných výdajů jako dynamika růstu veřejných výdajů vůči HDP**

Ke stanovení trendů a vývoje veřejného sektoru se používá ukazatel pružnosti (elasticity) E. Tato elasticita nám reflektuje vývoj po změně veřejných výdajů daného sektoru hospodářství vzhledem k změně celkového produktu (HDP). (Peková, Pilný, Jetmar, 2008, str. 35-36)

**Výpočet:**

$$E = \frac{\frac{VV_{t+1} - VV_t}{VV_t}}{\frac{HDP_{t+1} - HDP_t}{HDP_t}}$$

**E**- elasticita

**VV** – veřejné výdaje

**t** -časové období -vstupní rok měření

**t+1** –časové období – výstupní rok měření

Je-li  $E > 1$ , tak veřejné výdaje rostou rychleji než celkový produkt dané země (HDP) a tato situace je dlouhodobě neudržitelná.

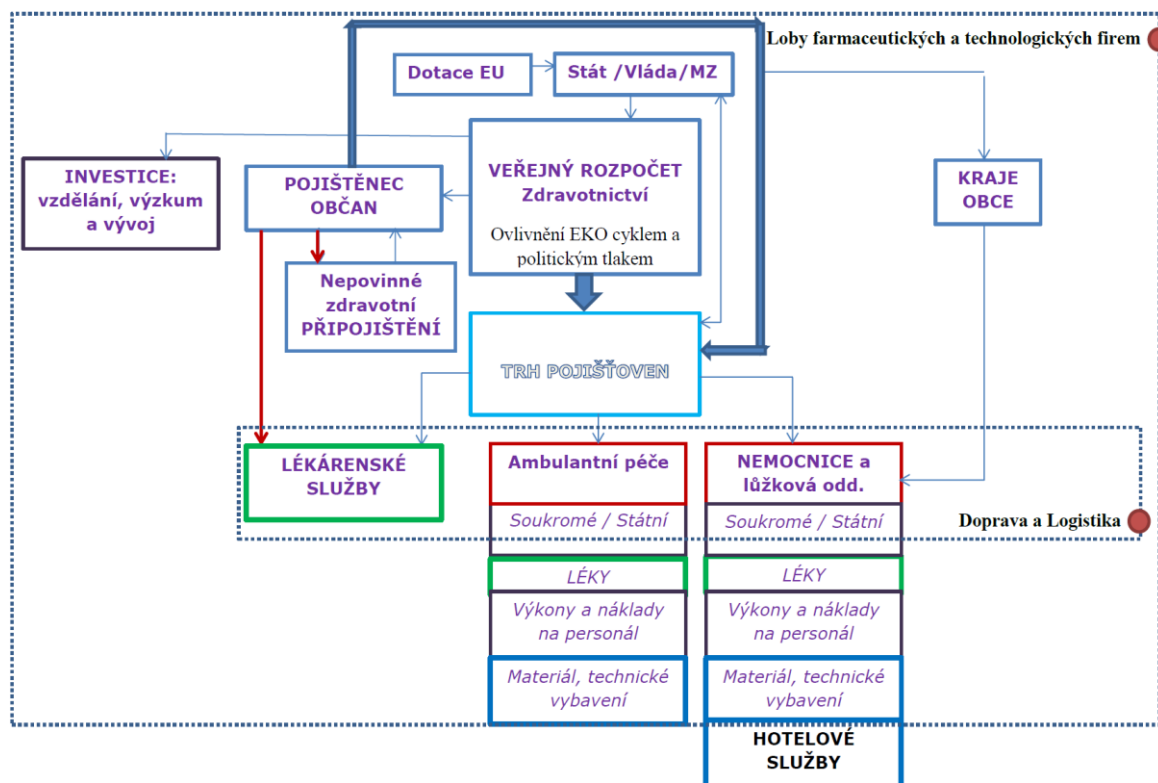
Je-li  $E = 1$ , tak jsou veřejné výdaje ve shodě s růstem HDP a tzn., že při neměnných nárocích na financování daného sektoru je nalezeno optimum pro financování daného sektoru

Je-li  $E < 1$ , tak je dynamika růstu výdajové složky nižší než vývoj HDP a můžeme si dovolit investovat do výzkumu a vývoje nových metod a technologií, přispívat do rezervního fondu pro případné období ekonomické recese či dokonce snížit vládní výdaje daného sektoru.

### **1.6.2 Finanční toky a zájmové skupiny ve zdravotnictví**

Zdravotnictví se vzhledem ke svému širokému záběru, který při poskytování komplexních zdravotních služeb musí obsáhnout, neobejde bez vnějších vlivů. Mezi jedny z nejsilnějších vnějších vlivů patří především loby zájmových skupin. Nejčastěji se jedná o **lobby** farmaceutických a technologických firem, které mají na velký zájem jak na rozšiřování nabízených zdravotních služeb, tak na modernizaci technologií. Společným zájmem zde ovšem nebývá pacient a jeho zájem, ale především motiv finanční. Jak mohou vypadat **lobby** farmaceutických a technologických firem ve zdravotnictví v rámci komplexního náhledu, je možné sledovat v následujícím Obrázku č. 6 Finanční toky ve zdravotnickém systému ČR.

Orázek č. 6 Finanční toky ve zdravotnickém systému ČR



Zdroj: Vlastní zpracování

Obecně vzato nejsou loby různých „stakeholderů“, kteří se na systému zdravotnictví podílí, jevem negativním. Každá sféra společnosti je více či méně propojena se soukromým sektorem. Vztah by ovšem měl být symbiotický a přinášet oběma stranám kýžené výhody. V porevolučním období České republiky v 90. letech minulého století se však loby stalo synonymem pro agresivní způsob obchodování, který je dosahován ne vždy zcela transparentním a etickým způsobem. Je nutné si uvědomit, že bez vlivu soukromého sektoru by zdravotnictví nebylo tam, kde je. Na druhé straně je potřeba řešit míru vlivu jednotlivých lobbistických skupin a nastavit nová pravidla. Finanční prospěch by neměl být jediným ukazatelem, ale zisku by mělo být dosahováno optimálním způsobem. A to tím způsobem, aby došlo k jeho dlouhodobé udržitelnosti a k uspokojení všech zúčastněných stran. To zahrnuje jak samotné firmy, tak zdravotnická zařízení, zdravotníky, pacienty a systém zdravotnictví jako celek.

## 1.7 Vybrané ukazatele zdravotnictví ČR a jejich srovnání se světem

V následující části textu budou srovnávány dílčí ukazatele zdravotnictví v ČR a ve světě. Ukazatele ČR (jako zástupce bismarckovského systému) budou srovnávány s ukazateli USA,

Německa a Velké Británie, což jsou zástupci dalších zdravotnických systémů (liberálně tržního, bismarckovského a beverdgova).

### **1.7.1 Německo**

Německo (podobně jako ČR) uplatňuje povinné zdravotní pojištění, které nabízí sedm pojišťoven. Ty mají statut veřejnoprávní instituce neziskového charakteru. V Německu nicméně nejsou ze zákona pojištěni všichni občané. Povinné je zdravotní pojištění dle Zlámala a Bellové pro cca tři čtvrtiny obyvatel Německa. Rozhodující je přitom příjmová hranice. Nad stanovenou příjmovou hranici se mohou lidé pojistit jak u veřejnoprávních pojišťoven, tak u soukromých pojišťoven. Autoři uvádí, že se k soukromému pojištění v Německu hlásí i část obyvatel, která má povinné veřejné pojištění. (Zlámál, Bellová, 2013, str. 222-227)

Rozdíl mezi ČR a Německem je výše platby, kterou zaměstnanec za pojištění platí. V Německu výše pojistného odpovídá 13 % příjmu, přičemž 6,5 % hradí sám zaměstnanec a 6,5 % zaměstnavatel. V ČR zaměstnanec hradí přibližně třetinu a dvě třetiny výše pojistného hradí zaměstnavatel. V Německu se tedy zaměstnanci na platbách podílejí více. Německým důchodcům platbu odpovídající platbě zaměstnavatele hradí penzijní fond. Dalším rozdílem mezi Německem a ČR je přenositelnost pojištění. To se v Německu vztahuje na rodinné příslušníky (děti do 18 let, studenty do 25 let a manželky bez příjmu). (Zlámál, Bellová, 2013, str. 222-227)

Soukromé pojištění v Německu existuje v několika variantách. Plné pojištění pro případ nemoci zahrnující ambulantní i nemocniční péči včetně léků, zubní péče, protetiky, atd. Pojištění nemocenských dávek pro případ nemoci, dále samostatné nemocniční pojištění pro případ hospitalizace a doplňkové pojištění zahrnující platby za nadstandard při hospitalizaci, krytí spoluúčasti, zubní péči nebo zahraniční pojištění. (Zlámál, Bellová, 2013, str. 222-227)

Nemocnice jsou v Německu děleny dle zřízení na veřejné (státní/městské) zahrnující asi 51 % všech nemocnic, soukromé (charitativní) asi 35 % všech nemocnic a soukromé ziskové čítající asi 14 % z počtu. První dva typy jsou hrazeny především denním tarifem, který zahrnuje diagnostiku, ošetrovací a provozní sazby. Soukromé nemocnice pracují především na základě výkonného systému. (Zlámál, Bellová, 2013, str. 222-227)

Ambulantní sektor tvoří asi 45 % všech lékařů a z toho je 60 % specialistů. Moderním trendem ambulantního sektoru v Německu je tzv. skupinová praxe. Velkým rozdílem mezi

systemem ambulantního sektoru v ČR a v Německu je to, že v Německu je ambulantní a lůžková péče výrazně oddělena. Nemocnice nedisponují (až na výjimky) ambulantní péči a naopak. V ČR je naopak trendem úzké propojení pro logickou návaznost péče o pacienta. Podobnost systémů obou zemí lze spatřovat v tom, že ani jedna žádným způsobem nereguluje přístup pacientů k praktickým lékařům ani ke specialistům. (Zlámal, Bellová, 2013, str. 222-227)

Velký náskok německého systému zdravotní péče je možné identifikovat v implementované reformě zdravotnictví, která byla inspirována podobnými problémy zdravotnictví jako má dnes ČR. Stárnutí obyvatel, nedostatek finančních zdrojů, širší možnosti léčby, atd. Tato reforma zavedla i různé poplatky, které lze přirovnat ke známým poplatkům v ČR (doplatek za léky, za den hospitalizace, apod.). Provedená reforma vedla v Německu ke zvýšení spoluúčasti financování na cca 15 % všech příjmů zdravotnictví. (Zlámal, Bellová, 2013, str. 222-227)

### **1.7.2 Velká Británie**

Typické pro zdravotnictví VB je centralizace, za kterou stojí Národní zdravotní služba. Tímto rysem může být systém VB velmi podobný našemu systému. Pilířem britského zdravotnictví je tedy veřejný sektor. Soukromý sektor se do systému zapojuje až posledních 25 let. Podobně jako v Německu, je i ve VB objem soukromých plateb cca 15 %. Hlavním zdrojem tak stále zůstávají veřejné prostředky (80 %). Občané Velké Británie mají ze zákona plně hrazenou komplexní zdravotní péči. Podobně jako v ČR se musí občané VB podílet na úhradě léků, zubních protéz nebo zdravotních pomůcek. Toto neplatí pro následující skupiny obyvatel: děti do 16 let, studenti do 19 let, ženy nad 60 let a muži nad 65 let, váleční veteráni, těhotné ženy, matky do jednoho roku po porodu, osoby s nízkým příjmem a osoby vážně chronicky nemocné. (Zlámal, Bellová, 2013, str. 227-230)

Zásadním rozdílem mezi britským a českým zdravotnictvím je především v ambulantní sféře. Britská ambulantní sféra je založena na husté síti praktických lékařů, kteří jsou označováni jako rodinní lékaři. Do jejich kompetence spadá i mnoho nemocí, které v ČR řeší specialisté. Velmi podobné jako v ČR je i proplácení ambulantní péče. To je prováděno formou kapitačně výkonové platby z prostředků národní zdravotní služby. Podobně jako v Německu se ve VB prosazuje institut sdružení praxí, který umožňuje lékařům dosáhnout na další finanční zdroje. (Zlámal, Bellová, 2013, str. 227-230)

Nemocnice se ve VB dělí na veřejné a soukromé (ziskové i charitativní). Veřejné nemocnice poskytují standardní zdravotní péči a to jak v ambulantní, tak i v lůžkové podobě. Soukromý sektor pak nabízí především nadstandardní služby pacientům, kteří vyhledávají vyšší standard péče. Pro soukromý sektor je dosažitelné i soukromé zdravotní pojištění, které pokrývá nadstandardní lékařské služby i péči. (Zlámal, Bellová, 2013, str. 227-230)

### **1.7.3 USA**

Zásadní rozdíly ve zdravotnictví USA ve srovnání s ČR lze přičítat jiné mentalitě národa a naprosto odlišnému chápání zdraví. Zatímco v ČR je zdraví spíše svěřováno státu a odpovědnost sebe sama v oblasti zdraví nepatří mezi naše oblíbené disciplíny, občané USA zdraví chápou jako naprosto osobní a soukromou záležitost. S tím souvisí i akcentace autonomie v rozhodování. V ČR je tradiční spíše nechat rozhodnout o svém osudu odborníky a eliminovat vlastní podíl odpovědnosti, v USA je rozhodování v oblasti zdraví pro občany prioritou. (Zlámal, Bellová, 2013, str. 229-230)

Americké zdravotnictví je vyhlášené největším objemem investic v poměru k HDP. Podobně jako v Německu a VB je i v USA je podíl soukromých zdrojů na úrovni asi 15 %. Úhrady probíhají na základě výkonové platby a tak není eliminace poskytované péče zájmem ani lékařů, ani pacientů, kteří pakliže již zdravotní pojištění mají, tak jej řádně využívají. A tak byly zdravotní pojišťovny nuceny stanovit limity péče a to skrze finanční limity (nejčastěji roční nebo celoživotní limit). Velmi snadno se pak může stát, že v případě akutní potřeby, není léčba pacientovi poskytnuta. Stát se formou federálních programů stará o náklady na zdravotní péči seniorů a nemajetných občanů. Typické pro americký systém je tzv. rozevírání nůžek mezi nemovitými občany a ostatními občany USA. Přesto americká společnost nadále odmítá zavést systém sociálního pojištění, který by garantoval standardní úroveň zdravotní péče pro všechny obyvatele. Vysoké výdaje USA na zdravotnictví se odráží především v oblasti vědy a výzkumu, kdy jsou Američané v této oblasti dlouhodobě světovou špičkou. (Zlámal, Bellová, 2013, str. 229-233)

### **1.7.4 Shrnutí srovnání ČR a vybraných zemí**

Na základě údajů o kondici ČR, které budou v dalším textu blíže rozebrány, se ČR dlouhodobě udržuje mezi špičkou v kvalitě poskytované zdravotní péče. (OECD iLibrary, 2017, online)

Zdravotnictví ČR jako jednoho z mála států bývalého sovětského bloku je dlouhodobě chápáno jako západní. Toho si všímají i autoři Zlámala a Bellová. Je to obecně vnímaný fakt, který je v rámci celospolečenské diskuse o zdravotnictví často předkládán.

Ačkoli se na počátku 90. let, kdy se tvořil nový systém financování zdravotnictví, náš systém velmi podobal zdravotnímu systému Velké Británie, byl nakonec do praxe implementován systém podle vzoru sousedního Německa. Ačkoli i tento systém v mnohém respektuje naši mentalitu i zvyklosti v oblasti zdraví, domnívám se, že je v mnoha ohledech příliš odlišný. Je nicméně logické, že v celospolečenské atmosféře po roce 1989 v ČR byl prosazen jasný odklon od centralizace.

Dle poznatků Zlámala a Bellové neexistuje na světě ideální zdravotní systém, včetně jeho bezproblémového financování. Na základě různých fází vývoje společnosti jsou pouze navzájem přebírány příklady z úspěšné praxe, které následně více či méně fungují i v nových společnostech. (Zlámala, Bellová, 2013, str. 222-236)

Jako se českým občanům mnohdy nevyplácí malý důraz na autonomii v oblasti rozhodování, americkým občanům se mnohdy nevyplácí opačný extrém, v situaci, kdy je 15 % všech Američanů nepojištěno. To je důkazem toho, že nedostatky v oblasti zdravotnictví často korelují s nedostatky v mentalitách jednotlivých států.

Jistým nešvarem, který je typický nejen pro českou veřejnou scénu, je podávání kusých informací a jejich automatické přijímání bez kritického názoru. V ČR se dlouhodobě v různých diskusích uvádí, že je nedostatek lékařů a to různých specializací. Přitom ve srovnání přepočtu lékaře na obyvatele má ČR srovnatelné množství lékařů jako např. sousední Německo. (Zlámala, Bellová, 2013, str. 222-227)

Pokud jsou srovnávány jasné ekonomické ukazatele, rýsují se v ČR velké rezervy. Velkorysý je náš stát především při srovnání soukromých zdrojů ve zdravotním systému. USA, Německo i Velká Británie mají shodně podíl soukromých zdrojů ve zdravotnictví přibližně na úrovni 15 %. V ČR jsou soukromé zdroje přibližně pouhých 0,5 %. Česká republika není dlouhodobě v situaci, kdy by si mohla dovolit ponechat takto nízký podíl soukromých zdrojů. Zdravotnictví by mělo usilovat o zvýšení podílu soukromých zdrojů. Ideální začátek této snahy vidím v dosažení hranice 5 % v horizontu 10 – 20 let. Podobně vyznívá i další klíčový ukazatel a to konkrétně objem investic v poměru k HDP. Jak již bylo řečeno, tak USA je v tomto ukazateli světovou špičkou. Vydává zhruba 16,9 % svého HDP. Německo i Velká



Británie jsou v tomto ohledu opatrnější, když vydávají zhruba 11,3 %, resp. 9,3 %. V ČR dosahuje tento ukazatel hodnoty 7,5 %, což je ze všech srovnávaných zemí daleko nejméně. Logicky se zde nabízí prostor zvýšení investic vůči HDP a to dle mého názoru min. o 1 %.

Dnes je jedním ze zásadních problémů nedostatek lékařů což nám udává deficit okolo 1000 lékařů ve zdravotním systému ČR a zhruba 3000 zdravotních sester. Uvedená data jsou aktuální (rok 2018) a jsou dána zejména optimistickým ekonomickým cyklem a téměř 3% nezaměstnanosti, což nás řadí na první místo v počtu zaměstnaných v EU, ale na přední příčky i celosvětově. Vlivem údajů z nedávné minulosti (2-3roky zpět) je známo, že se v našem případě nejedná o markantní nedostatek zaměstnanců ve zdravotnictví, ale je zde deficit optimálního rozmístění v rámci krajů a regionů. Zatímco velká města a dobře dostupná místa měly lékařů dostatek až nadbytek, odlehlá místa, vesnice, apod. se potýkají se zásadním nedostatkem lékařů a i dalších profesí. Velkým problémem je také věková struktura lékařů, kdy Česká lékařská komora intenzivně upozorňuje na problém, že některé specializace mají dostatek lékařů určitých odborností v současné době jen díky aktivitě starších lékařů a to často i lékařů, kteří jsou již v důchodovém věku. Tato situace je znázorněna na Obrázku č. 7 Každoroční úbytek úvazků lékařů dovršením 65 roku věku ve zdravotnictví celkem a v jednotlivých segmentech péče. Vlivem neustále sílící ekonomiky je situace v úbytku personálu nyní napjatá a přes navýšení platového ohodnocení od 1. 1. 2018 počet lékařů i sester klesá a dramatický nedostatek personálu je dnes sanován imigranty východních zemí, jako je Slovensko, Ukrajina aj. národností.

Obrázek č. 7 Každoroční úbytek úvazků lékařů dovršením 65 roku věku ve zdravotnictví celkem a v jednotlivých segmentech péče



Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR. Dostupné z:  
[http://www.uzis.cz/system/files/NZIS\\_REPORT\\_c\\_E1\\_kapacity\\_mzdy2015.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/NZIS_REPORT_c_E1_kapacity_mzdy2015.pdf)

Z výše uvedeného obrázku je patrné, že dle predikcí a statistických údajů z roku 2016 čekají nejtěžší časy zdravotnictví v ČR v oblasti personální v nejbližších letech. Osobně se domnívám, že díky skutečnosti, že lékaři často pracují ještě dle svých možností dlouho i v důchodovém věku, se tento stav projeví až o několik let později. Z tohoto pohledu je pořád stále možná strategická spolupráce s lékařskými fakultami a řešení na národní úrovni.

## **1.8 Konkurenceschopnost zdravotních pojišťoven v současném systému ČR**

Financování zdravotní péče v každodenní realitě probíhá především na základě plateb zdravotních pojišťoven. „V ČR je jako v jiných státech zaveden systém zdravotních pojišťoven, jakožto hlavních subjektů, které soustřeďují finanční prostředky na zdravotnické služby. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny hospodaří jako organizace, jejichž cílem není vytvářet zisk, nemají zpravidla ani dost finančních prostředků. Solventnost zdravotních pojišťoven je zejména na začátku hospodářského roku závislá na platební disciplíně těch, kteří buď sami za sebe, nebo za své zaměstnance poukazují pojišťovnám příslušné příspěvky na pojištění.“ (Peková, Pilný, Jetmar, 2008, str. 362)

Všech našich sedm pojišťoven musí svým pojištěncům poskytnout shodné pojištění, které je dané legislativou ministerstva zdravotnictví a nesmí žádného pojištěnce odmítnout. Kontrola a rozsah péče je tedy v našem pluralitním systému zabezpečena pouze státem, například v Nizozemsku hodnotí pojišťovny přímo dotčení pojištěnci, kteří dávají zpětnou vazbu o provedené péči a celkové spokojenosti. Dnes hrají české pojišťovny pouze roli pasivních distributorů zdravotní daně aktivních a státních pojištěnců bez možnosti aktivního ovlivnění kvality a ceny poskytované péče.

Jako nejproblematičtější subjekt českého zdravotnictví se jeví samotný stát, potažmo Ministerstvo zdravotnictví, které na straně jedné řídí největší nemocnice, de facto ovládá finanční toky (Obrázek č. 6 Finanční toky ve zdravotnickém systému ČR v příloze) do zdravotních pojišťoven a na straně druhé nastavuje výši úhrad zdravotních výkonů a služeb.

Hodnocení pojišťoven je v současné situaci málo směrodatné ve velmi podobných možnostech pojišťoven, ale přesto se začíná analyzovat a existují již dnes některé hodnotící výstupy.

Pojišťovny byly hodnoceny i z hlediska vlastní finanční kondice, tedy vlastních finančních rezerv vypočítaných z kumulovaného rozdílu příjmů a výdajů za posledních pět let. Jako nejvíce solventní pojišťovna dopadla v roce 2016 Zaměstnanecká pojišťovna škoda. Na druhém místě se umístila Oborová z.p. a na třetí pozici VZP, která měla roku 2011 problémy s dostatečnými rezervami na svých účtech a byla tzv. „na hraně“ svých platebních možností za vlastní pojištěnce.

„Nemocný člověk čerpá své prostředky:

- z prostředků zdravotní pojišťovny, u níž je hlášen (náklady na lékařské ošetření a léky aj.)
- z prostředků sociálního pojištění (nemocenského) v podobě sociálních dávek, které nemocný člověk pobírá v době nemoci. Doba pobírání těchto dávek je ze zákona omezena na 12 měsíců. Poté musí pacient požádat o přiznání invalidního důchodu.

Za normálních okolností záleží na tom, jak kvalitně je pacient ošetřen při poskytování základní lékařské péče, a zda bude nutné, aby byl nadále ve stavu nemocných a čerpal tzv. nemocenské dávky. Zdravotní pojišťovna, která hradí jen poskytování zdravotní péče, by se měla zajímat, jaký efekt poskytnutého zdravotnického výkonu, a kdy se pojištěnec uzdraví, resp. kdy začne pracovat a přestane pobírat nemocenské dávky. Kromě toho jsou případy, kdy lékaři nechávají své pacienty zbytečně delší dobu ve stavu nemocných, aby od nich mohli čerpat body na prováděné výkony. Z toho hlediska jsou, dle nejnovějších studií, nezáhodňováni pojištěnci OSVČ, kteří sice odvádějí (v přepočtu „na hlavu“) méně pojistného, ale statisticky méně využívají a zneužívají zdravotní systém, jako takový. Pokud bude jedna pojišťovna hradit ze svých prostředků jak zdravotní, tak nemocenské služby, bude se velmi podstatně zajímat o to, jak efektivní jsou jednotlivé zdravotnické výkony. Spojením prostředků zdravotního a sociálního pojištění by se dostalo i lepší kontroly jak nad lékařem, tak nad pacientem.“ (Peková, Pilný, Jetmar, 2008, str. 362)

Svaz zdravotních pojišťoven ČR dlouhodobě upozorňuje na disbalanci mezi příjmy a výdaji ve zdravotnictví. Jako největší rizika vidí rostoucí náklady na zdravotní péči. Svaz

zdravotních pojišťoven ČR navrhuje čtyři kroky k obnovení rovnováhy příjmů a výdajů ve zdravotnictví. Jsou jimi:

- zvýšení dostupnosti kvalitní bezplatné péče pro každého pacienta (definice standardu a stanovení pravidel pro ceny za nadstandardní služby)
- zavedení dvousložkového zdravotního pojištění s přímou vazbou na zdravotní pojišťovny a jejich hospodaření
- motivace pacientů a jejich lékařů k efektivní spolupráci při léčbě
- stanovení férových cen v rámci cenové konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče. (Zdravotnické noviny, 2017, online)

V roce 2012 zveřejnilo Ministerstvo zdravotnictví plánované kroky, které měly vést k vyšší efektivitě hospodaření VZP. Patřilo mezi ně zvýšení regulačních poplatků a zpoplatnění plomb, dále pohyblivé zdravotní pojištění, zvýšení pojištění pro OSVČ, více kontrol v nemocnicích a ordinacích a posledním krokem mělo být ukončení fondu prevence. (Hospodářské noviny, 2012, online)

Jak je dnes (téměř šest let poté) známo, tak žádný z kroků implementován nebyl. Přesto některé kroky (jako např. zvýšení spoluúčasti i zvýšení regulačních poplatků pro pacienty, kteří obcházejí praktického lékaře) jsou nepochybně nutné při řešení chybějících zdrojů financování zdravotnictví. Na druhou stranu je eliminace fondu prevence a tím i následné omezení preventivních programů pojišťoven krokem nesprávným. Teoretická část práce předložila velmi přesvědčivé důkazy o nutnosti prevence a zájmu o své zdraví. Tudíž se logicky nabízí myšlenka, že by právě prevence měla být vlajkovou lodí celého zdravotnictví. Je to velmi podobné jako společensky odpovědné podnikání. Finanční návratnost nelze naprosto přesně spočítat, nejsou tím vytvářeny hmotné statky, ale roste tím dobré jméno firmy, její image, provázanost mezi stakeholdery a firmou, apod. A to je přesně to, co dnešní pojišťovny a zdravotnictví obecně potřebuje. Zvýšení proaktivity pacientů, důvěra ve svou pojišťovnu, dlouhodobé vztahy a zájem jak na svém zdraví, tak na efektivitě poskytované péče a jejího financování.

Současná společnost se velmi ráda zabývá různými anketami spokojenosti, prestiže a všemi možnými „nej“. A tak si dnes můžeme procházet žebříčky nejlepších zaměstnavatelů, nejlepších pojišťoven, nejlepších vysokých škol, nejlepších nemocnic, atd. Zajímavé je, že firma Škoda auto je úspěšná téměř ve všech svých činnostech. A tak se pravidelně umísťuje na předních (nebo rovnou na prvních) příčkách anket TOP zaměstnavatel, Zdravotní

pojišťovna roku, atd. Společným jmenovatelem dílčích úspěchů v hodnocení firmy je po analýze veřejně dostupných informací implementace moderních trendů ve všech procesech řízení a to i těch dobrovolných trendů, jejichž přínosy jsou mnohdy firmami zpochybňovány (např. společenská odpovědnost firem). Klíčovým momentem úspěchu firmy je dle mého názoru akcentace na vzdělávání a to všech cílových skupin. Firma se zabývá vzděláváním zaměstnanců v rozmanitých oblastech, které napomáhají ke kvalitnímu celoživotnímu vzdělání a zároveň si vychovává i budoucí generace. A to tím, že se velmi aktivně podílí na vzdělávání již od útlého věku (od základních škol). Nejintenzivněji nicméně spolupracuje se studenty středních a vysokých škol a nabízí rozmanitý studijní plán zaměřený jak na teoretické znalosti, tak na praktické dovednosti, jejichž potřeba vyvstává z reálných potřeb firmy. (ŠKODA kariéra, 2018, online)

Přestože Zaměstnanecká pojišťovna Škoda již dávno není určena pouze pro zaměstnance firmy Škoda Auto, je s touto firmou stále velmi úzce propojená. To se viditelně odráží v moderním pojetí jejího řízení a přístupu ke klientům. Pojišťovna má zaveden Systém managementu kvality pro oblast Poskytování veřejného zdravotního pojištění (ČSN EN ISO 9001:2009 / ISO 9001:2015). V roce 2017 se ve výzkumu HealthCare Institute umístila velmi dobře ve 4 z 5 hodnocených oblastí. V oblasti Pojištěnci zvítězila, v oblasti Ambulantní lékaři byla druhá, v oblasti Ředitelé nemocnic opět zvítězila a v oblasti Finanční kondice byla druhá. Jedinou oblastí, kde se neumístila mezi první trojici pojišťoven, byla oblast Preventivních programů (nicméně i to má svou logiku, pokud rezervy navíc nejsou, není možné nabízet rozsáhlé spektrum preventivních programů). Logicky tak pojišťovna získala v absolutním hodnocení celého projektu prvenství. (HealthCare Institute, 2018, online)

## **1.9 Balanced Scorecard (BSC)**

Balanced Scorecard je metodika hodnocení výkonnosti. „Cílem Balanced Scorecard je nalézt klíčová kritéria výkonnosti a tzv. generátory tvorby hodnoty. Základní koncept umožňuje sladit dlouhodobé cíle s krátkodobým operativním řízením. Balanced Scorecard je nástroj, jehož vhodné uplatnění ve společnosti vede k vysoké angažovanosti top managementu a všech zaměstnanců při implementaci podnikové strategie. Podmínkou úspěšnosti je především jasné a srozumitelné vymezení cílů a hodnotících ukazatelů výkonnosti, které jsou měřitelné, a především zaměstnanci je mohou ovlivňovat...přičemž výkonnost firmy je většinou vymezena jako schopnost firmy (podnikatelského subjektu) co nejlépe zhodnotit

investice vložené do jeho podnikatelských aktivit“ (Fotr, Vacík, Souček a kolektiv, 2012, str. 234)

Této metody měření výkonnosti organizací využívá i výše zmíněný HealthCare Institute, což dokládá oblíbenost a využitelnost metody v každodenní zdravotnické praxi. Měření finanční výkonnosti dle metody BSC může vypadat např. následovně viz. Obrázek č. 8 Měření finanční výkonnosti níže.

Obrázek č. 8 Měření finanční výkonnosti

|                                  |          | Strategická témata   |   |  |
|----------------------------------|----------|--|---|--|
|                                  |          | Růst obrátu a mix výrobků/služeb   | Snížení nákladů a zvýšení produktivity                                      | Využití zdrojů   |
| Strategie podnikatelské jednotky | Růst     | míra růstu prodeje podle segmentů, procento obrátu z nových výrobků, služeb a zákazníků  | obrat na zaměstnance  | investice (procento prodeje), výzkum a vývoj             |
|                                  | Udržení  | podíl na cílových zákaznících a účtech, křížový prodej, procento obrátu nových aplikací výrobků, ziskovost zákazníků a výrobní linky | náklady v porovnání s konkurencí, míra snížení nákladovosti, nepřímé výdaje | míry pracovního kapitálu, ROA a ukazatele využití zdrojů |
|                                  | Skřížení | ziskovost zákazníků a výrobní linky, procento neziskových zákazníků  | jednicové náklady (na jednotku výstupu nebo na transakci)                   | doba návratnosti, výkonnost                              |

Zdroj: Růčková, 2015, str. 101

## 1.10 SWOT Analýza

Na závěr teoretické části textu uvádím základní východiska pro zpracování SWOT analýzy, která bude tvořit stěžejní část praktické části textu. SWOT analýza je jak odborníky, tak i laiky často pokládána za vhodnou analytickou metodu pro téměř všechny situace. Podle mého názoru je obzvláště vhodná v takových případech, kdy je potřeba nahlédnout na celou problematiku z větší perspektivy, uvažovat o vstupních hodnotách a celkové strategii. Samozřejmě není možné jednou analýzou identifikovat všechny klady a zápory a to obzvláště za situace, kdy je předmětem analýzy celé zdravotnictví. Může ale být vhodným startem k rozklíčování potřeb daného sektoru a vytýčení oblastí, které je potřeba řešit.

SWOT analýza byla poprvé vypracována a vyvinuta v USA na Kalifornské Stanfordské univerzitě Albertem Humphreymem a to v 60. letech minulého století. Jednalo se o výzkumný úkol analýzy úspěšnosti plánovacích procesů 500 významných amerických firem. (Management Mania, 2017, online)

SWOT analýza patří mezi základní analytické techniky. Využívá se pro zhodnocení vnitřních a vnějších faktorů, které zásadním způsobem ovlivňují úspěšnost organizace, záměru, projektu nebo systému. Nejčastěji je SWOT analýza používána v rámci strategického řízení a marketingu pro zformování situační analýzy. SWOT je akronym složený z prvních písmen čtyř anglických ukazatelů, které jsou předmětem zkoumání:

- STRENGTHS -silné stránky (interní analýza uvnitř podniku či projektu)
- WEAKNESSES -slabé stránky (interní analýza uvnitř podniku či projektu)
- OPPORTUNITIES -příležitosti (externí analýza vně podniku či projektu)
- THREATS -hrozby (externí analýza vně podniku či projektu). (Management Mania, 2017, online)

Podstatou SWOT analýzy je identifikovat klíčové silné a slabé stránky uvnitř zkoumaného systému, tedy zjistit, v čem vyniká a v čem naopak neprosperuje. Neméně důležité je znát klíčové příležitosti a hrozby, které se nacházejí ve vnějším prostředí. Cílem SWOT analýzy je určit a následně determinovat slabé stránky, silné stránky naopak podpořit, najít nové příležitosti a znát možné hrozby. Propojení všech čtyř kvadrantů tabulky SWOT analýzy se výraznou měrou podílí na formulování strategických kroků, které přispívají k lepší pozici podniku na trhu. (Management Mania, 2017, online)

To potvrzuje i Grasseová, která se o SWOT analýzu opírá při podobné identifikaci hlavních problémů a dalšího směřování Obrany a strategie. I ona se domnívá, že při zodpovědném přístupu ke SWOT analýze (např. dalším podložením vstupních údajů z jiných doplňujících analýz), lze touto analýzou získat relevantní a především užitečné výstupy pro strategické plánování resortu. Při absenci pevného metodologického rámce analýzy se zamýšlí nad nejvhodnějším provedením. A protože se mi její přístup i výstupy analýzy zdají pro praxi velmi užitečné, budu se při zpracovávání SWOT analýzy inspirovat jejím metodologickým postupem. Ten definuje následovně. Na počátku zpracování je potřeba zvolit metody a nástroje. Jako nejvhodnější se zde profilují brainstorming či řízená diskuse. Mezi exaktnější nástroje pak patří formuláře, matice či grafy. Samotné provedení analýzy pak probíhá v základních třech etapách. Identifikace a hodnocení silných a slabých stránek organizace,

identifikace a hodnocení příležitostí a hrozeb z vnějšího prostředí a tvorba matice SWOT. Dílčí kroky jednotlivých etap si má dle Grasseové rozdělit několik pracovních týmů. Zde se bude pojetí lišit na individuální zpracování jedincem. Jak již bylo v úvodu textu avizováno, zpracování celého textu je záležitostí jednoho člověka. (Grasseová, 2007, online)



## 2 Metodika zpracování

Jak již práce v úvodu naznačuje, je text zpracován na základě několika metod. V obecné rovině jsou využity tyto metody: analýza, syntéza, dedukce a komparace. Metody byly použity v teoretické části především při práci s literaturou. V praktické části sloužily jako základní vodítko, jak na základě teoretických poznatků zpracovat vlastní návrhy a postřehy.

V teoretické části se práce opírá především o práci s literaturou, která poskytla základní přehled o současné problematice financování zdravotnictví obecně, i o financování zdravotnictví v ČR a ve vybraných zemích (USA, Spojené Království a Německo). V návaznosti na předložený teoretický základ vědomostí byla ke zpracování dále využita metoda analýzy primárních dat. Cenná data poskytla i nezisková organizace HealthCare Institute, a to především v hodnocení kondice dílčích oblastí českého zdravotnictví. Tato data byla následně formou komparace srovnávána a zpracována do příslušných závěrů.

Dalším důležitým nástrojem, který byl při zpracování textu použit, je analýza SWOT. Tato analýza bývá především u rozsáhlejších zkoumání pouze jednou z dílčích součástí. Obvykle bývá doplněna dalšími podobně strukturovanými analýzami, které přistupují k problematice z jiného úhlu pohledu (analýza pěti sil, PESTLE analýza, SPACE analýza, atd.). Vzhledem k rozsahu a účelu textu není možné uskutečnit takto rozsáhlé zpracování. Obecná charakteristika SWOT analýzy a její velká závislost na osobě, která analýzu provádí, se na jednu stranu stává velkou výhodou, na druhou stranu však i nevýhodou této analýzy. I proto se k této analýze musí přistupovat velmi opatrně a v průběhu její tvorby je nutné tato rizika neustále brát v úvahu a tím eliminovat možné zkreslení závěrů. Výhoda metody naopak tkví v tom, že si může takovou analýzu sestavit každý, kdo se o danou problematiku zajímá. Může tak dojít k velmi zajímavému množství výsledků, které mohou být předmětem dalšího zkoumání (míra shody, individuální zkreslení, přínosnost, atd.). Vstupní hodnoty analýzy musí být vždy velmi dobře uváženy a musí být podloženy faktickými údaji, které dokládají důležitost vstupu. Kvalita vstupních dat a úsilí zpracovatele analýzy logicky podmiňuje celý její výsledek.

Praktická část je proto zpracována na základě všech dostupných údajů a kritické analýzy. Analyzovány jsou jak teoretické poznatky, tak výstupy z dílčích kritických analýz primárních dat (jak bylo uvedeno výše). V praktické části se pracuje se všemi získanými daty z teoretické části a ty byly uvažovány především v rovině koncepční, strategické a dlouhodobé.

Jestliže bylo v úvodu deklarováno, že navrhovaná řešení nebudou politického charakteru, pak tím bylo myšleno, že zpracování textu nebude ovlivněno na základě jednoho politického přesvědčení či proudu. Cílem práce není kritika bismarckovského či jiného modelu ani zpracování zcela nové např. liberálně tržní koncepce. Hlavním cílem práce je navrhnout dílčí opatření, která by vedla k vyšší efektivitě financování zdravotní péče v ČR či ke snížení nákladů, a to na základě objektivních a předložených dat. V této rovině byla i uvažována jak praktická, tak teoretická část textu. Cílem práce je tedy navržení souboru opatření nezbytného k udržení dnešních vysokých standardů v českém zdravotnictví a to na základě sběru relevantních dat a objektivně provedených analýz. Dílčí cíle jsou návrhy k zefektivnění funkce zdravotních pojišťoven a řídicích orgánů, kterými jsou Ministerstvo zdravotnictví, oblastní a krajské samosprávy.

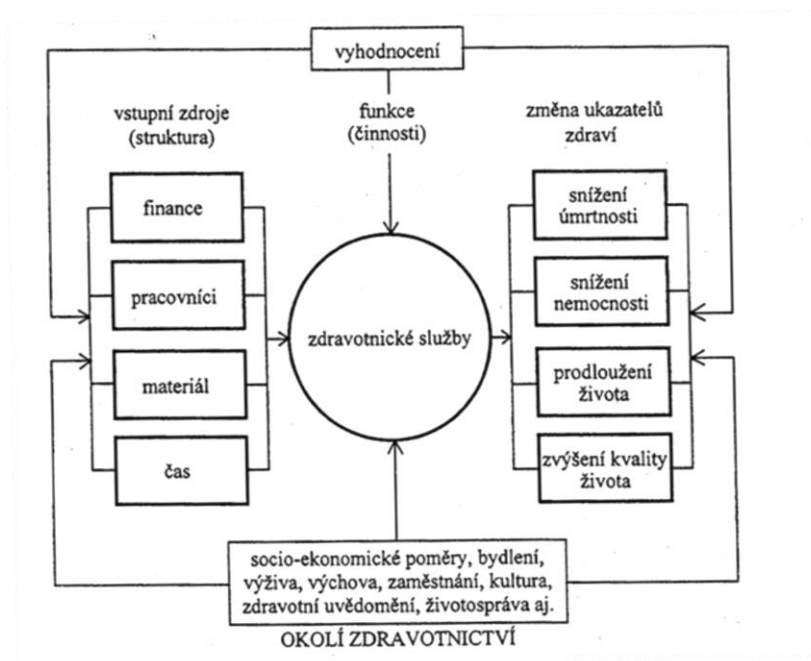
### 3 Praktická část

Zdravotnictví v ČR ušlo od 90. let minulého století velký kus cesty. Současný systém garantuje velmi kvalitní zdravotní péči, a to všem občanům ČR. Porevoluční zdravotnictví je poznamenáno chybějící strategií a koncepcí, která by v dlouhodobém horizontu zajišťovala standardní kvalitu péče a zároveň i její finanční krytí. Základním „problémem“ je pokles mortality, tedy prodlužování života díky novým lékům, metodám a technologiím, a současně nižší porodnost, které způsobují postupné stárnutí obyvatelstva nejen u nás, ale i v celé Evropě.

Rok 2018 lze chápat jako milník. Uběhlo 25 let od vzniku samostatné České republiky, kdy se objevila výzva, při které si naše společnost začne klást zásadní otázky k jejímu dalšímu směřování. Mezi nimi by měla být i otázka dalšího směřování financování zdravotnictví. V textu je vymezen stručný přehled vývoje financování zdravotnictví od osamostatnění naší republiky až do dnešní doby. Z praxe je známo, že některé procesy (např. neustále se zvyšující kvalita péče a rozšiřující se spektrem dostupných výkonů) nelze dlouhodobě při stávajícím systému udržet. Úkolem naší společnosti je zahájit korektní diskusi a hledat shodu v základních bodech, které jsou nutné pro reformu zdravotnictví. V opačném případě bude současná malá konkurenceschopnost zdravotních pojišťoven i nadále klesat a to i přes všechna dostupná opatření, mezi která patří efektivní hospodaření, inovativní produkty a v neposlední řadě samotná péče o pacienty.

Na základě představení základních modelů financování zdravotních systémů z hlediska historických faktů by nebylo racionální měnit rovnostářský systém na systém liberální. V návaznosti na sběr dat a komparaci s používanými modely financování zdravotní péče je naopak vhodné reformovat sice strategicky, ale rovněž po dílčích krocích a to z důvodu politického tlaku ze strany veřejnosti či přímo politického dění apod. Celý systém zdravotnictví v ČR lze graficky znázornit například následovně, viz Obrázek č. 9 Schéma systému zdravotnictví.

Obrázek č. 9 Schéma systému zdravotnictví



Zdroj: <http://player.slideplayer.cz/42/11341468/data/images/img10.jpg>

Výše uvedený obrázek znázorňuje jak vstupní zdroje, tak požadované výstupy. Takto komplexně se u nás o zdravotnictví většinou nehovoří. Obecně lze předpokládat, že valná část pacientů dnešního zdravotnictví takto o systému neuvažuje.

Financování není jediným problémem českého zdravotnictví. Zdravotnictví a jeho kvalita jsou určovány i dalšími faktory, které je možné sledovat a hodnotit. Tato část práce se bude zabývat identifikací faktorů ovlivňujících zdravotnictví v ČR. Vzhledem k množství dat, která za takovými faktory stojí, v této kapitole bude využít Zdravotní profil ČR 2017.

### 3.1 Harmonizace zdravotnického systému ČR s EU

Stabilitou celého systému zdravotnictví se zabývají také mnohé analýzy hodnotící celkovou kondici ČR. Takovou analýzou je například i zdravotní profil ČR zpracovaný na základě členství ČR v EU. Zdravotní profily členů EU pravidelně zpracovávají OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) a European Observatory on Health Systems and Policies za spoluúčasti Evropské komise. Profily jsou zpracovávány na základě národních statistických údajů (v tomto konkrétním případě z dat z roku 2017), data jsou před zpracováním ověřována. Doplňující údaje jsou čerpány také z Institute for Health Metrics and Evaluation, Evropského střediska pro prevenci a kontrolu nemocí, z průzkumů zaměřených na

životní styl dětí na základních školách a ze Světové zdravotnické organizace a dalších národních zdrojů. Cílem zdravotního profilu země je poskytnout relevantní přehled o zdraví a systémech zdravotní péče v členských zemích EU. Akcentovány jsou především problémové oblasti, přičemž se tyto poznatky následně stávají cennými podklady pro tvorbu politik a hledání nových východisek. Vzhledem k množství zdrojů, které analýza využívá ke zpracování, budou v této kapitole předloženy závěry analýzy, které považují za relevantní a velmi přínosné.

Zdravotní profil ČR 2017 uvádí, že se mezi lety 2010 a 2015 se prodloužila střední délka života o čtyři roky. Vděčíme za to jak pokroku, tak propracované preventivní péči. Jako nejčastější příčina smrti v ČR se uvádějí kardiovaskulární onemocnění (v ČR je však úmrtnost na kardiovaskulární onemocnění stále dvojnásobná oproti průměru EU). Zvyšující se úmrtnost je v ČR zaznamenána dále na diabetes, rakovinu, demenci a jiné duševní choroby. Toto je první faktor, který je označován jako rizikový. Mezi další zásadní a rizikové faktory se řadí kouření, alkoholismus a obezita. Nad průměrem EU je přitom v ČR jak kouření (tedy přepočtený počet kouřících Čechů), tak obezita (přepočtený počet obézních Čechů). V ČR se také vypije průměrně na osobu o téměř dva litry alkoholu více, než je průměr EU. Jediný ukazatel, ve kterém lze ČR vidět v lepším světle, je počet nárazových případů alkoholismu, jejichž počet je oproti EU menší. Zdravotní profil ČR si dále všímá skutečnosti, že ačkoli se od roku 2005 výdaje na zdravotnictví na osobu v ČR zvýšily, stále jsou přibližně o třetinu nižší než průměr EU. Vysoký podíl veřejných zdrojů na celkovém financování zdravotnictví v ČR je také důvodem, proč je řešení stability systému důležité. V rámci efektivity systému se nejvíce kriticky nahlíží především na zdravotní služby primární a integrované péče a veřejného zdraví. S dostupností péče souvisí především nedostatek pracovních sil, který může být do budoucna pro zajištění péče v ČR velkou hrozbou. V oblasti financování zdravotnictví je zdůrazňována především potřeba rozšíření příjmové základny. Velkým problémem se stává z hlediska stability a flexibility systému zdravotnictví absence politické shody ke strategickému řešení. (OECD iLibrary, 2017, online)

Zdravotní profil ČR si také všímá toho, že Češi oproti průměru v EU méně hodnotí své zdraví jako dobré. Zatímco v EU je to průměrně 67 %, v ČR je to 61 % lidí. Velký rozdíl v hodnocení zdraví je nepřekvapivě závislý především na socioekonomickém postavení obyvatel. Zatímco 80 % lidí s vyššími příjmy hodnotí své zdraví jako dobré, u lidí s nejnižšími příjmy je to pouze 48 %. (OECD iLibrary, 2017, online)

V oblasti zdraví je ČR opětovně kritizována za malý pokrok v omezování kouření a konzumace alkoholu. Zatímco u kouření je zaznamenáván alespoň malý pokrok, u omezování konzumace alkoholu žádný pokrok směrem ke snížení zaznamenán nebyl. U obezity je tendence dokonce opačná a její výskyt u dospělých i dětí se zvyšuje závratným způsobem. (OECD iLibrary, 2017, online)

System veřejného zdravotního pojištění je hodnocen jako stabilní a poskytující velkorysý rozsah hrazených služeb. Provádění reform je podle profilu pomalé a mnohdy nekomplexní. System přerozdělování v rámci veřejného zdravotního pojištění je chápán jako klíčový faktor zajišťující účinnost systému financování. Na rok 2018 je plánováno sestavení farmaceuticko-nákladové skupiny přerozdělování, což by mělo systému podle profilu výrazně pomoci. (OECD iLibrary, 2017, online)

Při komplexním pohledu na zdravotní profil ČR, je hlavní hrozba identifikována jako vysoká míra výdajů ČR na zdravotní péči, což ale neodpovídá vysokému podílu veřejných financí. Dále vyšší míra rizikových faktorů oproti průměru EU (především počet kuřáků a konzumentů alkoholu, hlavně ale počet obézních lidí), vyšší míra úmrtnosti na kardiovaskulární onemocnění, rakovinu a vysoká behaviorální zátěž obyvatelstva. Jako další klíčové faktory lze identifikovat nedostatek kvalifikovaného personálu. S tím logicky souvisí ohrožení dostupnosti péče a nadměrná kapacita akutních lůžek včetně husté sítě nemocnic. Hustá síť nemocnic je také velkým rizikem a to především z hlediska potřeby modernizace, což znamená vysokou finanční zátěž. Rostoucím problémem je také stárnutí lékařů. Věková struktura lékařů je nesourodá a jejich nerovnoměrné preference se odrážejí v tom, že menší a okresní nemocnice (především ve venkovských a méně atraktivních oblastech) mají čím dál větší problém získat pracovníky. Velkým problémem celého systému zdravotnictví je také volný pohyb pacientů u odborných specialistů a minimální záchyt takových pacientů u praktických lékařů. (OECD iLibrary, 2017, online)

Velké rozdíly jsou zaznamenány také při hrazení dlouhodobé a sociální péče. System podle stávajícího profilu umožňuje neefektivní využití nemocničních služeb a stojí i za nechutí snižovat akutní lůžka či omezit hustou síť nemocnic v ČR. (OECD iLibrary, 2017, online)

Exaktně lze prokázat, že efektivita zdravotní péče je pozitivní. Např. tím, že klesá míra odvrátitelné úmrtnosti. (OECD iLibrary, 2017, online)

Na druhou stranu je potřeba také uvést, že efektivita není stejně vysoká v dílčích částech odvětví. V ČR není běžné sledovat výkonové parametry u projektů a výdajů. A to ani v případech, ve kterých je sledovat lze (např. u homogenní skupiny pacientů). Ministerstvo financí ČR si všímá například naprosté absence systému úhrad P4P (pay for performance), který se ve světě stává běžným. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2018, online)

Zatímco nízká přímá spoluúčasť pacientů je zárukou dobré finanční ochrany obyvatel, pro systém jako celek znamená vysokou zátěž. (OECD iLibrary, 2017, online)

Ačkoli je dle zdravotního profilu ČR možné považovat v oblasti financování naše zdravotnictví za stabilní, důležitější je uvažovat o blízké i vzdálenější budoucnosti. Demografické stárnutí obyvatelstva bude mít na stabilitu systému závažné dopady, a pokud s nimi systém nebude dostatečně pracovat, stabilita zdravotnictví bude ohrožena. Obecně by v současné situaci měly jít stranou jednotlivé zájmy dotčených subjektů a síly by měly být spojeny za účelem realizace celkové reformy se strategickou vizí, která zaručí, že bude kvalitní zdravotní péče i nadále dostupná všem občanům.

Základním dokonaným prvkem harmonizace zdravotnictví v EU je fakt, že zdravotní pojišťovny všech členských států musí proplatit svému pojištěnci daný výkon ve vybraném zařízení dle jeho potřeb a úsudku s podmínkou, že daná pojišťovna hradí částku v minimální výši za konkrétní výkon na svém území. Proto zvolí-li si český pacient operaci například v sousedním Německu z důvodů lepší péče či dřívějších termínů, bude si muset pravděpodobně připlatit nad rámec částky za výkon v ČR. Naopak bude-li český pacient hospitalizován například v Rumunsku, dá se předpokládat, že doplatek nebude žádný nebo dle sazby tamního zdravotního systému.

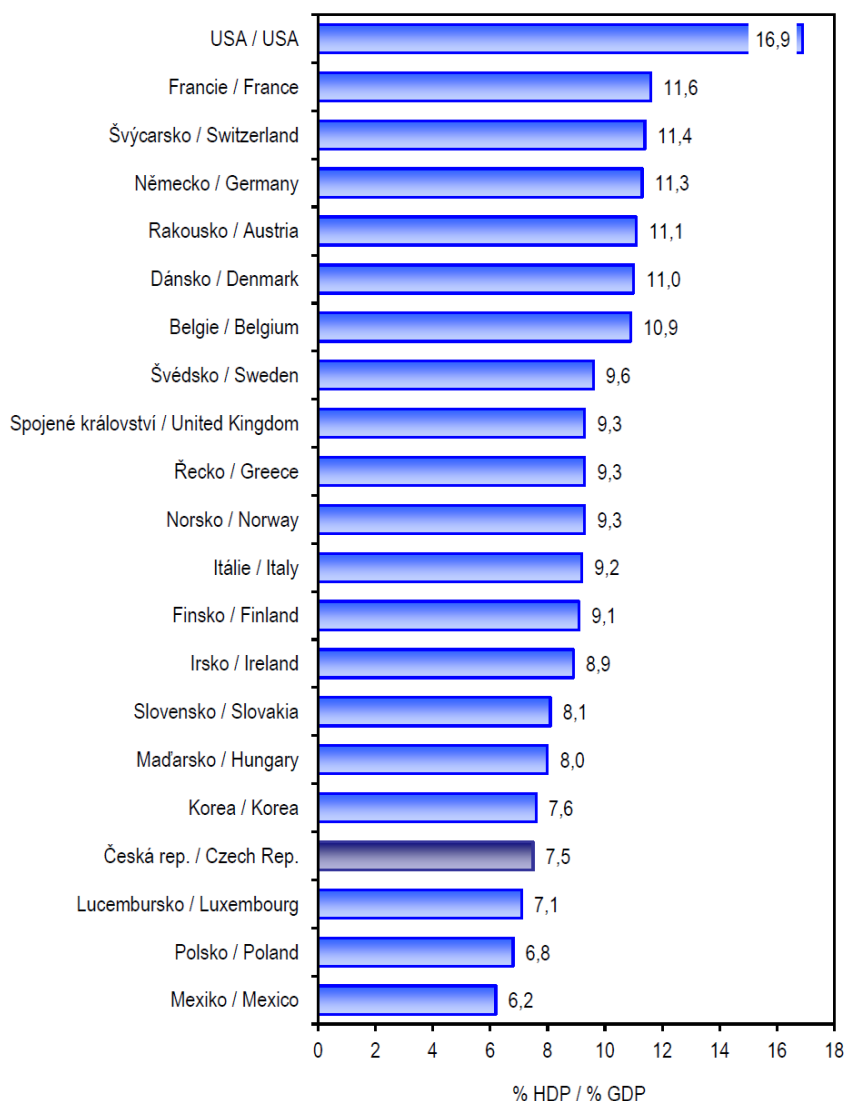
### **3.1.1 Podíl veřejných nákladů na zdravotnictví (výdajová kvóta)**

Podíl celkových veřejných výdajů jako procentní část HDP je jedním z nejčastějších ukazatelů pro srovnání úrovně zdravotní péče v různě vyspělých státech. Obecně pak platí, že čím více z HDP se do zdravotnictví investuje, tím vyšší je potenciál celostně zdravé populace na daném území, ale na druhou stranu to nemusí být vždy pravidlem. Podíl jednotlivých zemí je pro srovnání možné si prohlédnout na Obrázku č. 10 Srovnání státních výdajů na zdravotní péči v % k HDP.

Obrázek č. 10 Srovnání státních výdajů na zdravotní péči v % k HDP

**1. Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD  
jako % z HDP v roce 2012**

*Health expenditure in selected OECD countries  
as % of GDP in 2012*



Zdroj dat: OECD Health Data červen 2014  
Source: OECD Health Data June 2014

Zdroj: ÚZIS, 2013. Dostupné z:

<https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj1kKTG6qXaAhUKIJoKHS4vCssQFggqMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2Fekinf2013.pdf&usg=AOvVaw30MdiORiVxR--xo0Yd2Yxy>

Česká republika podle dlouhodobých statistik zaostává v ukazateli poměru výdajů na zdravotní péči k HDP za průměrem v EU. Dlouhodobé řazení ČR „na dně tabulky“ ze všech



států Evropské unie není z ekonomického pohledu známka národní tragédie, naopak při prokázaných vysokých standardech péče v českém zdravotnictví je to důkazem české produktivity při nízkých nákladech. Na Obrázku č. 11 Vývoj podílu na zdravotnický systém k HDP je vidět vývojový trend zvyšování, stagnace, ale i poklesu podílu na zdravotnictví v ČR vůči celkovému produktu země. Vůči kumulované inflaci, která vesměs za dané období rostla trvale a viditelně, je stagnace podílu na zdravotnictví ve srovnání s okolními státy velice nízká. Dále můžeme konstatovat, že péče o rezidenty českého území není tragická a ani se nadměrně neliší od lépe financovaných systémů v okolních státech.

Obrázek č. 11 Vývoj podílu na zdravotnický systém k HDP

**Vývoj podílu veřejných výdajů na zdravotnictví  
na hrubém domácím produktu**  
*Share of public health expenditure in gross domestic product*

| Rok<br>Year        | v %<br>in % |
|--------------------|-------------|
| 2000               | 5,60        |
| 2001               | 5,67        |
| 2002               | 6,07        |
| 2003               | 6,27        |
| 2004               | 6,04        |
| 2005               | 5,87        |
| 2006               | 5,62        |
| 2007               | 5,39        |
| 2008               | 5,45        |
| 2009               | 6,24        |
| 2010               | 6,15        |
| 2011               | 6,03        |
| 2012               | 6,10        |
| 2013 <sup>1)</sup> | 6,03        |

Zdroj: ÚZIS, 2013. Dostupné z:

<https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj1kKTG6qXaAhUkIJoKHS4vCssQFggqMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2Fekin%2F2013.pdf&usg=AOvVaw30MdiORiVxR--xo0Yd2Yxy>

Přestože lze slabý vývojový trend podílu veřejných financí na zdravotnictví zpozorovat, z dlouhodobého pohledu to není dostačující a neřeší to aktuální neuspokojivou situaci v našem zdravotnictví.

### 3.1.2 Výpočet Elasticity veřejných výdajů jako dynamiky růstu veřejných výdajů vůči pohybu HDP z dostupných dat v r. 2010 až 2015

Následné výpočty vychází z podkladů teoretické části uvedených na straně 27, kdy VVZS jsou veřejné výdaje na zdravotnický systém.

Poměr výdajů na zdravotní systém v roce 2015:

$$\left(\frac{\text{VVZS}}{\text{HDP}}\right) \times 100 = \left(\frac{354\text{mld}}{4477\text{mld}}\right) \times 100 = 7,9 \%$$

V roce 2015 byl poměr výdajů na zdravotnictví 7,9% vůči HDP.

Elasticita veřejných výdajů, jako dynamika růstu veřejných výdajů vůči pohybu HDP:

$$E = \frac{\frac{VV_{t+1} - VV_t}{VV_t}}{\frac{HDP_{t+1} - HDP_t}{HDP_t}}$$

$$E = \frac{\frac{354\text{mld}_{r.2015} - 341\text{mld}_{r.2010}}{341\text{mld}}}{\frac{4477\text{mld}_{r.2015} - 3791\text{mld}_{r.2010}}{3791\text{mld}_{r.2010}}} = 0,21$$

Elasticita 0,21 za pětileté období (2010-2015) vypovídá, že výdajová stránka na zdravotní systém je trvale udržitelná. V potaz se zde musí brát stavové veličiny, jako bylo zavedení poplatků do zdravotnictví (od r. 2008) a jejich následné zrušení (v r. 2015), které zásadně ovlivnilo výsledek elasticity veřejných výdajů na tuzemský zdravotní systém. K výsledku je třeba zohlednit vývojové trendy v zahraničí a trendy budoucí, které jasně zaznamenají úbytek a velmi nízkou spoluúčasť českých pojištěnců.

## 3.2 SWOT analýza

Pro analýzu vnitřního a vnějšího prostředí zdravotního systému bude použita maticová SWOT analýza, která zhodnotí vzájemné vztahy a vazby všech dílčích faktorů. Dle vztahové matice budou posouzeny priority, z nichž bude navrženo akční řešení. Každý ze základních čtyř segmentů SWOT matice je složen ze sedmi klíčových ukazatelů. Základní skupiny včetně

svých klíčových ukazatelů, které jsou pojmenovány z praktických důvodů pouze orientačně ve zkratkách, jsou zobrazeny v Tabulce č. 2 SWOT analýza níže:

Tabulka č. 2 SWOT analýza

| Zdravotnictví                        | Č.        | Název faktoru - stručný, krátký                                   |
|--------------------------------------|-----------|---|
| <b>Strengths</b><br>silné stránky    | <b>S1</b> | <b>Dobrá technická vybavenost v systému</b>                       |
|                                      | <b>S2</b> | <b>Inovativní metody a léčebné prostředky</b>                     |
|                                      | <b>S3</b> | <b>Vysoké proočkování a prevence infekčních chorob</b>            |
|                                      | <b>S4</b> | <b>Personální vybavení na vysoké úrovni vzdělanosti</b>           |
|                                      | <b>S5</b> | <b>Velmi nízká novorozenecká a kojenecká úmrtnost</b>             |
|                                      | <b>S6</b> | <b>Záruka financování zdravotnictví dané ústavou</b>              |
|                                      | <b>S7</b> | <b>Konkurenceschopnost zdravotních pojišťoven</b>                 |
| <b>Weaknesses</b><br>slabé stránky   | <b>W1</b> | <b>Nedostatek financí v trendu strárnutí populace</b>             |
|                                      | <b>W2</b> | <b>Neoptimální počet lůžek a zdravotnických zařízení</b>          |
|                                      | <b>W3</b> | <b>Nedostatek perosnálního vybavení</b>                           |
|                                      | <b>W4</b> | <b>Loby politické technologických a farmaceutických firem</b>     |
|                                      | <b>W5</b> | <b>Nízká prevence vlivem slabé disciplíny a osvěty pacientů</b>   |
|                                      | <b>W6</b> | <b>Nedostatečné rezervy v systému "finanční polštář"</b>          |
|                                      | <b>W7</b> | <b>Nízká míra ovlivnění finanční alokace ze strany pojišťoven</b> |
| <b>Opportunities</b><br>příležitosti | <b>O1</b> | <b>Zvyšující se průměrný věk a doba dožití</b>                    |
|                                      | <b>O2</b> | <b>Logistické trendy ve zdravotní péči</b>                        |
|                                      | <b>O3</b> | <b>Elektronizace zdravotnictví, nové SMART technologie</b>        |
|                                      | <b>O4</b> | <b>Rozvoj jednodenní péče = finanční úspora</b>                   |
|                                      | <b>O5</b> | <b>Vyšší důraz na kvalitu zdravotní péče</b>                      |
|                                      | <b>O6</b> | <b>Nízká míra nezaměstnanosti = lepší zdravotní péče</b>          |
|                                      | <b>O7</b> | <b>Zvyšování platební spoluúčasti pacientů</b>                    |
| <b>Threats</b><br>hrozby             | <b>T1</b> | <b>Stárnutí populace v EU vlivem zvyšující kvality zdraví</b>     |
|                                      | <b>T2</b> | <b>Vysoký vliv ekonomického cyklu na zdravotnictví</b>            |
|                                      | <b>T3</b> | <b>Vzrůstající neplodnost -nedostatečná prevence</b>              |
|                                      | <b>T4</b> | <b>Nekvalitní životní prostředí -globální pohled</b>              |
|                                      | <b>T5</b> | <b>Užívání měkkých a tvrdých drog -závislosti -infarkty</b>       |
|                                      | <b>T6</b> | <b>Extrémně nízká nezaměstnanost a nedostatek personálu</b>       |
|                                      | <b>T7</b> | <b>Duševní nepohoda a nemoci vlivem "turbulentní doby"</b>        |

Zdroj: Vlastní zpracování

Díličí ukazatele byly voleny na základě získaných poznatků z teoretické části textu, aktuálních statistických dat a ze sledování nových trendů ve zdravotnickém systému ČR. K silným stránkám systému patří především dobrá technická a personální vybavenost, tradice zajištění kvalitní solidární péče zajištěná všem ústavním právem. Ve slabých stránkách systému se

poukazuje především na neustálý úbytek finančních zdrojů vlivem stárnutí populace, nadbytečný počet zařízení poskytované péče, neefektivita zdravotních pojišťoven a lobby ze strany technických a farmaceutických korporací. V příležitostech zdravotní péče jsou zmíněny zejména: rozvoj jednodenní péče, vyšší nároky samotných pojištěnců ve zlepšení služeb za cenu zvýšení jejich vlastní finanční spoluúčasti. Mezi budoucími hrozbami v systému byly identifikovány nákladnost starší generace vznikající díky prodlužování věku dožití a nepřímo také nekvalitní životní prostředí způsobené faktory mimo ČR. Dalším dílčím aktuálním problémem byl shledán nízký a neustále se zmenšující počet doktorů a sester včetně dalšího personálního vybavení.

Pro vzájemné porovnání vztahových vazeb je třeba uskutečnit celkem 196 vztahových hodnocení, které jsou známkovány: +, ++, 0, -, --, tedy škálou pěti možných bodových hodnocení, dále pak numericky 1-5 bodů. Body se následně sečtou a pro každý základní segment budou vybrány dvojí nejsilněji hodnocené výsledky. Zpracování vztahové matice ke SWOT analýze se nachází na Obrázku č. 12 Vztahová matice v příloze číslo 1.

Po sečtení všech 196 numerických výsledků jsou předloženy výsledky v podobě osmi nejzásadněji hodnocených klíčových faktorů, tedy vždy dva nejpodstatnější ze sedmi základních u všech čtyřech SWOT segmentů. Výpovědní aspekty jsou kladně hodnocené, jako faktory úspěchu a faktory příležitostí a negativně hodnocenými aspekty jsou slabá místa a faktory potencionálních hrozeb. Výsledky vztahové SWOT matice jsou znázorněny na další straně na obrázku č. 13 Výsledky vztahové SWOT matice.

Obrázek č. 13 Výsledky vztahové SWOT matice

|                                     |          |   |
|-------------------------------------|----------|---|
| <b>Klíčové faktory úspěchu</b>      | <b>S</b> | DOSAVADNÍ ÚSPĚCHY   |
| 16                                  |          | <b>Inovativní metody a léčebné prostředky</b>                 |
| 13                                  |          | <b>Zákonná záruka financování zdravotního systému</b>         |
|                                     |          |   |
| <b>Klíčové faktory příležitostí</b> | <b>O</b> | BUDOUCÍ MOŽNOSTI  |
| 17                                  |          | <b>Nové trendy v elektronizaci a logistice</b>                |
| 15                                  |          | <b>Rozvoj jednodenní péče</b>                                 |
|                                     |          |   |
| <b>Klíčové faktory slabých míst</b> | <b>W</b> | OKAMŽITÉ ŘEŠENÍ   |
| -10                                 |          | <b>Stárnutí a trend úbytku výdělečně činných pojištěnců</b>   |
| -8                                  |          | <b>Nedostatek lékařů sester a technicko provozních person</b> |
|                                     |          |   |
| <b>Klíčové faktory hrozeb</b>       | <b>T</b> | NUTNOST PREVENCE  |
| -12                                 |          | <b>Stárnutí populace v EU -demografický vývoj</b>             |
| -5                                  |          | <b>Nadužívání drog (alkohol), kardiovaskulárního systém</b>   |

Zdroj: Vlastní zpracování

### 3.3 Vlastní návrh financování zdravotní péče

Základním předpokladem pro financování zdravotní péče v ČR je, že musí být splněna systémová přijatelnost pro všechny zúčastněné strany. Tuto skutečnost lze názorně zobrazit následujícím schématem viz Obrázek č. 14 na další straně, kde jsou představeni základní klíčoví hráči v systému zdravotnictví z pohledu alokační efektivity.

## Alokační efektivita klíčových hráčů ve zdravotnictví



Zdroj: [http://images.slideplayer.cz/11/3295753/slides/slide\\_1.jpg](http://images.slideplayer.cz/11/3295753/slides/slide_1.jpg)

Problém financování zdravotní péče v ČR je podle všech zjištěných ukazatelů do jisté míry problémem převzetí odpovědnosti všemi třemi stranami znázorněného trojúhelníku z Obrázku č. 14 Klíčové hráči v systému zdravotnictví. Musí být nalezena taková cesta kompromisu, která přinese novou rovnováhu mezi přínosy a požadavky na jednotlivé „stakeholdery“. Např. v patientské linii to znamená, že pacienti musí být k vyšší spoluúčasti motivováni stimuly, které přijmou za dostatečné (nadstandardní péče, dlouhodobá udržitelnost systému, adekvátní finanční zatížení, které bude únosné, vyšší efektivita léčby, apod.).

Převzetí odpovědnosti je potřeba posílit a to hned na několika úrovních. První a tou nejdůležitější úrovní je úroveň polická a to konkrétně odpovědnost moci zákonodárné. Ta má být v první řadě tím, kdo zodpovídá za veřejné finance a spravuje je. Zároveň by měla vyvolávat veřejnou diskusi, kterou by měla podněcovat objektivními a doložitelnými fakty. Ta v současné době neprobíhá. Zákonodárná moc by také měla zlepšit informovanost a vzdělanost občanů ČR v souvislosti s jejich zdravím a dostupnými možnostmi státní správy (včetně jejich dlouhodobé udržitelnosti). To koreluje s předloženými fakty, které uvádí, že prevence, životní styl, strava, pohyb, atd. ovlivňují naše zdraví až ze 70 %. Mezi občany

existuje již dnes početná skupina lidí, kteří se o své zdraví zajímají a starají a dělají tak vše, aby své zdraví ovlivnili pozitivním způsobem. Financování zdravotnictví v ČR ale takovou snahu občanů zatím nijakým způsobem nereflektuje a částečně tak demotivuje ty, kteří se o své zdraví starají a mohli by být pro systém více přínosní. Zároveň ale podporuje v nepříliš vhodném přístupu ke svému zdraví ostatní občany, kteří se o výše uvedené determinanty příliš nezajímají. V neposlední řadě by se lidé měli o své zdraví zajímat ze své vůle nezávisle na výhodách či nevýhodách systému. Zdůrazňován by v této souvislosti měl být především profit jednotlivců v podobě dobré kondice, vyšší kvality života, vyššího věku dožití, apod. I v této oblasti chybí dostatečná informovanost a podpora. Zde je možné zmínit i obavy občanů z dožití se vysokého věku v návaznosti na nejisté zajištění v důchodovém věku apod. Na této úrovni by měly více působit zdravotní pojišťovny, které ale současným systémem k větší aktivitě podporovány nejsou.

Uvažované návrhy změn systému jsou zakresleny do Obrázku č. 15 Vlastní návrhy v příloze. Vlastní návrhy zahrnují zejména dílčí změny v controllingu státních zařízení ze strany Ministerstva zdravotnictví, eliminace nesystémového financování ze stran krajů a obcí, dále eliminace plateb za hotelové služby ze strany pojišťoven a v neposlední řadě také vyšší rozhodovací pravomoci zdravotních pojišťoven v návaznosti na individualizaci pojištěnců. Dále budou jednotlivé obecné návrhy rozpracovány do konkrétních kroků.

### **3.3.1 První navrhovaná změna je zrušení bezplatné hotelové služby v nemocnici**

Obdobně jako si doma platíme režijní výdaje za teplo a zaplatíme za potraviny a jídlo, musíme minimálně přispívat v nemocnicích za „hotelové služby“. I zde je počítáno s tím, že sociálně slabí občané mohou být na základě pevně nastavených příjmových ukazatelů od této platby osvobozeni. Navržena je postupná implementace standartního poplatku za sdílené lůžko a základní stavě za den. Cena za základní standard může být analyzována vždy pro konkrétní nemocnici podle reálných nákladů na vstupy a režie, které poskytování „hotelové“ služby obnáší. Jednodenní částka za stravu a nocleh, která byla před zrušením v r. 2015 100kč, nebyla přehnaná. Jednalo se o jakýsi první pokus zavedení pozvolné reformy. Zohlednění by bylo racionální z pohledu dětí, důchodců, tělesně hendikepovaných, sociálně vyloučených lidí a lidí, kteří jsou hospitalizováni dlouhodobě. Kromě standartního poplatku by bylo možné přispět na tzv. nadstandard I a nadstandard II, které by byly zaváděny podle individuálních možností a potřeb daného lůžkového zařízení. Zde by hrály roli nadstandardní

aspekty, jako nákladnější strava, samostatný pokoj či vysoce nadstandardně vybavený pokoj u placené služby nadstandard II.

### **3.3.2 Druhá navrhovaná změna – stanovení základní (standardní) zdravotní péče**

Stejně jako v „hotelové“ části zdravotního systému, kde byl stanovován základní standard, je třeba určit i základní péči ambulantní, výkonovou včetně použitého materiálu a dodání léčiv, která bude plně hrazena ze základního veřejného zdravotního pojištění (např. vyšší kvalita očních čoček, speciální odlehčená ortéza apod.). Fakticky platí, že i dnes si musí pojištěnci za některý materiál a služby připlácet, ale ve srovnání s průměrem evropských států je to zanedbatelná částka. Současný systém poskytování zdravotní péče není zcela efektivní a je to způsobeno především jeho rozsáhlým spektrem bezplatné péče či alespoň minimální spoluúčasti. Naše zdravotnictví (jakkoli se může zdát, že současná situace je krizová) se stále nachází ve velmi komfortním stavu a nabízí špičkovou péči. I proto je možné i v případě, že by současně dostupná zdravotní péče byla částečně eliminovaná nově stanovenými limity, stále hovořit o velmi kvalitní a pro všechny občany dostupné zdravotní péči. Při poskytování základní standardní péče v tomto pojetí by měla být péče přizpůsobena konkrétnímu pacientovi a to s přihlédnutím k efektivitě a předpokládanému užítku pro všechny aktéry. Paušální stanovení výkonů a pomůcek v dnešní době, kdy má jedna situace tisíc řešení, není vhodné. V úvahu by měl být brán jak efekt pro pacienta, tak efekt pro samotný zdravotní systém, tedy hledání optimalizace nákladů, nikoli jejich minimalizace.

### **3.3.3 Třetí navrhovaná změna – zainteresování pacienta**

Větší zainteresování pacientů a jejich rodin je podle mého názoru nezbytným a prvním krokem k tomu, aby se české zdravotnictví „posunulo kupředu“. V tomto případě se nejedná o pro-aktivitu pacienta ve smyslu léčby a prevence, ačkoli je to důležitý krok, který bude ovšem zmíněn až dále. V tomto bodu je zainteresovaný pacient vnímán jako klient služeb. Nikdo z nás by nešel do obchodu a nenakoupil, aniž by se nepodíval na svou účtenku či fakturu. A zdravotnictví by nemělo být výjimkou. Ačkoli je ve většině případů pacient „pouhým“ příjemcem zdravotní péče, mělo by se to změnit. Pokud budou pacienti vedeni k základním znalostem o financování péče a jejím vyúčtování, budou schopni si své výdaje za zdraví lépe hlídat. To přispěje k celkové vyšší efektivitě celého financování zdravotnictví. V ČR totiž podle mého názoru není hlavním problémem objem financování, ale jeho využívání. Lidé nejsou v současné době vůbec zvyklí kontrolovat si po návštěvě u lékaře vykázané kódy, a tak



se mnohdy nevědomě stávají součástí různých podvodů nebo nedopatření. Jinak tomu je u léčby, kterou si lidé sami hradí či na ní přispívají. Zde si vše kontrolují naopak velmi pečlivě. To je potřeba podle mého názoru převést do každodenní praxe. Logický závěr v tomto ohledu je ten, že zdravotní pojišťovna by měla mít nově povinnost seznámit své pojištěnce s přehledem péče, která byla v daném sledovaném období vykázána a uhrazena. Jako optimální se jeví období jednoho kalendářního roku. Forma seznámení může mít jak formu elektronickou, tak formu písemnou podle preferencí jednotlivých klientů. Klienti by v takovém případě byli povinni předložený přehled odsouhlasit nebo připomínkovat.

### **3.3.4 Čtvrtá navrhovaná změna – Spoluúčast pacientů**

Ačkoli jsem zastáncem toho, aby se lidé více finančně na svém zdraví více podíleli, a to s odůvodnitelnými výjimkami: těhotné ženy, důchodci a děti. Tedy po vzoru Německa, kde podobný systém platí. Zároveň se domnívám, že lidé jako např. armádní veteráni by toto privilegium měli požívat také. Zvýhodňování těchto skupiny obyvatel sice není zcela součástí naší mentality, ale možná by to společnosti připomnělo jejich význam a hodnotu pro stát.

Spoluúčast by podle mého názoru mohla vypadat následovně: jednalo by se o kombinaci spoluúčasti pacientů na zdravotní péči přímo + možnost nadstandardního zdravotního připojištění.

Přímá spoluúčast pacientů počítá se znovuoobením regulačních poplatků, na které si lidé svého času již poměrně zvykli. Jejich znovuzavedení podle mého názoru nebude pro praxi ani vnímání lidí již tak náročné. Jako přínosná se jeví i varianta rozšíření regulačních poplatků a to především u specialistů v případě, že lidé přijdou bez doporučení praktického lékaře. To koreluje se zjištěním, že ČR nemá správně nastavený systém zachytu takových pacientů a ordinace specialistů jsou dosavadním postupem hodně zatíženy. A dále by měla spoluúčast řešit propojení preventivní péče a základní zájem o zdraví jednotlivců. To by mohlo v praxi vypadat tak, že lidé, kteří se o své zdraví pravidelně zajímají a své lékaře v rámci prevence navštěvují dle předepsaných pravidel (toto se týká především ordinací všeobecných praktických lékařů, zubních lékařů a gynekologů), by byli od takových regulačních poplatků osvobozeni. Naopak lidé, kteří se prevenci nevěnují a lékaře v pravidelných intervalech nenavštěvují, by byli povinni regulační poplatek při návštěvě hradit. Pro nastartování celého systému a motivace občanů je nutné zvážit zavedení takových regulačních poplatků v symbolické výši (např. již dříve fungující rozpětí poplatků mezi 30 – 90 Kč). Po vyhodnocení efektivity systému by bylo možné s tímto nastavením dále pracovat.

Současné zdravotní pojišťovny by začaly poskytovat tzv. nadstandardní zdravotní připojištění v různých variantách. Např. pro případ hospitalizace, pracovní neschopnosti, atd. Osobně se mi příliš nelíbí model, kdy takové připojištění nabízí pouze soukromé společnosti, které se až příliš často zdráhají vyplácet pojistné plnění a snižují tak důvěryhodnost takto zavedených systémů připojištění.

Tento bod je v mnoha ohledech inspirován modelem Německa, který podobně připojištění nabízí. Je škoda, že ačkoli je model Německou hlavní předlohou našeho systému financování zdravotnictví, ty nejlépe vypracované a přínosné body v něm bohužel absentují.

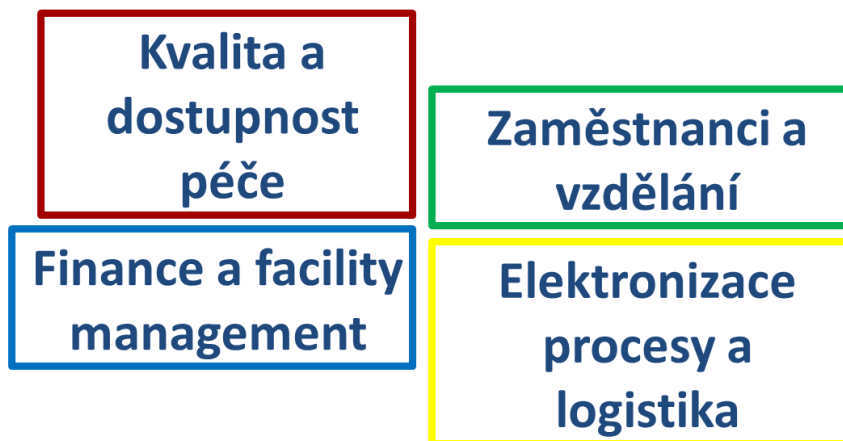
### **3.3.5 Pátá navrhovaná změna – Měření výkonnosti metodou BSC**

Měření výkonnosti metodou BSC se v praxi ukazuje jako krok správným směrem, a to především při strategickém plánování. To aktuálně odpovídá současné situaci zdravotnictví a tak se jeví metoda měření výkonnosti BSC ve zdravotnictví jako optimální. Je to moderní a flexibilní ukazatel, který umí jednotlivé výkonnostní ukazatele zpracovat formou, která je jak efektivní, tak i přínosná. Metoda se velmi osvědčila při hodnocení výkonnosti subjektů při analýzách HealthCare Institute, které jsou v současné době uznávány jak odborníky, tak laiky. To by mohlo implementaci výkonnostních ukazatelů dle metody BSC usnadnit.

Měření výkonnosti metodou BSC je nutné nastavit pro všechny zúčastněné aktéry, tedy pro zdravotní pojišťovny, nemocnice, ambulance, tak pro samotné Ministerstvo zdravotnictví. MZ má zvláštní statut, kdy působí jako garant celkového nastavení systému zdravotnictví v ČR a zároveň jako zřizovatel mnoha zdravotnických zařízení. To je důvodem, proč by samotné Ministerstvo mělo jít při měření výkonnostních ukazatelů příkladem. Příkladnou zemí v měření výkonnosti samotných ministerstev je Dánsko, se principy měření výkonnosti zabývají již od r. 1992.

Na Obrázku č. 16 Měření výkonu nemocnic pomocí BSC níže je zobrazený navrhovaný model strategického měření výkonnosti ze strany ministerstva zdravotnictví vůči státním zdravotnickým zařízením. Kvalitou a dostupností zdravotní péče cílíme na spokojenost a efektivnost směrem k pojištěncům. Pomocí řízení financí procesů, uplatněním managementu pro jakost a facility cílíme na zdraví systému v oblastech ekonomických. A v neposlední řadě je zeleně ohraničené vzdělávání, rozvoj a motivační program pro zaměstnance daných subjektů.

## Strategické měření výkonu nemocnic pomocí BSC



Zdroj: vlastní zpracování

Příkladem pro dílčí ukazatele v základním strategickém faktoru FINANCE mohou být například: Spotřeba materiálu a energií vůči provedeným výkonům a hospitalizovaným pacientům, služby vůči pacientům, mzdové náklady vůči výkonům, odpisy vůči majetku, nákladové úroky vůči investicím, EBT-zisk před zdaněním na výkony a přijaté paušální platby.

V rámci měření BSC by se měl maximálně eliminovat finanční tok ze stran krajů a obcí, které je nesystémový a nepodléhá žádným standardům. Dotovány zde mohou být pouze historické budovy, které potřebují zafinancovat vizáž či přesahující režijní náklady na provoz budovy, nikoli zdravotnický provoz jako takový. Spolu s tím by se měli eliminovat nevhodné provozy nadbytečných zařízení a spolu s centralizací péče dostane přednost její kvalita před kvantitou.

Na Obrázku č. 17 Měření výkonu pojišťoven metodou BSC je znázorněné strategické měření výkonnosti pojišťoven ze strany MZ vůči pojišťovacím subjektům ve zdravotnictví. Zde je nutné vyhodnocovat především bonitu pojišťoven, tedy základní vlastnosti platebních schopností zdravotním subjektům za zdravotní péči svým pojištěncům.

## Strategické měření výkonu pojišťoven pomocí BSC



Zdroj: Vlastní zpracování

U složení pojišťeneckého kmene je nutné stále zohledňovat velmi nákladné pacienty a naopak ponížit příjem pojišťovny za pojištěnce, kteří jsou pro pojišťovny takřka bez nákladů a jsou tedy pro pojišťovny tzv. výhodní. Za zmínku zde, krom finanční a zaměstnanecké strategie, stojí i efektivita zvládnutých procesů, kde je dnes velký prostor pro zlepšení na straně nejlivnější pojišťovny VZP. Zde existuje zajímavý potenciál v úspoře nákladů na personál a pobočky v souladu s novými trendy v elektronizaci, které je nutno zvládnout. Při implementaci nových „SMART“ technologií v systému zdravotní péče je třeba počítat s možným budoucím výpadkem energie tzv. „black-outem“, kdy by mělo být zdravotnictví připraveno dočasně přejít na tzv. původní papírovou podobu, aby mohl například automobil ze skladu s léčivou vyjet a zásobit potřebné pacienty v ohrožení, nebo aby lékárna dokázala vydat recept.

Samozřejmostí u zavádění výkonnostní strategie je transparentní elektronická forma vyhodnocování, která musí být srozumitelná a kompatibilní pro všechny účastníky. Dnešní možnosti propojení technologií a datových výstupů dnes plynou z účetnictví, docházkových systémů, ale i ze samotných zařízení, kde se výkony provádí. Umožnění automatického měření a vyhodnocení, které může být implementováno okamžitě do výsledků BSC jakožto položka pro daný klíčový ukazatel, je dnes zcela běžné. Příkladem může být jednoduché měření hmotnosti pacienta, které digitální váha automaticky posílá do počítače, který srovná váhu pacienta s jeho hmotností před dvěma měsíci. Následně určí výsledek, který například vyhodnotí, jestli se pacientovi nezvýšila tělesná váha o více než 3% (tedy jestli dodržel

adekvátní životosprávu). Pakliže by pacient měl své hodnocení mimo toleranci evidentně svým zaviněním, tak by se negativní výsledky automaticky hodnotily v nastaveném procesu s konkrétní pojišťovnou. Daná pojišťovna by mohla pacienta po opakovaných nedodržených postupech například finančně penalizovat vyšší spoluúčastí. Tento jednoduchý příklad je pouze ilustrativní a v praxi by se musel zohlednit jeho celkový stav, rozložení tělesné hmoty, jako je svalová hmota atp. Příkladem může být BMI - Body Mass Index, tedy index tělesné hmotnosti, který je ukazatelem zdravé tělesné hmotnosti nebo naopak nadváhy či obezity. Tento index je nezávislý na věku a pohlaví a měří se pomocí vysokých frekvencí na základě tělesného zavodnění, které většina BMI přístrojů umí také změřit. Opačným příkladem tedy může být, že pojišťovna bude nabízet finanční balíček na sport a volný čas nebo nižší finanční spoluúčast pojištěnci, který bude mít při preventivní návštěvě u svého lékaře vzorovou hodnotu BMI vlivem dodržování správné životosprávy a vlastní disciplíny.

### **3.3.6 Šestá navrhovaná změna – posílení rozhodovacích pravomocí zdravotních pojišťoven**

Nesou – li zdravotní pojišťovny při platbách za zdravotní péči největší podíl odpovědnosti, tak by měly mít disponovat silnými pravomocemi. A to především v tom smyslu, aby se mohly podílet na nastavení systému plateb, hodnocení efektivity péče a vynaložených finančních prostředků a zároveň poskytovat větší prostor při komunikaci s klienty. Nastavení procesů ve zdravotních pojišťovnách by mělo odpovídat ČSN, jako bylo uvedeno například u Zaměstnanecské pojišťovny Škoda.

V rámci posílení pravomocí zdravotních pojišťoven je podmínkou rozšíření nabídky zdravotních pojišťoven v oblasti připojištění, jak bylo zmíněno v druhém návrhovém bodu. Platby za pojistné v základní výši (standardní základní zdravotní péče) by dále probíhaly na základě plateb, jak je známe dnes. Dále by k základnímu „balíčku“ přibyly další, které by umožňovali pojištěncům zvolit pro sebe nejvíce odpovídající a vyhovující systém spoluúčasti a diferenciací především z hlediska přístupu ke svému zdraví. Zde je možné hovořit o systému diferenciací klientů, kdy mohou pojišťovny vytvořit typizované balíčky pro určité typy klientů (např. sportovce, seniory, těhotné a matky, klienty trpící civilizačními chorobami, kuřáky, klienty trpící obezitou, apod.). To by vytvořilo naprosto klíčový prostor pro diferenciaci zdravotních pojišťoven a jejich konkurenceschopnost.

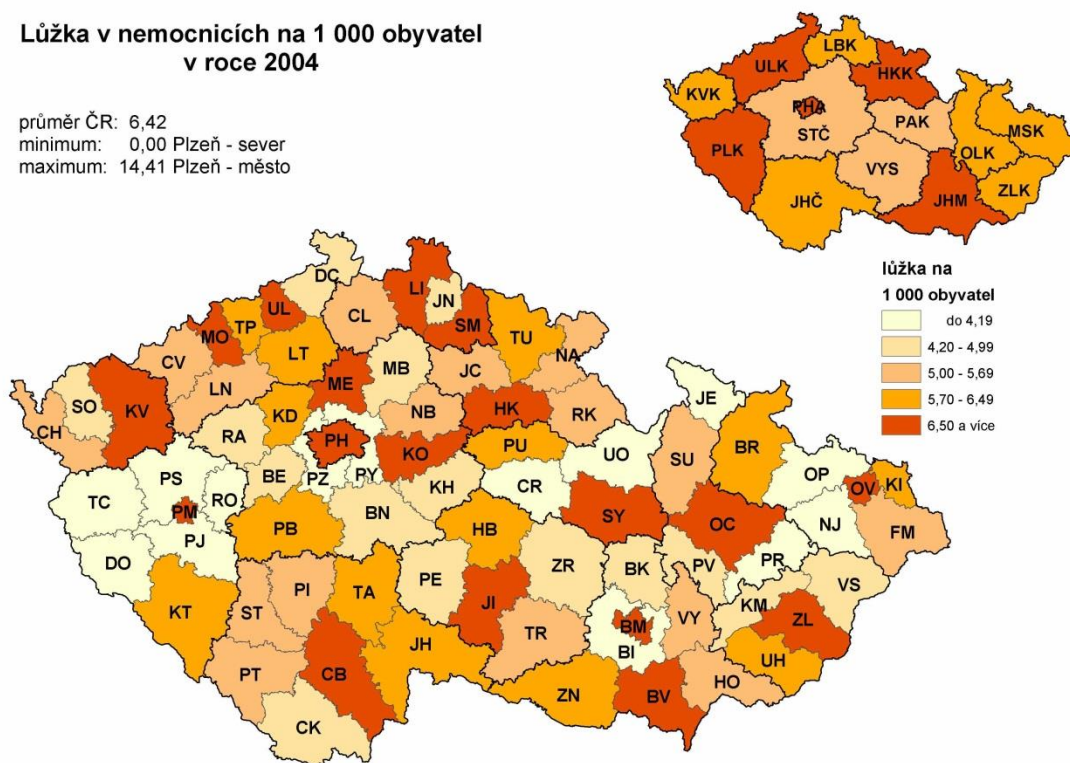
### 3.3.7 Sedmá navrhovaná změna – Optimalizace lůžek a státních nemocničních zařízení

Problém by se měl řešit ve spojitosti se situací nadbytečných lůžkových míst, tedy nadbytečného počtu nemocnic menších úrovní v rámci velice krátkých vzdáleností. Jednoduše řečeno, převzali jsme všechny nemocniční objekty z totalitního režimu a snažíme se všechna zařízení za cenu velkých finančních nároků „za každou cenu“ udržet. Při dnešní velmi krátké dojezdové době je tento postup neracionální. Z dlouhodobého pohledu není možné udržet tento decentralizovaný model, ve kterém existuje například nadbytek chirurgických zařízení, které mají v praxi velké rozdíly v personálním a technickém vybavení. Současný stav je zobrazen níže v regionální mapě na Obrázku č. 18 Počet lůžek v roce 2014.

Obrázek č. 18 Počet lůžek v roce 2014

#### Lůžka v nemocnicích na 1 000 obyvatel v roce 2004

průměr ČR: 6,42  
minimum: 0,00 Plzeň - sever  
maximum: 14,41 Plzeň - město



Zdroj: Český statistický úřad, 2004. Dostupné z:

<https://www.czso.cz/documents/10180/20541849/7113m15.jpg/c25c8417-d464-49af-940b-a0800bdffb5a?version=1.0&t=1418232630171>

Optimalizace zdravotních subjektů by se neměla vyhnout ani státním ambulantním praxím a jejich budovám nebo jejich technickému a personálnímu vybavení. Centralizace a vyšší efektivita vynakládaných finančních prostředků ve státní správě je nutná k udržení

současných standardů, a to i vzhledem k novým technologickým trendům a kratší časové vzdálenosti zdravotní péče k samotnému pojištění. Některé nemocnice a polikliniky by měly být zrušeny. Jedná se o neefektivní budovy, které nejsou optimálně umístěné a využívané, nebo které jsou z hlediska nákladnosti na správu budovy již neudržitelné. Naopak nové nemocnice a ambulantní zařízení budované tzv. „na zelené louce“ by měly být budované na dobře dostupných místech a spádově vůči svému regionu. Již při stavbě budov by se mělo přihlídnout k potřebám a vhodnosti využití (bezbariérový přístup, heliport atd.). Z hlediska facility managementu by měli budovy plnit nízkoenergetické vlastnosti dle norem ČSN a tzv. „energetického štítu“, kde je velký prostor pro nové SMART technologie v podobě tepelné rekuperace a využití odpadních vod a slunečního záření pro osvětlení, vytápění a ohřev teplé užitkové vody. Dalšími parametry jsou sledování CO<sup>2</sup> a vlhkosti interiéru budovy, které mají nemalý vliv na psychický, pracovní a konečně i zdravotní stav pacientů i personálu.

### **3.3.8 Osmá navrhovaná změna - Elektronizace zdravotnictví - eHealth**

Dnešní moderní společnost je úzce spojená s elektronickými zařízeními a tento trend není možné ignorovat ani ve zdravotnictví. Transparentnost, efektivita a snadná dostupnost dat hovoří také ve prospěch elektronizace všech systémů. Rozhodně by se však zavádění nových technologií nemělo provádět „násilným“ způsobem a měly by být zohledněny případy, kdy lékaři cenní především pro své zkušenosti a dlouholetou praxi stále praktikují a pomáhají tak řešit personální stav zdravotnictví (jak bylo uvedeno v předchozím textu). Elektronizace zdravotnictví by však neměla být v žádném případě chápána jako jediná cesta. Závislost dnešní společnosti na dostupných energiích (a v tomto případě hlavně na elektrické dodávce) je stále naprosto bezprecedentní. Je tedy nutné při zavádění nových technologií myslet na zálohování zásadních dat, která budou dostupná i v případě, kdy bude naše území (jeho větší či menší část) vystaveno nedostatku energií nebo dokonce tzv. „black-outu“. V tomto ohledu je nutné udržovat v praxi platné zásady pro uchování důležitých dat a především v papírové formě. V případě nouze musí být jasně nastavený proces, aby při výpadku energie nemohlo docházet k četným chybám plynoucím z neznalosti „papírového systému“, a to rozhodně není například při záchraně lidského života žádoucí.

S tím souvisí i fakt, že zavádění celoplošných elektronických systémů je v praxi velmi pomalé. Důvodem jsou jak lidské zdroje, finanční zdroje, tak samotné technologie včetně legislativních rámců. Za zmínku stojí aktuální zavádění ochrany dat pacientů v rámci harmonizace EU směrnic (GDPR), kdy všechny členské země vynakládají velké úsilí na

zavedení vnitřních předpisů splňujících novou legislativu a zdravotní systém nevyjímaje. Elektronizace českého zdravotnictví probíhá strategicky dle Národního plánu rozvoje eHealth. Ten je dlouhodobě zpracováván Českým národním fórem pro eHealth a ICT Unií ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví. Implementace uvažovaných změn do praxe je často problematická především v rovině legislativní a finanční, kdy mnoho lékařů nemá dostatečné technologické zázemí ani počítačovou gramotnost na požadované úrovni. (eZDRAV.cz, 2018, online)

Ministerstvo zdravotnictví označilo eHealth za určitý typ protikorupčního opatření. Pojišťovny v čele s VZP elektronickou komunikaci zahrnuly do souboru kritérií, podle kterých posuzují kvalitu a efektivitu poskytované péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních. Co tedy brání rozvoji eHealth a očekávaným finančním úsporám ve zdravotnictví? Problém je zejména v legislativě. Kromě složitých právních podmínek, které se týkají například ochrany osobních údajů nebo elektronického podpisu pro lékaře, je zde jedna zásadní překážka – povinnost využívat eHealth totiž není ze zákona stanovena. Některé nemocnice či ambulance se tak elektronizaci vyhýbají, aby nemusely investovat do softwarového a hardwarového vybavení a celoplošného pokrytí signálem wi-fi.

Podle statistik České lékařské komory (listopad 2013) však nemá přístup k osobnímu počítači až každý desátý lékař. Prezident České lékařské komory Milan Kubek tak hájí myšlenku dobrovolnosti zavádění elektronických prvků ve zdravotnictví, bez povinnosti. Chce tak hájit právě zájem těchto deseti procent lékařů.

### **3.4 Výsledky**

V první teoretické části práce byly předloženy teoretické poznatky a hodnocení jednotlivých autorů, kteří se zdravotnictvím dlouhodobě zabývají. Ve srovnání našeho zdravotního systému s ostatními státy, kterými byly USA, Německo a Velká Británie, je zřejmé, že zásadní odlišnost spočívá ve vlastní spoluúčasti pojištěnců při platbách ze systému zdravotního pojištění. Zatímco ve všech zmíněných státech se vlastní spoluúčast pojištěnců pohybuje okolo 15%, tak v našem systému není zatím dosaženo ani 1%. Zdravotnictví by mělo usilovat o zvýšení podílu soukromých zdrojů. Ideální začátek této snahy vidím v dosažení hranice 5 - 8 % v horizontu příštích 5 - 10let.

V druhé části práce byla uvedena zvolená metodika zpracování, kde se odkazuje na provedené analýzy a výstupy z kritického myšlení, které jsou obsaženy v poslední třetí kapitole. V této



poslední praktické části jsou uvedeny další grafy a obrázky včetně nastíněných závěrů a doporučení.

### **3.4.1 Podíl veřejných nákladů zdravotní péče vůči HDP**

Podíl veřejných nákladů na zdravotní systém 7,6 % z celkového HDP ČR (2015) je pod průměrem EU, kde byl podíl 9,8 % v roce 2015. Zde byla zmíněna přímá závislost na ekonomickém cyklu a vývoji HDP, který je dle odhadů aktuálně na vrcholu. Financování zdravotní péče je velmi náročný proces a proto je nutné zvolit správnou strategii tak, aby vynaložené prostředky byly využity efektivně a ve prospěch všech zúčastněných aktérů. Strategické změny ve financování zdravotní péče jsou ideálním impulsem k navýšení podílu vůči HDP.

### **3.4.2 Trendy a vývoj financování z dlouhodobého pohledu**

Stejně tak jako vývoj podílu výdajů na zdravotní systém vůči HDP, tak i dynamika těchto výdajů vůči příjmům do systému není dlouhodobě udržitelná. I když výsledná elasticita z kapitoly 3.1.2 (str.50) vypovídá, dle teoretických principů, bezproblémovou finanční udržitelnost, je třeba zohlednit technologické a vývojové trendy, které mají reálnou výpovědní hodnotu oproti číselným statistikám. Proto je třeba najít politickou shodu a přijmout dlouhodobé koncepce s implementací pozvolnými kroky, tak aby byly nové změny přijatelné a snesitelné. Velkou část sil je třeba věnovat osvětě a vysvětlení těchto nutných změn, které se dotknou všech občanů, tedy potenciálních voličů. Na základě historického vývoje, téměř třicetileté porevoluční dekády na našem území, se politický konsenzus či dlouhodobou „odpolitizovanou“ strategii najít nedaří. Dá se říci, že nejvíce je zdravotnictví brzděno právě politickými vlivy nekonzistentního přístupu a neustálých změn bez jasného směřování ke kýženému cíli. Zde je třeba zamyslet se nad složením aktivních voličů, kdy je nejsilnější voličskou základnou, dle věku, skupina 65 let a více. Právě tyto voliči jsou zároveň skupinou nejnákladnější ve zdravotním systému a zároveň jsou to ti, kterých by se vyšší spolufinancování nejvíce dotklo. Zde je třeba jen konstatovat tuto paradoxní situaci, kdy ti kteří ve volbách rozhodují, zavádí do budoucích problémů mladou generaci, která naopak vzhledem ke svému věku, podceňuje volební výsledky svojí nízkou účastí.

### **3.4.3 Výsledky SWOT vztahové matice**

I když byly do SWOT matice zadávány dílčí ukazatele dle subjektivního dojmu autora, výsledky korespondují s obecně popsanými problémy českého zdravotnictví, kterými jsou

jasný trend stárnutí české i EU populace a postupný úbytek výdělečně činných obyvatel, nedostatek personálního vybavení všech nemocničních zařízení a v našem případě nadužívání návykových látek – zejména alkoholu, přibývající obezita a kardiovaskulární onemocnění. Naopak silnými stránkami českého zdravotního systému jsou dobré technické i personální vybavení většiny českých zdravotních zařízení, ústavní záruka poskytnutí solidární péče všem občanům bez ohledu na pohlaví, věk či majetek a nástup rozvojového trendu v oblasti jednodenní péče.

#### **3.4.4 Systematické kroky vlastních návrhů**

Obecně vzato nejsou loby různých stakeholderů, kteří se na systému zdravotnictví podílí, negativním jevem. Každá sféra společnosti je více či méně propojena se soukromým sektorem. Vztah by ovšem měl být v symbióze a přinášet oběma stranám kýžené výhody. V porevolučním období České republiky v 90. letech 20. století se však loby stalo synonymem pro agresivní způsob obchodování. V tomto smyslu vyplývají i závěry analýzy. Ve zdravotnictví nelze žádným způsobem oddělit provázanost vztahů mezi jednotlivými stakeholdery, jedinou cestou jak docílit rovnováhy mezi jednotlivými aktéry je najít shodné body zájmu a na základě zvýšení pravomocí a současně i odpovědnosti dosáhnout optimalizace zdravotnictví. Kroků, které k optimalizaci financování zdravotního systému v ČR vedou, bylo formulováno osm. Základní schéma čtyř postupných kroků je znázorněno na obrázku č. 15 (viz příloha číslo 2). Jedná se o zrušení bezplatných hotelových služeb v nemocnici, posílení rozhodovacích pravomocí zdravotních pojišťoven, kontroling ze strany ministerstva a měření výkonnosti metodou BSC, zrušení financování státních zařízení ze strany krajů a obcí. Dalšími kroky jsou stanovení základní (standardní zdravotní péče), docílení větší zainteresovanosti pacienta včetně vyšší spoluúčasti při hrazení služeb, optimalizace lůžek a státních nemocničních zařízení a elektronizace zdravotnictví (harmonizace eHealth EU). Tyto kroky by v časovém horizontu 5 – 15 let měly způsobit stabilizaci zdravotnictví ve všech jeho aspektech. Zvýšení angažovanosti pacientů (tedy jejich zájmu, participace, proaktivity, informovanosti a disciplíně) by znamenalo zlepšení celkového zdraví obyvatelstva ČR a tím pádem i snížení nákladů na zdravotní systém. Ačkoli jsou některé z navrhovaných kroků nepopulární (např. zavedení spoluúčasti pacientů), jedná se o kroky strategické a nepostradatelné. V současné době jejich zavedení znamená dlouhodobé udržení současné špičkové péče dostupné pro všechny občany. Odkládání zásadnějších postupných kroků může způsobit vyšší destabilizaci systému a v budoucnu by to znamenalo zhoršení přístupu ke zdravotní péči. Zcela vyhnout se podobným strategickým krokům nelze.

Čím déle se budou změny ve zdravotnictví odkládat, tím výraznější a pro občany dramatictější kroky budou muset být přijaty později. Proto je třeba fundamentálně pojmenované problémy připomínat a českou společnost jasně informovat včetně předmětných čísel a nutnosti přijmutí budoucích reforem pozvolnými kroky, které budou veřejností akceptovatelné.

Prioritou je posílit pravomoci zdravotních pojišťoven tak, aby odpovídalo jejich postavení v rámci celého systému s tím, jak významně se na platbách za péči podílejí. Rozsah poskytované zdravotní péče je tak obrovský a individuální, že není možné nadále udržovat jeho oddělení od sociální sféry. Opětovné propojení zdravotního a sociálního systému zaručuje vyšší efektivitu vynaložených financí a zajištění optimálního kontroingu. Větší transparentnost systému způsobí i snadnější orientaci pacienta/klienta v systému a eliminují se tak mnohé rizikové faktory. Ideální vizí je zakotvení dílčích změn do Ústavy ČR (např. standardu péče), u které neprobíhají změny nárazově v souvislosti s politickými změnami. Zdravotnictví potřebuje dlouhodobě strategický koncept, který bude upravován na základě relevantních analýz a zpětné vazby bez zásahu politické moci.

## Závěr

Stejně tak jako se nikomu nevyhnou nemoci, téměř nikdo se nevyhne kontaktu se zdravotnictvím. Celková funkčnost zdravotního systému je z tohoto důvodu nejzásadnějším politickým tématem a jedním z hlavních ukazatelů vyspělosti dané země. Česká republika ve srovnávacích statistikách nezaostává za civilizovanými státy, leckdy se ovšem zdá, že nemalé úspěchy v oblasti českého systému jsou vykoupeny údělem a sebezapřením zdravotnického personálu, který nemá dostatečné ohodnocení. Protesty a nedostatek zdravotníků, opakované poukazování na neudržitelnost systému z hlediska poklesu příspěvateleů do stávajícího systému financování, to jsou hlavní výzvy pro zákonodárce, kteří velmi těžko prosazují alespoň dílčí kroky směřující správným směrem. Když už se podaří prosadit alespoň částečné reformní změny, tak je nová vláda díky silné voličské základně zase zruší.

Z uvedených výsledků je zřejmé, že navrhovaný soubor základních i dalších dílčích opatření k udržení českých vysokých standardů naplňuje zadané cíle z úvodu práce. Dostat do systému zdravotnictví vyšší příjem ze státního rozpočtu a tím zvětšit i poměr celkového HDP se může zdát prioritní, avšak není to prvořadé a neoptimálnější řešení. Pakliže nedojde k přesnému popisu procesů, jak efektivně s danými finančními prostředky nakládat, může se současný systém ve stávající podobě i více tzv. pokrývit. Zvyšovat poměr vynakládaných prostředků na zdravotní systém je pomalými kroky ano, ale v horizontu dlouhodobém. Naopak efektivní krátkodobou cestou je započít se snižováním nákladů v podobě eliminace poskytování hotelových služeb na odděleních lůžkové péče zdarma, dále zavedení přímé spoluúčasti na ambulantních příjmech, a to zase v podobě základních poplatků anebo jasně definovanými „nadstandardy“. Dále je třeba zavedení kontroly pomocí měření výkonnosti státních nemocnic i samotných pojišťoven. V některých směrech se jedná o krok zpět, kdy je potřeba najít politickou odpovědnost k budoucím generacím a to i za cenu nepopulárních kroků. Aby tyto kroky nebyly volební překážkou politických stran, musí být legislativa (nejlépe ústavně) zakotveným faktem, který nelze zpětně jednoduše populisticky zvrátit. S tím souvisí dostatek informací a použití správného PR a marketingu směrem k veřejnosti ze strany Ministerstva zdravotnictví, popř. financí. Platby za nadstandard ve zdravotním systému by zcela jistě přinesly prospěch a to i těm, kteří by čerpali kvalitní péči na vysoké úrovni v základu bezplatně. Tímto vlastním příspěvkem pojištěnců se nejen zvýší přímý příspěvek do systému, ale navíc se zmírní šedá ekonomika zdravotnictví, čili tzv. „uplácení lékařů“.

Demografický vývoj populace na našem území nabádá k vyššímu propojení se sociálním systémem a budoucí úplné harmonizaci. Spolu se zavedením kontroingu nemocnic a zdravotních pojišťoven by měla být zavedena také zpětná vazba od koncových pojištěnců, zda se nejedná o nadužívání péče, která je postavena na ryze solidárním přístupu. Každoroční položkový výpis za výkony včetně cen všem pojištěncům by měl být samozřejmostí. Spolupráce se zde vybízí v rámci zdravotních pojišťoven a Ministerstva práce a sociálních věcí. Zdravotní pojišťovna, která hradí poskytování zdravotní péče, by se měla zajímat, jaký je efekt poskytnutého výkonu, kdy se pojištěnec uzdraví, resp. kdy začne pracovat a přestane pobírat nemocenské dávky. Kromě toho existují případy, kdy lékaři nechávají své pacienty zbytečně delší dobu ve stavu nemocných, aby od nich mohli čerpat body na prováděné výkony. Sloučení pojišťoven zpět do monopolu by zabránilo tržnímu prostředí a jistě by to byl krok zpět a proti vývojovým trendům. Naopak důraz na zvýšení vlastní disciplíny pojištěnců a jejich důvěru ve svou pojišťovnu je tím správným směrem budování vztahů z hlediska zájmu o vlastní zdraví, efektivitu poskytované péče a její financování. Zde by měl jít ruku v ruce tlak na eliminaci nadbytečných zařízení, která jsou nákladná na provoz a nemají optimální technické a personální vybavení. Budoucí centralizace a správné rozmístění zdravotních zařízení, povede ke zkvalitnění zdravotní péče a ušetřené finanční prostředky se investují do nových technologií a personálního vybavení. Důležitým faktorem k získávání finančních zdrojů v současné době a v budoucnu jsou a budou jak tuzemské, tak evropské dotační programy pro vědu a výzkum v oblasti inovací českého zdravotnictví. V případě dotačních programů musí být vhodně nastaveno měření výkonnosti, hodnocení správné alokace a využití finančních prostředků.

Ke všemu výše zmíněnému je samozřejmě nutný politický konsensus a směr, který by měl vzejít od všech pojištěnců s volebním právem, a to je zásadní záležitost. Dle posledních analýz zdravotnictví 2.0 z konce roku 2017 je veřejná dostupnost informací o kvalitě zdravotních a pojištěneckých služeb vládní prioritou. V letošním roce byl dán vládní příslib vzniku instituce, která bude relevantní data sbírat, zpracovávat a získané informace zpřístupní veřejnosti. Jde o krok správným směrem a je třeba, aby se informovanost medializovala tak, aby se s daty seznámila opravdu široká veřejnost.

V neposlední řadě je nutno uvést, že dle zmíněných základních determinantů zdraví máme z největší části (cca 70%) své zdraví ve svých rukou a to způsobem života, stravou, prostředím kde se pohybujeme, tedy vlastním preventivním programem. V životosprávě je nutná vlastní disciplína, kterou přeneseme výchovou k vlastním potomkům. K nejdůležitějším

aspektům našeho zdraví, popsány dle WHO, jako tzv. „psychická pohoda“, tedy určitý životní optimismus. Nenechávejme se rozladit od okolí, nepracujme dlouhodobě na hraně svých možností bez jakéhokoliv odpočinku, věnujme sami čas sobě a nespolehejme se plně na společenský systém.

## Seznam bibliografických odkazů

Asociace malých a středních podniků a živnostníků ČR. *Útok na živnostníky ohledně zdravotních odvodů je založen na chybných číslech* [online]. 2015-03-22 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: <http://amsp.cz/utok-na-zivnostniky-ohledne-zdravotnich-odvodu-je-zalozen-na-chybnych-cislech/>

Čeledová, Libuše, Holčík, Jan, kolektiv. 2018. *Nové kapitoly ze sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví*. Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-3809-6

Český statistický úřad. *Lůžka v nemocnicích na 1000 obyvatel v roce 2004* [online]. 2004 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/20541849/7113m15.jpg/c25c8417-d464-49af-940b-a0800bdffb5a?version=1.0&t=1418232630171>

Daňhel, Jaroslav a kol. 2005. *Pojistná teorie*. Praha: Professional Publishing, ISBN 80-86419-84-3

Fotr, Jiří, Vacík, Emil, Souček, Ivan, Špaček, Miroslav, Hájek, Stanislav. *Tvorba strategie a strategické plánování. Teorie a praxe*. Praha: Grada Publishing, 2012, ISBN 978-80-247-8143-3

Grasseová, Monika. *Využití SWOT analýzy pro dlouhodobé plánování* [online]. 2007-03-20 [cit. 2018-04-04]. Dostupné z: <http://www.obranaastrategie.cz/cs/archiv/rocnik-2006/2-2006/vyuziti-swot-analyzy-pro-dlouhodob-planovani.html#.WsU4qPlubIV>

HealthCare Institute Zvyšování kvality, bezpečnosti a efektivity ve zdravotnictví. *O nás* [online]. 2018 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/o-nas.html>

Hnilicová, Helena. ŠVZ IPVZ Praha. *Veřejné zdravotnictví z pohledu historie* [online]. 2017 [cit. 2018-02-28]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/783-dr-hnilicova-historie-vz.pdf>

Hospodářské noviny. *5 kroků, kterými chce ministerstvo zdravotnictví zlepšit hospodaření VZP* [online]. 2012-10-17 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://archiv.ihned.cz/c1-57961470-5-kroku-ktery-mi-chce-ministerstvo-zdravotnictvi-zlepsit-hospodareni-vzp>

Kazimour, Ivan. 2016. *Historie českého zdravotnictví*. Praha: Martin Koláček E-knihy jedou, ISBN 978-80-7512-593-4

Kebza, Vladimír a kolektiv. 2014. *Psycholog ve zdravotnictví*. Praha: Nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-2446-4

Kezba, Vladimír a kolektiv. 2017. *Psycholog ve zdravotnictví, vydání druhé, upravené*. Praha: Nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-3657-3

Malina, Antonín. 2013. *Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, ISBN 978-80-87023-29-7

Management Mania. *SWOT analýza*. [online]. 2017-01-22 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://managementmania.com/cs/swot-analyza>

Ministerstvo financí ČR [online]. 2018 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://www.mfcr.cz/>

Ministerstvo zdravotnictví ČR [online]. 2018 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz>

Ministerstvo zdravotnictví. *Rok 2018 ve zdravotnictví: Vyšší platby za státní pojištění, zavedení domácí paliativní péče a nižší limity na léky pro sociálně zranitelné* [online] 2017-12-07 [cit. 2018-03-30]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivyssi-platby-za-statni-pojistenczavedeni-domaci-pa\\_14545\\_3692\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2018-ve-zdravotnictvivyssi-platby-za-statni-pojistenczavedeni-domaci-pa_14545_3692_1.html)

Müllerová, Dana a kolektiv. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Nakladatelství Karolinum, ISBN 978-80-246-2510-2

OECD iLibrary. *Česká republika: zdravotní profil země 2017* [online] 2017-11-23 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285125-cs>

OECD.Stat. *Health expenditure and financing* [online] 2018-03-12 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

Peková, Jitka, Pilný, Jaroslav, Jetmar, Marek. 2008. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru, 3. aktualizované a rozšířené vydání*. Praha: ASPI, ISBN 978-80-7357-351-5

Růčková, Petra. *Finanční analýza – 5. aktualizované vydání: metody, ukazatele, využití v praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015, ISBN 978-80-247-9931-5

ŠKODA Kariéra [online]. 2018 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: <https://www.skoda-kariera.cz/>

Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR. *Personální kapacity 2015* [online]. 2016-07-06 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/system/files/NZIS\\_REPORT\\_c\\_E1\\_kapacity\\_mzdy2015.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/NZIS_REPORT_c_E1_kapacity_mzdy2015.pdf)

Ústav zdravotnických informací a statistiky v ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013* [online]. 2013 [cit. 2018-03-29]. Dostupné z: <https://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwj1kKTG6qXaAhUkIJoKHS4vCssQFggqMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.uzis.cz%2Fsystem%2Ffiles%2Fekin f2013.pdf&usg=AOvVaw30MdiORiVxR--xo0Yd2Yxy>

Zdravotnické noviny. *Pojišťovny varují před neudržitelností financování zdravotnictví* [online] 2017-06-07 [cit. 2018-03-12]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickenoviny.com/pojistovny-varuji-pred-neudrzitelnosti-financovani-zdravotnictvi/>

Zlámal, Jaroslav, Bellová, Jana. 2013. *Ekonomika zdravotnictví*. Praha: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, ISBN 978-80-7013-551-8



# Seznam použitých zkratk

Apod. A podobně

Aj. A jiné

Atd. A tak dále

Atp. a tak podobně

Č. Číslo

ČR Česká republika

ČSN EN ISO Česká státní norma v oblasti managementu kvality

ČSÚ Český statistický úřad

DRG Diagnosis Related Groups (klasifikační systém pacientů dle finanční náročnosti)

E Elasticita

EU Evropská unie

HDP Hrubý domácí produkt

IT Informační technologie

Kč Koruna česká

MF Ministerstvo financí

Min. Minimálně

Mld. Miliarda

MZ Ministerstvo zdravotnictví

Např. Například

OECD Organization for Economic Cooperation and Development

OSVČ Osoba samostatně výdělečně činná

Prof. Profesor

Sb. Sběrka zákonů

Tj. To je

TUV Teplá užitková voda

Tzv. Takzvaně

USA Spojené státy americké

VB Velká Británie

VZP Všeobecná zdravotní pojišťovna

z.p. Zdravotní pojišťovna

WHO Světová zdravotnická organizace

## Seznam obrázků

Obrázek č. 1 Základní determinanty zdraví

Obrázek č. 2 Bismarckovým model financování zdravotnictví v ČR

Obrázek č. 3 Naděje dožití při narození v letech 1950-2015

Obrázek č. 4 Výdaje jednotlivých zdrojů financování v mld. Kč

Obrázek č. 5 Výdaje jednotlivých zdrojů v roce 2010 a 2015 v %

Obrázek č. 6 Finanční toky ve zdravotnickém systému ČR

Obrázek č. 7 Každoroční úbytek úvazků lékařů dovršením 65 roku věku ve zdravotnictví celkem a v jednotlivých segmentech péče

Obrázek č. 8 Měření finanční výkonnosti

Obrázek č. 9 Schéma systému zdravotnictví

Obrázek č. 10 Srovnání státních výdajů na zdravotní péči v % k HDP Obrázek č. 11 Vývoj podílu na zdravotnický systém k HDP

Obrázek č. 12 Vztahová matice viz. příloha číslo 1

Obrázek č. 13 Výsledky vztahové SWOT matice

Obrázek č. 14 Klíčoví hráči v systému zdravotnictví

Obrázek č. 15 Finanční toky – vlastní návrhy viz. příloha číslo 2

Obrázek č. 16 Měření výkonu nemocnic metodou BSC

Obrázek č. 17 Měření výkonu pojišťoven metodou BSC

Obrázek č. 18 Počet lůžek v roce 2014

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Financování zdravotní péče 2010-2015

Tabulka č. 2 SWOT analýza



## SWOT analýza financování a trendů ve zdravotnictví

|   |   | Strength - Silné stránky / INTERNÍ PR. |     |    |    |    |    |    | Weaknesses - Slabé stránky / INTERNÍ PR. |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|---|---|--|-----|----|----|----|----|----|--|----|----|----|----|----|----|----|-----|--------------|----|---------------|
|   |   | S1                                     | S2  | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | Σ  | W1 | W2 | W3 | W4 | W5 | W6 | W7 | Σ   | Příležitosti | Σ  | Silné stránky |
| <b>Opportunities - příležitosti - EXTERNÍ PROSTŘEDÍ</b> | Zvyšující se průměrný věk a doba dožití                         | 0                                      | +   | -  | 0  | 0  | +  | 0  | 1  | -- | -- | -- | 0  | -- | -  | 0  | -9  | -8           | 11 |               |
|   | Logistické trendy ve zdravotní péči                             | ++                                     | ++  | ++ | ++ | ++ | ++ | ++ | 13                                       | 0  | +  | +  | +  | 0  | +  | 0  | 4   | 17           | 16 |               |
|   | Elektronizace zdravotnictví, nové SMART technologie             | +                                      | ++  | +  | +  | 0  | ++ | ++ | 9  | +  | +  | +  | -  | 0  | +  | 0  | 3   | 12           | 8  |               |
|   | Rozvoj jednotné péče = finanční úspora                          | ++                                     | ++  | 0  | 0  | +  | ++ | ++ | 9  | +  | ++ | ++ | 0  | 0  | +  | 0  | 6   | 15           | 12 |               |
|   | Vyšší důraz na kvalitu zdravotní péče                           | ++                                     | ++  | ++ | ++ | ++ | 0  | ++ | 12                                       | -- | -- | -- | +  | +  | -- | -- | -8  | 4            | 11 |               |
|   | Nízká míra nezaměstnanosti = lepší zdravotní péče               | +                                      | +++ | ++ | ++ | ++ | ++ | 0  | 11                                       | 0  | +  | -  | 0  | +  | +  | 0  | 2   | 13           | 13 |               |
|   | Zvyšování platbni spoluúčasti pacientů                          | 0                                      | +   | 0  | +  | +  | 0  | +  | 4  | +  | +  | +  | -- | +  | +  | ++ | 4   | 8            | 11 |               |
| <b>Threats - Hrozby - EXTERNÍ PROSTŘEDÍ</b>             | Stárnutí populace v EU vlivem zvyšující kvality zdravotní péče  | 0                                      | +   | -  | 0  | -  | -  | 0  | -2                                       | -- | -- | -- | -  | 0  | -- | -  | -10 | Σ            | Σ  | Slabé stránky |
|   | Vysoký vliv ekonomického cyklu na zdravotnické výdaje           | 0                                      | 0   | +  | +  | 0  | +  | +  | 4  | -- | 0  | 0  | 0  | 0  | -  | 0  | -3  | 1            | 16 |               |
|   | Vzrůstající neopobornost - nedostatečná prevence                | +                                      | +   | 0  | +  | ++ | -  | +  | 5  | +  | 0  | -  | 0  | -  | 0  | -  | -2  | 3            | 8  |               |
|   | Nekvalitní životní prostředí - globální pohled                  | +                                      | +   | 0  | 0  | 0  | -  | 0  | 1  | -  | 0  | -  | 0  | -  | -  | 0  | -4  | -3           | 11 |               |
|   | Užívání měkkých a tvrdých drog - závislosti - fraktury          | 0                                      | 0   | +  | 0  | +  | -  | 0  | 1  | -- | -  | -  | 0  | -  | 0  | -  | -6  | -5           | 12 |               |
|   | Existence nízké nezaměstnanosti a nedostatek personálu          | +                                      | +   | 0  | +  | +  | -- | 0  | 2  | -- | -- | -- | 0  | 0  | -  | -  | -7  | -5           | 13 |               |
|   | Děšivní nepopoda a nemoc vlivem "turistického" zdravotnictví    | 0                                      | 0   | 0  | +  | +  | +  | 0  | 3  | -  | -- | -  | 0  | -- | -  | 0  | -7  | -4           | 14 |               |
|   |   | 3                                      | 4   | 1  | 4  | 4  | 4  | 2  |  | -9 | -6 | -8 | -1 | -5 | -6 |    |     |              |    |               |
| <b>Klíčové faktory úspěchu</b>                          |   | 16                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
| <b>Klíčové faktory příležitosti</b>                     |   | 17                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Inovativní metody a léčebné prostředky</b>                   |  |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Nové trendy v elektronizaci a logistice</b>                  |  |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Zákonná záruka financování zdravotního systému</b>           | 13                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Rozvoj jednotné péče</b>                                     | 15                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
| <b>Klíčové faktory slabých míst</b>                     |   | 10                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
| <b>Klíčové faktory hrozeb</b>                           |   | 12                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Stárnutí a trend úbytku výdělečně činných pojistěnců</b>     | -10                                    |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Stárnutí populace v EU - demografický vývoj</b>              | -12                                    |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Nedostatek lékařů sester a technicko provozních person</b>   | -8                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |
|   | <b>Nadžívání drog (alkohol), nedostatek zaměstnanců na prac</b> | -5                                     |     |    |    |    |    |    |  |    |    |    |    |    |    |    |     |              |    |               |

## Příloha číslo 2

