Peková, J. **Řízení rezortu zdravotnictví, organizační struktura v ČR, zdravotnické služby**

Faktory dobrého zdraví, selhání trhu a angažovanost státu a EU

Dobré zdraví je hlavním zdrojem sociálního, ekonomického a osobního rozvoje a důležitým rozměrem kvality života. Politické, ekonomické, sociální, kulturní, environmentální, behaviorální a biologické faktory mohou přispět ke zlepšení zdraví nebo ho poškodit. Negativní působení některých faktorů nemůže vždy člověk sám vyřešit, v širších souvislostech dochází k selhání trhu. Být zdravý není věcí jen jednotlivce, ale i státu, celé společnosti. Zdravotní stav společností, kvalita zdravotní péče a, dostupnost a kvalita zdravotnických služeb je vizitkou společnosti, její celkové hospodářské i kulturní vyspělosti. Konec konců proto je podpora zdraví v popředí zájmu OSN od vzniku této organizace, proto vznikla WHO, proto je v popředí zájmu i EU.

Na úrovni státu podpora zdraví není pouze zodpovědností rezortu zdravotnictví, ale i dalších rezortů, vyžaduje koordinované kroky státu, územní samosprávy, subjektů poskytujících zdravotní péči, nevládních a dobrovolnických organizací, i sdělovacích prostředků – zejména ve zdravotní osvětě, vyžaduje sdílení odpovědnosti. Vytvářet dobré podmínky k životu a dobrému zdraví obyvatel je věcí jednotlivce, veřejného sektoru i soukromého sektoru.

Být zdravým, jak tělesně tak psychicky, umožňuje člověku se aktivně zapojit do života, a to nejenom v pracovním procesu, ale i ve volném čase, aktivně prožít stáří. Zdraví člověka ovlivňuje celá řada faktorů, od genetických faktorů, hygienických faktorů, prevence, vlivu životního prostředí až po zdravý životní styl, kvalitu potravin a zdravou výživu, dobré pracovní prostředí, prevenci vlivu civilizačních chorob a další faktory. Proto má význam podporovat zdravý životní styl, zdravou výživu, ale také podporovat produkci zdravých, nezávadných potravin, pohybové aktivity - masovou tělesnou výchovu a sport a vytvářet pro ně potřebné předpoklady s využitím různých nástrojů včetně finančních, proto je nutné občana chránit před prodejem zdraví nebezpečných výrobků. Z tohoto neúplného výčtu je zřejmé, proč stát zasahuje, proč je nutná součinnost celé řady rezortů.

Zdraví umožňuje člověku v produktivním věku se zapojit do pracovního procesu, zvyšovat svoji životní úroveň, ale zároveň přináší prospěch celé společnosti, včetně zaměstnavatelů, umožňuje člověku v poproduktivním věku aktivně prožívat stáří. Zdravý člověk se o sebe umí postarat, ze svých příjmů přispívá v rámci solidarity na potřeby jiných (pro zjednodušení odhlédneme od toho, že je k tomu i přinucen zákony). Teorie hovoří o **pozitivních externalitách.** Podpora zdraví umožňuje lidem zvýšit kontrolu nad svým vlastním zdravím a

zlepšit své zdraví v mezích svých možností. Pokrývá širokou škálu ekonomických, sociálních a ekologických zásahů, jejichž cílem je prospěch občana i celé společnosti a ochrana zdraví a kvality života jednotlivců tím, že se různé subjekty ve veřejném sektoru i mimo něj zabývají analýzou negativních faktorů, zabraňují jejich vzniku a vlivu na špatné zdraví obyvatel, a to nejen se zaměřením na léčbu poškozeného zdraví. K dosažení stavu úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu musí člověk ale i společnost být schopna identifikovat faktory ovlivňující dobré zdraví. Podpora zdraví přesahuje rámec zdravotní péče a musí se stát součástí zdravotní politiky státu jako dílčí součásti hospodářské politiky státu, musí se promítnout do legislativy, zdanění i organizační změn ve zdravotnictví, ale i do zajištění bezpečnějších a zdravějších potravin, zboží a služeb, veřejných služeb, čistšího a příjemnějšího prostředí. To znamená, že podpora zdraví by se měla promítnout i do dalších dílčích politik státu na základě vyhodnocení hrozeb, překážek, které mohou zdraví poškodit. Připomeňme v této souvislosti zdůrazňování udržitelného sociálně ekonomického rozvoje, který je postaven i na zdravém životním prostředí.

**Interdisciplinární pojetí** podpory zdraví a péče o zdraví včetně zvyšování efektivity financování zdravotní péče vedlo před více jak 50 lety k postupnému koncipování ekonomiky zdraví. **„Ekonomika zdraví** zahrnuje oproti ekonomice zdravotnictví vliv celé řady dalších oblastí lidské činnosti, které mají vliv na zdraví, jako např. zdravý životní styl a sociální determinanty zdraví, jakými jsou příjem, bydlení, vzdělání nebo rodinný stav.“ (Barták)[1]

WHO vytýčila základní podmínky pro zdraví, a to mír, přístřeší, vzdělání, jídlo, příjem, stabilní ekosystém, udržitelné zdroje, sociální spravedlnost, právní spravedlnost. Cílem podpory zdraví je snížit případné rozdíly ve zdravotním stavu obyvatel, způsobené nedostatkem sociálně ekonomickými nerovnostmi, zajistit rovné příležitosti a zdroje, aby všichni lidé mohli dosáhnout plného zdravotního potenciálu. WHO přitom zdůrazňuje, že strategie a programy na podporu zdraví by měly být přizpůsobeny místním potřebám a možnostem jednotlivých zemí a regionů, měly by zohledňovat odlišné sociální, kulturní a hospodářské systémy.

Zajištění obecně dostupné **zdravotní péče** se považuje za jednu z nejvýznamnějších sociálních jistot. Péče o zdraví patří v moderní společnosti mezi základní lidská práva. Poskytnutí obecně dostupné zdravotní péče je založeno na principu solidarity zdravého s nemocným. Je v širším pojetí zahrnována do sociální ho zabezpečení.

[1] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* Praha: Wolters Kluwer, 2010,str. …..

Za klíčové prvky podpory zdraví se obecně považuje **dobrá správa věcí veřejných** v oblasti zdraví, náprava selhání trhu, což je úlohou státu, ale i územní samosprávy, a zdravotní gramotnost, **zdravotnická osvěta**, přístup občana k informacím. I v této oblasti se angažuje stát vytvořením vhodných podmínek, využívá k tomu různé nástroje i finanční a legislativu.

Mezi **důvody státních zásahů** můžeme uvést vedle negativního vlivu politických, ekonomických, sociálních, kulturních, environmentálních faktorů, **deformací na trhu** na straně nabídky - na trhu potravin – nekvalitní potraviny, nedostatek informací o kvalitě potravin, prodej zdraví nebezpečných výrobků běžné spotřeby, což poptávající občan nemůže vždy posoudit, nemá adekvátní informace. Nabídka péče o zdraví je determinována poskytovateli zdravotnických služeb a dalšími subjekty. Poptávka po péči o zdraví je ovlivněna demografickou strukturou obyvatelstva, jeho zdravotním stavem, nabídkou zdravotnických služeb, ale i historickými a kulturními zvyklostmi. Deformaci na trhu na straně poptávky ovlivňuje **potenciálně nerovný přístup ke zdravotní péči z důvodu důchodové diferenciace obyvatel,** riziko, že nákladnou léčbu u některých druhů onemocnění si pacient nebude moci dovolit. Řízení rizika v rámci státních zásahů zajišťuje ochranu jednotlivce před katastrofickými výdaji péče. Stát přitom využívá sociální solidaritu – solidaritu zdravého s nemocným, solidaritu mladého občana se starým, solidaritu bohatého, který může více přispívat do systému financování, s chudým, který přispívá méně (viz v ČR vyměřovací základ u zdravotního pojištěný je shodný s vyměřovacím základem DPFO). Dalším faktorem je asymetrie informací.

Listina základních práv a svobod praví „Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné (čl. 1)… Každý má právo na život (čl. 6) ….. Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.“ (čl. 31). [2] Mezi tato práva můžeme zahrnout i právo na zdraví a zdravotní péči. Nicméně nízce příjmové skupiny obyvatel, staří a velmi staří občané by se mohli dostat do situace, kdy by si nemohli dovolit využít kvalitní zdravotní péči. Zasahuje stát a výsledkem je zdravotní systém založený na **solidaritě** zdravého s nemocným, bohatého s chudým (nemluvě o jevu pozitivní externality). Významným důvodem státních zásahů je i **deformovaný trh zdravotní péče,** omezená konkurence na straně nabídky, deformace ceny,

[2] Usnesení č. 2/1993 Sb., *předsednictva České národní rady* ze dne 16. prosince 1992 *o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.*

informační asymetrie mezi pacientem na straně poptávky a poskytovatelem zdravotní péče na straně nabídky.

Selhání trhu vede ke státním zásahům, prostřednictvím legislativních činností týkající se produkce a prodeje zdraví ohrožujících komodit – zmiňme alespoň kontrolní činnost Státní zemědělské a potravinářské inspekce (SZPI), České obchodní inspekce (ČOI)[3], ale také zřizuje státní zkušebny testující technickou a technologickou kvalitu výrobků, dodržování norem týkající se bezpečnosti použití výrobků.

Stát zasahuje v oblasti péče o zdraví, poskytování zdravotnických služeb. Prioritní je stanovení cílů a nástrojů k dosažení cílů, včetně finančních nástrojů, v celé této oblasti. Zásadní význam má správné, realizovatelné koncipování zdravotní politiky státu. Ovlivňuje rozsah zdravotní péče, kvalitu zdravotní péče. Proto je nutná spolupráce celé řady odborníků, nejenom lékařů a ekonom ale i dalších odborníků. Jak jsou variabilní poruchy zdraví člověka, tak je variabilní i péče o zdraví a navrácení kvality života člověku. Nicméně to ovlivňuje také stupeň vědeckého poznání v oblasti lékařských věd ale i technických, technické a technologické vynálezy a jejich aplikace na konstrukci a výrobu zdravotnické techniky, zdravotnického materiálu, léčiv. I proto se stát angažuje v podpoře především badatelského výzkumu v přírodních vědách.

Výsledkem je koncepce zdravotní politiky státu, aby se zdravotnictví stalo významným, nejlépe ústředním, bodem vládní politiky, využití různých druh nástrojů na likvidaci, nebo alespoň zmírnění selhání trhu, což musí být podpořeno legislativně v různých oblastech společenského života. Například s využitím spotřebních daní na alkohol, tabák, různými nástroji včetně legislativních omezovat vznik drogové, herní a jiných druhů závislostí, zamezit prodej alkoholu a tabáku nezletilým občanům, omezit kouření ve veřejných prostorách,[4] využít různých druhů nástrojů včetně legislativních a finančních k zamezení znečišťování složek životního prostředí apod., vytvořit bezpečnostní předpisy pro bezpečnou práci bez úrazů, bez nemocí z povolání, bezpečný provoz na pozemních i jiných komunikacích, a to nejenom pro

[3] SZPI je podřízena Ministerstvu zemědělství ČR. V rámci stanovených kompetencí například kontroluje kvalitu zemědělských výrobků, potravin, ovoce a zelenina (i lihovin a tabákových výrobků), kontroluje kvalitu pokrmů v zařízeních společného stravování (podrobněji http://www.szpi.gov.cz/clanek/kontrolni-cinnost-szpi.aspx). ČOI je podřízena Ministerstvu průmyslu a obchodu ČR. Její kontrolní činnost upravuje celá řada zákonů (zmiňme i jejich návaznost na Směrnice EU), např. zákon č. 102/2001 Sb., o obecné bezpečnosti výrobků, ve znění pozdějších předpisů, zákon č. 22/1997 Sb., o technických požadavcích na výrobky, ve znění pozdějších předpisů a celá řada dalších. (Podrobněji k činnosti ČOI https://www.coi.cz/o-coi/pusobnost-uradu/.)

[4] Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změnění souvisejících zákonů, ve znění pozdějších přepisů; Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

automobilisty, ale i cyklisty a pěší (například pro výrobce povinnost instalovat bezpečnostní pásy v automobilech, autobusech, pro pasažéry povinnost je využívat pří jízdě, povinnost nosit cyklistické přilby při jízdě na kole, nosit reflexní označení apod.), pro bezpečný letecký provoz atd. Přitom nestačí pouze zákony přikazovat, ale je nutné i motivovat a kontrolovat. Stát proto zřizuje různé organizace, např. Státní úřad inspekce práce s 8 oblastními inspektoráty. Jejich hlavním úkolem je kontrola dodržováni povinností plynoucích z pracovněprávních předpisů včetně předpisů o bezpečnosti a ochraně zdraví při práci. Cílem jejich činnosti není represe, ale prevence, snaha předcházet pracovním úrazům, nemocem z povolání a haváriím technických zařízení, snaha o co nejlepší přípravu na zdolávání následků takových událostí. [5]

Dalším příkladem je **Česká inspekce životního prostředí**[6] a další orgány.

Stát spolu s územní samosprávou a dalšími subjekty se snaží vytvářet podmínky pro zdravé prostředí, ve kterém občan žije, „zdravou“ urbanizaci měst, vytváření klidových zón, pěších zón, veřejné zeleně, cyklostezek, ale i zásobování kvalitní pitnou vodou s využitím i finančních nástrojů – dotačních, případně daňových (zmiňme např. dotace včetně dotací z EU na budování obchvatů měst apod.). Jedním z cílů je i vytvářet podmínky pro vznik sítě zdravých měst (viz 2. kapitola). To vše vyžaduje součinnost různých ministerstev a dalších orgánů státní správy i územní samosprávy a dalších subjektů.

Významná je činnost EU dlouhodobě zaměřená na koordinaci systémů sociálního zabezpečení včetně zdravotní péče v členských zemích včetně přizpůsobení národní legislativy Směrnicím EU. Nejde jen o členské země EU, ale EU usiluje o spolupráci v této oblasti v rámci dohod s Norskem, Švýcarskem, Islandem, Lichtenštejnskem. Provázanost zdravotnických systémů v rámci EU je tak stále větší. Při volném pohybu pracovních sil, obyvatelstva je to nezbytné. Cílem je takové zdravotnictví, kvalitní zdravotní péče pro všechny věkové kategorie, tzn. nejenom pro obyvatele v poproduktivním věku, péče, která je dostupná pro všechny sociální skupiny obyvatel.

Pro **hodnocení výkonnosti** zdravotnických systémů a v posledních desetiletích i pro hodnocení úspěšnosti probíhajících zdravotních reforem se využívají základní kritéria, mezi

[5] Státní úřad inspekce práce má 8 oblastních inspektorátů v jednotlivých krajích. Podrobněji http://www.suip.cz/o-nas/zakladni-udaje/.
[6] Česká inspekce životního prostředí (ČIŽP) byla zřízena v roce 1991 zákonem č. 282/1991 Sb., o České inspekci životního prostředí a její působnosti v ochraně lesa. Je odborný orgán pověřený dozorem nad respektováním právních předpisů v oblasti životního prostředí a dodržování závazných rozhodnutí správních orgánů v oblasti životního prostředí. **K**ontroluje dodržování zákonů v oblasti CITES - **Úmluvy o mezinárodním obchodu ohroženými druhy volně žijících živočichů a planě rostoucích rostlin (C**onvention on **I**nternational **T**rade in **E**ndangered **S**pecies of Wild Fauna and Flora; též **Washingtonská konvence)** v součinnosti s Celní správou. Za porušení zákona je zmocněna uložit pokutu. Podrobněji: http://www.cizp.cz/CIZP-2

něž patří **adekvátní a dostupné zdravotnické služby** – z hlediska geografického (což má dopad i do řešení dopravní obslužnosti v mikroregionu, regionu), časového (čekací lhůty, např. na plánovanou operaci apod.), což v širších souvislostech souvisí s kvalitou péče, z hlediska organizačně-administrativního (např. zda je nutné doporučení praktického lékaře k odbornému vyšetření apod.), finančního hlediska (např. které druhy péče a v jakém standardu jsou hrazeny ze zdravotního pojištění, u kterých druhů je požadována finanční spoluúčast pacienta a jak vysoká) a dalších hledisek, dále **kvalita péče**, **ekonomická nákladovost**, efektivnost, výkonnost (Efficiency), spravedlnost, rovnost (Ekvita), sociální akceptabilita. (Barták)[7]

Kvalita zdravotní péče je obtížně měřitelná, využívají se i nepřímé ukazatele kvality, např. počet dní nemoci, počet dní hospitalizace v nemocnici (resp. v čase jejich snižování) apod. Kvalitu poskytované zdravotní péče ovlivňuje kvalita vzdělávání lékařů a zdravotních sester, podmínky atestací a dalšího vzdělávání lékařů, zdravotních sester ale i dalších profesí,[8] které jsou předpokladem pro profesionální výkon lékařského povolání. Jsou to také materiální faktory, zejména výsledky vědy a výzkumu, jak se promítnou do nových technologií, technického vybavení a jejich využití ve zdravotnické praxi, ve zdravotnických zařízení – poskytovatelů zdravotní péče. Dostupná zdravotní péče pro všechny závisí na finančních zdrojích, jakou kvalitu (standard) tzv. bezplatné zdravotní péče lze zajistit z veřejných zdrojů, např. z veřejného zdravotního pojištění. Kvalita zdravotní péče se v čase mění, a to zejména pod vlivem technického a technologického pokroku, ale i v závislosti na dostupných zdrojích financování. V každém případě kvalita zdravotní péče ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva, který se vyhodnocuje s využitím řady ukazatelů.

Využívají se různé ukazatele (indikátory) jak pro časovou komparaci, tak pro komparaci mezi zeměmi, např. v rámci EU. Jsou to například ukazatelé počet lékařů na počet obyvatel (zpravidla na 1000 obyvatel), častěji však se využívá ukazatel počet pacientů na jednoho lékaře, to i podle odborného zaměření lékařů (na praktického lékaře, na dětského lékaře, na stomatologa atd.). Tento ukazatel bývá využíván při uzavírání smluv mezi zdravotními pojišťovnami. Další ukazatelé se váží ke struktuře a počtu poskytovatelů, zdravotnických zařízení, poměru ambulantní a stacionární péče, struktuře primární, sekundární, terciární péče,

[7] BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* Praha: Wolters Kluwer, 2010.

[8] Viz např. v ČR: Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů; Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytování zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů; Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů.

vybavenosti nákladnou technologií, vyšetřovacími přístroji (počítačový tomograf, mamograf apod.). V nemocniční péči se využívají ukazatele počet a struktura lůžek, průměrné využití (lůžkoden), průměrná délka hospitalizace, struktura výkonů a další. Pro hodnocení financování se využívají ukazatele vyjadřující strukturu výdajů na jednotlivé druhy zdravotní péče, veřejné a soukromé výdaje, které tvoří v ČR kolem 15 %. [9]

Informační systém využívá v řadě zemí Systém zdravotnických účtů, který slouží ke komplexnímu vyjádření všech výdajů na zdravotní péči (resp. na zdravotnictví).[10]

Péče o zdraví a její zakotvení do zdravotní politiky členských zemí je dlouhodobě v zájmu EU. Je ve větší či menší míře zakomponována do politiky soudržnosti EU, do víceletých finančních rámců EU.

**Zdravotní politika státu** vychází z principů péče o zdraví, a to **práva na ochranu zdraví, práva na zdravotní péči a z** principu **rovnosti** v těchto právech a svobodách. Tyto principy jsou zakotveny i v Základní listině práv a svobod, v jednotlivých zemích pak v Ústavě a příslušných zákonech. Péče o zdraví je předpokladem sociální a ekonomické úspěšnosti člověka, důležitou podmínkou kvality života, ovlivňuje produktivitu práce, souvisí s **pozitivními externalitami**. Nicméně stále více se zdůrazňuje **individuální odpovědnost občana** v péči o své zdraví.

[9] V ČR vykazuje tyto ukazatele ve svých statistikách ČSÚ a ÚZIS.
[10] Podrobněji např.: *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 až 2016*. Praha: ČSÚ, 2018. K ukazatelům statistiky ČSÚ a ÚZIS.

Zdravotní péče je poskytována prostřednictvím zdravotních služeb. Souhrn zdravotnických služeb tvoří zdravotnický systém, resp. systém péče o zdraví. Zdravotními službami[11] se rozumí poskytování zdravotní péče zdravotnickými pracovníky (zdravotní, ošetřující a pomocný personál) a činnosti, které jsou vykonávané jinými odbornými pracovníky v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Dále jsou to konzultační služby za účelem posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění a konzultace, které podpoří rozhodování pacienta, co se týká poskytnutí zdravotních služeb od poskytovatele zdravotní služby nebo zdravotnickým pracovníkem, které si pacient zvolil. Do zdravotnických služeb se řadí zdravotnická záchranná služba, pohotovostní služba, zdravotnická dopravní služba, přeprava pacientů neodkladné péče, zdravotní služby zařízení transfuzní služby, zdravotní služby odběrových zařízení nebo tkáňových zařízení (právní předpisy upravují postupy pro zajištění jakosti a bezpečnosti lidských orgánů, tkání a buněk), nakládání s tělem zemřelého, včetně převozu těla zemřelého na patologicko-anatomickou pitvu nebo zdravotní pitvu a z patologicko-anatomické pitvy nebo ze zdravotní pitvy. Zdravotnické služby obstarávají zdravotnická zařízení.

**Poskytování a financování zdravotní péče** respektuje princip **solidarity**, a to zdravého občana s nemocným občanem, nezbytná zdravotní péče je poskytnuta tomu, kdo ji potřebuje, bez ohledu na to, do jaké míry (výše) přispěl finančními prostředky, zdravotním pojištěním, do systému financování zdravotní péče, respektuje pojištění proti riziku nemoci, úrazu (pojistný princip s podmíněnou fakultativní návratnosti při onemocnění, při úrazu).

Na financování prevence a léčby se podílejí jednak veřejné zdroje – v řadě zemí povinné veřejné zdravotní pojištění nebo daně, tzn. zdroje veřejných rozpočtů, jednak soukromé zdroje jednotlivců, případně firem. V ČR je zdravotní péče hrazena z veřejného zdravotního pojištění buď v plné výši (plně hrazená), nebo částečně hrazená (hrazená částečně s doplatkem od pacienta) nebo není nehrazená a pacient si musí uhradit péči v plné výši. Rozsah, druhy zdravotní péče a způsob úhrady z veřejného zdravotního pojištění jsou stanoveny zákonem a prováděcí vyhlášku MZ ČR.[12]

Rozsah a kvalitu zdravotní péče významným způsobem ovlivňuj dostupné finanční zdroje, způsob financování.

Modely financování zdravotní péče

[11] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů.
[12] Zákon č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Mezi základní modely organizace a financování zdravotní péče, které se ve vyspělých zemích v praxi využívají, patří **Národní zdravotní služba, Evropský pluralitní systém** a **tržní zdravotnictví.** Rozdíl mezi těmito systémy je ve způsobu financování zdravotní péče i její organizace. Od začátku 20. století a zejména v průběhu uplynulých desetiletí docházelo v praxi k určité modifikaci těchto systémů a více či méně k využití i přímých plateb od pacientů.

Národní zdravotní služba je de facto Beveridgeův model, využívaný ve Velké Británii a několika dalších zemí. Zdravotní péče je službou, kterou kupuje stát pro své občany. Více než 90 % výdajů na zdravotní péči je hrazeno z veřejných prostředků. Zdravotní péče je převážně financována z daní, ze státního rozpočtu. Soukromí lékaři a zdravotnická zařízení uzavírají smlouvu se správním úřadem, příkladem je Velká Británie, od kterého dostávají platby za poskytnutou péči. Zdravotní péče je klientům poskytována tzv. bezplatně. Nicméně ve Velké Británií se už několik desetiletí využívá poukázkový systém platby (vouchery), s jejichž pomocí pacient „nakupuje" zdravotní péči. Voucher obsahuje výši finančních prostředků, kterou stát poukazuje občanovi na získání zdravotní péče v rámci standardu a na určité období. Pokud občan použije voucher na krytí nadstandardní péče a dříve mu dojde kredit, musí si další zdravotní péči zaplatit ze svých prostředků.

Určitou modifikací Beveridgeova modelu je Semaškův[13] model státního zdravotnictví, který byl zaveden v Sovětském svazu před druhou světovou válkou a po jejím skončení byl později rozšířen do tzv. socialistických států, včetně naší republiky. Zdrojem financování zdravotní péče byly daně, poskytování zdravotní péče bylo tzv. bezplatné. Nicméně u nás se využívaly platby za recept (1 Kč) i doplatky u některých léků, některé léky nebyly státem hrazeny, za některé druhy zdravotní péče musel pacient zaplatit (např. za interupce, za pobyt na protialkoholní záchytné stanici apod.). Zdravotnická zařízení byla vlastněna státem, řízena státem a stát ovlivňoval způsob, rozsah a kvalitu poskytnuté zdravotní péče, stejně jako poskytování nadstandardu tzv. nomenklaturním kádrům.

Evropský pluralitní systém zdravotnictví je založen na Bismarkovu pojistném modelu a využívá ho většina evropských vyspělých zemí. Zdrojem financování je ze zákona povinné zdravotní pojištění, které se v uplynulých více jak stu letech postupně rozšířilo na všechno obyvatelstvo. Je doplněno přímými platbami od pojištěnců poskytovatelům – zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči, například za nadstandardní kvalitu služby, využívá se

[13] Podle jeho tvůrce, N. A. Semaško, který byl prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví v sovětském Rusku po roce 1917.

finanční spoluúčast pacientů u rehabilitačních pomůcek, doplatky u léků apod.). Zdravotní pojištění vybírají od svých registrovaných klientů zdravotní pojišťovny a financují z něho zdravotnickým zařízením úhrady za péči poskytnutou jejich registrovaným klientům. Za zdravotní péči ručí stát. Poskytovateli zdravotnických služeb jsou nestátní zařízení (jejich zřizovatelem není stát, v ČR až na výjimky – viz další text), které uzavírají smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami.

V některých zemích je zákonem umožněna **konkurence** zdravotních pojišťoven, například ve výši sazby zdravotního pojištění, při úhradě nadstandardní péče. Konkurence je umožněna také u poskytovatelů zdravotní péče, v rámci ambulantní péče i nemocniční péče, lázeňské péče a v dalších oblastech zdravotnických služeb.

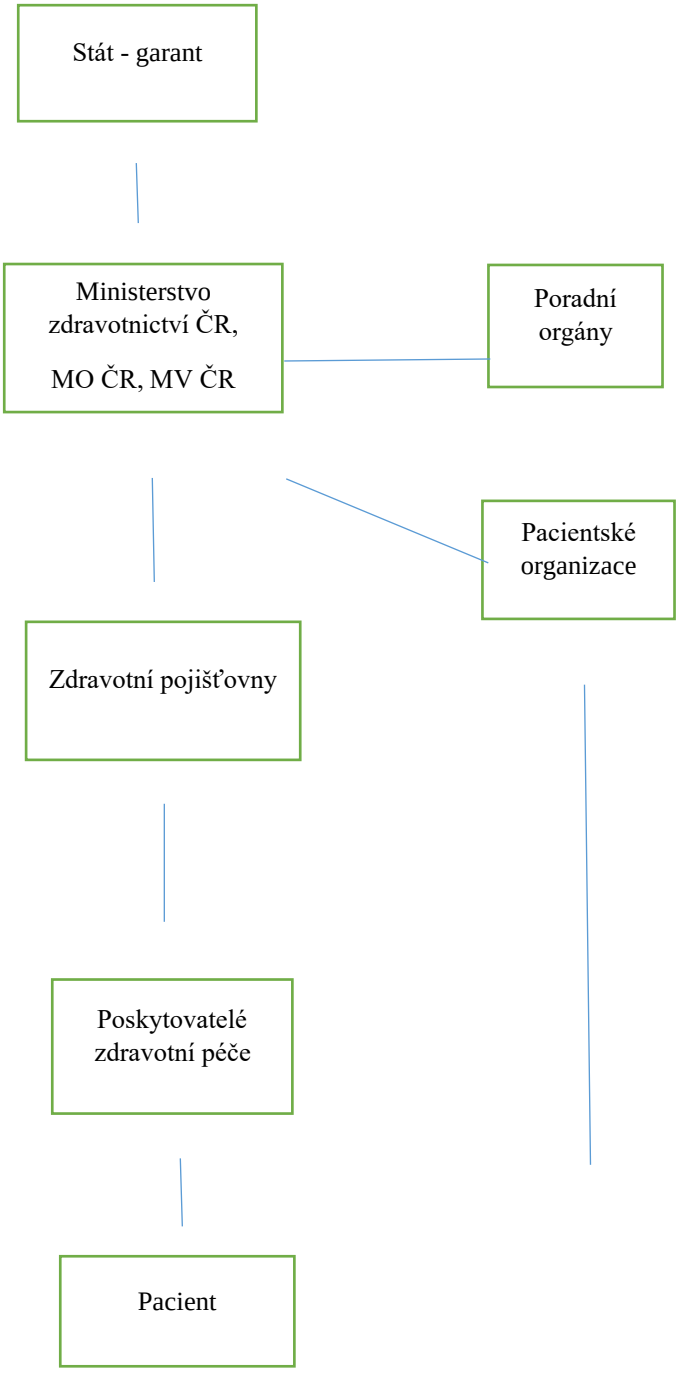
Systém tržního zdravotnictví je založen na soukromém pojištění u soukromých pojišťoven a na tržních principech. Soukromé smluvní zdravotní pojištění je založeno na kalkulaci zdravotních rizik, rizika onemocnění klienta, pojistné riziko výskytu nemoci, nemocnost klienta v čase, nákladnost předchozí léčby, věk klienta a další faktory, a to smluvní soukromou pojišťovnou. Využívají se přitom obecné pojistné techniky. Systém tržního zdravotnictví je založen i na přímých platbách za zdravotní péči od poskytovatelů, pokud pacient není pojištěn, resp. není-li pojištěn na nadstandardní služby apod. Byl a je využíván např. v USA. Po prosazení zdravotní reformy za prezidenta Obamy byl doplněn veřejných zdravotním pojištěním, nicméně řada států Unie se proti zákonu soudně odvolala a v současné době není jasné, zda nebude zrušeno. V systému tržního zdravotnictví stát financuje zdravotnické služby (péči) pouze nejchudším vrstvám obyvatel (viz např. v USA program MEDICARE pro osoby starší 65 let, který je řízen na federální úrovni a financován převážně z federálních daní a program MEDICAID pro nejchudší obyvatele, který zahrnuje neodkladnou[14] akutní i dlouhodobou péči a některé preventivní služby (např. očkování). Ostatní vrstvy obyvatelstva si musely v minulosti řešit financování zdravotní péče samy, například prostřednictvím soukromého pojištění nebo přímými platbami.

Zdravotnictví zahrnuje zdravotnické služby, zdravotnickou výrobu, zdravotnické zásobování a odbyt, vědu, výzkum a výchovu ve zdravotnictví. Jako odvětví národního hospodářství zahrnuje soustavu zdravotnických institucí, organizací, poskytujících odborné činnosti, služby v rámci zdravotní péče v rámci veřejného sektoru. Stát prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR (MZ ČR) realizuje zdravotní politiku státu, prostřednictvím

[14] Poskytnutí zdravotní péče při úrazu, při vzniku akutního onemocnění, při akutním zhoršení zdravotního stavu, kdy neposkytnutí péče mohlo vést k ohrožení života.

legislativy a dalších nástrojů ale i nepřímo ovlivňuje zdravotnická zařízení, organizace v ČR, zajišťování zdravotní péče občanům, zdravotnickou výrobu, zdravotnické zásobování, vědu a výzkum v soukromém sektoru (např. schvalováním léčiv a jejich distribuce apod.). MZ ČR spolupracuje s MŠMT na koncepci výchovy a vzdělání lékařů a zdravotních sester na vysokých a středních odborných školách lékařského zaměření, na akreditaci studijních oborů. Zajišťuje spolupráci fakultních nemocnic s lékařskými fakultami při vzdělávání budoucích lékařů a zdravotních sester.

Schéma: Garant – poskytovatel- pacient



Pramen: Vlastní schéma.

V rámci veřejného sektoru je významné postavení rezortu zdravotnictví. V čele rezortu zdravotnictví je Ministerstvo zdravotnictví ČR.[15] Je organizační složkou státu, zároveň je zřizovatelem celé řady organizací, většina z nich jsou státní příspěvkové organizace, ale je zřizovatelem i OSS a státních podniků. [16] Má řadu poradních orgánů.

Ministerstvo zdravotnictví ČR je odpovědné za vypracování koncepce zdravotní politiky státu, kterou konzultuje s dalšími subjekty. Po jejím schválení je zodpovědné za její realizaci v praxi. Zdravotní politika státu stanoví dlouhodobou koncepci a priority v péči o zdraví, v poskytování zdravotních služeb, standardu zdravotních služeb.

Je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči a ochranu veřejného zdraví, pro prevenci, diagnostiku a léčení pacientů, pro léčiva a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, pro používání biocidních přípravků a uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh, pro vědecko-výzkumnou činnost v této oblasti, pro zacházení s návykovými látkami, přípravky a pomocnými látkami, pro vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod. Zajišťuje zdravotnický informační systém a jeho využívání zdravotními pojišťovnami a dalšími subjekty. Připravuje návrhy zákonů týkající se zdravotní péče, zdravotnických služeb, způsobu financování, zdravotního pojištění a jeho přerozdělování, je zúčastňuje se dohadovacího řízení a způsobu a

[15] Bylo zřízeno zákonem č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy České republiky, ve znění pozdějších předpisů.

[16] Ministerstvo zdravotnictví ČR je zřizovatelem Agentury pro zdravotnický výzkum České republiky, Centra kardiovaskulární a transplantační chirurgie Brno, 3 dětských psychiatrických nemocnic, 8 fakultních nemocnic, Nemocnice Na Bulovce, Nemocnice Na Homolce, Thomayerovy nemocnice, Ústavu pro péči o matku a dítě, 2 rehabilitační ústavů, lázní, a to Státní léčebné lázně Bludov, státní podnik a Státní léčebné lázně Janské Lázně, státní podnik, Horské lázně Karlova Studánka, státní podnik, Léčebné lázně Lázně Kynžvart, Hamzovy odborné léčebny pro děti a dospělé, Léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí Janov, 2 psychiatrických léčeben, 10 psychiatrických nemocnic, Endokrinologického ústavu, 14 krajských hygienických stanic, Koordinačního střediska transplantací, Institutu klinické a experimentální medicíny, Masarykova onkologického ústavu, Revmatologického ústavu, Ústavu hematologie a krevní transfuze, Referenční laboratoře přírodních léčivých zdrojů, Národního ústavu duševního zdraví, Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Národního centra ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Národní lékařské knihovny, a BALMED Praha, státní podnik. Poradními orgány MZ jsou Cena ministra zdravotnictví za práci ve prospěch osob se zdravotním postižením – výběrová komise, Cena ministra zdravotnictví za rozvoj zdravotně sociální péče – výběrová komise, Cena Makropulos – výběrová komise, Akreditační komise, Etická komise MZ, Dotační komise Programu grantové podpory, Dotační komise Programu vyrovnávání příležitostí pro osoby občany se zdravotním postižením, Dotační Komise v programu Rozvojové projekty zdravotní péče, Dislokační komise MZ. Pramen: http://www.mzcr.cz/dokumenty/p_10031_843_1.html (cit. 2.8.2018)

výši úhrad zdravotních pojišťoven za zdravotní péči poskytovanou pacientům. Vydává prováděcí vyhlášky. Je zřizovatelem OSS a státních příspěvkových organizací, včetně zdravotnických zařízení, a zakladatelem několika státních podniků. Pro svou činnosti si vytváří poradní orgány a spolupracuje s různými dalšími subjekty včetně pacientských organizací. Významná je jeho činnost koordinátorská a kontrolní. Řídí Český inspektorát lázní a zřídel a Inspektorát omamných a psychotropních látek. Jako orgán ochrany veřejného zdraví je na Ministerstvu zdravotnictví ustaven hlavní hygienik České republiky – náměstek ministra zdravotnictví pro ochranu a podporu veřejného zdraví.[17] Spolupracuje s WHO a orgány EU.

Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny[18] zajišťují zdravotní péči pro své registrované klienty, uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotní péče a provádějí úhradu poskytovatelům, zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou svým registrovaným pacientům. Ze zákona musí být nesmluvním zdravotnickým zařízením zdravotními pojišťovnami hrazena pouze nutná a neodkladná péče, kterou se rozumí poskytnutí zdravotní péče při úrazu, při vzniku akutního onemocnění, při akutním zhoršení zdravotního stavu, při neodkladném porodu, **kde by odklad zdravotní péče mohl vést k ohrožení života nebo k závažnému zhoršení zdravotního stavu.**

Zdravotní pojišťovny zajišťují správu a výběr veřejného zdravotního pojištění od svých registrovaných osob. Zvláštní postavení má Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která nejenom provádí úhrady poskytovatelům, zdravotnickým zařízením za péči poskytnutou svým registrovaným pojištěncům, ale také technicky zajišťuje přerozdělování vybraného veřejného zdravotního pojištění mezi pojišťovnami podle nastavených kritérií (viz dále). Za 25 let existence zdravotních pojišťoven se postupně jejich počet snižoval, z necelých tří desítek na 7 zdravotních pojišťoven v r. 2017, které vyvíjely činnost a zajišťovaly zdravotní péči celkem pro 10 482 549 pojištěnců. Z tohoto počtu bylo registrováno u VZP 56,5 % pojištěnců.[19] Registrovaní pojištěnci mohou změnit pojišťovnu (od 31. 8. 2015) jednou za 12 měsíců, a to k 1. dni kalendářního pololetí, přičemž to musí pojišťovně oznámit nejpozději tři měsíce předem.

[17] http://www.mzcr.cz/obsah/povinne-zverejnovane-informace_2901_1.html#5. Základní právní předpisy a dokumenty. (cit. 2.8.2018). Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, ve znění pozdějších předpisů.

[18] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky; zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Zdravotní pojišťovny schvaluje parlament, schvaluje i jejich plány a hospodaření.

[19] Například ke konci roku 2010 bylo v systému veřejného zdravotního pojištění celkem 10 396 219 pojištěnců, z toho u VZP 6 264 484 pojištěnců, u zaměstnaneckých pojišťoven 4 121 991 pojištěnců, tzn. 39,7 %.

Zdravotní pojišťovny sestavují zdravotně pojistné plány na kalendářní rok. Jsou postupně schvalovány vládou, poté Výborem Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR, poté je schvaluje plénum PSP ČR. [20]

Zdravotní pojišťovny vytvářejí fondy. Druhy fondů, druhy jejich zdrojů (příjmů), na jaké potřeby se finanční prostředky fondů používají, určuje zákon a navazující předpisy. [21]

VZP ČR vytváří:

**Základní fond** je nejdůležitějším fondem zdravotní pojišťovny. Primárně slouží k úhradě za poskytnuté zdravotní služby pojištěncům poskytovateli, hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Zdrojem tohoto fondu jsou především příjmy z veřejného zdravotního pojištění po jeho přerozdělení a další finanční prostředky, např. přijaté náhrady škody, část vyměřeného penále a pokut. Ze základního fondu jsou dále přidělovány finanční prostředky do dalších fondů, zejména rezervnímu fondu (ve výši určené zákonem).

**Rezervní fond** je vytvářen povinně ze zákona, zákon stanovuje objem finančních prostředků, které zdravotní pojišťovna musí ve fondu mít. Slouží ke krytí schodků základního fondu, ale tak, ke krytí hrazených služeb v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof, kdy se zvyšuje potřeba finančních prostředků na krytí úhrad. Je tvořen povinnými příděly ze základního fondu.

**Provozní fond** vytváří zdravotní pojišťovna pro úhradu nákladů na její činnost, zejména mzdových nákladů - platy zaměstnanců zdravotních pojišťoven, materiálových nákladů, na nákup hmotného a nehmotného majetku, k úhradě závazků souvisejících s její činností. Hlavním zdrojem fondu je příděl ze základního fondu, který závisí především na počtu registrovaných pojištěnců u konkrétní zdravotní pojišťovny. V průměru činí v kolem 3 % příjmů základního fondu.

**Fond prevence** je do určité míry nástrojem, který zdravotním pojišťovnám umožňuje částečnou konkurenci mezi sebou. Zřízení tohoto fondu je dobrovolné, na dobrovolné bázi ze strany zdravotní pojišťovny. Je tvořen zejména příjmy z pokut, z penále a přirážek pojistného a dále minimálním přídělem ze základního fondu. Je možné z něho hradit, nad rámec zdravotní péče, na níž má pojištěnec nárok ze zákona, zdravotní služby, které mají prokazatelný

[20] Např. pro rok 2017 usnesením vlád č 197 ze dne 13. 3. 2017. V r. 2017 je PSP ČR do konce svého volebního období neschválila, takže zdravotní pojišťovny hospodařily v r. 2017 podle „provizorií“ - SZÚ za r. 2017, část „F“, str. 42.

[21] Vyhl. č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

preventivní, r nebo léčebný efekt a jsou poskytovány registrovaným pojištěncům, kteří se léčí nebo jim hrozí onemocnění. Pro čerpání finančních prostředků z tohoto fondu musí registrovaný pojištěnec splnit podmínky stanovené zdravotní pojišťovnou, u které je registrován (na rozdíl od služeb hrazených ze zákona ze zdravotního pojištění).

Další je to sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku.

I ostatní pojišťovny (vč. zaměstnaneckých) vytváří základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond investičního majetku, fond reprodukce investičního majetku.

Poskytovatelé

Poskytovatelem zdravotních služeb může být fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb, příslušné zdravotnické zařízení.[22] Zdravotní služby jsou také poskytovány v zařízeních sociálních služeb. V takovém případě je poskytovatel sociálních služeb povinen oznámit příslušnému krajskému úřadu podle místa jejich poskytování, a to před jejich započetím.

O udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rozhoduje Ministerstvo obrany, Ministerstvo vnitra nebo Ministerstvo spravedlnosti, pokud jsou zdravotní služby poskytované ve zdravotnických zařízeních zřízených těmito ministerstvy. V ostatních případech je to krajský úřad, v jehož správním obvodu je zdravotnické zařízení, v němž budou zdravotní služby poskytovány (jde o přenesenou působnost kraje).

Zdravotnická zařízení jsou zřizovaná státem, územní samosprávou, zejména kraji, v minulosti jako převážně příspěvkové organizace, ale i soukromými subjekty (fyzickými a právnickými osobami) jako nestátní zdravotnická zařízení a jsou svými zřizovateli také řízena (a dotována). Poskytování ambulantní péče bylo v ČR v 90. letech privatizováno (soukromé ordinace). Příspěvkové organizace ve zdravotnictví, pokud nebyly privatizovány, byly v 90. letech transformovány do typu obchodních společností, zejména příspěvkové organizace zřizované územní samosprávou. Po převodu krajských nemocnic od státu do řídící pravomoci krajům (s majetkem nemocnic do vlastnictví krajů, se zřizovatelskou funkcí), kraje jako zřizovatelé transformovaly nemocnice na obchodní společnosti (a. s.). V síti nemocnic jsou také

[22] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

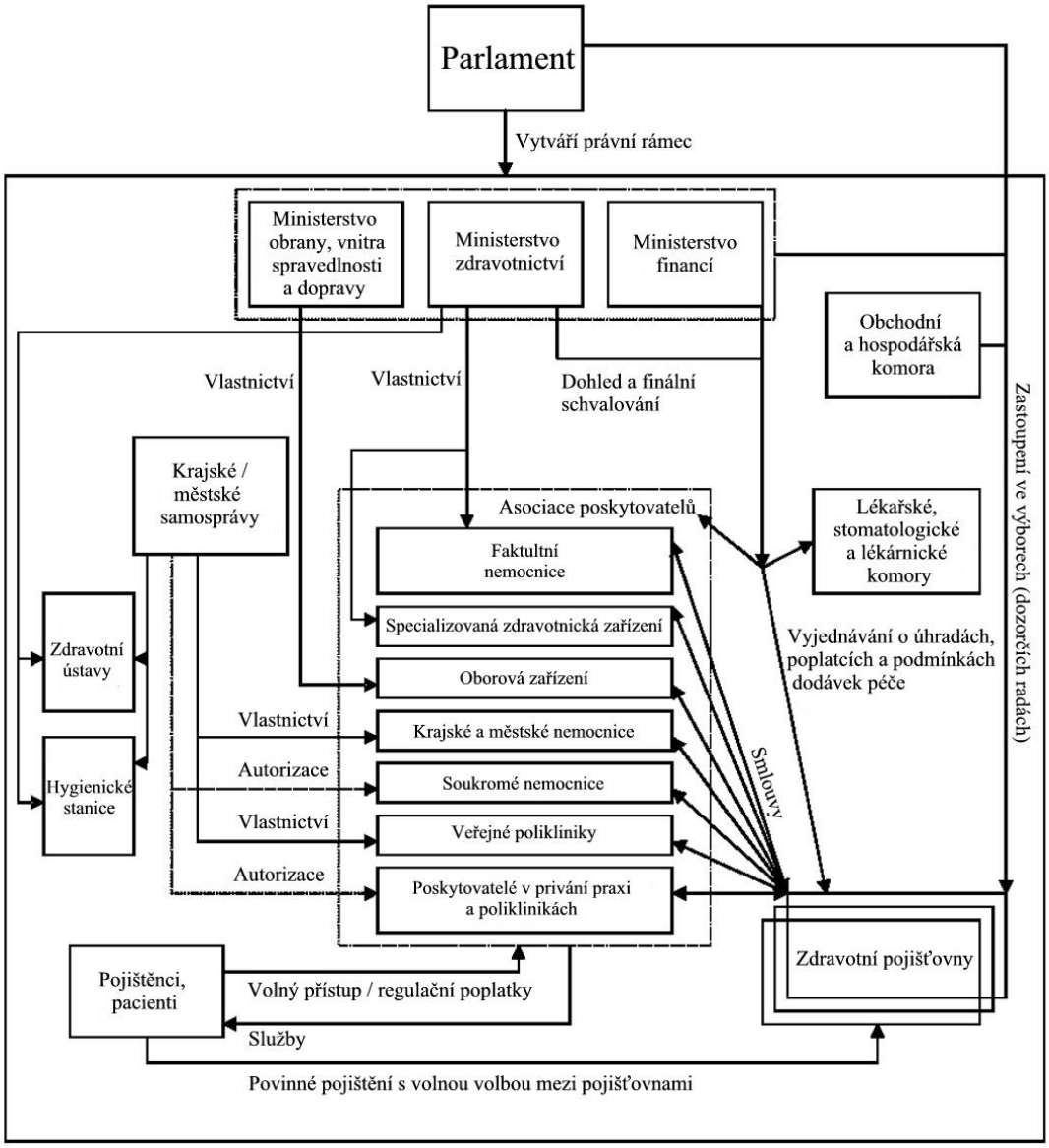
nemocnice zřizované městy, zpravidla jako s.r.o. Některá města a obce jsou zřizovateli i dalších zdravotnických zařízení, například poliklinik.[23]

U některých zdravotnických zařízení je zřizovatelem stát, například u fakultních nemocnic, prostřednictvím MZ ČR, u některých zdravotnických zařízení prostřednictvím Ministerstva vnitra – v rezortu řízeném MV ČR a prostřednictvím Ministerstva obrany – v rezortu řízeném MO ČR Zdravotnická záchranná služba je zřízena v kraji příslušným krajem, jako příspěvková organizace, je finančními vztahy napojena na rozpočet svého zřizovatele.

Zdravotní pojišťovny uzavírají s poskytovateli, zdravotnickými zařízení smlouvy. Pacient nesmí být odmítnut poskytovatelem služby, který nemá uzavřenu smlouvu se zdravotní pojišťovnou, u které je pacient registrován v případě poskytnutí nutné a neodkladné péče, je-li v ohrožení života nebo je vážné nebezpečí zhoršení zdravotního stavu pacienta. Musí být ošetřen bez požadování jakékoliv úhrady. (Pojišťovna v takovém případě musí následně úhradu nesmluvnímu zdravotnickému zařízení provést.)

Schéma: Vztahy v rámci organizace péče o zdraví v ČR

[23] Podrobněji např. statistiky - https://www.czso.cz/csu/czso/zdravotnictvi_lide; Statistické ročenky ÚZIS; http://www.uzis.cz/rychle-informace/ekonomicke-vysledky-nemocnic-31-12-2013. Novější data zatím nejsou publikovány.




Pramen: BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* 1. vyd. Praha: Wolters .Kluwer ČR, 2010, str. 72.

Zdravotní péče a zdravotní služby[24] v ČR, poskytovatelé

**Zdravotní péče** zahrnuje **ambulantní péči**, která je základním článkem, je poskytována především v ordinacích **praktickými nebo odbornými lékaři**, většinou soukromými (OSVČ), kteří poskytují občanům základní a specializovanou zdravotní péči. Zdravotní péče dále

[24] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

zahrnuje **zdravotnické služby**, které jsou svými charakterem smíšené veřejné statky, které hraničí s pozitivními externalitami. To ovlivňuje angažovanost státu a územní samosprávy v organizaci, poskytování zdravotní péče a její financování. Stát a subjekty územní samosprávy jsou v postavení garanta zdravotní péče, zdravotnických služeb poskytovaných v ČR dominantně ve veřejném sektoru.

Významná je **preventivní péče** včetně očkování. Její financování je financované nejenom z rozpočtů zdravotních pojišťoven (např. preventivní prohlídky- jaké, kdy), ale také prostřednictvím vyhlášení (naplánování) příslušných veřejných výdajových programů a jejich financování ze státního rozpočtu přes kapitolu, kterou zpravuje MZ (např. plošné očkování).

**Nemocnice**, případně nemocnice s poliklinikami, zajišťují ambulantní služby, poskytují lůžkovou základní, specializovanou a léčebnou péči. Na péči nemocnic s poliklinikami navazuje **léčebně preventivní péče** poskytovaná poskytovateli specializovanými podle druhu nemocí, zpravidla chronického původu v rámci preventivní péče. V nemocnicích jsou často jejich součástí lékárny, případně výdejny léčiv, základních rehabilitačních pomůcek apod. Stát je zřizovatelem fakultních nemocnic, jako příspěvkových organizací, prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví ČR, například Ústřední vojenská nemocnice v Praze a další tři nemocnice jako příspěvkové organizace jsou zřízeny Ministerstvem obrany ČR.

Většina nemocnic ve veřejném sektoru je zřizována příslušnými subjekty územní samosprávy, zejména kraji, v menší míře jsou to obce, resp. větší města, která jsou zřizovateli, resp. zakladateli, městských nemocnic, mají formu obchodní společnosti, zpravidla s. r. o., ale i a. s.

**Mezi odborná léčebná zařízeními** jsou zahrnovány poskytovatelé - ústavy zaměřující se na odbornou léčbu, léčebny TBC a respiračních nemocí, ozdravovny, psychiatrické léčebny, hospice, noční sanatoria, zvláštní dětská léčebná zařízení a další.

Další skupinou zařízení jsou **lázeňské léčebny** jako poskytovatelé lázeňské péče, která využívá při poskytování léčebně preventivní péče hlavně přírodní léčivé prameny, slatinu a další přírodní zdroje nebo příznivé klimatické podmínky, na příklad na léčbu respiračních nemocí. Lázně byly v 90. letech z velké části privatizovány. Některé lázně jsou zřízeny a řízeny Ministerstvem zdravotnictví ČR – v současné době čtyři lázně, které mají organizační formu státní podnik, Lázeňské léčebné ústavy MV jsou řízené MV ČR.

Mezi zdravotnická zařízení patří i **lékárny**, výdejny léků a zdravotnického materiálu, rehabilitačních a dalších pomůcek (a obdobná další zařízení), které byly z velké části privatizovány. Ve velkých podnicích jsou často zařízení závodní preventivní péče. Širší zaměření mají hygienické stanice, jejich zřizovatelem v sídlech krajů je MZ ČR.

V rámci soukromého sektoru jsou zakladateli soukromé subjekty – jsou to soukromoprávní neziskové organizace nebo typy obchodních společností. Typu organizace poskytující zdravotní péči odpovídá způsob financování nákladů zdravotnických zařízení, například jak jsou jim poskytovány úhrady za zdravotní péči od zdravotních pojišťoven, kolik finančních prostředků získávají ze SR nebo rozpočtů územní samosprávy, například na pořízení investic.

V širším kontextu s péčí o zdraví souvisí i **zdravotnická výroba a distribuce**, která je převážně zajišťována soukromým sektorem – výroba přístrojů, zdravotnických potřeb a výroba a distribuce léků, lékárny.

Specifické postavení má **zdravotnická výchova, vzdělávání** lékařů, zdravotních sester, zdravotnického personálu, zvyšování jejich kvalifikace. Je zajišťována především vzdělávacími institucemi ve veřejném sektoru, lékařské vysoké školy, univerzity, lékařské fakulty, na zvyšování kvalifikace lékařů se podílí i fakultní nemocnice. V některých zemích jsou to i vzdělávací instituce zpravidla špičkové úrovně v soukromém sektoru (USA a další země), soukromé nemocnice. Stát ovlivňuje kvalitu vzdělání, ale i povinnost postgraduálního vzdělávání, zejména lékařů a zdravotních sester, požadavky na kvalitu tohoto vzdělání prověřovanou například atestačními zkouškami.

Zkvalitňování zdravotní péče významným způsobem ovlivňuje technický a technologický pokrok, který umožňuje s využitím vyšetřovací techniky zrychlit a zpřesnit stanovení diagnózy a zkvalitnit léčbu stejně jako nové, dokonalejší léky. Nezastupitelné místo má i **věda a výzkum.** Po stránce organizační se vědou a výzkumem ve zdravotnictví zabývá soukromý sektor i veřejný sektor.

Zdravotní péče se zkvalitňuje, zkvalitňují se vyšetřovací metody, léky, zdravotnický materiál, i zdravotní pomůcky jsou stále dokonalejší. Proto je však zdravotní péče stále více finančně nákladnější.

Na financování nákladů na vědu a výzkum se podílejí jak soukromé zdroje, tak zdroje rozpočtové soustavy – především státního rozpočtu, zejména v případě základního (badatelského) výzkumu.

Financování zdravotní péče v ČR

Zdravotní péče je stále nákladnější. Hlavním faktorem je technický a technologický pokrok, který zvyšuje ceny vstupů do zařízení poskytujících zdravotní péči (růst cen dokonalejších diagnostických přístrojů, kvalitnějšího zdravotnického materiálu, účinnějších ale také finančně nákladnějších léků, rehabilitačních i jiných pomůcek atd.). Kvalitnější diagnostika umožňuje zároveň zachycovat nemoci v prvních stádiích a jejich včasnou léčbu a rychlejší uzdravení nemocných, význam má i prevence. V některých obdobích to je však i vliv inflace, která působí na růst nákladů ve zdravotnictví (například v řadě zemí vysoká míra inflace v 70. letech 20. století). Veřejné výdaje na zdravotní péči proto nepřetržitě rostou vlivem zvyšování kvality zdravotní péče. Zvyšuje se také forma finanční spoluúčasti obyvatel přímými platbami (například doplatky u léků, přímé platby u lékaře, platby v případě hospitalizace v nemocnici, pobyt v lázních apod.)

Hlavní zdroj financování zdravotní péče (standardu) je ze zákona **povinné veřejné zdravotní pojištění** (podobně jako v dalších vyspělých evropských zemí). Má daňový charakter, neboť jeho konstrukce je založena na odvodu určitého zákonem stanoveného procenta z příjmu - vyměřovacího základu, který je shodný s vyměřovacím základem daně z příjmu fyzických osob, je součástí výpočtu ukazatele složená daňová kvóta. [25] Výdaje na zdravotní péči představují cca 96 % z celkových výdajů veřejného zdravotního pojištění.

Tabulka: Sazby veřejného zdravotního pojištění v ČR (v % z vyměřovacího základu)

| | Veřejné zdravotní pojištění |
|---|---|
| Zaměstnanec | 4,5 |
| Zaměstnavatel za zaměstnance | 9,0 |

[25] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů; Zákon č. 589/1992 Sb., o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

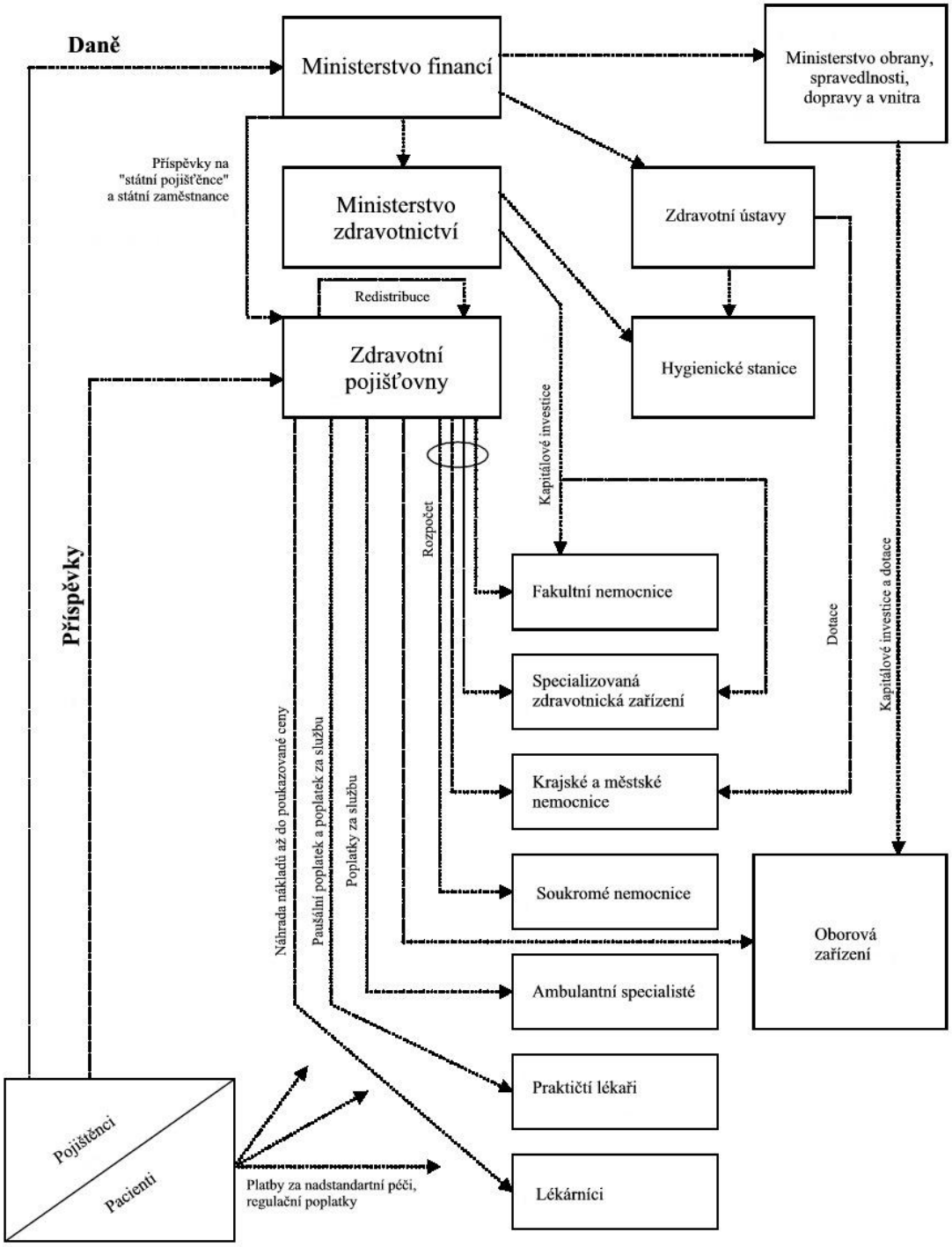
Složená daňová kvóta = (příjmy daňového charakteru : HDP) x 100. Uvádí se v procentech. Do příjmů daňového charakteru se zahrnují daně, cla, sociální pojištění, zdravotní pojištění, místní poplatky. Struktura daňové kvóty se někdy označuje za tzv. daňový mix.

| | |
|---|---|
| OSVČ | 13,5 |
| Osoba bez ZdP | 13,5 |
| Státní pojištěnec | 13,5 |

Pozn.: OSVČ - osoba samostatně výdělečně činná; ZdP – zdanitelné příjmy.

V praxi je problémem vyměřovací základ u státních pojištěnců, který je zpravidla podstatně nižší než u výdělečně činných osob – pojištěnců. V praxi to znamená přerozdělovat vybrané zdravotní pojištění mezi zdravotními pojišťovnami. Způsob přerozdělování je projednáván v Poslanecké sněmovně. Vedle povinného veřejného zdravotního pojištění jsou to další veřejné zdroje ze státního rozpočtu - z kapitoly Všeobecná pokladní správa (kromě zdravotního pojištění za státní pojištěnce i transfery zejména na investice), transfery z kapitoly Ministerstva zdravotnictví ČR, ale i Ministerstva obrany ČR, Ministerstva vnitra ČR, zdravotnickým zařízením, u kterých jsou tato ministerstva zřizovatelem, v obdobných případech i z výdajů **rozpočtů územní samosprávy**, např. v ČR z rozpočtů krajů, resp. rozpočtů měst a obcí. Hradí se jimi například některé druhy neinvestičních nákladů a investiční výdaje některých druhů zdravotnických zařízení, u kterých je územní samospráva zřizovatelem, například nemocnic, které nejsou hrazeny platbami od zdravotních pojišťoven. Z rozpočtů územní samosprávy v poslední době například dotace z rozpočtů zejména v menších obcích ambulantním lékařům na zařízení ordinací, podobně stomatologům, aby byla zajištěna dostupnost služby. Kromě veřejných zdrojů se využívají i další zdroje – např. z dobrovolného smluvního pojištění. Jde o **nepřímé financování** zdravotnických služeb, zatímco finanční spoluúčast pacienta se považuje za **přímé financování**.

Schéma: Finanční toky v českém zdravotnictví




Pramen: BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví.* 1. vyd. Praha: Wolters .Kluwer ČR, 2010, str. 93.

Pozn.: Bez regulačních poplatků. Příspěvky – rozuměno veřejné zdravotní pojištění.

Povinné veřejné zdravotního pojištění plyne do mimorozpočtového peněžního fondu, z něhož je přerozdělováno do rozpočtů zdravotních pojišťoven. Z nich se financuje zdravotní péče poskytovaná občanovi formou naturálních - věcných dávek (léčba, léky atd.). Využívá se průběžný systém financování, kdy z vybraného veřejného zdravotního pojištění se v daném roce kryjí náklady na zdravotní péči těch, kteří ji potřebují, na léčbu i na prevenci. Jde o přerozdělování finančních prostředků s využitím solidarity zdravého s nemocným. Zdravotní statistiky dlouhodobě dokládají, že nejvíce potřebuje zdravotní péči obyvatelstvo v předproduktivním věku a obyvatelstvo v poproduktivním věku. Proto jsou tak důležité věkové kategorie i pro přerozdělování vybraného zdravotního pojištění mezi zdravotními pojišťovnami. V průběžném systému financování zdravotní péče tudíž dochází k mezigeneračnímu přerozdělování - mezi těmi, kteří přispívají na financování zdravotní péče, mají zdanitelné příjmy a jsou v produktivním věku a těmi, kteří ji nejvíce využívají (pro zjednodušení odhlédneme od pracujících důchodců, kteří ze svých zdanitelných příjmů také přispívají do systému financování).

Tento způsob financování zdravotní péče se však kombinuje s dalšími způsoby financování zdravotní péče – ze soukromých zdrojů, a to ze soukromého smluvního pojištění, z přímých úhrad pacientů, z daňových výnosů.[26]

Povinné veřejné **zdravotní pojištění** je upraveno zákonem. Zákon o veřejném zdravotním pojištění[27] vymezuje **poplatníky,** plátce. Veřejné zdravotní pojištění se vztahuje na všechny občany ČR, kteří se trvale zdržují na území republiky, a to zaměstnance, zaměstnavatele za své zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné. Stát platí veřejné zdravotní pojištění za nevýdělečné osoby bez zdanitelných příjmů, tzn. za děti, za nevýdělečné studenty připravující se na své povolání, za matky na mateřské dovolené, za důchodce, za nezaměstnané evidované na úřadech práce a další (tzv. státní pojištěnci).[28]

---

[26] Podrobněji např. v: PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejný sektor – řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* Praha: Wolters Kluwer ČR, 2010.

[27] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů; zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů;

[28] Které to jsou, včetně podmínek, přesně vymezuje zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Stát je plátcem pojistného za nezaopatřené děti, příjemce důchodů z důchodového pojištění, za příjemce rodičovského příspěvku, za ženy na mateřské a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, za uchazeče o zaměstnání (včetně těch, kteří přijali krátkodobé zaměstnání), za osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované (nejsou v pracovním ani obdobném vztahu, nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, nejsou v evidenci uchazečů o zaměstnání, nejde o poživatele starobního, plného invalidního, vdovského nebo vdoveckého důchodu, ani o poživatele rodičovského příspěvku nebo o nezaopatřené dítě, dále z osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupni III (těžká závislost) anebo stupni IV (úplná závislost), osoby o ně pečující a osoby pečující o děti mladší 10 let,

Zákon stanovuje tzv. **vyměřovací základ** (jako u daně z příjmů fyzických osob, u OSVČ v současné době 35 % z rozdílu příjmů a výdajů, resp. vyměřovací základ je vázán na násobky průměrné mzdy). Zákon vymezuje **sazbu pojištění,** která je lineární. Dále vymezuje **rozhodné období**, způsob **placení** pojištění, **lhůty**. Zákon stavuje, druhy zdravotné péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění (a postupně i v jakém standardu, což je závislé na stanovení standardů zdravotní péče).

Financování nadstandardní zdravotní péče si musí občan zajistit ze svých finančních prostředků (princip ekvivalence), případně pro financování nadstandardní zdravotní péče může využít soukromé pojištění u soukromých (komerčních) pojišťoven (s využitím pojistného principu s podmíněnou, fakultativní návratností). V některých zemích včetně ČR se může připojistit na nadstandardní zdravotní pojištění i u zdravotních pojišťoven spravující veřejné zdravotní pojištění.

Pro zkvalitňování zdravotní péče je důležité stanovit **minimální standardy zdravotní péče a nadstandardy zdravotní péče**, stanovit finanční ukazatele na standardy zdravotní péče. Nicméně musí respektovat vazbu na dostupné zdroje financování zdravotní péče. Jestliže efektivnost výdajů na zdravotní péči, zejména ve zdravotnických zařízeních, je nízká, nehospodárně se vynakládají omezené veřejné zdroje financování, musí to mít dopad na snižování standardu, není-li možné, politicky průchodné zvyšovat povinné zdravotní pojištění. Nutno v této souvislosti podotknout, že v ČR se tlaku na zvýšení hospodárnosti nevěnovala v uplynulých dvaceti letech dostatečná pozornost nejenom ve zdravotnictví ale v celém veřejném sektoru. Nehledaly se nástroje zvyšování hospodárnosti v souvislosti se zvyšováním kvality péče, a tím zvyšování užitku pro klienta, které by také byly kontrolovatelné. Ve veřejném sektoru je neméně důležité vyhodnocovat hospodárnost organizací poskytující zdravotní péči, využít metody benchmarkingu a další komparativní metody.

---

které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni I (lehká závislost); za osoby k povolané k vojenskému cvičení (zálohy); za osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody; za osoby, které jsou plně invalidní nebo které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro přiznání plného invalidního důchodu nebo starobního důchodu, nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti, nepožívají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy; osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do sedmi let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku (bližší podmínky jsou uvedeny v zákoně); mladistvé umístěné ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchov; za osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, které byla udělena akreditace Ministerstvem vnitra, v rozsahu překračujícím v průměru alespoň 20 hodin v kalendářním týdnu, pokud není dobrovolník plátcem pojistného nebo za něj není plátcem pojistného stát; cizince, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, žadatele o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území, cizince, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem strpění pobytu, a jeho dítě narozené na území, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti.

Na stanovení standardů kvality by měli spolupracovat lékaři – z pohledu dostupných léčebných postupů, léčiv atd. a ekonomové z pohledu dlouhodobě vyrovnané bilance zdravotní péče. Stanovení standardů kvality je však často realizováno z pohledu krátkodobé potřeby úspor, je často politickou záležitostí.

Úhradové systémy

Platby zdravotních pojišťoven poskytovatelům zdravotní péče za poskytnutou zdravotní péči pacientům se uskutečňují několika způsoby. Jedním z nejčastějších způsobů u ambulantní péče (a domácí péče) je úhrada formou paušální platby na jednoho registrovaného pacienta bez ohledu na jeho nemocnost a podle počtu evidovaných pacientů (klientů) - tzv. **kapitační platba**. Ve smlouvě mezi lékařem a zdravotní pojišťovnou je dohodnuto, na jaký počet registrovaných klientů dostává lékař kapitační platbu. Kapitační platba je zpravidla kombinována s platbou za výkon – tzv. **kapitačně-výkonový způsob**. **Výkonový způsob** úhrady - platbou za výkon předpokládá existenci bodového systému ohodnocení podle náročnosti ošetření, léčby (lékařských úkonů). Předpokládá sestavení seznamu výkonů a jejich ohodnocení počtem bodů a ohodnocení bodu v peněžním vyjádření. Stanovení peněžní hodnoty bodu je pak předmětem vyjednávání v rámci dohadovacího řízení mezi zdravotními pojišťovnami a profesním sdružením poskytovatelů zdravotní péče (lékařské komory apod.) a státem zastoupeným MZ ČR.[29] Výkonový způsob úhrady se využívá u ambulantní specializované péče, lůžkové akutní i následné péče, v přepravě nemocných apod.

V odborné literatuře se často zdůrazňuje, že u lůžkové akutní péče a následné péče je důležitá klasifikace případů zdravotní péče, resp. souboru těchto případů, klinická a nákladová podobnost případů zdravotní péče. Předmětem zkoumání je, zda se klasifikační systém orientuje na dílčí léčebné úkony nebo na souhrn léčebných úkonů za určité časové období, klasifikace podle oblastí zdravotní péče, zda klasifikační systémy zohledňují i věk pacienta, jeho pohlaví a další faktory.

Úhrady za ústavní, nemocniční péči byly v ČR v minulosti stanoveny ročním paušálem, který vycházel z nákladů daného zdravotnického zařízení v uplynulých letech. Od této formy úhrady se v posledních letech postupně upouští a přechází se na úhradový mechanismus **Diagnosis related group** (DRG). DRG, případně jeho modifikace, je úhradový mechanismus především nemocniční péče. DRG systém využívá 25 hlavních diagnostických kategorií, které

[29] MZ ČR pak vydává na příslušný rok úhradovou vyhlášku.

jsou členěny do 941 podskupin (hlavní diagnóza, vedlejší diagnóza, poskytnuté výkony, věk, pohlaví pacienta atd.), výsledkem je číselný kód. Je založen na sběru informací o nákladovosti péče v rámci diagnózy, porovnávání nákladovosti mezi jednotlivými zařízeními, vyhodnocení a stanovení výše úhrady od zdravotních pojišťoven. Lze ho použít pro stanovení ukazatelů nemocniční péče a pro objektivizaci nákladů na nemocniční péči. Využívá se v určité modifikaci i v ČR. Často se zdůrazňuje problém, že ne všechny diagnózy a výkony mají svou skupinu, naopak že každá skupina zahrnuje i několik desítek diagnóz.

Správa, výběr, přerozdělování veřejného zdravotního pojištění

Správu a výběr veřejného zdravotního pojištění zajišťují zdravotní pojišťovny – VZP a oborové, resp. podnikové, zdravotní pojišťovny, od svých registrovaných pojištěnců.

Za nevýdělečné osoby platí pojištění do systému stát (tzv. státní pojištěnci). V posledních letech je úhrada za státní pojištěnce každoročně zvyšována Nařízením vlády ČR. V roce 2017 měsíční platba za státní pojištěnce dosáhla 920 Kč (z vyměřovacího základu 6 814 Kč), počet státních pojištěnců za celý rok 2017 dosáhl 5 851 583 osob[30].

Vybrané zdravotní pojištění je přerozdělováno mezi zdravotními pojišťovnami v závislosti na počtu pojištěnců dalších kritérií, které se každoročně aktualizují.[31] Výdaje na zdravotní péči představují cca 96 % z celkových výdajů v rámci všeobecného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny proplácejí náklady na zdravotní péči podle úhradové vyhlášky na příslušný rok.[32] Stát ovlivňuje hospodaření zdravotních pojišťoven, tvorbu fondů zdravotních pojišťoven (základní fond zdravotního pojištění, ze kterého se vyplácí úhrady ze zdravotní péči, provozní fond, fond prevence, rezervy a ostatní).[33]

Struktura registrovaných pojištěnců u jednotlivých zdravotních pojišťoven je různá. Podle dlouhodobých statistik potřebují různé věkové skupiny pojištěnců odlišnou zdravotní péči,

---

[30] Pramen: *Státní závěrečný účet za r. 2017, část „F", str. 43.* MF ČR. Například v roce 2010 byla měsíční platba státu za jednoho státního pojištěnce 723 Kč. Stát platil veřejné zdravotní pojištění v průměru měsíčně za 6 074 193 osob (tzv. státních pojištěnců – děti, důchodci, nezaměstnaní…). Celková platba státu ze SR za státní pojištěnce dosáhla výše 52,7 mld. Kč.

[31] http://www.mzcr.cz/obsah/prerozdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html

[32] Například v roce 2010 podle vyhlášky MZ č. 471/2009 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2010.

[33] Vyhl. č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby, užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu.

odlišně nákladnou, odlišnosti jsou i v četnosti jejich léčby v kalendářním roce, podobně jsou odlišnosti mezi muži a ženami. To se projevilo už v 90. letech, kdy VZP dosahovala dlouhodobě zhoršených hospodářských výsledků v důsledku toho, že u ní převládali registrovaní pojištěnci, vyžadující častější, případně nákladnější zdravotní péči – zejména děti a klienti v po produktivním věku, zároveň státní pojištěnci, za které stát platní nižší odvody veřejného zdravotního pojištění (byť se v posledních letech zvyšují), než je tomu u ostatních pojištěnců, kteří platí povinné veřejné zdravotní pojištění z vyměřovacího základu shodného se základem u děn z příjmů. Oborové zdravotní pojišťovny si v 90. letech vybíraly k registraci právě pojištěnce s vyššími příjmy a dosahovaly kladných hospodářských výsledků.

Příjmy od registrovaných pojištěnců stejně jako výdaje na jejich péči se mezi zdravotními pojišťovnami liší. Například v roce 2017 dosáhly průměrné příjmy na jednoho pojištěnce 27 206 Kč, mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami byly rozdíly v rádu 1,5 – 3 tisíce korun. Průměrné výdaje na jednoho pojištěnce za zdravotní služby hrazené ze základního fondu zdravotního pojištění dosáhly 25 479 Kč, mezi zdravotními pojišťovnami byly rozdíly a v průměru dosahovaly +1; - 2 tisíce Kč. Rozdíly ovlivnila rozdílná struktura pojištěnců a smlouvy s poskytovateli zdravotní péče. Předmětem přerozdělování je pojistné vybrané všemi zdravotními pojišťovnami od všech pojištěnců, včetně státních pojištěnců. Příjmem zvláštního účtu jsou i jiná plnění podle zvláštních předpisů, připsané úroky. Z prostředků na zvláštním účtu se hradí náklady na jeho vedení, které VZP s tím má a vykazuje, a náklady na účetní operace. O úhrn těchto nákladů se snižuje celková částka určená k přerozdělování.

Výsledkem disproporcí byly jednak legislativní úpravy, jednak se přistoupilo k přerozdělování vybraného pojištění mezi pojišťovnami. V posledních letech se přerozděluje 100 % vybraného pojistného. Vybrané zdravotní pojištění plyne do Fondu zdravotního pojištění a následně je přerozdělováno mezi zdravotními pojišťovnami. Zvláštní postavení ve správě veřejného zdravotního pojištění má ze zákona Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Byla pověřena zřízením a správou zvláštního účtu veřejného zdravotního pojištění, který slouží k přerozdělování vybraného pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR vede tento zvláštní účet odděleně od ostatních účtů a fondů, které spravuje (připomeňme, že převažuje bezhotovostní platební styk). Přerozděluje pojistné podle proměnlivých parametrů přerozdělování, kterými jsou nastavitelné parametry přerozdělování a vypočítané parametry přerozdělování, určené jednak zákonem, jednak prováděcími předpisy pro příslušný rok. Jedním z parametrů je počet a struktura pojištěnců, proto VZP vede centrální registr všech pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění.

Kritéria přerozdělování se každoročně aktualizují. Zohledňují se skutečné náklady na zdravotní péči (služby) všech pojištěnců za dva uplynulé roky v členění muži a ženy za věkové skupiny (kategorie) v odstupu po 5 letech (nákladové věkové skupiny obsahuje je příloha č. 1 zákona). Zvláštní postup je využit u propočtu za „nákladné pojištěnce“. Od roku 2018 jsou kritéria doplněna o parametr farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců (kteří jsou chronicky nemocní), obsahuje pravidla, podle kterých se do těchto skupin zařazují pojištěnci.

Přerozdělování se provádí podle indexů a podle nákladných hrazených služeb[34]. Přerozdělováním podle indexů se rozumí měsíční přerozdělování pojistného jednotlivým zdravotním pojišťovnám podle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin, do kterých jsou podle spotřeby léčivých přípravků zařazeni pojištěnci s chronickým onemocněním, a podle korekcí pro souběh skupin. Nákladový index věkové skupiny a farmaceuticko-nákladové skupiny vyjadřuje, jak se v přímé souvislosti s příslušností pojištěnce do dané skupiny liší předpokládané roční náklady na hrazené služby takového pojištěnce oproti předpokládaným průměrným ročním nákladům na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění.[35]

---

[34] Podrobně Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

[35] Parametry se každoročně aktualizují. Není úkolem této publikace s nimi podrobně seznamovat, nicméně smysl přerozdělování by měly ozřejmit. Pro r. 2018 mezi nastavitelné parametry dále patří, stanoví seznam kombinací věkové skupiny s farmaceuticko-nákladovou skupinou a dvou farmaceuticko-nákladových skupin navzájem, pro které kombinace skupin budou počítány korekce pro souběh skupin, příslušný koeficient, zajišťovací konstanta, která slouží ke stanovení hranice nákladovosti pojištěnce, při jejímž překročení jsou zdravotním pojišťovnám za příslušného pojištěnce hrazeny prostředky v přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, hranice spotřeby léčiv pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny, která označuje minimální spotřebu obvyklých denních terapeutických dávek léčivých přípravků nutnou pro zařazení pojištěnce do farmaceuticko-nákladové skupiny podle seznamu farmaceuticko-nákladových skupin. Provádí se korekcí pro souběh skupin nákladovým indexem.

Zdravotní pojišťovny zasílají MZ do 31. července v anonymizované podobě údaje za předcházející kalendářní rok stanovené prováděcím právním předpisem. MZ do 15. září vypočte a zašle Dozorčímu orgánu nad přerozdělováním prostředků veřejného zdravotního pojištění a zdravotním pojišťovnám vypočítané parametry přerozdělování, které se použijí pro následující období přerozdělování. Ve stejné lhůtě MZ zašle Dozorčímu orgánu a zdravotním pojišťovnám údaje, na jejichž základě byly vypočítané parametry vypočteny.

Příslušná zdravotní pojišťovna sdělí do osmého dne kalendářního měsíce správci zvláštního účtu počty registrovaných pojištěnců v jednotlivých věkových skupinách a farmaceuticko-nákladových skupinách pojištěných u těchto pojišťoven k prvnímu dni tohoto kalendářního měsíce, a to včetně počtu pojištěnců s kombinací těchto skupin v případech, kdy se na tyto kombinace vztahují platné korekce pro souběh skupin, počty registrovaných pojištěnců pojištěných k prvnímu dni tohoto kalendářního měsíce u těchto pojišťoven v členění podle zákona o veřejném zdravotním pojištění, za které je od prvního dne tohoto kalendářního měsíce plátcem pojistného stát, výši pojistného vybraného za předchozí kalendářní měsíc a počty pojištěnců k prvnímu dni kalendářního měsíce předcházejícího o 3 měsíce příslušné přerozdělování. Údaje sděluje zdravotní pojišťovna v elektronické podobě datovou zprávou vytvořenou v elektronické aplikaci, kterou vytváří a aktualizuje MZ.

VZP jako správce zvláštního účtu vypočítá rozdíly mezi počty pojištěnců k prvnímu dni daného kalendářního měsíce a počty pojištěnců sdělenými příslušnou pojišťovnou v kalendářním měsíci o 3 měsíce předcházejícím příslušné přerozdělování. O rozdíly upraví VZP počty pojištěnců sdělené příslušnou pojišťovnou v kalendářním měsíci. Počty pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, sdělené příslušnými zdravotními pojišťovnami VZP jako správci zvláštního účtu, podobně upravené, jsou podkladem pro platbu pojistného státem. Celkový počet státních pojištěnců pak VZP oznámí MF ČR do dvanáctého dne kalendářního měsíce (pro převod pojistného ze SR za státní pojištěnce). VZP pak oznámí do patnáctého dne kalendářního měsíce každé zdravotní pojišťovně celkovou částku, která na ni připadá z přerozdělování podle indexů. Celkovou částku pro příslušnou zdravotní pojišťovnu tvoří podíl na standardizovaného

Nákladový index pojištěnce vyjadřuje, kolikrát se předpokládané roční náklady na hrazené zdravotní služby daného pojištěnce liší od předpokládaných průměrných ročních nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění. Do průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění nejsou zahrnuty náklady, které jsou předmětem přerozdělování. Nákladnými hrazenými službami se rozumí hrazené služby poskytnuté pojištěncům, u nichž výše úhrady příslušnou zdravotní pojišťovnou za jednoho pojištěnce překročila v jednom období přerozdělování částku odpovídající součtu příjmu zdravotní pojišťovny na tohoto pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty.[36]

Přerozdělování podle nákladných hrazených služeb se provádí měsíčně zálohovým přerozdělováním pojistného podle příslušnosti pojištěnců ke zdravotní pojišťovně, za které byly těmito zdravotními pojišťovnami uhrazeny nákladné hrazené služby. Zdravotní pojišťovny pro účely přerozdělování oceňují podle nákladů na zdravotní služby vykázané poskytovateli zdravotních služeb za předchozí kalendářní rok. Po skončení roku se provede roční vyúčtování. Příslušná zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu kompenzace za hrazené nákladné služby stanovené v zákoně. [15]

VZP jako správce zvláštního účtu oznámí do patnáctého dne kalendářního měsíce všem zdravotním pojišťovnám výši měsíční zálohy, která na ně připadá z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb.

Nedosahuje-li pojistné vybrané příslušnou zdravotní pojišťovnou za předchozí kalendářní měsíc součet částek, které na ni připadají z přerozdělování podle indexů a z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb, které jí oznámila VZP jako správce zvláštního účtu, převede správce zvláštního účtu této zdravotní pojišťovně chybějící finanční prostředky do 15 pracovních dnů ode dne, kdy zdravotní pojišťovně tyto částky oznámil. Nesplní-li tuto

pojištěnce, vynásobený počtem standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny. Počet standardizovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se stanoví jako součet nákladových indexů všech jejích pojištěnců.

Podíl na standardizovaného pojištěnce se stanoví tak, že se částka určená k přerozdělování v kalendářním měsíci, snížená o celkovou částku měsíčních záloh pro daný kalendářní měsíc z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb a vydělí se celkovým počtem standardizovaných pojištěnců všech zdravotních pojišťoven.

[36] Způsob výpočtu nákladového indexu pojištěnce upravuje příloha č. 2 zákona zákonu č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Postup výpočtu příjmu zdravotní pojišťovny na pojištěnce z přerozdělování podle indexů a zajišťovací konstanty je v příloze č. 2 k zákonu č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

povinnost, vyměří MZ správci zvláštního účtu penále[37], které nesmí správce zvláštního účtu hradit z prostředků zvláštního účtu, základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu. Penále je příjmem zdravotní pojišťovny, vůči které správce zvláštního účtu nesplnil povinnost. Pokud důvodem nesplnění povinnosti správcem zvláštního účtu je nesplnění povinnosti některé zdravotní pojišťovny, penále se nevyměřuje.

Přesahuje-li pojistné vybrané příslušnou zdravotní pojišťovnou od svých pojištěnců za předchozí kalendářní měsíc součet částek, které na ni připadají z přerozdělování podle indexů a z přerozdělování podle nákladných hrazených služeb a které jí oznámil správce zvláštního účtu, uhradí tato zdravotní pojišťovna přebývající finanční prostředky na zvláštní účet do dvacátého pátého dne kalendářního měsíce, v němž jí byly částky oznámeny. Zdravotní pojišťovně, která povinnost podle věty první nesplní, vyměří MZ penále. Penále nesmí zdravotní pojišťovna hradit z prostředků základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu.[38] Penále je příjmem zvláštního účtu. Penále nesmí zdravotní pojišťovna hradit z prostředků základního fondu zdravotního pojištění nebo z prostředků rezervního fondu.

Na dodržování pravidel přerozdělování a hospodaření se zvláštním účtem dohlíží Dozorčí orgán, jehož členy jsou po jednom zástupci MF ČR, MZ, MPSV, zástupce pověřený VZP ČR a 1 zástupce z každé další zdravotní pojišťovny pověřený zdravotní pojišťovnou, kterou v Dozorčím orgánu zastupuje. Každý člen má jeden hlas, zástupci oborových zdravotních pojišťoven dohromady jeden hlas. Dozorčí orgán provádí kontrolu správnosti poskytnutých údajů, předává MZ kontrolní protokoly o provedených kontrolách. Zjistí-li MZ při kontrole chyby v sdělených údajích, které vedly k tomu, že byla částka připadající na danou zdravotní pojišťovnu vypočtena vyšší, než měla být, oznámí to VZP jako správci zvláštního účtu a ta vypořádá rozdíl v následujícím měsíci a zdravotní pojišťovně zároveň oznámí částku, o kterou v příslušném měsíci upraví výsledný nárok zdravotní pojišťovny a o tuto částku upraví částku určenou k přerozdělování. Pokud zdravotní pojišťovna při kontrole neposkytne Dozorčímu orgánu potřebnou součinnost, se dopustí přestupku, který projedná MZ a uloží pokutu až do 500 000 Kč.

[37] Penále ve výši 0,1 % z dlužné částky za každý den následující po dni splatnosti do dne platby včetně. Podobně Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

[38] Ve výši 0,1 % z dlužné částky za každý kalendářní den následující po dni splatnosti do dne platby včetně.

Tabulka: Vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v období 2015 - 2017[1] (v mil. Kč)

| | Skutečnost 2015 | Skutečnost 2016 | Skutečnost 2017 | ZPP[2] 2018 |
|---|---|---|---|---|
| **Příjmy celkem** | **252 585,6** | **264 851,9** | **284 832,9** | **297 184,7** |
| v tom: inkaso pojistného po přerozdělování | 249 693,4 | 261 750,7 | 281 598,8 | 294 084,0 |
| z toho: ze SR na nevýděl. Pojištěnce | 60 944,4 | 62 253,5 | 65 253,6 | 65 284,3 |
| ostatní příjmy a výnosy | 2 094,1 | 2 091,2 | 2 135,6 | 2 006,0 |
| výnosy ze zdaňované činnosti | 61,7 | 64,0 | 72,5 | 67,7 |
| platby od zahr. pojišť. na zákl. mezinár.smluv | 736,5 | 945,9 | 1 026,0 | 1 027,0 |
| **Výdaje v systému zdravot. pojištění celkem** | **252 002,8** | **258 941,2** | **275 310,4** | **295 437,9** |
| V tom: výdaje na zdravot. služby | 244 753,4 | 251 473,4 | 267 640,4 | 286 024,8 |
| provozní režie | 6 376,7 | 6 391,2 | 6 422,4 | 8 059,5 |
| výdaje za cizince uhrazené poskytovatelům zdr. sl. | 837,0 | 1 037,4 | 1 205,0 | 1 309,0 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| náklady na zdaňovanou činnost | 35,7 | 39,2 | 42,6 | 44,6 |
| **Saldo všech příjmů celkem a výdajů celkem** | **582,8** | **5 910,7** | **9 522,5** | **1 746,8** |

[1] Vybrané ukazatele.

[2] ZPP – Zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven.

Poznámka: Uvedené údaje odpovídají datům v státním závěrečném účtu za příslušný rok.

Pramen: *SZÚ* za r. 2016 a r. 2017, část „F".

Záporné saldo hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění v některých letech ovlivnila krizová léta a do určité míry i nízké platby za státní pojištěnce ze SR, které se navyšují výraznějším způsobem až v posledních letech. Vysoká zaměstnanost v posledních letech umožnila zvýšit příjmy z veřejného zdravotního pojištění stejně jako změna vyměřovacího základu u zaměstnanců na superhrubou mzdu[39].

Reformy financování zdravotní péče

Růst nákladů na zdravotní péči v posledních desetiletích si vyžaduje provést reformy v podstatě ve všech vyspělých zemích[40]. Reformy zdravotnictví se definují jako procesy, které vedou k významným institucionálním a strukturálním změnám. Tyto procesy jsou

[39] Reforma 2008 přinesla celou řadu změn, které se dotkly i daní včetně zdanění mezd zaměstnanců – zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, ve znění pozdějších předpisů. Daň z příjmů fyzických osob ze závislé činnosti a funkčních požitků (zaměstnanců) se počítá z tzv. **superhrubé mzdy** jako základu daně, která vychází z hrubé mzdy zaměstnance, ke které se přičítá zdravotní pojištění (9 %) a sociální pojištění (25 %) placené zaměstnavatelem za zaměstnance. Zrušily se progresivní sazby daně (12% – 32 %) a zavedla se tzv. rovná daň z příjmů fyzických osob, a to ve výši 15 % (čili lineární sazba daně).

[40] Lublaňská charta o reformě zdravotní péče z 18. června 1996. Evropská regionální úřadovna WHO.

řízené státem s podporou legislativních opatření. Dlouhodobým cílem je snížení dynamiky růstu nákladů a zároveň zvyšovat efektivnost, důsledně vyhodnocovat **hospodárnost** organizací poskytující zdravotní péči, využít metody a nástroje zvyšování efektivnosti ve veřejném sektoru (benchmarkingu a další komparativní metody). Cílem je také zvýšení podílu soukromých zdrojů ve zdravotnictví, zavádění efektivnějších úhradových mechanismů. To se týká i ČR. Už v 90. letech došlo k oddělení financování zdravotní péče od státního rozpočtu do rozpočtů zdravotních pojišťoven. Z velkého počtu zdravotních pojišťoven na začátku 90. let zůstalo pouze několik, neboť zejména malé oborové zdravotní pojišťovny měly velké problémy v hospodaření. Došlo k oddělení placení pojištění od daně ze mzdy - to umožnil přechod na daňový systém platný od r. 1993 a oddělení povinného sociálního pojištění a veřejného zdravotního pojištění. Na dalších krocích se dlouhodobě pracuje. Permanentním úkolem je stanovit **minimální standardy zdravotní péče** a stanovit finanční ukazatele na standardy zdravotní péče. Dlouhodobě je diskutován rozsah nezbytné zdravotní péče, kterou garantuje stát (jde de facto o stanovení základního standardu tohoto veřejného statku).

Literatura:


BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví.* Praha: Wolters Kluwer, 2010.

PEKOVÁ, J. *Veřejné finance – teorie a praxe v ČR.* Praha : Wolters Kluwer ČR, 2011.

PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejný sektor – řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012.

Usnesení č. 2/1993 Sb.*, předsednictva České národní rady* ze dne 16. prosince 1992 *o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky.*

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

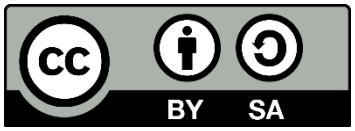
Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

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

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a výkonu činností souvisejících s poskytování zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů.
Zákon č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změnění souvisejících zákonů, ve znění pozdějších přepisů
Zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.
Státní závěrečný účet za r. 2016 a 2017.
Lublaňská charta o reformě zdravotní péče z 18. června 1996. Evropská regionální úřadovna WHO.
Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 až 2016. Praha: ČSÚ, 2018.

http://www.mzcr.cz/obsah/prerozdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html
http://www.szpi.gov.cz/clanek/kontrolni-cinnost-szpi.aspx
http://www.cizp.cz/
http://www.mzcr.cz/

EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

Toto dílo podléhá licenci Creative Commons
*Uveďte původ – Zachovejte licenci 4.0 Mezinárodní.*