

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

PROVOZNĚ EKONOMICKÁ FAKULTA

Systém organizace a financování zdravotnictví v České republice

disertační práce

Autor: Ing. Dana Stará

Školitel: doc. Ing. Alexandr Soukup, CSc., Katedra ekonomických teorií

Praha 2012

Obsah

1	Úvod	4
2	Cíl práce a metodika	6
3	Teoretická východiska zdravotní péče a financování zdravotnictví	8
3.1	<i>Zdravotnictví a „nárok občanů na zdraví“</i>	8
3.1.1	Podstata a význam zdravotnictví a péče o zdraví	8
3.1.2	Nárok na zdravotní péči, tzv. princip solidarity a ekvita ve zdraví	10
3.1.3	Otázka zdravotní péče jako veřejného statku	15
3.1.4	Význam a postupný rozvoj zdravotnictví	17
3.2	<i>Tržní prostředí ve zdravotnictví</i>	27
3.2.1	Problematika volného trhu ve zdravotnictví	28
3.2.2	Charakteristické prvky trhu v oblasti zdravotnictví	29
3.2.3	Specifika poptávky a nabídky na trhu zdravotní péče	32
3.3	<i>Úloha státu ve zdravotnictví</i>	33
3.3.1	Důvody pro zásahy státu do poskytování zdravotní péče	34
3.3.2	Funkce státu v oblasti zdravotnictví	35
3.3.3	Zdravotní politika, její nositelé a nástroje	36
3.3.4	Regulace státu v oblasti zdravotnictví	38
3.4	<i>Zdravotnické systémy</i>	41
3.4.1	Globální problémy zdravotnických systémů a nutnost změny	42
3.4.2	Modely zdravotnických systémů	48
3.4.3	Modely financování zdravotnictví podle zdroje příjmů	56
3.4.4	Zdravotní pojištění	59
3.4.5	Možnosti integrace výběru pojistného a daní	63
3.4.6	Způsoby financování zdravotnictví, kvalita zdravotní péče	66
3.4.7	Úloha lékařské komory ve zdravotnickém systému	80
3.4.8	Zavedení eHealth, dopad na kvalitu zdravotní péče a efektivitu systému	82
3.5	<i>Statistika ve zdravotnictví</i>	86
3.5.1	Význam statistiky ve zdravotnictví	86
3.5.2	Významné ukazatele ve zdravotnictví	92
3.6	<i>Organizace zdravotnictví na úrovni EU a společná politika zdravotnictví</i>	93
3.7	<i>Zdravotnictví v České republice</i>	97
3.7.1	Historie zdravotnictví na území dnešní České republiky	97
3.7.2	Současná organizace a financování zdravotnictví v České republice	113

4	Posouzení stavu a fungování českého zdravotnictví.....	128
4.1	<i>Strukturovaný model zdravotnického systému</i>	<i>129</i>
4.2	<i>Posouzení vlastní organizace a financování zdravotnictví ČR</i>	<i>133</i>
4.2.1	Členové zdravotnického systému ČR.....	134
4.2.2	Dostupnost zdravotní péče v ČR	136
4.2.3	Personální zajištění v českém zdravotnictví	162
4.2.4	Vlastní financování zdravotnictví ČR	182
4.2.5	Materiálně technické vybavení v českém zdravotnictví	210
4.2.6	Úroveň elektronického propojení ve zdravotnictví ČR	211
4.3	<i>Posouzení procesu poskytování zdravotní péče v ČR</i>	<i>221</i>
4.3.1	Vlastní postupy a procedury léčebné péče v ČR	221
4.3.2	Vztah pacient – zdravotník v českém zdravotnictví	221
4.4	<i>Posouzení výsledků poskytování zdravotní péče v ČR</i>	<i>222</i>
4.4.1	Subjektivní hodnocení poskytování zdravotní péče v ČR	222
4.4.2	Objektivní hodnocení poskytování zdravotní péče v ČR	223
4.5	<i>České zdravotnictví v mezinárodním srovnání</i>	<i>230</i>
4.5.1	Mezinárodní srovnání střední délky života a kojenecké úmrtnosti	230
4.5.2	Mezinárodní srovnání výdajů na zdraví (zdravotní péči, resp. zdravotnictví)	234
4.5.3	Mezinárodní srovnání dostupnosti zdravotní péče	239
4.6	<i>Postavení zdravotnictví v ekonomice ČR.....</i>	<i>241</i>
4.6.1	Srovnání vývoje počtu zaměstnanců a jejich průměrné měsíční mzdy v odvětví Zdravotní a sociální péče a celé ekonomice ČR.....	243
4.6.2	Srovnání spotřebních výdajů domácností, cen a hrubé přidané hodnoty v odvětví Zdravotní a sociální péče a celé ekonomice ČR.....	244
5.	Zhodnocení výsledků a doporučení	247
5.1.	<i>Zhodnocení organizační a finanční stránky českého zdravotnictví a doporučení změn pro tvůrce zdravotní politiky a zdravotnická zařízení</i>	<i>247</i>
5.2	<i>Zhodnocení procesu poskytování péče v českém zdravotnictví a doporučení změn.....</i>	<i>264</i>
5.3	<i>Zhodnocení výsledků poskytované péče v českém zdravotnictví a doporučení změn.....</i>	<i>267</i>
6	Závěr	269
7	Seznam použitých zdrojů	271
8	Přílohy.....	280

1 Úvod

Zdraví je jednou z nejcennějších hodnot člověka. Dobré zdraví je důležité nejen pro jedince, ale pro celou společnost. Nelze opomíjet ani negativní dopady na ekonomiku státu v případě neuspokojivého zdravotního stavu jeho obyvatelstva. Finanční prostředky vkládané do zdravotnictví a zdravotní péče jsou jednou z nejvýnosnějších investic, což si uvědomuje snad každá společnost, stát.

Při zavádění a udržování zdravotní politiky je většinou kladen důraz na rovnost ve zdraví a přístup občanů alespoň k základní zdravotní péči. Programy zaměřené na zajištění dostatečně kvalitní zdravotní péče jsou řešeny i na mezinárodní úrovni.

Zdravotnické systémy v jednotlivých státech se liší. Obecně však platí, že zdravotnictví rozvinutých a vyspělých států je většinou z nějaké části financováno z veřejných zdrojů. Většinou čím bohatší je stát, tím vykazuje vyšší podíl výdajů na zdravotní péči vzhledem k dosahovanému HDP. Zvyšování výdajů na zdravotnictví nemusí být negativním jevem. Jsou zaváděny další, nové a modernější medicínské metody a užívaná zdravotnická technika. Je však nutné dbát na to, aby byla zdravotní péče poskytována v potřebné míře, nedocházelo k jejímu nadužívání a zneužívání a finanční prostředky byly alokovány efektivně.

Prakticky v každém zdravotnickém systému vyspělého státu existuje určitá regulace státem. A to i v těch, které jsou označovány jako tržní, liberální. Žádný z moderních zdravotnických systémů si nedovoliuje ponechat vše trhu. Trh zdravotní péče je odlišný od trhu běžných statků a služeb a i z morálního hlediska stále existují regulace a garance státu. Nicméně ekonomové a odborná společnost vedou diskuse o míře centralizace a decentralizace zdravotní péče a jejím financování.

Zdravotnictví je oblast, které se nevyhýbají různé organizační změny. České zdravotnictví ovšem patří mezi ty, které prošly v minulém století změnami závažnými. Současné podobě českého zdravotnictví, kdy je péče financována ze zdrojů zdravotních pojišťoven a být pojištěn je povinné, předcházelo dlouhá léta zdravotnictví socialistického modelu, který se od toho nynějšího podstatně lišilo. Mělo svá pozitiva, ale také i negativní stránky. Obojí se dodnes odráží v českém zdravotnictví.

Stále je diskutována reforma zdravotnictví v České republice. Převratné změny v něčem tak pro občany citlivém nemusejí být společností (voliči) dobře přijaty. Což je ovšem podmínka toho, aby změny vedly k lepšímu fungování celého zdravotnického

systemu a k poskytování kvalitní a zároveň finančně dostupné zdravotní péče.

V posledních letech prošlo zdravotnictví náročnou zkouškou v podobě významného snížení příjmů. Ekonomická krize se dotkla i tohoto resortu. To, v jakém stavu skutečně české zdravotnictví je, je dost složitá otázka, na níž lze najít odpověď jen podrobnější analýzou. Při zkoumání zdravotnictví se však nelze omezovat jen na statistické údaje. Jedná se o obor, kde vyhodnocování nelze provádět jen na základě matematických a statistických výpočtů, ale také s ohledem na mnoho velmi špatně, ne-li vůbec kvantifikačně postihnuteľné faktory.

2 Cíl práce a metodika

Hlavním cílem disertační práce je posouzení stavu českého zdravotnictví, identifikace podstatných nedostatků a problémů. Práce vyústí v návrh reformních změny nebo dílčích opatření vedoucích ke zlepšení organizační a finanční stránky českého zdravotnictví.

Vlastnímu posouzení zdravotnictví předchází vypracování literární rešerše na základě prostudování české a zahraniční odborné literatury, odborného periodika a legislativních norem, která představuje teoretická východiska práce vypovídající o principech organizace a financování zdravotnictví. Budou rozebrána specifika trhu ve zdravotnictví, možnosti a důvody regulace a obecně funkce státu ve zdravotnickém systému a význam zdravotnictví v ekonomice.

Na zmapování historie a uspořádání zdravotnictví na území České republiky navazuje sestavení strukturovaného modelu determinace zdravotní péče, na základě kterého bude posuzováno současné české zdravotnictví, resp. poskytování zdravotní péče. Model bude obsahovat důležité determinanty výsledků poskytování zdravotní péče a fungování zdravotnictví. V práci bude provedeno také mezinárodní srovnání ukazatelů vztažených ke zdravotnictví a zdraví občanů České republiky a vybraných států, vyhodnocen vztah mezi výdaji na zdravotnictví, dostupností zdravotní péče a zdraví obyvatelstva. Analýza na základě statistických údajů bude doplněna zohledňováním výsledků dotazníkového šetření, jehož respondenty jsou lékaři a sami občané. Tato metoda je do práce zařazena v důsledku úsudku, že hodnocení zdravotnictví na základě běžných objektivních ukazatelů není dostačující. Hodnocení kvality poskytování zdravotní péče a fungování zdravotnictví je velmi složité a mnoho vyvinutých ukazatelů má své nedostatky. Jsou tedy v rámci hodnocení na základě zpracování ukazatelů vztahujících se ke zdravotnictví brány také v úvahu názory občanů a lékařů, které vyplývají ze zmiňovaného statistického šetření.

Zdrojem dat pro zpracování disertační práce jsou databáze a dokumenty Českého statistického úřadu (ČSÚ ČR), Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), World Health Organization (WHO), popř. OECD a Eurostatu. Důležitým zdrojem budou také materiály poskytnuté Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, které poslouží především při analýze trhu práce ve zdravotnictví a zajišťování tohoto resortu odborným

personálem. Významným podkladem jsou výsledky dotazníkového šetření, které v nezpracované podobě (výsledky zachyceny jen jako netříděné a nevyhodnocené odpovědi jednotlivých dotazníků v excelových tabulkách) poskytlo pro účely zpracování této disertační práce Lékařské informační centrum, s.r.o.

Po kontaktování odpovědné osoby byly předány k účelům zpracování této disertační práce zprávy (word) a výsledky dotazování (excel) od roku 2006 a nezpracované výsledky šetření z roku 2010, které budou pro zpracování disertační práci důležité. Pokud nebude uvedeno jinak, konstatování názorů občanů a lékařů vztahující se k roku 2010 vychází z vlastního zpracování a vyhodnocení výsledků těchto dotazníkových šetření provedených Lékařským informačním centrem s.r.o. a Agenturou INRES-SONES.* Vyhodnocování odpovědí dotazovaných respondentů bude prováděno pomocí funkce kontingenčních tabulek v MS Excel.

V práci bude využito metody deskripce, komparace, analýzy a syntézy. Pro přehledné znázornění budou výsledky zkoumání a vlastních výpočtů (např. tempa růstu, míra nezaměstnanosti, využití lůžkového fondu) zachyceny v grafech, obrázcích a tabulkách.

* Reprezentativní sociologický výzkum názorů a postojů lékařů k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví a Výzkum názorů a postoj občanů ČR k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života jsou prováděny od roku 1995. Dotazník obsahuje dvě skupiny otázek. 1. skupina otázek je zaměřena na problematiku zdravotnictví v České republice, názory na jeho vývoj a současný stav. 2. skupina otázek obsahuje v případě lékařů specifické otázky týkající se výkonu léčebné a preventivní péče ve vztahu k lidskému zdraví, v případě občanů specifické otázky týkající se zdraví a zdravého způsobu života, včetně péče o vlastní zdraví a preventivních přístupů v této oblasti. Pro zpracování disertační práce jsou využity výsledky spojené s otázkami 1. skupiny. V případě výzkumu názorů občanů v roce 2010 sestával výběrový soubor 1793 jedinců vybraných náhodným výběrem pomocí kvót a představuje reprezentativní vzorek populace České republiky ve věku nad 15 let. V případě výzkumu názorů lékařů sestával reprezentativní vzorek z 1178 lékařů vybraných rovněž náhodným výběrem pomocí kvót a odpovídal struktuře základního souboru lékařů České republiky. Terénní šetření bylo provedeno technikou řízeného rozhovoru tazatele s respondentem.

3 Teoretická východiska zdravotní péče a financování zdravotnictví

3.1 Zdravotnictví a „nárok občanů na zdraví“

„Zdravotnictví je ve vyspělých zemích velmi důležitou součástí života všech obyvatel. Kvalitní zdravotní péče působí pozitivně na celou společnost. Jedná se o rozsáhlý specifický sektor ekonomiky, který vyžaduje neustálé korekce, regulace a reformy. Systémy zdravotnictví ve většině vyspělých států jsou předmětem častých diskusí jak na odborné, tak i na politické úrovni.“¹

3.1.1 Podstata a význam zdravotnictví a péče o zdraví

Pojem zdravotnictví má mnoho různých definic. Lze na něj nahlížet z více směrů. „Zdravotnictví je společenskou soustavou profesionálně odborných institucí, zařízení, orgánů a pracovníků a jim odpovídajících činností, sloužících speciálně k poskytování zdravotní péče s primárním cílem podporovat, zachovávat nebo obnovovat zdraví.“²

„Zdravotnictví představuje souhrn, soustavu činností, opatření, institucí a zařízení, jimiž společnost uplatňuje zřetel na zdraví obyvatelstva, tj. souhrn všeho, co společnost vytváří a vykonává k prevenci a léčení nemocí, k zachování a rozvoji fyzické a duševní zdatnosti, pracovní schopnosti, k prodloužení života, k zabezpečení zdravého vývoje nových generací a zlepšení vlastností lidského rodu.“³

Zdravotnictví má mnoho subsystémů, jedním z nichž je zdravotní péče, která má za úkol poskytovat jednotlivé zdravotnické služby. Zdravotní péče není tedy totéž co péče o zdraví. Což je důležité pro mnohé další úvahy a pochopení souvislostí uvědomit.

„Vztah zdravotnictví k národnímu hospodářství lze vyjádřit i tak, že národní hospodářství je v hierarchii ekonomických systémů supersystémem, zdravotnictví pak jedním z jeho systémů, přičemž se samo skládá z řady subsystémů různého řádu. Každý systém ve vztahu k systému vyššího řádu má svou funkci, jejíž plnění musí odpovídat potřebám stability nadřazeného systému. Stabilitu nechápeme staticky, jako stav, nýbrž dynamicky, resp. proces dynamické rovnováhy. Stabilita subsystému je závislá

¹ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*. s. 127

² ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*, s.

³ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 137

na dynamické rovnováze vzájemně spjatých systémů, na jejich schopnosti zabezpečovat stabilitu supersystému, v našem případě národního hospodářství.“⁴

„Péči o zdraví bývá často nazývána „ochrana, podpora a obnova zdraví“. Jako taková prolíná celé národní hospodářství, v globalizujícím se světě přesahuje hranice států a má zvláštní funkce ve společenském reprodukčním procesu. Péče o zdraví jako disciplína chápe zdraví jako pozitivní externalitu a podmínku existence lidstva. Opírá se o fakt, že ochrana a podpora zdraví je z hlediska národohospodářské efektivity ekonomicky výhodnější než obnova již narušeného zdraví. V tomto smyslu se obsahově péče o zdraví shoduje s náplní předmětu „ekonomika zdraví.“⁵

„Péče o zdraví vyjadřuje působení společnosti na zdraví lidí v nejširším smyslu slova. Představuje souhrn všech činností a opatření, kterými se společnost snaží vytvořit nutné podmínky k ochraně, upevňování a rozvoji zdraví. Péče o zdraví se projevuje v opatřeních hospodářských (výživa, bydlení, oblékání, zdravotně vyhovující pracovní prostředí a pracovní proces), sociálních (zabezpečení práce schopných, jejich rodin, dětí, rozvoje populace), kulturních (zvyšování vzdělanosti lidí) a zdravotnických.“⁶

Zdravotnictví, tak jak ho lidé vnímají v dnešní době a jakou plní funkci dnes, je výsledkem mnohaletého vývoje.

„Zdravotnictví jako organizovaná oblast sociální činnosti je produktem éry institucí konce 19. století. Mezi důležité faktory rozvoje zdravotnictví patřily potřeba péče o ekonomicky aktivní obyvatelstvo, řešení důsledků migrace obyvatelstva do měst z důvodu průmyslové revoluce, rozsáhlé válečné konflikty vznikající při dělení Evropy, rozvoj přírodních věd a spolu s tím i nástup moderní medicíny.“⁷

Pohled na zdravého člověka a zdraví společnosti se v předchozím režimu z jistého hlediska lišil. Bylo poukazováno na rozdíly v pohledech na zdraví ve společnosti kapitalistické a socialistické.

„Vedle neměřitelných hodnot představují lidské zdraví a lidský život pro jednotlivce, rodinu i společnost hodnoty ekonomické. V tomto směru byl

⁴ LANDSMAN, Ladislav. *Ekonomické problémy zdravotnictví a jeho řízení*, s. 50

⁵ IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství*, s. 39

⁶ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 23

⁷ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 125

mezi společnostmi kapitalistickou a socialistickou hluboký kvalitativní rozdíl. V kapitalistické společnosti je pracovní síla zbožím, jehož cena podléhá výkyvům trhu. Je tu stálá rezervní armáda pracovních sil, nezaměstnaných, která za každý ztracený život nebo ztracenou pracovní schopnost dodává náhradu. Sociální a ekonomický význam nemoci a smrti a hodnota lidského života jsou značně rozdílné ve vysoce industrializovaných státech a v málo vyvinutých koloniálních a polokoloniálních zemích. V socialismu neexistuje trh práce, neexistuje žádná rezervní armáda nezaměstnaných; cena lidské práce se neřídí zákonem nabídky a poptávky.“⁸

3.1.2 Nárok na zdravotní péči, tzv. princip solidarity a ekvita ve zdraví

„V odborné zdravotnické literatuře se lze setkat s pojmem ekvita – překládá se jako spravedlnost nebo rovnost. Ekvita ve zdraví, dle definice publikované Světovou zdravotnickou organizací znamená, že v ideálních podmínkách by každý měl mít stejnou příležitost dosáhnout svého plného zdravotního potenciálu a – řečeno pragmatičtěji – nikdo by neměl být znevýhodněn při jeho dosahování, lze-li se ovšem takovému znevýhodnění vyhnout. Znamená to tedy, že každému se musí dostat zdravotní péče podle jeho potřeb, neboť zdraví je předpokladem uplatnění práva na život a osobní svobodu.“⁹

Dá se říci, že prakticky všechny evropské státy při vytváření zdravotní politiky a nastavování systému financování zdravotní péče staví na principu sociální ekvity. Pochopitelně míra jejího zohledňování se stát od státu liší, nicméně zdravotní péči stát deklaruje na základě občanských práv, jak je zakotveno v Deklaraci Světové zdravotnické organizace. „Zjednodušeně lze sociální ekvitu definovat jako solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinci s rodinami, ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními.“¹⁰

Obecně je v rámci sociální ekvity rozlišována:

- horizontální rovnost – osobám se stejnými zdravotními problémy je poskytována stejná zdravotní péče

⁸ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 75

⁹ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 143

¹⁰ JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, s. 19

- vertikální rovnost – osobám s různými zdravotními potížemi je poskytována diferencovaná péče na základě přesnější diagnózy, stupně, závažnosti, prognózy onemocnění, možnostmi léčby

„Princip sociální solidarity je srozumitelný především v evropském myšlení, od středověku se rozvíjela pomoc mimo rodinu, např. v církevních společenstvích, ale i světských skupinách, které byly organizovány podle různých hledisek, jako např. podle profese, řemesla apod. V důsledku některých změn, které se začínají objevovat v soudobé společnosti, jako je sociální autonomie, individualizace, pokles skupinové soudržnosti apod., se někteří odborníci domnívají, že na začátku příštího století může dojít k selhávání principu sociální solidarity a k vážné krizi zdrojů. Rovnost ve vztahu ke zdraví a zdravotní péči má však v moderní společnosti velký význam, neboť otázka zdraví zaujímá přední místo v žebříčku společenských hodnot.“¹¹

Nejen v České republice, ale všude ve světě musí už delší dobu řešit dilema, které spočívá v problému, jak nadále poskytovat každému pacientovi co nejvyšší zdravotní péči, při únosných nákladech systému, které stále rostou, a to z mnoha příčin. Naráží zde na sebe otázka etiky s otázkou ekonomické efektivity.

„V evropském měřítku byla zdravotním programům věnována pozornost už v 60. a 70. letech. Ucelený komplexní zdravotní program vypracovaný Světovou zdravotnickou organizací (SZO) byl vyhlášen v roce 1980, jeho evropská varianta byla Evropským zdravotnickým shromážděním přijata v roce 1984 (Zdraví pro všechny do roku 2000 a dále) a publikována v roce 1985. SZO tehdy vyzvala všechny členské státy, aby se k programu připojily a rozpracovaly evropské metodické zásady na své podmínky. V bývalém Československu byla metodická pomoc SZO využívána jen částečně. V roce 1991 byl program v evropském měřítku revidován, ale ani potom nebyl v České republice plně využit. Po rozsáhlé celoevropské diskuzi byl program koncem 90. let opět upraven a v roce 1999 publikován pod názvem Zdraví 21 - jako osnova evropské péče o zdraví v 21. století.“¹²

¹¹ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 147

¹² FISHER, Bohumil. *Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace.*

V souvislosti se sociální nerovností ve zdraví a nemoci lze podle německého sociologa J. Siegrista rozlišovat 4 stadia ekonomických a politických systémů.

„Stadium č. 1: Zdravotní péče nouzového stavu jako výraz socioekonomického zbídačení

- charakteristické pro rozvojové země, které ještě nezačaly proces industrializace
- nízká střední délka života, velmi vysoká kojenecká a dětská úmrtnost
- extrémní sociální nerovnosti mezi obyvateli

Stadium č. 2: Zdravotní péče jako výraz rostoucího socioekonomického vývoje

- rychlé socioekonomické změny následkem industrializace vedou ke koncentraci zdrojů v městských regionech, a tím k polarizaci zdravotní péče mezi městem a venkovem (např. Indie, Brazílie, Řecko, Portugalsko, Irsko)

Stádium č. 3: Duální zdravotní péče jako výraz státního sociálního vývoje

- rozvinuté průmyslové společnosti v podmínkách pravidel vybudovaného státního sociálního zabezpečovacího systému jsou zaměřeny na snižování sociálních nerovností ve využívání lékařů, v regionální nabídkové struktuře i v preventivních opatřeních
- dosaženo ve značné části rozvinutých průmyslových společností (např. Velká Británie, Izrael)

Stádium č. 4: Integrovaná zdravotní péče jako výraz demokratických procesů

- v Evropě je systém organizované státní veřejné péče patrný nejspíše v některých skandinávských zemích, Holandsku, Švýcarsku, Německu, kde je všeobecná úroveň zdravotní péče tak rozvinuta, že duální medicína, jakkoli v zárodku nadále existuje, nemůže již mít závažný zdravotně politický vliv
- charakteristický vysoký podíl nákladů na zdravotnictví ve vazbě na HDP, značná hustota sítě lékařů a nadprodukční soukromohospodářské trhy¹³

¹³ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 145 - 146

„Při vytváření zdravotní politiky vyspělých zemí působí dva protichůdné principy libertarianismus a egalitarianismus. Hlavním tématem diskuse je, zda uznat právo na zdravotní péči, podobně jako právo volební, jež přísluší všem, a roli koordinátora přisoudit státu. Zatímco rovnostářské teorie (egalitarianismus) přiznávají každému jednotlivci právo na základní minimum zdravotní péče či právo na rovný přístup k možnostem, libertariáni zdůrazňují, že právo na zdravotní péči neexistuje, neboť práva nebo sociální jistoty, jež jsou vynucovány principem beneficence, popírají respekt k autonomii jedince.“¹⁴

V Evropě se v současné době prakticky všechny zdravotnické systémy opírají o princip sociální solidarity a nároku na zdraví. Příkladem země, ve kterém se uplatňuje tržní liberální pojetí zdravotní péče, jsou USA.

Právo na zdraví však nepřisuzuje nárok na získání neomezeného množství zdravotnických služeb, ale pouze na určitý objem (standard) zdravotní péče.

„Přesun individuálních odpovědností za zdraví na společnost je často spojován s jevem zvaným morální hazard. Hlavním principem rovnostářského přístupu je princip solidarity. Princip solidarity obsahuje ale i nežádoucí prvek, jímž je solidarita jedinců zodpovědných za své zdraví s nezodpovědnými jedinci. Neomezený princip solidarity vyvolává nežádoucí efekt v podobě zneužívání systému a nadměrné spotřeby zdravotnických služeb. Jde o dobu pasti nezaměstnanosti v oblasti sociálních dávek. Od 70. let 20. století je v zemích, které aplikují rovnostářský přístup, jedním z hlavních problémů, jak zajistit populaci zdravotní péči při omezeném množství zdrojů v podmínkách rozšiřující se nabídky.“¹⁵

V souvislosti s rostoucími výdaji se vedou diskuse, co by mělo být hrazeno v rámci povinného zdravotního pojištění a co ne. Často jsou slýchána slova o tom, jak mají lidé právo na bezplatnou zdravotní péči. „Bezplatná“ ovšem není přesný výraz. I v Listině základních práv a svobod, konkrétněji Hlava IV. (Hospodářská, sociální a kulturní práva) v článku 31 je uvedeno:

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.

¹⁴ IVANOVÁ, Kateřina, TUCKEROVÁ, Veronika. *Kapitoly z lékařské etiky*, s. 103

¹⁵ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 125

„Bylo upuštěno od deklarování nároku na údajně bezplatnou zdravotní péči a ve shodě s realitou stanoveno, že občané mají nárok na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, avšak pouze na základě veřejného pojištění a za podmínek, které stanoví zákon. Tímto zákonem je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.“¹⁶

„Řada autorů uvádí, že v teoretické rovině je nutné odlišovat pojmy nerovnosti ve zdraví a ekvity ve zdraví a nabízí vymezení těchto pojmů, kdy ekvita ve zdraví je normativním konceptem (hodnotí se, co je správné a co špatné), zatímco nerovnosti ve zdraví jsou konceptem empirickým (zjišťuje se na základě měření zdravotního stavu jedinců a populačních skupin).“¹⁷

„Úplné pokrytí, vládní programy nebo kombinace soukromého a veřejného financování ještě negarantuje patřičný přístup ke zdravotní péči. Nedávná studie zkoumala základní balík péče v rámci sociálního veřejného pojištění francouzského, izraelského, lucemburského, holandského, německého a švýcarského systému a byly shledány značné rozdíly ve službách zahrnutých do péče v rámci pojištění.“¹⁸

„V současnosti platná koncepce podpory zdraví má víceletou historii. Jejím vzniku předcházely celý soubor socioekonomických změn v nejrozvinutějších zemích světa. Tyto země prožívaly až do začátku 70. let tři desetiletí hospodářského rozkvětu. Jejich vlády vydávaly stále více prostředků na zdravotní a sociální programy. Ropná krize a následná ekonomická recese první poloviny 70. let znamenaly určitý zlom. Nutnost omezovat výdaje vedla podstatně k racionalizaci péče o zdraví. Odborníci si stále více uvědomovali nutnost reakce na proměny nemocnosti, k níž došlo v poválečném období.“¹⁹

Projekty podpory zdraví fungují samozřejmě i v České republice a mají směřovat k naplňování cílů Národního programu zdraví ČR. Tyto projekty mají intervenční charakter, jejich cílem je ovlivňování životních podmínek a také výchova ke zdraví. Výchova ke zdraví by neměla být podceňována, měla by probíhat v rodinách, školách a podnicích nebo jiných společenstvích. Může být organizována i v obcích, na úrovni regionální nebo i celostátní.

¹⁶ FARKAŠ, Andrej, GODOVÁ, Dalma, HRUBEŠOVÁ, Zdenka. *Vybrané problémy ve zdravotnictví*, s. 7

¹⁷ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*.

¹⁸ DONALDSON, Cam, GERARD. Karen. *Economics of Health Care Financing*.

¹⁹ TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s.

„Projekty podpory zdraví Národního programu zdraví jsou tematicky zaměřeny na ovlivňování rizikových faktorů závažných civilizačních onemocnění:

- ozdravení výživy
- omezování kuřáctví
- omezování a zvládání nadměrného stresu
- zlepšení reprodukčního zdraví
- omezování spotřeby alkoholu
- optimalizace pohybové aktivity“²⁰

3.1.3 Otázka zdravotní péče jako veřejného statku

Se sociální ekvitou ve zdraví a nárokem na zdravotní péči souvisí i pohled na zdravotní péči jako veřejný statek.

„Zdraví je považováno částí ekonomů, sociologů a zdravotníků a dalších odborníků nejen jako individuální, ale rovněž i jako celospolečenský, tedy veřejný statek. Dlužno podotknout, že s tímto tvrzením část odborné veřejnosti nesouhlasí a považuje zdraví za individuální statek. Je třeba přiznat, že zdraví nenaplňuje znaky charakteristické pro veřejný statek tak, jak je definuje veřejná ekonomie. Ale již v oblasti obecné ekonomie platí i jeden ze základních ekonomických zájmů, který říká, že „každý má ničím neomezená přání, avšak omezené zdroje.“²¹

„Wonderling a spol. jsou názoru, že zdravotní péče není veřejným statkem, jelikož je rivalitní. Uvádí to na příkladu, že když jeden spotřebovává lék, je ho méně pro spotřebu ostatních. Zdravotní péče je podle jejich názoru také vylučitelná ze spotřeby. Ovšem veřejné zdravotnictví je statkem veřejným. Uvádějí příklad Millse a Gilsna, kteří to demonstrují na čištění rybníka kvůli zabránění nákazy malárií. Všichni ze společnosti z toho budou mít užitek i ti, kteří na to nijak nepřispěli – free-riding – problém černého pasažéra.“²²

²⁰ ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ, Libuše, DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 82-83

²¹ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*.s. 33

²² WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*. s.120

Zdravotnictví jako celek se veřejnému statku skutečně blíží, např. bezpečnostní opatření proti vypuknutí infekčních chorob (kontroly na letišti, pravidelné rozборы zásobáren vod, výzkum apod. Vezme-li se v úvahu konkrétní poskytovaná zdravotní péče, je to už problém složitější. Transplantace srdce konkrétním čekatelům vylučuje ze spotřeby ty na konci seznamu, nedá se už říci, že nejde o rivalitu. Očkování vakcínou, která není navíc momentálně dostupná, vylučuje ze spotřeby ty, kteří by ji rádi přijali, ale nejsou ve skupině lidí, kteří jsou upřednostňováni. To, že chod systému zajišťuje vláda, resp. veřejné instituce, neznamená, že jde nutně o veřejný statek.

Obecně je přikládán velký význam stavu zdraví úrovni zdravotní péče. Zdravotní péče, o jejíž zajištění by se do jisté míry měl postarat stát. Existují mnohé studie zaměřené na determinanty zdraví. Liší se mírně v tom, z kolika procent která determinanta úroveň zdraví ovlivňuje, ale v podstatě se jejich výsledky shodují. Sama zdravotní péče zdaleka není rozhodující faktor. Z velké části zdravotní stav ovlivní sám jedinec svými chováním a životním stylem. Je mylné vidět ve vysoké úrovni a dostupnosti zdravotní péče spásu pro zdraví obyvatel. Schéma 1 zobrazuje a vyjadřuje jeden z pohledů na vztah zdraví a jeho determinanty a ukazuje, z jak poměrně malé části je zdraví člověka ovlivňováno právě zdravotní péčí.

Schéma 1 Diamantový model příčin nemocí – základní determinanty ovlivňující zdraví člověka



Zdroj: ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ, Libuše, DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. s. 19. ISBN 978-80-247-2860-5.

3.1.4 Význam a postupný rozvoj zdravotnictví

„Chránit se před nemocí je snaha, která začíná už ve společnosti prvobytně pospolné, v níž ještě ovšem nelze prakticky hovořit o zdravotnictví v dnešním slova smyslu, protože úroveň poznatků byla velmi nízká. V této době se položily základy pro využívání léčebných účinků přírody, zejména vody, bylin a minerálů.“²³

Nejen medicína, ale i samotné zdravotnictví prošlo rozsáhlým rozvojem. Vládnoucí si začali uvědomovat význam veřejného zdravotnictví, kde důležitým impulzem pro přijetí zásadních rozhodnutí a posílení zdravotnictví a zdravotní péče byl především ekonomický zájem. Jak se měnil význam přisuzovaný zdraví a zdravotnictví, měnil se i společenský status lékařů a zdravotníků.

3.1.4.1. Vznik veřejného zdravotnictví a jeho úloha ve zdravotnickém systému

To, jak je označováno veřejné zdravotnictví a jaká je jeho přesná náplň nesouvisí jen se zdravotním stavem obyvatelstva. Svou roli hrají také podmínky sociální a ekonomické. Nezanedbatelný je také vliv kulturně-historický, který, i když bývá někdy při tvorbě zdravotní politiky opomíjen, může zásadně ovlivnit přijetí nařízení a změn společností a je s ním i do jisté míry spojena potřeba konkrétní péče. Podoba veřejného zdravotnictví reaguje na změny faktorů, které ovlivňují zdraví lidí a vyvíjí se tedy v teritoriu i čase. Vývoj veřejného zdravotnictví jednoho státu bývá ovlivněn vývojem ve státech jiných, s ním nějak spojených. V českých zemích bylo veřejné zdravotnictví formováno na základě vývoje v okolních zemích, Německa, ale i Velké Británie.

„Obor se v Evropě historicky formoval pod názvem sociální lékařství nebo sociální hygiena a věnoval se analýze zdraví populace a péči o zdraví ve společnosti. Veřejné zdravotnictví se vyvíjelo souběžně, nejprve jako státní medicína (zdravotnictví), později jako úsek veřejné správy uplatňující poznatky hygieny a sociálního lékařství v praxi. Výraz veřejné zdravotnictví má obecnější, širší platnost. Zahrnuje problematiku týkající se zdraví obyvatelstva a zdraví spojeného s prostředím, problematiku zdravotní péče ve společenství – komunitě. Někdy se užívá i pojmu komunitní medicína. Veřejné zdravotnictví je stále

²³ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 11, 12

pojem, na jehož jednotný výklad neexistuje dosud shodný názor. V češtině naráží název veřejné zdravotnictví na obtížný překlad obecně mezinárodně užívaného anglického výrazu Public Health, protože ne vždy bývá vnímán rozdíl mezi veřejným zdravotnictvím a veřejným zdravím, vhodnější název pro veřejné zdravotnictví je termín péče o veřejné zdraví.“²⁴ „Dnes představuje veřejné zdravotnictví mnohem více než zajišťování čisté vody, udržování kanalizací a kontrolu šíření nakažlivých chorob. Rozšířeno bylo o prevenci chronických onemocnění a rakoviny, sledování a ovlivňování podmínek, které jsou spojeny s onemocněním, jako je obezita, pozornost je zaměřena i na duševní zdraví. Na základě studií je prokázána existence rozdílů v úrovni zdraví a výskytu nemocí u různých ras a etnických skupin. Veřejné zdravotní zdravotnictví zahrnuje i témata jako dětskou úmrtnost, přístup k zubní péči, prevenci zneužívání drog a alkoholu, a dokonce i užívání bezpečnostních pásů a přilby ze zákona. Metody veřejného zdravotnictví jsou využity i na podporu bezpečnosti práce a při snižování zranění na pracovišti. Veřejné zdravotnictví může zahrnovat i služby kliniky a jiných zařízení, pokud jsou jednotlivcům poskytovány za účelem zvýšit zdraví společnosti nebo konkrétní skupiny.“²⁵

Veřejné zdravotnictví v českých zemích značně ovlivnila i americká koncepce veřejného zdravotnictví a sociální péče zprostředkovaná stipendisty Rockefellerovy nadace, jenž mnohým bylo umožněno studovat na amerických ústavech (1922 – 1925).

I když byl po vzniku Československa veřejnému zdravotnictví věnován samostatný resort, nebyl mu přisuzován ale potřebný politický význam. „V souboji politických stran o mocenské postavení se ocitlo zdravotnictví v zájmové sféře pravicově orientovaných sil.“²⁶ „Veřejné zdravotnictví“ někdy zahrnovalo veřejně poskytované osobní zdravotnické služby, jako je péče o matku a dítě. Termín nové veřejné zdravotnictví má tendenci omezovat se na záležitosti prostředí a vylučuje osobní zdravotnické služby, dokonce i preventivní služby, jako je imunizace a kontrola porodnosti.“²⁷

Je mnoho oblastí a činností, které by se daly zařadit do zdravotnictví veřejného. V moderním zdravotnictví zahrnuje poměrně velké množství služeb.

²⁴ PÝCHOVÁ, Eva, DOHNAL, Karel. *Koncepce veřejného zdravotnictví v České republice v historických souvislostech – odkud vychází a kam směřuje tento obor? České zdravotnictví. Vize a skutečnosti.*

²⁵ SELTZER, Beth. *Careers in Public Health*, s. 4

²⁶ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 14

²⁷ TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 12

„10 základních služeb veřejného zdravotnictví:

- 1) sledování zdravotního stavu společnosti
- 2) diagnostika a zkoumání zdravotních problémů a rizik společnosti
- 3) informování a vzdělávání v oblasti zdravotní výchovy
- 4) podporování společnosti ke společnému boji při odhalování a řešení zdravotních problémů
- 5) vypracování zdravotních plánů na podporu zdraví jednotlivců i společnosti
- 6) prosazování zákonů a předpisů na ochranu zdraví a zajištění bezpečnosti
- 7) zpřístupňování lidem potřebnou zdravotní péče
- 8) zajišťování zdravotnického personálu pro poskytování zdravotnických služeb
- 9) vyhodnocování efektivity, dostupnosti a kvality zdravotnických služeb
- 10) výzkum za účelem nových poznatků a odstraňování zdravotnických problémů“²⁸

²⁸ SELTZER, Beth. *Careers in Public Health*, s. 5, 6

3.1.4.2 Počátky zdravotnictví

„Mikrobi po staletí ovlivňovali dějiny lidstva. Již přechod člověka k usedlému způsobu života, vznik zemědělského hospodaření a těsné soužití s domácími zvířaty s sebou přinášely zároveň i zhoršení celkového zdravotního stavu, a to ve třech oblastech. S přechodem na stravu s převahou škrobovin, s dostatkem kalorií, ale s minimem masa se objevili nemoci z podvýživy. Dělnická práce, vznik velkých měst a specializovaná zaměstnání přinášely specifická postižení – první nemoci z povolání. Nejnebezpečnější byl nárůst infekčních chorob, podmíněný společným soužitím člověka domácími zvířaty, ale také existencí větších skupin lidí. V literatuře se epidemie často přirovnává k ohni. Její lidské oběti jsou přitom označovány jako palivo. Jestliže je paliva málo a je roztroušeno jen řídce, plamen zhasne. V hustém osídlení se začala poprvé objevovat většina současných chorob hromadného výskytu. Rozvoj cestování, obchodu a vojenství a postupující urbanizace přispěly velkou měrou k nástupu věku pandemií.“²⁹

Rostl význam zdravotní péče, která se ovšem z počátku zaměřovala o na jednotlivce a nemocné. Lékaři, felčáři a jiní, kteří poskytovali nějakou pomoc při nemoci ještě nebyli součástí něčeho, čemu by se dalo říkat organizované zdravotnictví. Teprve postupem času byla organizována zdravotní péče a zaváděna určitá opatření, která by se dala označit jako nástroje veřejného zdravotnictví.

Opatření veřejného zdravotnictví jsou prováděna po celá staletí. Výkopy 4000 let starého indického města odkrývají síť kanalizací odvádějících odpad z lidských příbytků. V Římě zhruba před 2000 lety přiváděl čerstvou vodu do města systém akvaduktů. Legenda říká, že před 2500 lety řecký císař ukončil epidemii malárie změnou toku dvou řek a vytvořením tak regionu méně příznivého pro život komárů. Nápad zavedení karantény lidí, kteří jsou nakaženi malárií se zrodil ve středověku. Představitelé církve rozhodli o oddělení nakažených od zdravých a ochránit je před nemocí. Podobná opatření byla přijata, když udeřil černý mor. Samozřejmě, že lidé nerozuměli svému zdraví tak jako dnes. Některé znalosti ve skutečnosti vedly k efektivním snahám veřejného zdravotnictví – myšlenka, že nemoci byly šířeny „špatným ovzduším“ vedla ke zlepšování hygienických opatření. Ale vzhledem k tomu, že nebylo jasné, jak přesně se nemoci šíří, vedlo to pouze

²⁹ CUŘÍNOVÁ, Ludmila. *Medicína a sociální činnost*, s. 10-12

k méně úspěšným přístupům. V Evropě v roce 1800 vládní činitelé zkoušeli zastavit šíření cholery karanténou lidí, kteří byli nemocní, likvidovali jejich majetek, věci a bezprostředně po smrti pohřbívali mimo více osídlená území. Ale žádná z těchto aktivit v té době epidemii cholery nezastavila.³⁰

„V otrokářské společnosti stojí proti sobě vykořisťovatel, tj. otrokář, a vykořisťovaný, tj. otrok, který prakticky neměl nárok na ošetřování při nemoci, protože lékařství, které v době vzniklo jako samostatné povolání, bylo k dispozici skoro výlučně vládnoucí třídě. Feudální společnost byla dobou temna i po stránce zdravotnictví, neboť zaostalost lidí a nevědeckost vládnoucích znamenala převahu náboženství, pověr a negativní ovlivňování duševního a tělesného rozvoje člověka. Hrozící infekční choroby a následné vyliďňování bylo příčinou úvahy, že lékařem může být jen vzdělaný člověk. Proto se na jejich přípravu zakládaly vysoké školy, na českém území v r. 1348 byla založena Karlova univerzita a v r. 1465 Akademia Istropolitana v Bratislavě. Tím byly položeny základy pro solidní rozvoj zdravotní péče.“³¹

Zajišťování zdravotní péče, rozvoj vzdělávání v oblasti medicíny, hygieny apod., protiepidemiologická opatření, nebyla zaváděna jen z dobré vůle autorit, ale shledávali v tom i vlastní ekonomický zájem. Vedle toho si celkem brzy uvědomili, že přehlížení nemocí běžného obyvatelstva ohrožuje i zdravotní stav jich samotný.

3.1.4.3. Význam vzdělávacích institucí v rozvoji zdravotnictví

Vzdělávání a výchova zdravotníků, především lékařů byly a jsou pro rozvoj zdravotnictví velmi důležité.

„Význam pro medicínu začaly mít postupně laické lékařské školy a univerzity, tvořené společenstvím učitelů a žáků. Pravděpodobně nejstarší škola vznikla v Salernu ve 12. století. Spojovala vědění východu a západu, disponovala překlady arabských učebnic i antické literatury. Následovat Montpellier, r. 1178 Oxford, r. 1222 Padova, r. 1224 Neapol, r. 1229 Toulouse, r. 1231 Cambridge. U nás bylo událostí daleko přesahující svým významem 14. století založení Univerzity Karlovy, první na sever od Alp

³⁰ SELTZER, Beth. *Careers in Public Health*, s. 3, 4

³¹ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 11, 12

a na východ od Paříže, ke kterému došlo 7. dubna 1348. Univerzita zahrnovala tehdy čtyři fakulty – artistickou, teologickou, právnickou a lékařskou.“³²

„Universita byla zřízena jako škola nejvyššího typu v období feudální společnosti. Velkou roli zde hrála církev, jejíž chrámy a kláštery obohacovala právě o školy. Universita jako škola nejvyššího typu vznikla ve feudální společnosti. Začátky školství ve feudální společnosti kladla církev zřizováním škol při některých chámech a při klášterech. Farní školy byly nejnižšího typu. Ššího typu tím, že poskytovala nejvyšší vzdělání. Dále byla nejvyšší školou tím, že na základě privilegií daných papežem a císařem udělovala svým absolventům hodnosti, které pak byly uznávány ve všech zemích čili měly mezinárodní platnost. Nejstarší univerzitou na světě je univerzita v Bologni, která byla založena roku 1088 a roku 1158 byla vybavena prvními privilegii. Lékařská fakulta na ní byla oficiálně zřízena roku 1219, ale pravděpodobně už před tím bylo lékařství v Bologni vyučováno.“³³

3.1.4.4 Významné změny v chápání zdravotnictví

Soustavnému vědeckému zpracování zdravotnické tematiky předcházely snahy o zpracování dílčích oblastí zdravotnictví, které byly na jeho pomezí s dalšími obory. Vzhledem k rozvíjející se výrobě, především hornické a následného zpracování, patřily mezi ně práce zaměřené především na problematiku nemocí z povolání.

„Práce Paracelsova a Agricoloza ze 16. století, Martina Pansy ze 17. století, věnované nemocem a hygieně horníků. Dílo Bernarda Ramazziniho z r. 1700 má zcela mimořádný historický význam. Především proto, že jde o první soustavné zpracování patologie i terapie nemocí z povolání tehdy známých, a to na základě osobního pozorování a poznání pracovního procesu i prostředí, ale také pro humanistický, pokrokový postoj autora lidské práci, k osudu pracujících i k poměru lékaře k chudým. Význam všech těchto průkopnických prací z oboru nemocí z povolání pro teorii zdravotnictví je v tom, že poprvé obracejí pozornost lékařského vědeckého světa k chorobotvorné úloze prostředí,

³² CUŘÍNOVÁ, Ludmila. *Medicína a sociální činnost*, s. 15

³³ MATOUŠEK, Miroslav. *Úvod do dějin otrokářské a feudální společnosti*, s. 54

a to prostředí vysloveně determinované sociálně, tedy k momentu, který dosud zůstal bez povšimnutí.“³⁴

Za feudalismu byl městský lékař vykonavatelem středověké medicíny především pro nižší šlechtu městský patriarchát. To ovšem neznamená, že v rámci jeho práce by neošetřoval i chudé. Povinností plynoucí z jeho funkce bylo provádět preventivní opatření, protiepidemické zásahy, kontroloval školy. Kontrolní funkci vykonával i v lékárenských zařízeních. Dohlížel na zdravotnické pracovníky a zamezoval provozování šarlatánských praktik. Byl zaměstnancem vrchnosti, za svou práci byl odměňován pevným platem, ovšem byl odměňován i přímo těmi pacienty, které neměl povinnosti léčit. Vzhledem k malému počtu takových lékařů a rozsahu práce, kterou vykonávali, zastávali jak lékařskou práci jak charakteru preventivního, tak i léčebného, vymezení pouze pro jeden směr, se objevuje až později.

„Analogickým orgánem městského lékaře je lékař krajský a zemský pro potřeby vyšší šlechty. Funkce městských lékařů 15. – 16. století spolu s funkcí lékařů krajských – to jsou již rudimenty organizované zdravotní služby. K jejímu plnému rozvíjení nebyly v oné době ještě historické předpoklady. Jejich práce však obsahuje prvky všech úkolů budoucích úředních lékařů kapitalismu, zejména jejich základního článku, lékařů obvodních.“³⁵ V době upevňování moci císaře Ferdinand II. byla vydávána mnohá nová zdravotnická nařízení. Z věcného hlediska jsou pro pohled na zdravotnictví pokroková. Nejdůležitější činností všech zdravotnických zařízení v 17. století bylo pokračovat ve snaze zlepšovat hygienu měst jako opatření před šířením moru.

„Až do poloviny 18. století přes značné již zbyrokratizování státní právy a počátky rozlišení funkcí v ní, zdravotní správa vytvořena ještě není. Všechny feudální zárodky veřejné služby zdravotní se teprve za centralismu Marie Terezie staly základem pro nově vytvořený systém zdravotní služby. Dvorským reskriptem z roku 1752 bylo nejvyšší vedení veřejného zdravotnictví vloženo do rukou dvorské zdravotní deputace, v jednotlivých zemích do rukou zvláštních zdravotních komisí zemských, v krajích krajských. Rozvíjela se chirurgie, nové formy průmyslové výroby přinášely zvýšené nebezpečí úrazů.“³⁶

³⁴ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 115

³⁵ SINKULOVÁ, Ludmila. *Lékaři, stát a zdraví lidu. Z historie zdravotní služby v českých zemích*, s. 20-21

³⁶ SINKULOVÁ, Ludmila. *Lékaři, stát a zdraví lidu. Z historie zdravotní služby v českých zemích*, s. 24

„Nauka o zdravotnictví má svého prvního velkého představitele v Johannu Petru Frankovi (1745 – 1821). Velikost Frankova spočívá v tom, že první pojal zdravotnictví komplexně a soustavně, že ukázal na široké souvislosti zdraví obyvatelstva a prostředí přírodního i sociálního, na význam kultury a životosprávy, pokusil se o vědeckou syntézu společenských aspektů problematiky zdraví a nemoci a odvodil soustavu veřejné péče o zdraví obyvatelstva.“³⁷

Populární se stávalo i porodnictví. Vysoká novorozenecká úmrtnost byla vážným nebezpečím pro životaschopnost státu, což si vládní mocnosti uvědomovaly. Zdravotní politika zvláště pak v době vládnutí Marie Terezie protěžovala nejen obor chirurgie, ale také obor porodnictví, především za účelem snížení novorozenecké úmrtnosti. Se snižováním novorozenecké úmrtnosti souvisí i opatření sociální ku prospěchu svobodných matek a nemanželských dětí, které byly v té době i častou obětí vražd, což byl problém společenský, ale také vážný z hlediska populační politiky.

Lidé, kteří nenašli uplatnění v zemědělství, lidé chudí, z venkova, nacházeli obživu v novém průmyslu. Najímány pro tuto práci byly i ženy a děti. Rostl požadavek na dostatečnou, kvalitní a produktivní pracovní sílu pro rozvíjející se průmyslovou výrobu, jejichž zajištění bylo úkolem také pro zdravotnictví, které patřilo mezi společenské vědy spojené s vědami vztahujícími se k vědě o státu. Tyto myšlenky do Rakouska směřovaly přes Německo a i přímo z Německa samotného.

„Již v 17. století Leibnitz věnoval velkou pozornost zdravotnictví, navrhoval zřizování zdravotních úřadů a zpracovávání zdravotnických topografií. V 18. století Christian von Wolf propracoval teorii o státu, zásady o poměru státu k občanům, zásady, podle nichž má stát zajišťovat blaho a bezpečnost svých poddaných. V Rakousku byli hlasateli těchto myšlenek zejména osvícení populacionisté Johan Heinrich Gottlob von Justi a Josef von Sonnenfels. Jejich žákem na pražské fakultě byl první profesor politických věd Josef Ignác Buček. Zatímco u jejich předchůdců merkantilistů byl člověk jen článkem výrobního procesu, osvícení populacionisté kladou váhu nejen na množství, ale i na kvalitu populace. Ti ve svých dílech vypracovali zásady státní politiky vykonávané ve prospěch státu pomocí byrokratických policejních orgánů tak, aby obyvatelstvu byla poskytnuta určitá péče a byly provedeny nutné reformy v jeho prospěch. Tato opatření

³⁷ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 119

se vztahovala i na oblast zdravotní. Tím byl vytvořen v praktické politice pojem zdravotní policie jakožto povinnosti státu chránit zdraví občanů. Čím byl na rozhraní 18. a 19. století pro vývoj teorie zdravotnictví J.P. Frank, tím byl na začátku 20. století Grotjahn. Původně praktický lékař v dělnických berlínských čtvrtích pokusil se o syntézu společenských aspektů zdraví a nemoci a položil tak základ k teorii sociální patologie a sociální hygieny. Obsahem jeho rozsáhlého díla, z něhož nejdůležitější je *Soziale Pathologie*, je v podstatě studium závislosti zdravotního stavu obyvatelstva na sociálních podmínkách.³⁸

„Na na českém území mají kořeny novodobého zdravotnictví svůj původ v etapě osvětského absolutismu (v době panování Marie Terezie a Josefa II.), kdy byl vydán „generální zdravotní pořádek“ a utvářely se některé předpoklady veřejné zdravotní péče.“³⁹

„Absolutistický stát doby tereziánské položil základy aparátu státní správy zdravotní, vytvořil jeho nižší instance – krajské lékaře a krajské komise - a instance vyšší - zemské komise a zemského protomedika. Celé veřejné zdravotnictví bylo řízeno centralisticky pevně rukou předsedy říšské medicínální komise. Tento aparát byl odborný a značně autonomní vůči ostatním složkám státní správy. Ve formulaci jeho úkolů i pravomoc i jsou ovšem značné nepřesnosti nejasnosti vzniklé tím, že zdravotní správa takto široce a odborně pojímaná je teprve ve stavu zrodu. Absolutistický stát vytvářel takovouto zdravotní správu k výkonu cílevědomé zdravotní politiky státní, kterou chápal jako nástroj pomáhající zabezpečovat existenci státu a jeho moc. Reformami ve státní správě se měla zlepšit zdravotní péče o obyvatelstvo, jehož dobrý fyzický stav byl nutný k účelům vojenským i výrobním.“⁴⁰

Za účelem zlepšit vzdělávání lékařů a dalších zdravotnických pracovníků a zvyšování jejich počtu byly provedeny reformy školství a v oblasti lékařské vědy. Větší počet pracovníků a lepší organizace sahající přímo do praxe pak umožňovali i cílené rozmísťování nižších pracovníků a rajonizaci. Zdravotnická politika v době absolutní formy vlády předcházela a mnohé připravila dobré podmínky pro následný další rozvoj lékařské vědy a medicínským objevům. Tehdejší osvětská ideologie v oblasti přírodních věd představovala velmi dobrý základ pro skutečné uznání a rozvoj medicíny jako vědy, což pak podporovalo i činnost státních orgánů na ochranu zdraví a bezpečnosti. Státní

³⁸ SINKULOVÁ, Ludmila. *Lékaři, stát a zdraví lidu. Z historie zdravotní služby v českých zemích*, s. 26

³⁹ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 12

⁴⁰ SINKULOVÁ, Ludmila. *Lékaři, stát a zdraví lidu. Z historie zdravotní služby v českých zemích*, s. 41

orgány tedy uplatňovaly zdravotní politiku a začal se plně rozvíjet obor veřejného zdravotnictví.

„Vědecké poznání v lékařských oborech postupně rostlo. O to se přičinili: Jenner, Lomonosov, Jessenius, Procháška, Purkyně, Pasteur, Koch, Semmelweis a mnozí jiní. Z významných našich vědců této doby lze uvést: Eiselta, Hamerníka, Thomayera, Maixnera, Maydla, Rubešku, Hlavu, Kukulu, Janského. Ve Vídni působili: Albert, Škoda, Rokytanský aj. Na Slovensku to byli především Gouth, Zechenter-Laskomerský, Hussty, Kolbány, Tóth, Šimko, Markušovský, Rohoň, Pantoček a další. V 70. letech 19. století vydali v Rakousko-Uhersku základní zdravotnické zákony, které zůstaly ve značné míře platné i za Československé republiky. Stát si ponechával působnost veřejného zdravotnictví jen částečně, např. dozor nad zdravotním stavem obyvatelstva nebo boj proti epidemickým nemocem. Budování a provozování nemocnic, léčebných ústavů, působnost obvodních a městských lékařů přenechával stát zemím, okresům a městům.“⁴¹

3.1.4.5 Počátky zdravotního pojištění

Pro rozvoj zdravotnictví a zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva přispělo nepochybně velkou měrou zdravotní pojištění. Pochopitelně neexistovalo od začátku v této podobě, ale prošlo dlouhodobým vývojem, postupným zaváděním v různých místech světa, rozšiřovalo se a modifikovalo do různých podob.

„Současný systém téměř univerzálního systému zdravotního pojištění v západní Evropě je výsledkem 700 let trvajícího procesu. Za tuto dobu se počet jednotlivců pokrytých pojištěním rozšířil z malého množství pracujících v určitých živnostech na všechny obyvatele nebo na téměř všechny kromě mála lidí, jejichž výdělky nedosahují stanovené výše. Ostatně významně byl tento hlavní koncept této formy sociálního pojištění také měněn, vyvíjející se od vyplácení náhrady mzdy v nemoci, náhrady v případě smrti až po úhradu platby při ambulantním ošetření, nemocniční péči a léky. Administrativní charakter systému zdravotního pojištění se však vyvinul až čas, jeho začátek je považován organizací dobrovolných družstev pracujících, ale od roku 1883

⁴¹ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 12

v Německu a následně během 20. století (od roku 1941 v Nizozemí do roku 1996 ve Švýcarsku) přebírá legislativní úlohu v řízení tohoto pojištění stát.“⁴²

Zdravotní pojištění, které bylo spojeno především s konkrétními profesemi, se stávalo povinným. Takové první povinné zdravotní pojištění bylo zavedeno v roce 1846 v Prusku, ale ne pro všechny obyvatele, ale pro horníky. Na pojištění se museli podílet nejen zaměstnanci, ale i zaměstnavatelé. To podpořilo vznik mnoha nových podnikových a místních nemocenských pojišťoven.

„V roce 1881 německý císař Vilém II. vydal dokument k zavedení sociálního pojištění, který byl podnětem pro zákon o povinném zdravotním pojištění pro zaměstnané dělníky, schválený parlamentem v roce 1883.“⁴³

„Po uzákonění sociálního pojištění v Německu a v některých jiných zemích (také u nás) vzniká potřeba vědeckého zpracování problematiky tohoto úseku zdravotnictví, zvláště otázek pracovní neschopnosti, invalidity, posudkové služby a úrazového lékařství. Tento obor, rozvíjející se zvláště v prvních desetiletích tohoto století, je označován názvem pojišťovací lékařství, popřípadě, zvláště v Německu i na českém území (Procházka) sociální lékařství, ačkoli ve skutečnosti ovšem představuje jen jeho malý úsek. V českých zemích postupoval vývoj nauky zdravotnictví vcelku s vývojem světovým. Z jejích představitelů zaslouží pozornosti František Procházka, který jako první vysokoškolský učitel sociálního lékařství vyšel z úzkého pojetí oboru jako lékařství pojišťovacího; teprve mnohem později rozšiřuje koncepci sociálního lékařství o další aspekty sociálně hygienické.“⁴⁴

3.2 Tržní prostředí ve zdravotnictví

Existují různé názory na to, jaký typ trhu z hlediska míry regulí by měl panovat v oblasti zdravotnictví. Odborníci se shodují na tom, že tržní prostředí může v některých oblastech zdravotnictví být žádoucí. Dá se však říci, že v žádném vyspělém státě (ne-li v žádném státě), není celé zdravotnictví ponecháno jen volnému trhu. Ani v USA.

⁴² SALTMAN, Richard, B. et al. *Social health insurance systems in western Europe*, s. 22

⁴³ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 14

⁴⁴ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 123

3.2.1 Problematika volného trhu ve zdravotnictví

V podmínkách tržního mechanismu probíhá směna na základě požadavků poptávajících statky a služby a nabídky subjektů je poskytujících. Předpokladem směny je fakt, že poptávající musí mít dostatek peněz (zpravidla finančních prostředků) na úhradu pořizovaného statku či služby a směna tedy probíhá do objemu vlastnictví peněz. Je však toto zcela uplatnitelné ve zdravotnictví? Jelikož je jedinec limitován svými prostředky, mohl by být ze spotřeby vyloučen. Což není v případě zdravotní péče zcela žádoucí. Ukázalo se, že ve vyspělé společnosti nemůže tržní mechanismus být jediným mechanismem pro zajištění zdraví a rozložení poskytovatelů zdravotnických služeb. Rovněž i cenu zdravotnických služeb je nutné do jisté míry regulovat. Trh má přirozenou tendenci ke kolísání a selhává právě často v oblasti veřejných služeb a nefunguje efektivně, ve zdravotnictví už vůbec ne. Ve zdravotnictví jsou oblasti, kde je nutné řešit a korigovat nedokonalosti tržního mechanismu s přihlédnutím na etiku a lidskou solidaritu.

Pokud by byly zdravotnické statky poskytovány tržně, tak existuje cena, při které není poptáváno, ale od ní níže poptáván být začíná. Je to žádoucí a ve zdravotnictví možné?

Zrovna tak nastává právě otázka, zda mohou být zdravotnické statky nabízeny v podstatě následně zadarmo, poté, co jednotlivec odvede daně či zdravotní pojištění bez ohledu na to, jak zdravotní péči čerpá, tedy kdy je zde uplatněn tzv. princip solidarity. Obecně je člověk typ tvora, který když má něčeho dostatek a nic ho to nestojí, užívá takové statky v míře, v jaké je mu to umožněno a ne jako v případě, kdy je limitován svými finančními zdroji. To je právě jeden ze slabých míst zdravotnických systémů bez zavedené pacientovi spoluúčasti.

„Ve vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťujícím zdraví společnosti, ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotnických služeb, lékařské a zdravotnické péče, či jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému.“⁴⁵

⁴⁵ ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*,

Mezi takzvané bariéry uplatnění trhu v oblasti zdravotní péče:

- jedinec pociťuje potřebu zdravotní péče subjektivně, tedy jinak, než ji posuzuje lékař (nutnost prevence)
- narušené konkurenční prostředí v případě nutnosti vyhledání zdravotní péče v odlehlých nebo řídky obydlených oblastech
- informační nerovnováha mezi lékařem jako poskytovatelem služeb a pacientem (v mnoha případech je pacient zcela závislý na rozhodnutí lékaře a nemůže ho v daném čase kontrolovat)
- značně specializované služby často nabízí jen jeden poskytovatel
- spotřebitel zdravotní péče si nemůže vyzkoušet zboží jako je tomu u běžné směny

„Podle Grossmanova modelu z roku 1972 je každý jednotlivec zároveň producentem a uživatelem svého zdraví. Podle jeho názoru je zdraví jak spotřebním statkem, tak i statkem investičním. Podle Grossmana je optimální úroveň investice do zdraví dosaženo, jestliže se marginální náklady zdraví rovnají marginálnímu užítku zdraví.“⁴⁶

3.2.2 Charakteristické prvky trhu v oblasti zdravotnictví

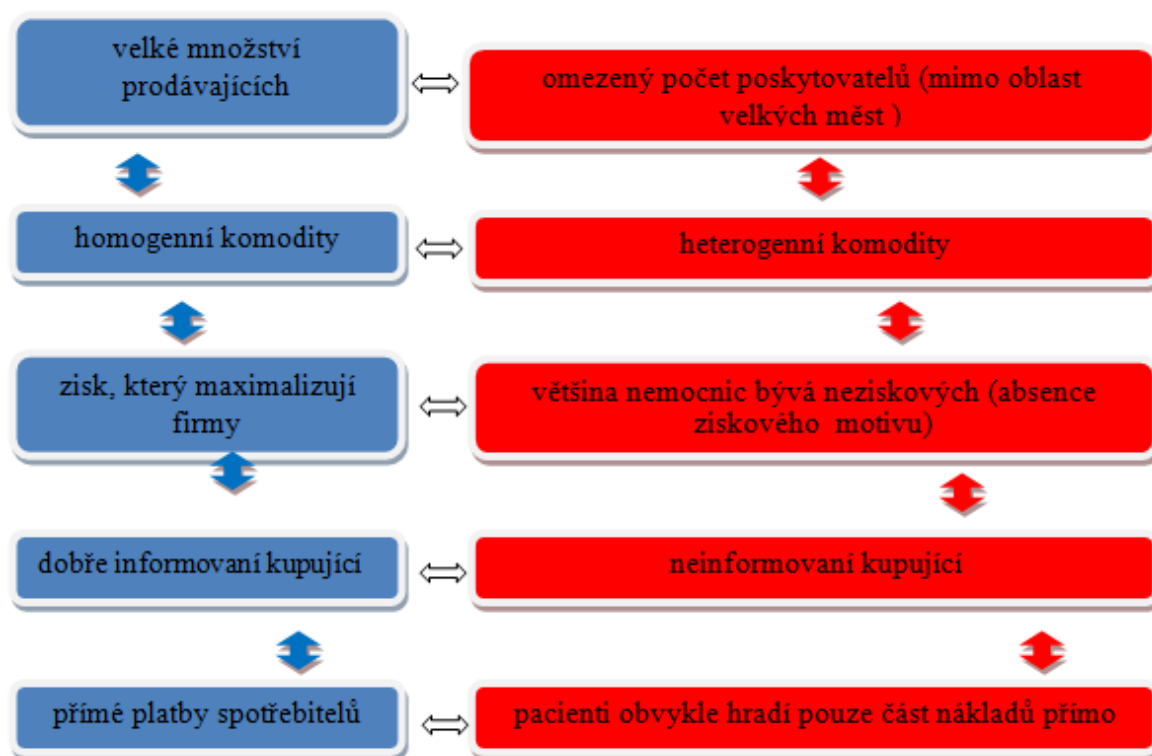
Poskytování zdravotnických služeb probíhá na trhu jiného charakteru než poskytování běžných služeb a prodej běžného zboží. Schéma 2 přehledně vystihuje zásadní rozdíly trhu standardního konkurenčního a trhu ve zdravotnictví.

⁴⁶ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, s. 31

Schéma 2 Zásadní rozdíly mezi trhem v oblasti zdravotnictví a trhem standardním

STANDARDNÍ KONKURENČNÍ

VE ZDRAVOTNICTVÍ



Zdroj: vlastní zpracování

Významná jsou zvláště selhání důsledku nedokonalé informovanosti a omezení konkurence. Podle K.J. Arrowa se konkurenční trh a trh zdravotnický liší především v povaze poptávky, ale i v podmínkách nabídky. Rozdíly jsou také v důsledku očekávaného chování lékaře a nejistotě výsledného produktu.

„Ve zdravotní péči, tak jako v ostatních oborech, kde na straně nabídky vystupují „profesionálové“, je obtížné posoudit kvalitu služby. Disparita znalostí lékaře a pacienta je větší než například mezi zákazníkem a automechanikem. Ostatně inteligentní člověk si toho může o opravě auta trochu nastudovat i v poměrně krátké době.“⁴⁷

„Asymetrie informací vyplývá i ze způsobu financování zdravotnických služeb, přičemž platí, že některé typy úhrad vyvolávají efekt růstu poptávky tažené nabídkou.

⁴⁷ PHELPS, Charles. *Health Economic*, s. 8

V praxi to znamená, že je pacientům poskytováno větší množství zdravotnických služeb z důvodu získání dodatečných finančních zdrojů. Velmi často je tento stav pacienty akceptován a je pro ně důkazem starostlivosti zdravotnického personálu o jejich zdravotní stav. Vyvolaná poptávka je důsledkem dominantního postavení poskytovatele vůči pacientovi. Míra jeho uplatnění záleží na charakteru příslušného zdravotnického systému. „⁴⁸

Odlišnosti v ekonomických charakteristikách sektoru zdravotnictví s dalšími trhy podle Arrowa:

- 1) nepravidelná a nepředvídatelná individuální poptávka po zdravotnických službách (nemoc tedy nepředstavuje pouze riziko zdravotní, ale ekonomické)
- 2) odlišné očekávané chování lékařů od dalších ekonomických subjektů (zdravotní péče spadá do kategorie služeb, u kterých je produkt a produkční aktivita identická, tzn. že produkt si nelze předem vyzkoušet)
- 3) nejistota týkající se produktu, především jeho kvality (na rozdíl od jiných statků a služeb se nelze většinou poučit ze zkušeností, měření užitečnosti je nejisté a existuje informační nerovnost)
- 4) specifické podmínky nabídky
- 5) proces tvorby cen (diskriminace na základě příjmu apod.)
- 6) další odlišnosti: vstup na zdravotnický trh, monopol na straně lékaře z hlediska tvorby cen, nutnost existence důvěry, morální hazard.⁴⁹

"V podmínkách dokonale konkurenčního trhu je nabídka za jinak nezměněných podmínek určena čistým příjmem získaným z dané produkce ve srovnání s příjmem, kterého by bylo možné dosáhnout použitím stejného množství zdrojů jinde. V případě zdravotnických služeb tato premisa v mnohém neplatí, neboť možnost stát se lékařem je omezena řadou předpisů a absolvováním náročného studia. Obtíže při překování existujících restrikcí působí na to, že dochází k omezení nabídky (lékařem nemůže být každý), což vede k růstu

⁴⁸ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 127

⁴⁹ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, s. 25

cen zdravotnických služeb. Omezení a překážky jsou v tomto smyslu chápány jako garance minimálních kvalitativních standardů.⁵⁰

3.2.3 Specifika poptávky a nabídky na trhu zdravotní péče

Poptávka po zdravotní péči je odvozována od poptávky po zdraví. O poptávce po zdravotní péči se dá říci, že je málo elastická, tedy že není poptávané množství příliš závislé na ceně zdravotní péče. V případě nemoci jedinec nemá jinou možnost, než poptávat zdravotní péči a opačně. V případě “netržního” zdravotnictví nebývá poptávka po zdravotní péči ani důchodově elastická. Se zvyšováním příjmů spotřebitele se nijak moc nezvyšuje poptávka po zdravotní péči.

Elasticita poptávky je obecně vyšší u postradatelných služeb a u populace zdravější. S tím také souvisí, že elasticita klesá při rostoucím věku pacienta. Zdravotní péče se vzhledem jejímu charakteru pak stává nezbytným statkem a s tím také souvisí změna důchodové elasticity. Elasticita poptávky po ambulantních službách bývá vyšší než u nemocničních. Mezi determinanty poptávky po zdravotní péči patří demografické složení obyvatelstva, resp. pacientů, jejich zdravotní stav a faktory, které ho ovlivňují. Poptávku determinuje také dostupnost zdravotní péče a v neposlední řadě ji ovlivňují také kulturní zvyklosti spotřebitelů zdravotní péče, tedy pacientů.

Nabídka zdravotní péče je determinována zdravotnickým systémem, především způsobem jeho financování a odměňování zdravotnických zařízení, která zdravotní péči poskytují. Interakce na trhu zdravotní péče jsou do určité míry odlišné od trhu běžných statků.

„Mezi provozovateli zdravotnických zařízení probíhá soutěž zpravidla orientovaná k získání klientů, kteří jsou schopni za služby platit hotově nebo jsou zajištěni pojištěním u spolehlivých pojišťoven. Provozovatelé při získávání klientů usilují o zavádění moderních medicínských technologií, vytváření příjemného prostředí, zkracování čekacích dob atp., to všechno vede ke zdražování zdravotnických služeb. To je velký rozdíl oproti soutěži mezi výrobcí průmyslového zboží. Zde je důležitým kritériem soutěže cena. Ve zdravotnictví jde především o necenovou konkurenci. Ve všech ekonomicky vyspělých

⁵⁰ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, s. 25

zemích jsou ceny základních zdravotnických služeb cenami regulovanými.“⁵¹

Všechna uvedená negativa tržního prostředí ve zdravotnictví však nevedou k jednoznačnému závěru, že by ve zdravotnictví nemělo nic být trhu ponecháno. Zdravotní péče je v mnoha vyspělých zemích poskytována jak veřejnými, tak soukromými zdravotnickými zařízeními a v podstatě to funguje. Nikde se to však neobchází bez státních regulací.

Zkušenosti zemí střední a východní Evropy však ukazují na nebezpečí vznikající při zavádění nových podnikatelských aktivit do zdravotnictví bez zajištění dostatečné regulativní podpory.

„Aby tomu předcházeli, snaží se politici o zavedení komplexních regulačních mechanismů. Regulace je tak pokládána za podstatný prvek při využívání podnikavosti ve všech sektorech moderní ekonomiky a právě specifický charakter zdravotnictví význam regulace zdůrazňuje. Zkušenosti z některých opatření Švédky a Velké Británie ovšem vedly k závěrům, že veřejný sektor a organizace z veřejného sektoru financované mohou působit na stejně vysokém standardu jako soukromý sektor, a to při zachování obecné dostupnosti.“⁵²

3.3 Úloha státu ve zdravotnictví

„Společenské prostředky vyčleněné pro oblast péče o zdraví, tj. i pro činnost zdravotnických pracovníků a zařízení, jak to vyplývá z předešlých statim jsou efektivní investicí nejen pro ochranu, léčení a navrácení zdraví, ale i pro rozvoj tělesných a duševních schopností člověka. Zdravotní péče totiž účinně napomáhá rozšíření reprodukce pracovní síly, zvyšování její výkonnosti. Tím vytváří předpoklady dalšího rozvoje hmotné a kulturní úrovně obyvatelstva.“⁵³ Už tyto skutečnosti jsou důvodem pro to, aby stát či jiná autorita zasahovala do zajišťování a fungování zdravotnického systému.

⁵¹ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*, s. 82

⁵² IZPE. *Regulace podnikatelského jednání ve zdravotnických systémech Evropy*, s. 5-6

⁵³ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 40

3.3.1 Důvody pro zásahy státu do poskytování zdravotní péče

„Jednou ze specifických charakteristik zdravotnictví, pokud je zkoumáno jako jedno z odvětví – subsystém – národního hospodářství, je mj., že se výrazně a někdy i určujícím způsobem podílí na optimalizaci procesů, jež jsou spojeny s kvantitativní biosociální stránkou reprodukce obyvatelstva, společenské pracovní síly i pracovní síly jednotlivých pracovníků. Objektivně by tedy mělo mít zdravotnictví ve vztahu k ostatním odvětvím národního hospodářství určitým způsobem nadřazené postavení. Pracovní sílu lze zkoumat ze dvou hledisek. Jednak jako pracovní schopnost, která je jednou ze základních vlastností člověka a je podmíněna jeho určitou fyzickou a duševní zdatností, jednak jako člověka – nositele pracovní schopnosti reps. pracovní síly v užším slova smyslu, který se se svými schopnostmi zúčastňuje pracovního procesu jako člen určité společnosti. Určitý stupeň zdraví je jedním ze základních předpokladů zaměstnatelnosti a míry pracovní schopnosti v daných pracovních a sociálně ekonomických podmínkách.“⁵⁴

Ve starších zdrojích, kde je společnost dělena na buržoasní a dělnickou třídu jsou přesně vystiženy argumenty rozvíjení zdravotnictví a péče o široké obyvatelstvo.

„Zájem „buržoasního státu“ na zdraví pracujících byl nejdříve vyjádřen v doktríně merkantilistické, kde je zejména jasně formulován v pracích jejího nejslavnějšího představitele, Williama Pettyho. Ale i v celém dalším průběhu vývoje pracovního a zdravotnického zákonodárství v Anglii i jinde se znova a znova ozývá tento argument ekonomického zájmu. V československých poměrech byl typickým příkladem takového ryze ekonomického zájmu na zdravotnických opatřeních Baťa, který vybudoval při svých zvodech zdravotnická zařízení jako rentabilní složku svého podnikání. Tato rentabilita zdravotnických zařízení na kapitalistických závodech nespočívá ovšem jen v péči o udržení zdraví a pracovní výkonnosti zaměstnanců, nýbrž i v zajištění včasného vyřazení těch, kdo se pro svůj zdravotní stav jeví do budoucna méně výkonnými, a tedy méně vhodnými objekty vykořisťování.“⁵⁵

Takové zájmy nejsou ovšem jen v kapitalistických, tržních, resp. smíšených, ekonomikách, ale v podstatě ve všech, které jsou na určité úrovni a organizované.

⁵⁴ LANDSMAN, Ladislav. *Ekonomické problémy zdravotnictví a jeho řízení*, s. 27

⁵⁵ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 93

V souvislosti se zdravotnictvím nebyl pohled soustředěn jen na pracující jako pracovní sílu a udržování a zvyšování její výkonnosti, ale také jako na budoucí členy armády. Úroveň zdravotní péče a péče o zdraví obecně ovlivňuje v budoucnu branný potenciál a tedy vojenskou sílu. Zaměstnávání dětí a mladistvých poškozovalo pak budoucí stav obyvatelstva, což pro stát není nikdy žádoucí, v jakékoliv době, v jakémkoli zřízení.

Dalším důvodem, který samozřejmě přetrvává byl i fakt, že mnohé epidemické choroby nectí hranice společenských tříd a nemocní chudí pak ohrožovali i bohaté a vlivné. Mnohá přijatá opatření s povahou veřejně zdravotnickou, ať už v době vypuknutí epidemie (tehdy především cholery) nebo jako prevence před ní, byla pozitivní externalitou pro nižší třídy. Příkladem byly výstavby kanalizací a vodovodů financovaných z daní.

3.3.2 Funkce státu v oblasti zdravotnictví

„Stát je v ekonomicky vyspělých zemích zpravidla alespoň garantem za komplexní zdravotní péči o obyvatelstvo, spoluodpovídá za dostupnost péče a rovněž za efektivní využívání zdrojů ve zdravotnictví. Ve vztahu k jednotlivým prvkům zdravotnického systému vykonává funkce zákonodárné, ekonomické, regulační a kontrolní. Nutno zdůraznit, že úloha státu je vysoká i v systémech s převahou liberalistických prvků.“⁵⁶

Stát plní ve zdravotnictví tyto základní funkce:

- stanovuje právní rámec pro fungování zdravotnictví
- provádí funkci kontrolní v mnoha oblastech zdravotnictví
- v systémech založených na zdravotním pojištění je jeho plátcem za vybrané osoby
- nakládá se státním rozpočtem jako zdroje financování zdravotnictví
- je provozovatelem některých zdravotnických zařízení
- určuje zdravotní politiku státu a zajišťuje přijaté programy týkající se zdraví
- zastupuje zemi v mezinárodních organizacích týkajících se zdraví a zdravotnictví
- v případě epidemií rozhoduje o přijetí důležitých ochranných opatření

Mnohé validní studie zaměřené na vztah mezi typem vlastnictví zdravotnického zařízení a jejich medicínskou a ekonomickou efektivitou však nepotvrdily, že by existoval

⁵⁶ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*, s. 22

vliv toho, zda je zařízení veřejné nebo soukromé.

Na většině trzích funguje princip vzájemné směny hodnot na základě oboustranně přijatelné výše peněz. Zdravotnictví je však jednou z těch výjimek, kde by ponechání zajištění zdravotní péče a všeho, co s tím souvisí, čistě tržnímu mechanismu mělo silně negativní důsledky. Jedná se oblast, která si žádá jisté společenské regulace. Trh má jisté tendence k nestabilitě, často dochází k nerovnoměrnému a mnohdy negativnímu vývoji makroekonomických veličin. Výkyvy trhu, i přesto, že se navracejí po čase do rovnováhy, mohou mít zde velmi vážné následky, což by si žádný stát neměl dovolit. Vystává zde pak otázka, jak určit takové hodnoty a faktory, které vyplynou působením volného trhu (kolik zdravotnických zařízení, za kolik poskytovat a přijímat zdravotní péči, které léky ano, které ne apod.).

Zdravotnictví moderních států dbá na dobrý zdravotní stav svého obyvatelstva, generace současné, ale i budoucí. Je založeno prakticky vždy na nějakém etickém kodexu, solidaritě a míře soudržnosti. Je nutné zaměřit se nejen na léčení, ale i kvalitní vývoj a prevenci. Dobře fungující systém zdravotní péče a služeb s tím souvisejících vyžaduje realizaci optimální zdravotnické sítě, průkazné a efektivní přerozdělení finančních prostředků. To vše vyžaduje navíc pevně stanovený právní rámec a zavedení kontrolních mechanismů na ochranu všech zúčastněných. To však nezajistí žádný soukromý subjekt a ani to nevyplyne z přirozeného fungování jisté formy volného trhu. Tato úloha patří výlučně státu.

Stát se soustřeďuje na aktivity:

- zaměřené na léčení
- ve směru ochrany a podpory zdraví

3.3.3 Zdravotní politika, její nositelé a nástroje

„Zdravotní politika vyjadřuje výraz zájmu státu o zdravotní stav obyvatelstva. Spočívá ve stanovení právního rámce a odstraňování negativních důsledků a dopadů tržního rozdělování prostřednictvím přerozdělování. Zdravotní politika představuje formální ustanovení nebo postup v rámci institucí (včetně vlády), který dává přednost zdraví nebo uznává zdravotní cíle. Zahrnuje zdravotnické služby a sektory mimo zdravotnické

služby, které ovlivňují zdraví. „Veřejné zdravotnictví“ někdy zahrnovalo veřejně poskytované osobní zdravotnické služby, jako je péče o matku a dítě. Termín nové veřejné zdravotnictví má tendenci omezovat se na záležitosti prostředí a vylučuje osobní zdravotnické služby, dokonce i preventivní služby, jako je imunizace a kontrola porodnosti.“⁵⁷ „Tvorba zdravotní politiky, stanovování priorit, definování cílů a postupů a jejich naplňování se dotýká oblastí, v nichž se střetávají hlediska různých zájmových skupin – zejména státu, plátců zdravotní péče, různých profesních seskupení (odborných společností, komor a odborových svazů), dodavatelů zdravotnické techniky a léků, patientských organizací, politických stran, lokálních komunit atd. Nejčastější platformou pro konsenzus jsou v případě ČR výbory Poslanecké sněmovny a tzv. dohodovací řízení mezi plátcí zdravotní péče, tj. zdravotními pojišťovnami, zástupci poskytovatelů a MZ ČR. Na zdravotní politice se dále podílejí různé odborné skupiny (např. tehdejší Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotní péče v ČR), orgány a rady zřizované vládou ČR, MZ ČR nebo veřejnou správou.“⁵⁸

Zdravotní politika tkví v podstatě v mnoha rozhodnutích a opatření, která jsou reakcí na potřeby a požadavky praxe v oblasti zdravotnictví.

„Vláda musí zaručit zabezpečení všeobecného přístupu ke zdravotní péči, stejně jako pokrytí veškerých nezbytných nákladů na zdravotní péči. Platební systémy, které kombinují kapitační platbu, svobodný výběr poskytovatele péče a placenou službu, nejspolehlivěji udržují lepší možnosti pro směřování systému k dosažení vyšší kvality, efektivnějšímu využití zdrojů, uspokojení poskytovatele i pacienta a zaměření na prosazování zdraví a preventivní služby.“⁵⁹ Vláda dostupnost kvalitní zdravotní péče ovlivňuje prostřednictvím zajišťování zdravotnického personálu, který je důležitou součástí zdravotnického systému. Lidským zdrojům je přikládána stále větší a větší hodnota. Je známo, že ji zvyšuje nejen vzdělávání, ale i péče o zdraví. Zatímco vzdělávání pozitivně ovlivňuje zejména kvalitativní stránku pracovní síly, zdravotní péče počet pracovních sil a kvalitu výstupu jejich práce. Veřejné prostředky vyčleněné pro oblast péče o zdraví představují efektivní investici nejen pro předcházení onemocnění, léčení a rehabilitaci,

⁵⁷ TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 11

⁵⁸ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 119

⁵⁹ ČEVELA, Rostislav, ČELEDVÁ, Libuše, DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*, s. 81

ale také tím tedy působí kladně na rozvoj tělesných a duševních schopností pracovníků. Dostupná zdravotní péče vede nejen ke zvyšování výkonnosti pracovní síly, ale také účinně přispívá k rozšíření její reprodukce, následně k rozvoji ekonomiky a společnosti.

Tabulka 1 podává stručný přehled o základních nejdůležitějších nástrojích zdravotní politiky v ČR seřazených do jednotlivých skupin podle jejich charakteru.

Tabulka 1 Nástroje zdravotní politiky ČR

legislativa, právní dokumenty	zákony a vyhlášky, které se týkají základních podmínek poskytování zdravotní péče, práv a povinností poskytovatelů, plátců i uživatelů zdravotní péče apod.
financování zdravotní péče	definování zdravotních výkonů z veřejného zdravotního pojištění, regulace rozsahu hrazené zdravotní péče stanovením péče standardní, na jejíž úhradu z veřejného zdravotního pojištění má nárok každý občan, a nadstandardní, kterou si hradí lidé z vlastních zdrojů, zavedení spoluúčasti pacientů například formou regulačních poplatků apod.
tvorba sítě zdravotnických zařízení, řízení zdravotnictví	udělování licencí a registrace zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků, výběrová řízení na poskytování zdravotní péče, koncentrace špičkové specializované zdravotní péče, vzdělávání a výzkumu do specializovaných center apod.
vzdělávání zdravotnických pracovníků	pregraduální a postgraduální
sběr informací a zacházení s nimi	Národní zdravotnický informační systém, Systém monitorování zdravotního stavu obyvatelstva ČR
podpora vědy a výzkumu	Interní grantová agentura – IGA MZ ČR, Grantová agentura České republiky – GA ČR
léková politika	regulace cen léků, kontrola a transparentnost průběhu tvorby cen léků

Zdroj: vlastní zpracování + JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009. s. 118. ISBN 978-80-7367-592-9

3.3.4 Regulace státu v oblasti zdravotnictví

„Problematika určení optimálního poměru mezi státní regulací a tržním mechanismem závisí mimo jiné na způsobu financování zdravotnictví. Standardní teorie dokonalé soutěže vychází z několika předpokladů – pokud nejsou tyto podmínky splněny,

mohou neefektivní producenti přežít a ceny mohou přerůst výrobní náklady. Ve zdravotnictví není uspokojivě splněna ani jedna z podmínek dokonalého tržního prostředí..⁶⁰

Jak již bylo uvedeno, existují rozdíly mezi „běžným“ trhem a trhem zdravotnickým.

„V článku „In Agency and the Welfare Economics of Medical Care“, Arrow aplikoval tyto myšlenky na trh zdravotní péče. Vysvětlil, že trh zdravotní péče se ve skutečnosti skládá ze dvou různých typů trhů. Jeden z nich je ten, který normálně považujeme za trh statků a služeb včetně včetně hospitalizace, praktické péče a léčiv. Podle Arrowovy teorie funguje trh bez nutnosti zásahu vlády, pokud si spotřebitelé mohou vybrat z více poskytovatelů a jsou dobře informováni o svých možnostech volby. Jedná se o velký IFS a Arrow uznal, že asymetrie informací mezi lékaři a pacienty může vést k omezení možností volby.“⁶¹

Regulační mechanismus je tvořen:

- legislativou
- implementací
- monitorováním a hodnocením
- vynucováním a soudním dohledem
- standardizací a harmonizací
- zásahy do řízení
- dotacemi, subvencemi a zdaněním

Skutečně nutné je systematické monitorování a vedle toho vynucování daných pravidel. Pokud není dodržování pravidel skutečně vyžadováno a nedodržování represivně postihováno, je regulace horší než kdyby nefungovala žádná. Povědomí o běžném nerespektování pravidel znevažuje státní autority a domáhání se dodržování legislativy je pak následně mnohem složitější. Regulace by měla být prováděno strategicky, měla by mít komplexní charakter a je nutné myslet na to, aby nebyla prováděno deregulace bez reregulace.

⁶⁰ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 127

⁶¹ DRANOVE, David. *Code Red*, s. 34

Systémově jsou rozlišovány regulace:

- regulace kapacity (usměrňování infrastruktury ve zdravotnictví za účelem zamezit nadužívání péče, plýtvání zdroji, poskytování velkého množství péče, je nutná silná politická podpora, setkává se to s odporem zdravotníků a pacientů)
- regulace ceny - DRG, poplatky, ceny léků
- regulace kvality - je nutné zavádět a sledovat indikátory vypovídající o kvalitě péče, často chybí, v mnoha zemích stanovena minimální kvalita, na kterou má pacient nárok
- regulace struktury trhu - regulace soutěže a působení zdravotních pojišťoven, hlavně v oblasti získávání pacientů a vytváření jejich portfolio
- regulace stanovením základního balíku služeb - často ho doprovází expanze služeb, které do něho nejsou začleněny

„Regulace kvality je v USA spíše založena na sankcích jako je odebrání licence, vypovězení smlouvy pojišťovnou, ztráta akreditace či soudní rozsudek. zájem o kvalitu péče a její zlepšování se postupně přenesl i do Evropy a koncem osmdesátých let bylo v řadě vyspělých evropských států (např. v Belgii, Spojeném království či v Německu) zajišťování kvality zdravotní péče zabudováno do zdravotnického zákonodárství, když již dlouho před tím probíhaly různé dobrovolné iniciativní akce. Na rozdíl od Spojených států byli iniciátoři zlepšování kvality péče v Evropě především sami lékaři a zdravotničtí pracovníci, teprve v druhé řadě instituce zdravotního a nemocenského pojištění či státu.“⁶²

„V současném českém zdravotnictví jsou zakomponovány velmi liberální prvky silně decentralizovaného systému, a to při široké garanci dostupnosti zdravotní péče. V závislosti na aktuální politické situaci je patrná snaha buď o ještě větší liberalizaci (2008 -2009), nebo naopak posílení státní regulace (1998 -2006).“⁶³ Současná vláda (od roku 2010) se nepochybně snaží zavádět další liberální prvky.

⁶² ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*

⁶³ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 127

3.4 Zdravotnické systémy

„Podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví jsou zdravotnické systémy definovány jako administrativní kontrola a monitorovací mechanismy, které řídí rozsah služeb, poskytovaných jedincům pro jejich fyzickou, psychickou a sociální pohodu, v různých místech, včetně obce, bytů, školy a pracoviště, všeobecných nemocnic, specializovaných nemocnic, klinik a pobytových a nepobytových zařízení, jako systémy volitelnosti služeb, zabezpečení pomůcek, pomocné technologie nebo jiného upraveného vybavení, a legislativy, jako jsou zdravotní zákony, které řídí charakteristiky zdravotního systému jako dostupnosti, univerzálnosti, přenosnosti, veřejného financování a srozumitelnosti.“⁶⁴

„Všechny zdravotnické systémy mají 5 hlavních složek: prostředky, ze kterých je zdravotnický systém financován, pracovní síla, která poskytuje zdravotnické služby, dodavatelé léčebných prostředků, jako jsou léčiva a medicínské vybavení, vzdělávací a výzkumné instituce, které vychovávají zdravotnické pracovníky a poskytují nové znalosti pro zlepšení zdravotnických služeb a mechanismus financování. K tomu navíc některé druhy organizační struktury stojí ve středu systému, tak jako kmen stromu. Vedle této organizační struktury, ve zdravotnických systémech mnoha států mohou existovat další prvky výkonné moci a kontroly. Ale tam, kde existují, jsou středem systému. Umožňují interaktivní fungování zajišťování zdravotnických služeb obyvatelstvu.“⁶⁵

„Zdravotnické systémy ve všech vyspělých zemích mění své paradigma. Je to způsobeno intenzivními ekonomickými, politickými a sociálními tlaky. K nejvýznamnějším patří růst nákladů na zdravotnictví a snaha je určitým způsobem regulovat. Důležitá je také změna tradičně chápané role pacienta, který již nechce a nemůže být převážně pasivním článkem v systému poskytování léčebné péče. Orientace na pacienty a uspokojování jejich potřeb je typickým rysem fungujících zdravotnických systémů. Dřívější tzv. reaktivní model zdravotnictví, postavený na akutní péči – tj. léčebné péči v běžném slova smyslu, poskytované již nemocným lidem neodpovídá současným potřebám. V péči o zdraví je nyní zdůrazňována celá populace a její blaho, dobro, pohoda

⁶⁴ WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*, s. 213

⁶⁵ JONAS, Steve, GOLDSTEEN, Raymond, GOLDSTEEN, Karen. *An Introduction to the US Health Care System*, s. 8

(wellness). Stále více je zdůrazňováno, že nejlépe investované prostředky na zdravotní péči jsou ty, které jsou zaměřeny na aktivity směřující k předcházení chorobám, či oddálení doby jejich výskytu.“⁶⁶

3.4.1 Globální problémy zdravotnických systémů a nutnost změny

„V důsledku zpomalení ekonomického růstu, nových léčebných postupů, změn ve struktuře nemocnosti a stárnutí populace dochází k trvalému růstu výdajů na zdravotnictví. V současné době proto není žádný stát na světě schopen zabezpečit, aby všem svým občanům poskytl vše, co medicína umožňuje. Jakákoliv politizace problémů v oblasti zdravotnictví nebo snaha řešit je na základě ideologických principů, jenom komplikuje snahy nalézt řešení.“⁶⁷

Tvůrci zdravotnické politiky musí v posledních letech řešit dva zásadní problémy, které ovšem stojí proti sobě. Příjmová stránka zdravotnictví je nepříznivě ovlivňována demografickým vývojem. Na straně výdajů se projevuje často neúměrný nárůst. Náklady na zdravotnictví, resp. zdravotní péči, rostou v poslední době rychleji. Má to mnoho příčin. Některé jsou typické pro všechny státy, některé jen pro konkrétní.

„Za nejvýznamnější faktory, které se uplatňují v růstu výdajů na zdravotnictví, se v dnešní době považují především celková úroveň bohatství společnosti (vyjádřené jako HDP na obyvatele), kapacity zdravotnického systému a mzdová úroveň pracovníků ve zdravotnictví, technologické inovace, léčená prevalence a další. Vlastním změnám ve věkové struktuře se přitom nepřisuzuje zásadnější význam.“⁶⁸

Obecně se dají faktory zvyšující výdaje na zdravotnictví rozdělit na:

- demografické
- ekonomické
- pokrok ve zdravotnických technologiích a medicínských postupech
- typy onemocnění
- politické

⁶⁶ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 190

⁶⁷ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 125

⁶⁸ MÁTL, Ondřej, PAVLOKOVÁ, Kateřina, ROUBAL, Tomáš, VACHEK, Stanislav. *České zdravotnictví v roce 2050. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*, s. 2

Demografické faktory

Je nutné rozlišovat absolutní růst a relativní změny uvnitř populace (ve struktuře obyvatelstva z mnoha hledisek). Se zvyšujícím se počtem obyvatel samozřejmě rostou absolutní výdaje na zdravotnictví. Změny v nákladech na zdravotnictví vyvolávají i změny uvnitř populace.

Demografická revoluce probíhá po celém světě. V současné době je na světě kolem 600 milionů lidí ve věku 60 let a starší. Tento počet se zdvojnásobí do roku 2025 a do roku 2050, dosáhne 2 miliard, drtivá většina z nich bude v rozvojovém světě. Takové zrychlené globální stárnutí populace bude zvyšovat hospodářské a sociální nároky na všechny země. Ačkoli důsledky stárnutí populace v oblasti zdravotnictví a zabezpečení příjmu jsou již ve středu jednání tvůrců politik a plánování v rozvinutém světě, rychlost dopadu stárnutí populace v méně rozvinutých regionech není ještě zcela brána vážně. V roce 2050, v zemích jako je Brazílie, Čína a Thajsko, podíl starších lidí bude vyšší než 15% populace, zatímco v Kolumbii, Indonésii, Keni vzroste absolutní počet této části populace až o 400%, 8x více než v západní Evropě. Stárnutí populace se týká dvou faktorů: pokles podílu dětí, což odráží pokles porodnosti v celkové populaci, a zvýšení podílu dospělých ve věku 60 let a starší díky poklesu úmrtnosti. Tento demografický přechod s sebou přinese řadu vážných problémů pro tvůrce politiky zdravotní i sociální.⁶⁹

"Strunk, et.al. se zaměřili na efekt stárnoucí populace mladších 65 let. Modelováním až do roku 2010 v rámci populace skládající se z lidí rozených v období označovaném jako „baby boom“ dospěli k závěru, že z ročního růstu výdajů v rozmezí 4–8 %, efekt stárnutí této populace způsobuje méně než 1% nárůst. Evans, et. al. ve studii, která se zabývá dopadem stárnutí populace na růst zdravotnických výdajů v Kanadě, uzavřeli své zkoumání zjištěním, že trendy v demografickém vývoji samy o sobě mohou vysvětlit jen malou část trendu vývoje čerpání zdravotní péče a výdajů s tím spojených.“⁷⁰

⁶⁹ JOHNSON, James, STOSKOPF, Carleen, Harriet. *Comparative health systems: global perspectives*, s. 8

⁷⁰ DITTRICH, Ludwig, STARÁ, Dana. *Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů na zdravotní péči? Zdravotnictví v ČR*, s. 144

Ekonomické faktory

Ekonomický růst je spojený s růstem nákladů na zdravotnické služby. Recese má opačný efekt, i když zde hraje roli to, že pokud je dlouhodobější, může náklady zvyšovat dodatečná péče o nemocné nezaměstnané a chudé. Pokud půjde o rozšířené hodnocení nákladů, je nutné brát v úvahu to, že ceny jsou ovlivněny mírou inflace. Faktory nabídky jsou rovněž důležité (např. zvýšení počtu lékařů a nemocnic).

Pokrok ve zdravotnických technologiích

„Na začátku 20. století se zdravotnictví dočkalo jen několika málo efektivních pokroků (vynálezů). Od té doby se však počet efektivních a významných inovací značně rozšířil – například antibiotika (1938), operace srdce (1954), hemodialýza (1960) a počítačová tomografie (1973). „⁷¹

Ať už se starší osoby podílejí na zvyšování nákladů na zdravotní péči, či ne, není pochyb o tom, že jejich podíl bude v nejbližší době ve světě narůstat. Vzhledem k ekonomickým problémům, které již dnes negativně ovlivňují prognózu vyplácení starobních důchodů, dá se očekávat, že doba odchodu do důchodu se bude zvyšovat, aniž by se nutně musela nadále zvyšovat průměrná délka života. Pro zdravotnictví bude tedy výzvou udržet společnost v tak dobrém zdravotním stavu, aby mohla být ekonomicky aktivní do pozdějšího věku, než je tomu dosud.

Typy onemocnění

Taková nová onemocnění, jako HIV apod. zvyšují počet nemocných ve společnosti. Dalším problémem je nárůst chronických onemocnění, jejichž léčba s léčbou dlouhodobých chorob zvyšují výdaje na zdravotní péči. V ekonomicky vyspělých zemích s vyššími náklady na zdravotnictví a většími zkušenostmi klesá kojenecká úmrtnost v důsledku nakažlivých nemocí úměrně s úmrtností dospělých na chronická onemocnění. Dokonce se udává, že více jak polovina úmrtí ve světě je z příčiny chronického onemocnění. Je to však různé v závislosti na sociální třídě. Mezi 20%

⁷¹ WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*, s. 170

nejchudších ve světě jich umírá v důsledku chronického onemocnění pouze kolem 30% pacientů, mezi nejbohatšími 85%.⁷²

Politické faktory

Je samozřejmé, že podoba rozpočtu zdravotnictví závisí na politickém mínění a rozhodování. Jsou možné finanční injekce např. jako populistický krok před volbami, v případě vychýlení od plánovaného tempa růstu nebo z dalších důvodů. Zdravotnické zdroje mohou být formálně přesunuty na podporu jiných cílů. Opatření z důvodu spravedlnosti k přístupu ke zdravotní péči rovněž mohou zvyšovat náklady. Je ovšem i nutné neopomíjet fakt, že korupce politiků, úředníků a poskytovatelů zdravotní péče může vést k závažným ekonomickým ztrátám.

„Ideální model zdravotnictví neexistuje. Návrhy odborníků musí pojmenovat rizika, nedostatky, s nimiž je spojena každá alternativa a označit výhody pro konkrétní podmínky a dobu. Politická volba pak spočívá v tom, že si národ vybere, s jakými problémy chce žít a překonávat je.“⁷³

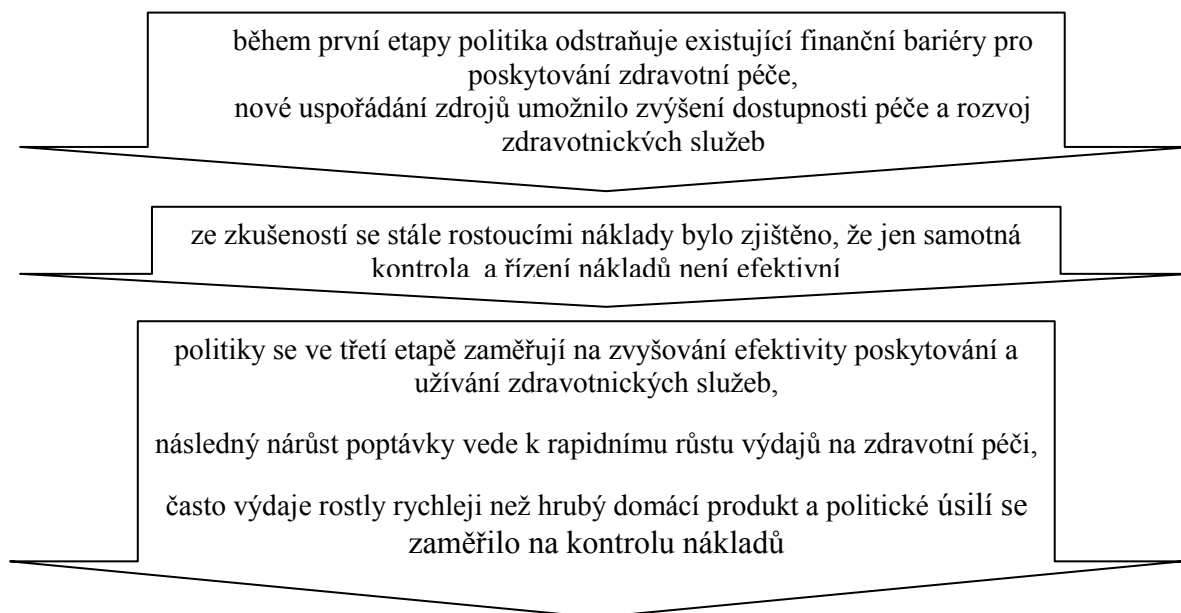
Někteří autoři poskytují 3-etapový model, který popisuje, jak se zdravotnické systémy měnily během posledních 60 let⁷⁴. Schéma 3 představuje postupný vývoj zdravotnických systémů a vystihuje podstatné změny i důvody k nim vedoucí.

⁷² WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*, s. 170

⁷³ KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 19

⁷⁴ WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*

Schéma 3 3-etapový model vývoje zdravotnických systémů



Zdroj: vlastní zpracování, WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*. 1. vyd. Berkshire: McGraw – Hill Education, 2008. 265 s. ISBN 0-335-21834-2

Už v 70. letech oznámila Světová zdravotnická organizace strmý nárůst výdajů na zdravotnictví za jeden z hlavních zdravotnických problémů Evropy. Bylo zřejmé, že žádná země na světě nemá tolik finančních prostředků, kolik by zdravotníci dokázali v nemocnicích utratit v dobré víře, že se snaží pomoci svým pacientům. Nedostatek peněz ve zdravotnictví byl už v 80. letech některými politiky chybně interpretován jako ekonomický problém. Jak však správně upozorňovala Světová zdravotnická organizace, šlo v zásadě o problém cílové a hodnotové orientace zdravotnické soustavy. Zdravotnictví by se nemělo věnovat jen poskytování stále nákladnějších zdravotnických služeb.⁷⁵

Největší hrozbou pro růst nákladů na zdravotnictví jsou v blízké budoucnosti především chronická onemocnění, civilizační choroby a také riziko propuknutí epidemií a pandemií, které si žádají skutečně vysoké a nepředpokládané výdaje na zdravotnictví.

„Reakcí na růst nákladů je také zavádění různých typů makroekonomických regulací, jejichž účelem je především kontrola nákladů. K nim patří redukování rozsahu hrazené péče, zavádění různých forem spoluúčasti, restriktivní léková politika (kontrola preskripce léků u praktických lékařů a specialistů), zavádění limitů pro hrazení nákladných terapií (s ohledem na jejich předpokládaný efekt) a podobně. Zvyšuje se zájem

⁷⁵ HOLČÍK, J.: *Reforma zdravotnictví. Zdravotnictví ČR*, s. 79

o sledování ekonomické efektivity zdravotnických služeb a důraz na kontrolu využívání zdrojů a uplatňování takových způsobů proplácení péče, aby pokud možno objektivně odražely skutečnou výkonnost jednotlivých poskytovatelů. Ve vzdělávacích náplních jsou ve větší míře respektována očekávání pacientů a zařazována témata z oblasti společenských věd, zejména psychologie, sociologie, ekonomie a informatiky, biotiky a práv.“⁷⁶

Existuje ovšem i jiný pohled na příčiny rostoucích nákladů na zdravotní péči. Prakticky se nenajde rozvinutý stát, kde by byli spokojeni s jejich současným zdravotnickým systémem, především jeho financováním, od kterého se pak kvalita a dostupnost péče značně odvíjí. Není zde pohlíženo na stárnutí populace, rozvoj medicínských technologií, postupů a možností léčby a zvyšující se požadavky společnosti jako na hlavní příčinu rostoucích nákladů. Ta je shledávána v narušení přirozeného vztahu mezi pacienty a zdravotníky.

„Po tisíciletí to byl vztah zákazník a toho, kdo poskytuje službu. Pacient dostal péči a doktor honorář. Změna přichází s průmyslovou revolucí, kdy zavedení nemocenského pojištění umožňuje další existenci rodině pracovníka, kterého postihla vážná zdravotní lapálie. Teprve později se z těchto peněz začala platit také zdravotní péče a ještě v polovině minulého století se na nemocenské dávky vyplátilo více než za vlastní léčení. Všechny zdravotní systémy byly vytvořeny jako dávkové a uměly proplácet účty za poskytnutí zdravotní péče. Od poloviny sedmdesátých let přináší rozvoj medicíny pacientům lepší péči, ale zdravotním systémům rostoucí problémy. Najednou je možné stejné onemocnění léčit různými způsoby, které se liší cenou, riziky, účinností, komfortem a tradiční dávkové uspořádání zdravotních systémů překáží efektivnímu rozhodování.“⁷⁷

„Po okouzlení systémovým přístupem se ve světě objevují v procesu přechodu k postmoderní společnosti (70. – 90. léta 20. století) první finanční i morální krize systémů zdravotnictví. Jejich výsledkem je zjištění, že v globalizovaném světě je reforma zdravotnictví kontinuální proces, který musí neustále vyvažovat protipólové problémy a dilemata typu:

- trh, nebo regulace?

⁷⁶ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 60

⁷⁷ VEPŘEK, Pavel. *Rathova zmýlená. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*, s. 38

- práva pacientů (autonomie), nebo expertní moc (paternalismus)?
- konvergence, nebo divergence zdravotnických systémů?
- odpovědnost za zdraví je záležitost jednotlivce, nebo státu?
- rovnost, nebo nerovnost obyvatel?⁷⁸

3.4.2 Modely zdravotnických systémů

„Přestože jsou systémy poskytování zdravotní péče v jednotlivých zemích svým způsobem jedinečné, je možné je na základě obecných rysů klasifikovat a analyzovat např. pomocí: dostupnosti péče, kvality péče, ekonomické nákladnosti (výdaje na zdravotnictví ve vztahu k HDP, podíl veřejných a soukromých výdajů), výkonnosti a sociální akceptability (určuje, jak uspořádání systému odpovídá potřebám a představám společnosti, aby platilo, že dostupná péče je kvalitní a kvalitní péče je dostupná).“⁷⁹

Při vytváření organizační struktury a pravidel financování zdravotní péče, především ustanovení způsobu finančního vyrovnání mezi poskytovatelem péče a pacientem by měly být brány v potaz vždy kulturní tradice a zvyklosti v dané zemi. Jsou státy, kde jsou pacienti „zvyklí“ u lékaře platit, kde berou jako samozřejmost a povinnost postarat se o blízkého, který je hospitalizován, pak jsou státy, kde je pro pacienty takový model nepřijatelný. Zavádění „novinek“, které jsou pro společnost znatelné, by nemělo probíhat v těžkých ekonomických dobách a období výraznějších společenských problémů.

3.4.2.1 Základní členění zdravotnických systémů

„Jsou uváděny 2 základní modely financování zdravotní péče. Bismarkovský model je založen na povinném (sociální) zdravotním pojištění a Beveridgeův model založený na službách financovaných z daní.“⁸⁰

Povinné zdravotní pojištění uzákonil německý parlament v roce 1883 na základě upraveného původního návrhu kancléře Bismarcka. Bismarck původně navrhoval zavést systém národní zdravotní služby. Nesetkal se však s liberálními členy parlamentu a vládami jednotlivých provincií s pochopením. Návrh tedy přepracoval a přišel

⁷⁸ IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství*, s. 127

⁷⁹ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 126

⁸⁰ WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*

se systémem zakládajícím se na už fungujících zaměstnaneckých fondech, místních pojišťovnách a také svobodných vzájemných pojišťovnách. Lze shledat podobnost v současném českém podílení se na zdravotním pojištění. Platil tehdy dvě třetiny zaměstnavatel a zbylou třetinu zaměstnanec.

„Již v roce 1886 byl podobný zákon přijat i v tehdejším Rakousku-Uhersku, a to dokonce ještě s širší působností než v Německu. Zákon se postupně vztahoval na všechny zaměstnané osoby a později i částečně na živnostníky. Podobná legislativa na přelomu 19. a 20. století vznikala v celé řadě dalších evropských zemí. Konec 19.století byl i dobou vstupu komerčních pojišťoven do oblasti zdravotního pojištění. Další vývoj pokračuje od poloviny 20. století, kdy řada západoevropských zemí nahrazuje systém statutárního pojištění, zajišťovaný samosprávnými fondy, národní zdravotní službou. Cílem této transformace bylo rozšíření pojistné ochrany na celou populaci a větší rovnost přístupu ke zdravotní péči. Vůbec první zemí s tržní ekonomikou, která rozšířila pojistnou ochranu na celou populaci, byl Nový Zéland v roce 1939. V Asii byl systém sociálního zdravotního pojištění zaveden nejprve v Japonsku v roce 1922, vztahoval se zpočátku na zaměstnané osoby. V zemích Jižní Ameriky byla průkopníkem Chile v roce 1924, původně však tento systém zahrnoval jen asi 15% obyvatelstva.“⁸¹

V zásadě jsou vymezeny 4 typy zdravotnických systémů, jež mají svá PRO a PROTI. Pro fungování zdravotnického systému na úrovni státu je nutné, aby byly definovány strategické cíle týkající se ochrany a zlepšování zdraví společnosti, optimálně dostupná základní zdravotní péče pro všechny, pevně vymezeny zdroje a způsoby financování zdravotní péče a vztahy mezi poskytovateli, příjemci, prostředníky, plátcí a ostatními organizacemi. Pro zdravotnické systémy je také typický určitý podíl státu a jiných orgánů na vlastnictví a řízení zdravotnických zařízení.

⁸¹ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 15-16

Tabulka 2 Pozitiva a negativa základních modelů zdravotnického systému

Smíšený systém s převahou liberalistických prvků	
+ • <i>velký výběr kvalitních služeb</i> • <i>podpora rozvoje medicínských technologií</i> • <i>podpora soutěživosti mezi zdravotnickými zařízeními</i>	- • <i>nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné</i> • <i>vysoký podíl nákladů na administrativu</i> • <i>nedostatečná preventivní péče</i> • <i>péče je drahá (nákladná)</i>
Systém založený na povinném zdravotním pojištění	
+ • <i>vysoká dostupnost základní zdrav. péče pro všechny obyvatele</i> • <i>dostatečně pestrá nabídka zdrav. služeb</i> • <i>vyhovující síť zdrav. zařízení</i> • <i>celkem vyhovující návaznost služeb</i> • <i>podpora primární péče</i> • <i>přiměřené náklady</i>	- • <i>část prostředků spotřebují pojišťovny pro svou činnost</i> • <i>důraz kladen na kurativní péči</i> • <i>pojišťovny se občas dostávají do finančních potíží a je tendence řešit problémy na vrub klientů a provozovatelů</i> • <i>administrativní těžkopádnost</i>
Národní zdravotní služba	
+ • <i>obecná dostupnost služeb</i> • <i>dostatečná nabídka služeb</i> • <i>přiměřená pozornost prevenci</i> • <i>dobře řešená návaznost služeb</i> • <i>nízké náklady na zdravotnické služby</i> • <i>dobře koordinované zájmy účastníků péče</i>	- • <i>nedostatek prostředků na investování</i> • <i>problémy s financováním v době ekonomické recese</i> • <i>dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace</i> • <i>nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví</i> • <i>podpora nesoutěživého klimatu</i>
Socialistický model	
+ • <i>všeobecná dostupnost péče</i> • <i>pozornost věnována prevenci</i> • <i>návaznost péče</i> • <i>racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení</i>	- • <i>nízká výkonnost systému</i> • <i>chronický nedostatek prostředků</i> • <i>ekonomické brzdy technického rozvoje</i> • <i>nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví</i> • <i>zcela nesoutěživé prostředí</i> • <i>nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a pracovníků resortu</i>

Zdroj: GLADKIJ, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, a.s., 2003. ISBN 80-7226-996-8

Smíšený systém s převahou liberalistických prvků je typický pro USA. Zdravotnictví v USA je však velmi kritizováno. Je skutečně neefektivní. Vyšší podíl výdajů na zdravotnictví v % HDP značí obvykle zdravotnictví na vyšší úrovni. Rostoucí podíl výdajů na zdravotnictví v % HDP je ve všech vyspělých státech více méně typický a není nežádoucí. USA má však hodnotu tohoto ukazatele velmi vysokou a vzhledem k tomu, jak nedostupná je často tamní péče pro velké množství obyvatel, není tento systém v takové podobě vhodný. Už teď si žádá rozsáhlou reformu.

Systém založený na povinném zdravotním pojištění je zavedený v určitých modifikacích v převážné většině západoevropských států, např. Německu, zemí Beneluxu, Francie, ČR, Rakousku, Polsku, Švýcarsku, Japonsku.

„Faktory ovlivňující dostupnost pro pojištěnou populaci:

- rozsah zdravotního pojištění
- finanční bariery
- nedostatek lékařů/jejich špatné rozmístění
- časová dostupnost zdravotnických služeb
- socio-kulturní bariéry⁸²
- ekonomická situace ve státě

„**Beveridgeův model** je model zdravotnictví financovaný ze všeobecných daní, jehož typickým představitelem je národní zdravotní služba ve Velké Británii. Tento model se vyznačuje univerzálním pojistným krytím populace s poskytováním zdravotní péče ve veřejných zdravotnických zařízeních nebo u smluvně vázaných poskytovatelů zdravotní péče s různou vlastnickou formou. Financování zdravotnických zařízení je úlohou specializovaných úřadů při státní správě nebo regionální či municipální samosprávě.“⁸³

„Anglická Národní služba zdraví, National Health Service byla uzákoněna po II. světové válce r. 1946 labouristickou vládou. Bylo by ovšem omylem se domnívat, že sociální pojištění, které mělo v r. 1954 už 41 zemí, popř. anglická Národní služba zdraví jde výhradně na účet státu nebo zaměstnavatele. S výjimkou států socialistických je

⁸² IZPE. *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*, s. 17

⁸³ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 20

financováno především z příspěvků pracujících, dále z příspěvků zaměstnavatelů, někdy doplňovaných státní subvencí.“⁸⁴

„Za formu modelu Beveridge je možné považovat i **Douglésův model** národního zdravotního pojištění, který se používá v Kanadě a Austrálii a rovněž je založen na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území.“⁸⁵

Národní zdravotní služba je systém zavedený např. v Norsku, Finsku, Švédsku, Dánsku, Itálii, Řecku, Španělsku, Portugalsku, Kanadě, Islandu.

Tzv. **Semaškův model** vykazuje některé značně podobné znaky Beveridgeova modelu. Je proto považován za jeho krajní formu. Semaškův model financování a poskytování zdravotní péče byl typický v socialistických státech tím, že v jeho rámci byla zcela postátněna správa, poskytování péče a její financování. Jedná se o socialistický model, jehož prvky je v současné době možné nalézt ve zdravotnictví v některých zemích bývalého SSSR a na Kubě.

„V mnoha zemích existuje smíšený model, kdy je sociální ekvita rozvíjena v rámci definovaných sociálních skupin obyvatelstva a v rámci jiné skupiny (podstatně méně četné) je realizována zdravotní péče na tržních principech a její charakter a množství je určováno především soukromým rozhodnutím spotřebitelů a poskytovatelů.“⁸⁶

Uvedené základní zdravotnické systémy existují v mnoha modifikacích. Vždy se najde něco specifického pro danou zemi. Odborníci se shodují na tom, že se nedá přesně určit, který je nejlepší. Co vyhovuje a dobře funguje v jednom státě, může v druhém přinášet komplikace nebo nebýt tak efektivní. Ve velmi chudých státech nebývá systém zdravotnictví příliš propracovaný a péče bývá nejen nekvalitní, ale také často nedostupná.

V Evropě je typické pro zdravotnictví, školství a mnohé další sociální služby, že jsou financovány především z veřejných zdrojů. Funguje zde tedy určitá solidarita, i když vynucená, nedobrovolná, státem v podstatě nařízená. To je hlavní rozdíl oproti jiným běžným službám, které si jejich příjemce hradí sám ze svých soukromých zdrojů. Nemusí se jednat jen o vyložené financování z daní, ale i ze zdrojů veřejného pojištění.

⁸⁴ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 101

⁸⁵ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 20

⁸⁶ DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, s. 38

„Hlavní rozdíly mezi jednotlivými evropskými státy, pokud jde o zdravotnictví, sociální péči a školství, však vyplývají z politických, sociálních a ekonomických odlišností. Jednotlivé evropské státy mají různé priority. Podíl veřejných výdajů na uvedené služby na hrubém domácím produktu příslušné země se tak může podstatně odlišovat. Konečně by se nemělo zapomínat na obrovské rozdíly v hospodářské výkonnosti jednotlivých evropských zemí. Nikdo se pak nemůže divit, že jakost a dostupnost zdravotních, sociálních a vzdělávacích služeb je v členských státech EU (a podobně dalších evropských státech) rozdílná. Neexistuje žádný jednotný evropský sociální stát. Lze nicméně hovořit o evropském sociálním modelu, založeném na státem prosazované solidaritě. Jinde ve světě totiž převážně veřejné financování těchto služeb samozřejmostí zdaleka není.“⁸⁷

„Tržní typ zdravotnictví jako celek není pro Evropu přijatelný. Odporuje její tradici a kultuře i sociální politice Evropských společenství, která určitou státní záruku dostupnosti zdravotní a sociální péče pokládají za nezbytnou. Zavádění tržních principů je všem významnou součástí některých evropských zdravotnických reforem, např. v Holandsku a Velké Británii. Tržní typ také tvoří v evropských demokraciích důležitý doplněk prvních dvou typů. Využívají ho nejen pacienti s vysokými příjmy, ale i střední vrstvy. Zejména soukromé pojištění a připojištění se velmi dobře doplňuje s všeobecným pojištěním a poskytuje mu užitečné konkurenční podněty.“⁸⁸

V podmínkách liberalismu i předchozích hospodářských systémů paralelně existoval rodinný model zabezpečení. O staré, nemocné a další potřebné členy (velké) rodiny či kmenu pečovali ostatní členové těchto společenství na základě zvykového práva. Tento model je dodnes převažujícím či jediným systémem zabezpečení v řadě zemí a oblastí světa a jednak má dodnes péče rodiny svůj význam v moderních systémech sociálního a soukromého zabezpečení.“⁸⁹

Z Tabulky 3 je možné vyčíst základní rozdíly mezi Národní zdravotnickou službou a Evropským pluralitním zdravotnictvím. Evropské pluralitní zdravotnictví je označení

⁸⁷ KŘEPELKA, Filip. *Zdravotnictví a školství v procesu Evropské integrace. Veřejná služba v České republice, Německu, Rakousku a Evropské unii*, s. 100

⁸⁸ KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 18

⁸⁹ VOSTATEK, Jaroslav. *Zdravotní pojištění a zabezpečení. Zdravotnictví ČR*, s. 100

pro systém založený za veřejném zdravotním pojištění, kdy zdrojem financování zdravotní péče je pojistné.

Tabulka 3 Srovnání národní zdravotnické služby a evropského pluralitního zdravotnictví

	NZS	EPZ
zákl. idea	stát blahobytu, válečná opatření	svoboda a solidarita
politické souvislosti	levý střed a levice	pravý střed a pravice
modelový sektor	státní správa	obchod a služby
základní způsob financování	státní rozpočet, daně	pojištění
organizovanost	vysoká	moderovaná
vlastnictví	státní	smíšené s podílem soukromého
úloha státu	rozhodující	jeden z více činitelů
postavení pacienta	předmět péče	klient
základní organizační proces	přímé řízení, směrnice	vyjednávání v rámci zákona, smlouvy, tržní vztahy
postavení lékaře	zaměstnání	svobodné povolání
hlavní typ lékařských organizací	odborné společnosti	stavovské komory
postavení MZ	vrcholový řídicí orgán zdrav. soustavy	orgán zdravotní a soc. politiky státu, partner v pluralitě
podněty pro prevenci a rozvoj	plánování	ekonom. a odborná motivace
ekonomické pobídky	minimální	nezbytné
tržní principy	nepatřičné	oceňovány
kontrola	„kdo řídí, ten kontroluje“	vzájemná a nezávislá zpětná vazba
rizika	byrokracie, nepružnost, plýtvání, ztráta zájmu	složitost a těžkopádnost, vyšší náklady, důraz na léčení, nikoliv na zdraví
uplatnění v rozvojovém světě	60. a 70. léta, Commonwealth a soc. orientace	80. a 90. léta, ambiciózní země Asie a Afriky
uplatnění v Evropě	I. generace – sever, II. generace – jih, III. generace - Polsko	historicky: střední a západní Evropa, II. generace: ČSFR, Maďarsko, Švédsko
mezinárodní zastávce	WHO	ILO

Zdroj: KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*. 1. vyd. Praha: Maxima, 1992. 120 s. s. 17. ISBN 80-902333-0-4

O tom, že tržní zdravotnický systém není příliš efektivní, není pochyb. Nebylo však prokázáno, že by byl lepší systém národní zdravotní služby než systém založený na povinném zdravotním pojištění, nedá se říci, že by v jednom byla poskytována zdravotní péče kvalitnější než v druhém. Obecně se však udává, že systém založený na povinném zdravotním pojištění mívá vyšší administrativní náklady.

„Pro současné systémy zdravotnictví je charakteristické, že:

- spotřebovávají zdroje – peníze
- plní vysoce důležitý účel – hodnoty
- jsou předmětem politického rozhodování – moc a zájmy
- je to expertní systém – věda“⁹⁰

„Dá se říci, že pro zdravotnické systémy je typické, že:

- dosud nebyl nalezen ideální model financování
- ve všech případech musí zasahovat stát
- žádný model není absolutně spravedlivý, aby nerozlišoval bohaté a chudé pacienty
- ve všech vyspělých státech je zdravotnímu systému přikládána celospolečenská důležitost s odrazem do politické reality každého státu
- každý model se snaží o určitou regulaci poptávky”⁹¹

3.4.2.2 Změny ve zdravotnických systémech

„V současnosti platná koncepce podpory zdraví má víceletou historii. Jejím vzniku předcházely celý soubor socioekonomických změn v nejrozvinutějších zemích světa. Tyto země prožívaly až do začátku 70. let tři desetiletí hospodářského rozkvětu. Jejich vlády vydávaly stále více prostředků na zdravotní a sociální programy. Ropná krize a následná ekonomická recese první poloviny 70. let znamenaly určitý zlom. Nutnost omezovat výdaje vedla podstatně k racionalizaci péče o zdraví. Odborníci si stále více uvědomovali nutnost reakce na proměnu nemocnosti, k níž došlo v poválečném období.“⁹²

⁹⁰ IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetřovatelství*, s. 127

⁹¹ DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, s. 38

⁹² GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*, s. 30

V posledních zhruba 25 letech bylo přistoupeno v podstatě ve všech zemích k výrazným reformním opatřením ba dokonce změnám systému. Reformy jsou realizovány především za účelem snížení nebo alespoň zamezení rostoucímu tempu růstu výdajů na zdravotní péči, což souvisí i s dalším důvodem, kterým je posilování odpovědnosti pacientů, samotných jedinců ke svému zdraví. Vzhledem k vývoji společnosti je podnětem k reformě také zvýšení dostupnosti a kvality zdravotní péče pro obyvatelstvo. Problémem systému je často jejich výkonnost a efektivita, jejichž zvyšování je rovněž častým důvodem.

3.4.3 Modely financování zdravotnictví podle zdroje příjmů

Mezinárodní srovnání ukazují, že státy užívají různé formy a metody úhrady výdajů za zdravotní služby.

Způsoby financování zdravotnictví podle zdrojů:

- z daní prostřednictvím rozpočtu
- prostřednictvím povinného zdravotního pojištění
- prostřednictvím soukromého zdravotního pojištění
- přímé platby
- kombinované způsoby⁹³

Např. Francie a Švédsko vyvinuly odlišné způsoby financování nemocnic a plateb jednotlivým lékařům. Latinskoamerické státy mají zase systémy sociálního pojištění, zatímco v afrických státech je běžné financování státem. Z velké části je to ovlivněno historickým vývojem, kdy velkou roli hrály kulturní a politické faktory. Zprvu platil zdravotní péči přímo ten, kdo ji čerpal. Později hradila zdravotní péči vláda a charity, až postupem času bylo zaváděno určité pojištění, které pokrývalo (zcela nebo z části) náklady na zdravotní péči. V 19. století bylo soukromé pojištění zavedeno v Evropě a rozšířilo se do Severní a Jižní Ameriky. Mezitím bylo zavedeno v Německu (v roce 1883) sociální (povinné) pojištění pro průmyslové dělníky postavené na již zavedeném tradičním (nepovinném). Pokrytí pojištěním bylo později rozšířeno

⁹³ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 25

na rodinné příslušníky, další zaměstnance a penzisty. Sociální pojištění odvozené od mzdy bylo stabilně zavedeno v Evropě, později v Latinské Americe a Asii. V USA bylo soukromé pojištění mnohem důležitější než v Evropě. Jak je vidět, pojištění hrálo a hraje ve zdravotnictví skutečně velkou roli.⁹⁴

„Modely financování zdravotnictví:

- systém přímých plateb (méně rozvinuté státy)
- financování z daňových výnosů (všeobecná daň, tedy z příjmů, daně spotřební, např. z tabákových výrobků), někdy stanovena i zdravotní daň (určité procento daňového výnosu připadá do zdravotnictví)
- veřejné zdravotní pojištění
- soukromé zdravotní pojištění (může být povinné i nepovinné, např. jako je povinné ručení za škodu u řidičů)⁹⁵

Uvedené modely jsou typické především pro vyspělejší státy. Světová zdravotnická organizace definuje typy financování zdravotní péče v širším záběru, který pokrývá i státy nejchudší a nejzaostalejší s málo rozvinutým zdravotnictvím.

Systémů financování zdravotní péče podle WHO:

- financování založené na výnosech z daní
- financování prostřednictvím sociálního (veřejného) zdravotního pojištění
- financování soukromým zdravotním pojištěním
- financování pomocí komunitního zdravotního pojištění
- financování prostřednictvím spořicího účtu
- financování prostřednictvím experimentálních přístupů, zahrnuje celou škálu mechanismů, které jsou pilotně zaváděny do praxe

Pod financováním prostřednictvím experimentálních přístupů jsou myšleny nástroje, které vedou k dodatečnému získání finančních prostředků na pokrytí rostoucích nákladů zdravotní péče. Jsou jimi např. příjmy z národní loterie, hypotetických daní, jako třeba

⁹⁴ WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*

⁹⁵ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, s. 88

příjem z vybraných spotřebních daní ze statků, jejichž spotřeba zpravidla negativně ovlivňuje zdraví člověka, jako je daň z tabáku nebo alkoholu. Patří sem i společné participování veřejného a soukromého sektoru na financování péče o zdraví.

“Dalšími možnostmi, které jsou zvažovány na mezinárodní úrovni, zejména ve vztahu k méně rozvinutým státům, zahrnují:

- International Finance Facility (IFF) - prodej speciálních vládních cenných papírů (zejména pro potřeby rozvojové pomoci)
- využívání finančních derivátů, zejména swapů, pro financování péče o zdraví
- partnerství veřejného a soukromého sektoru při vývoji nových produktů kapitálového trhu“⁹⁶

Rozdíly nejen v ekonomické úrovni, ale také historický vývoj, politické uspořádání a klima, a kulturní zvyklosti v různých zemích se pak promítají do organizace a míry statutárního zdravotního pojištění ve financování zdravotnictví a zajišťování zdravotní péče. Obecně ekonomicky vyspělejší země vykazují větší podíl veřejných zdrojů na financování zdravotní péče.⁹⁷

„Jednotný systém správy, financování a poskytování zdravotní péče v Evropské unii zůstává v kompetenci členských států. Ačkoliv systém zdravotnictví v EU není sjednocený, členské státy spolupracují, zejména pokud jde o zlepšení informovanosti o záležitostech týkajících se veřejného zdraví či o studium faktorů ovlivňujících zdravotní stav, např. faktory životního stylu, faktory spojené s životním prostředím apod.“⁹⁸

„Projekce podílu výdajů na zdravotnictví na HDP spíše slouží k zachycení napětí mezi ochotou prostředky vydávat a předpokládaným nárůstem potřeby prostředků. Riziko potom nespočívá v udržitelnosti financování zdravotnictví, ale v tom, jaké druhy péče, a kterým populačním skupinám budou či nebudou poskytovány, jak se bude měnit proporce úhrad z veřejných prostředků a ze soukromých prostředků, jak se bude přesouvat péče mezi jednotlivými sektory (neformální péče, sociální péče a zdravotnictví v oblasti dlouhodobé péče) a jaké dopady bude to vše mít na zdraví jednotlivých populačních

⁹⁶ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*, s. 86

⁹⁷ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 186

⁹⁸ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 131

skupin.⁹⁹

3.4.4 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je jedním z typů sociálního pojištění. Je uzavíráno za účelem úhrady zdravotní péče. Chrání tedy pojištěnce před vlastní úhradou mimořádných nákladů v plné výši na zdravotní péči.

Zdravotní pojištění patří mezi ty, kde existují varianty povinné a dobrovolné. Podílet se na veřejné zdravotní pojištění je za určitých podmínek povinné a povinnost ukotvena v zákoně. Soukromé zdravotní pojištění je uzavíráno dobrovolně na základě rozhodnutí pojišťujícího.

„Zdravotní pojištění jako jediné ze všech druhů pojištění zakládá nárok na věcnou dávku, tj. na poskytnutí potřebných zdravotnických služeb. Ostatní druhy pojištění jsou pojištění na peněžitou dávku. Ostatní druhy pojištění lze zjednodušit na vztah mezi dvěma partnery, jimiž je pojištěnec a pojišťovna. Ve zdravotním pojištění vstupuje do hry třetí partner, zdravotnické zařízení, ve kterém pojištěnec svou věcnou dávku, svou zdravotní péči dostane.“¹⁰⁰

„Rozlišovány jsou dva základní typy zdravotního pojištění podle míry dobrovolnosti:

- statutární zdravotní pojištění – na základě zákona je povinné pro všechny občany nebo pro určité skupiny obyvatelstva, např. zaměstnance
- privátní zdravotní pojištění – dobrovolné, které vznikne na základě dobrovolného rozhodnutí občana“¹⁰¹

Mezi modely statutárního zdravotního pojištění lze tedy řadit model Bismarcův, Beveridgeův a model Semaškův. V modelu privátního pojištění jsou řídicím orgánem ve zdravotnickém systému privátní organizace – pojišťovny. Při poskytování a zajišťování péče záleží na vztahu nabídky a poptávky. Obyvatelé se svobodně rozhodují, zda budou účastníky pojištění, neexistuje zde však solidarita nebo je ve velmi omezené míře.

⁹⁹ MÁTL, Ondřej, PAVLOKOVÁ, Kateřina, ROUBAL, Tomáš, VACHEK, Stanislav. *České zdravotnictví v roce 2050. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*, s. 2

¹⁰⁰ KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 18

¹⁰¹ ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*, s. 101

Privátní pojištění ve většině vyspělých zemích pouze doplňuje pojištění statutární. Typickou výjimkou jsou USA.

Typy privátního zdravotního pojištění:

- substituční – supluje statutární pojištění v případech, kdy existují výjimky a povinnosti se statutárního pojištění účastnit
- doplňkové – kryje péči, služby, které nejsou kryty statutárním pojištěním (např. v některých státech stomatologická péče)
- reziduální – kryje zbylou část péče, pokud je péče kryta ze statutárního pojištění jen do určité výše
- alternativní – kryje péči poskytovanou alternativními poskytovateli nebo péči nadstandardní
- mikropojištění – nahrazuje statutární pojištění v případě, že zcela chybí nebo je omezeno na velmi malou část obyvatel, zavádějí a spravují ho především nevládní organizace, církve, místní správní orgány, samostatná zdravotnická zařízení nebo finanční instituce, je rozšířeno především v rozvojových zemích (např. Bangladéš, Uganda, Filipíny, Thajsko, Ukrajina, Gruzie)

„Od statutárních systémů nelze očekávat, že každému občanovi poskytnou pojistnou ochranu podle všech jeho potřeb a současně podle jeho možností platit pojistné. Vedle pozitivních efektů však komplementární systémy mohou vykazovat i nepříznivé dopady do systémů statutárního zdravotního pojištění. Může se například jednat o tzv. „sbírání smetany“, což je získávání méně rizikových osob do komplementárního systému a přenechávání rizikových osob systému statutárního zdravotního pojištění. Komplementární zdravotní připojištění může přispívat k inflaci cen zdravotní péče nebo k nadužívání zdravotní péče i v rámci statutárního systému například tím, že pokrývá spoluúcast pojištěnců ve statutárním systému, která má omezovat nadužívání zdravotní péče pojištěnci.“¹⁰²

Parametry a nastavení statutárního zdravotního pojištění jsou zásadní pro rozvoj jednotlivých typů komplementárního zdravotního pojištění v dané zemi. Tam,

¹⁰² NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 22

kde statutární pojištění pokrývá jen malou část zdravotní péče, je prostor pro komplementární pojištění veliký. Svou roli pak hrají také kultura a zvyky v dané společnosti. Typickým příkladem jsou Řekové, kteří jsou „zvyklí“ u lékaře vždy zaplatit. Zde by doplňkové pojištění zvláště s nepřímou platbou, ale následným zúčtováním, nemělo příliš velkou odezvu.

Poskytování a financování jsou z hlediska veřejného a soukromého sektoru dvě odlišné věci. Soukromé pojištění může pokrývat péči poskytnout v zařízení, kde je zřizovatelem veřejná instituce a naopak. I privátní zdravotní pojištění vždy nebývá zcela ponecháno trhu.

„Tvůrci zdravotní politiky čelí hned několika klíčovým problémům při regulaci trhu s privátním zdravotním pojištěním, jejich regulace závisí na funkcích, které má privátní zdravotní pojištění plnit. Nutnost regulace je obvykle mnohem vyšší u alternativního pojištění než u doplňkového. Pokud má být fungování privátního pojištění v souladu se systémem založeným na vzájemné solidaritě, vztahují se regulace a nařízení k možnosti přístupu k privátnímu pojištění i pro osoby pro pojišťovnu rizikové, jako jsou například chronicky nemocní. Zrovna tak musí být takové pojistné i cenově dostupné pro starší pojištěnce.“¹⁰³

„Komplementární zdravotní pojištění plní i svou sociální funkci prostřednictvím redistribuce fondů ve zdravotnictví. Probíhá i vzájemná interakce komplementárního a statutárního systému pojistného krytí a z těchto důvodů podléhaly komplementární systémy zdravotního pojištění velmi často zvláštní právní regulaci. Regulaci samozřejmě podléhá přechod pojištěnce mezi statutárním zdravotním pojištěním a substitučním komplementárním pojištěním. V případě, že spoluúčast ve statutárním zdravotním pojištění má za úkol omezit poptávku po zdravotních službách, pak reziduální pojištění těchto poplatků může být zákonem vyloučeno. Předmětem zákonného omezení bývají i nositelé komplementárního pojištění, například v některých zemích, jako je Austrálie a dnes všechny země Evropské unie (EU), nesmí statutární zdravotní pojišťovny komplementární zdravotní pojištění poskytovat. V některých zemích se účast v komplementárním zdravotním pojištění podporuje daňovými opatřeními. Typickým opatřením je učinit výdaje na pojistné v komplementárním zdravotním pojištění alespoň zčásti daňově odečitatelnou položkou. Používají se i obrácené pobídky, například v Austrálii osoby

¹⁰³ SALTMAN, Richard, B. et al. *Social health insurance systems in western Europe*, s. 228

s příjmem nad určitou hranicí bez privátního pojištění mají zvýšené pojistné do systému statutárního zdravotního pojištění. Ve Velké Británii však naopak od daňových pobídek k uzavírání zdravotního pojištění v komplementárním systému ustoupili, protože propad daňových příjmů výrazně převyšoval pozitivní efekty komplementárního zdravotního pojištění ve výdajích na tamější národní zdravotní službu.“¹⁰⁴

Je důležité, aby výše a dostupnost pojištění byla do určité míry a optimálně regulována a pojistné krytí obyvatel co nejširší. Ne vždy tomu tak bývá a takový vládní činitel pak bývají nejen vlastní veřejností, ale i ze strany ostatních států dosti kritizováni. Příkladem takové kritiky bývá zdravotní politika USA.

„Je přístup ke zdravotní péči v USA spravedlivý? Lidé bez zdravotního pojištění (nebo s nízkým zdravotním pojištěním) mají velice omezený přístup ke zdravotní péči. USA financují zdravotní péči přes smíšený systém, založený velkou měrou na zaměstnaneckém pojištění a veřejných pojistných programů pro osoby staršího věku a invalidní (Medicare) a chudé (Medicaid). Tento složený systém zanechává miliony nepojištěných lidí. Miliony jich jsou podpojištěni, což znamená, že jejich pojištění nezahrnuje pokrytí komplexní péče. Tím jsou myšleny vysoké spoluúčasti a spoluplatby a omezené pokrytí různých zdravotnických služeb včetně psychiatrické péče, zdravotnických prostředků a preventivní péče.“¹⁰⁵ „Nedostupné zdravotní pojištění je největším rizikovým faktorem nedostatečné dostupnosti zdravotnických služeb. Poznatky z USA dokazují, že nepojištění jedinci mají bariéry v přístupu k péči, a to i přes skutečnost, že velká část zdravotní péče je poskytována na základě dotací nebo charitativním způsobem. Při závažných potížích jsou pojištěné osoby zvýhodněny oproti nepojištěným. Ti, kteří nejsou zdravotně pojištěni, se vystavují většímu riziku, že jim nebude poskytnuta preventivní péče a rutinní péče při chronických obtížích, což pak znamená nutnost intenzivnější péče v pokročilejších stádiích onemocnění. Zdravotní stav nepojištěných je horší než zdravotní stav pojištěných. Nepojištění také čelí významnému finančnímu riziku. Tyto souvislosti vytváří ze statusu pojištění významnou determinantu efektivity výdajů v sektoru zdravotnictví.“¹⁰⁶

Systém financování zdravotní péče v USA je založený velkou vahou na soukromém

¹⁰⁴ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 26

¹⁰⁵ JONAS, Steve, GOLDSTEEN, Raymond, GOLDSTEEN, Karen. *An Introduction to the US Health Care System*, s. 190

¹⁰⁶ IZPE. *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*, s. 9

pojištění, které se stalo a dosud je znamenitým businessem. Statutární pojištění by pak mělo negativní dopad na zisky finančních skupin, které soukromé pojištění poskytují.

„Výplata pojistného se stala důležitým aspektem zdravotní péče. Federální vláda byla nedávno nucena zrevidovat programy Medicare a Medicaid. Mezi jinými změnami bylo zavedeno také rozdělení na skupiny podle diagnóz (DRG). Jde o systém v rámci Medicare, který stanovuje platby za pobyt v nemocnici na základě pacientovy diagnózy. Toto nařízení mělo velký dopad na poskytování zdravotní péče. Pacienti jsou z nemocnice propouštěni dříve a větší část péče se poskytuje v odborných ošetrovatelských zařízeních nebo přímo doma. Některé pojišťovny zaměstnávají ošetřující jako případové manažery. Od ošetřujících pracujících v institucích se někdy také vyžaduje, aby se ujímali role případových manažerů. Vznikly alternativní systémy poskytování lékařské péče: organizace pro podporu zdraví (OPZ) a organizace preferovaných poskytovatelů (OPP). Pojišťovny a poskytovatelé péče se spojili, aby udrželi nízké náklady a přitom si zachovali konkurenceschopnost. Byl vyvinut dvouvrstvý systém – jedna vrstva slouží finančně stabilnějším lidem (soukromé pojištění, OPZ/OPP), druhá slouží finančně méně stabilním občanům (Medicare a Medicaid). Velký počet osob je rovněž bez pojištění nebo jen nedostatečně pojištěných. Přináší to problémy s přístupností péče a její kvalitou.“¹⁰⁷

V USA je dlouhodobě velký počet osob, které nejsou pojištěny nebo jsou pojištěny jen částečně. Dostupnost a kvalita zdravotní péči v tak vyspělé společnosti je pro velkou část obyvatelstva skutečně nízká, což je závažnou slabinou amerického zdravotnictví. Zdravotnictví a jeho reformování je předmětem mnohých politických diskuzí a snah.

3.4.5 Možnosti integrace výběru pojistného a daní

Zdravotnické systémy se odlišují také z hlediska organizace podání, výběru a základu pojistného na sociálním a zdravotním pojištění a daní z příjmu. To, jaký je systém předepsání, a výběru zdravotního pojištění, má samozřejmě vliv i na finanční náročnost zajištění tohoto procesu.

¹⁰⁷ LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*, s. 16

Obecně lze vymezit možné stupně integrace následovně:

- nulová integrace - daně a pojistné upraveny i spravovány zcela odděleně
- integrace ad hoc – do jisté míry nahodilé styčné body, systémy nejsou provázány s jinými, jsou samostatné
- integrace podání - centralizována komunikace s poplatníky, podání “na jednom místě”, správci daní a pojistného však pak komunikují s poplatníkem odděleně
- integrace výběru - jedna instituce zajišťuje výběr i vymáhání daní i pojistného
- integrace základu – odvody pojistného a daně se získávají ze stejného nebo velmi podobného jen upraveného základu

Integrace bývá prováděna především za účelem snížení administrativní náročnosti a mnohdy přináší i finanční úspory. Obvykle snižuje administrativní náklady spojené s vyměřením, vymáháním a výběrem, a to přímo na straně správy a nepřímo také u povinných subjektů odvádějících pojistné a daně.

Tabulka 4 Rozdělení vybraných zemí dle způsobu výběru pojistného na sociální zabezpečení

daňové orgány	orgány sociálního zabezpečení
Albánie, Argentina, Austrálie, <u>Bularsko</u> , Kanada, <u>Chorvatsko</u> , <u>Estonsko</u> , <u>Chorvatsko</u> , <u>Finsko</u> , <u>Maďarsko</u> , <u>Island</u> , <u>Irsko</u> , <u>Lotyšsko</u> , <u>Černá Hora</u> , <u>Nový Zéland</u> , <u>Nizozemí</u> , <u>Norsko</u> , <u>Rumunsko</u> , Rusko, <u>Srbsko</u> , <u>Slovinsko</u> , <u>Švédsko</u> , <u>VB</u> , USA	<u>Rakousko</u> , <u>Belgie</u> , Brazílie, <u>ČR</u> , <u>ČLR</u> , <u>Francie</u> , <u>SRN</u> , <u>Řecko</u> , Indonésie, Japonsko, Mexiko, Filipíny, <u>Polsko</u> , <u>Portugalsko</u> , Korea, <u>SR</u> , <u>Švýcarsko</u> , Thajsko, Uruguay

Zdroj: VLACH, Jan. *Možnosti sloučení výběru a vymáhání pojistného na sociální zabezpečení s výběrem a vymáháním daně z příjmu fyzických osob a s výběrem a vymáháním pojistného na všeobecné zdravotní pojištění*. 1. vyd. Praha : VÚPSV, 2008. s. 13. ISBN 978-80-87007-97-6

„Paralelní systémy jsou charakteristické především pro Evropu - západní, částečně i střední, integrované spíše mimo Evropu, např. v Austrálii, USA. Lze ale také vypořádat určité vývojové posuny, a to především od systémů paralelních k systémům integrovaným. Studie uvádějí, že důvodem byla především snaha zvýšit efektivnost systému sociálního pojištění (Irsko, Itálie, Švédsko, VB). Obdobné přesuny můžeme v nedávné minulost

také pozorovat v některých státech východní Evropy (Estonsko, Lotyšsko, Slovinsko, Maďarsko). V těchto případech preference integrovaného systému je také (a možná ještě více) pochopitelná - dřívější paralelní systém nevyhovoval a byl ve výrazné krizi. Změna v takovém případě je více než politicky obhajitelná a v praxi proveditelná.“¹⁰⁸

Zkušenosti ze zahraničí potvrzují, že díky přechodu k integrovanému systému se snižují mezní náklady integrace, a to z důvodu poklesu nákladů správy a zvýšení efektivnosti výběru. Odstraňuje se duplicita informací, je potřeba méně informačních systémů a technologií a snižují se nejen režijní náklady, ale i komunikace s poplatníky je snazší a efektivnější. Mimoto je pro zajištění celého systému potřeba i méně lidských zdrojů.

Vedle finančních pozitivních efektů má integrace i příznivý vliv na zprůhlednění celého systému vymezování a výběru daní a pojistného.

„Sociální pojištění zahrnuje důchodové pojištění a nemocenské pojištění. Jde o nejvhodnější formu k zajištění sociálních potřeb občanů v případě, kdy se jedná o sociální událost spojenou se ztrátou příjmu z výdělečné činnosti v důsledku nemoci, mateřství, ošetřování člena rodiny, invalidity, stáří či ztráty živitele.“¹⁰⁹

„V případě České republiky je plně integrováno pojistné na důchodové (včetně invalidního) a nemocenské pojištění v rámci sociálního pojistného, to obecně není pravidlem a lze se naopak setkat s propojením nemocenského a zdravotního pojištění. V případě České republiky má pojištění spíše daňový charakter, a to včetně jeho organizace, a nezpůsobuje principiální potíže jeho integraci s daní, jako tomu může být např. v Německu či Rakousku, kde pojištění akcentuje účelovost platby.“¹¹⁰

Přechod k integrovanému systému má svá pozitiva, která představují právě důvody pro změny v systému stávajícím. Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že je možné v první řadě realizovat finanční úspory v systému, což však nepředstavuje jediné přínosy integrace.

¹⁰⁸ VLACH, Jan. *Možnosti sloučení výběru a vymáhání pojistného na sociální zabezpečení s výběrem a vymáháním daně z příjmu fyzických osob a s výběrem a vymáháním pojistného na všeobecné zdravotní pojištění*, s. 13

¹⁰⁹ ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*, s. 105

¹¹⁰ VLACH, Jan. *Možnosti sloučení výběru a vymáhání pojistného na sociální zabezpečení s výběrem a vymáháním daně z příjmu fyzických osob a s výběrem a vymáháním pojistného na všeobecné zdravotní pojištění*, s. 12,13

„Efekty přechodu k integrovanému systému v zahraničí:

- nízké mezní náklady integrace - pokles nákladů správy, zvýšení úspěšnosti výběru (duplicita informací, počítačové systémy, personál...)
- vyšší specializace a efektivnější nástroje výběru na straně správce daně
- snížení administrativních nákladů
- snížení počtu zaměstnanců a zefektivnění HR managementu
- snížení režijních nákladů (náklady na info. systémy, komunikaci, nájemné...)
- eliminace duplicit v informačních systémech
- zvýšení efektivnosti správy celého systému“¹¹¹

Úspory je možné realizovat i na straně plátců a poplatníků systému. Výrazně by se snížil počet nutných hlášení.

Vybudování integrovaného systému má i jisté překážky. Pro zřízení a efektivní aplikování takového systému je nutné zajistit vše nejen z hlediska financí, ale náročné organizace na přípravu a samotné sloučení slučovaných institucí. Pro vše musí být také politická vůle. Výběr a vymáhání pojistného v jednom celku jsou jistě méně náročné než integrování výběru a vymáhání daní a pojistného. Integrace přináší úspory nejen na straně státu, ale i na straně plátců, resp. poplatníků.

3.4.6 Způsoby financování zdravotnictví, kvalita zdravotní péče

Postupem času dochází k formování způsobů úhrady zdravotní péče. Většinou až praxe odhaluje nedostatky, na které je pak potřeba reagovat.

Už jen vzhledem k rozdílné povaze poskytování péče primární, sekundární a terciární, nelze prakticky nalézt vhodný systém úhrady, který by byl „univerzální pro všechny druhy poskytované zdravotní péče všemi druhy zdravotnických zařízení.

¹¹¹ VLACH, Jan. *Možnosti sloučení výběru a vymáhání pojistného na sociální zabezpečení s výběrem a vymáháním daně z příjmu fyzických osob a s výběrem a vymáháním pojistného na všeobecné zdravotní pojištění.* s.17

Česká republika je příkladem, kdy se například neosvědčila úhrada za výkon u praktických lékařů, což se projevovalo nadměrným vykazováním péče.

3.4.6.1 Úhradové mechanismy

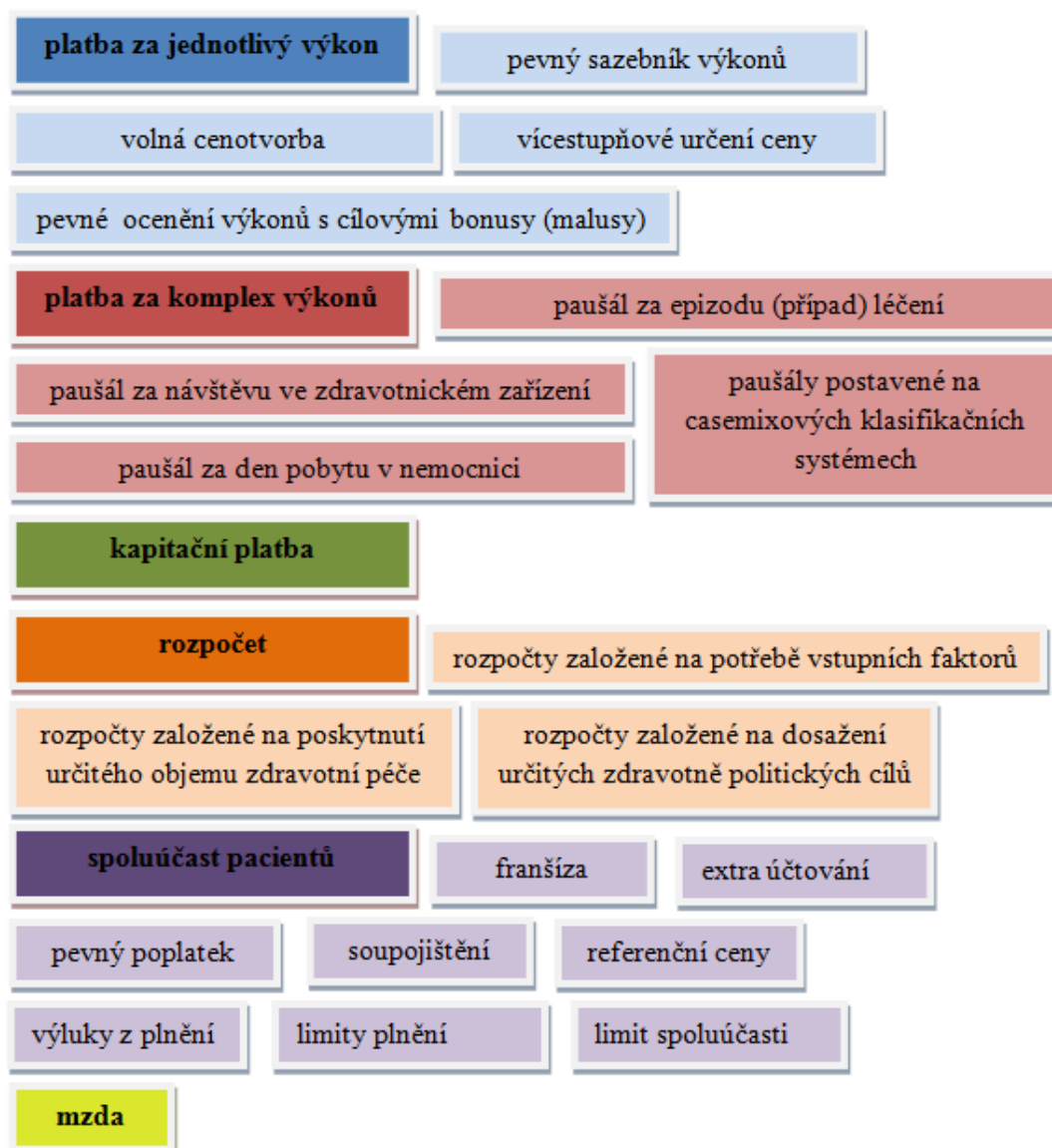
„Základním hlediskem pro rozdělení mechanismů úhrady zdravotní péče je hodnocený faktor, který je předmětem úhrady. Může to být úroveň spotřeby vstupů při poskytování zdravotní péče, jako například spotřeba materiálu a léků, energií nebo mzdových prostředků. Dalším faktorem, na jehož základě může probíhat úhrada, je objem poskytnuté zdravotní péče. Pro stanovení objemu poskytnuté zdravotní péče je velmi důležitá základní jednotka zdravotní péče, která je předmětem úhrady. Může to být jeden dílčí výkon, návštěva v ambulanci, jeden den pobytu v nemocnici, celý pobyt v nemocnici nebo dokonce péče o pojištěnce ve vymezeném časovém období. Kromě úrovně spotřeby vstupních faktorů nebo podle jejích výsledků, tj. užitku pro pacienta. V poslední době se tento princip prosazuje v podobě zahrnutí vybraných kritérií kvality do úhradových mechanismů.“¹¹² Schéma 4 poskytuje přehled typů a podtypů úhrad zdravotní péče.

Platba za jednotlivý výkon je mechanismus založený na rozdělení péče na jednotlivé výkony. Sazebník výkonů vydává většinou stát (ministerstvo zdravotnictví) nebo zdravotní pojišťovny. Výkonům jsou přiřazeny bodové hodnoty. Jedná se o mechanismus, který se užívá i v ambulantní sféře. Jeho nedostatkem však je, že vede často k nadprodukcí výkonů poskytovatelů, a tedy k vyšším výdajům na zdravotní péče a bývá administrativně náročný. „Seznam zdravotních výkonů je základní nástroj pro úhradu zdravotní péče. Při úhradě podle seznamu výkonů sleduje úhrada poskytnutou zdravotní péči. Kalkulace bodové hodnoty výkonů je prováděna podle kalkulačního vzorce, vstupy do tohoto vzorce jsou v registračním listu výkonu. Seznam výkonů je dynamickou soustavou vztahů. Rovnováha v této soustavě je zárukou spravedlivého rozdělení prostředků veřejného zdravotního pojištění ve vztahu k nákladům vynaloženým na poskytnutou zdravotní péči. Seznam výkonů musí být neustále aktualizován tak, aby reagoval na změny v medicíně, v cenách, v osobních a dalších nákladech. Seznam výkonů je vhodné doplnit dalšími nástroji pro úhradu zdravotní péče především kapitační

¹¹² NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 96

platbou v primární péči, platbou za diagnózu v akutní lůžkové péči, samostatným ceníkem pro stomatologickou péči, platbami za ošetrovací den v neakutní lůžkové péči a dalšími nástroji. Vedle úhrady podle seznamu výkonů musí stát i zvlášť účtované položky, které umožní úhradu léků a zdravotních prostředků, které nejsou s výkonem pravidelně spojeny. Nezbytnou součástí úhrady podle seznamu výkonů jsou motivační zpětné vazby pro poskytovatele zdravotní péče i pro její spotřebitele – pacienty. Seznam výkonů bez těchto zpětných vazeb vyvolá nezvladatelný nárůst nákladů i objemu péče.“¹¹³

Schéma 4 Typy úhrad zdravotní péče



Zdroj: vlastní zpracování

¹¹³ CABRNOCH, Milan. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*, s. 12

Kapitace je definována jako fixní pravidelná platba směřovaná poskytovatelům zdravotní péče za péči o osobu. Tedy platba za osobu, nebo-li platba na hlavu. Poskytovatel platbu přijímá a přebírá na sebe riziko, zda platba náklady na potřeby pacienta pokryje. Výše kapitační platby je stanovena na základě analýzy pečlivě zpracované na principech pojistném matematiky, což zmíněné riziko snižuje. Vzhledem ke snadnému určení a zúčtování nese kapitace pravděpodobně nejnížší náklady ze všech úhradových mechanismů. V tradiční kapitaci je poskytovateli péče vyplácena stejná kapitační částka na všechny pacienty bez ohledu na věk a počáteční stav. Ovšem může se v praxi lišit podle toho, jaké pacienty a jakou péči má pokrývat. Nejčastěji v souvislosti s věkem je zohledňována pravděpodobná četnost a druh péče o konkrétní věkové skupiny pacientů. Jsou stanoveny přepočítací koeficienty, kterými je kapitační sazba násobena. Vyšší mají v případě primární péče pochopitelně pediatričtí pacienti a osoby starší.

„Odpůrci této metody tvrdí, že kapitace svádí k velkému pokušení šetřit při poskytování péče za účelem dosažení co největšího zisku. Zastánci argumentují tím, že tento problém je důvodem pro adekvátní měření kvality poskytování péče a adekvátní dohled a kontrolu jako součást systému. V případě rizikově vážené kapitace, za jednotlivce se známými vážnými zdravotními problémy, což u nich předurčuje vyšší náklady, je hrazena vyšší kapitační částka než za běžné pacienty. Je zohledněna rozdílnost v četnosti a druhu péče v případě pediatrických pacientů a péče o starší osoby. Kapitace se zohledněním věku a pohlaví pacienta je užívána obvykle v primární péči.“¹¹⁴

„**Spoluúčast**, i když může snižovat užívání zdravotní péče ze strany pacientů, nemusí mít ještě zásadní dopad na celkové výdaje na zdravotní péči v celonárodním měřítku. Přesto se spoluúčast v řadě evropských zemí používá jako nástroj zdravotní politiky.“¹¹⁵

Platby na základě objemu a typu odvedených výkonů často svádějí k tomu, že bývají prováděny především lukrativnější a pro poskytovatele péče finančně zajímavější výkony, které jsou pro pacienta někdy zbytečné nebo naopak se mu nějakých potřebných nedostane. Paušální platby zase nevedou poskytovatele k poskytování maximální možné a kvalitní péči a zavádění nových technologií a léčebných metod.

¹¹⁴ SLEE, Debora, A., SLEE, Virigil, N., SCHMIDT, Joachim, H. *Slee's Health Care Terms*, s.73-74

¹¹⁵ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 142-143

Kvalita péče a ekonomická efektivita péče se mohou rozcházet. Za ekonomicky efektivní péči lze považovat takovou péči, jejíž celkový ekonomický přínos je vyšší než náklady na ní vynaložené. Při poskytování zdravotní péče lze však ekonomické hledisko při rozhodování brát jen jako pomocné.

Poměrně rozšířený je již systém úhrady pomocí **DRG skupin**. „DRG byl zaveden v r. 1967 na univerzitní klinice Yalské univerzity. Byl vyvinut jako nástroj definice produktů nemocnice a jako podpora zabezpečení kvality péče o pacienty na lůžku. DRG představuje první nástroj Case – Mix v nemocnici, který měl sloužit kromě působení při rozdělování zdrojů, také k přezkoušení hodnoty provedených výkonů. Jako jedna z prvních praktických aplikací je známa – Yal-DRG, použitá v r. 1983 jako systém financování nemocnic pro náhradu nákladů pojištěnců Medicare. I když byl systém DRG zaveden v USA pro státní pojištění, byl převzat kvůli dobrým výsledkům i soukromými pojišťovnami.“¹¹⁶ „Nejznámější použití DRG pro úhradu nemocniční péče je zřejmě ve formě prospektivního úhradového mechanismu. Prospektivní se nazývá tento úhradový mechanismus proto, že každému případu uvnitř rozpětí je úhrada stanovena předem podle tarifu DRG skupiny, do které je klasifikován daný případ. Tarif každé DRG skupiny lze určit jako součin tzv. základní sazby a relativní váhy příslušné DRG skupiny. Základní sazba je úhrada za případ s relativní vahou 1,0 a určuje celkovou úroveň úhrad prostřednictvím zvoleného prospektivního úhradového mechanismu.

„**Case mix** je kombinace případů-výkonů definovaných věkem, pohlavím, diagnózou, léčbou, závažností onemocnění a dalšími faktory, vykonaných (zajištěných) praktickými lékaři nebo nemocnicemi. Case mix je definován skupinou pacientů podle těchto faktorů, a pak určením podílu na celkový dopad na určitou skupinu. V současné době se pro tento účel používá nejčastěji klasifikace podle DRG. Někdy se nepřesně používá termín case mix jako samotný systém seskupování (DRG, například).“¹¹⁷

Klasifikační systém DRG lze použít i pro rozdělení rozpočtových prostředků mezi několik nemocnic. K takovému případu může dojít tehdy, jestliže monopolní nebo dominantní plátce zdravotní péče má omezené rozpočtové prostředky pro nemocniční péči a chce tyto prostředky rozdělit mezi několik nemocnic, které financuje. K rozdělení

¹¹⁶ BARTÁK. IZPE. *Požadavky na adaptaci DRG v Německu*, s. 6

¹¹⁷ SLEE, Debora, A., SLEE, Virigil, N., SCHMIDT, Joachim, H. *Slee's Health Care Terms*, s.77

může použít ukazatel casemix.“¹¹⁸. Casemix zohledňuje nejen počet případu, ale také jejich nákladovou náročnost v určitém oboru. Organizace hradící zdravotní péče má možnost rozdělit finanční prostředky určené na péči nemocniční péči nemocnicím (s nimiž má smlouvu) v poměru casemixu, a tím vzít ohled na nákladovou náročnost péče pacientů a i jejich počet.

„V České republice se ukazatel casemix používá od roku 2007 při úhradě nemocniční péče z prostředků veřejného zdravotního pojištění pro hodnocení, zda nemocnice má nárok na úhradu nemocniční péče formou plné paušální úhrady stanovené na základě její historické produkce výkonů. Paušál v plné výši se uhradí zdravotní pojišťovnou jenom v případě, že ukazatel casemix nemocnice dosáhne alespoň 95% casemixu v předcházejícím období. Toto opatření motivuje nemocnici, aby věnovala pozornost kódování veškeré péče, byť není přímo uhrazována prostřednictvím DRG.“¹¹⁹

„Třetí variantou použití DRG pro úhradu nemocniční péče je jeho využití při formulaci tzv. blokových kontraktů pro nakupování zdravotní péče plátcem. Blokové kontrakty obsahují kromě ceny zdravotní péče i dohodnutý objem zdravotní péče, který plátce od nemocnice očekává. Tento objem lze popsat právě prostřednictvím počtu pacientů v jednotlivých DRG skupinách a lze mu přiřadit i celkovou úhradu. Blokový kontrakt může připouštět i překročení dohodnutého objemu a může stanovovat diskontovanou úhradu takového překročení objemu. Podobné podmínky lze stanovit při poskytnutí menšího než dohodnutého objemu zdravotní péče. Původně každá DRG skupina měla být určena pacienty, kteří měli problém zhruba stejné medicínské povahy a trávili podobnou dobu v nemocnici. Nově byly definovány skupiny tak, že kromě podobnosti z hlediska medicínského, musela existovat podobnost i z hlediska spotřeby zdrojů. V roce 2006 bylo 526 DRG skupin určeno na základě následujících kritérií: hlavní diagnóza, provedení operačního zákroku, věk a pohlaví pacienta, komorbidita, komplikace, status propuštění.“¹²⁰

„Nová pravidla byla zavedená v roce 2006 za účelem zpřesnit sazby plateb za pobyt v nemocnici přiřazením vah k DRG skupinám zohledňujících nákladovost nemocniční péče a úpravou DRG skupin podle závažnosti stavu pacienta,

¹¹⁸ KOŽENÝ, Pavel, NĚMEC, Jiří, KÁRNÍKOVÁ, Jana, LOMÍČEK, Miroslav. *Klasifikační systém DRG*, s. 124

¹¹⁹ KOŽENÝ, Pavel, NĚMEC, Jiří, KÁRNÍKOVÁ, Jana, LOMÍČEK, Miroslav. *Klasifikační systém DRG*, s. 125

¹²⁰ SLEE, Debora, A., SLEE, Virigil, N., SCHMIDT, Joachim, H. *Slee's Health Care Terms*, s.182

případně nahrazením stávajících skupin DRG 861 konsolidovanými závažnost zohledňujícími DRG skupinami.“¹²¹

I přesto, že byly DRG skupiny vyvinuty původně pro úhradu zdravotní péče, jejich využití se rozšířilo. Našly uplatnění například při srovnávání nemocnic, při analýzách rozdílů v úmrtnosti, strategické plánování, sledování a zlepšování kvality péče. Účelem zavedení DRG skupin je přehledné sledování rostoucích výdajů a dlouhodobé snížení nákladů, efektivnější alokování zdrojů, růst produktivity poskytování péče a měly by napomáhat také přesnějšímu plánování kapacit.

Neexistuje DRG systém, který by pokryl v jedné nemocnici naprosto celé spektrum ošetřovaných pacientů, obtížné to může být např. u pacientů psychiatrických, dlouhodobě nemocných. Jsou ovšem již návrhy, jak se takovému pokrytí více přiblížit.

„Mezi negativními důsledky DRG představuje nejvýznamnější nebezpečí nedostatečně kvalitní ošetření, předčasné propuštění a selekce pacientů. V USA však nebyl po zavedení DRG zjištěn pokles kvality ošetřování. Bylo pozorováno pouze nebezpečí předčasného propouštění, jež však bylo díky zlepšení kvality v této oblasti zadrženo.“¹²² „Riziko na straně plátce zdravotní péče vyplývající z častých rehospitalizací buď z důvodu nedoléčení pacienta, nebo ze spekulativních důvodů na straně nemocnice se omezuje tím, že se stanoví určitá lhůta po ukončení pobytu v nemocnici, do které se nový nástup do nemocnice nepovažuje za nový případ.“¹²³

„Proces zavádění DRG je významně určen podmínkami časovými, organizačními a právním rámcem. Je nutno zjistit odchylky od amerických standardů, od nichž je odvozena většina DRG systémů.“¹²⁴

„Ve Švýcarsku se vedly diskuze o zavedení DRG systému od poloviny 80. let. Jejich výsledkem bylo použití skupin diagnóz jako zúčtovacích jednotek a jako indikátorů alokace zdrojů. DRGs jsou vhodné pro kapacitní plánování a ohodnocení výkonů nemocnic. V roce 1998 se objevil poprvé návod na zavedení DRGs a v témže byl zaveden ve všech nemocnicích ke kódování diagnóz a operací. V Itálii je zdravotní pojištění vyvinuté podle vzoru britské NHS. V roce 1995 zde byl zaveden pro všechny pacienty

¹²¹ SLEE, Debora, A., SLEE, Virigil, N., SCHMIDT, Joachim, H. *Slee's Health Care Terms*, s.182

¹²² BARTÁK. IZPE. *Požadavky na adaptaci DRG v Německu*, s. 38

¹²³ KOŽENÝ, Pavel, NĚMEC, Jiří, KÁRNÍKOVÁ, Jana, LOMÍČEK, Miroslav. *Klasifikační systém DRG*, s. 126

¹²⁴ BARTÁK. IZPE. *Požadavky na adaptaci DRG v Německu*, s. 5

systém HCFA-DRG verze 10.0. Některé výzkumy působení DRG systému v Itálii vykazují tyto výsledky: zkrácení doby hospitalizace, snížení počtu příjmů k hospitalizaci, zvýšení počtu ambulantních ošetření, žádné signifikantní změny v mortalitě. V r. 1991 byl DRG systém v Portugalsku zaveden v 95% státních akutních nemocnicích (80 nemocnic) a první výsledky po zavedení DRG ukázaly, že průměrná národní ošetrovací doba se snížila.“¹²⁵

V mnoha zdravotnických systémech se v případě DRG nejedná o hlavní nástroj pro úhradu nemocniční péče, ale je užíván pouze jako doplňkový. Systém DRG je v mnohých zdravotnických systémech teprve ve fázi testování, experimentování, než aby se dalo mluvit o skutečném využití jako podstatného nástroje úhrady zdravotní péče, což je v podstatě případ i České republiky.

„Ve své čisté podobě žádný z úhradových mechanismů všechny uvedené podmínky nesplňuje, a proto se úhradové mechanismy při praktickém používání kombinují nebo různě doplňují. Tendence vývoje mechanismů úhrady zdravotní péče směřuje zcela zřetelně k prohlubování a zpřesňování dosud používaných mechanismů a k většímu důrazu na mechanismy založené na objemu a na výsledku poskytování zdravotní péče.“¹²⁶

Svá specifika financování mají potom konkrétní systémy poskytované lékařské péče a konkrétní státy. Takové systémy existují v mnoha modifikacích a v některých zdravotnických systémech dosud jen ve fázi testování.

„Systémy poskytování lékařské péče:

Řízená péče: Integruje financování se zdravotní péčí pro své členy. Za měsíční kapitační poplatek uzavírá smlouvy s lékaři a nemocnicemi o poskytování zdravotní péče se striktním dohledem nad využíváním finančních prostředků.

Organizace pro podporu zdraví: Organizace, která nabízí zdravotnické služby za fixní pojistné.

Organizace preferovaných poskytovatelů: Uzavírá smlouvy s poskytovateli na služby se slevou pro své členy.

¹²⁵ BARTÁK, IZPE. *Požadavky na adaptaci DRG v Německu*, s. 8-11

¹²⁶ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*, s. 157

Dohled nad využíváním: Dohlíží nad přiměřeností zdravotnických služeb a nad směrnicemi pro lékaře při léčbě nemocí, řídí management péče za účelem udržení nákladů na nízké úrovni.“¹²⁷

3.4.6.2 Standardy zdravotní péče

V souvislosti s poskytováním péče, jejím financováním a sledováním její kvality je používán pojem standard. Pojem standard má ovšem ve zdravotnictví více významů.

„Standard (hranice) – měřítko kvality nebo kvantity stanovené autoritami, profesionály nebo pacienty (zákazníky), které slouží jako kritérium pro hodnocení. Spočívá v podstatě v hranici, pod kterou by se nemělo klesnout.“¹²⁸

„Pojem standard podle Donabediana a dalších znamená určitou přesně popsanou kvantitativní či kvalitativní úroveň kritéria péče, jež je v daném okamžiku či době považována za výraz dobré kvality péče.

Standard představuje autoritativní stanovení:

- minimálních úrovní přijatelného provedení péče nebo jejího výsledku
- vynikající úroveň poskytnutí péče nebo jejího výsledku
- rozsah (horní a dolní hranice) přijatelné úrovně poskytnuté péče nebo jejího výsledku

Kritéria (indikátory) a standardy mohou být normativní (optimální podle literárních údajů či názoru expertů a podle hodnot společnosti) či empirická (odvozená od aktuálního měření péče, ovšem s tou nevýhodou, že mohou přinášet kvantitativní obraz průměru namísto skutečně kvalitní péče). Kritéria a standardy mohou být externí (stanovená vně zdravotnického zařízení) nebo interní (stanovená těmi, kdo je sledují). Standardy jsou vlastně ukazatelé úspěšnosti realizace procesu zajišťování kvality. Nejsou fixní, protože se mění s pokrokem medicíny a se zlepšováním péče.“¹²⁹

¹²⁷ LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, s. 117

¹²⁸ SLEE, Debora, A., SLEE, Virigil, N., SCHMIDT, Joachim, H. *Slee's Health Care Terms*, s.534

¹²⁹ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 31-32

Pojem standard ve zdravotnictví může být vykládán mnoha způsoby. V poslední době je v České republice používán pro označení toho, co je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a pojmem nadstandard toho, co už si pacient hradí sám, nad rámec pojištění. Jedná se o úhradu varianty, která je nějak „nadstandardní“, kvalitou nebo pohodlím pacienta. Slovem standard mohou být myšleny také ovšem různé metody, postupy, vybavení, ukazatele.

„Standards vypracovávají přední autority jednotlivých oborů a odborníci v oblasti řízení zdravotnictví. Jedná se o určité objektivní ukazatele léčebné péče, které je možné vzhledem k rozvoji medicíny a konkrétním ekonomickým podmínkám států dosáhnout. Standardy by se tedy v zásadě měly týkat především výsledků péče. Protože však v medicíně je často nemožné měřit objektivně výsledky péče, týkají se standardy také struktury péče (personálu a jeho požadovaného vzdělání, technického vybavení pracoviště apod.) i procesů péče (osvědčených postupů). Přesto však by při definování standardů měla hrát nejvýznamnější roli snaha maximálně postihnout dopad léčebné péče na zdravotní stav pacienta. Pro ovlivňování kvality léčebné péče se kromě standardů používají i tzv. „clinical practice guidelines – metodická doporučení, jak postupovat v některých diagnostických a terapeutických situacích v podmínkách klinické nejistoty. Tyto dva termíny se někdy zaměňují. Mezi obsahem pojmu standard a „guidelines“ (metodickým doporučením) je však určitý rozdíl. Standard je především chápán jako vyjádření očekávané úrovně péče. Jeho dosažení je závazné – např. pro udělení akreditace, pro uznání, že jde o *lege artis* péči apod. V případě metodických doporučení jde o návody správné praxe a doporučení jak postupovat, aby se zvýšila pravděpodobnost dosažení kvalitních výsledků. „Guidelines“ do jisté míry připomínají naše dřívější metodické listy, vydávané bývalými hlavními odborníky (systém po roce 1996 zrušen).“¹³⁰

„Standard bývá vykládán jako metoda nebo technologie, bude mít vždy nějaké znaky a vlastnosti. Standardní kreditní karty mají stejnou velikost bez ohledu na to, kdo je vydal. Tento typ standardu je nejčastěji někde uveden. V případě všudypřítomné kreditní karty musí karta odpovídat normě ISO, aby bylo možno ji fyzicky zastrčit do otvoru jakéhokoliv bankomatu na světě. Stejně jako je důležitá informatika aplikovaná

¹³⁰ HNILICOVÁ, Helena, TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 196

ve zdravotnictví, získaly na významu i standardy ve zdravotnictví, jelikož bez nich by bylo velmi obtížné dostat ty pravé informace na pravém místě v pravý čas.“¹³¹

„Standard může být chápán jako popis očekávané úrovně výkonu, očekávané struktury či procesu, které musí být v rámci zařízení zavedené s cílem poskytovat bezpečnou a kvalitní péči či služby.“¹³²

3.4.6.3 Kvalita zdravotní péče, její kontrola a zlepšování

Aby se dalo hovořit o kvalitní péči, musí se jednat o péči, která je v první řadě finančně i geograficky dobře dostupná. Péči poskytují kvalifikovaní pracovníci s přiměřeným ohledem na zdravotní stav pacienta, a tak, aby zlepšovala kvalitu jeho života. V neposlední řadě je nutné poskytovat ji s přiměřenými náklady, tak aby byla splněna jednota medicínské, organizační a ekonomické racionality. Pro hodnocení péče, zda je kvalitní, musí být brány v úvahu zdroje na poskytnutí zdravotní péče, procesy výkonu péče a její výsledky.

„Vzájemný vztah mezi kvalitou péče a finančními zdroji má v podstatě tyto 3 aspekty:

- definování objemu finančních prostředků potřebných pro zajištění kvalitní péče
- alokace prostředků mezi různé segmenty zdravotní péče
- způsob financování zdravotní péče“¹³³

Objem finančních prostředků potřebných pro zajištění kvalitní péče

Objem finančních prostředků, které jsou vynakládány na zdravotní péči, bývá odvozen od ekonomické úrovně dané země a zpravidla vývoj výše těchto prostředků nekopíruje skutečné potřeby obyvatel na zdravotní péči.

Z běžně dostupných statistických údajů je patrné, že obyvatelům ekonomicky silného a vyspělého státu se dostává kvalitnější zdravotní péče než obyvatelům chudých rozvojových zemí. Nejenže mají obecně lepší podmínky pro život, ale také dostupnější zdravotní péči. Nelze to však tvrdit bez výjimek. Bohatá ekonomika má sice potenciál

¹³¹ SLEE, Debora, A., SLEE, Virigil, N., SCHMIDT, Joachim, H. *Slee's Health Care Terms*, s. 534

¹³² Joint Commision International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 304

¹³³ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.

zajistit obyvatelstvu vyšší kvalitu péče, a tím následně pozitivně ovlivňovat zdraví populace. Tento vztah však platí jen při srovnávání zemí, které mají rozdílnou úroveň ekonomik. V případě zemí s podobnou ekonomickou úrovní a sociálním rozvojem nebude tento vztah patrný nebo tak významný. Zdraví populace je totiž ovlivňováno mnoha vlivy, nejen úrovní zdravotní péče.

Alokace prostředků mezi různé segmenty zdravotní péče

Je důležité mít nejen dostatečné finanční zdroje, ale je podstatná také jejich správná alokace. Alokace prostředků následně ovlivňuje dostupnost a kvalitu zdravotnických služeb a efektivní využití disponibilních zdrojů.

Rozhoduje se o alokaci zdrojů mezi tyto segmenty:

- primární x sekundární x terciární péči
- ambulantní x lůžkovou péči
- osobní x věcnou stránku služeb

Především v evropských zemích, byla upřednostňována především péče lůžková. Praxe, přijímaná opatření a rozhodnutí Světové zdravotnické organizace, jiných významných zdravotnických institucí a systémy jednotlivých vyspělých států jasně ukazují, že si již tvůrci zdravotní politiky uvědomují, jak důležitá je primární péče, a to nejen z hlediska zdravotního, ale také i finančního.

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí klienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Primární péče jako základ péče o zdraví celé populace musí být všeobecně dostupná, kvalitní a odborná.“¹³⁴

Slabými místy ve financování zdravotnictví bývají vysoké náklady na farmaceutické výrobky, a to prakticky ve všech segmentech zdravotní péče. V poslední době se stále více užívá pojem farmakoeconomika. Zahraniční výzkumy dokazují,

¹³⁴ JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, s. 19

že racionální alokace umožňuje značné úspory za léky a léčebné přípravky, které mohou být využity následně účelně někde jinde.

„Farmakoekonomika je interdisciplinární obor (součástí zdravotní ekonomie), který spojuje metody farmakologické, klinické, ekonomické a epidemiologické a má za cíl připravit podmínky pro nejrationálnější využití přirozeně omezených zdrojů ve zdravotnictví a zejména v lékové politice. Farmakoekonomika bývá někdy mylně považována za metodu, která vede ke krátkodobým úsporám výdajů na léky, ale takový cíl je nereálný ve většině zdravotních systémů. Primárním cílem je alokace zdrojů takovým směrem, aby byla zaručena jejich návratnost nebo úspora v dlouhodobých ukazatelích.“¹³⁵

Důležitým ukazatelem při posuzování alokace finančních prostředků na zdravotnictví je i podíl finančních prostředků vynaložených na nemocniční péči, která je v ČR značně vysoká a na léky. Ve výdajích za léky patří ČR mezi ty státy, které vydávají za léky velký podíl finančních prostředků na zdravotnictví.

„Od zavedení úhradového systému je třeba nasadit rutinní zajišťování kvality. Na základě obvyklých ukazatelů je třeba sledovat kvalitu procesů a výsledků. Přitom musí být sledován zejména problém předčasného propouštění ve stadiu nestabilizovaného stavu. Je třeba z hlediska nákladů a výnosů dávat přednost náhodně vybraným poskytnutým výkonům pomocí kvalifikovaného lékařského personálu před široce založeným nediferencovaným kontrolám. Dokumentaci z oblasti zajišťování kvality je třeba stavět na stejnou úroveň patientské dokumentaci.“¹³⁶

„Kvalita a bezpečí jsou nedílnou součástí každodenní práce jednotlivých zdravotnických pracovníků a dalšího personálu. Lékaři a zdravotní sestry vyhodnocují pacientovy potřeby a poskytují mu péči. Obdobně i řídicí pracovníci, pomocný a další personál mohou použít uvedené standardy ve své každodenní práci, aby porozuměli, jak udělat procesy účinnějšími, jak lépe využívat zdroje a jak mohou být nemocniční rizika minimalizována.“¹³⁷

„Otázky zajišťování kvality poskytované zdravotní péče obecně a zvláště pak péče nemocniční byly teoreticky rozpracovány a prakticky ověřovány nejdříve v USA. Zakladatelem nového celostního chápání kvality poskytované zdravotní péče je především

¹³⁵ DOLEŽAL, Tomáš. *Význam farmakoekonomického hodnocení. Základy farmako-ekonomiky pro lékaře, lékárníky a další pracovníky ve zdravotnictví.*

¹³⁶ BARTÁK. IZPE. *Požadavky na adaptaci DRG v Německu*, s. 38

¹³⁷ Joint Commision International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s.183

Avedis Donabedian. Jeho teoretické práce současně s rozmachem zdravotnických služeb a s rozšířením vyspělých technologií v sedmdesátých letech (v důsledku přílivu státních prostředků do zdravotnictví nejen ve Spojených státech, ale i Evropě) vyvolaly zájem o vyhodnocování kvality a spotřeby zdravotnické péče. Na rozdíl od Spojených států byli iniciátoři zlepšování kvality péče v Evropě především sami lékaři a zdravotničtí pracovníci, teprve v druhé řadě instituce zdravotnického a nemocenského pojištění či státu.“¹³⁸

V Evropě roste zájem o kvalitu péče a její zlepšování až poté, co se objevil ve Spojených státech. Koncem 80. let (20.stol.) je v mnoha vyspělých zemích Evropy zajišťování kvality péče, její sledování a zlepšování upravováno i legislativně, například ve Velké Británii nebo Německu.

„Základní částí celkového zvyšování kvality je průběžné snižování rizik pro pacienty a personál. Rizika se mohou nacházet při poskytování zdravotní péče, právě tak jako v nemocničním prostředí.

Nedílnou součástí tohoto přístupu jsou následující procesy:

- řízení a plánování programu zvyšování kvality a bezpečí pacientů
- navrhování nových klinických a řídicích postupů
- monitorování správného fungování postupů pomocí indikátorů ze shromážděných dat
- analýzy dat
- zavádění a podporování změn vedoucích ke zlepšení

Oba programy – zvyšování kvality a bezpečí pacientů:

- jsou řízeny vedením
- snaží se o změnu prostředí nemocnice
- aktivně rozpoznávají a snižují odchylky a rizika
- využívají data k zaměření se na prioritní problémy

¹³⁸ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 5

- usilují o prokazatelné trvalé zlepšování „¹³⁹

I v českém zdravotnictví je zaměřena pozornost na kontrolu a zvyšování kvality zdravotní péče. „Je třeba jmenovat aktivity Ministerstva zdravotní ČR, které nejenže podporuje výměnu zkušeností s vyspělou cizinou, ale zřídilo v roce 1996 oddělení kvality péče. Počátkem roku 1997 byla ustavena MZ Akreditační komise a byl udělen grant na zpracování studie, týkající se akreditace nemocnic okresního typu. V roce 1997 proběhla dobrovolná pilotní akreditační studie 5 nemocnic, která byla řediteli těchto institucí vesměs kladně hodnocena, protože upozornila na problémy, které nebyly zevnitř pocíťovány.“¹⁴⁰ Kvalitou zdravotní péče se zabírají nejen odborné společnosti zdravotnických pracovníků. Na rozvoji metod a postupů zlepšování kvality se podílí i Asociace nemocnic ČR, a to prostřednictvím svého časopisu, ve kterém je prostor pro publikování poznatků. Organizuje také rozsáhlé semináře zaměřené na tuto problematiku a podílí se na rozvoji spolupráce při vývoji akreditačních standardů.

„Všeobecná zdravotní pojišťovna spolupracuje na projektu kvality péče z pohledu plátce. Vychází přitom z ověřeného předpokladu, že v každém lékařském oboru je přibližně 10-15 diagnóz, které představují 75% činnosti zdravotnických zařízení. K diagnóze se dají přiřadit standardní výkony se známou cenou a lze tak vytvořit cenový standard pro jednotlivé diagnózy. Vyhodnocování nákladů na diagnózu a porovnání údajů v rámci srovnatelné skupiny nemocnic bude významným indikátorem kvality péče.“¹⁴¹

3.4.7 Úloha lékařské komory ve zdravotnickém systému

„Důležitou roli hrají v poskytování zdravotní péče i lékařské komory. Komory jsou samosprávnými nepolitickými stavovskými organizacemi, které sdružují všechny lékaře.“¹⁴²

„Lékařské komory mají na našem území tradici od roku 1891 do roku 1950, kdy je protiprávně zlikvidoval ministr Plojhar. Požadavek na obnovení lékařské komory

¹³⁹ Joint Commision International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 183

¹⁴⁰ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. s. 10

¹⁴¹ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. s. 11

¹⁴² ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. s.20

získal širokou podporu krátce po listopadu 1989 a promítl se do všech prohlášení a dokumentů o změnách ve zdravotnictví. Později se rozšířil o zvláštní komory stomatologů, lékárníků, klinických psychologů a sester. Návrh nového systému zdravotní péče předpokládal, že komory budou nezávislé stavovské orgány, ustavené ČNR. Budou se podílet na dalším vzdělávání lékařů a ostatních profesí, garantovat jejich profesionální a etické standardy a používat disciplinárních pravomocí. Vládní dokument konstatoval, že komory budou chránit práva lékařů stejně jako práva pacientů. Od komor se tedy čekalo velmi mnoho.“¹⁴³ O jejich významu se stále vedou debaty a spory. Častou a spornou otázkou je i povinnost členství nebo registrace v lékařské komoře. Vzhledem k tomu, co všechno lékařská komora plní a jaké funkce zastává (včetně vyjadřování se ke změnám ve způsobu financování zdravotní péče), je nejspíš bezpředmětné vést diskuse o jejím zrušení.

„Mnohé státy, které mají soudobý zdravotnický systém zaveden o mnoho let dříve, než je ten v České republice, svou lékařskou komoru neruší, ale naopak jejich význam často posilují. Rada Evropy doporučuje svým členským státům nahrazovat mocenské funkce státní správy dohledem místní, akademické či profesní samosprávy.“¹⁴⁴

Pro zachování lékařské komory v České republice se kladně vyjádřila i Evropská federace lékařů zaměstnanců.

„Vedle České lékařské společnosti je to zvláště Česká lékařská komora a zejména Vědecká rada ČLK a její odborné komise, které se snaží, nejen v zájmu zajišťování a zlepšování kvality zdravotní péče, ale také v zájmu řízení spotřeby péče a přiměřeného financování zdravotní péče, o stanovení standardů zdravotní péče a vytvoření standardních postupů, jakými jsou návody ke správné klinické praxi či návrhy protokolů těchto postupů. Tyto návrhy vydávají zejména ty odborné disciplíny a pracoviště na nejvyšší úrovni, kde se nejvíce mohou uplatnit technicky exaktní postupy.“¹⁴⁵

¹⁴³ KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 32

¹⁴⁴ MACH, Jan. *Novela zákoníku práce umožňující tzv. další dohodnutou práci přesčas ve zdravotnictví*, s. 36

¹⁴⁵ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s. 10

3.4.8 Zavedení eHealth, dopad na kvalitu zdravotní péče a efektivitu systému

Mnoho lidí si dodnes pod pojmem e-Health představí internet v souvislosti se zdravím a zdravotnictvím. To však rozhodně není to samé. Přestože v České republice eHealth v podstatě dosud plně implementováno nebylo, snahy o jeho zavedení existují a spatřily světlo světa i některé jeho dílčí náležitosti. Elektronické zdravotnictví je podporováno i na úrovni Evropské unie. Elektronická komunikace, přenos, zpracování a uchování dat nemá ve zdravotnictví jen administrativní význam.

Informace jsou zásadním zdrojem pro efektivní fungování všech významných institucí. Zdravotnictví je nejpravděpodobněji jednou z těch nejvíce závislých na informacích vůbec.

„Jeho požadavky na informace lze klasifikovat následovně:

- informace pro občany
- management informací o zdraví
- osobní zdravotní data
- systémy na podporu rozhodování zdravotníků
- celoživotní vzdělávání pro zdravotnické pracovníky“¹⁴⁶

„Poskytování kvalitní zdravotní péče vyžaduje:

- dostupnost relevantních informací o pacientovi (např. informací z anamnézy pacienta nejen při ošetřování rychlou záchrannou službou)
- dostupnost informací o správných postupech včetně informací o příznacích a diagnózách, se kterými lékař nemá příliš zkušeností
- dostupnost informací z registrů (např. pro včasné podchycení dalších nakažených

¹⁴⁶ Evropská Komise. *Health Telematics Working Group of the High Level Committee on Health: Final Report*, s. 2

či zjištění možné souvislosti s aktuálním zdravotním stavem pacienta)“¹⁴⁷

- dostupné informace vyhodnocování účelného vynakládání finančních prostředků na zdravotní péči pacientů a jejich chování při spotřebě zdravotnických služeb

Základním článkem přenosu informací ve zdravotnictví je elektronický záznam.

„Elektronický zdravotnický záznam je způsob digitálního uložení kompletní zdravotnické dokumentace. Integruje data elektronického zdravotního záznamu s údaji administrativního charakteru, která poskytuje nemocničnímu informačnímu systému.“¹⁴⁸

Základním předpokladem kvalitní zdravotní péče je tedy dostupnost informací i z ostatních zdravotnických zařízení, z registrů a informací o samotné péči o zdraví.

Jednou z důležitých podmínek zavedení e-Health je vybavení zdravotnických zařízení informačními technologiemi, tedy minimálně počítačem schopným připojení na internet. Vedle vybavení je neopomenutelným faktorem úspěšného nastartování e-Health v praxi ochota a schopnost zdravotnického personálu tyto technologie využívat. Samozřejmou podmínkou je dokonalé zabezpečení proti úniku a zneužití osobních zdravotnických informací. V systému eHealth bývá implementováno i zúčtování s plátcí zdravotní péče a v některých zemích i informace o předepsání a platbě zdravotního pojištění.

Doposud nebylo eHealth v České republice plně implementováno, i když nabídky s konkrétními návrhy od mnoha firem, jejichž činnost je právě na tyto systémy zaměřena, existují. Chybí však ještě řádný legislativní rámec. I když může zavedení takového systému přinést značné úspory, investiční náklady jsou poměrně vysoké.

„Nedostatky, které vypadají jako maličkosti, mohou znemožňovat fungování celého systému. Strukturalizace zdravotní dokumentace je jedním ze základních požadavků na eHealth. Volný text sice umožňuje lékaři relativně volně vyjádřit skutečnosti, které chce do zdravotní dokumentace zanést (volnost je omezena vyhláškou o zdravotní dokumentaci číslo 386/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů), avšak neumožňuje automatizované zpracování informací, které jsou ve zdravotní dokumentaci obsažené. Evropská norma

¹⁴⁷ ZVÁRA, Karel, SEIDL, Libor, ZVÁROVÁ, Jana. *Projekt v kontextu aktuálního vývoje. Sborník Informační technologie pro rozvoj kontinuální sdílené péče o zdraví*, s. 9

¹⁴⁸ DOSTÁL, Otto, st., ml., KOSRECOVÁ, Eva, ŠTĚDRŇ, Bohumír. *Vybrané kapitoly z nové ekonomiky*, s.24

13606 upravuje způsob strukturování elektronické zdravotní dokumentace.”¹⁴⁹

Výrazem eHealth je označována řada nástrojů zprostředkovaných informačními a komunikačními technologiemi využívanými za účelem zajišťování a zlepšování prevence, léčby, diagnostiky, sledování a řízení ochrany zdraví a zdravotní péče. Často slouží také k vykazování zdravotní péče vedoucímu k její úhradě. Usnadňuje získávání a včasné předávání informací mezi lékařem a pacientem a ošetřujícími lékaři navzájem. Data uložená v rámci eHealth mohou také sloužit k analýzám v oblasti veřejného zdraví.

„Na eHealth se v České republice pracuje již několik let. Nejsou zpochybňovány výhody, které by jeho zavedení přineslo. Nejen že by mohlo vést k poskytování kvalitnější péče, kdy je zdravotník dostatečně a včas maximálně informován o zdravotním stavu pacienta a jeho předchozí léčbě, ale má svůj význam i z hlediska ekonomického. Své služby při zavádění a udržení eHealth do zdravotnického systému nabízí mnoho firem a některé z nich uplatnily své schopnosti již při podobném úkolu v zahraničí. Zavedení a chod po technické stránce není takovým problémem, jako spíše legislativa a otázka sběru, uchování a ochrany velmi citlivých údajů o pacientech.

Právě otázka bezpečnosti citlivých dat je stále zpochybňována. Zastánci centrálního uložení těchto informací však poukazují na nedostatečné zabezpečení přístupu nepovolaným osobám k „papírovým“ kartám pacientů ve zdravotnických zařízeních a možné poměrně snadné zneužití.

Systémy zavedené v mnoha zemích předpokládají většinou i elektronické předepisování léků, proskripci.

„Počítačové systémy už mají kapacity zajišťovat preskripci léků elektronicky, ale výhod může být dosaženo pouze ve větším měřítku prostřednictvím vytvořeného pokročilého systému preskripce léků. Řízení léčby a předepisování léků obojí zlepšují přínos předepisování medikamentů samotného a zpracování doprovodných dat. Spojují informační systém léčiv s elektronickým zdravotním protokolem, čímž umožňují rozhodování o léčbě díky lepší informovanosti. Vzájemné interakce mohou být kontrolovány, sledovány a případná neslučitelnost přidána do popisu. Zároveň elektronická preskripce podporuje více efektivnější a rychlejší komunikaci mezi lékaři, lékárníky a zdravotními pojišťovnami. Lékárníci mohou spojit data předpisu s daty z databáze

¹⁴⁹ ZVÁRA, Karel, SEIDL, Libor, ZVÁROVÁ, Jana: *Projekt v kontextu aktuálního vývoje. Sborník Informační technologie pro rozvoj kontinuální sdílené péče o zdraví*, s. 11

požadovaných léků a sdělit pacientovi. Pojišťovací fondy mohou ulehčit a urychlit zúčtovací proces díky elektronickým předepisováním. Tyto systémy jsou také schopny umožnit sledování diagnóz u populace pro využití v medicíně na národní úrovni.“¹⁵⁰

Význam přisuzovaný eHealth ukazuje přehled výsledků existence eHealth, založený na publikacích a datech uložených na stránkách PUBMEed (a service of the U.S. National Library of Medicine) a v evidenci Directorate General Information Society v oddíle eHealth. Evropská komise podporuje zdravotnickou informatiku a telekomunikaci téměř 20 let. eHealth je samo o sobě nejdůležitější revolucí v poskytování zdravotní péče od nástupu moderní medicíny, vakcinace nebo prostředků veřejného zdravotnictví jako jsou hygienická opatření a dostupná čistá voda. V Evropě existuje mnoho implementací eHealth. Evropské odborné znalosti mohou uspokojovat zvyšující se poptávku po rozsáhlejší a lepší zdravotní péči po celém světě.¹⁵¹ Přestože nové technologie jsou široce využívány evropskými zdravotnickými profesionály a spotřebiteli, informace o hodnotě eHealth ve srovnání s kvalitou péče jsou málo známy. Už naléhavě by měla začít více informovaná diskuse mezi tvůrci politiky, zdravotnickými profesionály a obyvateli.

„První počítačová aplikace pro zdraví a medicínu byla vyvinuta v roce 1960, ale sloužila k vysoce specializované publikaci, kterou obecně četli další informatici. Ve skutečnosti eHealth představuje aplikaci informatiky a komunikačních technologií v celé oblasti funkcí, kterými může být ovlivňováno zdraví. Je to prostředek reakce na potřeby občanů v oblasti zdravotní péče. eHealth je proces (z jednoho konce na druhý), od registrace novorozenců po registraci úmrtí, od prevence a screeningu po další vyšetření, od zásahu záchranné služby po domácí péči, a to bez ohledu na kulturní a národnostní hledisko. Pacienti využívají eHealth, když hledají informace o zdraví on-line, požívají nástroje pro sledování a řízení vlastního zdraví, účastní se elektronické komunikace a žádají další konzultaci a názor zdravotnického odborníka. Primární péče zahrnuje i využívání ICT v této oblasti, aktivita a vlastní účast pacienta na sledování a ovlivňování svého zdraví, doporučení pro další vyšetření a léčbu, elektronické předepisování léků. Zdravotničtí pracovníci mohou také eHealth využívat pro další vlastní následné kontinuální

¹⁵⁰ Evropská Komise. *Health Telematics Working Group of the High Level Committee on Health: Final Report*, s. 10

¹⁵¹ IAKOWIDIS, Ilias, WILSON, Petra, HEALY, Jean, Claudie. *E-Health. Current Situation and Examples of Implemented and Beneficia e-Health Applications*, s. 3

medicínské vzdělávání. V rámci home care – domácí péče jsou součástí služby, které jsou profesionály poskytovány na základně komunikace s pacientem z jeho domova. Nemocnice mají zájem o ICT pro plánování logistiky, administrativu pacientů, zjišťování laboratorních výsledků, zasílání elektronických zpráv radiologických, farmaceutických a pečovatelských mezi nemocnicí a ostatními zdravotnickými zařízení a pro komunikaci mezi nimi.“¹⁵²

3.5 Statistika ve zdravotnictví

Již poměrně dlouhou dobu existuje a rozvíjí se obor zaměřený na zjišťování a také následné vyhodnocování a interpretaci důležitých jevů a skutečností týkajících se zdraví a zdravotnictví. Výsledky statistického zkoumání a závěry statistiků jsou pak důležité pro přesné poznání a shledání odpovědí na otázky týkající se zdravotního stavu obyvatelstva a jeho pohybu.

„Jsou to především průkopnické práce Grauntovy, Pettyho a Halleyovy ze století 17., Süßmilchovy ze století 18., Quételetovy, Villerméovy, Casperovy a Farrovy v první polovině 19. stol., Galtonovy a Pearsonovy, z ruských pak zvláště Bogoslovského, Kurkinovy, Osipovovy v druhé polovině 19. století. Všechny tyto práce měly pro teorii zdravotnictví význam především metodologický. Statistika se stala základní poznávací metodou nauky o zdravotnictví. Nemenší význam měly však také proto, že zároveň odhalily a nezvratně prokázaly fakta, svědčící pro to, že rozdíly v nemocnosti a úmrtnosti jednotlivých skupin obyvatelstva závisí na sociálně ekonomických podmínkách.“¹⁵³

3.5.1 Význam statistiky ve zdravotnictví

„Smyslem studia zdravotního stavu obyvatelstva je zjišťovat frekvenci různých stupňů zdraví v populaci, sledovat příčiny, které takový výskyt ovlivňují, a poskytovat tak informační základnu pro praktická opatření. Ideální by bylo studovat zdravotní stav ve všech jeho aspektech. Protože medicína se dosud soustřeďovala především

¹⁵² IAKOWIDIS, Ilias, WILSON, Petra, HEALY, Jean, Claudie. *E-Health. Current Situation and Examples of Implemented and Beneficial e-Health Applications*, s. 4

¹⁵³ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 116

na patogenetické procesy, je možné zdravotní stav definovat většinou pouze negativně, tj. ve smyslu poruch zdraví.

Relevantní statistická data se dají získat v podstatě dvojím způsobem:

- pomocí zvlášť naplánovaných a jednorázově provedených výběrových šetření
- z rutinních statistik, postihujících různé dílčí stránky zdravotního stavu obyvatel“¹⁵⁴

„Ukazatele zdraví mohou být použity ke zhodnocení změn v úrovni zdraví populace a přímo nebo nepřímo použity k odhadu rozsahu, ke kterému směřují cíle programu, jichž má být dosaženo. V kontextu podpory zdraví bylo navrhováno, aby pozornost byla zaměřena na měřitelné „pozitivní ukazatele zdraví“, které souvisejí s měřením zdravých chování a podmínek v totálním prostředí vedoucích ke zdraví. Naopak „negativní ukazatele zdraví“ jsou ty, které se vztahují na úmrtnost, nemoc a špatné zdraví“. Nicméně v praxi, přestože je normálně vynakládáno úsilí ukazatele kvantifikovat, není to vždy možné. Kvalitativní ukazatele jsou proto často nezbytné, například odhadnout zapojení lidí a jejich vnímání zdravotního statusu.“¹⁵⁵

„Využívání statistických metod je nezbytnou součástí studia ekonomické zdravotnické problematiky, jehož závěry jsou pak podkladem pro rozhodování tvůrců zdravotní politiky.

Studium ekonomické problematiky zdravotnictví se zaměřuje třemi směry:

- zkoumání ztrát, které společnost utrpí smrtí nebo poruchou zdraví obyvatelstva
- zkoumání nákladů, které společnost vydává na zdravotní péči
- zkoumání ekonomické účinnosti hygienicko-protiepidemické a preventivně léčebné péče

Cílem těchto studií je stanovení úlohy a významu zdravotnictví v národním hospodářství. Ekonomicky závažné jsou nejen ekonomické důsledky poruch zdraví, nýbrž i ekonomické

¹⁵⁴ TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 162

¹⁵⁵ TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 13

důsledky zvýšené tělesné i duševní zdatnosti (positivní zdraví) zejména zvýšené pracovní schopnosti a prodloužení aktivního věku.“¹⁵⁶

V souvislosti s pracovní neschopností a úmrtností lze do jisté míry vyjádřit ekonomické ztráty, nikoliv však vystihnout skutečnou ekonomický význam lidského zdraví a života. Ukazatelé mortality mají své nedostatky, jako většina ukazatelů. Nelze ve skutečnosti pomocí nich plně indikovat zdraví obyvatelstva, nevyjadřují, jaký je jeho zdravotní stav ani po fyzické natož psychické stránce.

Jelikož sledování zdravotnických ukazatelů není jen vnitřní záležitostí státu, ale děje se tak i na mezinárodní úrovni, bylo a je nutné se držet určité dohodnuté metodiky. Jedním z významných nástrojů je Mezinárodní statistická klasifikace nemocí, úrazů a smrti. Kódování příčin smrti, ale také celá řada dalších statistik ve zdravotnictví, se provádí podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí, úrazů a příčin smrti (MKN). Jde o mezinárodně přijatý systém, v němž se nozologické jednotky a další chorobné stavy zařazují podle určitých zavedených kritérií do nepříliš velkého počtu statistických položek (tříd, skupin, ev. druhů).

„První mezinárodní doporučenou klasifikaci vypracoval J. Bertillon v r. 1893, záhy se však ukázalo, že klasifikaci bude nutno čas od času upravit podle nových vědeckých poznatků, a bylo rozhodnuto pro pravidelné decentní revize. Práce na revizích probíhá prakticky nepřetržitě a od r. 1948 je jedním z úkolů SZO. Od 1.1. 1994 platí v České republice Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – desátá renální revize MKN, která soustřeďuje nemoci do 21 širokých tříd a v jejich rámci pak třídí základní jednotlivé diagnózy pomocí alfanumerického kódu, tvořeného velkým písmenem latinské abecedy a dvojmístnou skupinou číslic.“¹⁵⁷

„Pomocí klasifikace MKN – 10 se vyjadřují a označují čtyřmístným kódem (případně vícemístným) příčiny smrti, povinně hlášená onemocnění, důvody hospitalizace, důvody poskytnutí ambulantních služeb a kontakt s nimi, příčiny pracovní neschopnosti, příčiny invalidity, nemoci nebo stavy nebo povaha poranění a otrav a jiných následků vnějších příčin nemoci a úmrtnosti, faktory ovlivňující zdravotní stav, a to i v případech, kdy nebyla žádná diagnóza stanovena, nebo vyšetřovaná osoba nebyla

¹⁵⁶ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s.137

¹⁵⁷ TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 153

nemocná, poraněná nebo otrávená. MKN – 10 se dále používá ve zdravotnické dokumentaci a také na tiskopisech vyplňovaných ve zdravotnických zařízeních, které jsou podkladem pro statistiku jiným resortům.“¹⁵⁸

K 1.7.2010 byla Českým statistickým úřadem ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví podle § 19 odst. 2 zákona č. 89/1995 Sb., o státní statistické službě, ve znění pozdějších předpisů uvedena v účinnost Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví.

Klasifikace MKF je součástí souboru klasifikací Světové zdravotnické organizace a je určena pro měření zdravotního postižení na individuální i populační úrovni. Klasifikace MKF je určena pro účely hodnocení stupně disability, posuzování zdravotní způsobilosti k práci (pokud je fyzická osoba disabilní), posuzování speciálních potřeb ve vzdělávání, předepisování a proplácení zdravotnických prostředků, pro účely zdravotních pojišťoven, pro zjišťování zdravotního stavu jako podkladu pro posouzení ve věcech dávek a služeb sociálního zabezpečení zaměstnanosti, pro posuzování dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve věcech sociálního zabezpečení a zaměstnanosti a pro statistické účely při hodnocení zdravotního stavu.

„MFK lze rovněž použít jako klinický nástroj k potřebám hodnocení, ke sledování léčení ve speciálních podmínkách, k pracovnímu hodnocení, v rehabilitaci přehodnocení funkčních shodností, kapacity i výkonu jednotlivce, při hodnocení výstupů a úspěšnosti rehabilitace, jako je například integrace na trh práce, k měření výstupů kvality života a faktorů prostředí. Dále je vhodná jako statistický nástroj pro shromažďování a zaznamenávání dat (prevalence a incidence disability, ve studiích populace, ve výzkumu nebo managementu informačních systémů), jako nástroj sociální politiky v plánování sociálního zabezpečení, v systému kompenzací, k vytváření a zavádění politiky jako nástroje vzdělávání a vytváření osnov, k podporování uvědomění a vytváření sociálních akcí. MKF je možné použít v systému ošetrovatelské péče, například vytvoření standardů a na jejich základě i financování těchto služeb, v oblasti objektivního hodnocení a definice disability, v oblasti objektivizace potřebných technických pomůcek (facilitující faktor), ale i v oblastech mimo zdravotnictví, například v pojišťovnictví, sociálním zabezpečení,

¹⁵⁸ TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 154

v pracovním zařazení, vzdělávání, ekonomice, sociální politice a v celkovém legislativním rozvoji a v modifikaci prostředků.“¹⁵⁹

„Sledování, analýza a vyhodnocování zdravotního stavu obyvatelstva, které se opírá o demografické a zdravotnické statistiky a výzkum, patří k nejdůležitějším úkolům veřejného zdravotnictví. Vedle struktury nemocnosti a úmrtnosti obyvatelstva může být sledován i jejich vývoj v čase (časové řady). Žádoucí je pozitivní vývoj zdraví populace, tedy zlepšování ukazatelů zdravotního stavu, neboť zdraví je považováno za významnou společenskou hodnotu a je jedním z projevů sociálního rozvoje společnosti. Naopak stagnace, nebo dokonce zhoršování zdravotních indikátorů ukazuje na přítomnost společenské krize. Důležité je také srovnávání údajů o zdravotním stavu obyvatelstva mezi jednotlivými regiony nebo sociálními skupinami v rámci jednoho státu a také v mezinárodním měřítku.“¹⁶⁰

V České republice funguje zavedený systém shromažďování a vyhodnocování zdravotnických statistických údajů. Důležitými institucemi jsou v tomto směru Český statistický úřad a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Pravidelné vyplňování a odesílání předepsaných formulářů zdravotnickými zařízeními zajišťuje aktuální a do jisté míry dostatečně úplné podkladové informace pro statistická zpracování uvedených institucí.

„Pro účely řádného plnění funkcí zdravotnické statistiky bylo umožněno nahlížet do zdravotnické dokumentace také zaměstnancům státu v organizační složce státu. Tato složka zajišťuje plnění úkolů NZIS, kteří zabezpečují zpracování osobních údajů a informací o zdravotním stavu obyvatelstva. NZIS značí Národní zdravotnický informační systém. Jedná se o jednotný celostátní informační systém.

NZIS je určený:

- ke sběru a zpracování informací o zdravotním stavu obyvatelstva
- ke sběru a zpracování informací o zdravotnických zařízeních, jejich činnosti a ekonomice za účelem usměrňování poskytování zdravotní péče
- ke stanovení koncepce státní zdravotní politiky

¹⁵⁹ WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*, s.10

¹⁶⁰ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.49

- k využití informací v rámci zdravotnického výzkumu, pro řízení zdravotnictví a pro státní statistiku
- k vedení národních zdravotních registrů“¹⁶¹

„Součástí NZIS jsou registry určené zejména pro evidenci a sledování s vybranými společensky závažnými onemocněními a chorobnými stavy sloužící pro diagnostické a léčebné účely a sledování vývoje, příčin a důsledků těchto onemocnění a stavů a další registry, které jako součást NZIS stanoví zvláštní právní předpis. Registry zřizuje a zrušuje ministerstvo zdravotnictví, které současně stanoví věcné a technické podmínky pro jejich provozování a dále stanoví pro jednotlivé registry jejich zpracovatele, pokud zpracovatel není stanoven zvláštním právním předpisem. Úkoly související s provozem registrů plní Koordinační středisko pro resortní zdravotnické informační systémy zřízené ministerstvem zdravotnictví. Informace o zřízení registrů obsahujících uvedené údaje se uveřejňuje ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví.“¹⁶²

Užívání statistických metod není pochopitelně výsadou jen statistických úřadů, stále více je užívají i samotná zdravotnická zařízení, především nemocniční, pro sledování svých výsledků a pro efektivní management své činnosti.

„Odborně způsobilí pracovníci s patřičnými zkušenostmi, znalostmi a dovednostmi systematicky shromažďují a analyzují data v nemocnici. Aby mohly být přijaty závěry a učiněna rozhodnutí, musí být data shromážděna, analyzována a přeměněna na užitečné informace. Analýza dat si vyžaduje osoby zodpovědné za měřený postup nebo výsledek. Tyto osoby mohou být zdravotníci či řídicí pracovníci, nebo může jít o kombinaci. Analýza dat poskytuje trvalou zpětnou vazbu o kvalitě řízení informací, čímž tak pomáhá těmto osobám rozhodovat a trvale zlepšovat klinické a řídicí postupy. Znalost statistických metod je prospěšná pro analýzu dat, zvláště při interpretaci odchylek a při rozhodování, v které oblasti je potřebné zlepšení. Tabulky, grafy, kontrolní či Pareto diagramy jsou příklady užitečných statistických nástrojů, které umožní pochopení trendů a variací ve zdravotní péči.“¹⁶³

¹⁶¹ TĚŠINOVÁ, Jolana. *Zdravotnická dokumentace v praxi*, s.183

¹⁶² SCHELLE, Karel, MAN, Vlastislav, OSTRÍŽEK, Tomáš. *Die Rechtsregulierung der Transplantationen in der Tschechischen Republik*, s. 50

¹⁶³ Joint Commision International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*, s. 196

3.5.2 Významné ukazatele ve zdravotnictví

„Kojenecká úmrtnost patří mezi nejlepší ukazatele zdraví populace v zemi. Kojenecká úmrtnost znamená poměr mezi počtem zemřelých dětí ve věku do jednoho roku a počtem dětí v daném roce narozených. Úmrtnost se obvykle vyjadřuje jako počet zemřelých na jeden tisíc živě narozených dětí. Úmrtnost kojenců je nejvyšší v prvním měsíci života a nazývá se novorozenecká (neonatální) úmrtnost. Nejrizikovější je období prvních 24 hodin po narození.“¹⁶⁴ „V roce 1937 zemřely v Československu během porodu více než 4 ženy z 1000. Ještě v roce 1948, kdy rodila v porodnicích zhruba třetina rodiček, umíralo při porodu více než 1 promile žen a perinatální úmrtnost dosahovala 51 novorozenců z 1000. Zhruba o 10 let později, kdy v porodnicích rodilo již okolo 80% rodiček, se míra obou ukazatelů snížila o polovinu.“¹⁶⁵

„Kojenecká úmrtnost je úmrtností dětí do jednoho roku života, tedy vlastně svého druhu specifická úmrtnost, počítaná nikoliv na počet dětí v tom věku žijících, ale na počet živě narozených.

$$\text{kojenecká úmrtnost} = \frac{\text{počet dětí zemřelých ve věku do 1 roku}}{\text{počet živě narozených dětí}} \times 100 \quad (1)$$

Kojeneckou úmrtnost lze tedy počítat pro jakékoliv období, pro které jsou zjištěny potřebné absolutní údaje, bez přepočtu nutného u ukazatelů, počítaných na počet obyvatelstva. Způsob výpočtu není metodicky zcela správný. Dva soubory, které jsou uvedeny ve vztah, tj. souhrn dětí zemřelých za určité období v čitateli a soubor živě narozených ve jmenovateli, si totiž vzájemně neodpovídají. V počtu dětí, které zemřely ve věku do 1 roku, dejme tomu v r. 1957, je obsažen určitý počet dětí narozených v r. 1956, které tedy nejsou zahrnuty ve jmenovateli. Naopak v počtu dětí živě narozených v r. 1957 jsou také děti, které zemřou ve věku do 1 roku, ale až v r. 1958, takže zase nejsou v čitateli.

¹⁶⁴ LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, s. 328

¹⁶⁵ HAŠKOVÁ, Hana. *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*, s. 15

$$\text{kojenecká úmrtnost} = \frac{\text{počet dětí zemřelých ve věku do 1 roku}}{(2/3 N + 1/3 N')} \times 100 \quad (2)$$

N je počet dětí živě narozených v běžném roce a N' počet dětí živě narozených v minulém roce (pro jiné období než rok nelze tohoto vzorce použít. Tento vzorec však plně vyhovuje jen tehdy, když z kojenců zemřelých v běžném roce je 2/3 narozených v běžném roce a 1/3 v minulém. Tento poměr zhruba platí při kojenecké úmrtnosti dost vysoké; když klesá, stoupá podíl kojenců narozených v běžném roce a měl by tedy být zvýšen koeficient při N“¹⁶⁶

„ČSSR přijala 1.1.1965 nová kritéria definice živě narozeného dítěte, která vypracovala Světová zdravotnická organizace, čímž se změnily ukazatele mrtvorozenosti i novorozenecké kojenecké úmrtnosti. To způsobilo zdánlivé zvýšení novorozenecké úmrtnosti v roce 1970 proti roku 1960.“¹⁶⁷

„Morbidity znamená stav nemocnosti. Míra morbidity ukazuje incidenci nemoci ve specifické populaci v průběhu časového období.“¹⁶⁸

Ukazatelů ve zdravotnictví je velké množství, ať už vypovídajících o zdravotním stavu obyvatel, ekonomice zdravotnictví nebo nepřímých, např. demografických, ale důležitých pro zdravotnické studie a rozhodování ve zdravotnictví.

3.6 Organizace zdravotnictví na úrovni EU a společná politika zdravotnictví

Politika věnována **zdravotnictví** patří mezi „doplňkové“ politiky EU. Je plně v kompetence jednotlivých členských států, tedy i České republiky, jak organizuje a reguluje vše spojené s poskytováním zdravotnických služeb. V kompetenci členských států je obecně i jejich zdravotní politika, která ovšem zahrnuje i ochranu veřejného zdraví, prevenci nemocí a také užívání návykových látek. To jsou ovšem oblasti zdravotnictví, které na úrovni Evropské unie už řešeny jsou a je vyvíjen tlak z této strany na jejich zlepšování. V posledních letech se přikládá velký význam prevenci a ustupuje

¹⁶⁶ DOLEJŠÍ, Václav, JAROŠ, Jaromír, STACH, Jaromír. *Ukazatelé československé zdravotnické statistiky: Metodika jejich výpočtu a hodnocení*, s. 75

¹⁶⁷ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 106

¹⁶⁸ LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*, s. 328

se od původně převažujícího zaměření a kladení důrazu na léčebnou péče. Při tvorbě zdravotní politiky a uvádění v účinnost zákony a vyhlášky musí být také respektována rozhodnutí Evropského soudního dvora, aby zdravotní politika na národní úrovni nebyla v rozporu s komunitárním právem, a aby nedocházelo k poškozování svobody pohybu zboží, služeb, osob a kapitálu.

Politika ve zdravotnictví je Evropskou komisí vymezena do 4 oddílů: Evropská strategie zdraví, Zdravotní rizika, Zdravotní činitelé – životní styl a Zdravotní činitelé – životní prostředí. Jsou oblasti zdravotnictví, ve kterých je nejúčinnější, žádoucí a nezvratné, aby o nich rozhodovaly členské státy samy, bez ohledu na ostatní. Vzhledem k odlišným podmínkám i kulturním a životním nelze zdravotnický systém univerzalizovat. Jsou však oblasti, které si už ze své podstaty spolupráci a společnou cestu vyžadují (např. opatření týkající se pandemií).

Gestorem zdravotnické politiky je Ministerstvo zdravotnictví, jehož působnost se v některých případech překrývá s Ministerstvem zemědělství. Zdravotní politika ČR je také ovlivňována rozhodnutím a doporučeními Světové zdravotnické organizace.

Tabulka 5 udává přehled významných strategií EU a institucí zaměřených na zdravotnictví a jejich hlavní cíle a náplň práce.

Tabulka 5 Významné instituce a strategie EU zaměřené na zdravotnictví

strategie	
Bílá kniha „Společně pro zdraví“	- strategický přístup pro EU na období 2008–2013, hlavní principy zdravotnické politiky EU
Strategie EU na podporu členských států při snižování škod souvisejících s alkoholem (Bílá kniha)	- prevence a snižování nadměrného pití i pití nezletilých a některých nejzávažnějších škodlivých důsledků, jako jsou silniční dopravní nehody způsobené řízením pod vlivem alkoholu a fetální alkoholový syndrom - podporu dobrého zdravotního stavu ve stárnoucí Evropě, ochranu občanů před zdravotními hrozbami (epidemie, bioterorismus) a podporu dynamických zdravotních systémů a nových technologií - červen 2006
Protidrogová strategie EU na období 2005 – 2012	- koordinace, mezinárodní spolupráce, snižování poptávky a nabídky drog, informace, výzkum v oblasti problematiky drog a vyhodnocování (společná metodologie)
K Evropě bez tabákového kouře: možnosti politiky na úrovni EU (Zelená kniha)	- odůvodnění akce na snižování výskytu kouření, možnosti

instituce	
Evropské středisko pro prevenci a kontrolu nemocí	- vyhledávání a analýza vědeckých dat (nemoci, úrazy) - identifikace a posouzení hrozeb infekčních nemocí pro lidské zdraví - poskytuje stanoviska Komisi a členským státům
Rada ministrů pro zaměstnanost, sociální věci, zdraví a ochranu spotřebitele	- Pracovní skupina pro veřejné zdraví a Pracovní skupina pro léčiva a zdravotnické prostředky - 4 x ročně, ministři
Evropská komise	
Generální ředitelství pro zdraví a spotřebitele	- jedno z jakýchsi v podstatě ministerstev pověřených výkonem společných politik a iniciativ EU, a to v oblasti hospodářské a sociální - otázky ochrany zdraví a veřejného zdraví řeší především oddělení E a F (celkem 7 oddělení)
Generální ředitelství pro obchod a průmysl	- problematika léčiv a zdravotnických prostředků
Evropský parlament	
Výbor pro životní prostředí, veřejné zdraví a bezpečnost potravin (ENVI)	- v oblasti veřejného zdraví navrhuje evropská řešení problémů týkajících se zdraví, - např. v otázkách bezpečnosti farmaceutických a kosmetických výrobků, boji proti padělání léčiv a ochrany práv pacientů
Výbor pro zaměstnanost a sociální věci (EMPL)	- částečný zájem věnovaný zdravotnictví
Výbor pro vnitřní trh a ochranu spotřebitelů (IMCO)	- částečný zájem věnovaný zdravotnictví
Výkonná agentura pro zdraví a spotřebitele	- provádí Akční program v oblasti zdraví, ochrany spotřebitele a „lepšího vzdělávání“ v oblasti bezpečnosti potravin - 2005 - 2015
Evropská agentura pro léčiva	- vědecké hodnocení žádostí o registraci léčivých přípravků v rámci Evropské unie - sledování bezpečnosti přípravků - podpora inovace a výzkum ve farmaceutickém průmyslu

Zdroj: vlastní zpracování, informace ze serveru www.euroskop.cz

„Propojení soustav veřejného financování zdravotnictví zabezpečuje po tři desítky let nařízení Rady č. 1408/71, konkrétně jeho článek 18-36. Mechanismus předpokládaný nařízením č. 1408/71 je obecně rovnovážný. Obyvatelé EU mohou podle potřeby čerpat veškerou veřejně hrazenou péči (soukromě hrazená péče není předmětem jeho pozornosti) ve státě, ve kterém dlouhodobě pobývají, kde mají největší hospodářské, sociální a kulturní vazby. Soudní dvůr začal prosazovat integraci zdravotnictví nad rámec předpokládaný nařízením č. 1408/71 teprve na sklonku 90. let. Své zásahy založil na přesvědčení, že zdravotní péče představuje službu, která se má těšit volnému poskytování a přijímání mezi členskými státy. První rozsudky nicméně vyvolaly nemalé obavy členských států. Požadavek proplácení zdravotní péče vyhledané za hranicemi bez předběžného souhlasu kompetentní instituce byť jen ve stejném rozsahu jako doma – totiž otevírá stavidla odlivu peněz do zahraničí. Na zdravotnictví se tak uplatňuje tržní

logika. Necht' si domácí a zahraniční výrobci a poskytovatelé konkurují. Spotřebitel získá větší výběr, lepší jakost a nižší ceny. Uplatňování tohoto tržně orientovaného přístupu má však úskalí. Jednotlivé země se mohou profilovat jako země zemědělské, průmyslové anebo službové. Zdravotní péči o své obyvatelstvo však musejí zabezpečit všechny.“¹⁶⁹

Pokud je poskytnuta zdravotní péče v zahraničí, tak i finanční prostředky za její realizaci putují do zahraničí a v tuzemském systému pak chybí. Bylo tedy přijata podmínka (na základě rozhodnutí Soudního dvora), že je možné nechat se účelně a plánovaně hospitalizovat v zahraničí, ale vzhledem k tomu, že se jedná o péči nákladnou, musí být schválena kompetentní institucí, v případě České republiky zdravotní pojišťovnou. Schválení péče však nemůže být zamítnuto, pokud v tuzemsku není hrazená péče „včas“ dostupná.

„Evropská pravidla, kterými se řídí strukturální politika, již dnes umožňují financovat projekty v oblasti zdravotní péče. Kupříkladu Evropský regionální rozvojový fond umožňuje financování investic do zdravotnictví v zaostávajících regionech, Evropský sociální fond zase zakládá prostor pro podporu zaměstnanosti ve zdravotnictví, vzdělávání zdravotnického personálu, zvyšování standardu bezpečnosti práce na rizikových pracovištích, sociální začleňování lidí se zdravotními problémy apod. Využití „evropských“ peněz ve zdravotnictví však vždy závisí na národních vládách.“¹⁷⁰ Restrukturalizace nemocniční sítě na Kanárských ostrovech, modernizace zdravotnických zařízení v pobaltských státech Litvě a Estonsku, projekty zdravotnictví v Itálii, Španělsku a Maďarsku, podpora síťování profesionálů z Lucemburska a Francie či financování přeshraniční péče v Holandsku a Německu, to jsou vše příklady využití finančních prostředků přidělených z EU.¹⁷¹

Čerpání peněz z evropských fondů pro oblast zdravotní, byla z řad odborníků kritizována z důvodu nedostatečného využití.

„Zatímco řada evropských států vnímá podporu zdravotní péče jako prioritu, při zkoumání na stavu využívání evropských peněz ve zdravotnictví v České republice lze zjistit, že situace potěšující rozhodně není. Zatímco Česká republika čerpala z předstupních

¹⁶⁹ KŘEPELKA, Filip. *Zdravotnictví a školství v procesu Evropské integrace. Veřejná služba v České republice, Německu, Rakousku a Evropské unii*, s. 102

¹⁷⁰ VLASÁK, Oldřich. *Nabízené příležitosti strukturální politiky. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*, s.44

¹⁷¹ VLASÁK, Oldřich. *Nabízené příležitosti strukturální politiky. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*, s.44

fondů Phare přibližně 1,6 milionů eur na projekty v oblasti zdravotní péče, po našem vstupu do Unie již možné čerpat evropské peníze na projekty přímo zaměřené na oblast zdravotnictví a poskytování zdravotní péče není. Je tomu tak proto, že vstup ČR do EU Ministerstvo zdravotnictví jednoznačně podcenilo a přes značný deficit zdravotnického systému neprosadilo ve vládě ČR oblast zdravotnictví za oblast hodnou podpory z evropských peněz. Tato situace je o to smutnější, že jiné státy z nové desítky, jako kupříkladu Maďarsko, Slovensko či Polsko ve stávajícím období evropské peníze do zdravotnictví úspěšně čerpají.“¹⁷²

3.7 Zdravotnictví v České republice

Zdravotnictví v České republice prošlo v minulých 100 let významnými změnami, které se projevují i v současném systému. Vyznačuje se poměrně nízkou mírou spoluúčasti a výbornou všestrannou dostupností zdravotnických služeb prakticky všem obyvatelům.

3.7.1 Historie zdravotnictví na území dnešní České republiky

„Zdravotnictví ČSR patřilo do roku 1950 k nejvyspělejším v Evropě, a to jak vlastním organizačním pojetím a sociálním zaměřením, tak i dosahovanou úrovní zdravotního stavu populace. Jeho činnost vycházela z klasického pojišťovacího systému, jehož principů používá i v současné době Spolková republika Německo a Rakousko. Celý komplex zdravotnictví vycházel a důsledně se řídil na tehdejší dobu vyspělou sociální a zdravotní legislativou dvacátých let. V 50. letech byl tento systém destruován s následným vznikem struktury se zdánlivě jednoduchou organizací, provázaností jednotlivých složek a finančním zajištěním včetně nezávislosti na výkyvech principu tržního hospodářství.“¹⁷³

3.7.1.1 Období před 2. světovou válkou

„Velkou změnu zdravotnictví zahájilo vydání Generálního zdravotního řádu pro Království české 24. července 1753. Zákonná norma, která se měla stát vzorem

¹⁷² VLASÁK, Oldřich. *Nabízené příležitosti strukturální politiky. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*, s.45

¹⁷³ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 143

pro zdravotnickou legislativu v ostatních zemích rakouské monarchie, byla součástí snah absolutistického státu o vytvoření uceleného a centralizovaného systému zdravotní správy. Řád stanovoval práva a povinnosti zemské zdravotní komise, krajských a pražských fyziků a jim podřízených lékařů, chirurgů, ale i lékárníků a porodních bab. Následovaly rozsáhlé reformy lékařských fakult s přesnými studijními předpisy a povinnostmi profesorů. V roce 1770 byl vydán zdravotní řád platný pro celou rakouskou monarchii a k němu pak řada dalších předpisů a nařízení. Tato legislativní norma platila celých sto let. Obsahovala i systém protiepidemické ochrany hranic, karantén a hygienická opatření, součástí byla i Lékárnická instrukce, která zakazovala vedení lékárny všem, „kdož na některé univerzitě v dědičných zemích, při níž je lékařská fakulta, nebyl řádně zkoušen a neobdržel vysvědčení své způsobilosti....“¹⁷⁴

Československo (první republika) tehdy přijalo model založený na veřejném solidárním nemocenském pojištění. Nebyla to ovšem novinka, byl zde zavedený už v roce 1888 za Rakouska-Uherska zakotvením v zákonech o nemocenském a úrazovém pojištění, tak jako v německém bismarkovském modelu.

„Systém nemocenského a úrazového pojištění však byl považován za nedostatečný a neúplný. Týkal se pouze živnostníků a zaměstnanců v továrnách, dolech a železnicích, zatímco pracovníci v zemědělství, lesnictví, osoby služebné a další byli vyňati. Organizačně bylo nemocenské pojištění roztrženo na téměř 1500 malých nemocenských pokladen.“¹⁷⁵

„Dne 9.října 1924 přijalo Československé národní shromáždění zákon o pojištění zaměstnanců v případě nemoci, invalidity a stáří. Zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé museli platit vzniklým nemocenským pojišťovnám povinnou částku ve výši 6% ze mzdy. Základem systému nemocenského pojištění byly okresní nemocenské pojišťovny, dále pak pojišťovny závodní, spolkové a další. V čele celého systému byla Ústřední sociální pojišťovna, řízená ministerstvem sociální péče. V nemocnicích byly stanoveny třídy. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli při základním pojištění nárok na bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření ve III. třídě nemocnic. Státní zaměstnanci měli nárok

¹⁷⁴ CUŘÍNOVÁ, Ludmila. *Medicína a sociální činnost*, s. 17

¹⁷⁵ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.120

na II. třídu. I.třída byla za příplatek.“¹⁷⁶

„Příznačným rysem, a tím také nedostatek tehdejšího nemocenského pojištění bylo jeho důsledné léčebné zaměření. Vše, co mělo povahu medicínské prevence, bylo odmítáno a odkazováno na veřejné zdravotnictví. Důsledkem tohoto vývoje bylo, že koncem první republiky zaujímal sociální pojištění v Československu silnou mocenskou pozici, ostře kontrastující s pozicí veřejného zdravotnictví, zatlačeného na podřadné místo.“¹⁷⁷

Z hlediska nejen sociální, ale i zdravotní politiky mělo nezanedbatelný význam také zavedení sociálního, především nemocenského pojištění. Zvláště důležité je zřízení pojištění pracovních úrazů, nemoci, invalidity a stáří v Německu (Bismarckem) v letech 1883 – 1889. „Na jejich základě bylo koncipováno i sociální pojištění rakouskousherské a v předmnichovském Československu. Sociálním pojištěním se splnily – třeba neúplně – staré požadavky dělnictva na bezplatnou léčebnou péči a zajištění existence v případě pracovní neschopnosti, ve stáří a po smrti živitele. Především je jistě pozoruhodné, že toto pojištění bylo uzákoněno německou buržoasií v čele s císařem Vilémem I. a Bismarckem, v nichž jistě nikdo nebude vidět humanisticky orientované přátele dělnictva.“¹⁷⁸

Vzhledem k silným požadavkům pracujících, mělo sociální pojištění velký dopad na celé zdravotnictví. Během období první republiky se sociální pojištění proměnilo v rozsáhlou soustavu povinného pojištění, zahrnující nemocenské, úrazové, invalidní i penzijní.

3.7.1.2 Zdravotnictví na českém území během a po 2. světové válce

Po druhé světové válce bylo v oblasti zdravotnictví na čem „stavět“. Konkrétně na tzv. Nedvědově plánu, příp. Alebertově-Nedvědově. Byl tak označován Návrh na novou úpravu veřejného zdravotnictví a školení zdravotnického personálu. V průběhu 2. světové války jak v Československu skupiny lékařů, tak i obě exilové vlády pracovaly na konceptech reformy zdravotnictví.

„Návrh na novou úpravu veřejného zdravotnictví a školení zdravotnického personálu nastínil vytvoření celostátního sociálně-zdravotního systému, který by řešil

¹⁷⁶ VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*, s. 12

¹⁷⁷ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 15

¹⁷⁸ BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*, s. 99

problém dostupnosti a nerovnosti v péči o zdraví i problém stabilizace lékařského personálu a kvality zdravotní péče. Deklaroval základní hodnoty a principy, jako je právo každého občana na co nejúčinnější péči preventivní a lékařskou a centrální orientace zdravotnictví na pacienta. V návrhu se hovořilo o národním pojištění, ale též o ústavech národního zdraví, poliklinikách, spádovosti a bezplatnosti. Důraz byl kladen na prevenci i kvalitu. Poválečná reforma, přijetí zákona o národním pojištění v roce 1948 i řada prvků státního zdravotnictví budovaného od počátku 50. let podle Semaškova modelu byly ovlivněny právě těmito původními českými přístupy, které byly z ideologických důvodů prezentovány jako přenos sovětské zkušenosti do naší země. Sjednocovací zákony z let 1951 – 1953 (z. č. 103/1951 Sb., o jednotné léčebně-preventivní péči) však znamenaly zrušení systému národního pojištění a převedení veškeré zodpovědnosti za poskytování, řízení a kontrolování zdravotní péče na stát, tedy na ministerstvo zdravotnictví a národní výbory.“¹⁷⁹

Ještě do roku 1945 měl svůj nepochybný význam soukromý sektor v oblasti poskytování zdravotní péče. Zdravotnická zařízení byla jak soukromá, která fungovala na principech soukromého podnikání, tak i zdravotnická zařízení nemocenského pojištění. Soukromé vlastnictví existovalo i ve zdravotnickém průmyslu, lékárenství a obchodech se zdravotnickými potřebami.

„Malou část zdravotní péče poskytovaly různé dobročinné spolky a instituce, např. Masarykova liga proti tuberkulóze, Spolek pro ochranu matek a dětí apod. Některá zařízení, zvláště malé nemocnice a ošetrovací ústavy, patřily církvi. Veřejné zdravotnictví poskytované státem tvořily tehdy hlavně veřejné nemocnice a úřední obvodní lékaři. Avšak i tato veřejná zdravotní péče byla poznamenána soukromým podnikáním; v nemocnicích byly pro majetné vrstvy třídy; primáři, stejně jako i převážná většina úředních lékařů, provozovali vedle své státní funkce soukromou praxi. Počet zdravotnických zařízení a zdravotnických pracovníků byl v r. 1945 zcela nepostačující. Některá z nich byla zničena nálety, některá přeměněna pro jiné účely, takže počet zařízení byl v roce 1945 ještě menší než před okupací. V roce 1945 byl navíc v důsledku strádání a útrap za okupace zdravotní stav obyvatelstva velmi špatný, kdy za jediný rok zemřelo 30 tisíc kojenců.“¹⁸⁰

¹⁷⁹ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s.120

¹⁸⁰ SKRBKOVÁ, Emilie. *Zdravotnictví v Československé socialistické republice*, s.4

Na hygienickou situaci a ohrožení zdraví lidí v Československu mělo vliv nejen dění během války, ale také i to po ní. Docházelo k přesunům armád a obyvatelstva. Četné byly i transporty válečných zajatců přes československé území, skutečná hrozba epidemií byla spojena také s repatriací vězňů koncentračních táborů. Přičte-li se k riziku nákazy obyvatelstva od těchto lidí, kteří byly drženi v oblastech a komunitách, kde se skutečně nebezpečné infekční choroby vyskytovaly, také to, že obyvatelstvo bylo díky životním podmínkám během války značně oslabené a s podlomeným zdravím, bylo skutečně nutné zavádět přísná hygienická opatření a začít organizovat poskytování zdravotní péče. Zdravotní stav mnoha lidí nebyl v důsledku okupace uspokojivý, byla vysoká úmrtnost dětí, zdravotní péči potřebovali zvláště repatrianti a v neposlední řadě zde byl nejednoduchý úkol, a to zajistit dostatečnou zdravotní péči v pohraničí. Nic z toho by nešlo v krátké době realizovat, aniž by se toho chopil stát. A to nejen v České republice, ale i v jiných zemích. Příkladem je rozvoj zdravotnictví po 2. světové válce ve Velkém Británii.

3.7.1.3 Období socialistického zdravotnictví

„Významným přínosem ve zdravotnickém zákonodárství byl nový zákon o péči o zdraví lidu č.20/1966 Sb., který zabezpečuje nejširší ochranu zdraví lidu. Zahrnuje všechny oblasti činnosti zdravotnictví a odvozuje se z něho potřebné vyhlášky a další normy upravující povinnosti a práci zdravotnických služeb.“¹⁸¹

Vzhledem k státnímu uspořádání federální povahy bylo potřeba upravit i řízení zdravotnictví. Byla založena 2 avšak spolupracující národní ministerstva zdravotnictví, pro Českou socialistickou republiku a Slovenskou socialistickou republiku.

„Do ústavy 9. května bylo pojmato ustanovení o právu každého občana na ochranu zdraví. Nemocnice a jiné léčebné a ošetrovací ústavy včetně lázní přešly do rukou státu. Znárodnění farmaceutického průmyslu a distribuce léčiv bylo dokončeno. Do pětiletého plánu na léta 1949 – 1953 byly pojaty úkoly zdravotnického plánu. Všechny druhy nemocenského a důchodového pojištění byly sloučeny v jediné národní pojištění r. 1948, spočívající na nových základech.“¹⁸²

¹⁸¹ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 19

¹⁸² MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 15

System zdravotnictví byl v 50. letech značně pozměněn. Byla vytvořena nová, poměrně jednoduchá organizační struktura, jejíž jednotky byly značně provázené. Změna postihla i financování tohoto resortu.

„Po 2.sv. válce až do devadesátých let odpovědnost za organizaci a financování zdravotnictví nesl pouze československý stát. Od roku 1945 do 1960 vykazovala česká populace vynikající zdravotní stav. České zdravotnictví bylo úspěšné. Po roce 1960 klesala úroveň zdravotnictví, snižovala se průměrná střední délka života, bylo horší materiální a technické vybavení zdravotnických zařízení a omezené nabídka léčiv. Typické byly nedostatečné investice na výstavbu nemocnic, silná byrokracie, neefektivní nakládání s veřejnými zdroji, horší vztahy mezi zdrav. pracovníky a pacienty. Projevovala se absence zákaznické úlohy, pacienti byli přidělováni lékařům podle spádových oblastí. Lékaři byli placeni stejně bez ohledu na kvalitu a odbornost. Doplatky na léky a přípravky byly jen symbolické. Zvyšovaly se výdaje na zdravotní péči, ale zdravotní ukazatelé se zhoršovaly a vzdalovaly od hodnot vyspělých států, rychle stoupaly náklady na zdravotní péči.“¹⁸³

Od poloviny 60. let naznačovaly údaje o zdravotním stavu populace ve srovnání nejen s evropskými státy zhoršení zdraví obyvatelstva. Hodnoty ukazatelů vykazovaly vyšší nemocnost a horší úmrtnost.

„Podle těchto údajů bylo Československo v letech 1960-64 na 10. místě mezi 27 sledovanými evropskými zeměmi, v letech 1970 - 4 pokleslo na 22. místo a v osmdesátých letech na 27. místo. Zdravotnictví nebylo ani jediným ani hlavním viníkem tohoto úpadku, protože o zdraví lidí se rozhoduje i v jiných oblastech než ve zdravotnictví. Mají na něj vliv životní a pracovní podmínky, výživa a stravovací zvyklosti, životní styl, škodlivé návyky, trávení volného času a v neposlední řadě morální a politické klima společnosti.“¹⁸⁴

„Rozpočtové prostředky pro Ústavy národního zdraví byly přidělovány zřizovatelským orgánem, tedy Krajským národním výborem, Okresním národním výborem apod. zhruba podle počtu obyvatel a stavu z předchozího roku, mnohdy bez ohledu na kvantitu výkonů, potřebu zkvalitňování preventivní a léčebné péče i rozvoje zdravotnictví příslušných územních celků, často s oklešťováním těchto financí pro potřebu

¹⁸³ GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*, s. 94

¹⁸⁴ KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 9-10

jiných resortů na úkor zdravotnictví. Výsledkem byl značně nepružný systém s nejasností určení, z jakých zdrojů je vlastně zdravotnictví financováno. Informační zpětné vazby mezi ústředním orgánem a jednotlivými zdravotnickými zařízeními byly slabé a nedostatečné.¹⁸⁵

„K všestrannosti, plynulosti a jednotě zdravotnických služeb, k účelné dělbě úkolů a úzké součinnosti zdravotnických zařízení spravovaných ONV a KNV přispívalo jejich začlenění do okresních krajských ústavů národního zdraví. Ústavy národního zdraví měly k zabezpečení hospodářsko-technických úkolů zdravotnických zařízení do nich začleněných hospodářsko-technickou službu. Toto sdružení zdravotnických zařízení do ústavů národního zdraví bylo zvláštností československého zdravotnictví. OÚNZ byla rozpočtová organizace okresního národního výboru, jehož úkolem bylo organizovat a poskytovat zdravotnické služby na území okresu. Do okresního ústavu národního zdraví se začlenila všechna zdravotnická zařízení v okrese, s výjimkou územních jeslí, které spravují místní (městské) národní výbory.“¹⁸⁶

Krajský ústav národního zdraví byl rozpočtovou organizací krajského národního výboru, spadala pod něj krajská zdravotnická zařízení, ale i ta, jejichž působnost přesahovala hranice kraje. Krajský ústav národního zdraví měl za úkol zajišťovat v začleněných zdravotnických zařízení obyvatelstvu ty služby, které byly natolik specializované, že nebyly poskytovány v okresních ústavech národního zdraví. V rámci užšího spádového území měli i obyvatelé od krajského ústavu národního zdraví zajištěny služby v kompletním rozsahu jako od Okresního ústavu národního zdraví.

V této době se významných změn dočkala i zdravotnická záchranná služba.

„Počátek moderní historie zdravotnických záchranných systémů v České republice lze položit do sedmdesátých let minulého století. První pomoc tehdy zabezpečoval systém lékařské služby první pomoci (tzv. LSPP, lidově „pohotovost“). Jeho oporou byli praktičtí lékaři, kteří prostřednictvím této pohotovostní služby poskytovali zdravotní péči pacientům v ohrožení života nebo při závažném a náhlém postižení zdraví. Systém fungoval v mimopracovní době a lékař měl k dispozici sanitní vozidlo s řidičem. Přestože tato skupina lékařů a zdravotníků měla možnost vyjíždět se zdravotnickým vybavením do terénu přímo za nahlášenými případy, s rozvojem odborných znalostí a technických

¹⁸⁵ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 148

¹⁸⁶ JIROUŠ, Jaroslav. *Československé zdravotnictví*, s. 51

možností při ošetření pacientů v kritickém stavu nestačili praktičtí lékaři držet krok, neboť jejich základní odbornost byla zaměřena především na prevenci, pravidelné kontroly zdravotního stavu a administrativu spojenou s posudkovou a statistickou činností. V poslední čtvrtině minulého století se výrazně změnilo spektrum akutních onemocnění. Nastal odklon od výjezdů a ošetřování pacientů s infekčními chorobami, které v poválečném období dominovaly, a stále častěji bylo potřeba ošetřit pacienty po úrazech a dopravních nehodách. Navíc se objevila nová a významná skupina tzv. civilizačních nemocí, zastoupená především ischemickou chorobou srdeční. V těchto případech přestávaly znalosti praktického lékaře stačit, a rovněž vybavení sanitního vozidla a vzdělání jeho řidiče byly nedostatečné. Ukázaly se důvody pro posílení posádky sanitní ambulance o dalšího člena se středně zdravotnickým vzděláním.“¹⁸⁷

To všechno vedlo k tomu, že vyvstala nutnost určité specializace pro výkon povolání lékaře u záchranné služby. A nejen lékaře. Také bylo potřeba řešit již nedostatečné vybavení a dosavadní vzdělání řidičů sanitního vozu. Členem týmu v sanitním vozu se stal zdravotnický pracovník se středním zdravotnickým vzděláním.

„V 70. letech začaly vznikat stanice rychlé zdravotnické pomoci, které byly součástí anesteziologicko-resuscitačních oddělení nemocnic.“¹⁸⁸

„Ve srovnání s průmyslově vyspělými zeměmi došlo v průběhu 70. a 80. let v našich podmínkách ke značnému poklesu finančních dotací do resortu zdravotnictví. Tento negativní faktor měl za důsledek především růst technického zaostávání zdravotnictví oproti stavu v ekonomicky silných státech. Snaha řešit uvedenou situaci extenzivním rozvojem, zvyšováním počtu lůžek a lékařů vedla ke značné provozní neefektivnosti v čerpání těchto omezených prostředků.“¹⁸⁹

„Již v průběhu osmdesátých let začalo být zřejmé, že dosavadní systém zdravotní péče Československu bude nutné změnit. Populační charakteristiky zdravotního stavu se staly v mezinárodním srovnání natolik nepříznivé, že poslední komunistická vláda je prohlásila za tajné a nesměly být tudíž v tisku ani jiných médiích publikovány. Zdravotní situace státu jako celku byla známa pouze politikům a odborníkům z oblasti organizace a řízení zdravotnictví. Zároveň narůstala nespokojenost pracovníků ve zdravotnictví.

¹⁸⁷ BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*, s. 265

¹⁸⁸ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 147

¹⁸⁹ BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, s. 143

Ta byla důsledkem dlouhodobého výrazného podfinancování celého resortu. V roce 1989 bylo např. investováno do zdravotnictví pouze přibližně 5% hrubého domácího produktu. Platy zdravotnických pracovníků byly ve srovnání s výrobní sférou národního hospodářství výrazně nižší. Nespokojenost zdravotníků umocňoval fakt, že celkové materiálně technické vybavení zdravotnictví se zhoršovalo.“¹⁹⁰

„Československý farmaceutický průmysl patřil tehdy mezi nejmladší průmyslová odvětví. Ještě před druhou světovou válkou a do roku 1945 byla tato výroba nejednotná a roztříštěna v malých, na sobě nezávislých výrobních bez vlastní surovinové základny. Zabývajících se jen úpravou dovážených léčiv do dispenzačních forem. Po roce 1948 nastal nevídaný rozmach farmaceutické výroby. Ta byla koncentrována, závody specializovány a byla také zabezpečena vlastní výroba farmaceutických surovin. Přes 95% léčiv, potřebných k zajištění zdravotní péče v ČSSR bylo toho času kryto domácí výrobou. Farmaceutická výroba nadto přispívala k zajištění pomocných látek pro živočišnou a rostlinnou výrobu. Část farmaceutických surovin a hotových přípravků se exportovala do světa. Některé léky vyvinuté v ČSSR se vyráběly v licenci i v nejvyspělejších kapitalistických státech.“¹⁹¹

Pacientovi v ČSSR se sice dostávalo zdravotnické služby bezplatně, ovšem neplatilo to bezvýhradně. I tehdy existoval poplatek nebo nějaká forma příplatku. Pokud bylo vystaveno lékařské potvrzení, které si vyžádal pacient ve vlastním zájmu, musel uhradit kolek. Ani tehdy nebyla zubní péče zcela „zdarma“ v maximální kvalitě. Poplatek byl spojen i s receptem. Za nákladnější, nadstandardní zubní protetiku, brýle, zubní korunky apod. Příplácelo se za některé výkony, např. kosmetické, se hradily dokonce až v plné výši. Existoval tehdy i příplatek za péči o dítě v jeslích a dokonce i za péči v takových zařízení jako dětské domovy a někdy i v kojeneckých ústavech.

„I v minulém systému zdravotnictví se vyskytovaly některé rysy zajišťování kvality péče. Patřily mezi ně např. sledování a kontrola proočkovanosti, její úplnost, analýzy mateřské a kojenecké úmrtnosti, komise pro účelnou farmakoterapii, formální snahy o stanovení určitého podílu preventivních vyšetření ze všech ambulantních vyšetření, namnoze formální dispenzární péče, zřízení funkcí hlavních, krajských a okresních

¹⁹⁰ HNILICOVÁ, Helena, TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 204

¹⁹¹ PETRO, Mikuláš. *Československé zdravotnictví v číslech a faktech*, s. 34

odborníků a jejich metodické listy, klinicko-patologické semináře, zřizování antibiotických středisek a v neposlední řadě i bohužel značně formální sledování léčby náhlých příhod břišních. Většina těchto činností byla veřejnosti neznáma a lékaři byla nahlížena jako opatření se shora dolů, tehdy jako spíše institut nařizovací či dokonce represivní.“¹⁹²

3.7.1.3 Personální zajištění zdravotnictví a vzdělávání zdravotnických pracovníků v minulém století

„Už Hippokrates zdůrazňoval povinnost, že každý zdravotnický pracovník se při výkonu svého povolání musí stále vzdělávat.“¹⁹³

Medicína je věda, která jde stále kupředu a v níž je vyžadováno nové a nové poznatky i v praxi aplikovat. Povolání lékaře je jedno z nejnáročnějších na potřebu kontinuálního vzdělávání. Navíc vychovat schopného lékaře je velice časově náročné a praktická výuka značně kapacitně omezená. Vyšší počet studentů ve skupině by mohl představovat ohrožení kvality. Odchod lékaře za prací do zahraničí tedy nepředstavuje jen ztrátu finančních prostředků.

„V předmnichovském Československu počet lékařů na počet obyvatel byl nízký. V okrajových částech republiky, zejména území tehdejší Slovenské socialistické republiky, byl často jeden lékař na celý okres. Většina lékařů pracovala ve velkých městech a vesnické obyvatelstvo tak bylo prakticky vyloučeno z kvalifikované lékařské péče. Nedostatek lékařů byl zapříčiněn také malým počtem vysokých škol pro přípravu lékařů a farmaceutů. Lékaře vychovávaly jen tři lékařské fakulty – v Praze, Brně a Bratislavě. Postgraduální výchova prakticky neexistovala. Počet lékařů koncem války se ještě snížil, takže v roce 1946 bylo v celém Československu jen 9008, z toho na Slovensku 1599 lékařů. V roce 1985 bylo již 10 fakult, 2500 absolventů lékařských a farmaceutických fakult.“¹⁹⁴

„Následkem fašistické persekuce, uzavření vysokých škol a emigrace zdravotnických pracovníků do zahraničí počet lékařů neustále klesal, takže v r. 1945 byl proti roku 1938 v Čechách o 45% , na Moravě o 38% nižší. Převážná většina lékařů

¹⁹² GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*

¹⁹³ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 184

¹⁹⁴ PETRO, Mikuláš. *Československé zdravotnictví v číslech a faktech*, s. 34

a zdravotnických pracovníků byla soustředěna do velkých měst. Ještě v roce 1947 dvě třetiny všech odborných lékařů pracovaly v Praze, Brně a v Bratislavě. Citelný nedostatek lékařů byl po odsunu Němců v pohraničí. Velké byly rozdíly mezi českými zeměmi a Slovenskem, kde rozsáhlá území byla zcela bez zdravotní péče. Počet středních zdravotnických pracovníků se vůbec nedá porovnat, neboť skutečně školených sester a laborantů bylo málo. Většinu ošetrovatelského personálu tvořily pomocné neškolené síly.“¹⁹⁵

„Od roku 1959 se lékařská místa – na rozdíl od dřívějších let – plánovala a tedy i vykazovala včetně míst dentistů. Lékařská místa se určovala zásadně z týdenních úvazkových hodin.

normální pracovní doba 200 hodin měsíčně = 46 hodin týdně

zkrácená pracovní doba 175 hodin měsíčně = 42 hodin týdně“¹⁹⁶

„V žádné oblasti se tak nekompromisně nevyžaduje soustavné vzdělávání jako právě v medicíně. Je to vědní obor, v němž po celou dobu vykovávání zdravotnického povolání se od každého lékaře vyžaduje soustavné doplňování odborných vědomostí.“¹⁹⁷ Popromoční systematické vzdělávání lékařů před druhou světovou válkou (během ní už vůbec ne) v podstatě neexistoval. Změna nastala až založením Ústav pro doškolení lékařů a farmaceutů v Praze v roce 1953. Posílení ve vzdělávání těchto pracovníků přišlo v roce 1957, kdy byl založen ústav prakticky stejného zaměření se sídlem v Trenčíně, která byl pak později přemístěn do Bratislavy.

„Oba dva ústavy dostaly za úkol poskytovat všem lékařům soustavně a systematicky nejnovější poznatky lékařské vědy, které by doplnily a rozvíjely získané vědomosti při studiu na lékařské fakultě a umožnily poskytovat léčebně- preventivní péči na nejvyšší možné odborné úrovni. Od roku 1959 se v těchto institucích doškolovalo stále více zahraničních lékařů. Četné odborné kursy v Československu byly organizovány na žádost Světové zdravotnické organizace v rozvojových zemích. Podle nově vytvořeného systému byl každý absolvent lékařské fakulty po dvouapůlroční praxi

¹⁹⁵ SKRIBKOVÁ, Emilie. *Zdravotnictví v Československé socialistické republice*, s.4

¹⁹⁶ DOLEJŠÍ, Václav, JAROŠ, Jaromír, STACH, Jaromír. *Ukazatelé československé zdravotnické statistiky: Metodika jejich výpočtu a hodnocení*, s. 12

¹⁹⁷ PETRO, Mikuláš. *Československé zdravotnictví v číslech a faktech*, s. 27

ve vybraném zdravotnickém zařízení povinen specializovat se v jednom. Předností socialistického zdravotnictví bylo, že další vzdělávání bylo neoddělitelnou povinností každého lékaře bez výjimky. Stát mu navíc umožňoval tuto povinnost si plnit nejen tím, že zřídil potřebné instituce, ale tím, že hradil všechny náklady na postgraduální vzdělávání, včetně mzdy za celou dobu účasti v postgraduálních kurzech. V Československu byl vypracován systém přípravy vědeckých aspirantů k získání titulu kandidáta a doktora lékařských věd. Reálná možnost vědecky pracovat byla dána nejen lékařům ve výzkumných ústavech, na lékařských fakultách, ale i v terénních zařízeních.“¹⁹⁸

Nejen lékaři, ale i střední zdravotničtí pracovníci potřebovali držet krok s pokrokem medicíny a ošetrovatelství a nabité vědomosti při studiu završeném maturitou nemohly nadále stačit. K jejich dalšímu vzdělávání byly zřízeny dva nové vzdělávací ústavy, a to v Brně a v Bratislavě. V rámci pomaturitních a s instituty pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů postgraduálních školení umožňovaly plynulé předávávání nových vědeckých poznatků nejen v oblasti léčebných a ošetrovatelských metod, ale také diagnostických a laboratorních, které byly tehdy na vzestupu.

„Významnou úlohu v rozšiřování nových poznatků domácí i světové lékařské vědy hrála Čs. lékařská společnost J.E. Purkyně, která měla několik desítek odborných sekcí a pořádá četné přednášky, konference, sjezdy a symposia, často s mezinárodní účastí.“¹⁹⁹

„V Československu měla vědeckovýzkumná činnost v oboru lékařské vědy, farmaceutické vědy a v oboru péče o zdraví solidní vědeckovýzkumnou základnu. Představovaly ji vědeckovýzkumné ústavy ministerstva zdravotnictví ČSR a SSR, Československé a Slovenské akademie věd a mimo to velký počet pracovišť lékařských fakult, farmaceutických fakult, instituty pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů v Praze a v Bratislavě, ústavy pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě a další významná zdravotnická zařízení na území ČSR a SSR. Vědecká rada ministerstva zdravotnictví ČSR a SSR vypracovávaly plány vědeckovýzkumných úkolů v oboru lékařských věd a péče o zdraví na základě poznatků o zdravotním stavu obyvatelstva. Vědeckovýzkumné úkoly se proto zaměřovaly především na problémy nejvážnějších chorob a poruch zdraví obyvatelstva. Pohotovité přenášení nových vědeckých výsledků do zdravotnické praxe bylo prvořadým úkolem vedoucích pracovníků

¹⁹⁸ PETRO, Mikuláš. *Československé zdravotnictví v číslech a faktech*, s. 27

¹⁹⁹ SKRIBKOVÁ, Emilie. *Zdravotnictví v Československé socialistické republice*, s.15

v zdravotnictví.“²⁰⁰

„Přes všechny sobě vlastní zápory a centralistický charakter existovala v minulém systému oblast dalšího vzdělávání lékařů a středních zdravotnických pracovníků, jejíž výsledek snášel srovnání se zahraničním zdravotnictvím, nebo je i předčil, což se na jedné straně projevovalo tím, že lékaři a střední zdravotničtí pracovníci v chabě technicky vybaveném zdravotnickém systému nemohli většinou uplatnit všechny získané teoretické znalosti, na druhé straně po změně režimu se při hojně poskytovaných zahraničních stážích ukazovali jako rovnocenní partneři svých západoevropských hostitelů. Jednotlivé odborné spolčenosti sdružené v České lékařské společnosti vykonaly v minulosti i v současnosti mnoho pro růst odbornosti svých členů, a tím i pro kvalitu zdravotní péče v Československu i po jeho rozdělení.“²⁰¹

3.7.1.4 Přejchod na zdravotnický systém založený na veřejném zdravotním pojištění

Po roce 1990 není již zdravotnictví financováno jen ze státního rozpočtu. Zaveden byl systém všeobecného zdravotního pojištění, které je pro každého jedince povinné. Stále však má stát podíl na financování a především řízení této oblasti.

„Důvody, které tehdy vedly k návrhu evropského pluralitního typu zdravotnictví v České republice:

- **ekonomické:** zdravotnictví bude méně závislé na státním rozpočtu, možná ochrana finančních prostředků a kontrola jejich účelného využívání, finanční toky budou průhledné, bude působit ekonomická motivace, konkurence a odpovědnost vlastníků
- **sociální:** všeobecné zdravotní pojištění nejlépe zabezpečí občana pro případ nemoci a zaručí mu dostupnost zdravotní péče a rovnost přístupu k ní
- **odborné a etické:** zdravotnické profese budou svobodným povoláním pod odborným a etickým dohledem svých samosprávných organizací, lékaři a další zdravotničtí pracovníci budou více motivováni ke vzdělávání a k osobnímu přístupu k pacientovi
- **politické:** změna vztahu mezi občanem a státem ve prospěch občana, zdravotnictví

²⁰⁰ MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*, s. 33

²⁰¹ GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*, s.241

půjde s hlavními trendy ve společnosti (směřování k tržními hospodářství, politickému pluralismu a občanské společnosti).

- **historické:** „vyzkoušejme vyzkoušené“, pluralitní systém patří k tradici samostatného Československa i středoevropského prostoru.“²⁰²

„V porovnání se zrušením KÚNZ bylo zrušení okresních ústavů národního zdraví po roce 1990 daleko závažnějším zásahem do soustavy, protože okresní ústavy řídily přes 80% zdravotnických služeb v ČR. Nejméně ve třetině okresů narazil tento krok transformačního scénáře na tuhý odpor. Noví ředitelé, kteří se na svá místa dostali po konkursech v r. 1990, byli schopni velmi přesvědčivé argumentace. Poukazovali na to, že při ztrátě řízení a odborného a technického servisu, který OÚNZ poskytoval, dojde ke zhoršení kvality péče a ohrožení pacientů. OÚNZ jako okresní monopol vylučoval působení nových sil pluralitního zdravotnictví. Neumožňoval žádoucí působení zdravotní pojišťovny, ekonomické chování jednotlivých zařízení, jejich soutěž či dobrovolnou funkční spolupráci. Znemožňoval rozumné majetkové převody. Projekt odstátnění vyžadoval, aby se vyčlenily funkční jednotky, které by mohly být samostatné, životoschopné a uměly najít svého konkrétního vlastníka.“²⁰³ Z původně zcela státních zařízení se postupně vyčlenily samotné, privátní subjekty. „Privatizace se týká nejen oblasti poskytování lékařské péče či obecněji řečeno zdravotnických služeb, ale privatizace zasáhla i do oblasti majetku. Privatizovány byly i budovy včetně vybavení.“²⁰⁴

Zdravotnická zařízení však nebyla privatizována bez podmínek, ale s ohledem na jejich význam a náplň činnosti. Lze je pak dělit na volně privatizovatelná, privatizovatelná s břemenem a neprivatizovatelná. Členění je podrobněji specifikováno v Tabulce 6.

²⁰² KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 19

²⁰³ PAPEŠ, Z., ULRICH, M. *Zdravotnická ekonomika*, s. 68

²⁰⁴ ZLÁMAL, Jaroslav. *Finanční nástroje a operace použitelné ve zdravotnictví*, s. 5-6

Tabulka 6 Členění zdravotnických zařízení podle vztahu k privatizaci

volně privatizovatelná	žádný veř. zájem, zdrav. zařízení musí fungovat po dobu 10 let, většina ambulancí	
privatizovatelná s břemenem	významná součást zdrav. sítě, zavázání nabyvatele poskytovat zdravotní péči v potřebné struktuře a rozsahu, velká část okresních	
neprivatizovatelná	důležité instituce	Státní zdravotní ústav, SÚKL, hygienická služba, ...
	zdravotnická zařízení s ojedinělou výlučností, obvykle spojené s vědecko-výzkumnými a vzdělávacími aktivitami	IKEM, IPVZ
	fakultní nemocnice	

Zdroj: vlastní zpracování, informace zdroje HNILICOVÁ, Helena, TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. s. 205. ISBN 80-7184-654-6

„Principy nového systému zdravotní péče:

- nový systém jako část globální společenské strategie obnovy a podpory zdraví
- péče o zdraví založená na svobodném rozhodnutí informovaného občana a občanského společenství
- zaručení přiměřené zdravotní péče státem všem občanům
- demonopolizace a decentralizace vytváření, provádění a kontrola zdravotní politiky, konkurenční prostředí ve zdravotnických službách
- svobodná volba občana lékaře a zdravotnického zařízení
- zavádění zdravotní politiky státu obcemi na jejich území
- odstranění monopolu státního zdravotnictví, převládající forma „veřejné zdravotnictví
- samostatné zdravotnické zařízení jako základní prvek zdravotnických služeb, veřejného zdravotnictví
- dotvoření a vzájemné provázání subsystémů zdravotní péče (podpora a výchova ke zdraví, preventivní péče, léčebná péče a rehabilitace)
- ambulantní péče, zvláště primární zdravotní péče jako těžiště léčebné péče
- vícezdrojové financování zdravotnictví (stát, obec, občan, zaměstnavatelé)

- povinné zdravotní pojištění neoddělitelná součást systému zdravotní péče a jeho fungování“²⁰⁵

Důležitou podmínkou realizace tohoto konceptu byla privatizace a zavedení pojišťovacího systému do zdravotnictví.

„Nutné čtyři linie změn:

- založení odpovídajících institucí (zdrav. pojišťovny, profesní zdravotnické organizace)
- změny ve struktuře a řízení zdravotnických organizací (až do konce roku 1993 povinnost zdravotní pojišťovny uzavřít smlouvu s kterýmkoliv poskytovatelem zdrav. péče, pokud o to požádá, bylo to důležité pro vznik husté sítě v době transformace)
- zásadní změny ve financování zdravotnictví
- změny ve vlastnických vztazích ve zdravotnictví“²⁰⁶

Důležité pro financování nového zdravotnictví bylo zřízení Všeobecné zdravotní pojišťovny. Později zákon umožnil i vznik resortních a mezioborových zdravotních pojišťoven. Zprvu byla zdravotní péče financována především na základě vykázaných výkonů. Tento systém vedl k nadměrnému vykazování péče a rychlému nárůstu výdajů na zdravotní péče. V systému se začala především v ambulantní sféře uplatňovat kapitační platba.

„Nultou verzi seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami zpracovala VZP v roce 1991. Tento seznam vycházel z odlišné metodiky a nebyl vyhovující. Ukázal, kudy může vest cesta a poprvé umožnil, aby lékaři nebyli zaměstnanci státu, pokud nechtějí, a aby byli placeni za zdravotní péči, kterou poskytnou. Stávající seznam výkonů vznikl v letech 1994 až 1997. Byly projednávány dohodovacím řízením, vedeném Ministerstvem zdravotnictví. Tento seznam byl vydán na jaře roku 1997 s účinností od 1.7. 1997. Další

²⁰⁵ HNILICOVÁ, Helena, TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 204 + KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 22 – vlastní zpracování

²⁰⁶ HNILICOVÁ, Helena, TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 205

změny, novely seznamu výkonů vznikaly v dohodovacím řízení podle zákona č. 48/1997 Sb. Podle tohoto zákona se již Ministerstvo zdravotnictví dohodovacích řízení neúčastnilo. Všechny novely byly po dohodovacích řízeních vydány ministrem zdravotnictví, jak plyne ze zákona. Ministr zdravotnictví garantuje soulad novely seznamu výkonů s platnými zákony a veřejným zájmem. Průběžná novelizace seznamu výkonů prováděná ministry zdravotnictví od roku 1998 je nesystémová a nedostatečná. Seznam výkonů a kalkulační vzorec byly vytvořeny tak, aby bylo možno reagovat na změny v medicíně a změny v cenách a nákladech. Namísto upřesňování položek registračních listů a zohlednění změn v cenových relacích, ve výši mzdových nákladů a v medicíně jako takové došlo v uplynulých osmi letech (do roku 2006) k postupnému bourání vyvážených vztahů mezi bodovými hodnotami výkonů. Tak, jak byly silné jednotlivé zájmové skupiny a slabí ministři zdravotnictví, tak byly kalkulace výkonů pokřiveny.“²⁰⁷

3.7.2 Současná organizace a financování zdravotnictví v České republice

Zdravotnické služby představují širokou škálu léčebné péče, prevence, představují také výchovou ke zdraví. Významná funkce je přikládána zdravotní péči primární, která má v podstatě tvořit základ zdravotnických služeb a je hlavním nástrojem poskytování zdravotní péče.

3.7.2.1 Organizace zdravotnictví ČR

„Současné zdravotnictví je rozčleněno do řady různě velkých zdravotnických zařízení, od velkých fakultních nemocnic, které jsou v majetku státu, až po soukromé ordinace lékařů, které jsou v individuálním vlastnictví či podílovém spoluvlastnictví několika osob. Kromě toho patří do sféry zdravotnictví i lékárny, různá rehabilitační střediska, soukromé či státní polikliniky, prodejny zdravotní techniky, zdravotní doprava, dealeři atd.“²⁰⁸

Prakticky veškerá ambulantní zdravotní péče, a to jak poskytovaná praktickými lékaři, tak i specialisty byla zprivatizována. Rozsáhlá privatizace postihla i nemocniční

²⁰⁷ CABRNOCH, Milan. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*, s. 10

²⁰⁸ ZLÁMAL, Jaroslav. *Finanční nástroje a operace použitelné ve zdravotnictví*, s. 5-6

zařízení,. Většina zařízení poskytující ústavní péči prošla procesem privatizace nebo přešla ze správy státu pod správu krajů a obcí. Většina pracovníků a nemocničních lůžek spadá do soukromého sektoru.

„Právní subjektivita poskytovatelů zdravotnických služeb je dosti různorodá a vlastnické poměry ve zdravotnictví dosud procházejí změnami. Zdravotnické služby jsou však poskytovány v podstatě autonomními subjekty, které se pohybují v tržním prostředí a nabízejí svoje služby. Nestátní subjekty, které chtějí poskytovat odbornou zdravotní péči, musí získat oprávnění neboli registraci krajského úřadu, případně Magistrátu hl. m. Prahy podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. K tomu musí splňovat určité podmínky, věcné a technické vybavení, a mít k dispozici odborně způsobilý personál dle druhu a formy zdravotnické služby a oboru odborné zdravotní péče. Ti poskytovatelé, kteří chtějí být financováni z veřejného zdravotního pojištění, a nikoli pouze přímými platbami pacientů, musejí uzavřít smlouvu se zdravotními pojišťovnami o poskytování zdravotní péče a jejich úhradě. Před uzavřením smlouvy musí poskytovatel zdravotnické služby projít ještě výběrovým řízením, kde prokáže svoji schopnost zajistit bezpečnost a kvalitu péče, dodržování etických zásad a ekonomickou stabilitu.“²⁰⁹

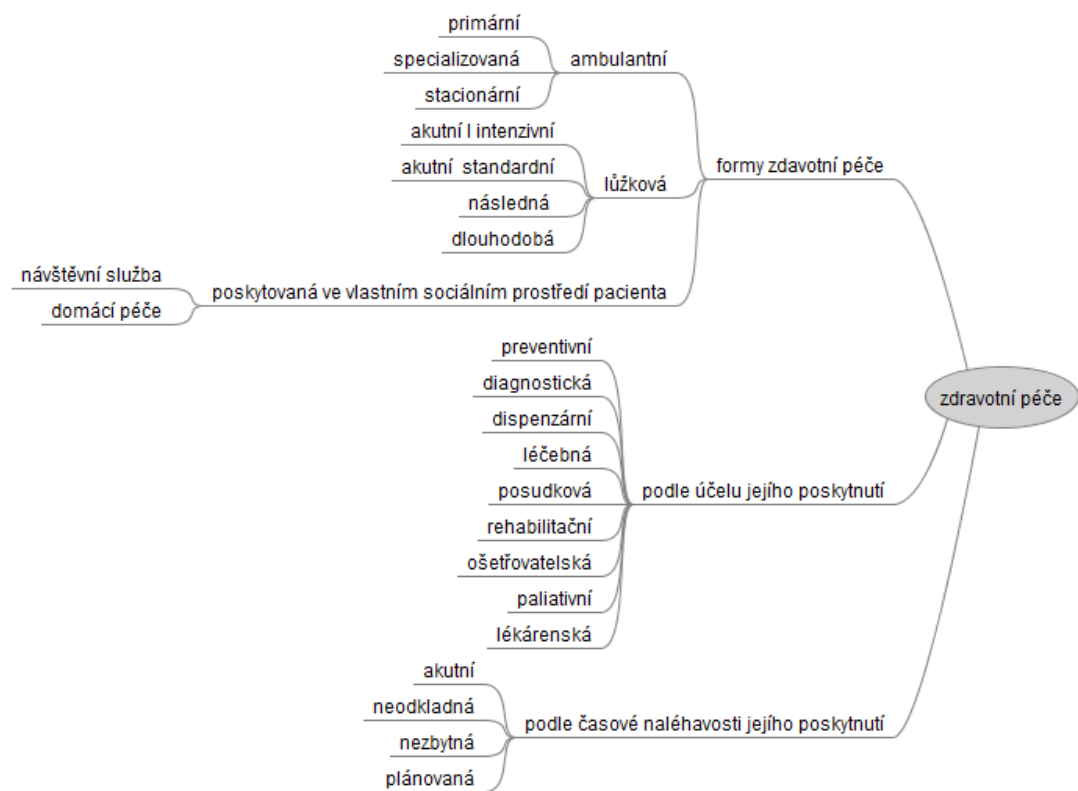
„Zdravotnictví je definováno jako společenská soustava profesionálních odborných institucí, zařízení a orgánů a pracovníků a jim odpovídajících činností, sloužících speciálně k poskytování zdravotní péče s primárním cílem podporovat, zachovávat a obnovovat zdraví. Většinu zdravotnických služeb poskytuje síť veřejných zdravotnických zařízení na základě smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami. Definice zdravotní péče v sobě zahrnuje péči o akutně i chronicky nemocné osoby či osoby postižené úrazem, prevenci nemocí a úrazů, rehabilitaci i zdravotní výchovu. Všechna opatření k podpoře zdraví, prevenci a úrazů, léčení nemocí, rehabilitace a zdravotní výchovy řadíme do zdravotní péče. Zdravotní péče je poskytována soustavou zdravotnických zařízení, která se v zásadě dělí na ambulantní a lůžkovou.“²¹⁰

Zdravotnické služby lze členit na primární (zdravotnické služby prvního kontaktu, ambulantní), sekundární (specializované ambulantní) a terciární (specializované lůžkové). Podrobnější členění vyjadřuje ve Schéma 5.

²⁰⁹ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 144-145

²¹⁰ ČELEDVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*, s. 102

Schéma 5 Členění zdravotní péče vycházející z členění v zákoně o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování



Zdroj: vlastní zpracování

Důležitou součástí zdravotnického systému jsou instituce zajišťující akutní přednemocniční zdravotní péči. „Vývoj přednemocniční neodkladné péče a především speciální zaměření činnosti týmů rychlé zdravotnické pomoci si v devadesátých letech vynutil oddělní této činnosti a jejího financování od nemocnic. Byl budován systém samostatných pracovišť zdravotnické záchranné služby, které později přešly z majetku státu do majetku kraje. Krajské úřady pak byly pověřeny organizací a zajišťováním zdravotnické záchranné služby. Od roku 2000 je zdravotnická záchranná služba jednou ze základních složek integrovaného záchranného systému společně s Hasičským záchranným sborem České republiky, Policií České republiky ostatními složkami. Dostupnost přednemocniční neodkladné zdravotní péče je stanovena časovým limitem dojezdu do 20 minut od přijetí tísňové výzvy.“²¹¹

„Na přelomu století i tisíciletí se zdravotnická záchranná služba v České republice

²¹¹ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 147

mohla při naplňování úkolů státu vyplývajících z Listiny základních lidských práv a svobod opřít o tři kvalitní základy:

- vybudování relativně organizačně a ekonomicky stabilního systému poskytovatelů přednemocniční neodkladné péče v ČR prostřednictvím zařízení ZZS
- kvalitní materiálně-technické zázemí poskytovatelů ZZS
- kvalitní systém vzdělávání zaměstnanců v ZZS

Se zánikem okresních úřadů byla zřizovatelská pravomoc státu přenesena do samosprávného působení krajů, a to pouhým konstatováním v zákoně č. 290/2002 Sb., aniž byl tento fakt následně zohledněn v právních aktech upravujících podmínky činnosti ZZS, včetně specifických podmínek ve financování.“²¹²

V Tabulce 7 je u jednotlivých typů zařízení ambulantní péče ČR blíže charakterizována poskytovaná péče a účel zřízení.

Tabulka 7 Typy poskytovatelů ambulantní péče v ČR

zařízení	typ zařízení	charakteristika poskytované péče, účel zřízení
praktický lékař pro děti a dorost,	- primární zdravotní péče ambulantní - v případě potřeby poskytnutí návštěvní služby u pacienta - zapojení do vědeckých studií - zapojení do vzdělávacího systému dalších lékařů	- preventivní prohlídky - léčebná péče - spolupráce se specialisty a lůžkovými zařízeními při péči o pacienta - koordinace zdravotně-sociální péči - zpracování zpráv o zdravotním stavu pacienta - sledovat psychický a fyzický stav dítěte, při podezření na zanedbání péče nebo týrání komunikovat s příslušnými úřady
praktický lékař pro dospělé	- primární zdravotní péče ambulantní - v případě potřeby poskytnutí návštěvní služby u pacienta - zapojení do vědeckých studií - zapojení do vzdělávacího systému dalších lékařů	- preventivní prohlídky - léčebná péče - spolupráce se specialisty a lůžkovými zařízeními při péči o pacienta - koordinace zdravotně-sociální péči - zpracování zpráv o zdravotním stavu pacienta

²¹² BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*, s. 266

zubní lékař	- primární zdravotní péče ambulantní	- preventivní prohlídky - léčebná péče - spolupráce se specialisty a lůžkovými zařízeními při péči o pacienta - zpracování zpráv o zdravotním stavu pacienta
gynekolog	- primární zdravotní péče ambulantní	- preventivní prohlídky - léčebná péče - spolupráce se specialisty a lůžkovými zařízeními při péči o pacienta - zpracování zpráv o zdravotním stavu pacienta
odborný lékař	- sekundární zdravotní péče specializovaná ambulantní	- specializovaná zdravotní péče - péče na základě doporučení praktického lékaře nebo i bez něj
agentury domácí péče	- zvláštní ambulantní péče - domácí zdravotní péče	- komplexní zdravotně-sociální péče v přirozeném prostředí pacienta (jeho domácnosti) - ošetrovatelská i pečovatelská služba - osobní asistence v domácnosti pacienta - paliativní i hospicová péče
stacionáře	- zvláštní ambulantní péče	- zdravotní péče během denních nebo týdenních pobytů pacienta v zařízení - např. psychiatrická péče, péče o handicapované
zdravotnické zařízení se zdravotně-sociální péčí	- zvláštní ambulantní péče ve zdravotnickém zařízení (např. nemocnice)	- péče o pacienty, kteří zůstali ve zdravotnickém zařízení ze sociálních důvodů - péče o pacienty ve stabilním stavu, ale bez dalších výhlídek vyléčení - ošetrovatelská a sociální péče - rehabilitační péče

Zdroj: vlastní zpracování

Praktiční lékaři, gynekologové a zubní lékaři jsou tzv. registrující lékaři, což znamená, že pacient se u tohoto lékaře registruje (nutné pro úhradu péče zdravotní pojišťovnou). Registrace má svá pravidla a podmínky. Je např. dána doba, po kterou pacient nemůže změnit svého registrujícího lékaře, jen v případě akutního ošetření může vyhledat služby jiného.

Tabulka 8 podrobněji zachycuje základní členění a charakteristiku ústavních zdravotnických zařízení, která jsou součástí sítě zdravotnických zařízení ČR.

Tabulka 8 Poskytovatelé ústavní péče v ČR

zařízení	typ zařízení	charakteristika poskytované péče, účel zřízení
fakultní nemocnice	- zdravotnická zařízení lůžkové péče a současně vzdělávací zařízení Ministerstvem zdravotnictví ČR - vybraná lůžková oddělení se označují jako kliniky - terciární péče	- výukové základny lékařských a farmaceutických fakult a pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů - ambulantní péči, lůžková péči ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech, - výjimečně následná ošetrovatelská péči
nemocnice akutní péče	- zdravotnická zařízení lůžkové péče - terciární péče	- ambulantní péče, - lůžková péče akutní - následná ošetrovatelská péče ve specializovaných a vysoce specializovaných oborech
nemocnice následné péče	- zdravotnická zařízení lůžkové péče - terciární péče	- ambulantní péče - lůžková péče jen ošetrovatelská a doléčovací, v návaznosti na péči akutní (poskytnutou pacientovi v jiném zařízení)
léčebny dlouhodobě nemocných	- zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy) lůžkové péče - terciární péče	- specializovaná lůžková péče - především ošetrovatelská a rehabilitační péče o osoby trpící déle trvajících nemocemi - především pro staré a dlouhodobě nemocné pacienty
psychiatrické léčebny	- zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy) léčebné péče - terciární péče	- lůžková péče osobám s duševními poruchami - zajišťování uloženého povinného nebo ochranného léčení - ambulantní psychiatrická péče, psychoterapie - další specializovaná diagnostická a léčebná péče
léčebny tuberkulózy a resp. nemocí	- zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy) lůžkové péče - terciární péče	- péče pro nemocné s plicními a mimoplicními a respiračními nemocemi, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou lůžkovou péči
rehabilitační ústavy	- zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy) lůžkové péče - terciární péče	- komplexní dlouhodobá rehabilitační ústavní péče nemocným se stanovenými poruchami hybnosti, popř. poruchami jiných funkcí
ostatní odborné léčebné ústavy	- zařízení lůžkové péče - terciární péče	- úzce specializovaná lůžková péče v některém z lékařských oborů (např. ústav chirurgie ruky, oční léčebny)

ozdravovny	- zdravotnická zařízení (odborné léčebné ústavy) lůžkové péče - terciární péče	- zdravotní péče dětem zdravotně oslabeným nebo dětským pacientům v rekonvalescenci při využití klimatických podmínek s dodržování potřebné životosprávy za lékařského dozoru a odborného vedení
hospice	- lůžková zdravotnická zařízení - terciární péče	- základem léčby je léčba paliativní - péče pacientům v pokročilém a konečném stadiu nemoci bez možnosti další léčebné péče vedoucí k vyléčení - péče poskytovaná pro zmírnění utrpení pacienta a vytváření podmínek pro klidné umírání a důstojnou smrt

Zdroj: vlastní zpracování + ČELEDVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. 1. vyd.. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 128 s. s. 102. ISBN 978-80-247-3213-8

3.7.2.2 Financování zdravotnictví v ČR

„Filozofie uspořádání českého zdravotnického systému vychází z Bismarckova modelu. Celý systém je založen na solidaritě a na dostupnosti zdravotní péče pro občany. Prostupnost zdravotnického systému je pro všechny typy služeb velmi dobrá, spoluúčast pacienta je minimální, využívání služeb je však často neefektivní (nadbytečné).“²¹³

3.7.2.2.1 Zdroje financování zdravotnictví v ČR

Stěžejní zdroje financování zdravotnictví v České republice představují veřejné zdravotní pojištění, veřejné rozpočty a přímé platby pacientů.

Z veřejného zdravotního pojištění je financována zdravotní péče, jak vyplývá ze zákona o veřejném zdravotním pojištění. Finanční prostředky ze státního rozpočtu, konkrétně z kapitoly č. 398 Všeobecná pokladní správa jako platba za státní pojištění. Z veřejných rozpočtů jsou finance směřovány na tzv. související činnosti, tedy ty, které nejsou předmětem úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Jsou jimi věda a výzkum, hygiena, vzdělávání pracovníků. Veřejné rozpočty jsou ve zdravotnictví pouze zdrojem doplňkovým.

„Veřejné rozpočty „mohou pomáhat“ ztrátovým zdravotnickým zařízením

²¹³ JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetřovatelství*, s. 7

neúčelovými dotacemi nebo se podílejí na financování investičních projektů. Z veřejných rozpočtů se dále hradí provoz institucí státní zdravotní správy, tj. Ministerstva zdravotnictví, Státního zdravotního ústavu, Státního ústavu pro kontrolu léčiv a Ústavu zdravotnických informací a statistiky. Kromě tří základních zdrojů existují další zdroje financování, které v souhrnu tvoří 2-3% celkových výdajů na zdravotnictví. Těmito zdroji jsou: cestovní zdravotní připojištění, podniky (v případě, že část závodně-preventivní péče hradí samy), neziskové organizace.“²¹⁴

„Poskytování zdravotní péče a zdravotnických služeb je jinak stále ještě upraveno zákonem č.20/1996 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění mnoha pozdějších předpisů. Provedené novelizace především odstranily dřívější monopol státu na poskytování této péče. Zdravotní péči v současné době poskytují zařízení státu, krajů, obcí, jakož i fyzických a právnických osob. Je to však stát, který především má povinnost garantovat, že poskytovaná péče bude na patřičné úrovni - slovy cit. zákona, že bude “ v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy”.“²¹⁵

Veřejné zdravotní pojištění spravují zdravotní pojišťovny, z nichž největší a nejstarší je Všeobecná zdravotní pojišťovna. Všeobecná zdravotní pojišťovna má v porovnání se zaměstnaneckými a oborovými odlišné povinnosti a práva. Pro občany ČR existuje povinnost být přihlášen ke zdravotnímu pojištění u jedné ze zdravotních pojišťoven. Mají svobodnou volbu pojišťovny i zdravotnického zařízení. Pojistné je odvozeno od výše příjmu, hradí ho zaměstnanec i zaměstnavatel, popř. OSVČ a osoba bez zdanitelných příjmů. Za vybrané skupiny osob jako jsou důchodci, děti, nezaměstnaní apod. jej hradí stát.

Z hlediska veřejných financí je důležité stanovení tzv. státních pojištěnců, osoby, za které pojistné na zdravotním pojištění stát. Vzhledem k tomu, jaký podíl na obyvatelstvu zaujímá tato skupina osob, nejedná se o malé finanční prostředky, nicméně pro zdravotní pojišťovnu nevalorizování představuje vysoké ztráty.

²¹⁴ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 131

²¹⁵ FARKAŠ, Andrej, GODOVÁ, Dalma, HRUBEŠOVÁ, Zdenka. *Vybrané problémy ve zdravotnictví*, s. 7

„Pro fungování zdravotních pojišťoven je důležitý zákon o veřejném zdravotním pojištění (č. 48/1997 Sb.). Zákon přesně stanoví:

- kdy a za jakých podmínek vzniká pojištěnci v ČR nárok na účast ve veřejném zdravotním pojištění
- za jakých podmínek je možné pojištění v ČR ukončit, případně, kdy není pojištěnec povinen hradit měsíční pojistné
- za jaké skupiny osob hrají pojistné stát
- povinnosti zaměstnavatelů a osob samostatně výdělečně činných
- co musí zdravotní pojišťovny hradit zdravotnickým zařízením plně, co částečně a co není předmětem nároku na úhradu z veřejného zdravotního pojištění“²¹⁶

Financování zdravotní péče probíhá na základě smluvního vztahu mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou. Pacient platí přímo pouze jistou formu spoluúčasti, kterou jsou regulační poplatky a doplatky na léky a zdravotnické prostředky.

„Řadu let se hovoří o zavedení možnosti připojištění na zdravotní péči, která není buď hrazena ze zdravotního pojištění, nebo případně na kvalitnější zdravotní péči, než je ta, která je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Zatím však nikdy zákonodárce nepřistoupil k zakotvení možnosti připojištění nad rámec povinného veřejného zdravotního pojištění v zákoně. Tato skutečnost možná vyplývá i z toho, že téměř vše – tedy veškerá zdravotní péče je hrazena ze zdravotního pojištění.“²¹⁷

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění jsou hrazeny všechny výkony zdravotní péče mimo ty, kterou je taxativně vymezeny v Příloze č. 1. Je spornou otázkou, zda musí být hrazeny nejnovější metody a výkony nebo zda takové, které jsou právě uznány zdravotní pojišťovnou a které jsou tedy zahrnuty v Seznamu zdravotních výkonů, který jsou také přiřazeny bodové hodnoty. U hrazených výkonů existují také podmínky, za kterých zdravotní pojišťovna péči proplácí v plném či omezeném rozsahu nebo nehradí. Zákon o veřejném zdravotním pojištění stanoví, že ze zdravotního pojištění jsou hrazeny veškeré výkony zdravotní péče, kromě těch, které jsou taxativně uvedeny v Příloze č.1 tohoto zákona. Jde tedy o jakýsi negativní výčet toho, co není hrazeno z veřejného

²¹⁶ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 134

²¹⁷ MACH, Jan. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*, s. 194

zdravotního pojištění. Vše ostatní hrazeno je. Zákon stanoví některé další podmínky úhrady léčby ze zdravotního pojištění, například v případě mimotělního oplodnění, kdy úhrada je limitována věkem ženy, a dále výslovně stanoví, že ze zdravotního pojištění se nehradí výkony akupunktury.

„Občané mají právo na základě veřejného pojištění na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Listina základních práv a svobod, čl. 31. Ústavní zákon Federálního shromáždění ČSFR č. 23 ze dne 9.1.1991. Hranice mezi přiměřenou (=potřebnou či standardní, pozn. K.K.) a nadstandardní zdravotní péčí se budou měnit podle potřeb občanů, rozvoje medicíny, etických a sociálních zásad společnosti a podle ekonomických podmínek. Rozsah potřebné péče se tedy v čase bude měnit a nemůže být určen jednou provždy. O definici potřebné péče budou pravidelně vyjednávat ministerstvo zdravotnictví, stavovské komory a zdravotní pojišťovna. (Návrh nového systému zdravotní péče).“²¹⁸

„Pacientům stávající systém neumožňuje zaplatit si část péče nad rámec péče hrazené z pojištění. Zaplacením určité části nákladů by pacient mohl být motivován k lepší péči o zdraví, ke kontrole poskytnuté péče i cen. V současné době má pacient možnost kontrolovat výši výdajů spojených se spotřebou zdravotních služeb prostřednictvím „výpisů“. Tuto možnost nabízí zdravotní pojišťovny, nemají však ze zákona povinnost zasílat tyto výpisy každému pojištěnci. V převážné většině případů si domácnosti platí léky a PZT. Významný podíl výdajů domácností představují též platby za nadstandardně vybavené pokoje v nemocnicích a platby za různá potvrzení především u praktických lékařů.“²¹⁹

3.7.2.2.2 Mechanismy úhrady zdravotní péče v ČR

Zdravotní pojišťovny byly v České republice založeny jako veřejnoprávní instituce za účelem zajištění mechanismu úhrady zdravotní péče. Zdravotní péče je hrazena zcela nebo částečně, nárok vzniká na základě platných smluv mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou, které se obnovují každý rok. Rozsah hrazené péče je vymezen v zákoně č. 48/1997 Sb. a upravován v dohodovacích řízeních. Dohodovací řízení probíhá

²¹⁸ KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*, s. 75

²¹⁹ OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*, s. 131

mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupců jednotlivých lékařských a nelékařských odborností, tedy odborných společností, komor a profesních sdružení a také zástupců patientských organizací. Účelem jejich setkání je dohodnout se na výkonech, které budou hrazeny ze zdravotního pojištění, na hodnotách bodů a na regulačních opatření. Výsledkem tohoto samozřejmě velmi náročného jednání je tzv. úhradová vyhláška, což je vyhláška Ministerstva zdravotnictví. Jedná se o seznamu výkonů s jejich bodovými hodnotami, na základě kterého se každý rok doplňuje nebo pozměňuje základní seznam výkonů, který byl poprvé vydaný v roce 1998 v podobě vyhlášky číslo 134 Sb. Došlo ovšem k podstatné změně, kdy od roku 2008 už vyhláška neplní funkci nařízení nýbrž doporučení a zdravotní pojišťovny a poskytovatelé péče mají možnost dohodnout se i na jiných podmínkách úhrady při ohledu na dostupnost péče a regionální podmínky.

„V rámci dohodovacího řízení o hodnotě bodu, výši úhrad zdravotní péče je dohodováno i jaká regulační omezení budou pro další kalendářní rok pro zdravotnická zařízení jednotlivých typů a segmentů stanovena. Dojde-li k dohodě, pak mohou kdykoli zdravotní pojišťovny argumentovat tím, že regulace, které uplatňují, jsou vlastně i vůlí lékařů, neboť jejich zástupci reprezentovaní jejich občanskými sdruženími přistoupili v dohodovacím řízení na právě tyto uplatňované regulace. Nedojde-li k dohodě v dohodovacím řízení, stanoví výši úhrad zdravotní péče, hodnotu a regulační omezení Ministerstvo zdravotnictví ČR svým rozhodnutím. Ať tak či onak, zdravotní pojišťovny posléze zašlou svým smluvním zdravotnickým zařízením dodatek ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče týkající se úhrady zdravotní péče v následujícím kalendářním roce, v němž jsou vyjádřeny buď dohodnuté, nebo ministerstvem stanovené regulace. Soukromý lékař, který by tento dodatek ke smlouvě odmítl podepsat se vystavuje nebezpečí, že mu bude nadále hrazena pouze nutná a neodkladná péče.“²²⁰

Platba za výkon se v případě ambulantní sféry primární péče a statutárního pojištění příliš často nepoužívá. V minulosti si to však vyzkoušela Česká republika a ukázalo se, jak nevýhodný mechanismus to pro úhradu ambulantní praktické péče je. Dnes tvoří jen část úhrady zdravotní péče.

²²⁰ MACH, Jan. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*, s. 218

Poskytovaná zdravotní péče praktických lékařů je odměňována tzv. kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou. Většina péče spadá do fixní kapitační platby, některé výkony jako např. preventivní prohlídky, očkování, návštěva u pacienta, jsou hrazeny na základě vykázaného výkonu. Pojišťovny lékaři nastavují určité limity na vykázané výkony, spotřebované léky a indukovanou péči (odeslání pacienta na další vyšetření). Při přesažení limitu nebo kontrole musí lékař zástupci pojišťovny (zpravidla reviznímu lékaři) svůj postup opodstatnit. Péče gynekologů a zubních lékařů je hrazena na základě vykázaných výkonů. Rovněž mají stanoven limit. Výkonově je hrazena i péče ambulantních specialistů, poskytovatelů domácí zdravotní péče.

Lůžková péče, ať už akutní nebo plánovaná a bez ohledu na to, zda krátkodobá či dlouhodobá je v českém systému hrazena formou rozpočtu, DRG, platbou za nakoupené plánované výkony a platbou za lůžkoden. V praxi je úhrada většinou kombinací platby za nakoupené výkony, DRG a rozpočtu. Výše poskytnutých finančních prostředků zdravotnickému zařízení se v rámci úhrady tzv. „rozpočtem“ odvíjí od poskytnuté a uhrazené péče v předchozím období. Platba za nakoupené plánované výkony představuje nákup tzv. balíčků služeb zdravotnického zařízení zdravotní pojišťovnou nebo dohodnutý plánovaný počet odléčených pacientů v některém specializovaném zdravotnickém zařízení.

„V nemocnicích se vedle úhrady paušální platbou nebo rozpočtem v případech, kdy nelze uplatnit jiný způsob úhrady, začíná užívat také nový, diferencovaný způsob, který umožňuje proplácet různým způsobem různé typy zdravotní péče. Zvlášť je proplácena ambulantní péče (např. dialýza, lékařská služba první pomoci, péče o ambulantní pacienty) a zvlášť péče lůžková. Dlouhodobá ošetrovatelská péče poskytovaná LDN nebo na odděleních následné péče je proplácena úhradou dohodnuté ceny za ošetrovací den, tzv. lůžkoden. Podmínkou úhrady je naplnění stanoveného personálního a technického vybavení. Zrovna tak je hrazena i hospicová péče.“²²¹

Pokud se jedná o zdravotnické zařízení poskytující sociální služby, může žádat o dotace Ministerstva práce a sociálních věcí ČR a vybírat platby od uživatelů těchto služeb. Zrovna tak pobytové zařízení sociálních služeb může získávat úhradu od zdravotních pojišťoven za ambulantní zdravotní péči.

²²¹ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 141

„V praxi, zejména u lůžkových zdravotnických zařízení, dochází k případům, kdy zdravotní péče není uhrazena ze systému veřejného zdravotního pojištění a náklady na její poskytnutí zároveň nejsou kryty ani z „komerční“ pojistky pacienta. Zdravotní výkony zůstanou z uvedených důvodů neuhraneny nejčastěji ze strany občanů nečlenských států EU či států, s nimiž Česká republika nemá uzavřenu příslušnou mezinárodní smlouvu nebo ze strany občanů členských států EU, kteří nepředložili příslušné doklady ve smyslu evropských nařízení. Pohledávka za neuhranou péčí vzniká také vůči občanům České republiky nezúčastněných v systému veřejného zdravotního pojištění, resp. jimž byl poskytnut výkon, který není z veřejného zdravotního pojištění hrazen.“²²²

V posledních letech se zvyšuje i podíl soukromých výdajů obyvatel na celkových výdajích na zdravotní péči. Je to dáno i zavedením regulačních poplatků. „Jsou stanoveny zákonem a Ústavní soud byť těsnou většinou hlasů (8:7) rozhodl, že nejde o ústavně nekonformní ustanovení zákona, který regulační poplatky zavedl.“²²³ „§16a a násl. zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění novely zákona č. 261/2007 Sb., říká dle ustanovení §16a odst. 7, že zdravotnické zařízení je povinno regulační poplatek od pojištěnce nebo jeho zákonného zástupce vybrat, pokud nejde o výjimku z placení regulačního poplatku podle odstavce 2 nebo 3. Při zjištění opakovaného a soustavného porušování této povinnosti je zdravotní pojišťovna oprávněna tomuto zdravotnickému zařízení uložit pokutu až do výše 50 000 Kč. Pokutu je možno uložit i opakovaně. Při ukládání pokuty zdravotní pojišťovna přihlíží k závažnosti porušení, k míře zavinění a k okolnostem, za nichž k porušení povinnosti došlo. Pokutu lze uložit do jednoho rok ode dne, kdy zdravotní pojišťovna zjistila porušení nebo nesplnění povinnosti, nejdéle však do 3 let ode dne, kdy k porušení nebo nesplnění povinnosti došlo. Pokuta je příjmem zdravotní pojišťovny, která ji uložila.“²²⁴

„Národní kompetentní autoritou pro registraci humánních léčivých přípravků na území České republiky je Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Činnost SÚKL je vymezena zákonem o léčivu č. 79/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. SÚKL je rozpočtovou organizací řízenou Ministerstvem zdravotnictví ČR. Jeho nejstarším předchůdcem byl Ústav pro zkoumání léčiv, který byl ustanoven v roce 1918.

²²² UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*, s. 143

²²³ MACH, Jan. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*, s. 195

²²⁴ UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*, s. 143

Jeho současný název, Státní ústav pro kontrolu léčiv, vznikl v roce 1952, kdy byl vyčleněn z organizační struktury Státního zdravotního ústavu.

Kompetence SÚKL jsou velmi rozsáhlé a mezi ty nejdůležitější patří:

- rozhodnutí o registraci humánních léčivých přípravků, o jejich změnách o prodloužení a zrušení registrace
- vedení evidence registrovaných léčivých přípravků a zajišťování zveřejnění vydaných rozhodnutí

Mezi další důležité funkce, které SÚKL vykonává, je vydávání osvědčení na splnění podmínek správné výrobní, distribuční, ale i lékárenské praxe a praxe prodejců vymezených léčiv. SÚKL umožňuje a vyjadřuje se o ohlášenému klinickému hodnocení, také má v pravomoci ho ukončit. Je to SÚKL, kdo vydává povolení vyrábět a distribuovat léčiva a dovážet je, může pozastavovat používání léčiv jejich uvádění do oběhu nebo dokonce nařídít stažení z oběhu. SÚKL také monitoruje výskyt nežádoucích účinků léčivých přípravků

Z další činnosti je to osvědčení na splnění podmínek správné výrobní, distribuční, lékárenské praxe a správné praxe prodejců vyhrazených léčiv. SÚKL povoluje klinické hodnocení, vyjadřuje se k ohlášenému klinickému hodnocení a rozhoduje o jeho ukončení. Smí pozastavit používání léčiva, jeho uvádění do oběhu nebo stažení léčiva z oběhu. Vydává povolení k distribuci a výrobě léčiv a souběžnému dovozu léčiv. SÚKL dále provádí monitoring nežádoucích účinků léčivých přípravků a další činnosti v souvislosti s dozorem nad léčivými přípravky za účelem zajištění maximálních léčivých účinků při minimálním riziku nežádoucích účinků. Participuje na přípravě Českého lékopisu, i Evropského, v rámci EU spolupracuje s národními autoritami jednotlivých zemích Evropské unie, dále např. s Evropskou lékovou agenturou, Evropskou komisí a dalšími.

„Od roku 2008 rozhoduje na základě novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, o cenách léků a jejich úhradě ze zdravotního pojištění Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). Jeho pravomoci a postupy určuje zákon a podrobnosti prováděcí vyhláška MZ ČR. Každá farmaceutická firma nebo jiný držitel licence určitého léku musí se SÚKL nejprve projednat svoji nabídku v individuálním správním řízení.

Pokud žadatel se stanoviskem SÚKL nesouhlasí, může se odvolat k ministerstvu zdravotnictví, v druhé instanci ke správnímu soudu. Tento způsob stanovování cen léků zaručuje větší transparentnost, než tomu bylo v minulých letech, kdy rozhodovalo MZ ČR na základě doporučení tzv. kategorizační komise.“²²⁵

²²⁵ JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*, s. 142

4 Posouzení stavu a fungování českého zdravotnictví

Zhodnocení každého zdravotnického systému by se mělo opírat o analýzu jeho důležitých částí. Posouzení takového systému vyžaduje proniknutí do jeho uspořádání, fungování a samotných výsledků, především výsledků zdravotní péče, i když ta je jen součástí zdravotnického systému, ovšem dá se tvrdit, že tou nejstěžejnější. Hodnocení většinou probíhá na základě porovnání s optimální hodnotou. Porovnání tedy s takovou hodnotou ukazatele, která představuje hodnotu „nejlepší“ nebo „nejoptimálnější“. Takové hodnoty se stanovují na základě propočtu nebo na základě srovnání hodnot systému jiného.

Ve zdravotnictví je ovšem velmi složité, ne-li nemožné stanovit u většiny podstatných ukazatelů hodnoty, které by pro konkrétní systém byly nejvhodnější a u kterých by se jednoznačně dalo tvrdit, že žádoucí. Zrovna tak pro srovnání je téměř nemožné k danému systému najít systém takřka stejný. I když jsou si 2 systémy podobné, odlišnosti však mohou být zásadní a např. by neumožnily zavedení toho či onoho. Na druhou stranu jsou ukazatele, u kterých by bylo možné stanovit, jaká hodnota je pro vhodná. Z odborně medicínské může být vyhovující, ovšem z hlediska finančního či organizačního naprosto nedosažitelná. Například dostupnost péče je ovlivněna nejen vlastní prací lékaře, ale i chováním a portfoliem pacientů, které ovšem není všude stejné, což se pak odráží i v jiné čekací době, která se ovšem liší i v různých obdobích roku. Na základě posouzení jednotlivých organizačních prvků zdravotnictví, procesu poskytování péče a výsledků péče s ohledem na názory lékařů a občanů, lze posoudit organizování a financování zdravotní péče, identifikovat hlavní nedostatky v poskytování zdravotní péče. a navrhnout případně opatření, která by měla vést k jejich eliminaci nebo zmírnění.

Posouzení zdravotnického systému může probíhat na základě výsledků statistických šetření a dat. V České republice zajišťuje sběr a vyhodnocování Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR nebo Český statistický úřad. Jedna věc jsou statistické údaje, hodnoty spíše kvantitativních ukazatelů, druhá věc je praxe, jak situaci vnímá veřejnost a lékaři. Proto následné analyzování a hodnocení se opírá nejen o statistická data, ale o výsledky dotazníkového šetření, jak je uvedeno v kapitole 2 Cíl a metodika.

4.1 Strukturovaný model zdravotnického systému

"Kvalifikovaná odpověď" na otázku, zda zdravotnictví v určité zemi plní roli, která je od něj očekávána, není jednoduchou záležitostí. Je nutné vzít v úvahu řadu kritérií, které vypovídají jednak o medicínské účinnosti zdravotnictví, tak o jeho celkové ekonomické efektivnosti. Oba tyto rozhodující pohledy jsou obsaženy v pojmu kvalitní zdravotní péče. Ten v sobě integruje jak hledisko léčebné účinnosti, jíž je v rámci daného zdravotnického systému dosahováno, tak hledisko racionálního využívání zdrojů, jenž má zdravotnictví k dispozici.

Na otázku, zda zdravotnický systém produkuje v zásadě kvalitní zdravotní péči, nebo zda existují oblasti, ve kterých významně selhává, relativně nejkomplexnější odpověď lze získat analýzou daného systému zdravotní péče ze tří hledisek:

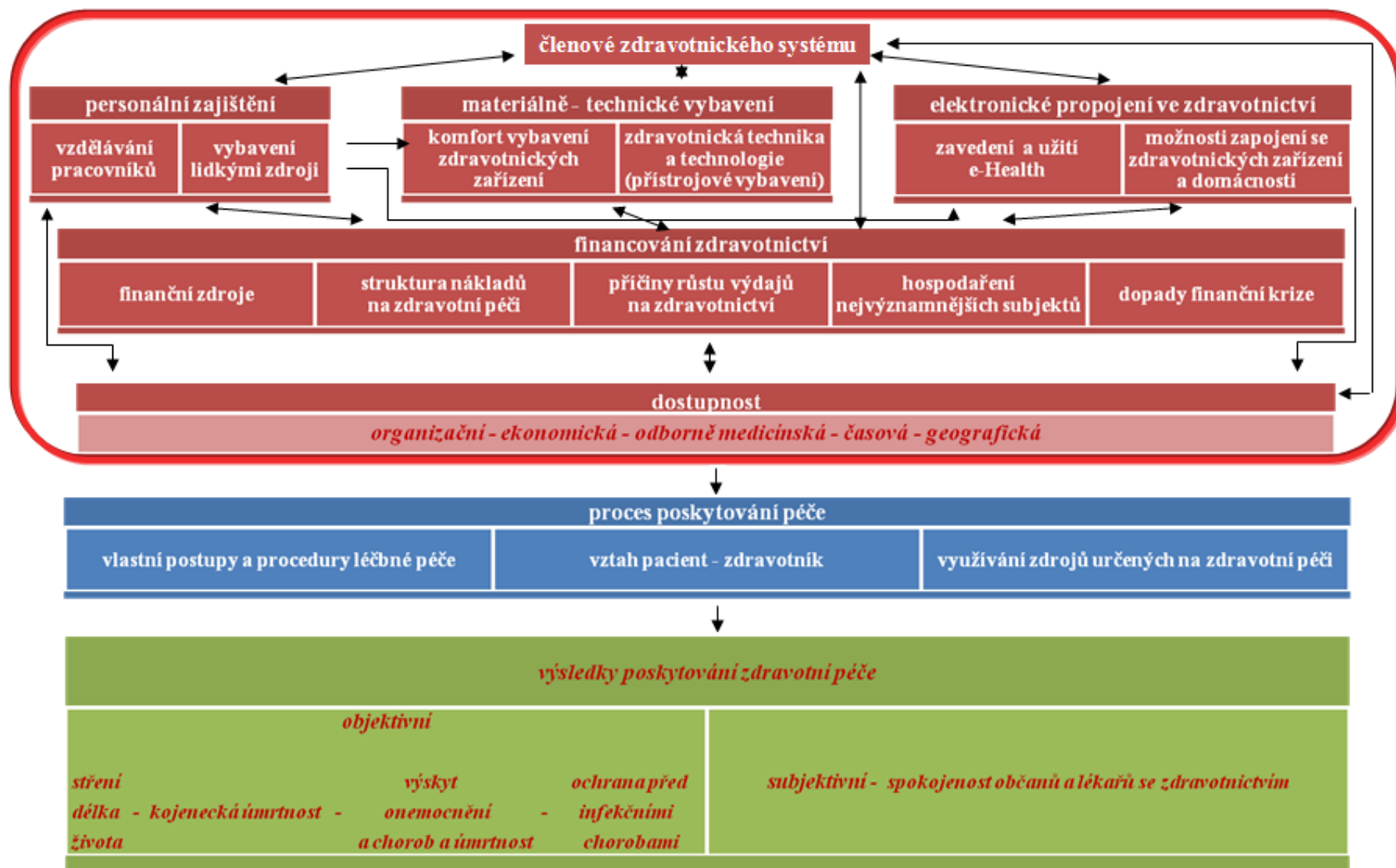
- 1) z hlediska struktury
- 2) z hlediska procesů poskytované péče
- 3) z hlediska výsledků poskytované péče²²⁶

Schéma 6 zachycuje jednotlivé oblasti zdravotnictví, které v podstatě představují hlediska, na základě kterých lze konkrétní zdravotnictví zhodnotit. Model je sestaven tak, aby odrážel situace ve zdravotnictví České republiky, i když je samozřejmě aplikovatelný i na zdravotnické systémy jiné.

Zdravotnický systém je velmi složitý. Téměř vše souvisí se vším. Na poskytování zdravotní péče (důležité a nejrozsáhlejší části zdravotnictví) má vliv její organizační struktura a její naplnění. **Organizační struktura** je dána členy zdravotnické systému, a to jak subjekty, tak objekty poskytování zdravotní péče, personálním zajištěním, materiálně-technickým vybavením a v posledních letech je závislá i na elektronickém propojení účastníků poskytování zdravotní péče a fungování e-Health. V neposlední řadě významnou úlohu hraje financování zdravotnictví, především zde tedy zdravotní péče. Zpravidla se tyto komponenty ovlivňují navzájem, promítají se do dostupnosti zdravotní péče, a tedy společně vytvářejí **podmínky pro vlastní proces poskytování zdravotní péče**. Schéma zachycuje jen nejvýznamnější determinanty.

²²⁶ HNILICOVÁ, Helena, TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*, s. 192

Schéma 6 Strukturovaný model determinace zdravotní péče



Zdroj: vlastní zpracování

Organizace a financování tvoří podmínky pro vlastní proces poskytování zdravotní péče a působí tak i na **výsledky této péče** zhodnotitelné buď na základě subjektivních nebo objektivních ukazatelů. **Nejdůležitější determinantou zdravotního stavu obyvatelstva** je bezpochyby dostupnost zdravotní péče, která je součástí vlastní organizace. Dostupnost zdravotní péče je hodnocena z několika hledisek, a to jako organizační, odborně medicínská, ekonomická, geografická a časová. Nelze hodnotit striktně každou zvlášť. I ty se ovlivňují navzájem. Personální zajištění značně ovlivňuje dostupnost péče, je značně ovlivňováno finanční situací ve zdravotnictví. Materiálně technické vybavení podmiňuje do jisté míry dostupnost (i přiměřenost) péče, je ovlivňováno financováním a vzhledem k tomu, že technika a medicínské technologie potřebují i specificky kvalifikované pracovníky, tak je provázáno i s personálním zajištěním. Správně nastavené a fungující propojení ve zdravotnictví, e-Health, významně ovlivňuje přiměřenost poskytování a využívání zdravotní péče a tím i její dostupnost, která může být snižována pro některé pacienty právě nadužíváním péče pacienty jinými. V podstatě je elektronické propojení závislé na vzdělání zdravotnických pracovníků. Financování zdravotnictví ovlivňuje v podstatě všechny další části, se kterými tvoří tuto organizační strukturu. Zdravotnický systém je tvořen jeho členy a vztahy mezi nimi. Jejich vlastní činnost a kooperace pak mají dopad na celou organizaci a fungování systému. Uspořádání systému podle jeho členů (nemocnice, ministerstvo, lékařská komora atd.) a jejich vztahy souvisí i s financováním zdravotnictví, má dopad na dostupnost péče, přímo (ekonomická) i nepřímo, značně podmiňuje personální zajištění, od vzdělávání pracovníků po jejich odměňování, materiálně technické vybavení nelze nijak jinak zajistit (po opominutí darů) než finančním krytím, se kterými souvisí i podmínky pořizování a využívání. Elektronické propojení je velmi náročné na finanční zdroje, na druhou stranu zpětně ovlivňuje financování, využívání a kontrolu finančních zdrojů. Při posuzování finanční stránky zdravotnictví je důležité posuzovat zdroje financí a výdaje, resp. náklady na zdravotní péči.

V poslední době procházely mnohé zdravotnické systémy včetně českého zkouškou pod tíhou finanční krize, která se nevyhýbá ani tomuto odvětví. I to, jak si s tím poradily nejdůležitější subjekty poskytování a financování péče, je podstatné pro soud, zda systém funguje dobře, nebo zda je nutné něco a jak zásadním způsobem měnit. Finanční krize odhalí mnoho nedostatků nejen v podnicích výrobních a poskytujících běžné služby.

Na organizaci zdravotnictví, konkrétně poskytování zdravotní péče, závisí samotný **proces poskytování péče**. Vlastní postupy a procedury léčebné péče zde nejsou předmětem podrobného zkoumání, to je otázka vysoce odborně medicínská, nicméně v tomto systému by měl tento prvek své opodstatněné místo. To, jaké postupy a metody jsou zvoleny, závisí na všech zmíněných determinantách v rámci organizační struktury. Vztah pacient – zdravotník plní při poskytování péče významnou úlohu. Na pacienta je zvlášť v poslední době nahlíženo často jako na klienta a nelze zde zanedbávat vliv komunikace a vztahu se zdravotníkem na průběh a výsledky poskytované péče. Na druhou stranu zdravotnický systém potřebuje kvalifikované pracovníky v dobré nejen fyzické, ale i duševní kondici. Neměl by být tedy tento vztah opomíjen ani ve směru pacienta ke zdravotníkovi. Využívání zdrojů ve zdravotnictví by mělo být opodstatněné, efektivní.

Výsledky zdravotní péče se ne příliš dobře a ne přesně odhadují agregovaně. Lze je posuzovat buď subjektivně nebo na základě objektivních ukazatelů, které odráží do jisté míry úroveň zdravotní péče, kterými jsou především střední délka života a kojenecká úmrtnost. To, jak se lepší či horší úroveň poskytované péče lze posoudit i na základě výskytu chorob a onemocnění a úmrtnosti. Zde ovšem hraje roli chování pacientů a značně je výskyt a závažnost chorob a onemocnění způsobován jinými faktory, a tedy i při lepší zdravotní péči se může zdravotní stav obyvatelstva zhoršit.

Lez konstatovat, že výsledky poskytování zdravotní péče, zdravotní stav populace je ovlivněn dostupností zdravotní péče. Vše, co souvisí s dostupností a pak následně ovlivňuje poskytování péče, má tedy dopad na výsledky této péče. Nelze však opomíjet vliv faktorů, které nejsou přímo spjaté se zdravotnictvím a zdravotní péčí.

Potřeba péče a podmínky poskytování a čerpání se stále mění. Potřebu péče ovlivňuje velké množství faktorů, jejichž dopad nelze nebo jen velmi těžko a nepřesně odhadovat a kvantifikovat. Může například dojít ke snížení výdajů na léčbu určitého onemocnění díky jejímu včasnému odhalení. Preventivní prohlídky a lepší diagnostické postupy tedy mohou snížit výdaje na léčbu, na druhou stranu se zase mohou zvýšit díky vyššímu počtu výskytu v důsledku špatného životního stylu. Obdobné je to i s potřebou péče a využívání zmíněných zdrojů. Nelze určit, kolik lékařů by přesně kde mělo být. Jiný kraj, jiné potřeby. Tam, kde je potřeba více alergologů, může být potřeba méně ortopedů. Nelze říci, jaká je

optimální čekací doba a nelze ji ve všech odbornostech udržet třeba bez sezónních výkyvů. Nelze posuzovat práci a organizaci lékaře jen podle toho, jaká je čekací doba v jeho čekárně v konkrétní den. Mohou se sejít pacienti, kteří přijdou se zpožděním nebo s akutním stavem. Může dorazit pacient, jehož vinou se protáhne návštěva u lékaře. Jak lze vůbec určit, jaká je v konkrétním státě čekací doba? Je to individuální odbornost od odbornosti, období od období, ale koneckonců i lékař od lékaře. V neposlední řadě ji ovlivní i chování pacientů. A rozdíl je tak vysoký, že stanovit z něj jedinou hodnotu, která by měla nějakou vypovídací schopnost je prakticky nemožné. Podobné je to i s počtem lůžek. Nelze přímo srovnávat počet lůžek v zahraničí a v České republice. Záleží na zajištění ambulantní, lůžkové a následné péče, které spolu souvisejí. Při nedostatečných kapacitách ambulantní péče je závažnou chybou část lůžkové péče přesouvat na ambulantní a rušit nemocniční lůžka. Taková specifika ovšem může mít každá lokalita, nelze tedy jednoznačně určit konkrétní optimální stav. Lze se mu jen rychleji přiblížit odstraňováním dosud vzniklých nerovnováh. Při nadbytku snižovat a při nedostatku doplňovat. Složitě je usuzování třeba i z takového ukazatele, jako je vývoj výskytu vrozených vad podle počtu živě narozených s vrozenou. Na jednu stranu by mělo dojít ke snížení tohoto počtu v důsledku velmi rané diagnostiky, potvrzení vady a ukončení těhotenství, na druhou stranu je mnoho takových vad v současné době odstraňováno nebo jinak medicínsky řešeno, a proto to není důvodem k předčasnému ukončení těhotenství.

Problém prakticky všech zdravotnických systémů v posledních letech je jejich finanční udržitelnost při udržení minimálně stejné kvality. K tomu je zapotřebí odhalovat hlavní příčiny rostoucích výdajů a snažit se je omezit a situaci zvrátit. Nelze odstraňovat následky bez dobré znalosti příčin.

4.2 Posouzení vlastní organizace a financování zdravotnictví ČR

Posouzení zdravotnického systému může probíhat na základě výsledků statistických šetření a dat. V České republice zajišťuje sběr a vyhodnocování Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR nebo Český statistický úřad. Jedna věc jsou statistické údaje, hodnoty spíše kvantitativních ukazatelů, druhá věc je praxe, jak situaci vnímá veřejnost

a lékaři. Proto následné analyzování a hodnocení se opírá nejen o statistická data, ale o výsledky dotazníkového šetření, jak je uvedeno v kapitole 2 Cíl a metodika.

Celá organizace zdravotnického systému závisí na uspořádání a řízení zdravotnictví. I když zdravotnictví nepředstavuje jen zdravotní péči, tvoří jeho podstatnou část, která má značný dopad na zdravotní stav obyvatelstva. Bude zde tedy posuzování zdravotnického systému odvozeno od poskytování zdravotní péče.

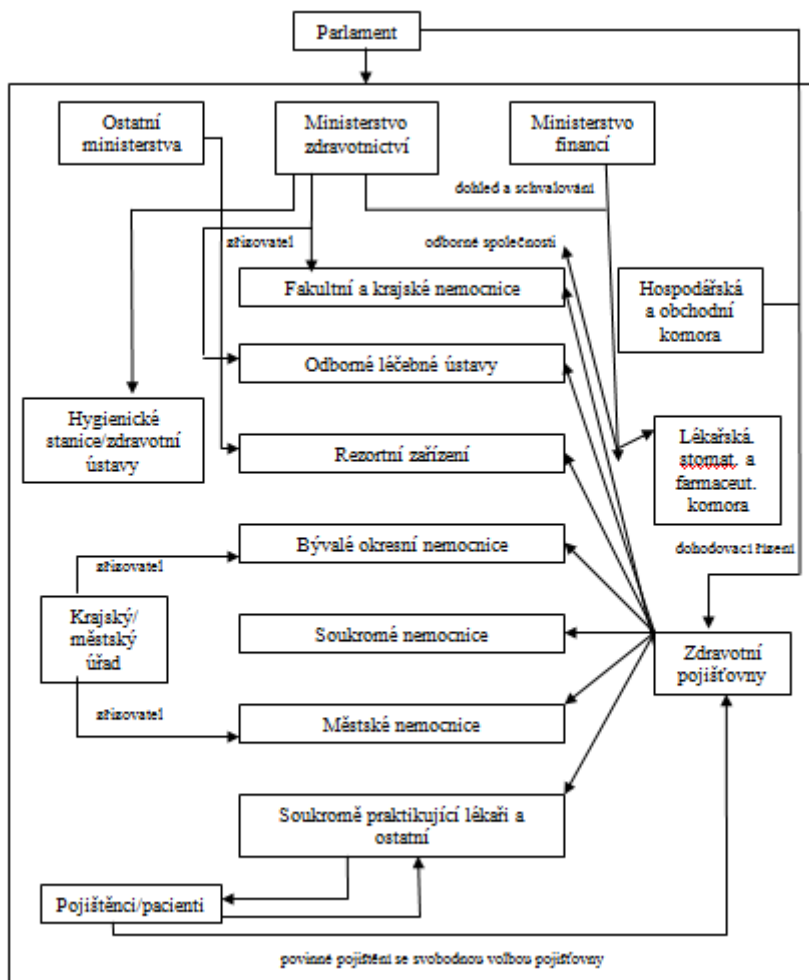
Organizaci zdravotnictví a zdravotní péče podstatně určuje vláda, resp. Parlament ČR. Navrhovatelem a v podstatě tvůrcem zdravotní politiky je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Nastavuje pravidla zřizování zdravotnických zařízení, podmínky poskytování zdravotní péče, vzdělávání a odměňování zdravotnických pracovníků. Značně určuje i financování zdravotní péče.

4.2.1 Členové zdravotnického systému ČR

Schéma č. přehledně znázorňuje prvky a vazby v českém zdravotnickém systému. Ve zdravotnickém systému to nejsou jen nemocniční a ambulantní zařízení se zdravotními pojišťovnami a pojištěnci, kdo hraje důležitou roli. Svůj podstatný význam plní nejen ministerstvo zdravotnictví, ale i financí a částečně i ministerstva ostatní. V českém systému, stejně jako v jiných zdravotnických systémech vyspělých států, mají své nezastupitelné postavení stavovské organizace (komory). Své „slovo“ mají také krajské a městské úřady, hygienické stanice. Ministerstvo zdravotnictví mimo nastavování legislativy a fungování celého systému, je zřizovatelem fakultních nemocnic a odborných léčebných útvarů. Plní také funkci kontrolní. V případě, že se v dohodovacím řízení nedohodnou odborné společnosti, sdružení lékařů a zdravotní pojišťovny, zasahuje ministerstvo zdravotnictví. Poskytování zdravotní péče se odvíjí od jejího financování. Významnou roli ve sjednávání a financování zdravotnictví mají právě zdravotní pojišťovny, dá se říci, že jejich pozice je mnohdy silnější než pozice odborných společností a zástupců zdravotnických zařízení. Poskytování zdravotní péče se ve velké míře odvíjí od jejího financování. Péči v českém systému, až doplatky a poplatky v rámci spoluúčasti, nehradí přímo pacient, ale zdravotní pojišťovna, u které je pacient pojištěn. Zdravotní

pojišťovny poskytující veřejné zdravotní pojištění nejsou samostatné soukromé subjekty, stát si zde zajistil určitý vliv.

Schéma 7 Organizační schéma zdravotnického systému ČR



Zdroj: GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8

Výše umístěné schéma 7 je neúplné vzhledem k tomu, jakou úlohu hraje **Státní ústav pro kontrolu léčiv**. Nejenže povoluje distribuci a užívání léčivých přípravků v ČR, ale také ovlivňuje jejich cenu, a tím i lékovou politiku. Důležitou roli hrají v českém systému také velké **farmaceutické a distributorské firmy**, jejichž činnost značně ovlivňuje strukturu spotřebovávaných léčiv a náklady na ně prostřednictvím ovlivňování lékařů a pracovníků zdravotnických zařízení. V současné době by zde měla být samostatně vytyčena **zařízení zdravotnické záchranné služby**, která nejsou součástí nemocnic. I vzdělávací zařízení mají své místo v organizační struktuře zdravotnictví. V neposlední

řadě jsou důležité i různé organizace zajišťující **registry** spojené se zdravotnictvím. Své místo zde mají i Asociace nemocnic, oborová sdružení (např. Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost, Oborové sdružení kardiologů), Grémium majitelů lékáren, Svaz pacientů ČR apod. Často se zapojují do vyjednávání o úhradách péče, změnách v organizaci systémů, významnou úlohu by měly plnit i při vytváření tzv. standardů. Při poskytování zdravotní péče jsou důležitými subjekty také dodavatelé zdravotnického materiálu, prostředků, technické a technologické vybavení, laboratoře a lékárenská zařízení, doprava atd.

4.2.2 Dostupnost zdravotní péče v ČR

Dostupnost zdravotní péče se hodnotí z několika hledisek, podle kterých bude následně rozebrána v podmínkách české zdravotnictví. Dostupnost péče nelze vyjadřovat jediným ukazatelem, konkrétní hodnotou. Dostupnosti odvozené podle hledisek posuzování spolu značně souvisí a nemělo by opodstatnění pohlížet na ně separátně.

Organizační dostupnost zdravotní péče v ČR

Zdravotní péče je v České republice řešena návazností péče různých zdravotnických zařízení a odborníků. Zdravotnická zařízení a lékaři si pacienta návazně na svou péči předávají, nicméně v českém systému zcela nefunguje tzv. **gatekeeping**, který je v tomto systému však naznačen. Pacient má možnost dostat se ke specialistovi přímo, bez kontaktu svého praktického lékaře. V mnoha zemích je toto počínání jak z důvodu organizačních, tak i ekonomických omezováno. Bez doporučení buď specialistu navštěvovat prakticky nelze nebo za vyšší poplatek než po předložení doporučení od svého praktika. Pacienti mají svobodnou volbu lékaře, resp. zdravotnického zařízení bez ohledu na své bydliště. Omezující podmínkou může být fakt, že vybrané zdravotnické zařízení nemá uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, u které je pacient registrován. Není to však běžný případ a pacienti nevyhledávají lékaře podle pojišťovny, i když to pak jejich konečné rozhodnutí ovlivní.

Zdravotnická zařízení by měla být rozložena tak, aby mohla plynule navazovat péče na všech stupních, od primární k terciární, a to ve všech směrech. Česká republika má

propracovaný systém poskytování primární péče dětem a dorostu, organizačně poměrně dobře zvládnutý dlouholetý očkovací program. Pacientům je povinen péči zajistit jejich praktický lékař pokud nemůže odkázat na pohotovostní službu, která je zřizována v nemocnicích, na jejímž zajištění se právě i praktici podílejí. Lékárna ovšem nebývá dostupná nonstop v každém městě, i když v rámci svého tržního chování se většinou najde lékárna, která i tuto službu v nočních hodinách, o víkendech a svátcích zajišťuje. Ambulantní péči poskytují jak soukromý samostatní lékaři, tak i nemocnice.

V této souvislosti by měla být hodnocena i dojezdová doba zdravotnické záchranné služby, která v současné době je do 20 minut. Vzhledem k aktuální situaci bývá doba kratší, ale v případě komplikací (jejichž výskyt se rozhodně neodvívá od toho, jaká doba je uvedena v zákoně nebo vyhlášce) může být samozřejmě i delší. V ČR je zajišťována také horská záchranná služba a letecký převoz v urgentních případech. Často je diskutována doba dojezdová, za jak dlouho se k pacientovi dostaví zdravotnický pracovník. Podstatné však je, aby se v „rozumné“ době dostal i pacient do zdravotnického zařízení v případě nutnosti. Urychlení přepravy leteckou dopravou z důvodu řidší sítě nemocničních zařízení by jistě nebylo správnou cestou. I na to je potřeba myslet, při restrukturalizaci lůžek, rušení oddělení a celých nemocnic. úspory na jedné straně by se pak mohly promítnout do vyšších nákladů na včasnou dopravu pacienta do zdravotnického zařízení zdravotnickou záchrannou službou nebo by se mohlo i tímto způsobem odrazit na kvalitě poskytované péče. Pokud pojišťovna nepřijme žádný lékaře, je to zdravotní pojišťovna, která by mu měla zdravotnické zařízení sehnat.

Zdravotní péče je organizována a zajišťována od početí až po péči „poslední“. Péči o staré a nemohoucí (závislé) pacienty je do značné míry zatěžováno zdravotnictvím neoprávněně. Péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních má často charakter spíše péče sociální. Alespoň částečně se tento problém v poslední době více řeší přesunem do péče domácí. Kdy jsou pacientovi prováděny některé zdravotnické úkony mimo zdravotnické zařízení. Organizačně by měla být péče o pacienty s charakterem péče sociální vyňata z péče zdravotní, náklady na tuto péči podle slov zástupců zdravotnických zařízení nese neopodstatněně zdravotnictví. Na osoby v nejvyšších věkových skupinách je (nejen) v České republice pohlíženo téměř výhradně jako na osoby nemocné. Nejenže se jedná o špatný přístup s osobním dopadem na tyto lidi, často balancujícím na hraně etiky, ale také o přístup s negativním dopadem na finanční zdroje zdravotnictví.

Ekonomická dostupnost zdravotní péče v ČR

Bez ohledu na výši pojistného je poskytována zdravotní péče všem pacientům ve stejném rozsahu a kvalitě. Na základě veřejného zdravotního pojištění mají všichni nárok v podstatě na maximální zdravotní péči. Existují **doplatky a regulační poplatky**. Ty však mají nastavená omezení. Jelikož mimo povinné zdravotní pojištění, které se odvíjí od výše příjmu nebo je stanoveno zákonem jako pevná částka za pojištěnce, za které je hradí stát, může být ekonomická dostupnost ovlivněna právě výší těchto poplatků a doplatků. Poplatky prochází úpravami. Jsou od nich částečně osvobozeny děti a dorost do 18 let a důchodci nad 65 let a vybrané skupiny osob (uvedeno v zákoně) a lidé, kteří prokážou pobírání dávek v hmotné nouzi (příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení, mimořádnou okamžitou pomoc). V případě **dosažení limitu**, tedy celkové kumulované částky 5000 Kč (do jednoho roku), u dětí do 18 let a osob starších 65 let 2500 Kč za regulační poplatky a doplatky za léčivé přípravky „přeplatek“ pojišťovna pojištěnci vrátí, a to bez toho, aniž by o to žádal.

Léky hrazené ze zdravotního pojištění podléhají **cenové regulaci**. V České republice je možné nechat si částečně hradit i lék, který je jinak možné zakoupit i bez receptu. Podle údajů Ministerstva zdravotnictví je registrovaných zhruba 50 000 položek léčiv a léčivých přípravků, které pacienti hradí sami, v praxi se jich však obchoduje asi jen 2000. Léčivých přípravků, které hradí pojišťovna, je registrovaných zhruba 9000 položek (včetně variant), ale obchodováno asi 6000. V ČR je tedy obchodováno odhadem 3x více druhů (včetně variant) léčiv hrazených ze zdravotního pojištění než těch, na které zdravotní pojišťovna nepřispívá (např. antikoncepce). Od 30.6.2012 byl vyhlášen seznam léků, které přestala pojišťovna hradit a pacient si je pořizuje sám a bez receptu. Poplatek v lékárnách nezůstává lékárnám, ty je zdaní jako příjem, ale pojišťovna pak úhradu léku sníží právě o regulační poplatek. Je stanovena maximální cena výrobce, tedy cena, za kterou bude uveden lék na trh. Ale to jen v případě, pokud na trhu nejsou dostupné alespoň 4 výrobky od 4 výrobců, pak by bylo tržní prostředí dostatečně konkurenční a maximální cena by se nestanovovala. Jinak by se stanovila jako průměr cen ve 3 zemích, kde je cena minimální. Jedná se o země, které jsou v tzv. referenčním koši, což je většina zemí EU (mimo 8, např. Bulharsko, Rakousko, Německo). Kdyby v těchto zemích lék na trhu nebyl, tak ze všech zemí EU. Je regulována i maximální výše obchodní přírážky, která je stanovena jako % z ceny výrobce. Čím vyšší cena

výrobku, tím nižší sazba přírážky, o kterou se podělí všichni, kteří se na distribuci podílejí, což jsou v podmínkách českého zdravotnictví průměrně 3-4 subjekty. To, že doplatky na léky jsou v lékárnách různé je tedy dáno tím, že v konkrétní lékárně je nabízen lék, na který distributoři neuplatnili celou možnou výši doplatku. Přesnější je tedy na tento fakt nahlížet z pohledu, že není tedy někde „dražší“, ale někde je „levnější“ než může být.

Jak je patrné z údajů z tabulek 9 a 10 je prokázán vliv **regulačních poplatků** na spotřebu zdravotní péče a zdravotnických služeb. Počet ošetrovacích dnů ve zdravotnických zařízení příliš regulačními poplatky ovlivněn v roce 2008 oproti roku 2007 nebyl. V **případě lůžkové péče** ani regulační poplatky nebyly nástrojem na snížení užívání péče, jelikož se předpokládá, že pacient je takto léčen jen po dobu nutnou a o délce pobytu rozhodují zdravotníci podle jeho zdravotního stavu. Zde se jeho zavedení vysvětluje jako příspěvek na tzv. „hotelové služby“ (strava atd., což by pacient byl nucen si platit i při domácím léčení). Počet ošetrovacích dnů poklesl pouze o několik málo procent.

Tabulka 9 Ukazatelé spotřeby zdravotnických služeb v lůžkových zařízeních v ČR v letech 2007 – 2010

	2007	2008	2009	2010	%Δ 2010/2007
počet ošetř. dnů v nemocnicích	16822290	16078941	16096784	15791717	-6,1
počet ošetř. dnů ve spec. ústavech	6968586	6747068	6647861	6760333	-3,0
počet ošetř. dnů v lázeňských léčebnách (KLP)	2818764	2675130	2816164	2810664	-0,3
počet ošetř. dnů v lůžkových ZZ celkem	26609640	25501139	25560809	25362696	-4,7

Zdroj: vlastní zpracování, výpočty, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2010* [on-line]. Praha:ÚZIS ČR, 2011- 9-7. 6 s. (PDF) Aktuální informace č. 51/201.

Naopak výrazný **úbytek počtu návštěv byl zaznamenán u pohotovosti**, a to až o 40% oproti roku 2007 (větší pokles u dospělých pacientů, u dětských pouze zhruba o 25%). Zavedení regulačních poplatků mělo **efekt i u počtu ambulantních ošetření** (o 20%, u stomatologických o necelých 7%), ve kterých je český pacient téměř rekordmanem, české zdravotnictví se obecně vyznačuje vysokým počtem návštěv lékaře za rok.

Tabulka 10 Ukazatelé spotřeby zdravotnických služeb ambulantních zařízení a využití pohotovosti v ČR v letech 2007 – 2010

	2007	2008	2009	2010	%Δ 2010/2007
počet ošetření na pohotovosti - dospělí	786217	463092	509799	439692	-44,1
počet ošetření na pohotovosti - děti, dorost	389482	291950	321655	295199	-24,2
počet ošetření na pohotovosti stomatologie	187598	118728	146124	162866	-13,2
počet ošetření pohotovosti celkem	1363297	873770	977578	897757	-34,1
počet ambulantních ošetření (bez pohot., bez stomat.)	128832755	106968058	116773047	115129814	-10,6
počet ambulantních ošetření stomat. (bez pohot.)	20355980	19596189	19156777	19320385	-5,1

Zdroj: vlastní zpracování, výpočty, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2010* [on-line], Praha:ÚZIS ČR, 2011- 9-7. 6 s. (PDF) Aktuální informace č. 51/201.

Vliv regulačních poplatků byl v roce 2008 znatelnější než v roce 2009, kdy se projevilo oslabení jejich regulační funkce **hrazením regulačních poplatků za pacienty zmíněnými kraji**. Velký počet pacientů využívalo „darů“ nebo „slevy“, kterou na úhradu regulačního poplatku kraj poskytoval. Roli v tom, zda pacient nabídku kraje využil, hrála také forma, kterou mu byl poplatek hrazen. Tam, kde pacientovi byl poplatek vrácen až po určité době a na základě žádosti, se projevovало nižší využití této nabídky. Naopak v zařízeních, kde při ošetření „do peněženky vůbec nesahal“, využívali pacienti této úhrady poměrně často. V roce 2010 došlo opět k poklesu spotřeby péče. V roce 2010 bylo vykázáno o 4,7% méně ošetřovacích dnů než v roce 2007, a to i přes nárůst v roce 2009. Nejvýraznější snížení je zaznamenáno u počtu ošetřovacích dnů v nemocnicích. Počet ošetření na pohotovosti byl dokonce o 44% v případě dospělých a v případě dětí a dorostu o 25% nižší ve stejném srovnávaném období.

Tabulka 11 Ukazatelé spotřeby léčiv a zdravotnických prostředků v ČR v letech 2007 – 2010

	2007	2008	2009	2010	%Δ 2010/2007
průměrný počet receptů na 1 obyvatele za rok v ks	8,72	6,6	6,95	6,99	-19,8
průměrný počet poukazů na 1 obyvatele za rok v ks	0,3	0,28	0,3	0,31	3,3
recepty celkem v ks	90001816	68841223	72946273	73463532	-18,4
poukazy celkem v ks	3086216	2914092	3161773	3302464	7,0
volný prodej léčiv v zařízeních lékárenské péče celkem v mil. Kč	6067	6781	6946	6928	14,2

Zdroj: vlastní zpracování, výpočty, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2010* [on-line], Praha:ÚZIS ČR, 2011- 9-7. 6 s. (PDF) Aktuální informace č. 51/201.

V roce 2010 bylo uplatněno na 1 obyvatele až o 1/5 méně receptů než v roce 2007, oproti tomu výdaje na volně prodejné léky byly o 14% vyšší, jak nasvědčují údaje v Tabulce 11. Dá se to vysvětlit nejen **vyššími cenami** těchto léčivých přípravků, také pořízením léků bez receptu, na které by si pacient dříve recept vyzvedl u lékaře. Rostou každým rokem i doplatky na léky, zatímco výdaje zdravotních pojišťoven na léky na recept v roce 2010 oproti předchozímu klesly. Náklady se tedy spíše **přenášejí na pacienta**. Doplatky se však počítají do zmíněných „limitů“.

Pokles zdravotní péče v rámci služeb, u kterých je zaveden regulační poplatek, přinesl i **mimo jiné jisté úspory**. Nicméně nárůst celkových nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči patrný i v roce 2008 a i v roce 2009 je, jedná se o dlouhodobý trend způsobený mnoha faktory, který je typický pro zdravotnické systémy mnoha vyspělých zemí. Tabulka 12 uvádí informace poskytované Ministerstvem zdravotnictví ČR týkající se částky vybrané v roce 2008 v rámci regulačních poplatků a odhady úspor, které byly s jejich povinností je hradit spojené. Celkové úspory v systému byly odhadnuty zhruba na 5 miliard Kč.

Tabulka 12 Objem vybraných regulačních poplatků a s tím související úspory v roce 2008

	vybrané regulační poplatky (v mil. Kč)	úspory díky sníženému čerpání péče a spotřeby léčiv (v mil. Kč)	vysvětlení úspor díky sníženému čerpání péče a spotřeby léčiv
ambulantní péče	1 801	1 250	4,15 mil. klinických vyšetření
lůžková péče	679	165	205 tisíc ošetrovacích dnů
pohotovost	107	0	400 tisíc návštěv
recepty v lékárnách	2 437	3 630	nekonal se obvyklý 9% nárůst nákladů, u pacientů úspora 1600 mil. Kč
celkem	5 024	5 045	

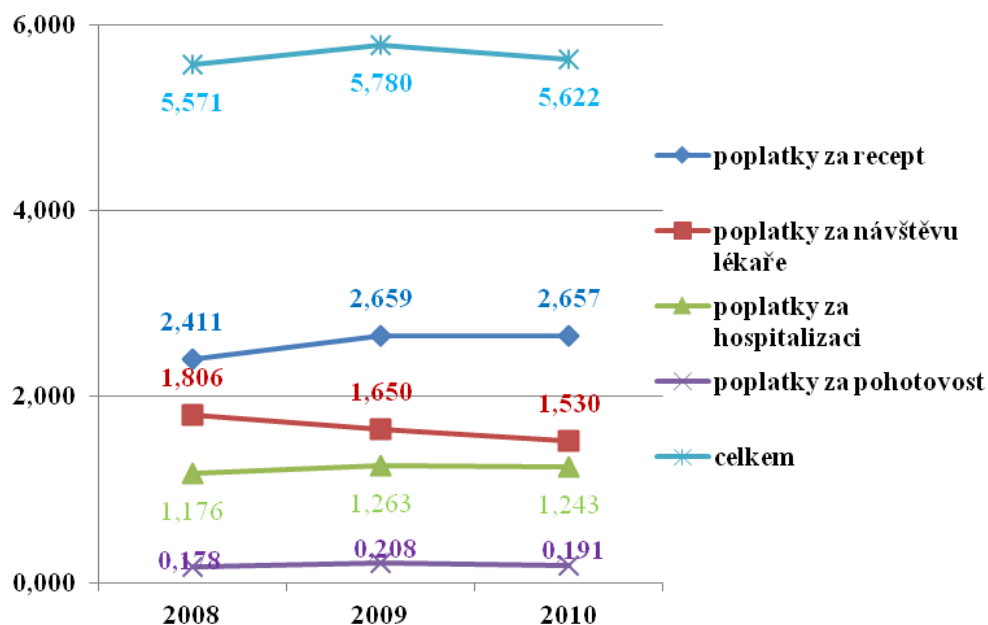
Zdroj: data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005 – 2008*[on-line]. Praha:ÚZIS ČR, 2009-11-20. 6. s. (PDF) Aktuální informace č. 63/2009. 6 s.

Vývoj výdajů domácností na regulační poplatky v období let 2008 – 2010 je zachycen v Grafu 1. Celkové výdaje domácností za regulační poplatky v roce 2008 činily 5,57 mld. Kč, v roce 2009 5,78 a v roce 2010 „jen“ 5,62 Kč. Celkové výdaje domácností podle na poplatky se výrazně neměnil. Po nárůstu v roce 2009 následoval pokles v roce 2010. Objem vybraných poplatků za hospitalizaci a pohotovost se výrazně neměnil, pokles v případě poplatků za návštěvu u lékaře byl kompenzován růst poplatků za recept.

Podle propočtu je zřejmé, že se zvyšuje **podíl poplatků** za recept (47,3% v roce 2010) a poplatků za hospitalizaci (22,1 % v roce 2010) na úkor poplatků za návštěvu u lékaře (27,2% v roce 2010) a poplatků za pohotovost (3,4%). Změna má svou logiku, byly zrušeny poplatky u lékaře pro děti do 18 let a osoby starší 65 let. **Vyšší objem poplatků hradí ženy**, muži mají tuto převahu pouze u poplatků za pohotovost. Až na poplatky za recept, kdy průměrné výdaje za rok činily v případě žen 300 a mužů 212 Kč v roce 2010, průměrné poplatky za návštěvu u lékaře (173Kč u žen, 121 u mužů),

poplatky za hospitalizaci (134 u žen, 105 u mužů) a poplatky za pohotovost (19 u žen, 18 u mužů) oproti roku 2009 klesly.

Graf 1 Celkové výdaje domácností na regulační poplatky podle druhu poplatku v ČR v letech 2008 a 2010 (v mld. Kč)



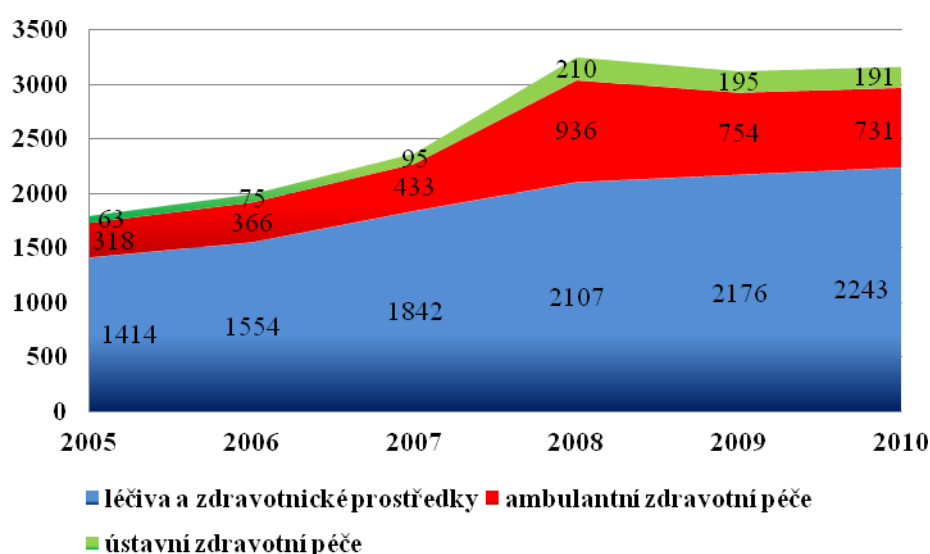
Zdroj: vlastní zpracování, data z ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2010. Výdaje domácností na zdravotní péči* [on-line]. Praha: ČSÚ, 2012-4-2. (PDF) Kód: e-3306-12. Dostupné z [www http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012)

Nadprůměrné poplatky za recept vykazovaly osoby **ve věku** od 50 let (v některých věkových skupinách až 3násobně), v případě poplatků za návštěvu u lékaře ženy od věku 40 let, muži až od věku 45 let, naproti tomu v případě poplatků za hospitalizaci mají tyto výdaje vyšší než je průměr muži již od věku 55 let, ženy od 60 let. V případě poplatků za pohotovost to nejsou osoby starší, které by měly nadprůměrné průměrné výdaje, ale pochopitelně ti nejmladší. Od věku 0 do 60 let průměrné výdaje na poplatky na pohotovost s každou další věkovou skupinou klesají, až na skupinu 20 – 24, kde je menší nárůst.

Přestože vzrostly výdaje na léky v roce 2010 na 59 mld. Kč (46,82 v roce 2005), spotřeba v milionech balení klesla v roce 2010 na 305 mil. (365 v roce 2005).

Ekonomickou dostupnost tedy částečně ovlivňují soukromé výdaje na zdravotní péči. V roce 2008 došlo k výraznějšímu nárůstu průměrných soukromých výdajů na ústavní a ambulantní péči, a to díky zavedení regulačních poplatků, u léků a zdravotnických prostředků takový nárůst patrný není, jelikož se výdaje stávající z doplatků a celých plateb „jen“ zvýšilo o poplatek. Až na ústavní péči se soukromé výdaje v dalších letech snižovaly, v případě zaměstnanců a OSVČ i výdaje na ústavní péči. Snižování soukromých výdajů neplatí v případě důchodců.

Graf 2 **Struktura a vývoj průměrných soukromých výdajů na zdravotní péči v ČR v letech 2005 – 2010 (v Kč)**



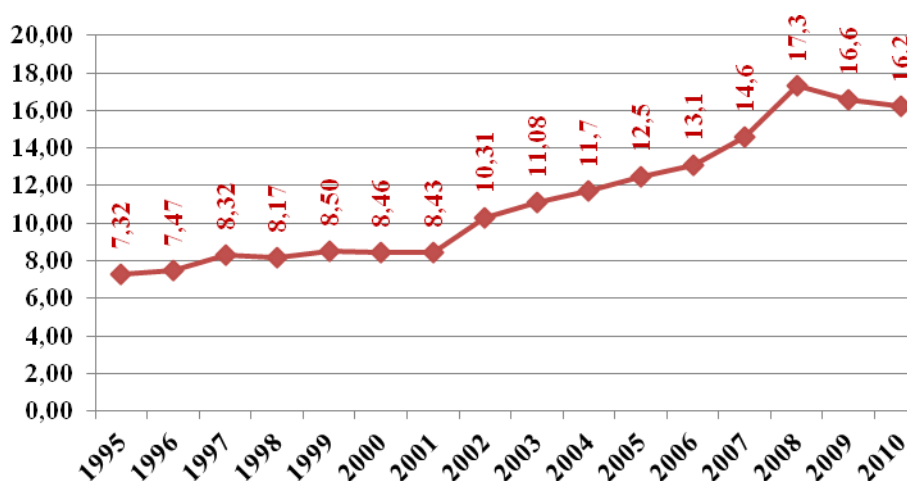
Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009*, Praha: ÚZIS ČR, 2010. 132 s. ISBN 978-80-7280-910-3, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 132 s. ISBN 978-80-7280-969-1.

Graf 2 zachycuje vývoj výdajů průměrných soukromých výdajů na osobu na zdravotní péči ambulantní, ústavní a léčiva a zdravotnické prostředky. **Průměrné soukromé výdaje** se od roku 1995 do roku 2010 zvýšily téměř 4,5x. V případě ambulantní a ústavní péče se u zaměstnanců a OSVČ zvýšily průměrné soukromé výdaje ani ne 4x, v případě důchodců zhruba 5x, výdaje na léčiva a zdravotnické prostředky je u zmíněných skupin vývoj podobný, pouze v případě důchodců se tyto výdaje zvýšily téměř 6x. Výdaje na zdravotní péči rostou jak ty veřejné, tak i ty soukromé.

Podíl soukromých výdajů na celkových začal prudce narůstat od roku 2001, jak lze vyčíst z Grafu 3. Od roku 1995 do 2001 byl tento podíl od 7,32 do 8,43%. Zatímco v roce

2002 hradili pacienti desetinu těchto výdajů „ze své kapsy“, v roce 2007 už 14,6%. Největší podíl je zaznamenán v roce 2008, 17,3%, na čemž mají velký podíl regulační poplatky. Poté je tento podíl už „jen“ něco přes 16%. Vzhledem k tomu, že v roce 2009 uhradily kraje na poplatcích téměř 481 milionů Kč, po přepočtu této částky ze soukromých do veřejných, by pak podíl soukromých výdajů na celkových činil jen 16,27 (16,25% po připočítání této částky do veřejných výdajů a ne 16,4%.

Graf 3 Podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotní péči v ČR v letech 1995 – 2010 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, výpočty z dat z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2001*. Praha: ÚZIS ČR, 2002. 242 s. ISBN 80-7280-159-7, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2006. 262 s. ISBN 80-7280-652-1, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0

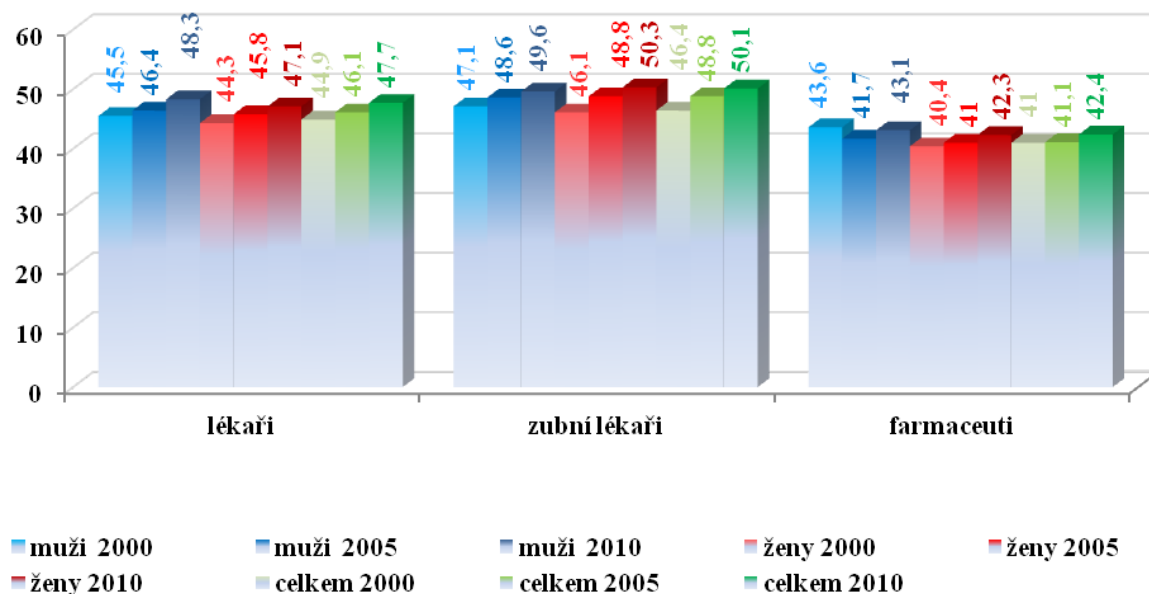
Odborně medicínská dostupnost zdravotní péče

Zdravotnictví je odvětví, které je zvlášť náročné na specifickou specializaci pracovníků. Jedna věc je dostatek pracovníků, konkrétně počet lékařů, druhá jejich odborné zaměření. Dostupnost zdravotní péče se pak odvíjí i od struktury lékařského personálu. Lze jen těžko určit, jaký by měl být počet lékařů v každém oboru. Vzhledem k tomu, že Česká republika má fungující systém zaběhnutý po skutečně dlouhou dobu a pacienti neumírají v důsledku toho, že není možné jim zajistit odbornou péči jako v některých méně vyspělých státech, je nasnadě minimálně udržet dosavadní zastoupení

lékařů v rámci jednotlivých odborností s ohledem na fakt, že požadavky společnosti na zdravotní péči se spíše zvyšují a tím minimálně i počet preventivních vyšetření a v některých oborech i nárůst incidence onemocnění. „Obměnu lékařů“ v rámci jednotlivých odborností lze do jisté míry posoudit podle vývoje věkové struktury lékařů. Pacientovi by měl mít dostupnou péči i podle specifické potřeby ve všech medicínských oborech. V ČR existuje **uznávání diplomů** z jiných zemí. Cizinec musí získat povolení zde svou činnost vykonávat a musí být členem České lékařské komory. Je tedy hlídána kvalifikace zdravotnického personálu, který přichází i z jiných zemí a s osvědčením o odborné způsobilosti k výkonu svého povolání ze země původu.

Z Grafu 4 je patrné, že průměrný věk lékařů vrostl v roce 2010 na 47,7 let, což je za posledních 10 let téměř o 3 roky. Zubní lékaři jsou v průměru starší, ve věku 50,1 let a za posledních 10 let „zestárli“ téměř o 4 roky. Naproti tomu farmaceuti vykazují průměrný věk „jen“ 42,4 let a jejich skupina „stárne“ pomaleji.

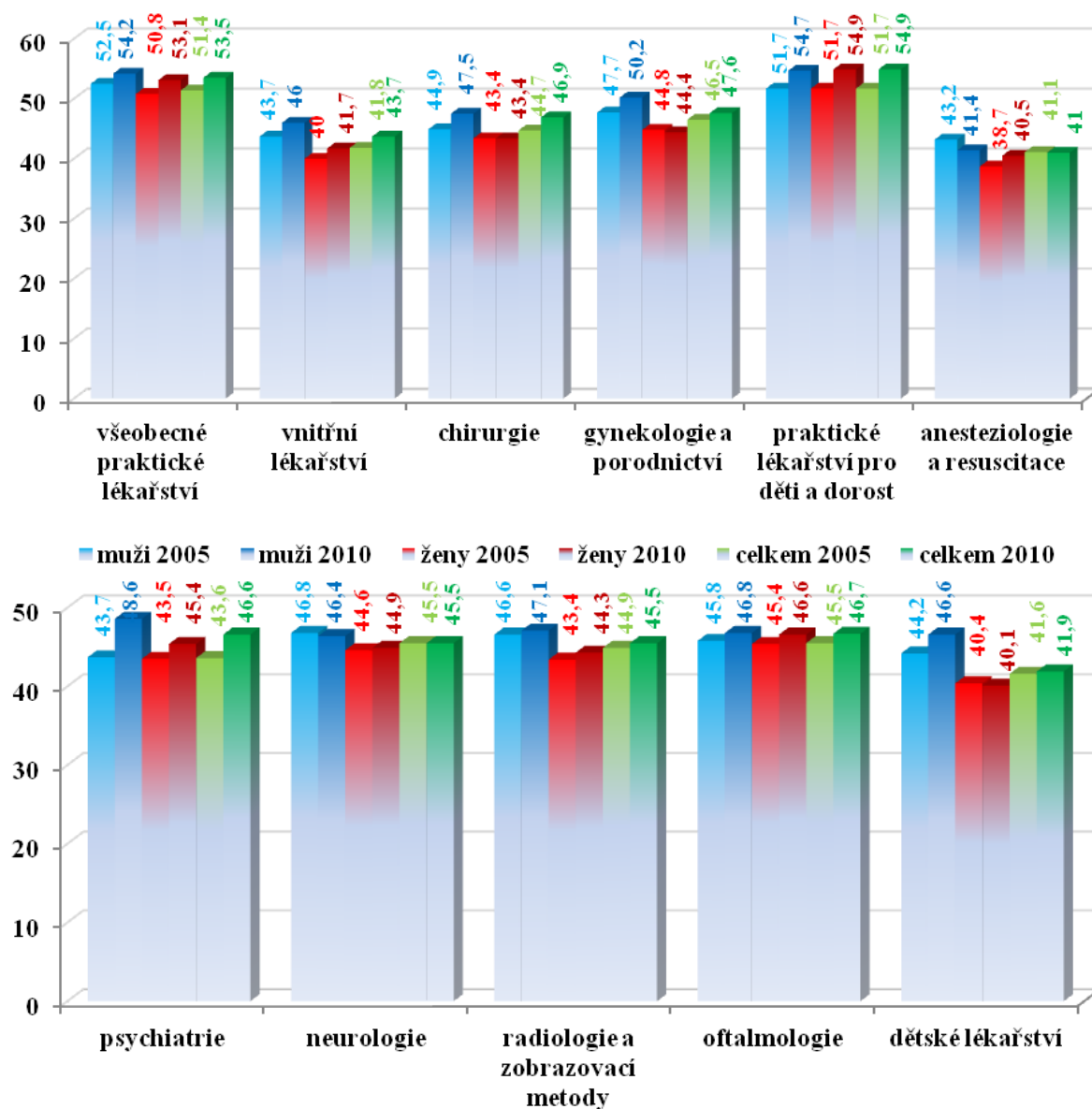
Graf 4 Průměrný věk lékařů, zubních lékařů a farmaceutů v ČR v letech 2000, 2005 a 2010



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, stomatologové a farmaceuti podle hlavního oboru činnosti (fyzické osoby) v roce 2001* [on-line]. Praha: ÚZIS, ČR, 2002-12-16. (PDF) Aktuální informace č. 61/2002. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2007. 154 s. ISBN 80-7280-654-8, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7280-972-1

Praktičtí lékaři patří mezi „nejstarší“ lékaře, jak nasvědčuje i Graf 5, který zachycuje průměrný věk lékařů ve vybraných oborech. Jejich stárnutí a nedostatečné nahrazování mladšími po jejich odchodu do důchodu představuje závažné riziko, že pacienti nebudou mít u koho se registrovat.

Graf 5 Průměrný věk lékařů ve vybraných oborech v ČR v letech 2005 a 2010



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, stomatologové a farmaceuti podle hlavního oboru činnosti (fyzické osoby) v roce 2001*[on-line]. Praha, ÚZIS, ČR, 2002-12-16. (PDF) Aktuální informace č. 61/2002. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2007. 154 s. ISBN 80-7280-654-8, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7280-972-1

V rámci vybraných oborů nelze tvrdit, že se v některém průměrný věk snížil. Přestože průměrný věk mužů anesteziologů a neurologů nepatrně klesl, v případě žen se ale zvýšil. Na základě zkoumání statistických údajů byla sestavena Tabulka 13, která poskytuje přehled oborů podle věkových skupin, ve kterých je v rámci daného oboru nejvíce lékařů. Odráží tedy, jaká věková skupina lékařů v daném oboru je nejpočetnější a do jaké míry tedy dochází k „obnově“ tohoto odborného personálu. V roce 2010 mezi „nejmladší“ patřili např. dětské lékaři, kliničtí onkologové, neonatologové. Patří sem i vedle lékařů farmaceuti. Naopak mezi „nejstarší“ patří lékaři s hlavním oborem sexuologie, hygiena dětí a dorostu, výživy a předmětů běžného užívání, (ne příliš objektivní vzhledem velmi nízkému celkovému počtu těchto lékařů), posudkové lékařství, dermatovenerologové atd.

Tabulka 13 Medicínské obory podle nejpočetnější věkové skupiny lékařů v rámci daného oboru v ČR v roce 2010 s vyznačením změny od roku 1992

-29	dětské lékařství, farmaceuti, infekční lékařství, klinická onkologie, neonatologie, popáleninová medicína, vnitřní lékařství
30-34	kardiologie, neurochirurgie, hygiena výživy a předmětů běžného užívání, traumatologie, cévní chirurgie, anesteziologie a resuscitace
35-39	kardiologie, funkční diagnostika, soudní lékařství, traumatologie, cévní chirurgie, hematologie a transfúzní lékařství, klinická farmakologie
40-44	diabetologie a endokrinologie, gastroenterologie, geriatrie, lékařská genetika, lékařská mikrobiologie, neurologie, nukleární medicína, plastická chirurgie, psychiatrie, radiační onkologie, radiologie a zobrazovací metody, sexuologie, urgentní medicína, urologie, oftalmologie, patologie
45-49	diabetologie a endokrinologie, epidemiologie, hygiena výživy a předmětů běžného užívání, nefrologie, ortopedická protetika
50-54	alergologie a klinická imunologie, gynekologie a porodnictví, hygiena a epidemiologie, ortopedie, pracovní lékařství, sexuologie
55-59	audiologie a foniatrie, dermatovenerologie, dorostové lékařství, gynekologie a porodnictví, hygiena obecná a komunální, hygiena výživy a předmětů běžného užívání, chirurgie, klinická biochemie, ortodoncie, otorinolaryngologie, pneumologie a ftizeologie, praktické lékařství pro děti a dorost, rehabilitační a fyzikální medicína, revmatologie, sexuologie, soudní lékařství, tělovýchovné lékařství, všeobecné praktické lékařství, zubní lékařství
60-64	hygiena výživy a předmětů běžného užívání, posudkové lékařství
65-69	sexuologie
70+	hygiena dětí a dorostu

Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Zdravotnická ročenka České republiky 1992. Praha: ÚZIS ČR, 1993. 156 s., ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2010. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7280-972-1

Za uplynulých téměř 20 let se věková struktura velmi změnila a dá se říci, že ve většině oboru k horšímu. V roce 1992 byla v naprosté většině oborů nejpočetnější skupina lékařů ve věku 30-39 let. Červeně jsou v tabulce označeny ty obory, ve kterých od roku 1992 došlo k zestárnutí lékařů, zeleně k „omládnutí“. Nejpočetnější skupinou byli lékaři 40-49letí v oboru gastroenterologie, kardiologie, psychiatrie, dorostové lékařství, nukleární medicína, epidemiologie, diabetologie, tělovýchovné lékařství, zdravotní výchova a klinická biochemie. Podle tohoto ukazatele byly „starší“ skupinou už jen lékaři v oboru patologická anatomie, hygiena, posudkové lékařství (50-59 let), foniatrie a lékařská genetika (60 – 69). Oba tyto obory souhrnně vykazují v roce 2010 nejpočetnější skupinu ve věku 50-54, samostatně v roce 1992 lékaři v oboru epidemiologie měli převahu ve věkové skupině 40-49. Modře jsou vyznačeny obory, u kterých v podstatě nedošlo ke změně převažující věkové skupiny s největším počtem lékařů v daném oboru. Černě takové obory, které ve statistice v roce 1992 nejsou uvedeny. Vzhledem ke změně v metodice vykazování a třídění oborů jsou změny u některých oborů odhadnuty. Některé mají jiné označení, některé byly vykazovány samostatně a v novější statistice společně s jiným oborem nebo naopak (neurologie, popáleninová medicína, hygiena a epidemiologie...).

Tabulka 14 podává výčet medicínských oborů, v rámci kterých v roce 2010 „starší“ (50letí a starší) lékaři počtem převyšují „mladší“, a to v rozdělení podle převýšení více jak o 20% (oproti druhé skupině) a méně jak o 20%. Každopádně by měla být věnována pozornost červeně vyznačeným oborům, kde je patrné riziko, že pravděpodobně dojde k vážnému nedostatku lékařů vzhledem k odchodu starších lékařů do důchodu a nedostatečného počtu mladších, kteří je přirozeně nahradí. Zvláště důležité je zaměřit se na obory sexuologie, všeobecné lékařství jak pro dospělé, tak pro děti a dorost, pracovní lékařství, hygiena a epidemiologie, zubní lékařství a posudkové lékařství. Situace není z dlouhodobého hlediska uspokojivá ani v případě revmatologie, pneumonologie a ftizeologie. Za posledních téměř 20 let je vysoký podíl starších lékařů v rámci oboru gynekologie a porodnictví, dermatovenerologie, foniatrie, otorinolaryngologie, rehabilitační a fyzikální medicína, nukleární medicína, soudní lékařství a ortodoncie. Starší jsou i alergologové a kliničtí imunologové. S dostupností z hlediska odborně medicínského souvisí také vzdělávání zdravotnického personálu a jejich počet (bude rozebráno dále).

Tabulka 14 Medicínské obory s větší početní převahou lékařů 50letých a starších než nad mladšími 50 let v roce 2010

větší než 20% rozdíl v počtu lékařů mladších 50 let a 50 letých a starších	menší než 20% rozdíl v počtu lékařů mladších 50 let a 50 letých a starších
sexuologie	revmatologie
pracovní lékařství	ortodoncie
dorostové lékařství	geriatrie
tělovýchovné lékařství	alergologie a klinická imunologie
všeobecné praktické lékařství	pneumologie a ftizeologie
praktické lékařství pro děti a dorost	gynekologie a porodnictví
klinická biochemie	nukleární medicína
hygiena a epidemiologie	foniatrie
hygiena obecná a komunální	rehabilitační a fyzikální medicína
hygiena výživy a předmětů běžného užívání	
hygiena dětí a dorostu	
funkční diagnostika	
zubní lékařství	
posudkové lékařství	

Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7280-972-1

Časová a geografická dostupnost zdravotní péče v ČR

S **časovou dostupností** zdravotní péče má český systém stále patrné potíže, vzhledem k vysokému počtu návštěv pacientů souvisejících nejen se zneužíváním péče, ale s rostoucími požadavky na péči v závislosti na zdravotním stavu. Příkladem jsou především praktičtí lékaři, gynekologové, urologové apod. Snad každý pacient se setkal s problémem při objednávání se ke specialistovi, stále častěji se lidé potýkají s nedostatkem praktiků v rámci některých regionů. **Čekací doby** bývají příliš dlouhé jak v čekárnách ordinací, tak v případě chirurgických zákroků a náročnějších vyšetření. Ministerstvo vypracovalo čekací doby, které by měly být garantovány. Nemocnice zveřejňují čekací doby na některé vybrané chirurgické zákroky. Na ten samý zákrok v jedné nemocnici se čeká např. 2 měsíce, v jiné i přes 2 roky. Je otázkou, jak mohou nemocnice dodržet eventuálně uzákoněnou čekací dobu, pokud stoupne po zákrocích v jejím zařízení poptávka a jaké sankce případně budou hrozit, aby bylo takové zařízení motivováno se těm stanoveným čekacím dobám přizpůsobit.

Již teď existuje server, kde je možné orientačně vyhledat podle kraje a zákroku, která nemocnice nabízí zákrok s jakou čekací dobou. Poptávka by se měla setkat se svou nabídkou. Pacienti by měli ve vlastním zájmu směřovat tam, kde jim aktuálně nabízí kratší čekací dobu. Tím by se mělo i odlehčit zařízením, kde je čekací doba vysoká, a tudíž poptávka neodpovídá možnostem zařízení. Při výběru nemocnice pro náročný zákrok ovšem nehraje roli jen čekací doba. Důvod, proč se nekoná pružný přesun pacientů tam, kde je čekací doba nižší, je buď ten, že neexistuje povědomí o takové službě, která pacientovi a i ambulantnímu specialistovi umožňuje rychlé a snadné orientační srovnání nebo zkrátka ten, že je zákrok vyžadován právě v konkrétním zařízení (např. konkrétní lékař, konkrétní zařízení s dobrým jménem, s následnou rehabilitační péčí apod.).

Srovnání počtu ošetření-vyšetření a počtu lékařů (přepočteného na plný úvazek) je obtížné vzhledem k tomu, že vykazování těchto údajů není kontinuální. U většiny odborností ovšem lze provést alespoň orientační komparace údajů pro rok 2000 a 2010. U mnohých oborů došlo k výraznějšímu nárůstu počtu lékařů než počtu ošetření, a to u interního lékařství, diabetologie, gastroenterologie, geriatrie, infekčního, alergologie a klin. imunologie, neurochirurgie, plastické chirurgie (vč. popálenin), očního. U oborů gynekologie, pouze zhruba 20% nebo menší rozdíl je v nárůstu počtu lékařů a počtu ošetření v oboru pediatrie (vč. dorostového lék.), chirurgie (vč. cévní a hrudní ch.), traumatologie, ORL, ortopedie, stomatologie, dermatovenerologie, tělovýchovné lékařství. Mizivý je tento rozdíl v případě urologie. Naopak k převýšení růstu počtu vyšetření-ošetření nad růstem počtu lékařů je v případě kardiologie, lékařské genetiky, neurologie, psychiatrie (vč. sexuologie) a nemocí z povolání. Právě v těchto oborech v posledních letech vzhledem ke zvýšenému výskytu onemocnění tohoto charakteru, který souvisí jistě i se životním stylem typického současného občana, dochází ke zvyšování poptávky po zdravotní péči. Vzhledem k tomu, že se jedná i obory, kde došlo převážně k „zestárnutí“ lékařů, měla by být tomuto problému věnována skutečně zvýšená pozornost. Nejdrastičtější nárůst počtu ošetření-vyšetření je právě u kardiologů. V případě kardiologů se nejedná o skupinu lékařů, kde by převládá starší věková skupina a dochází k jejich „omlazování“. Nicméně nárůst počtu nekompenzuje nárůst potřeby. V případě praktických lékařů pro děti a dorost a pro dospělé je situace rozhodně nepříznivá. Přesto, že poklesl počet ošetření-vyšetření, poklesl a vzhledem k věkové

struktury ještě poklesne i počet lékařů. Pokud bude vycházeno z toho, že i v roce 2000 byl počet lékařů nedostatečný, nelze brát takové zlepšování za příliš optimistické a zhoršování podceňovat.

V souvislosti s čekací dobou by měla být hodnocena i **dojezdová doba zdravotnické záchranné služby**, která má být na většině území do 20 minut. Vzhledem k aktuální situaci bývá doba kratší, ale v případě komplikací (jejichž výskyt se rozhodně neodvívá od toho, jaká doba je uvedena v zákoně nebo vyhlášce) může být samozřejmě i delší. V ČR je zajišťována také horská záchranná služba a letecký převoz v urgentních případech. **Zdravotnická záchranná služba** má zásadní význam v poskytování akutní zdravotní péče. Zajišťuje neodkladnou péči v podobě rychlé lékařské pomoci, rychlé zdravotnické pomoci, rendez-vous, které je poměrně novinkou v naší záchranné službě a letecké záchranné služby. Princip rader-vous zde spočívá v tom, že lékař přijíždí k pacientovi jiným vozem než převozový vůz se záchranářem a řidičem, kteří pacienta dopravují do zdravotnického střediska po ošetření lékařem, který pak pokračuje na další hlášené místo. Počet výjezdových stanovišť v roce 2010 byl 258 (159 skupin rychlé lékařské pomoci, 54 skupin rendez-vous), 258 skupin rychlé zdravotnické pomoci. V roce 2005 bylo výjezdových stanovišť 262, ale záchranných skupin 428. Praha má nejvyšší počet lékařů ZZS na 10 000 obyvatel, nejvíce kupodivu Středočeský kraj, za celou Českou republiku v roce 2010 připadalo na 10 000 obyvatel 0,98 lékaře. Stejně tak je tomu i v případě zdravotnických pracovníků bez odborného dohledu, Středočeský kraj má tento nejvyšší počet u záchranářů a operátorek.

Z toho všeho je patrné, že čekací doby souvisí nejen s dostatkem odborného zdravotnického personálu v patřičné specializační struktuře, ale také s tím, jak je z hlediska geografického podle potřeb pacientů rozloženo. Počet zdravotnických zařízení na určitý počet obyvatel v daném regionu ovlivňuje čekací dobu nejen na operační zákroky, ale také na plánovaná vyšetření a v čekárnách.

Z hlediska **geografického** lze hodnotit dostupnost zdravotní péče podle ukazatele počtu obyvatel na lékaře nebo zdravotnické zařízení. Hodnoty vybraného ukazatele jsou porovnány s průměrem v ČR, a to celkově a v rámci jednotlivých krajů. Dostupnost z hlediska geografického a časového se značně prolínají a ovlivňují.

Stanovit **ideální počet lékařů na konkrétní počet obyvatel** v podstatě možné není. Pacienti se v rámci regionů mohou lišit potřebou zdravotní péče v různých specializacích, byla i jiná návštěvnost praktiků. Počtem lékařů nelze ovlivnit chování pacientů, jejich potřebu užívat zdravotní péči. Čekací doby jsou jistě ovlivňovány i organizací **práce ve zdravotnickém zařízení**, která je rovněž v každém různá.

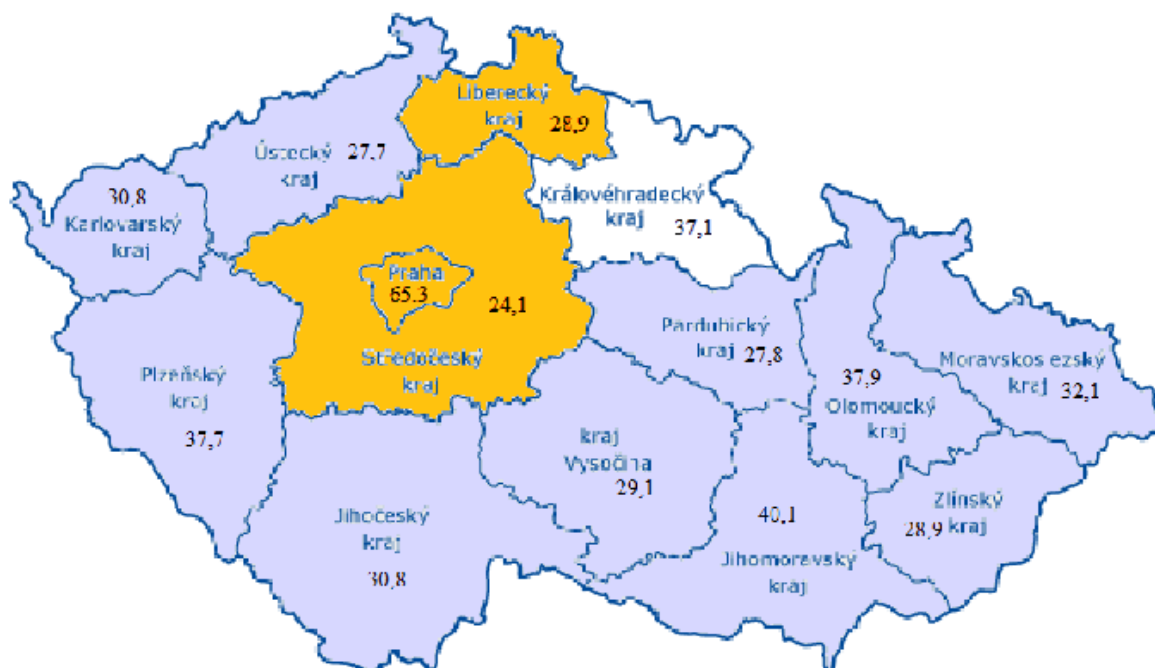
I při sebelepší organizaci, pokud lékař nebude pacienty odmítat, větší zájem o právě jeho péči (v případě mnohých specialistů) způsobí **prodloužení čekací doby** na jeho vyšetření (ošetření). Což je dáno také tím, že neexistuje povinnost navštívit lékaře v místě bydliště, pacient má svobodnou volbu lékaře, a tudíž se pacienti i při větší koncentraci lékařů v daném městě nebo regionu mohou potýkat s delší čekací dobou než ti, kde byl tento počet lékařů na určitý počet obyvatel nižší.

Se zavedením čekacích dob, které stanoví ministerstvo, tedy vyvstává otázka, jak se bude řešit problém, kdy zdravotnická zařízení další pacienty odmítnou, aby dodržela čekací dobu těm stávajícím nebo těm, kterým jim přísluší spádově. Nebo budou přidání lékaři, popř. celé nemocnice? Nebo tato povinnost nebude? Nebo to má fungovat tak, že čekací doba je garantována, ale ne v konkrétním městě nebo kraji?

Je nutné si také uvědomit, že jedna věc je počet lékařů na určitý počet obyvatel. V ČR čerpají zdravotní péči také cizinci, což může představovat další zatížení pro zdravotnická zařízení, zvláště v některých lokalitách.

Z Obrázku 1 je patrné, že nejvyšší **počet lékařů na 10 000 obyvatel** je v Praze, nejméně pak ve Středočeském kraji. Ve Středočeském a Libereckém kraji a v Praze se tento počet také snížil oproti roku 2009, v ostatních krajích naopak. V Královéhradeckém kraji prakticky ke změně nedošlo. Počet lékařů na 10 000 obyvatel v ČR byl v roce 2010 35,8.

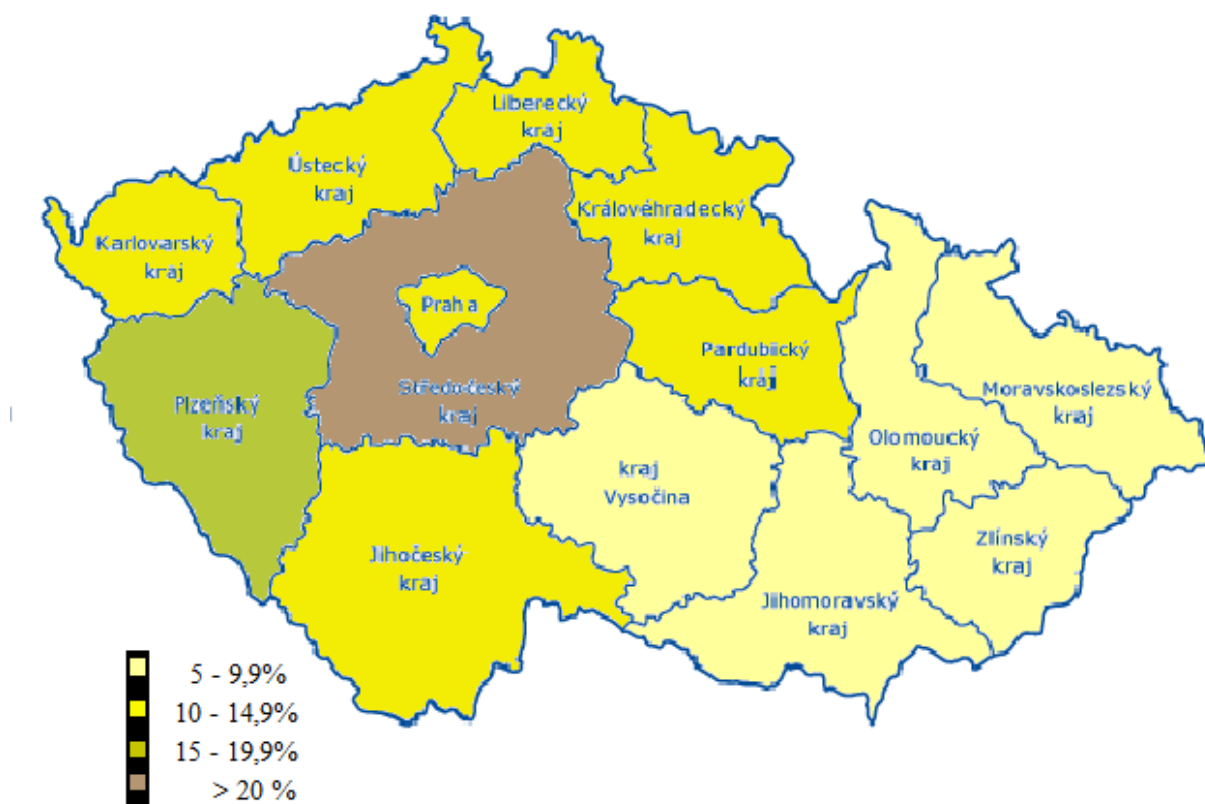
Obrázek 1 Počet lékařů na 10 000 obyvatel v krajích ČR v roce 2010 a zohlednění zvýšení a snížení tohoto počtu oproti roku 2009



Zdroj: vlastní zpracování, data ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2009*. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 264 s. ISBN 978-80-7280-909-7, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0

Na Obrázku 2 je znát závažnost snížení počtu lékařů na 10 000 obyvatel od roku 2000 do roku 2010. Během 10 let došlo k nejvyššímu snížení právě ve Středočeském kraji, ve kterém byl už v roce 2000 spolu se Zlínským krajem nejnižší počet lékařů na 10 000 obyvatel. Výraznějšímu snížení tohoto počtu došlo i v Plzeňském, v kterém ovšem není v porovnání s počtem lékařů na 10 000 obyvatel v ČR, tento počet nízký. I přes to, že ve většině krajích v už v roce 2008 patrný nárůst počtu lékařů na 10 000 obyvatel, stále je nižší počet v roce 2010 než v roce 2000.

Obrázek 2 Snížení počtu lékařů na 10 000 obyvatel v ČR od roku 2000 do roku 2010 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2000*. Praha: ÚZIS ČR, 2001.235 s. ISBN 80-7280-071-X, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0

K nejméně závažnému snížení došlo během 10 let ve východní části České republiky. Ty kraje, které vykazovaly nadprůměrný počet v roce 2000, ho vykazovaly i v roce 2010. Nedošlo nikde k takovému zlepšení, kdy by v roce 2009 vykazoval kraj podprůměrný počet lékařů na 10 000 a v roce 2010 nadprůměrný.

V případě zubních lékařů je situace podobná. Středočeský kraj měl **počet zubních lékařů na 10 000 obyvatel** nejnižší, 4,4, Praha nejvyšší 11,5 zubních lékařů. Počet zubních lékařů na 10 000 obyvatel v ČR v roce 2010 byl 6,9. V případě zubních lékařů se tento jejich počet od roku 2000 zvyšuje.

Ve Středočeském a Ústeckém kraji je **počet farmaceutů na 10 000 obyvatel** nejnižší (4,4 a 4 v roce 2010). V Praze naopak byl tento počet 7,4 nejvyšší v rámci krajů

a vyšší než za celou ČR (5,8). Počet farmaceutů na 10 000 obyvatel v ČR od roku 2009 rovněž roste.

Důležité je také rovné zajištění péče praktického lékaře tak, aby každý pojištěnec měl svého praktika a praktik pacientů ne příliš mnoho, což by mohlo být na úkor poskytování kvalitní zdravotní péče a zvýšení čekacích dob. Rovněž je to Středočeský kraj, kde byl **počet pacientů na jednoho praktického lékaře pro dospělé** nejvyšší, a to v roce 2010 1795 (v ČR 1620). Nejnížší je tento počet naopak v Praze, 1447 pacientů na jednoho praktika. Nízký počet je také v Olomouckém kraji. V Praze je také zaznamenán v roce 2010 nejnížší **počet ošetření-vyšetření na jednoho pacienta** u praktického lékaře pro dospělé, 4 oproti počtu v celé ČR 4,7. Za zkoumání by stálo, zda to do jisté míry nelze vysvětlit i vysokou koncentrací ambulantních specialistů v hlavním městě a fakt, že pro návštěvu specialisty není nutná žádanka od praktického lékaře. Toto zjištění by pak mělo poměrně značný význam při obhajování zavádění vyšších poplatků u specialistů bez žádanky od praktika, což je obecně považováno a dost pravděpodobně opodstatněné za jeden z faktorů vysokých výdajů na zdravotní péče způsobených také zbytečnou duplicitou vyšetření a preskripcí. Tato souvislost a míra vlivu bude předmětem zkoumání nad rámec disertační práce. Vysoký počet pacientů na lékaře je ve Středočeském kraji také v případě **praktických lékařů pro děti a dorost** (1005), stejně jako v Ústeckém a Moravskoslezském kraji. Po Karlovarském kraji je tento počet nejnížší opět v Praze. Pro srovnání, v roce 1948 bylo 8,6 lékařů na 10 000 obyvatel, v roce 1970 už 23,2 a v roce 1980 v roce 32,4 lékařů.

Z Obrázku 3 je patrné, že ve většině krajů se více jak pětina lidí domnívá, že **počet ordinací** v jejich regionu je nedostatečný. Zároveň je u každého regionu možné odhadnout, kolik % dotazovaných považuje počet ordinací v jejich regionu za přiměřený. Z toho hlediska jsou občané „nejspokojenější“ v Karlovarském kraji, Ústeckém a Vysočina. Nejhorší je podle občanů situace v Libereckém kraji. V grafu je také značkou v jednotlivých krajích zachyceno, kolik % dotazovaných považovalo počet ordinací ve svém kraji za přiměřený.

V České republice více jak polovina dotazovaných občanů považuje počet ordinací ve svém regionu za přiměřený a ani ne desetina za nadbytečný. Snižování počtu ordinací by tedy rozhodně nebylo opodstatněné.

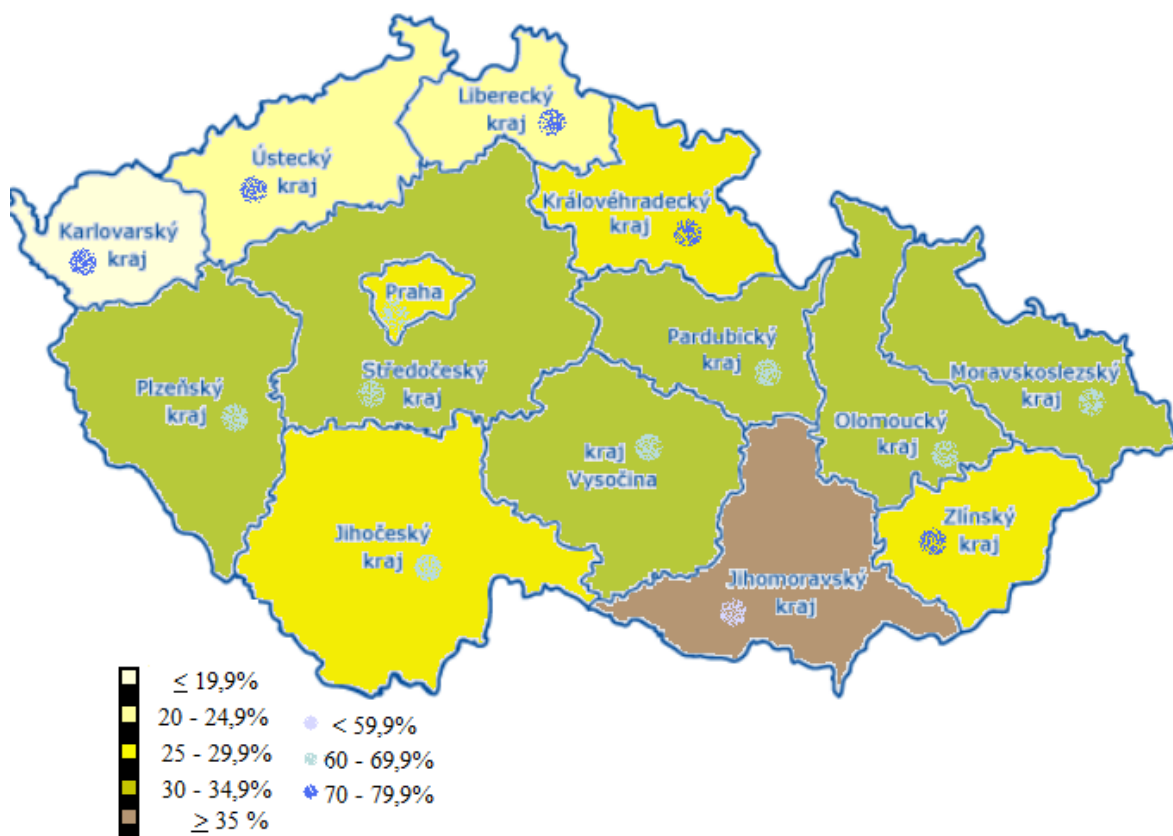
Map of the Czech Republic showing the distribution of the share of the population aged 65 and over by region. The map uses a color scale from light yellow to dark brown to represent different percentage ranges. The regions are labeled: Karlovarský kraj, Ústecký kraj, Liberecký kraj, Královéhradecký kraj, Pardubický kraj, Moravskoslezský kraj, Olomoucký kraj, Zlínský kraj, Jihomoravský kraj, Vysočina, Středočeský kraj, Praha, Jihočeský kraj, and Plzeňský kraj. A legend in the bottom left corner provides the percentage ranges for each color.

Color	Percentage Range
Lightest Yellow	< 19,9%
Light Yellow	20 - 24,9%
Yellow	25 - 29,9%
Dark Yellow	30 - 34,9%
Light Green	35% >
Light Brown	60 - 69,9%
Medium Brown	70 - 79,9%
Dark Brown	> 80%

Dostupnost nemocniční péče

157

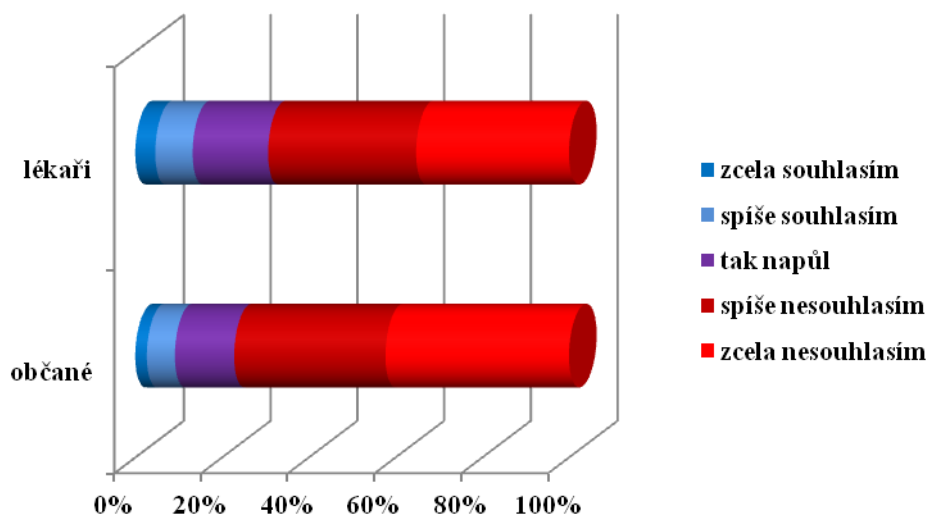
Obrázek 4 Podíl dotazovaných občanů přiklánějících se k názoru, že počet lůžkových zařízení v jejich regionu v ČR je nedostatečný nebo přiměřený v roce 2010



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, s. r. o., Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Situace je podle dotazovaných občanů z hlediska dostupnosti lůžkových zdravotnických zařízení nejkritičtější v Jihomoravském kraji. Více jak 30% dotazovaných z kraje Zlínského, Jihočeského, Královéhradeckého a Prahy se domnívá, že počet lůžkových zdravotnických zařízení je nedostačující. Nejméně nespokojení jsou z tohoto hlediska občané Karlovarského kraje. Počet lůžkových zdravotnických zařízení považuje v ČR v rámci jejich regionu za nadbytečný ani ne 5% dotazovaných občanů. V obrázku je také značkou v jednotlivých krajích zachyceno, kolik % dotazovaných považovalo počet lůžkových zařízení ve svém kraji za přiměřený.

Graf 6 Názor lékařů a občanů na nadbytečné množství nemocnic v ČR a potřeby některé zrušit nebo přeměnit na něco jiného v roce 2010



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, s. r. o., Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Více jak $\frac{3}{4}$ dotazovaných občanů nesouhlasí s tím, že je nemocnic zbytečně mnoho a měly by se rušit nebo měnit na něco jiného, nesouhlasí s tím také zhruba 70% dotazovaných lékařů, není zde v podstatě rozdíl mezi názorem zaměstnance ambulantního zařízení, soukromým lékařem a zaměstnanci nemocnic.

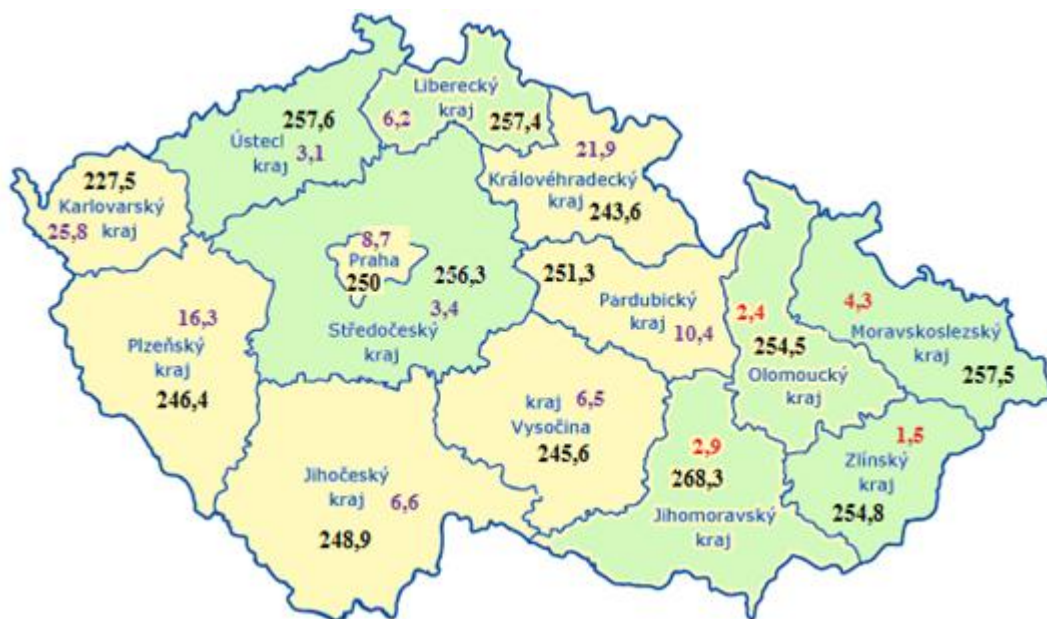
Zatímco v roce 2000 bylo v České republice 211 nemocničních zařízení, v roce 2010 189. Došlo tedy ke snížení jejich počtu. V některých krajích se počet zvýšil, v některých snížil. Kromě Královéhradeckého, Moravskoslezského a Jihomoravského se počet zařízení nezměnil o více než 2, v Královéhradeckém a Karlovarském je to ovšem snížení o více než 30%. Vzhledem k tomu, že v Karlovarském kraji nejmenší část dotázaných souhlasila s tím, že lůžkových zařízení je nedostačující a zhruba $\frac{3}{4}$ jejich počet hodnotily jako přiměřený, dá se toto snížení považovat podle názoru občanů za dostupnost neomezující. Situace by měla být řešena v kraji Jihomoravském a Vysočině, kde snižování zařízení pravděpodobně pacientům neprospívá.

Jedna věc je dostupnost zařízení, druhá věc je využití jeho lůžkového fondu nebo čekací doba z důvodu, že není volné místo k uložení pacienta.

Počet **nemocničních lůžek** se už přes 20 let stále snižuje, zrovna tak i počet **lůžek v odborných léčebnách**. Tento trend ovšem neplatí v případě **lůžek lázeňské péče**, který byl v roce 2009 nejvyšší od roku 1970 (26 505 lůžek). V roce 2010 byl počet lůžek v nemocnicích 62 219, což představuje snížení oproti roku 2000 zhruba o 8%. Meziroční snižování se pohybuje kolem 1%. Ještě v roce 1995 bylo v nemocnicích 74 510 lůžek. Mění se také struktura lůžek. Největší podíl samozřejmě zaujímají **lůžka akutní péče**, ovšem dochází k posilování lůžkových kapacit **péče následné** na úkor péče akutní. Počet lůžek následné péče se od roku 2000 zvýšil o 50%. Podíl akutních lůžek na celkových byl v roce 2010 byl zhruba 85%, 11% tvořila lůžka péče následné, zbytek novorozenecká. V roce 2009 ovšem 94% představovala lůžka akutní, jen 7 % lůžka péče následné. **Lůžka novorozenecká** zaujímají v podstatě stejnou část všech lůžek v roce 2010 jako v roce 2009. Využití lůžek bylo v roce 2009 a 2010 kolem 75%. Zatímco v roce 2000 bylo **využití nemocničních lůžek ve dnech maximální využitelné kapacity** 258,1, v roce 2010, už jen 253,8 dnů, což je ještě méně než v roce předchozím. Obrázek 5 zachycuje využití nemocničních lůžek ve dnech maximální využitelné kapacity v krajích v roce 2010. Barevně je rozlišeno, v kterých krajích došlo ke zvýšení využitelnosti (zeleně) a snížení využitelnosti (žlutě).

V roce 2010 bylo nižší využití lůžek oproti roku 2000 ve většině krajích a i za celou Českou republiku. **Podprůměrného využití** lůžek bylo dosaženo v roce 2010 v kraji Jihočeském, Plzeňském, Karlovarském, Královéhradeckém, Pardubickém, Olomouckém, v kraji Vysočina a hl. m. Praha. Karlovarský kraj vykazuje v roce 2010 dokonce větší odchýlení od průměru než v roce 2000. Nejnižší odchylku od průměru má kraj Olomoucký.

Obrázek 5 Roční využití lůžek ve dnech v ČR v roce 2010 se změnou oproti roku 2009



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty, data ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2000*. Praha: ÚZIS ČR, 2001.235 s. ISBN 80-7280-071-X, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0

Z nadprůměrného k podprůměrnému využití lůžek v roce 2010 oproti 2009 se dostal kraj Pardubický a Vysočina. **Nadprůměrné využití** v obou letech si drží kraj Liberecký a Jihomoravský, který má tuto hodnotu nejvyšší v ČR v obou sledovaných letech. Jihomoravský kraj je kraj, ve kterém dotázaní občané nejsou spokojeni s dostupností lůžkových zařízení, situace je zde ze všech krajů hodnocena nejkritičtěji a za sledovaných 10 let zde došlo k výraznému snížení nemocničních zařízení, vykazuje nejvyšší využití lůžek v roce. Stálo by tedy za zvážení, zda takto vysoké využití nebývá na úkor dostupnosti nemocniční péče. V určité části roku se může střetávat více pacientů, kteří by nemocniční péči potřebovali, což může být kompenzováno obdobím, kdy je vyšší nevyužití. Plánování výkonu při uložení pacientů lze ovšem jen v některých oborech a některých případech, často je péče dlouhodobě neodkladná.

Za použití jednoho ze vzorců lze orientačně určit žádoucí využití nemocničního lůžka. Na základě statistických údajů byly vypočteny hodnoty využití lůžka ve dnech v roce 2010 v jednotlivých krajích a zjištěn rozdíl oproti skutečnému využití. V Obrázku 5 je červeně v jednotlivých krajích udáno, o kolik dní skutečné využití přesahuje žádoucí

a tmavě fialově, kolik dní chybí mezi skutečným využitím a žádoucím. Ve výpočtu se udává 1 den prostoje nebo maximálně 3 dny. Počítáno bylo s 3 dny prostoje. Je to opět Jihomoravský kraj, kdy je skutečné využití vyšší než žádoucí. Stejně tak lze konstatovat i v případě kraje Zlínského, Olomouckého a Moravskoslezského. V ostatních krajích je kapacita z tohoto hlediska nevyužita především v Karlovarském, Královéhradeckém a Plzeňském. Výpočet žádoucího využití lůžka ve dnech v roce vycházel ze vzorce

$$\text{žádoucí využití lůžka} = \frac{365 \times \text{průměrná ošetrovací doba}}{\text{průměrná ošetrovací doba} + 3} \quad (3)$$

Z hlediska zřizovatele zdravotnictví jsou to nemocnice, jejichž zřizovatelem je kraj nebo obec a město, kde jsou lůžka využívána více než je žádoucí, naopak značně nevyužitá jsou v církevních zařízení a nevyužitá jsou i v případě, kdy je zřizovatelem Ministerstvo zdravotnictví. V případě ukazatele za celé zdravotnictví jde o rozdíl zhruba 4 dnů, o které převažují dny žádoucího využití nad skutečným.

Z pohledu lůžek podle odbornosti se blíží skutečné využití žádoucímu v případě oboru intenzivní péče, diabetologie, kardiologie, následné péče, neurochirurgie, klinické farmakologie, gastroenterologie a interny. Naopak velké rezervy ve využití lůžek do jeho žádoucího jsou u oborů nemoci z povolání, infekčního, plastické chirurgie, oční, stomatologie, ortopedické protetiky a nukleární medicíny a TBC a respiračních onemocnění. Dalo by se říci, že jsou to především obory, kde je část péče do jisté míry komerční nebo je naopak riziko neočekávaného vyššího výskytu.

Průměrná ošetrovací doba se zkrátila, která v roce 2010 byla v ČR 7,3 dny, zatímco v roce 2009 8,67, a to ve všech krajích, ovšem v kraji Pardubickém jen skutečně nepatrně. Nejvyšší využití mají lůžka v **zařízeních s nejnižšími počty lůžek**, a to až kolem 80%. Jak roste velikost zařízení podle počtu lůžek, dá se tvrdit (až na jednu výjimku), že využitelnost klesá, je v nich až více jak dvojnásobná průměrná ošetrovací doba.

4.2.3 Personální zajištění v českém zdravotnictví

Jak rostou požadavky společnosti na dostatečnou a kvalitní zdravotní péči, rostou stále více i požadavky na počet zdravotnických pracovníků a také na jejich kvalifikaci.

4.2.3.1 **Vzdělávání pracovníků**

Vzdělávání zdravotnických pracovníků je zajišťováno zařízeními od středních zdravotnických škol, přes školy vysoké a institucemi vzdělávající v rámci celoživotního vzdělávání.

Po ukončení studia na jedné ze sedmi lékařských fakult v ČR získává lékař tzv. **odbornou způsobilost** k výkonu svého povolání. 6letým studiem tím však jeho vzdělávání nekončí. Aby mohl lékař plně vykonávat své povolání a bez nutného dozoru, musí složit **atestační zkoušku ve vybraném oboru**. Systém předatestačního vzdělávání však vykazuje nemálo překážek. Ani po složení atestační zkoušky nepozbývá další medicínské vzdělávání důležitosti. Každý člen České lékařské komory (a to je v podstatě každý lékař vykonávající své povolání v ČR, kde není členství v lékařské komoře jen dobrovolné) má povinnost být zapojen do celoživotního vzdělávání a prohlubování, případně rozšiřování, si odborných znalostí.

Nízké příjmy lékařů absolventů a mladých lékařů a náročné vzdělávání není jejich jediným problémem. Pracovní vytížení bývá vysoké, i z časového hlediska. Vysoký počet přesčasů lékařů není nic neobyčejného. Dokonce i v zákoníku práce je v jejich případě zavedena výjimka a je přípustný vyšší legální počet přesčasových hodin.

Dostupnost zdravotní péče z hlediska odborně-medicínského je ovlivněna i podmínkami získávání povolení k provozování vlastní praxe lékařem, které není snadné splnit zvláště pro mladé lékaře. Otevření si vlastní praxe je závislé nejen na absolvování nutných atestací, ale jedná se i o poměrně finančně náročnou záležitost, kdy se často (i když ne oficiálně) nezajišťují jen prostory ordinace a vybavení, ale také i klientela, od jiného lékaře.

Systém vzdělávání mladých lékařů

Dosud další popromoční vzdělávání organizuje Ministerstvo zdravotnictví v ČR. Významnou roli ve vzdělávání lékařů, ale i jiných zdravotnických pracovníků plní **Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ)**. Byl zřízen již v roce 1953 jako Ústav pro doškolování lékařů podřízený tehdejšímu Ministerstvu zdravotnictví v ČR. Z pověření Ministerstva zdravotnictví ČR v rámci své pedagogické činnosti zajišťuje

přípravu a realizaci dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků, organizuje vzdělávací akce (stáže, semináře, kurzy...). Poskytuje vzdělávací akce v rámci jak specializačního, tak i kontinuálního (celoživotního) vzdělávání. Činnost IPVZ má i charakter metodický, vědecko-výzkumný a konzultační. Důležitá je jeho spolupráce s dalšími vzdělávacími institucemi (lékařské fakulty atd.). Samozřejmostí je spolupráce s profesními komorami a Českou lékařskou společností J. E. Purkyně, výjimkou nejsou ani profesní organizace zahraniční. Například v roce 2009 zorganizoval 1502 akcí, většinu v Praze. Počet těchto akcí od roku 2004 (do roku 2009) klesal, až na rok 2007, ve kterém došlo k jejich nárůstu. Zkracoval se i průměrný počet dnů kurzu nebo stáže. E-learning již také není IPVZ cizí a nabízí vzdělávání touto formou. Donedávna z pověření ministerstva zdravotnictví zajišťoval i atestační zkoušky lékařů, zubních lékařů, farmaceutů a jiných odborných pracovníků s vysokoškolským vzděláním. Ministr zdravotnictví se však dohodl s rektory Karlovy univerzity v Praze, Univerzity Palackého v Olomouci a Masarykovy univerzity v Brně, že atestační zkoušky přejdou od roku 2012 už do jejich kompetence. IPVZ tedy nebude zajišťovat atestační zkoušky v základních oborech vyjma všeobecného praktického lékařství, praktického lékařství pro děti a dorost a oborech farmaceutických.

Atestační zkouška je pro mladého lékaře pro jeho odborné působení klíčová. Její složení je podmíněno vcelku vysokými poplatky, což není ovšem jediná komplikace. Složitý systém dalšího předatestačního vzdělávání se navíc v poslední době neustále měnil. Lékař si nově vybírá z 16 kmenů. Donedávna jich bylo jen 10, např. ORL, ortopedie, dermatovenerologie neměly samostatný vzdělávací kmen a byly přidruženy k jinému oboru. Zhruba do 3 měsíců po ukončení studia na lékařské fakultě se lékař přihlásí do vzdělávacího oboru, po splnění praxe a složení atestační zkoušky získává i specializovanou způsobilost. Teprve ta ho opravňuje k samostatnému výkonu svého povolání bez dohledu lékaře s atestací. Tento proces není otázkou měsíců, ale let. V případě, že u zkoušky neuspěje, smí opakovat až za rok, a to maximálně 2x v rámci jednoho oboru.

Další vzdělávání lékaře absolventa bývá náročné nejen z hlediska studia, ale také i finančního. Atestační zkouška má **část teoretickou a praktickou**. Za přihlášení ke zkoušce lékař platí, i když se letos podařilo prosadit změny, v rámci kterých byly tyto poplatky sníženy. Za každou zvlášť musí lékař uhradit 250 Kč. Při opakování zkoušky bude platit 3500 Kč (2000 za teoretickou a 1500 za praktickou) místo původně

5000 Kč a při druhém opakování 5000 Kč (za teoretickou 3000 a 2000 Kč za praktickou) místo 7000 Kč. Podobně jsou zlevněny i poplatky certifikovaných kurzů. Zkoušky byly zpoplatněny teprve v roce 2009, údajně za účelem motivace lékařů (ale i zdravotních sester) odpovědně se na zkoušky připravovat a odborně růst.

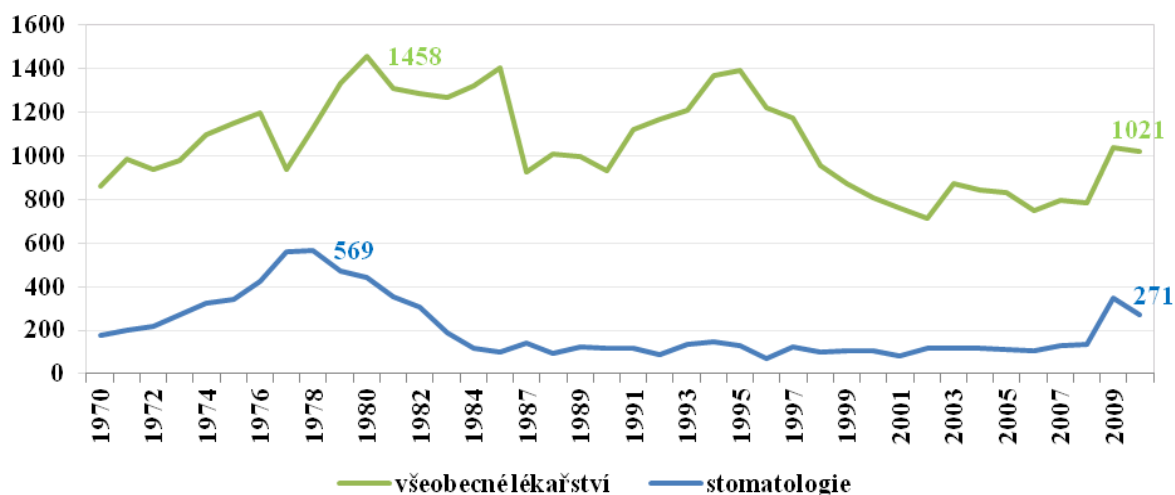
Vedle náročnosti atestační zkoušky, není snadné získání rezidenčního místa ve zdravotnickém zařízení (nemocnici) a zároveň uzavření korektní pracovní smlouvy. **Rezidenční místa** částečně řeší finančně náročné předatestační vzdělávání při nízkých příjmech mladého lékaře před atestací. Předmětem častého sporu je tzv. **stabilizační dohoda**, proti které se ohrazuje i Česká lékařská komora. Lékař se v ní Ministerstvu zdravotnictví ČR zavazuje určité období po získání atestace (obvykle 5 let) pracovat na území ČR v oboru, ve kterém získal specializovanou způsobilost. Další z podmínek je i úspěšné absolvování atestační zkoušky ve stanoveném termínu, prodloužení této lhůty je možné maximálně o 3 roky. V případě nepodepsání takové dohody má povinnost lékař své předatestační vzdělávání hradit. V prvních dvou letech a v případě některých oborů po celou dobu dalšího studia dostávají uchazeči určitou finanční částku (ročně na rezidenční místa v celém systému zhruba půl mld. Kč). Oproti původnímu systému spočívá změna v tom, že peníze nejsou přidělovány zdravotnickému zařízení (s akreditací) na rezidenční místo, ale přímo na uchazeče. Částka pokrývá náklady na vzdělávání a náklady mzdové. Odejde-li tedy lékař do jiného zařízení, putují peníze s ním. Stabilizační dohoda, jejíž vzor visí na stránkách ministerstva zdravotnictví, obsahuje nejen podmínky, za kterých bude lékař absolvent ve zdravotnickém zařízení plnit svoje povinnosti, ale také sankce v případě, že tyto povinnosti poruší. A to včetně navrácení části finančních prostředků ze státního rozpočtu, které získal jako rezident, v případě, že nebude po dobu 5 let po ukončení specializačního vzdělávání v České republice v daném oboru vykonávat povolání lékaře nebo nedokončí specializační vzdělávání v termínu.

Vývoj počtu studentů a absolventů medicínských oborů v ČR

Graf 7 zachycuje vývoj počtu studentů medicínských oborů v ČR (dříve jen na území dnešní ČR, bez SR). Od roku 2006 se počet absolventů oboru všeobecné lékařství snižoval, až na menší nárůst v letech 2003 a 2009. V roce 2009 byl rovněž vyšší počet absolventů stomatologie (zubního lékařství), který se do roku 2009 držel pod 200. V roce

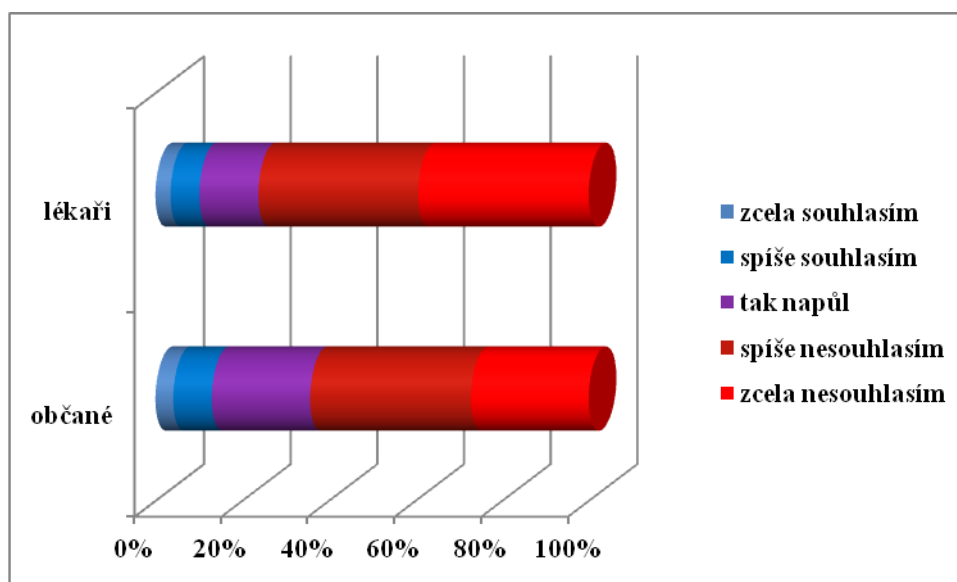
2009 vzrostl více jak dvojnásobně.

Graf 7 Vývoj počtu studentů medicínských oborů na území ČR v letech 1970 - 2010



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 53 s. ISBN 978-80-7280-900-4, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0.

Graf 8 Názor občanů a lékařů na zbytečně velký počet studentů na lékařských fakultách v ČR a nutnosti snížit jejich počet (v roce 2010)



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, s. r. o., Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

S názorem, že na lékařských fakultách studuje **zbytečně velký počet studentů** a měl by být snížen, souhlasilo v roce 2010 ani ne 10% občanů a lékařů. Více jak 80% lékařů a téměř 80% občanů s tím, nesouhlasí.

Studium medicíny je bezpochyby značně náročné, šance na přijetí ke studiu na lékařskou fakultu však nejsou nízké. V porovnání s ekonomickými fakultami (šance od 22 – 81 % podle fakulty) nejsou šance na přijetí o moc nižší, ale např. ve srovnání s právnickými fakultami vyšší. 1. LF UK a LF Masarykovy univerzity jsou fakulty, na kterých studovala v akademickém roce 2009/2010 většina studentů zapsaných ke studiu na lékařské fakultě. Lékařskou fakultu úspěšně absolvovala nadpoloviční většina studentů. O tom, že po absolventech lékařských fakult je na trhu práce vysoká poptávka, svědčí i velmi nízká míra nezaměstnanosti, která je až na nepatrné výjimky téměř nulová.

Celoživotní vzdělávání

V České republice, jako i v jiných vyspělých zemích, včetně těch, které jsou členy EU, je zaveden tzv. systém celoživotního vzdělávání. Za účelem prohlubování svých znalostí v oblasti preventivní a léčebné péče se lékař (zubní lékař, farmaceut) zapojuje do systému celoživotního vzdělávání. Celoživotní vzdělávání je lékařům (členům ČLK) garantováno Českou lékařskou komorou.

Tento systém je založen na **absolvování vzdělávacích akcí nebo za pedagogickou a vědeckou činnost**, za které získává lékař předepsaný počet kreditů. Během 5let musí dosáhnout minimálního stanoveného celkového počtu kreditů a na základě toho je mu udělen Diplom celoživotního vzdělávání lékařů, jehož držení je např. jednou z podmínek pro vydání licence pro výkon funkce vedoucího lékaře nebo primáře zdravotnického zařízení. Vzdělávací akce zajišťuje sama **ČLK nebo asociace**, které musejí mít povolení ČLK, která i akcím přidělí počet kreditů. Mezi organizace akreditované ČLK pro celoživotní vzdělávání patří samozřejmě Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, IKEM, některé nemocnice (včetně fakultních) a záchranné služby. Vzdělávací akce pořádají i soukromé organizace. Takových organizací, které nejsou přímo součástí ČLK je až na 40. Poslední akreditace organizace proběhla v roce 2008. Dokladem o absolvování takové akce je **certifikát**, na kterém musí být uvedeny všechny předepsané

náležitosti (podle Stavovského předpisu č. 16 ČLK) včetně čísla akce v centrálním registru garantovaných akcí celoživotního vzdělávání lékařů. Kredity lékař může získat nejen za pasivní účast na vzdělávací akci (pořádá ČLK nebo subjekty sdružené v asociaci a těmi, co provádějí tyto akce dle zákona č. 95/2004 Sb.), ale také za absolvování klinické stáže a klinických dnů, součástí takového vzdělávání jsou i jeho elektronické formy (od roku 2003 e-learning), studium odborné literatury s autodidaktickými testy. Kredity lékař získává samozřejmě i za vlastní publikační a přednáškovou činnost a počítá se i spoluautorství v případě přednášky na celostátní nebo mezinárodní konferenci. V případě publikační činnosti (s výjimkou vědecké monografie) je 2. autor hodnocen polovičním počtem kreditů. Např. za článek v časopise s impakt faktorem získává lékař 100 kreditů. Účast na vzdělávací akci je hodnocena 1 kreditem za 45 minut (max. 6 kreditů) vzdělávací hodiny, v případě vzdělávacích akcí získává lékař 2 kredity, za elektronické vzdělávání 2 – 4 kredity. Asociace celoživotního vzdělávání je tvořena lékařskými fakultami Univerzity Karlovy, Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Každý člen České lékařské komory, tedy každý lékař, který chce vykonávat toto povolání na území ČR, je povinen účastnit se celoživotního vzdělávání podle Stavovského předpisu č. 16. Za účast na takových akcí lékař ve většině případů platí.

„Zúčtování“ a **vydávání diplomů** připadá na začátek roku 2012. Stavovský předpis č. 16 prošel za poslední roky několika úpravami. Nová úprava řeší spíše administrativní a technickou stránku zajišťování celoživotního vzdělávání lékařů. Zásadní změnou je však stanovený minimální požadovaný počet kreditů nutný pro získání zmiňovaného diplomu. Při žádání v roce 2012 ještě bude stačit 50 kreditů. Od 1.1.2013 to již bude 150 kreditů. Tato změna byla provedena za účelem harmonizace s celoživotním vzděláváním v zemích EU. Požadavky v České republice z hlediska celoživotního vzdělávání byly velmi nízké. Systém bude od roku 2013 náročnější i z důvodu toho, že přiřazený počet kreditů se v mnohých formách vzdělávání redukuje.

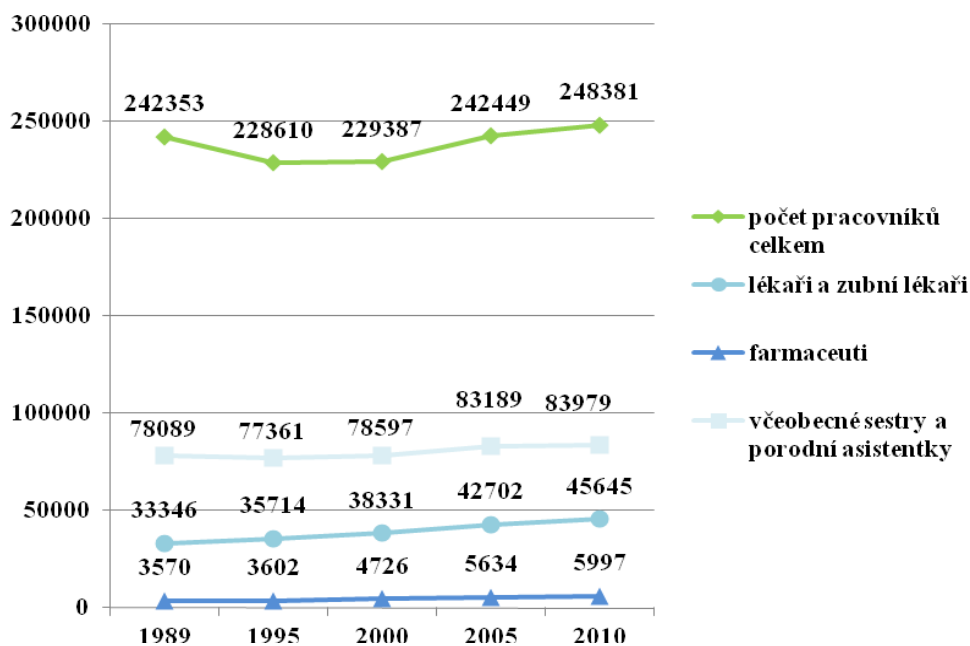
4.2.3.2 Vybavení lidskými zdroji

Otázka personálního zajištění zdravotnictví se nevztahuje jen na počet lékařů a zdravotnického personálu, ale pro dobře fungující systém musí být personál vhodně strukturován z hlediska specializace.

Počet zdravotnických pracovníků

Jak dokládá Graf 9, dochází dlouhodobě k postupnému navyšování počtu pracovníků ve zdravotnictví.

Graf 9 Vývoj počtu (přepočteného) pracovníků ve zdravotnictví ČR a v rámci vybraných kategorií v letech 1989 - 2010



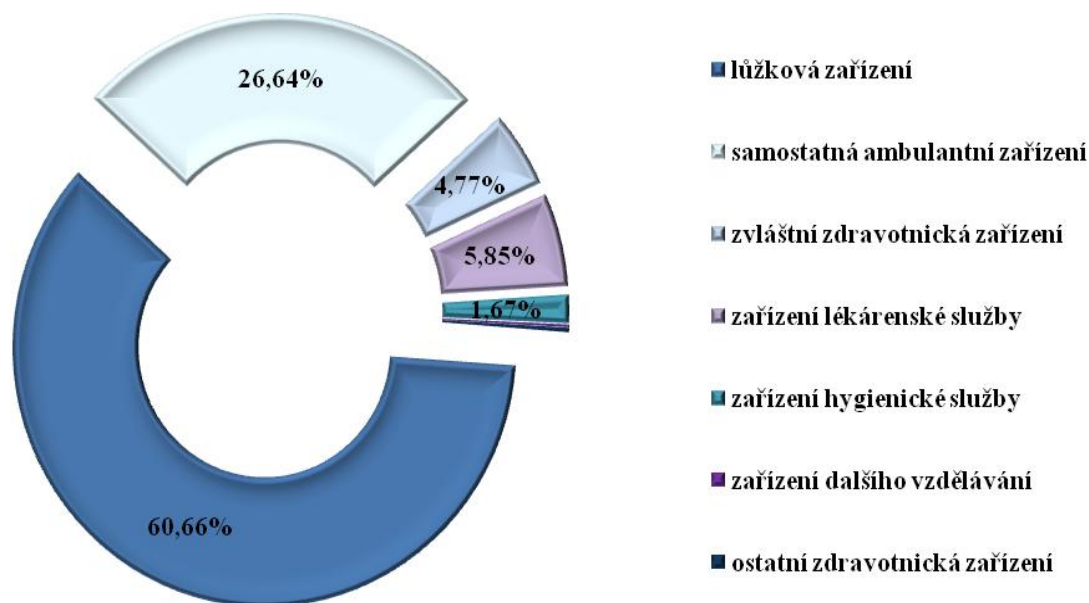
Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2010* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-10-24. (PDF). Aktuální informace č. 55/2011 ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 53 s. ISBN 978-80-7280-900-4

Jejich celkový stav ke konci roku 2010 oproti roku 1989 se však nezvýšil výrazně, ale jen o 2,5%. Oproti tomu počet farmaceutů se zvýšil o 68%, lékařů a zubních lékařů jen o 3,7%, všeobecných sester a porodních asistentek o 7,5%. Pro srovnání, v roce 1937 bylo na českém území 8606 lékařů, v roce 1958 už 16492 lékařů ze 114911 všech pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

Graf 10 představuje strukturu zdravotnických pracovníků (přepočtený počet) podle druhu zdravotnického zařízení v České republice v roce 2010. Zatímco polovina všech lékařů pracovalo v **nemocnicích v roce 2010**, 96% zubních lékařů vykonávalo svou činnost v **samostatných ambulantních zařízeních**. V nemocnicích bylo zaměstnáno také

60% všech všeobecných sester a porodních asistentek, tedy prakticky celá polovina pracovníků ve zdravotnictví.

Graf 10 Rozložení zdravotnických pracovníků v ČR podle druhu zdravotnického zařízení v roce 2010 (v %)



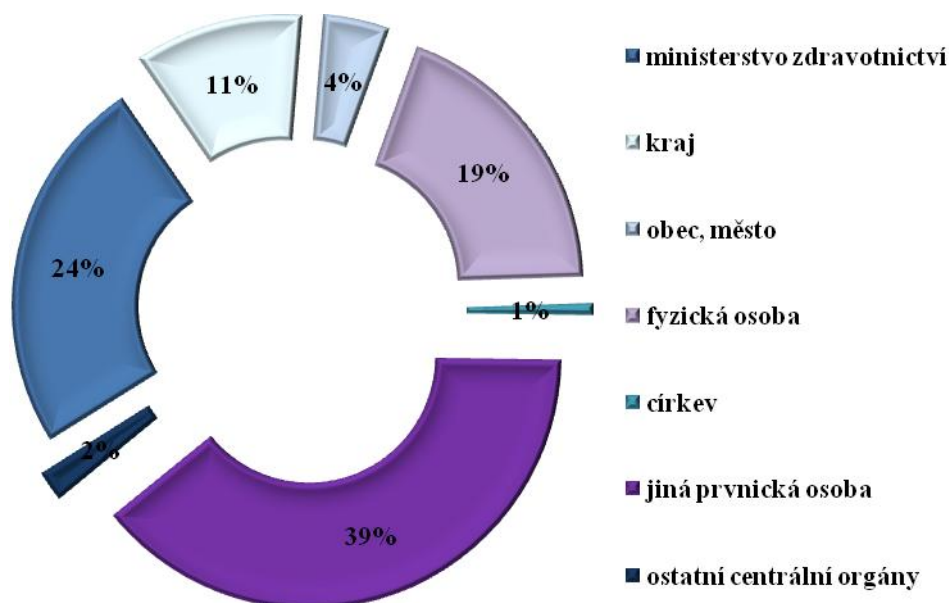
Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2010* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-10-24. (PDF). Aktuální informace č. 55/2011

Do lůžkových zařízení jsou řazeny nemocnice, LDN, léčebny TRN, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny, lázně a ostatní lůžková zařízení. Mezi zvláštní zdravotnická zařízení patří kojenecké ústavy, dětské domovy, jesle, ostatní dětská zařízení, zařízení zajišťující dopravu raněných, nemocných a rodiček, záchranná služba a ostatní zvláštní zdravotnická zařízení.

Zatímco v roce 1989 10% zařízení bylo řízeno ministerstvem zdravotnictví a zbytek spadal pod působnost okresních úřadů, po roce 1990 se tento stav změnil, především díky privatizaci a přechodu do privátní sféry a vzniku nových zařízení v tomto soukromém sektoru. Další změna v legislativě, která změnila tuto strukturu, bylo zrušení okresních úřadů k 1.1.2003. Zdravotnická zařízení, jejichž zřizovatelem byl do té doby

okres, tak spadají již do privátní sféry. I se 100% majetkovou účastí obce nebo kraje ve zdravotnickém zařízení, je toto zdravotnické zařízení považováno za nestátní.

Graf 11 Rozložení zdravotnických pracovníků v ČR podle zřizovatele zdravotnického zařízení v roce 2010 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2010* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-10-24. (PDF). Aktuální informace č. 55/2011

Z Grafu 11 vyplývá, že nejvíce pracovníků vykonává svou činnost v zařízeních, jejichž zřizovatelem je jiná právnická osoba, ministerstvo nebo fyzická osoba. V roce 2010 byla více jak třetina pracovníků zaměstnána ve zdravotnických zařízeních, která spadají do kategorie **jiná právnická osoba** (např. a.s., s.r.o.). V zařízeních, jejichž **zřizovatelem** je **ministerstvo** (např. fakultní nemocnice), pracovala v roce 2010 zhruba 1/4 všech pracovníků ve zdravotnictví. **Fyzické osoby** jsou představovány především samostatnými ambulantními zařízeními, ordinacemi, v těch pracovala 1/5 všech pracovníků v tomto resortu. Ostatními centrálními orgány jsou zařízení ministerstva dopravy, obrany, vnitra a spravedlnosti.

Odchod českých lékařů do zahraničí a příchod zahraničních do ČR

I když v roce 2009 je patrný nárůst počtu absolventů medicíny, neznamená to pozitivní přínos ve zvýšení počtu lékařů v ČR. Nízké platové ohodnocení, složitý systém vzdělávání, kdy se často mění podmínky, pro některé obory nebylo vhodně navržené předatestační vzdělávání, najímání mladých lékařů na kratší úvazky při odvádění práce jako při plném, zpoplatnění atestačních zkoušek, to vše přispívalo a přispívá k pochopitelnému **odchodu lékařů absolventů** do zahraničí. Odchází-li lékař pracovat do zahraničí, konkrétně EU a již na území ČR vykonává své povolání, vydává mu na jeho žádost okresní sdružení České lékařské komory **certifikát profesní bezúhonnosti**, který musí potvrdit i kancelář ČLK v Olomouci. Pokud se jedná o lékaře absolventa, žádá o **potvrzení nečlenství v ČLK** (v kanceláři ČLK v Praze), jež je jedním z důležitých dokumentů nutných pro práci lékaře v zahraničí.

Počty vystavených takových osvědčení jasně ukazují na zájem mladých lékařů o pracovní místo v zahraničí. Poptávka po českých lékařích je vysoká a vedle nesrovnatelné finanční odměny „slyší“ také na lepší pracovní podmínky, především co se týče pracovní doby. Enormní množství přesčasů, které český lékař v českém zdravotnictví v nemocnicích odslouží, není nic pozitivního ani pro něj, ani pro pacienta.

V roce 2009 odešlo ze 780 absolventů 60 lékařů po škole hned do zahraničí. V roce 2010 již 134 lékařů. Podle zápisů z jednání představenstva ČLK v roce 2011 o certifikát o profesní bezúhonnosti 491 lékařů. V roce 2010 bylo těchto žádostí o toto potvrzení vyřízeno 627. Počet odcházejících absolventů do zahraničí by měl být minimálně kompenzován zvýšením počtu absolventů lékařských fakult. Chybějící lékaři jsou **nahrazování spíše lékaři ze zahraničí**, především Slovenské republiky. Počet lékařů ze Slovenské republiky pracujících v ČR se od roku 2003 ztrojnásobil, to samé lze říci o celkovém počtu cizinců lékařů vykonávajících svou profesi na tomto území. V Tabulce 15 je zřehledněna struktura a počet lékařů cizinců pracujících v ČR podle jejich původu. V roce 2006 došlo ke změně metodiky sledování těchto údajů, proto menší rozdíl. Vzhledem k počtu lékařů ke konci roku 2010 a počtu lékařů cizinců k 30.9.2010 se dá říci, že v ČR pracovalo 5,5% lékařů cizinců z celkového počtu lékařů. Při té samé úvaze, ale pro rok 2006 tento ukazatel vycházel jen na 5%. Nejedná se tedy jen o nárůst počtu lékařů cizinců a jejich proporcionální nahrazení lékařů stávajících. Zvyšuje se podíl lékařů cizinců na celkovém počtu lékařů.

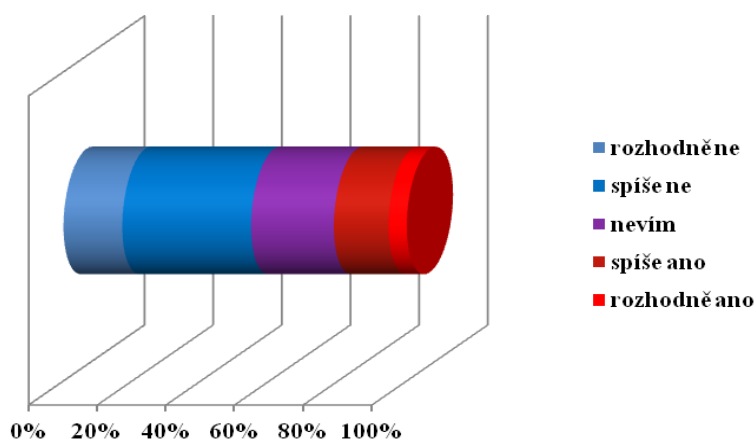
Tabulka 15 Struktura a počet lékařů (včetně zubních) cizinců vykonávajících svou činnost v ČR v letech 2003 – 2011

ke dni	lékaři a zubní lékaři cizinci celkem	z toho:		ke dni	lékaři a zubní lékaři cizinci celkem	z toho:	
		lékaři a zubní lékaři ze SR	cizinci EU/EHP/ Švýcarsko			lékaři a zubní lékaři ze SR	cizinci EU/EHP/ Švýcarsko
30.4.2003	829	711		30.9.2007	1642	1605	1642
30.9.2003	1046	906		30.4.2008	1701	1653	1701
30.4.2004	1097	968		30.9.2008	1774	1721	1774
30.9.2004	1106	995		30.4.2009	1827	1771	1827
30.4.2005	1188	1033		30.9.2009	1933	1871	1933
30.9.2005	1389	1202		30.4.2010	1960	1896	1960
30.4.2006	1524	1288		30.9.2010	2083	2011	2083
30.9.2006	1430	1409	1430	30.4.2011	2125	2143	2125
30.4.2007	1517	1479	1517	30.9.2011	2250	2169	2250

Zdroj: vlastní zpracování, data z materiálů poskytnutých Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR

Při dotazování lékařů (v roce 2010), zda mají obavy, že tuzemské lékaře odcházející do zahraničí nahradí přicházející cizinci, tuto obavu sdílelo jen přes 20% dotázaných.

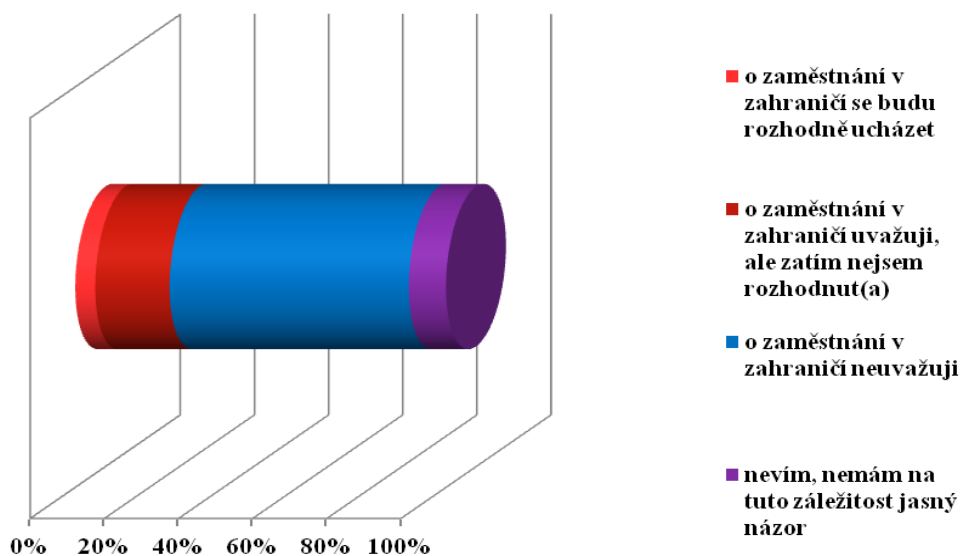
Graf 12 Názor lékařů na obavy nahrazení odcházejících tuzemských lékařů do zahraničí lékaři cizinci přicházejících do ČR (v roce 2010)



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, s. r. o., Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Dotazovaní lékaři sami o odchodu do zahraničí ve většině případů dotazovaných v roce 2010 neuvažovali. Graf 13 vyjadřuje rozdělení dotazovaných lékařů podle toho, zda a do jaké míry uvažují o odchodu za prací do zahraničí.

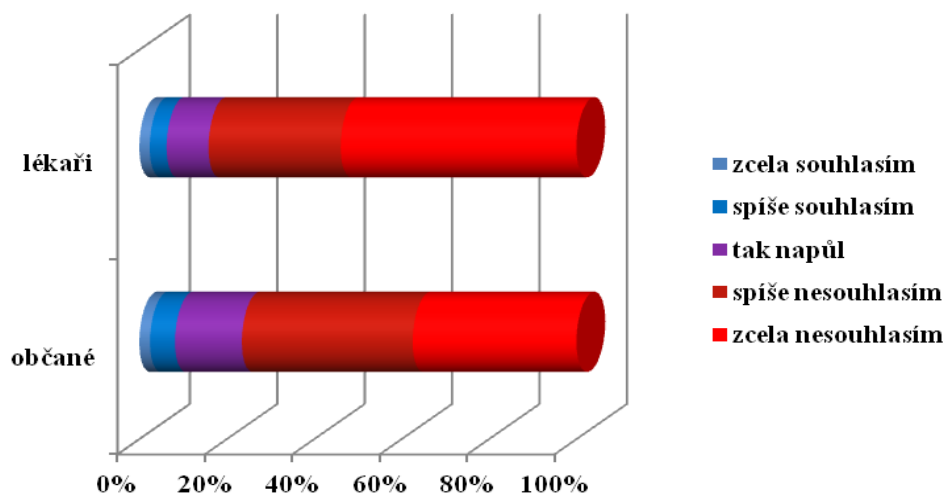
Graf 13 Osobní názor lékařů na odchod za prací do zahraničí v roce 2010



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, s. r. o., Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Pro zhodnocení, zda je lékařů dostatek či naopak, nestačí sledovat jen statistiky, ve kterých se jen stěží promítne změna požadavků pacientů, která se může odrážet v potřebě většího počtu lékařů a podmínky praxe. Jak sami lékaři, tak i občané z naprosté většiny nesouhlasí s tím, že by byl počet lékařů velký a měl by se snížit.

Graf 14 **Názor občanů a lékařů na příliš velký počet lékařů a nutnost jejich počet snížit (v roce 2010)**

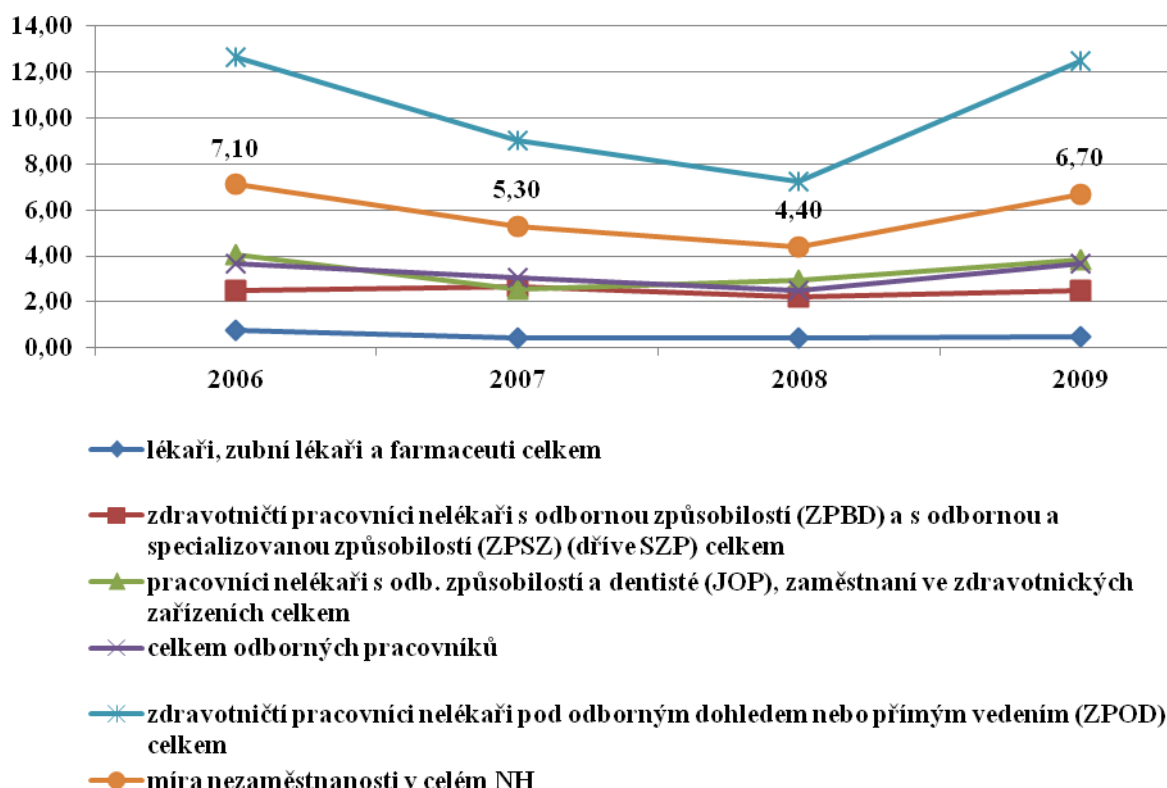


Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, s. r. o., Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Zaměstnanost ve zdravotnictví

Podle údaje ministerstva práce a sociálních věcí, byla vypočítána registrovaná míra nezaměstnanosti u vybraných skupin pracovníků. Jsou sledovány počty volných pracovních míst a uchazečů o práce ve zdravotnictví podle jednotlivých odborností a profesí ve vztahu ke klasifikaci KZAM, a za období 1.5. – 30.9. a 1.10. – 30.4. Jelikož nejsou udávány počty pracovníků podle povolání během roku, jedná se pouze o skutečně jen orientační hodnoty získané ze vztahu počtu uchazečů o zaměstnání v období od 1.10. (daného roku) – 30.4. (následujícího roku) a počtu pracovníků k 31.12. (daného roku). Pro rok 2006 byly použity údaje pro období 1.5. – 30.10., jelikož nebyly k dispozici údaje starší. V roce 2011 došlo ke změně metodiky a navázání pro úplné srovnání je velice obtížné, ne-li nemožné. Je pak možné sledování u konkrétních profesí.

Graf 15 Vývoj registrované míry nezaměstnanosti ve zdravotnictví podle skupin odborných pracovníků v ČR v letech 2006 – 2009 (v %)



Zdroj: vlastní zpracování, výpočty z dat z materiálů poskytnutých Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, z dat z ÚZIS ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2006*. Praha 9. 11. 2007. Aktuální informace č. 56/2007, ÚZIS ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2007*. Praha 31. 12. 2008. Aktuální informace č. 48/2008, ÚZIS ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2008*. Praha 17. 7. 2009. Aktuální informace č. 38/2009, ÚZIS ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2009*. Praha 21. 10. 2010. Aktuální informace č. 65/2010

Z Grafu 15 vyplývá, že až na **zdravotnické pracovníky nelékaře pracující pod odborným dohledem nebo přímým vedením** je nezaměstnanost odborných pracovníků ve zdravotnictví pod průměrem nezaměstnanosti v celém národním hospodářství ČR. Pokud je brána v úvahu 2% míra nezaměstnanosti jako přirozená, je hodnota míry nezaměstnanosti v případě **lékařů, zubních lékařů a farmaceutů** skutečně neuspokojivá a značí to problémy se zajišťováním zdravotnických zařízení tímto personálem. Hodnota míry nezaměstnanosti se pohybuje pod 1%. Míra nezaměstnanosti zdravotnických pracovníků s odbornou a odbornou a specializovanou způsobilostí se pohybuje kolem 2,5%. U profesí, které patří do této skupiny, je míra nezaměstnanosti nižší než 2,5% např. u všeobecných a dětských sester, porodních asistentek, radiologických

techniků, zdravotnických záchranářů. Vyšší než 2,5%, ale stále poměrně nízká je např. u zubních a farmaceutických techniků. Naopak vysoká je u asistentů veřejného zdraví (s pravděpodobně souvisí s faktem, že v poslední době jsou programy Podpory zdraví realizovány jen minimálně) a očních optiků. Skupina pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí a dentistů vykazovala míru nezaměstnanosti kolem 3 – 4 %. Patří sem např. pedagogický psycholog, odborní sociální pracovníci zdravotnických zařízení, dentální hygienistka manažerka.

V roce 2010 byla míra nezaměstnanosti u lékařů a zubních lékařů ani ne 0,5%. U farmaceutů je o něco vyšší, ale nepřesahuje 2%. Takové údaje svědčí o nebezpečí nezajištění zdravotnických zařízení lékaři, je-li přihlédnuto, že taková hodnota neodpovídá ani té, která je udávána jako přirozená míra nezaměstnanosti, která souvisí s běžnou fluktuací pracovníků, nahrazováním těch, co odcházejí do důchodu, absolventy, změnou bydliště lékařů apod. Nedostatek lékařů značí také fakt, že v záznamech Úřadů práce je více **volných míst než uchazečů o zaměstnání**. V kategorii lékaři, zubní lékaři a farmaceuti je více volných než poptávaných míst (výjimkou farmaceuti). Obecně je velký nedostatek praktiků, v roce 2011 (vykazováno podle nové metodiky zvlášť) byla i vyšší poptávka po lékařích bez atestace. U ostatních skupin pracovníků je tomu naopak. Lze říci, že ve všech krajích je u této skupiny více volných míst než registrovaných uchazečů, u lékařů až několikanásobně více. V případě zubních lékařů je zaznamenáno minimum volných míst a uchazečů. Většinou je ale více uchazečů, ale ne více než 10. Nedá se tedy prakticky hovořit o tom, že by zubaři měli problém najít si práci ve svém oboru.

Finanční ohodnocení pracovníků

Příčinou nepružné obměny pracovníků ve zdravotnictví, především lékařů, je nejen složitost systému vzdělávání a jeho náročnost, ale také finanční ohodnocení odvedené práce. Podle **platných předpisů o platu** jsou odměňováni zaměstnanci příspěvkových organizací a organizačních složek státu, tedy těch zařízení, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví, kraj, obec a město a ostatní centrální orgány. Zaměstnanci ve zdravotnických zařízeních v soukromém sektoru, tedy těch zařízení, jejichž zřizovatelem je fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba jsou odměňováni podle platných předpisů o mzdě. Mezi zřizovatele, kterými je jiná právnická osoba patří

i obchodní společnosti, v nichž má stoprocentní podíl majetku kraj nebo obec. Rovněž zaměstnanci lázeňských zařízení jsou odměňováni mzdou.

Tabulka 16 Odměny lékařů, zubních lékařů a zdravotnických pracovníků nelékařů s odbornou způsobilostí (a specializační způsobilostí) v letech 1989 – 2009 v Kč

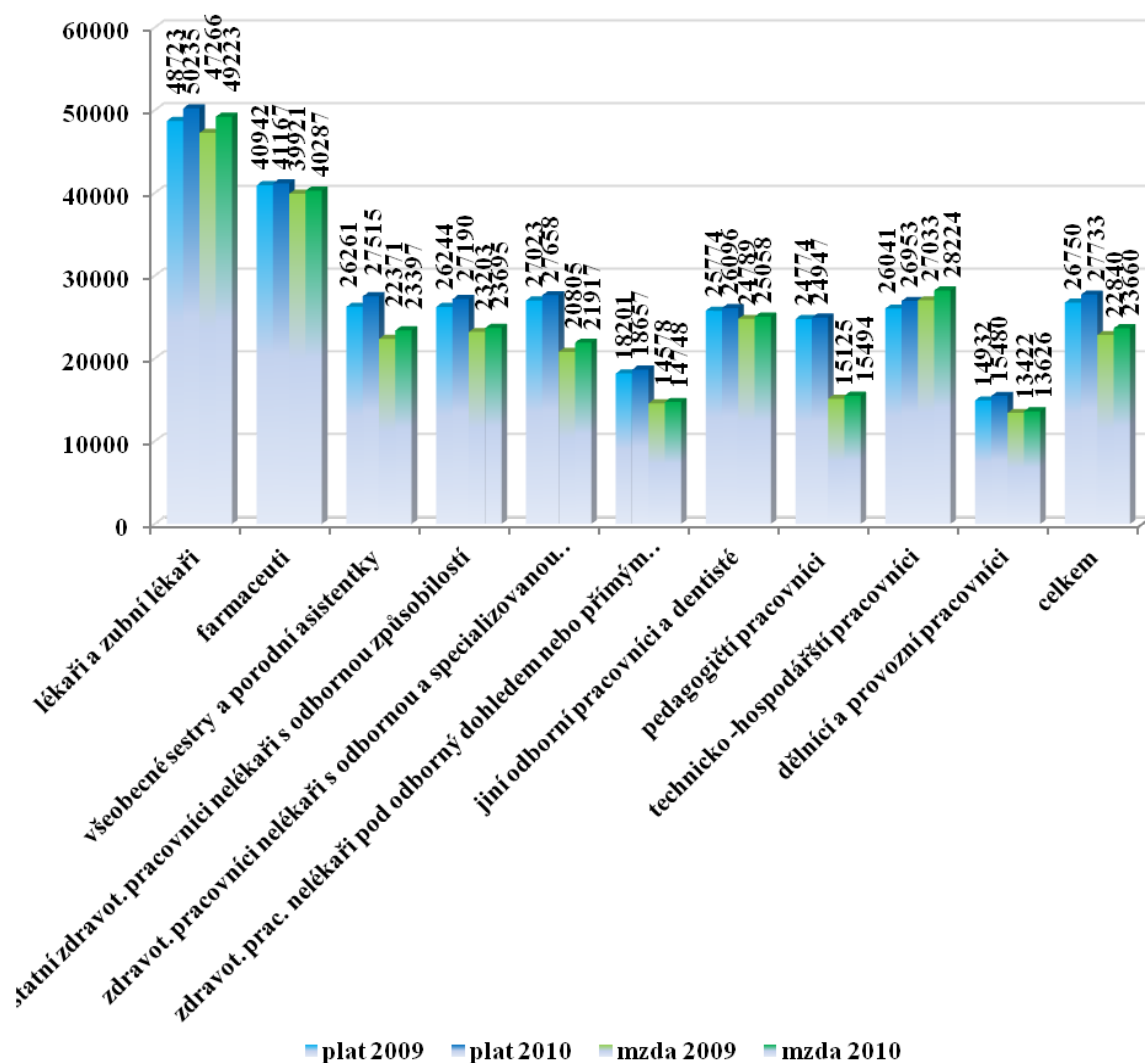
	1989	1995	2000	2005	2009
ve ZZ s odměňováním podle předpisů o platu	3069	8288	12962	19833	26750
lékaři a zubní lékaři	5072	15860	24936	38668	48723
ZPBD (SZP)	2838	7990	12211	19054	26258
ve ZZ s odměňováním podle předpisů o mzdě		7360	11390	16794	22840
lékaři a zubní lékaři		15163	25288	37649	47266
ZPBD (SZP)		7659	10885	16017	22486

Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚZIS ČR. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 53 s. ISBN 978-80-7280-900-4

Z Tabulky 16 je patrný **rozdíl mezi průměrnou měsíční mzdou a platem zdravotnických pracovníků**. Zatímco v roce 1995 průměrný plat byl ve zdravotnickém zařízení jen o necelých 13% vyšší, v roce 2009 činí tento rozdíl přes 17%. Růst rozdílu mezi průměrným platem a mzdou je zapříčiněn větší měrou rozdílu mezi platem a mzdou nelékařského personálu s odbornou nebo odbornou a specializovanou způsobilostí. Rozdíl mezi platem a mzdou lékaře a zubaře je nepatrný (nedosahuje v uvedených letech ani 1% rozdílu) na rozdíl od zmiňovaných nelékařů, u kterých tento rozdíl v roce 2009 činí právě těch 17%.

Z Grafu 16 lze vyčíst **rozdíly v průměrných měsíčních příjmech pracovníků ve zdravotnictví podle jednotlivých kategorií** v letech 2009 a v2010. Je patrný nárůst průměrného platu i mzdy ve všech kategoriích z roku 2009 na 2010. K největšímu nárůstu došlo v případě platů u kategorie všeobecné sestry a porodní asistentky, a to o 4,8%, v této kategorii byl zaznamenán i více než 4% nárůst mezd. V případě mezd však k největší % změně (růstu oproti předchozímu roku, tedy 2009) došlo u zdravotníků lékařů s odbornou a specializovanou způsobilostí, a to o 5,3%.

Graf 16 Průměrný plat a průměrná mzda podle kategorií pracovníků ve zdravotnictví ČR v letech 2009 a 2010 (v Kč)



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR . *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2009* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2010-6-22. (PDF). Aktuální informace č. 32/2010., ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2010* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-7-19. (PDF) Aktuální informace č. 39/2011.

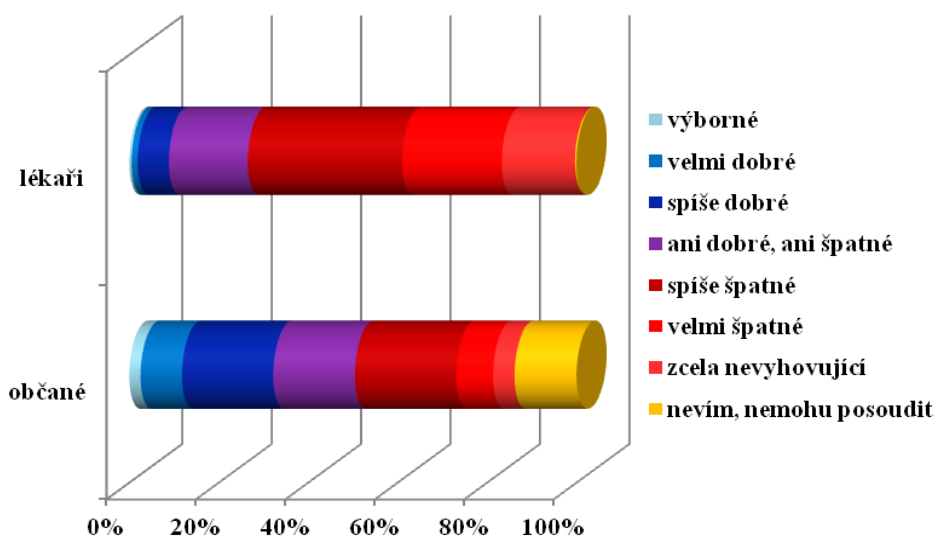
Nejméně rostly platy a mzdy farmaceutů. Zdravotničtí pracovníci bez dalšího odborného vzdělání mají průměrnou mzdu podobnou jako dělníci a provozní pracovníci. Jedná se především o ošetřovatelky/tele a zdravotníky pouze s maturitou ze zdravotní školy a bez dlouholeté praxe, která by další vzdělání suplovala. V roce 2010 oproti roku 2009 vzrostly platy a mzdy ve zdravotnictví průměrně o zhruba 3,6%. Je to však nižší meziroční navýšení než v roce 2009 oproti roku 2008, kdy v případě platu toto navýšení dosahovalo

7,6% a v případě mezd 6,8%. Je však nutné si uvědomit, že se jedná pouze o odměny za práci průměrné. Je velký rozdíl mezi platy a mzdami pracovníků s dlouholetou praxí a absolventů a podle dosažené kvalifikace.

Mnoho lidí je přesvědčeno o vysokých příjmech lékařů. Je však rozdíl mezi lékaři se soukromými praxemi a v lukrativních oborech k tomu a lékaři, kteří jsou zaměstnáni v nemocnicích. Ještě větší je nesoulad ve výši příjmu běžného mladého lékaře před atestací a lékaře zkušeného s dlouholetou praxí. Průměrná hrubá měsíční mzda lékaře byla v roce 2010 (údaje ÚZIS ČR) 48,7 tis. Kč. To je ovšem mzda průměrná. Plat lékaře bez první atestace, natož čerstvého absolventa je mnohem nižší. Plat lékaře absolventa s praxí do jednoho roku ve státních nemocnicích podle Stupnice platových tarifů podle platových tříd a platových stupňů pro zaměstnance uvedené v § 5 odst. 3 (Příloha č. 3 k nařízení vlády č. 564/2006) je vyměřen na 17340 Kč měsíčně (hrubý příjem), po první atestaci s praxí 4-6 let se zvedá na 22 770 Kč. Vyššího příjmu lékaři dosahují také díky velkému počtu přesčasů. V přepočtu za odpracovaných 150 hodin měsíčně se dostává výše platu do jiného světla, než uvádějí média.

Jak je patrné v Grafu 17, podle třetiny dotazovaných občanů v roce 2010 je finanční ohodnocení lékařů výborné, velmi dobré nebo spíše dobré. Větší třetina se přiklání k názoru, že jsou hodnoceni špatně. Při hodnocení v podstatě nehrálo roli **dosažené vzdělání**, jen lidé se základním vzděláním se přikláněli ve větším zastoupení k tomu, že nemohou hodnotit, než ostatní skupiny. Při rozdělení dotazovaných občanů podle **věkových skupin**, 15-40 letí občané se přikláněli ve většině ke špatnému finančnímu hodnocení lékařů, skupina občané 41-65 hodnotících odměny lékařů kladně odpovídala skupině hodnotící negativně. Občané ve věku 66 let a starší se přikláněli více k dobrému finančnímu hodnocení lékařů než ke špatnému. Je patrný vliv věku na názor o finančním hodnocení lékařů. 14 let zpátky se občané nedomnívali, že je finanční ohodnocení lékařů tak dobré, jako v roce 2010, na druhou stranu v roce 2010 už mají o příjmech lékařů horší mínění než třeba v roce než třeba v roce 2002, kdy finanční ohodnocení lékařů považovalo za dobré kolem 56% dotázaných občanů.

Graf 17 **Názor občanů a lékařů na finanční ohodnocení lékařů v ČR v roce 2010**

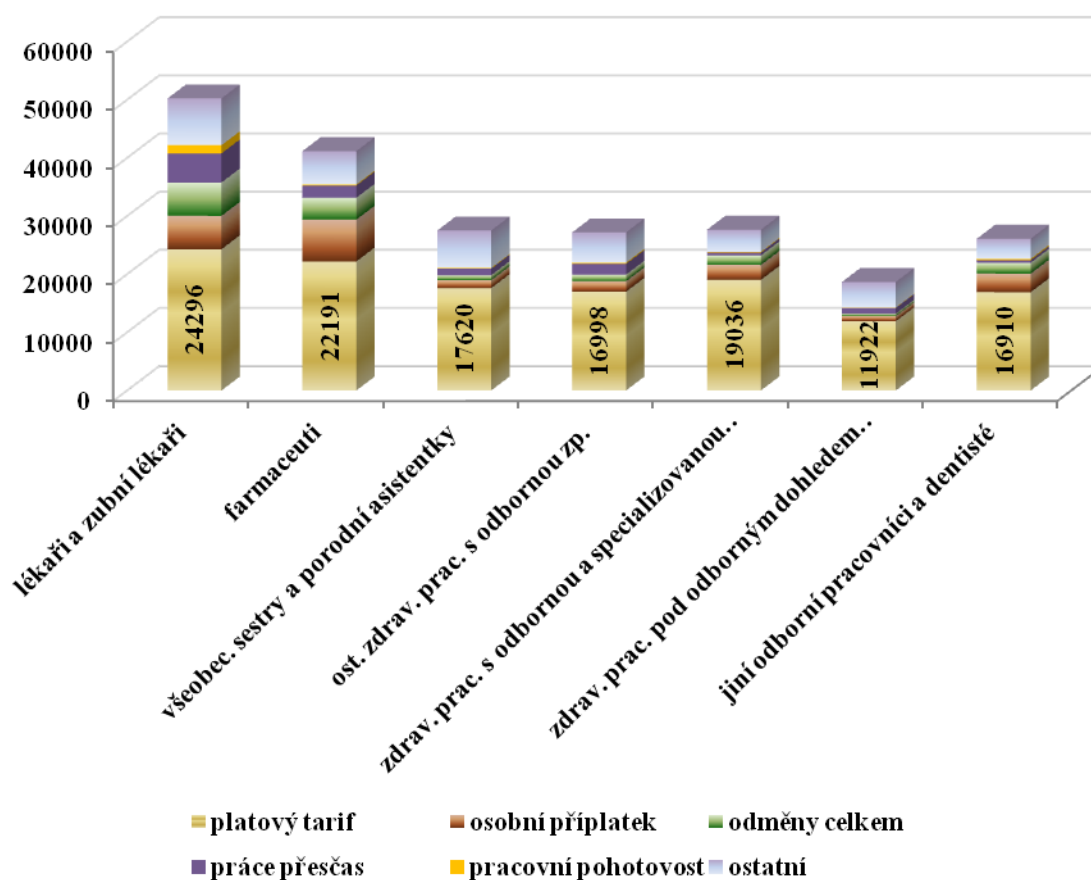


Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

V případě lékařů se našlo mezi dotazovanými 9% těch, kteří příjmy lékařů hodnotí jako dobré, naproti tomu téměř $\frac{3}{4}$ dotazovaných se přiklání ke špatnému finančnímu odměňování těchto pracovníků. Z hlediska toho, jak ohodnocení lékařů **vidí lékaři soukromí, zaměstnanci ambulantních zařízení, malých a středních nemocnic a zaměstnanci velkých a fakultních nemocnic**, není v jejich názorech významný rozdíl, dá se ale říci, že zaměstnanci velkých a fakultních nemocnic vidí finanční ohodnocení lékařů nejpesimističtěji.

Jak dokládá Graf 18, velkou část odborného zdravotnického personálu tvoří odměna za práci přesčas. Část platu je odměnou podle platového tarifu tvořena zhruba z poloviny u lékařů a farmaceutů.

Graf 18 **Struktura platu zdravotnických pracovníků v ČR podle vybraných kategorií v roce 2010 (v Kč)**



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2010* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-7-19. (PDF) Aktuální informace č. 39/2011.

4.2.4 Vlastní financování zdravotnictví ČR

Financování zdravotnictví je odvozeno od toho, jaký model zdravotnictví byl zaveden a dále rozvíjen. Při hledání odpovědi na otázku, který systém je nejlepší, lze vyloučit tržní zdravotnický model a socialistický. V úvahu připadá národní zdravotní služba, kdy je zdravotnictví financováno především ze státního rozpočtu nebo model založený na zdravotním pojištění, které jsou pro ekonomiky tržní, tedy přesněji smíšené. Z výsledků dotazování lékařů a občanů v roce 2010 vyplývá, že nejvíce lékařů (60 % dotázaných) vidělo neoptimálnější způsob hrazení péče v modelu, kdy péče by byla **částečně hrazena z povinného zdravotního pojištění a občané by si připláceli**

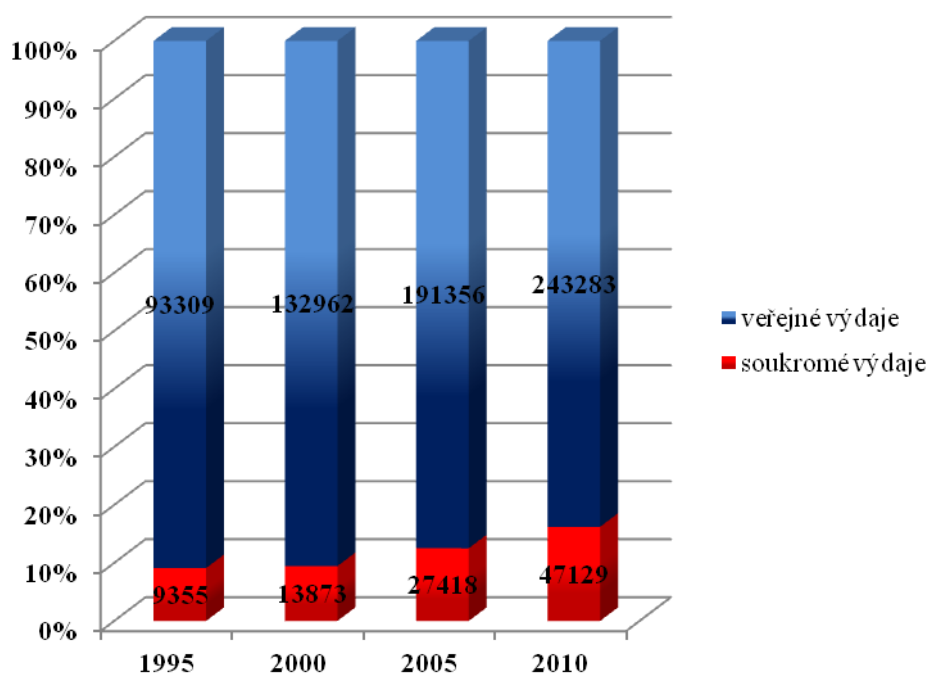
na některé léčebné zákroky, tuto variantu volila také více jak třetina občanů. Mezi občany šlo o variantu, kterou by preferovalo nejvíce dotázaných. K variantě, že péče by byla **v plném rozsahu hrazena ze zdravotního pojištění**, které povinně platí výdělečně činní občané a jejich zaměstnavatelé případně stát za ty, kteří nejsou výdělečně činní, se přikláněla více jak další třetina dotázaných občanů. Tuto variantu jako nejlepší by volila i zhruba pětina dotázaných lékařů. Zatímco třetina (větší) občanů se přiklání k částečnému hrazení péče z veřejného pojištění a třetina k plnému hrazení, u lékařů je preference částečné úhrady z povinného pojištění výraznější. Více jak 15% podporu dotázaných mezi občany by měla také varianta, že péče je **v plném rozsahu hrazena státem z daní** občanů a institucí, takovou podporu však nemá v řadách lékařů. Varianty **s nepovinným zdravotním pojištěním, nebo pojištěním žádným** měly mezi dotázanými mizivou podporu. Není výrazný rozdíl v názoru lidí mladších 65 let a ve věku 65 a více let (starší). Starší občané se ve větší míře přiklánějí k péči hrazené plně státem nebo ze zdravotního pojištění, starší preferují nejvíce péči plně hrazenou ze zdravotního pojištění, mladší částečně hrazenou ze zdravotního pojištění, co se dalo předpokládat. Mezi lékaři zazněl i názor, že by měl fungovat pokladenský systém, kdy smlouvu s pojišťovnou nemá lékař (zdravotnické zařízení), ale pacient. Také se vyskytl názor, že stát, by měl hradit standardní péči, nadstandardní pacient nebo že by mělo být zavedeno komerční připojištění na některé výkony. Vzhledem k výsledkům dotazování občanů v předchozích letech (od roku 1996), lze konstatovat, že lidé se postupně stále více přiklánějí k tomu, aby si pacienti na některé léčebné zákroky připláceli a nebyla péče hrazena v plném rozsahu ze státního rozpočtu nebo v rámci veřejného zdravotního pojištění.

4.2.4.1 Finanční zdroje ve zdravotnictví

Finanční stránka zdravotnictví je jednou z nejdůležitějších determinant jeho stavu a vývoje. Před transformací systému byl prakticky jediným zdrojem financí státní rozpočet. V současném systému jdou na zdravotnictví výdaje jak **veřejné**, tak i **soukromé**. Výdaje na zdravotnictví každoročně rostou, a to prakticky ve všech segmentech zdravotní péče. Rostou výdaje veřejné i soukromé. V roce 2010 výdaje na zdravotnictví dosahovaly více jak 290 mld. Kč, z toho veřejné výdaje tvořily 84%, z čehož plyne, že soukromé výdaje představovaly zhruba 16% výdajů celkových. Výdaje na zdravotnictví vzrostly za 5 let

(2005-2010) o 72%. Ještě o deset let dříve se veřejné zdroje podílely na financování zdravotnictví z 90%. Jen pro srovnání, v roce 1980 stálo zdravotnictví přes zhruba 15 mld. Kčs, v roce 1985 se na něj vydalo o 30% více (než v roce 1980), a v roce 1990 činil přírůstek výdajů na zdravotnictví za uplynulých 5 let 50%. Od roku 1992 je zdrojem financování zdravotnictví také Všeobecná zdravotní pojišťovna. V tomto roce ji byly přiděleny finanční prostředky ze státního rozpočtu. Vzhledem ke způsobu stanovování cen a vzhledem k tomu, že nejsou po celé hodnocené období výdaje zachyceny ve stejné měně, nelze provést srovnání za 20 let úplně a přesné.

Graf 19 Podíl veřejných a soukromých výdajů na celkových na zdravotnictví v ČR v letech 1995 – 2010 (v mil. Kč)



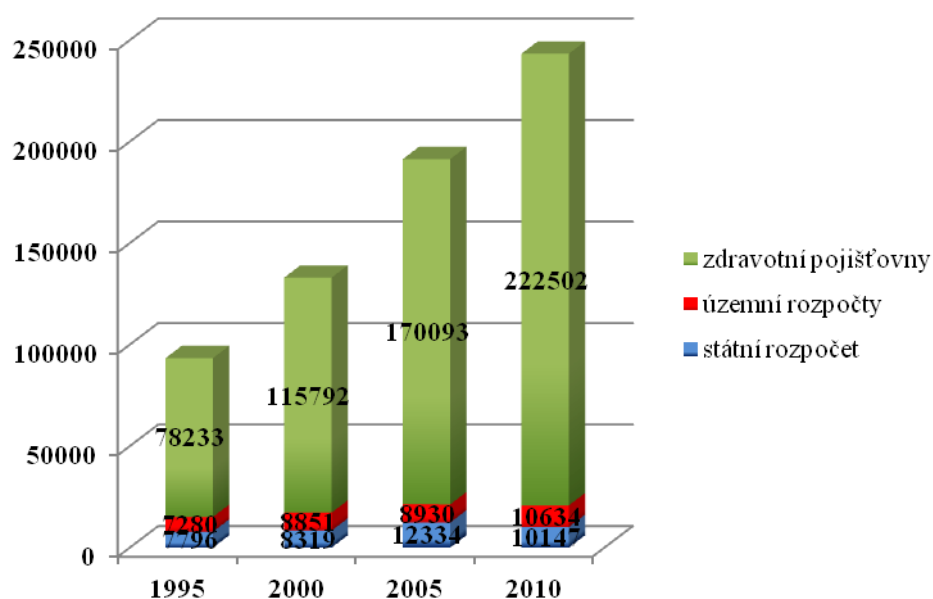
Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2001*. Praha: ÚZIS ČR, 2002. 242 s. ISBN 80-7280-159-7, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2006. 262 s. ISBN 80-7280-652-1, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0

Veřejné zdroje představuje státní rozpočet a rozpočty územní a zdravotní pojišťovny. Z Grafu 19 jasně vyplývá, že nejvýznamnějším zdrojem financí jsou v tomto ohledu zdravotní pojišťovny. Od začátku fungování veřejného zdravotního pojištění

představují pojišťovny největší zdroj financí pro tento resort, a to tehdy více jak z 90% všech veřejných výdajů na zdravotnictví.

Zatímco v porovnání v rozmezí 5 let od roku 1995 do roku 2005 výdaje státního rozpočtu na zdravotnictví jsou po pěti letech vyšší, v porovnání výdajů v roce 2005 a 2010 už tomu tak není. V případě územních rozpočtů se navyšují, v případě zdravotních pojišťoven jde o ještě výraznější procentní přírůstky. V roce 2000 oproti roku 1995 výdaje na zdravotnictví byly o 48% vyšší, v roce 2005 oproti roku 2000 o 43%, ale v roce 2010 oproti 2005 „jen“ o 30%. Ve všech sledovaných letech (1995, 2000, 2005 a 2010) byly výdaje na zdravotní péči z naprosté většiny kryty prostředky zdravotních pojišťoven, a to z 96% (v roce 1995 94%). Srovnání struktury těchto výdajů zachycuje graf 20.

Graf 20 **Struktura výdajů na zdravotní péči podle zdrojů financování v ČR v letech 2000 – 2010 (v mil. Kč)**



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2001*. Praha: ÚZIS ČR, 2002. 242 s. ISBN 80-7280-159-7, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2006. 262 s. ISBN 80-7280-652-1, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0

Zatímco v roce 2010 vidělo problémy ve financování zdravotnictví 87% dotázaných občanů a 98 % dotázaných lékařů (mezi občany více dotázaných, kteří „nevědí“). V roce 1995, 2000 i v roce 2005 hodnotili oblast financování zdravotnictví občané kritičtěji.

4.2.4.2 Struktura výdajů na zdravotní péči

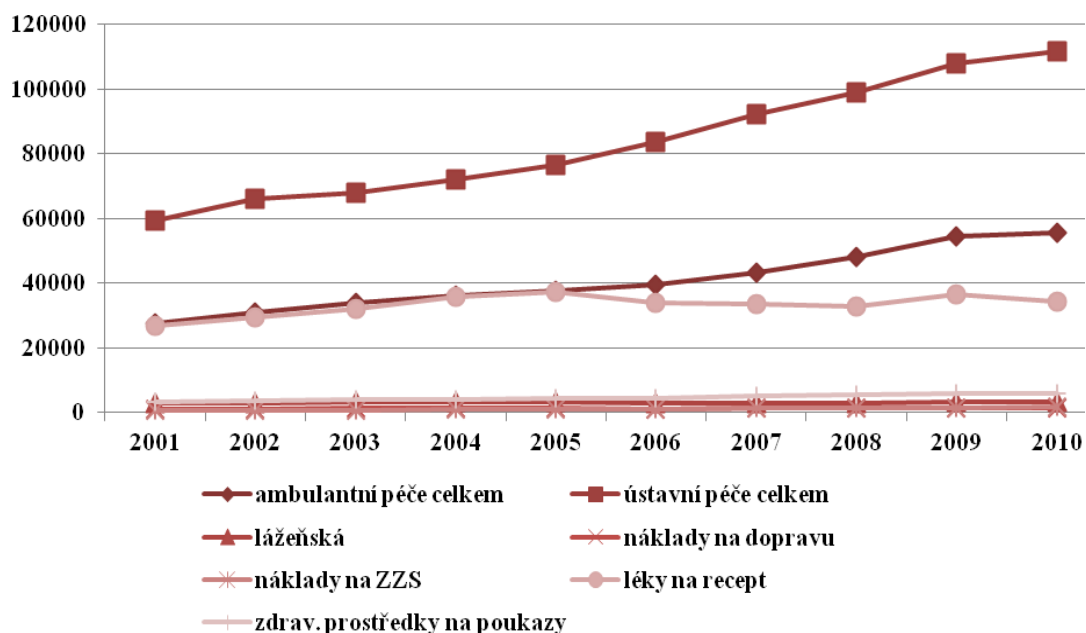
Výdaje na zdravotnictví lze sledovat z několika hledisek. Výdaje (náklady) zdravotních pojišťoven na zdravotní péči se dělí podle druhu poskytované péče, podle segmentů poskytované zdravotní péče, podle věku a pohlaví, podle druhu nemoci (diagnóz).

Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů poskytované péče

Při zohlednění segmentů péče podle druhu poskytované péče, je evidentní, že největší část výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči připadají z poloviny na péči ústavní (přes 90% na nemocniční). Následuje ji péče ambulantní, na níž připadá v roce 2010 zhruba čtvrtina všech výdajů na zdravotní péči a výdaje na léky na recept, které tvořily 16% celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Ostatní segmenty se na zmiňovaných celkových výdajích nepodílely ani z 10%.

Z Grafu 21 je jasné vidět, že největší část finančních prostředků zdravotních pojišťoven na zdravotní péči plyne na **péči ústavní**. ČR republika patří mezi státy s nejvyšším podílem výdajů právě na péči ústavní. Následuje ji **péče ambulantní a výdaje na léky na recept**. Podle údajů vztahujících se k roku 2010 největší podíl na výdajích za ambulantní péči má péče specializovaná, pak péče praktických lékařů, stomatologů, diagnostická, rehabilitační a nakonec domácí péče.

Graf 21 Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v ČR podle segmentů péče v letech 2001 – 2010 (v mil. Kč.)



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2001*. Praha: ÚZIS ČR, 2002. 242 s. ISBN 80-7280-159-7, ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2006. 262 s. ISBN 80-7280-652-1, ÚZIS ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0

Při hodnocení vývoje výdajů na jednotlivé segmenty zdravotní péče pomocí log-lineární regrese vychází jako segment s nejrychleji rostoucími náklady ambulantní specializovaná péče včetně gynekologické. Více jak 10% nárůst vykazuje také domácí zdravotní péče. Zde se však nedá hovořit o negativním jevu. Domácí zdravotní péče nahrazuje péči, kterou dříve musely zajišťovat nemocniční zdravotnická zařízení, jejichž péče je sama o sobě náročnější.

V uplynulých letech docházelo ke změnám v nákladech na zdravotní péči. I když více méně ve všech segmentech náklady pojišťoven na zdravotní péči rostou, jak vyplývá z údajů v Tabulce 17, došlo v důsledku přijetí různých politických opatření a opatření pojišťoven ke změnám v jejich růstu. Náklady pojišťoven na **ambulantní péči** vykazují rostoucí charakter, nicméně nárůst v roce 2010 oproti roku 2009 byl jen o necelá 3%. Nízký nárůst byl způsobený nízkým nárůstem v případě stomatologické a rehabilitační péče.

Tabulka 17 Meziroční % nárůst nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentů z.p. (2001 – 2010)

ambulantní péče celkem		7,91
	stomatologická	3,09
	praktických lékařů	7,80
	rehabilitační	7,15
	diagnostická	8,10
	spec. amb. včetně gynekologické	10,22
	domácí zdravotní péče	11,15
ústavní péče celkem		7,46
	nemocnice	7,66
	odborné léčebné ústavy	7,57
	LDN	1,34
lázeňská péče		0,12
náklady na dopravu		2,33
náklady na ZZS		11,27
léky na recept		2,18
zdrav. prostředky na poukazy		6,96

Zdroj: vlastní zpracování, výpočty z dat z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče I.*[on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2005-7-20. (PDF). Aktuální informace č. 31/2005, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče.* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-9-7 . (PDF). Aktuální informace č. 50/2011

Byla omezena péče diagnostická, náklady na ní poklesly o více jak 9%, i když předchozí rok byl zaznamenán více jak 20% nárůst. Podobný vývoj vykazuje i péče domácí zdravotnická s poklesem o více jak 3% v roce 2010 oproti roku 2009 oproti téměř 30% nárůstu nákladů v roce 2009 oproti předchozímu. U praktiků a specialistů byl nárůst jen kolem 5%. Praktici vykazovali vysoký nárůst nákladů pojišťoven na jimi poskytnutou péči v letech 2008 a 2009, specialisté v roce 2007. Ke skokovému vysokému nárůstu nákladů oproti předchozímu roku došlo v období roku 2001 – 2010 prakticky ve všech segmentech ambulantní péče s výjimkou stomatologické. Tam se o změně odměňování, která by se znatelně podepsala na celkových výdajích pojišťoven na jimi poskytnutou péči, nedá hovořit. Nemocniční zařízení vykazují více jak 7% meziroční nárůst nákladů pokrytých prostředky zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Od roku 2007 v případě nemocnic tyto náklady neklesají, ale zpomaluje se jejich růst, v případě LDN je situace složitější, vysoký nárůst v roce 2007 střídá téměř stejný pokles v roce 2008 a prakticky o stejná procenta nárůst v roce 2009. V roce 2010 však dochází k poklesu

o více jak 40%, což je pokles skutečně vysoký. K výraznému zpomalení růstu nákladů dochází v roce 2010 také v případě výdajů na zdravotnické prostředky a lázeňskou péči. K poklesu došlo u nákladů na dopravu (významný nárůst v roce 2008) a u léků na recept. Výdaje na léky na recept jsou dlouhodobě problémem českého zdravotnictví. K nárůstu došlo v roce 2009 oproti roku 2008, v roce 2010 je už situace jiná.

Samozřejmě existuje mnoho faktorů, které náklady na zdravotní péči ovlivňují. V případě zvyšování nákladů mimo zavádění nových metod, léků a prostředků roli hrají v první řadě cena vstupu a spotřeba zdravotní péče, která se sice odvíjí od zdravotního stavu obyvatelstva, ale v tak krátkém časovém horizontu je to spíše o poptávce po zdravotní péči a také o její nabídce, tedy jak se chová pacient, co všechno vyžaduje, ale i jak se chová a v jaké intenzitě a extenzitě poskytuje péči zdravotnické zařízení, lékař.

Náklady na zdravotní péči podle diagnózy

Podle členění nemocí na základě klasifikace MKN-10 největší část nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v roce 2010 připadá na péči spojenou s nemocemi oběhové soustavy (téměř z 13%) a novotvarů (přes 9%). Ovšem téměř 30% všech nákladů tvoří náklady na péči bez známé diagnózy, které vzrostly spolu s náklady na poranění a otravy ze všech typů nákladů nejméně. Struktura nákladů z hlediska nemocí v roce 2010 se oproti roku 2000 dramaticky nezměnila.

Na základě log-lineární regrese bylo spočítáno meziroční tempo růstu nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle diagnóz v letech 2000 - 2010. Z údajů v Tabulce 18 vyplývá, že nejrychleji rostly náklady na nemoci nervové soustavy, náklady na zdravotní péči spojenou s novotvary a stavy vzniklémi v perinatálním období, a to více jak 10% meziročně. Naopak nejnižším tempem rostly náklady na zmiňovaná poranění a otravy aj. a dokonce záporné tempo růstu vykazovaly náklady na péči spojenou s vnějšími příčinami nemoci a úmrtností. Během sledovaného období však bylo klesání střídáno růstem. Po rozboru meziročních změn v nákladech u jednotlivých diagnóz se zdá (u nemocí s významnějším podílem nákladů na celkových), že se nejvíce náklady zvyšují po roce 2005.

Tabulka 18 Meziroční % nárůst nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle diagnóz (2000 – 2010)

infekční a parazitární nemoci	6,61	nemoci kůže	7,00
novotvary	11,20	nemoci svalové, kosterní a pojivové tkáně	6,36
nemoci krve a krve tvorných orgánů	5,82	nemoci močové a pohlavní soustavy	6,85
nemoci endokrinní a metabolické	9,23	těhotenství, porod a šestinedělí	7,71
poruchy duševní a poruchy chování	8,46	stavy vzniklé v perinatálním období	10,25
nemoci nervové soustavy	12,49	vrození vady a deformace	8,55
nemoci oka	6,36	příznaky, znaky...	9,11
nemoci ucha	6,73	poranění, otravy aj.	3,01
nemoci oběhové soustavy	9,62	vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti	-1,45
nemoci dýchací soustavy	7,11	faktory ovlivňující zdravotní stav	8,93
nemoci trávicí soustavy	3,91	neznámá diagnóza	3,51

Zdroj: vlastní zpracování, data z ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2010. Výdaje domácností na zdravotní péči* [on-line]. Praha: ČSÚ, 2012-4-2. (PDF) Kód: e-3306-12. Dostupné z [www http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012)

4.2.4.3 Příčiny růstu výdajů ve zdravotnictví

Jako příčinu ve zdravotnictví viděli dotazovaní občané a lékaři v roce 2010 především špatné hospodaření zdravotních pojišťoven. Zatímco občané považovali jako další podstatný faktor nekontrolovaný růst cen léčiv a nedostatky v řízení systému zdravotnictví v ČR, lékaři označovali jako druhou nejvýznamnější příčinu neujasněnost koncepce vývoje zdravotnictví v ČR. Za vážný nedostatek považují také shodně špatný systém zdravotního pojištění v ČR. Tabulka 19 vyjadřuje pořadí příčin růstu výdajů ve zdravotnictví z pohledu dotazovaných občanů a lékařů v roce 2010. Vedle toho se mezi názory občanů objevovaly jako příčiny růstu výdajů politická situace, neukázněnost pacientů při léčbě, prevence, korupce, stárnutí populace, finanční krize, nárůst požadavků na vybavení zdrav. zařízení a nárůst nákladů na zdravotní péči (investice, režie, mzdy), nedostatek personálu, zvýšená návštěvnost pacientů, kteří nepotřebují zdravotní péči, zvyšování cen veškerých služeb a produktů (všeobecně ve světě, konkrétně v Evropě). Lékaři vedle toho spatřovali problém v nárůstu vyšetření, nových metod, není určeno jasně, co je standard a co již ne, neukázněnosti pacientů, zhoršeném zdravotním stav obyvatelstva.

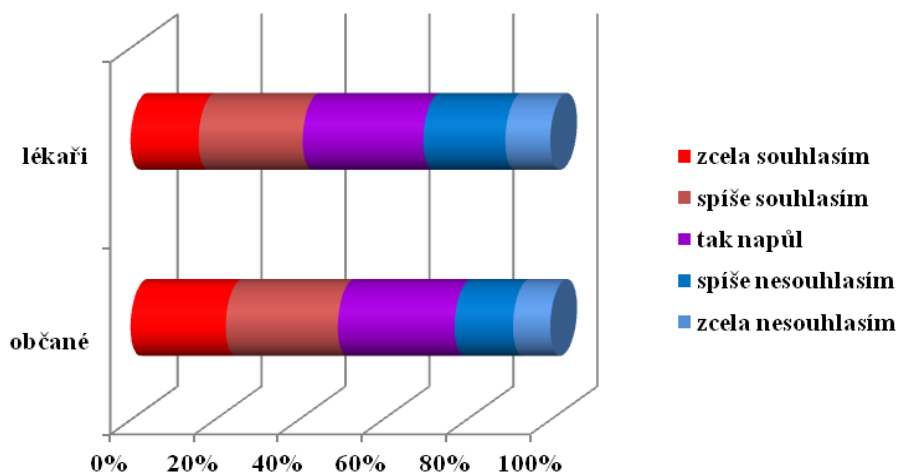
Tabulka 19 Pořadí příčin růstu výdajů ve zdravotnictví podle občanů a lékařů v roce 2010

	občané	lékaři
1	špatné hospodaření zdravotních pojišťoven	špatné hospodaření zdravotních pojišťoven
2	nekontrolovaný růst cen léčiv	neujasněnost koncepce vývoje zdravotnictví v ČR
3	nedostatky v řízení systému zdravotnictví v ČR	nedostatky v řízení systému zdravotnictví v ČR
4	špatný systém zdravotního pojištění v ČR	špatný systém zdravotního pojištění v ČR
5	špatné hospodaření zdravotnických zařízení	nekontrolovaný růst cen léčiv
6	neujasněnost koncepce vývoje zdravotnictví v ČR	špatné hospodaření zdravotnických zařízení
7	nadměrné vykazování bodů ze strany lékařů	nedostatečná kontrolní činnosti vůči lékařům
8	nedostatečná kontrolní činnost vůči lékařům	nadměrné vykazování bodů ze strany lékařů

Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Podle výsledků dotazování občanů a lékařů v roce 2010 na to, zda růst výdajů zapříčiňuje **nadměrné vykazování bodů (výkonů)**, lze říci, že zde problém vidí jen 13% lékařů a přes ¼ občanů. Většina ostatních občanů odpovídala, že tak napůl, většina dotázaných lékařů s tímto tvrzením nesouhlasila. Občané byli tomuto názoru více nakloněni v předchozích letech, v roce 1995 s tím souhlasilo téměř 40% dotázaných občanů, v roce 2005 už jen 28,6%.

Graf 22 **Souhlas dotazovaných občanů a lékařů s tím, že peněz je ve zdravotnictví v ČR dostatek, jen je s nimi špatně nakládáno v roce 2010**



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkovém šetření Lékařského informačního centra, Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Výdaje na zdravotní péči cizinců

Jedním z problémů financování zdravotnictví v ČR je do jisté míry také neuhrazená péče nebo neuhrazené předepsané pojistné. Tento problém je často spojený s cizinci v ČR, kteří nemají sjednáno zdravotní pojištění vůbec. V roce 2010 čerpaly cizinci péči v hodnotě 588 mil. Kč. Z toho neuhrazená část činila 11%. 7% hodnoty péče bylo neuhrzeno a po splatnosti, což představuje zhruba 41 mil. Kč. To není málo.

Největší část pohledávek po splatnosti neuhradili občané Ukrajiny a Ruské federace. Vzhledem k tomu, že spotřebovali péči v hodnotě 17% celkových výdajů na péči cizinců, není to zanedbatelný problém a lze je z tohoto hlediska hodnotit jako nejproblematictější.

Stárnutí populace v souvislosti s rostoucími výdaji na zdravotnictví

Na základě celkových výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle jednotlivých věkových skupin a počtu pojištěnců v jednotlivých skupinách lze

spočítat průměrné náklady na jednoho pojištěnce. Tabulka 20 vypovídá o tom, na kolik se od sebe liší průměrné náklady na pojištěnce v rámci jednotlivých věkových skupin, a to v roce 2000, 2010. Zároveň je zde vyjádřeno, o kolik % průměrné výdaje na pojištěnce za zmiňované období narostly.

Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na děti nejmladší do 4 let v roce 2010 představovaly zhruba polovinu výdajů průměrných za celou populaci bez ohledu na věk, které činily 20 639 Kč. Výdaje jsou podprůměrné u osob ve věku do 49 let, potom už náklady převyšují průměr. Zatímco v roce 2000 v případě osob 85letých byly průměrné výdaje nižší než u předchozí věkové skupiny, v roce 2010 byly u jednotlivých věkových skupin od věku 40 let vyšší než u skupiny předchozí. Dá se tedy říci, že po 40. roce věku, čím starší osoba byla, tím se daly předpokládat vyšší výdaje na její zdravotní péči.

Je pochopitelné, že jsou výdaje u osob starších, vyšší. Celkové výdaje se budou zvyšovat z důvodu jak z důvodu toho, že osob v těchto skupinách (osob ve věku 65 a starších) rok od roku přibývá. Stárnutí populace je ovšem jen jeden z faktorů, který může být příčinou růstu výdajů na zdravotní péči. Vliv má samozřejmě i změna v cenách zdravotní péče a také v poskytovaném množství.

Při pohledu na Tabulku 20 je však okamžitě vidět, že je důvod i v intenzitě nebo extenzitě poskytování péče nebo diagnostikování nebo poskytování péče při stejném onemocnění jinými metodami nebo s jinými prostředky, které jsou nákladnější. Až na osobu ve věkové skupině 80 – 84 let vrostly průměrné výdaje u „starších osob“ o jednu tolik. To se však nedá říci u výdajů na zdravotní péči populace mladší. V horším životním prostředí navíc žili lidé starší, pamatující někteří dokonce 2 světové války. Mezi tyto osoby se postupně dostávají ti, kteří měli životní podmínky lepší a přesto náklady na péči rostou.

Tabulka 20 Průměrné výdaje na pojištěnce podle věkových skupin v ČR v roce 2000 a 2010 a jejich procentuální změna

věková skupina	2000	2010	Δ v %
00-04	9859	14333	45,37848
05-09	↓5330	↓8247	54,73439
10-14	↑5510	↑9219	67,31248
15-19	↑5796	↓8962	54,62155
20-24	↑5838	↓8326	42,63117
25-29	↑6659	↑11251	68,9635
30-34	↓6580	↑12811	94,69078
35-39	↑6826	↓11506	68,57336
40-44	↑7965	↑14652	83,95874
45-49	↑10091	↑15721	55,79674
50-54	↑12909	↑23162	79,43166
55-59	↑15331	↑25948	69,25475
60-64	↑17172	↑33291	93,87623
65-69	↑20161	↑40808	102,4099
70-74	↑23306	↑47554	104,0473
75-79	↑25784	↑51814	100,9574
80-84	↑29023	↑53242	83,44485
85+	↓27411	↑55574	102,7456
celkem	10758	20639	91,85379

Zdroj: vlastní zpracování, data z ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2010. Výdaje domácností na zdravotní péči* [on-line]. Praha: ČSÚ, 2012-4-2. (PDF) Kód: e-3306-12. Dostupné z [www http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012)

Při úvaze, že pokud se zdravotní stav obyvatel horší, tak ve všech skupinách nebo vzhledem k podmínkám v ČR, ne však výrazně mezi pojištěnci vzhledem k věku, je příčinu nutné hledat někde jinde. Pokud se budou sledovat změny v průměrných výdajích na pojištěnce podle jednotlivých skupin, vyloučí se změna v počtu osob v jednotlivých skupinách, tedy faktor stárnutí populace jako celku. Z tabulky je ovšem patrné, že **růst průměrných výdajů nebyl za 10 let ve všech skupinách** podobný. Příčina je tedy evidentně ve způsobu poskytování péče (volba jakou péči, v jakém rozsahu, které léky, kolik léků atd.) a také v cenách péče.

Pokud by se tedy navyšovaly výdaje na zdravotní péči díky tomu, že dochází k přelévání osob ze skupin mladších do skupin osob starších, jejichž zdravotní péče je nákladnější, byl by to podstatný argument pro zásadní reformy jen tehdy, pokud je takový přesun osob skutečně významný a navyšování celkových výdajů v těchto skupinách není

způsobeno v podstatě něčím jiným.

Dekompozice dynamiky růstu nákladů hrazených ze zdravotního pojištění

To, že **stárnutí populace není hlavní příčinou rostoucích výdajů na zdravotní péči** dokazují i výsledky následující analýzy.

Na základě předpokladu, který vychází z odborných zahraničních studií, jejichž výsledky byly prezentovány i v odborných časopisech, byla provedena analýza výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči a demografického vývoje populace za účelem ověření tvrzení, že stárnutí populace je důvodem rostoucích výdajů na zdravotní péči.

Zdrojem dat pro analýzu jsou zveřejněné dokumenty Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

S využitím faktu, že procentuální změna násobku čísel v časovém období se rovná součtu procentuálních změn každého čísla v daném časovém období, lze rozložit celkové výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči **$P(fp(t),u(t)) * Q(t)$** v daném období, kde

t je časové období

$u(t)$ představuje strukturu a intenzitu péče v období t

$Q(t)$ je množství případů poskytnuté zdravotní péče v daném období.

$P(fp(t),u(t))$ je cena za případ, je to funkce změny obecné úrovně cen vstupů a změn v intenzitě

a struktury péče.

Změny celkových výdajů na zdravotní péči v čase lze rozložit následujícím způsobem:

$$\Delta(P(fp(t),u(t)) * Q(t)) = \left(\frac{\Delta P(fp(t),u(t))}{\Delta u} * \frac{\Delta u}{\Delta t} \right) * Q(t) + \left(\frac{\Delta P(fp(t),u(t))}{\Delta fp} * \frac{\Delta fp}{\Delta t} \right) * Q(t) + P(fp,u) * \left(\frac{\Delta Q(t)}{\Delta t} \right) \quad (4)$$

Po vydělení $P(f_p(t), u(t)) * Q(t)$ je vztah upraven na:

$$\frac{\Delta(P(f_p(t), u(t)) * Q(t))}{P(f_p(t), u(t)) * Q(t)} = \left(\frac{\frac{\Delta P(f_p, u)}{\Delta u} * \frac{\Delta u}{\Delta t}}{P(f_p, u)} \right) + \left(\frac{\frac{\Delta P(f_p(t), u)}{\Delta f_p} * \frac{\Delta f_p}{\Delta t}}{P(f_p, u)} \right) + \left(\frac{\frac{\Delta Q(t)}{\Delta t}}{Q(t)} \right) \quad (5)$$

% změny v celkových výdajích na zdravotní péči se rovnají % změnám v úrovni cen zdravotní péče v důsledku změn ve struktuře a intenzitě péče plus % změnám v úrovni cen zdravotní péče v důsledku změn v úrovni cen vstupů plus % změnám v množství poskytnuté péče.

Pro jednotlivé části vzorce pro uvedený vztah lze použít symboly , pak by vztah vypadal následovně:

$$\mathbf{G} = \mathbf{c} + \boldsymbol{\pi} + \mathbf{g} \quad (6)$$

$\mathbf{G}$ je průměrná roční míra růstu celkových výdajů na zdravotní péči

$\mathbf{c}$ je průměrná roční míra růstu ceny za případ v důsledku změny ve struktuře a intenzitě péče

$\boldsymbol{\pi}$ průměrná roční míra růstu obecné cenové úrovně v důsledky změny v úrovni cen vstupů

$\mathbf{g}$ průměrná roční míra růstu počtu obyvatel

Míry růstu byly získány na základě log-lineární regrese aplikované na data ČSÚ v období 2000 – 2010, a to konkrétně na celkové výdaje na zdravotní péči ve dvou věkových skupinách a na počty pojištěnců v těchto věkových skupinách. Pojištěnci byli rozděleni do dvou věkových skupin podle věku, a to do skupiny osob mladších 65 a osob ve věku 65 let a starších.

Tabulka 21 Průměrné míry růstu v období 2000 – 2010 (v %)

věková skupina	G	g	π	c
< 65	6,1	- 0,1	2,7	3,5
≥ 65	8,2	1,1	2,7	4,4

Zdroj: DITTRICH, L. O., STARÁ, D. *Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů na zdravotní péči?* Zdravotnictví v ČR. s. 144 – 146, r. 8, č. 4. ISSN 1213-6050, vlastní přepočty hodnot na období 2000 - 2010

Z výpočtů, jejichž výsledky zachycuje Tabulka 21, vyplývá že výdaje na zdravotní péči zdravotních pojišťoven v ČR rostly v obou věkových skupinách. Míra růstu celkových výdajů (G) je z větší části zapříčiněna mírou růstu ceny za případ v důsledku změny struktury a intenzity (c). Po zohlednění změny míry inflace (π) a míry změny populačního růstu vyjde (g) je zbytkem z (G) právě (c). Rozdíl mezi průměrnou roční mírou růstu ceny za případ v důsledku změny ve struktuře a intenzitě péče v případě “mladších” a “starších” je necelé procento.

Lze tedy jednoznačně tvrdit, že růst výdajů na zdravotní péči nelze vysvětlovat stárnutím populace jako významnou příčinou. Tento faktor hraje svou roli, nicméně jistě ne majoritní.²²⁷

4.2.4.4 Dopady finanční krize na české zdravotnictví

Finanční krize, jejíž začátek je většinou datován na druhou polovinu roku 2008, měla dopad i na české hospodářství. Vzhledem k tomu, od čeho se odvíjí financování českého zdravotnictví, pak nepřímo ovlivnila i finanční zdroje a podmínky hospodaření všech subjektů v tomto resortu.

Finanční krize především ovlivnila:

- příjmy zdravotních pojišťoven
- ceny vstupů
- valorizaci a úpravu úhrady zdravotní péče
- investice ve zdravotnictví

²²⁷ DITTRICH, L. O., STARÁ, D. *Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů na zdravotní péči?* Zdravotnictví v ČR. s. 144 – 146, r. 8, č. 4. ISSN 1213-6050

Příjmy zdravotních pojišťoven

Příjmy pojišťoven jsou závislé z naprosté většiny na výši příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, ze kterých se odvíjí i **výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění**. Úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků je totiž vyměřovacím základem. Pro OSVČ jsou vyměřovacím základem příjmy z podnikání a výpočet pojistného je upraven § 3a zák. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Vedle toho se příjmy zdravotních pojišťoven odvíjí také samozřejmě od sazby pojistného (v současné době 13,5%, o které se dělí zaměstnanec a zaměstnavatel) a od částky, která je stanovena jako platba za státního pojištěnce. Tedy za osobu, za kterou hradí pojistné stát. Tabulka 22 uvádí skupiny obyvatel (a jejich počet), kteří jsou státními pojištěnci. Důležitou roli hraje nepochybně demografický vývoj a nezaměstnanost, jelikož pojistné za výdělečné osoby je vyšší než za státní pojištěnce.

Tabulka 22 Počet státních pojištěnců v jednotlivých skupinách v ČR v letech 2008 - 2010

skupiny pojištěnců	2008	2009	2010
nezaopatřené děti	2 324 769	2 324 355	2 328 584
poživatelé důchodů	2 682 566	2 723 007	2 777 279
ženy na mateřské dovolené, příjemci rodičovského příspěvku	382 289	367 040	356 934
uchazeči o zaměstnání v evidenci úřadu práce	345 734	522 363	510 831
osoby pobírající dávky soc. péče z důvodu soc. potřeby	2 743	2 769	2 177
osoby převážně nebo úplně bezmocné a osoby o ně pečující	32 431	32 109	32 162
osoby konající civilní vojenskou službu nebo na voj. cvičení	9	14	5
osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody	19 998	21 052	20 940
osoby bez příjmu pečující osobně celodenně o děti	24 301	25 242	26 302
osoby důchodového věku bez nároku na důchod	5 535	6 014	5 250
osoby bez zdanitelných příjmů pobírající nemocenskou	23 097	15 678	13 156
mladiství v ústavech	910	897	923
ostatní výše neuvedení	1 415	1 192	939
celkem	5 845 797	6 041 732	6 075 482

Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009*, Praha: ÚZIS ČR, 2010. 132 s. ISBN 978-80-7280-910-3, ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010*, Praha: ÚZIS ČR, 2011. 132 s. ISBN 978-80-7280-969-1.

V roce 2009 se změnil především počet pojištěnců ve skupině „uchazeči o zaměstnání v evidenci úřadu práce“ díky zvyšující se nezaměstnanosti v České republice i v důsledku ekonomické krize. V České republice bylo v roce 2008 necelých 230 tisíc nezaměstnaných (průměr), v 1. čtvrtletí roku 2009 již okolo 303 tisíc, 2. čtvrtletí 334 a 3. čtvrtletí již 387 tisíc nezaměstnaných, což představuje přírůstek zhruba o 70%). V roce 2008 oproti roku 2007 nezaměstnanost poklesla. Počet státních pojištěnců přesahoval počet lidí, jejichž pojistné je odvíjeno od jejich příjmů. V roce 2009 došlo k navýšení počtu osob, za které hradí pojistné stát o 195 935 osob, v roce 2010 o dalších 33 750.

Lze jen odhadnout, o kolik zdravotní pojišťovny přišly tím, že se zvýšil počet nezaměstnaných osob, které jsou registrovány na úřadu práce, a tedy za ně hradí zdravotní pojištění stát. Na základě průměrné hrubé měsíční mzdy lze spočítat pojistné na zdravotním pojištění odváděné do zdravotní pojišťovny (zaměstnavatelem + zaměstnancem). Rozdíl mezi touto částkou a částkou, kterou hradí za nezaměstnané stát, je vynásoben hodnotou 12 (měsíců) a přírůstkem počtu uchazečů o zaměstnání oproti roku 2008. Následující vzorec vyjadřuje tento jednoduchý postup, který umožňuje samozřejmě jen přibližně odhadnout **ztrátu zdravotních pojišťoven na zdravotním pojištění při zvýšení počtu nezaměstnaných** (registrovaných, za které hradí pojistné stát).

$$\begin{aligned}
 & \text{odhadnutá ztráta na pojistném zdravotního pojištění} \\
 & = \\
 & (\text{zdravotní pojištění z průměrné mzdy} - \text{platba za státní pojištěnce}) \\
 & \quad \times \\
 & \quad 12 \\
 & \quad \times \\
 & \text{přírůstek počtu uchazečů o zaměstnání}
 \end{aligned} \tag{7}$$

V roce 2009 přišly zdravotní pojišťovny v důsledku toho, že se ze zaměstnaných osob staly osoby nezaměstnané, za které hradí pojistné stát, odhadem 3,587 mld. Kč a v roce 2010 5,513 mld. Kč. Je počítáno s rozdílem průměrného počtu registrovaných uchazečů o zaměstnání na úřadu práce v daném roce (z údajů MPSV ČR) a počtem uchazečů na konci roku 2008. Pouze za registrované stát hradí zdravotní pojištění.

Pojišťovny dostávají na zdravotním pojištění za nevýdělečné pojištěnce ze státního rozpočtu jen kolem **30% z celkových příjmů na zdravotním pojištění**. Přitom jen

při úvaze, že mezi tyto pojištěnce patří děti do 15 let a osoby starších 64 let, tak výdaje zdravotních pojišťoven na jejich péči tvořily v roce 2010 44% výdajů celkových a to není uvažováno s výdaji na péči ostatních pojištěnců, za které hradí pojistné stát, jako např. studenti a nezaměstnaní, kteří tvoří také poměrně velkou část pojištěnců. Podle některých odhadů výdaje na tyto osoby tvoří dokonce kolem 80% celkových výdajů zdravotních pojišťoven na péči. Stát za své pojištěnce odvede ročně 8 676 Kč ročně. Jen skupina pojištěnců ve věku 20-24 let má o něco málo nižší průměrné roční náklady na zdravotní péči. Lidé starší dokonce i 4x vyšší. Výdaje na zdravotní péči státních pojištěnců neúměrně převyšují příjmy na pojistném za tyto osoby.

Význam **valorizace této platby pojistného státem za nevýdělečné osoby** není tedy zanedbatelný. Výše úhrady pojistného za osobu, za kterou je podle zvláštního právního předpisu plátcem pojistného stát, je určena podle § 3c zák. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění. Tento zákon po úpravě již nestanovuje vyměřovacím základem pro pojistné za státního pojištěnce 25% všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády pro účely důchodového pojištění za kalendářní rok, který o 2 roky předchází kalendářnímu roku, pro který se vyměřovací základ zjišťuje. Podle nového schválení zákona je vyměřovací základ stanoven na 5 355 Kč na kalendářní měsíc. Vláda může ze zákona tuto částku vždy do 30. června změnit svým nařízením s účinností k 1. lednu roku následujícího. Při změnách této částky by měla přihlížet k vývoji průměrné mzdy (zveřejňuje Český statistický úřad), možnostem státního rozpočtu a k vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění. V roce 2004 stát platil 476 Kč za 1 pojištěnce, 2005 481 Kč, v roce 2006 byla výše pojistného změněna 3x, na konci tohoto roku činila 636 Kč. V roce 2007 byla zvýšena na 680 Kč, v roce 2007 a i v roce 2008 jen 677 Kč. Příjmy od státu v roce 2008 v tomto směru i celkově poklesly. Od ledna 2010 činí tato platba pouze 723 Kč. Došlo ke změně § 3c zák. č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění a vyměřovací základ pro toto pojistné se již počítá jinak a v důsledku toho je i nižší. V roce 2009 nebylo valorizováno kvůli přijetí zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Tento zákon měl za následek vedle zmrazení plateb za státní pojištěnce, zvýšení DPH na léky a osvobození příjmů nad čtyřnásobek průměrné mzdy od placení pojistného výpadek příjmů do zdravotnictví. Podle odhadů šlo o částku kolem 8 mld. Kč, což měly částečně

kompenzovat i regulační poplatky. Od roku 2010 dochází opět ke zvýšení „stropu“ pro vyměření zdravotního pojištění. Přehledný vývoj výše platby za státního pojištěnce od roku 2004 do roku 2010 nabízí tabulka 23.

Tabulka 23 Vývoj platby pojistného za státní pojištěnce v letech 2004 – 2010 (v Kč/měsíc)

období	pojistné za státní pojištěnce (Kč/měsíc)
1.1.2004 - 31.12.2004	476
1.1.2005 - 31.12.2005	481
1.1.2006 - 31. 1. 2006	513
1.2.2006 - 31. 3. 2006	560
1.4.2006 - 31.12.2006	636
1.1.2007 - 31.12.2007	680
1.1.2008 - 31.12.2008	677
1.1.2009 - 31.12.2009	677
1.1.2010 - 31.12.2013	723

Zdroj: vlastní zpracování, znění zákona § 3c zák. č. 592/1992 Sb., údaje dohledané z webových stránek

K navýšení platby za státního pojištěnce došlo znovu až od roku 2010. Ne však podle „starých pravidel“, ale v rámci úspor, což vedlo ke změně zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecném zdravotním pojištění, o částku nižší. Podle předchozího znění zákona by výše pojistného za státního pojištěnce činila 786 Kč, šlo by tedy o navýšení ve výši 109 Kč za pojištěnce z původních 677 Kč. Vezme-li se v úvahu počet státních pojištěnců kolem 6 mil., valorizace by bývala přinesla pojišťovnám zvýšení příjmů z veřejného zdravotního pojištění až o 8 mld. Kč. Nicméně vzhledem ke změně zákona je vyměřovacím základem pro pojistné za tyto zaměstnance 5 355 Kč a z toho odvozené pojistné je tedy spočítáno na 723 Kč (po zaokrouhlení) za jednoho státního pojištěnce měsíčně v roce 2010. Nejde tedy o zvýšení o 109 Kč oproti předchozímu roku, ale jen o 46 Kč, což za všechny státní pojištěnce v roce 2010 (za předpokladu 6 mil. státních pojištěnců) představuje výpadek v částce kolem 4,5 mld. Kč v důsledku změny vyměřovacího základu pro toto pojistné. Úsporná opatření vlády měla tedy dopad na příjmy zdravotních pojišťoven v řádech miliard.

I v roce 2012 je platba nadále 723 Kč a bude i v roce 2013. Návrh ministra

zdravotnictví na zvýšení zmíněného základu, a tím tedy i platby na 772, vláda v květnu 2012 zamítla. Tím přišly pojišťovny o možnost získání zhruba o 3,5 mld. Kč více než při stávající výši platby.

Nepřímo i propouštění státních zaměstnanců v rámci úsporných opatření ovlivňuje příjmy zdravotních pojišťoven. Zvyšování nezaměstnanosti snižuje příjmy na veřejném zdravotním pojištění osob, které se přesunuli ze skupiny zaměstnaných do skupiny uchazečů o zaměstnání registrovaných na úřadu práce. Zvyšující se počet nezaměstnaných nepochybně negativně zatěžuje státní rozpočet. Za první čtvrtletí roku 2009 zaplatil stát pojistné za nezaměstnané ve výši zhruba 615 mil. Kč (na základě propočtu s 302,8 tis. nezaměstnaných po dobu 3 měsíců). V třetím čtvrtletí již pojistné za 3 měsíce za tyto osoby činilo již 786 mil. Kč. Ke konci prosince 2009 evidovaly úřady práce již 539 136 nezaměstnaných, pojistné tedy jen za tento měsíc za tyto osoby činilo okolo 365 mil. Kč, v lednu 2010 bylo evidováno již 574 226 nezaměstnaných, což představuje míru nezaměstnanosti 9,8% a platba na pojistném za tyto osoby se jen za období ledna 2010 vyšplhala na částku zhruba 415 mil. Kč. Už zde je tedy zřejmý dopad poklesu výkonu ekonomiky na financování zdravotnictví. Nejenže rostou výdaje státního rozpočtu na platby zdravotního pojištění za státní pojištěnce, ale s každou platbou od státu za tyto osoby, zdravotní pojišťovna ztrácí to, co by za danou osobu na zdravotním pojištění získala, kdyby byla zaměstnána. Se zvyšující se nezaměstnaností přicházejí pojišťovny o miliony korun měsíčně.

Nepříznivým ekonomickým vývojem jsou poškozeny i mnohé osoby samostatně výdělečně činné, jejichž podnikání nepřekonallo problémy spojené s finanční krizí. V roce 2009 činila minimální výše měsíčního zdravotního pojištění 1590 Kč a maximální 12 720 Kč, což se skutečně liší od zmiňovaného pojistné 677 Kč. V roce 2010 podnikatel již platí pojistné v minimální výši 1601 Kč. Maximální částka prošla také změnou. Maximální roční vyměřovací základ odpovídá již 72násobky průměrné mzdy (místo dosavadního 48násobku) a maximální pojistné tedy již činí 19 205 Kč.

V roce 2008 došlo k navýšení celkových výnosů zdravotních pojišťoven o 3,7 %. Příjmy z předepsaného pojistného se zvýšily celkově o 3,7%, téměř o 7% vzrostly příjmy na pojistném od osob samostatně výdělečně činných. V roce 2008 došlo k poklesu nezaměstnanosti oproti předchozího roku a k růstu průměrných nominálních mezd.

Příjmy zdravotních pojišťoven z pojistného v roce 2009 se v úhrnu pohybují v podstatě na stejné úrovni jako z předchozího roku. Pesimistické obavy, že dojde k dramatickému propadu v příjmech na pojistném a zdravotní pojišťovny a následně i zdravotnická zařízení se dostanou do vážných finančních problémů se nenaplnily. Nicméně situace nebyla v tomto období příliš dobrá. Pojišťovny nepříznivý ekonomický vývoj takto zvládly díky vytvořeným rezervám, za které byly dříve značně kritizovány. Ať už byl důvod hromadění vyšších finančních prostředků na účtech zdravotních pojišťoven jakýkoliv, nepochybně se v této „krizové situaci“ tyto rezervy více než hodily. V lednu 2009 poklesl výběr pojistného oproti stejnému období předchozího roku o 2,086 mld. Kč, v lednu 2010 se vybralo ještě o 800 mil. Kč méně než v lednu 2010. Pojišťovny dosud využívaly k hrazení zdravotní péče i vytvořené rezervy, ty však nejsou nekonečné.

Nejenže by bylo potřeba, aby vzhledem k vývoji nákladů, předepsané pojistné rostlo, což se nedělo, v roce 2010 bylo na pojistném předepsáno ještě méně než v roce 2009.

Vytvořené rezervy zdravotních pojišťoven

Základní fond je definován jako souhrn všech financí zdravotní pojišťovny (mimo Fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče a Fond prevence, jehož zdrojem jsou především výnosy z pokut, přírážek k pojistnému a penále vztahující se k veřejnému zdravotnímu pojištění).

Výdaje základního fondu plynou na:

- úhradu zdravotní péče
- tvorbu dalších zákonem určených fondů

Rezervní fond je povinna pojišťovna vytvářet ve výši 1,5% průměrných ročních výdajů za poslední 3 roky. Maximální výše provozního fondu je také dána zákonem. Vedle tohoto fondu vytváří pojišťovny Fond majetku a Fond reprodukce majetku.

Mezi další výdaje určené právními předpisy patří výdaje na bankovní poplatky, dohadné položky, rezervy pro pravomocně neukončené soudní spory a úhradu částek přesahující limit regulačních poplatků.

Pojišťovny byly velmi kritizovány za držení vysokých rezerv na svých účtech a vyzývány, aby je použily na úhradu zdravotní péče. Podle dostupných informací byl celkový zůstatek na účtech zdravotních pojišťoven 37,6 mld. Kč, z toho na základním fondu 27 mld. Kč. Je však nutné zohlednit výši evidovaných závazků zdravotních pojišťoven. V polovině roku 2008 činily zůstatky základních fondu kolem 27 mld., evidované závazky však kolem 22 mld. Kč. Rezervy pak vystačí jen na několik málo dní. A to je rozdíl mezi zdravotními pojišťovnami, kde některé dosahují kladných rezerv, jiné naopak. VZP je mezi těmi, jejichž situace je v tomto ohledu méně příznivá. Na konci 1. čtvrtletí roku 2009 činily zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven 41,3 mld. Kč. Situace se však během roku z hlediska příjmů ZP zhoršovala.

Jedna věc je předepsané pojistné a druhá pojistné vybrané. V roce 2010 dlužily podniky a pojištěnci jen Všeobecné zdravotní pojišťovně kolem 30 mld. Kč. Vzhledem k tomu, že ročně obhospodařovala zhruba 150 mld. Kč, není to částka zanedbatelná. Zhoršující se ekonomická situace v zemi pod vlivem finanční krize přivedla mezi dlužníky i mnoho firem a OSVČ, které se dostaly do platební neschopnosti nebo přímo krachují. Tam pak je i otázka, zda budou pohledávky zdravotních pojišťoven za těmito subjekty vůbec někdy vymoženy.

Výdaje (náklady) zdravotních pojišťoven

Výdaje zdravotních pojišťoven představují především výdaje na zdravotní péči. Další významně sledovanou položkou jsou výdaje na preventivní programy. Preventivním programem není myšlena preventivní péče, jako např. běžné prohlídky u registrujících se lékařů. Jsou to programy, které nabízejí zdravotní pojišťovny, a které jsou v podstatě jedním z mála konkurenčních nástrojů pojišťoven, které mají.

Rok 2008 vypadal z počátku příznivě, v roce 2009 nešlo „ze dne na den“ měnit již předem schválené dohody a smlouvy. I přes to, jak se tedy vyvíjely příjmy zdravotních pojišťoven, výdaje na zdravotní péči vzrostly o 11%. Vyšší nárůst mohl být také zapříčiněn tím, že v roce 2008 byla mírně ovlivněna spotřeba zdravotní péče a tedy i výdaje na ni, zavedením regulačních poplatků, kdy byl efekt nejsilnější a také v roce 2009 došlo k jejich úpravě. V roce 2010 jsou patrné už přijaté změny a snahy o úsporu zdravotních pojišťoven na výdajích za zdravotní péči. Nárůst byl pouze 1,6% oproti předchozímu roku. Náklady na zdravotní péči mají typickou rostoucí tendenci, dá se říci, že je zde výrazný pokles

v růstu výdajů. V roce 2008 došlo k více jak dvojnásobnému navýšení preventivních programů, rok 2009, který nebyl právě příznivý pro financování, představuje pro preventivní programy útlum a v roce 2010 už bylo vydáno na tento účel pouze 653 mil. Kč. Pojišťovny byly povinny tyto výdaje snížit. Výdaje na preventivní programy klesly také v roce 2006 oproti roku 2005. V tomto období docházelo v resortu k větším úsporným opatřením.

Hospodaření zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny jsou jedním z nejdůležitějších subjektů zdravotnictví. Jejich finanční situace ovlivňuje i finanční situaci v celém zdravotnictví a následně přímo poskytování zdravotní péče. Platební neschopnost nebo zhoršení schopnosti dostat svým závazkům včas přivedla již v minulosti do existenčních problémů nejedno zdravotnické zařízení, jelikož jsou to právě příjmy od zdravotních pojišťoven, které jsou pro ně rozhodující.

Zatímco saldo z výnosů z veřejného zdravotního pojištění bylo do roku 2008 kladné, v roce 2009, 2010 už deficitní.

Výnosy z komerční činnosti pojišťoven prakticky trvale převyšují výdaje. Na obou stranách byl zaznamenán rovněž pokles v roce 2010. Výdaje na provozní režii rovněž rostly, poklesly až v roce 2010, a to z 8,2 na 7,7 mld. Kč.

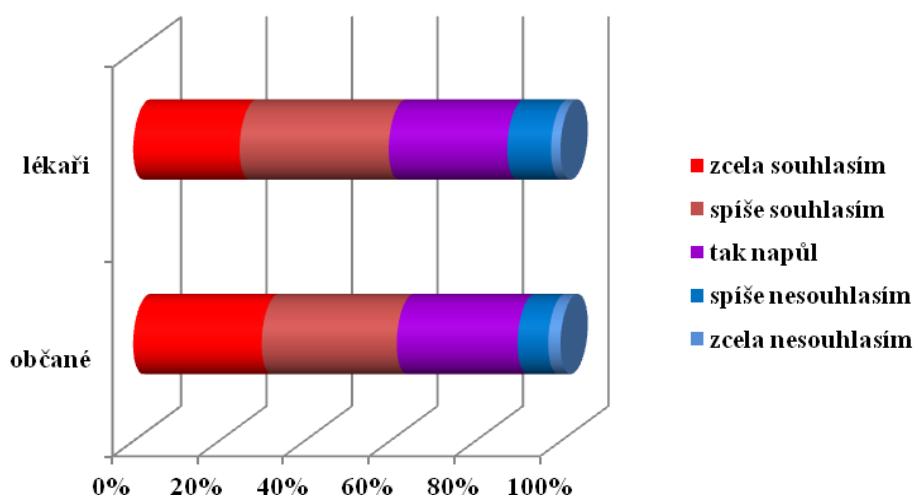
Zdravotní pojišťovny až do roku 2009 zvyšovaly počty zaměstnanců (7086 v roce 2009, průměrný evidenční počet přepočtený), do roku 2010 dokonce i mzdové náklady (2,77 mld. Kč v roce 2010). V roce 2011 už klesly počty zaměstnanců na 6729, což je méně než v roce 2007. Průměrný evidenční počet zaměstnanců přepočtený začal klesat od 3. čtvrtletí roku 2009 (minimálně až po 1. čtvrtletí 2012).

Více jak polovina dotázaných lékařů i občanů v roce 2010 zcela nebo spíše souhlasila s tím, že zdravotní pojišťovny mají **zbytečně nákladný provoz**, který odčerpává nadměrné množství finančních prostředků jinak určených pro zdravotnictví. S tímto tvrzením souhlasí stále menší podíl dotazovaných občanů.

Podobně se stavěli i k tvrzení, že přidělování dodatečných finančních prostředků ze státního rozpočtu do zdravotnictví prostřednictvím zdravotních pojišťoven nemá smysl, neboť tyto peníze se ve zdravotních pojišťovnách rozpustí a tam, kde jsou potřeba,

se vůbec nedostanou. Dalo by se říci, že k přidělování dodatečných peněz prostřednictvím zdravotních pojišťoven se občané o trochu méně skepticky (souhlasí menší podíl dotazovaných) než dříve.

Graf 23 **Názor lékařů a občanů na zbytečně nákladný provoz zdravotních pojišťoven v roce 2010**



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkového šetření Lékařského informačního centra, Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010“

Zatímco 8% dotazovaných občanů v roce 2010 nevidělo v případě zdravotních pojišťoven žádné problémy a zhruba 13% nevědělo, jak by situaci hodnotilo, 39% se přiklání, že mají problémy vážné a 39% menší. Lékaři byli v tomto hodnocení kritičtější. 57% z nich shledávalo problémy vážné a 39% menší. 4 % lékařů neshledávala problémy žádné nebo rovněž nevěděli.

Ceny vstupů

Hospodaření zdravotnických zařízení, ale i institucí, které jsou součástí zdravotnického systému, je ovlivněno cenou vstupů. Ke zvyšování těchto cen přispívá nejen míra inflace, ale také **změny v DPH** zřehledněné v Tabulce 24. DPH podléhá zdravotnický materiál i léky. Od roku 2008 došlo ke zvýšení snížené sazby o 4%. V rámci plánu na zvyšování příjmů státního rozpočtu platily od roku 2010 zvýšené sazby obě o 1%. Od roku 2012 byla snížená sazba zvýšena dokonce o 14%. To vše zvyšuje nejen provozní náklady ve zdravotnictví, ale také investiční. V neposlední řadě je tím snižována reálná mzda zaměstnanců ve zdravotnictví, kteří pak vyžadují navyšování mezd a platů i z tohoto důvodu. Rostou pak tedy i mzdové náklady.

Tabulka 24 Sazby DPH v ČR od 1. 5. 2004 (v %)

období	základní sazba	snížená sazba
1. 5. 2004 – 31. 12. 2007	19	5
1. 1. 2008 – 31. 12. 2009	19	9
1. 1. 2010 – 31. 12. 2011	20	10
1.1.2012	20	14

Zdroj: vlastní zpracování

Podle indexu spotřebitelských cen se meziroční míra inflace ovšem pohybuje mezi 1-2% v letech 2009-2011. To ovšem neznamená, že zdravotnictví se nedotýkalo zdražování ve větší míře. Podle metodiky Českého statistického úřadu se spotřebitelských koš skládá z 12 oddílů spotřebního zboží a služeb. Šestý oddíl tvoří „Zdraví“, kam patří výdaje spotřebitelů na výrobky zdravotnické, včetně farmaceutických a stomatologických. Také jsou zde zohledněny výdaje na služby očních optiků, lékařů a zdravotních sester, výdaje na péči jak ambulantní, nemocniční, tak i rehabilitační. I výdaje na péči lázeňskou zde nejsou opominuty. Pro index spotřebitelských cen jsou ovšem sledovány jen ceny péče a zdravotnických statků, které hradí spotřebitel. Změny v sazbách úhrad, které jsou kryty z veřejného zdravotního pojištění, zde zohledněny nejsou. Ceny léků jsou sledovány u těch, které předepisuje lékař nebo je lze koupit bez předpisu, ovšem takové, které částečně nebo plně hradí pacient. Jelikož je registrováno velké množství léků, byl zaveden subindexy „Léky předepsané lékařem“ a „Léky bez receptu a další léčiva“. Ceny

za nadstandardně vybavený pokoj se ovšem nezahrnují do oddílu Zdraví, ale Ubytování, popř. Telekomunikační služby. Otázkou však je, zda by sem měly patřit poplatky za pobyt v nemocnici, když je argumentováno, že se jedná platbu ne za zdravotní péči, ale „hotelové služby“. Dalo by se na to pohlížet jako na nedostatek v metodice výpočtu indexu spotřebitelských cen.

Index spotřebitelských cen ve zdravotnictví v roce 2008, kdy základním rokem je rok předchozí, činil 131,5 %. Následující rok už 96,7 %, který je ovšem výjimkou. V roce 2010 oproti předchozímu už vykazuje hodnotu 105,2. Výrazný nárůst v roce 2008 mají tehdy na svědomí především čerstvě zavedené regulační poplatky. Ceny v roce 2009 nijak nepoklesly, ovšem nárůst oproti předchozímu roku nebyl tak velký vzhledem k tomu, jak výrazný byl v roce 2008.

Hospodaření nemocnic v ČR

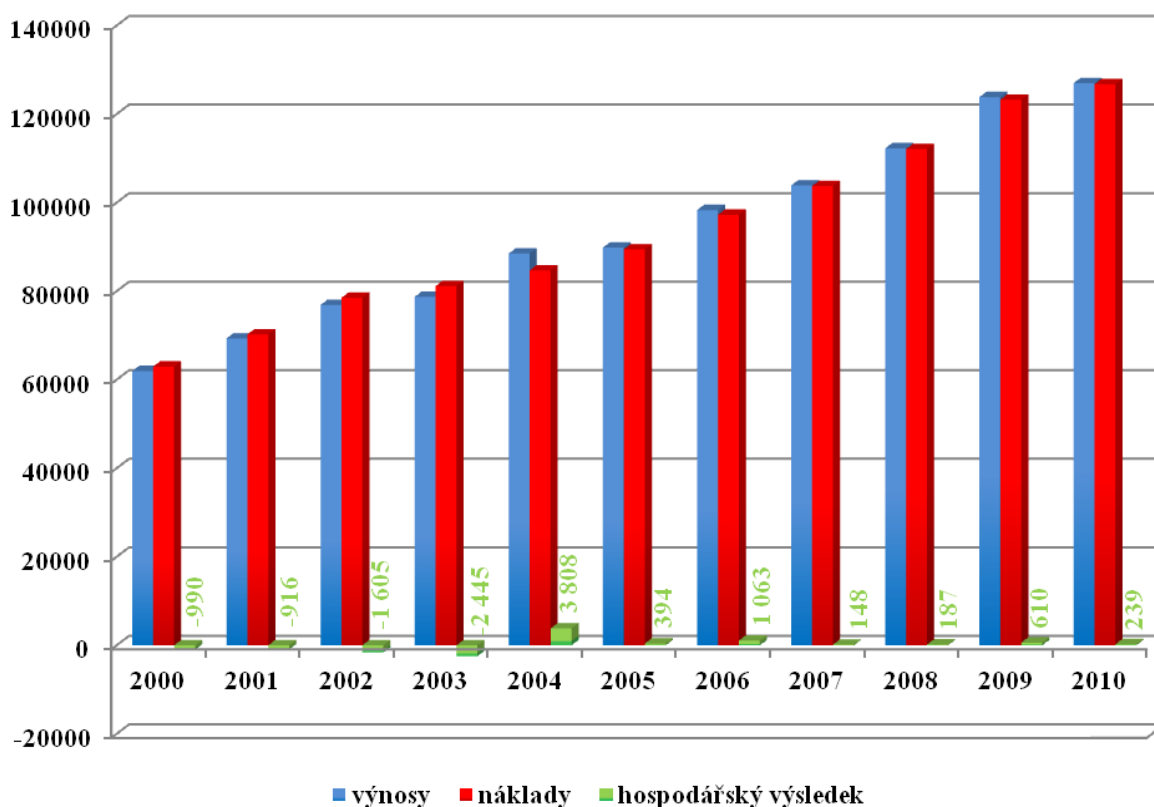
Vedle hospodaření z zdravotních pojišťoven a jejich ekonomického zdraví, je pro finanční stabilitu zdravotnictví významné i hospodaření nemocnic jedněch z nejvýznamnějších a největších poskytovatelů zdravotní péče.

Nemocnice jsou zdravotnická zařízení, která zajišťují významný objem péče a i péči takovou, kterou nelze poskytnout v rámci ambulantního ošetření nebo vyšetření. Jejich hospodaření a následně ekonomické zdraví značně ovlivňuje situaci ve zdravotnictví. Nejen, že se od něho odvíjí poskytování péče, ale také odměňování zdravotnického personálu, jehož podstatná část je zaměstnávána právě v nemocnicích a jiných lůžkových zařízeních.

Ze zkoumání statistických údajů publikovaných Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR vyplývá, že v roce 2010 nejlépe hospodařily nemocnice, jejichž zřizovatelem nebyl kraj. I v případě zřizovatele jako jiné právnické osoby, dosahovaly kladného salda, ovšem až na krajské nebo městské obchodní společnosti. Ty vykazují vůbec nejhorší výsledek hospodaření, tedy nejvyšší záporné saldo. Při bližším zkoumání struktury nákladů lze do jisté míry říci, které jsou nejproblematictější. Nejvyšší podíl na celkových nákladech mají náklady osobní, náklady na zdravotnické prostředky a náklady na léčiva. Průměrný podíl osobních nákladů na celkových byl k 31.12.2010 45%. V případě nemocnic, kde je zřizovatelem kraj nebo krajská či městská obchodní

společnost, byl tento podíl 49% a u příspěvkových organizací, kde je zřizovatelem kraj, dokonce 54%. Ostatní jmenované vykazují podprůměrné hodnoty.

Graf 24 Vývoj výnosů, nákladů a hospodářského výsledku nemocnice v České republice v letech 2000 – 2010 (v mil. Kč)



Zdroj: vlastní zpracování, data z ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2000*. Praha: ÚZIS, 2001. 119 s. ISBN 80-7280-064-7. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. Praha: ÚZIS, 2006. 129 s. ISBN 80-7280-614-9. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007*. Praha: ÚZIS, 2008. 128 s. ISBN 978-80-7280-794-9. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010*. Praha: ÚZIS, 2011. 132 s. ISBN 978-80-7280-969-1

Zatímco ke konci roku 2009 dosahovalo kladného **hospodářského výsledku** téměř ¾ nemocnic, ke konci roku 2010 jen 66%. Lze tvrdit, že nejhorší situace je v kraji Středočeském. Nejenže dosahuje nejvyššího záporného hospodářského výsledku, ale závazky z obchodního styku převyšují pohledávky k 31.12. o 179%. Dobré není ani hospodaření nemocnice v kraji Zlínském se záporným výsledkem 50 mld. Kč., rovněž závazky převyšují pohledávky, a to o 84%. Až na Karlovarský kraj, kraje se záporným hospodářským výsledkem nemocnic vykazují vyšší závazky než pohledávky

z obchodního styku k 31.12.2010. Kraj Pardubický, Karlovarský a Vysočina vykazují nejen ztrátu, ale také více jak polovinu závazků po splatnosti.

Jen 16 % dotazovaných občanů v roce 2010 nesouhlasilo s tvrzením, **že nemocnice se potýkají s nedostatkem finančních prostředků vinou špatného hospodaření jejich řídicích pracovníků**, v případě lékařů jich s tímto nesouhlasila celá ¼ dotázaných. Více jak třetina dotázaných souhlasila tak napůl a ostatním souhlasili.

4.2.5 Materiálně technické vybavení v českém zdravotnictví

4.2.5.1 Komfort vybavení českých zdravotnických zařízení

Komfort vybavení zdravotnických zařízení je hodnocen z pohledu služeb, jakých se pacientům dostává. Hodnotí ho podle úrovně nemocničních pokojů včetně jejich úklidu a podle úrovně nemocniční stravy.

Téměř polovina dotázaných občanů je spokojena s úrovní nemocničních pokojů (nespokojeno 20%). Spokojenost je vyšší než v roce 2005 a blíží se % spokojených v roce 2000. Množství stravy je ku spokojenosti polovině dotazovaných naopak nedostatek v tomto směru pociťovalo téměř 20% dotázaných hospitalizovaných, více jak třetina nebyla spokojena s chutností stravy. S množstvím stravy je spokojen menší podíl dotazovaných, ovšem s chutností stravy větší podíl než v roce 2000 a 2005. Pouze 10% dotázaných a v uplynulých dvou letech (v době dotazování) hospitalizovaných bylo nespokojeno s úklidem, spokojeno 68%, dotázaní hospitalizovaní občané byli ovšem v letech 2000 (74,4%) a 2005 (77,4%) s úklidem spokojenější.

4.2.5.2 Zdravotnická technika a technologie v českých zdravotnických zařízení

Posuzovat vybavení zdravotnických zařízení podle zdravotnické techniky lze jen velmi těžko vzhledem k tomu, jaké ukazatele jsou v českém zdravotnictví sledovány. Je však možné do jisté míry posoudit **vybavení přístrojové**.

Z porovnání přístrojového vybavení zdravotnických zařízení v letech 2000, 2005 a 2010 lze podle počtu jednotlivých typů přístrojů konstatovat, že dochází k **rozšiřování**

tohoto vybavení, čímž se pak dostupnost vyšetření, ke kterým jsou tyto přístroje potřeba, zvyšuje a pacientům se tedy dostává kvalitnější péče pomocí dostupnější diagnostiky. Za těchto uplynulých deset let došlo dokonce k více než trojnásobnému zvýšení magnetických rezonancí, k více než dvojnásobnému zvýšení počtu sonografů a dalších přístrojů pro radioterapii. Téměř se zdvojnásobil počet biochemických analyzátorů, hemodialyzačních přístrojů a ventilátorů (plicních, pro dlouhodobou léčbu). Jen o 10 – 20% se zvýšil počet RTG diagnostických a terapeutických přístrojů, scintilačních gama kamer-diagnost. přístrojů, litotryptorů. Došlo ovšem jen k nepatrnému nárůstu operačních a terapeutických laserů a naopak se snížil počet hyperbarických komor, lineárních urychlovačů-terapeutických ozařovačů. V roce 2010 bylo v ČR v praxi 56 přístrojů pro mimotělní oběh, 516 laparoskopů a 2109 monitorovacích systémů. V případě a sonografů, biochemických analyzátorů, hemodialyzačních přístrojů a laserů došlo k vyššímu nárůstu počtu mezi obdobími let 2000 a 2005, v případě rentgenů a magnetických rezonancí mezi obdobími 2005 a 2010. Nedá se ovšem říci, že navyšování ve všech skupinách by bylo pro pacienty vhodnější. Např. v rámci RTG přístrojů je jich sledováno několik typů. Pokles počtu přístrojů jednoho typu a počtu vyšetření na 1 přístroji je kompenzován vyšším počtem přístroje jiného, s jehož pomocí se dá obsáhnout širší diagnostika. Posouzení z tohoto hlediska by tedy vyžadovalo velmi rozsáhlou analýzu, při níž by bylo nutné disponovat i medicínskými znalostmi. Lze ale konstatovat, že počet přístrojů ve zdravotnictví ČR se od roku 2000 do roku 2010 zvýšil o více jak 60%.

4.2.6 Úroveň elektronického propojení ve zdravotnictví ČR

Nastavení legislativy a zajištění zavedení systému pro eHealth do praxe je jedna věc. Nesmí se však zapomínat na to, že aby mohl systém správně a efektivně fungovat, musí ho také v plné míře využívat zdravotnický personál a pacienti. Musí být toho nejen schopni, ale i ochotni. Právě to je předmětem analýzy dostupných informací o vybavení ordinací výpočetní technikou, připojením k internetu, využívání těchto možností. Na druhou stranu i pacient je toho důležitou součástí, tedy je hodnoceno i využívání internetu občanů v oblasti zdraví a zdravotnictví.

4.2.6.1 Zavedení eHealth

Není možné plně a funkčně implementovat e-Health bez dostatečné gramotnosti IT zdravotníků a pacientů. Mimo jiné je samozřejmě důležité i technologické vybavení domácností a zdravotnických zařízení, minimálně osobním počítačem a přístupem k internetu.

Podmínky zavedení e-Health v ČR:

- technologické vybavení zdravotnických zařízení
- připojení zdravotnických zařízení na internet
- počítačová gramotnost zdravotnických pracovníků
- technologické vybavení domácností
- připojení domácností na internet
- počítačová gramotnost domácností – pacientů

Zavedení eHealth do praxe má nesporné výhody, pokud je však i správně uzpůsobena a nastavena legislativa. Existují samozřejmě argumenty jak pro, tak i proti. V Tabulce 25 jsou přehledně rozděleny argumenty pro podporu jeho zavedení a naopak důvody, proč jsou mnozí k zavedení eHealth v plném rozsahu skeptičtí.

Tabulka 25 Důvody pro a proti zavedení eHealth do praxe v ČR

důvody pro podporu zavedení eHealth	důvody odmítavého postoje k eHealth:
shromážděné informace rychle dostupné v potřebnou chvíli na potřebném místě	možné chybné vyložení si zdravotního stavu klientem prostřednictvím zdravotnické knížky
snížení nákladů zdravotních pojišťoven eliminací nadbytečných a duplicitních výkonů a vyšetření, snadná kontrola nákladů	počítačová negramotnost některého zdravotnického personálu a klientů
snadná kontrola nákladů klientem	nechtěná kontrola nad zbytečnými provedenými výkony zdravotnickými zařízeními
preskripce léků bez návštěvy lékaře	snadné hodnocení vyšetřovacího a léčebného postupu jiným lékařem
snížení transakčních nákladů (CD, pošta, atd.)	náklady na pořízení, implementaci a obsluhu eHealth
možná kontrola úhrady zdravotního pojištění (v závislosti na rozsahu eHealth)	náklady na pořízení dalších IT do zdravotnických zařízení
sledování očkovacích plánů, předepsaných	zaškolení pracovníků, neochota učit se nové

kontrol a prohlídek klienta	věci, změnit dosavadní systém
dostupné ověřené informace o zdraví a zdravém životním stylu	nepřipravený legislativní rámec
	riziko zneužití osobních citlivých dat

Zdroj: vlastní zpracování

Obecně známou slabinou českého zdravotnictví bývá nadměrné užívání zdravotní péče. Mnohá vyšetření jsou prováděna duplicitně nebo nadbytečně, léky jsou předepisovány nekoordinovaně. Výsledky vyšetření si zdravotnická zařízení mnohdy nepředají, jsou prováděna tedy opakovaně. To jsou jen některé chyby systému, které by zavedením povinného „záznamování“ výkonů mohly být redukovány a postižitelný.

4.2.6.2 ICT vybavení zdravotnických zařízení a domácností

Důležité je jak hardwarové vybavení, tak i software a připojení k internetu. Zdravotnické zařízení má pak následně několik dalších možností, jak pro svou činnost internet využít. Rovněž domácnosti v souvislosti se zdravím a poskytováním péče užívají PC a internet.

4.2.6.2.1 ICT vybavení zdravotnických zařízení

Samozřejmou součástí vybavení zdravotnických zařízení by měly být nejen medicínské přístroje, ale také informační technologie. O telefonním připojení je v současné době naprosto zbytečné se zmiňovat, snad žádné zdravotnické zařízení bez něho nemohlo fungovat. PC už takovou samozřejmostí.

PC ve zdravotnických zařízeních

Zdravotnická zařízení v naprosté většině v roce 2010 již disponovala PC, celých 97% (do šetření ÚZIS ČR zapojeno 88,3% ze všech zdravotnických zařízení). Oproti roku 2006 se tento počet zvýšil o 13%, nárůst je zaznamenán u všech druhů ordinací. 97,3 % ordinací disponovalo PC, z praktických lékařů pro děti a dorost pouze 95,2%, nejvíce ordinací s PC je mezi gynekology (98%), u těch je však zaznamenáván nejnižší meziroční nárůst, nejvyšší naopak v případě zubních ordinací.

Je tedy patrné podléhání nutnosti vlastnit PC a využívat ho při výkonu lékařské praxe a počty ordinace bez PC se postupně eliminují. Při hodnocení statistických údajů je

nutné si uvědomit, že vlastnit PC a využívat ho při výkonu své činnosti lékařem je rozdíl. Ordinací vlastnicích PC a zároveň ho nevyužívajících je však skutečně zanedbatelný počet. Jestliže ordinace nevlastní PC, není tedy možné, aby vedla jinou dokumentaci než písemnou „papírovou“. Problém pak mohou mít i s vyúčtováním se zdravotními pojišťovny. Zdravotnická zařízení využívají PC k vedení zdravotnické dokumentace, přípravě podkladů pro zúčtování se zdravotními pojišťovnami. S plně fungujícím eHealth je spojováno i využívání elektronických zdravotních knížek. Čtení z nich a zapisování na osobní účet pacienta je rovněž většinou podmíněno připojením k nějakému serveru.

Připojení zdravotnických zařízení k internetu a jeho využívání

Internetu zdravotnická zařízení využívají nejen ke komunikaci s pacienty, lékárnami, obchodními partnery, zdravotními pojišťovnami, zdravotnickými zařízeními, popř. s jinými institucemi, ale také k vyhledávání informací zdravotnickým personálem. Zdravotničtí pracovníci prostřednictvím internetu získávají informace z teoretické, ale i praktické medicíny a v neposlední řadě i informace o farmaceutických prostředcích. Medicínské znalosti sbírají touto formou nejen na pracovišti, ale i mimo něj.

Podíl ordinací (s členěním podle segmentů péče) **s připojením k internetu** rostl podobným tempem. V roce 2010 bylo připojeno k internetu už 82% zdravotnických zařízení. Zatímco v roce 2002 byl největší podíl připojených k internetu v rámci ordinací praktických lékařů pro děti a dorost, v roce 2010 už vedou gynekologové, jichž bylo připojeno 85,7%. Nejnižší procento připojených je po sledovanou dobu (2002 – 2010) mezi zubními lékaři (74,4%).

Vlastní **webovou stránkou** opět disponovali v porovnání s jinými obory nejvíce gynekologové, jichž vlastnila webovou stránku téměř třetina z nich. Zubní lékaři i v tomto směru drží své prvenství z druhého konce, pouze zhruba 11% z nich měla webovou stránku. Vzhledem k tempu růstu podílu ordinací s webovou stránkou jich nejvíce od roku 2006 do roku 2010 přibýlo u gynekologů a praktiků pro dospělé. Nejméně u specialistů, ti však v roce 2006 měli nejvyšší podíl ordinací s webovou stránkou v rámci svého oboru, tak je nižší nárůst pochopitelný. V rámci ordinací vzrostl počet připojených zařízení v roce 2010 oproti roku 2006 více jak dvojnásobně. V roce 2010 došlo oproti předchozímu roku k 30% nárůstu připojení. Nejvíce v případě zubních lékařů,

jichž jich i po nárůstu bylo připojeno nejméně. Nerovnoměrné je i vlastnění PC, připojení k internetu a vlastní webová stránka podle krajů, dá se říci, je nejvyšší využití IT z tohoto hlediska je v Praze a Středočeském kraji.

Elektronickou poštu využívalo v roce 2010 téměř 83% zdravotnických zařízení (ordinací 80,5 %) využívají ordinace ke komunikaci s pacienty a ostatními zařízeními. Ordinance užívají elektronickou poštu především pro **komunikaci** se zdravotními pojišťovnami a obchodními partnery. S jinými zdravotnickými zařízeními takto komunikuje necelá polovina ordinací, nejvíce ordinací praktických lékařů pro děti a dorost. S lékárnami jen 16% ordinací. Elektronickou poštu využívají obecně nejvíce gynekologové. S pacienty touto formou komunikovalo necelých 40% ordinací. Jsou to gynekologové, v jejichž případě nejvíce z nich komunikuje takto s pacienty, nejméně zubaři. Na druhou stranu zubní ordinace i zde doháněly ostatní a podíl se u nich zvyšoval nejvyšším tempem.

Webových stránek ordinace využívaly více k **on-line konzultacím než objednávaním**, až na praktické lékaře pro dospělé, kde 3,8% konzultovalo on-line a objednávalo on-line 4,6%. Možnost on-line objednání nabízeli nejvíce specialisté a praktičtí lékaři pro děti a dorost. Nejméně opět zubní lékaři. On-line konzultovalo 12% gynekologů a 9 % praktiků pro děti a dorost a specialistů. Zubaři jen z 2%.

Počet ordinací, které umožňovaly **on-line objednání na vyšetření**, se k roku 2010 od roku 2006 více než zdvojnásobil. Zatímco v roce 2006 objednávalo nejvíce (5%) z gynekologů, v roce 2010 jsou to praktici pro děti a dorost, jichž toto umožňuje více jak 10%. U praktiků se tento podíl více jak zpětínásobil, u gynekologů ani ne zdvojnásobil. Jsou to opět ordinace zubních lékařů, kteří v této službě mají největší rezervy. V posledních letech nabízejí lékaři i on-line konzultace pomocí vlastních webových stránek, ovšem jen necelých 7%. Nejvíce bylo těchto ordinací v roce 2010 mezi praktiky a gynekology.

U zubních lékařů souvisí samozřejmě tak nízký podíl s absencí vlastního PC, připojením k internetu a webovou stránkou. Nicméně vzhledem k tomu, že je pro poskytnutí rady a zhodnocení stavu častěji nutné pacienta osobně prohlédnout než v případě jiných odborností vzhledem k charakteru problémů a i objednání návštěvy lékaře se musí odvíjet na základě zkonzultování potíží a odhadu možného zákroku, méně často je využíváno on-line objednání bez komunikace se zdravotnickým personálem.

Každoročně se i zvyšuje podíl lékařů hledajících i medicínské informace na internetu. V roce 2010 přes 62% samostatných ordinací vyhledávalo **informace z oblasti teoretické medicíny a farmaceutické informace**, přes 67% o **praktické medicíně**, podobné rozložení je i v případě všech zdravotnických zařízení. Za tímto účelem internet využívají nejvíce ordinace praktiků pro děti a dorost a gynekologové, kolem ¾ z nich. Internet se tedy stává zdrojem odborných medicínských znalostí stále pro více ordinací (82%) a nejen ordinací, ale zdravotnických zařízeních vůbec, téměř 83%. Od roku 2006 do roku 2010 je mezi ordinacemi zhruba o 30% více těch, kteří internet jako zdroj informací mají aktivní zájem. O farmaceutické informace na internetu má pochopitelně zájem největší podíl mezi lékárnami, a to 95% z nich, informace o medicíně zde vyhledává přes 40% z nich.

Na počítači vedlo v roce 2009 **zdravotnickou dokumentaci** 80% samostatných lékařů, více gynekologové a specialisté, nejméně praktici pro děti a dorost (69,9%). Na druhou stranu jsou to ale praktici, jejichž největší část vede **zdravotnickou dokumentaci na internetu**(přes 10% v roce 2009). Od roku 2006 tento podíl v jednotlivých segmentech klesal, až na zubaře, v roce 2010 však opět vzrostl.

Ve vedení dokumentace na internetu pozitivně vynikají překvapivě praktici. V rámci IZIP jsou to právě praktici, jichž bylo v tomto programu registrováno více jak polovina, v čemž jednoznačně převyšovali ostatní odbornosti. Dá se z toho soudit, že pokud jsou ordinace vhodně motivované (respektive pokud by to bylo povinné), je možné, aby vedly dokumentaci nejen na PC, ale v rámci nějakého systému, kdy data nejsou ukládána přímo jen na PC zdravotnického zařízení.

Technologické vybavení zdravotnických zařízení je na vysoké úrovni, i když ne zcela připraveno pro využití např. elektronických knížek. Otázka zůstává, kdo by tak nákladné vybavení hradil. Ministerstvo? Zdravotní pojišťovny? Samotná zdravotnická zařízení?

Lékárny jsou zařízení, která disponovala téměř všechna PC a internetem. Zhruba 40 % z nich měla také vlastní webovou stránku. Jsou tedy velmi dobře vybaveny například k možnosti elektronického předepisování léčiv. Komunikovaly prostřednictvím emailové pošty především s obchodními partnery a zdravotními pojišťovnami. Polovina z nich touto formou komunikovaly i s pacienty-veřejností a více jak polovina se zdravotnickými zařízeními. V případě lékáren byl znát nárůst počtu těch,

kteřé využívaly ke komunikaci s ostatními subjekty elektronickou poštu a v tomto směru vyšší zájem o medicínské a farmaceutické informace. U informací medicínských vykazovaly dokonce rychlejší nárůst než ordinace.

Při posouzení údajů, které poskytuje Český statistický úřad (jako zdroj dat týkajících se ostatních států uvádí Evropskou komisi, konkrétně Pilot on eHealth Indicators (Empirica), 2007), ovšem z roku 2007, lze konstatovat, že počet ordinací praktického lékaře s počítačem a internetem byl v ČR podprůměrný vzhledem k průměru EU. Ovšem téměř třetina ordinací měla vlastní webovou stránku, což je více jak průměr EU. Ve vedení administrativy pacientů na počítači patřila Česká republika mezi „zaostalejší“, rovněž i v případě elektronické výměny dat. Na druhou stranu čeští praktici nadprůměrně využívali e-learningu. V EU pouze 6% využívalo internet k elektronické výměně dat receptu s lékárnami, 15% k výměně administrativních dat se subjekty hradícími zdravotní péči. 40 % ho však využívalo ke komunikaci s laboratořemi a příjmů výsledků laboratorních vyšetření.

Vyhličky na zapojení všech subjektů „do elektronického zdravotnictví“

Ochotu využívání možnosti zapisovat a sdílet informace o zdraví a zdravotní péči pacienta jak na straně lékaře, tak i na straně pacientů, lze spatřovat ve využívání možnosti zapojit se do systému IZIP. Systém IZIP zahrnuje Elektronické knížky pacientů, ve kterých si mohou pacienti číst, zapisovat poznámky, lékaři zapisovat důležité informace o léčbě, zdravotním stavu pacienta, výsledcích vyšetření apod. O tom, kdo nahlíží do elektronické knížky, rozhoduje sám pacient. Nechat si zřídit tuto knížku mohl pacient VZP, a to jen dobrovolně.

Určitá forma **elektronické karty** pacienta bývá ve světě běžnou praxí. I v České republice byla již zavedena. Nicméně přesto, že se zvyšuje její využívání zdravotnickými zařízeními, není v českém zdravotnictví samozřejmostí. Zdravotní knížku některé pojišťovny již zavádí, v praxi ovšem není zaveden fungující systém, v kterém by byli všichni pacienti a zdravotnická zařízení plně zapojeni.

Společnost IZIP, a.s. uvádí, že svou Elektronickou zdravotní knížku mělo v roce 2010 zřízeno téměř 2,5 mil. **klientů** a bylo vytvořeno více jak 17 mil. **záznamu**. Na konci

ledna 2011 je **zapojeno** více jak polovina nemocnic, téměř 8000 zdravotnických zařízení. Nárůst v roce 2010 oproti 2009 byl také skutečně vysoký. Počty klientů se téměř zdvojnásobily, zaznamenán byl zhruba 50% nárůst počtu zapojených nemocnic a zdravotnických pracovníků.

Vzhledem ke změnám a problémům, které IZIP během existence provázely, se nedá říct, že by byl počet registrovaných nízký. Využívání systému IZIP je také ovlivněno právě zapojením lékařů do určitých programů, v rámci kterých jsou u zdravotní pojišťovny zvýhodněny. Mnoho registrovaných se zatím na utváření databáze nepodílí. V roce 2012 ovšem dochází ke zpochybnění systému IZIP a rozhodnutí o výpovědi smlouvy mezi VZP a IZIP. Jako důvody jsou uváděny pochybné náklady a finanční toky. Pravděpodobně dojde k prošetření využívání IZIPu. Pilotní projekt končí v červnu 2012. Není ovšem jasné, zda bude vyhodnocen a výsledky zveřejněny. Nicméně společnost IZIP se, jak je uvedeno na jejich webových stránkách v rozhovoru s jejím ředitelem, rozhodla, že pokud bude vypsáno výběrové řízení na elektronizaci zdravotnictví, tak se přihlásí.

Pro představu jsou uvedeny některé skutečnosti, které do jisté míry vypovídají o zájmu elektronické knížky, jež je jedním z produktů, které poskytuje společnost IZIP a.s., která se specializuje na elektronizaci zdravotnictví, řešení není HW, ale i SW. Z údajů Českého statistického úřadu vyplývá, že v roce 2003 a 2004 přibýlo každoročně více než 1000 nově registrovaných zdravotnických zařízení. Vzhledem k situaci, v jaké se zdravotnictví nacházelo v roce 2005, byl patrný i dopad na systém IZIP a počet nově registrovaných přibývalo ročně jen po desítkách, což ovšem opět vzalo obratu v roce 2009. To už vzrostl zájem zdravotnických zařízení o registraci do IZIP. V roce 2009 bylo registrováno 23% ze všech zdravotnických zařízení.

V roce 2009 se oproti roku 2008 registrovalo 40x více klientů než v roce předchozím, což dokazuje opětovnou popularitu IZIP u pacientů. Ke konci roku 2009 bylo registrováno již 13% obyvatelstva. Z krajů je to opět hl. město Praha, kde byl nejmenší podíl registrovaných na počtu obyvatel (6%). Ovšem oproti předchozímu roku je to hl. město Praha, kde došlo k rapidnímu zájmu o registraci, bylo zde registrováno o více než 300% více než předchozí rok, zatímco průměrný nárůst byl 67% nově registrovaných. V krajích, kde jich je registrován nejvyšší podíl, byl tento nárůst jen mírný oproti ostatním krajům.

Obecně byl větší zájem o registraci mezi ženami než muži, registrováno bylo o 36%

více žen než mužů. Z hlediska věku by se dalo tvrdit, že největší podíl registrovaných byl v nejstarších věkových kategoriích. Skoro čtvrtina narozených v letech 1910 – 1930 je klientem IZIP. Rozhodně se nedá tvrdit, že větší zájem by byl u mladší populace, ta byla registrována jen z max. 12% (narození od roku 1950).

4.2.6.2.2 Technologické vybavení domácností

Zatímco v ČR v roce 1999 nemělo **pevnou telefonní linku ani mobilní telefon** 20% domácností, v roce 2004 jen 4% a v roce 2009 už jen 2%. Mobilní telefon v roce 2009 vlastnilo dokonce 88 % důchodců a ve všech věkových kategoriích každoročně stoupá % osob vlastnících mobilní telefon. **Objednávání návštěvy zdravotnického** zařízení pacienty z jejich strany není téměř vůbec technicky omezeno z hlediska objednávání po telefonu.

Každoročně se zvyšuje podíl osob využívajících **internetu k výměně e-mailů**. Především lidé ve věku 16-34 let a lidé starší 75 let využívající internet komunikovali v roce 2010 prostřednictvím elektronické pošty. Od roku 2005 do roku 2010 se v případě lidí do 54 let více jak zdvojnásobil podíl komunikujících pomocí e-mailové pošty. Vysoký nárůst v tomto roce je patrný i u lidí starších 54 let.

Prokazatelně má vliv na e-mailovou komunikaci i **úroveň dosaženého vzdělání**. Nejvyšší podíl komunikujících v dané skupině dosahují lidé s terciárním vzděláním (85% ze všech, 96% z uživatelů internetu). Nejnižší podíl osob užívajících e-mail bylo ve skupině lidí se základním (12,4 %, 81 % z uživatelů internetu) vzděláním, jedná se ale o skupinu, ve které nejrychleji přibývá uživatelů e-mailu (600% nárůst k roku 2010 oproti roku 2005). Nejrychlejší nárůst byl zaznamenán u důchodců (více jak 400 % nárůst, nejnižší u studentů).

Osob **využívajících email** bylo více mezi muži, nicméně je zaznamenáván rychlejší nárůst podílu žen s emailem v rámci jejich skupiny. Více jak polovina nezaměstnaných v roce 2010 komunikovala prostřednictvím emailu, zatímco v roce 2005 pouze 15%.

Čím starší skupina populace, tím menší je podíl užívajících internet v dané skupině. Nicméně čím starší skupina, tím rychlejší nárůst podílu **uživatelů internetu** v dané skupině od roku 2006 do 2010. Zatímco ve skupině lidí ve věku 16-34 let došlo jen k 18% nárůstu, u osob starších 75 let více jak 450 %). Podobný trend se jeví v případě skupin podle vzdělání. Zatímco u lidí se základním vzděláním se podíl zvýšil o 240% (na 15,3%) ,

u lidí s terciárním vzděláním jen o 12% (na 87,9%). Rovněž byl vyšší nárůst zaznamenán u žen.

S věkem roste i zájem uživatelů internetu o **vyhledávání informací o zdraví**. V roce 2010 je vyhledávala více jak polovina uživatelů starších 65 let, zatímco mezi uživateli ve věku 16-34 jen 14,2%. Stejná tendence byla i v porovnání skupin podle vzdělání. Zdravotnické informaci vyhledává 42% uživatelů internetu s terciárním vzděláním, se základním pouze 27 %. Je také velký rozdíl mezi uživateli podle pohlaví. Zatímco informace o zdraví vyhledávalo jen 19% mužů, tak žen 44%.

Při posouzení údajů Českého statistického úřadu, který uvádí jako zdroj dat Eurostat²²⁸, je patrné, že Češi patřily v EU mezi ty, co mají velmi nízký zájem o informace na internetu o zdraví. Vyhledávalo je jen zhruba 30% uživatelů internetu a pětina všech obyvatel, což je značně pod průměrem. V EU v roce 2010 je vyhledávala polovina všech uživatelů internetu.

Dá se říci, že dochází k nárůstu zájmu o informace o zdraví mezi všemi věkovými skupinami uživatelů. Nárůst zájmu v roce 2010 oproti roku 2005 se příliš výrazně (více jak 100% nárůst) neliší mezi skupinami z hlediska věku, vzdělání ani pohlaví.

Vzhledem k tomu, že zdravotnický personál a především lékaři, kteří vytváří zdravotnickou dokumentaci, jsou lidé s maturitním nebo vysokoškolským vzděláním, je zde vysoký předpoklad, že budou schopni při své práci využívat PC a internet. Na druhou stranu na lékařských fakultách nebyla tak rozšířena výuka práce s počítačem a internetem, bylo by tedy mylné domnívat se, že se nenajdou lékaři nebo zdravotnický personál, který by tuto činnost neovládal. V případě praktických lékařů, jejíž průměrný věk vysoký, lze předpokládat, že důvodem nevyužívání PC, internetu a nenabízení on-line služeb a IZIP, je počítačová negramotnost nebo gramotnost nízká. Vzhledem k tomu, jak rozšířená je výuka práce s PC a internetem na školách, lze předpokládat, že stále větší část populace si tuto dovednost velmi dobře osvojí natolik, aby mohla využívat služeb elektronického zdravotnictví.

²²⁸ Český statistický úřad. Využívání internetu k vyhledávání informací o zdraví-mezinárodní srovnání HTML. 12-07.2012. dostupné z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vyuzivani_internetu_k_vyhledavani_informaci_o_zdravi_mezinarodni_srovnani

4.3 Posouzení procesu poskytování zdravotní péče v ČR

4.3.1 Vlastní postupy a procedury léčebné péče v ČR

Nebyly dosud vypracovány do konečné podoby doporučené medicínské postupy. Problémem však také je, že tento pojem (odborné zdravotnické společnosti) není přesně definován a mělo by být jasné určené, že nejde o postup závazný, ale jen doporučený.

4.3.2 Vztah pacient – zdravotník v českém zdravotnictví

V poskytování zdravotní péče její kvalitu bezpochyby ovlivňuje i **jednání lékaře, zdravotních sester a ostatních zdravotnických pracovníků s pacientem.** Podle dotazování občanů je zřejmé, že s přístupem lékařů k pacientům bylo v roce 2010 spokojeno kolem 70% dotazovaných občanů (32% dokonce velmi spokojeno), na druhou stranu nespokojeno necelých 8%. Nejkritičtější je v tomto ohledu skupina občanů ve věku 15 – 24 let. S přístupem zdravotních sester k pacientům je spokojeno přes 70% občanů (velmi spokojeno 37%), o nepatrně málo více než v případě přístupu lékařů, nespokojeno přes 8%. Nejkritičtěji hodnotila skupina občanů ve věku 15-24 let, na druhou stranu je to zároveň skupina, ve které bylo vzhledem k ostatním skupinám nejvyšší procento spokojených. Je to skupina, která nejvíce zaujímá jasnější postoj (nízké procento s odpovědí „tak napůl“). I s úrovní práce nemocničních zřízenců je většina dotázaných občanů spokojena (66%), čtvrtina „tak napůl“. Na základě výsledků dotazování v roce 2000, 2005 a 2010 lze konstatovat, že spokojenost občanů s přístupem lékařů a zdravotních sester k pacientům se spíše zhoršuje. V případě lékařů je rozdíl v podílu spokojených občanů v roce 2010 oproti roku 2005 3,3, v případě zdravotních sester 2,9.

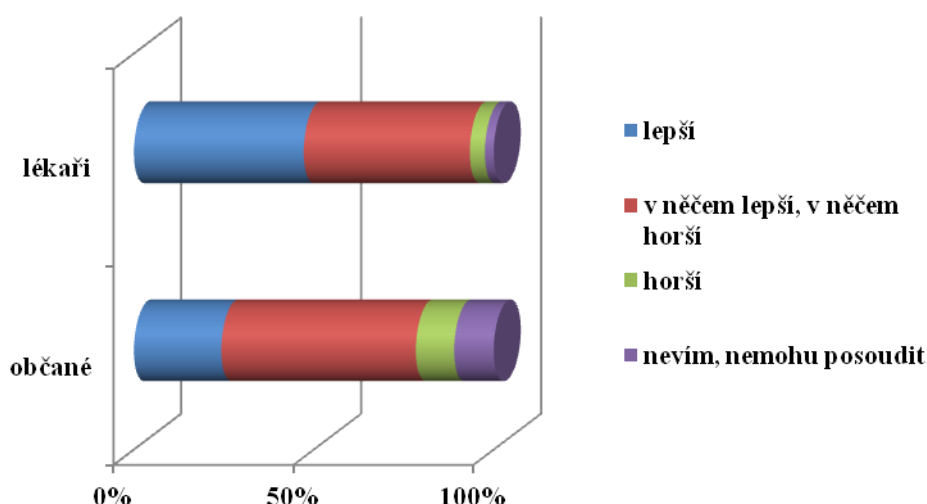
Na druhé straně i jednání pacienta a přístup ke zdravotnickému personálu není nic, co by mělo být přehlíženo. Pocity z komunikace pacienta směřované ke zdravotníkovi mají v daném okamžiku, ale i v dlouhodobém horizontu dopad na emociální stránku osobnosti zdravotníka a z hlediska celého systému nezanedbatelný vliv na kvalitu poskytování zdravotní péče.

4.4 Posouzení výsledků poskytování zdravotní péče v ČR

4.4.1 Subjektivní hodnocení poskytování zdravotní péče v ČR

Kvalita zdravotní péče je hodnocena mnoha různými složitými metodami a odrážena pomocí vybraných ukazatelů. Na základě dotazování lékařů a občanů v roce 2010 vyplývá, že 47% lékařů **hodnotilo kvalitu poskytované péče** jako lepší oproti minulému období, jen 4,2% jako horší. V případě občanů, kteří se ve větší míře než lékaři přikláněli k tomu, že nemohou posoudit, hodnotila čtvrtina dotázaných kvalitu péče za lepší, téměř 11% za horší.

Graf 25 **Hodnocení změny kvality zdravotní péče oproti minulému období lékaři a občané v ČR v roce 2010**



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty z nevyhodnocených odpovědí respondentů v dotazníkového šetření Lékařského informačního centra, Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“

Odborná úroveň lékařů a zdravotních sester (rok 2010)

Na základě dotazování občanů a lékařů v roce 2010 lze konstatovat, že s odbornou úrovní lékařů a zdravotních sester jsou občané spokojeni. Nespokojených s **odbornou úrovní lékařů** byly jen 3% dotazovaných občanů, 85% spokojeno (42% dokonce velmi spokojeno). 10 % jich hodnotilo svou spokojenost „tak napůl“. Podobně jsou spokojeni

i s odbornou úrovní sester (80% spokojených, 4% nespokojených). S ohledem na věkovou skupinu dotazovaných nejsou výraznější rozdíly v jejich pohledu na odbornou úroveň lékařů a zdravotních sester. S odbornou úrovní lékařů jsou nejméně spokojeni občané ve věku 45-64, k odborné úrovni sester se nejkritičtěji vyjadřuje skupina občanů ve věku 15-24 let, prakticky stejně tak i skupina občanů ve věku 25-45 let.

4.4.2 Objektivní hodnocení poskytování zdravotní péče v ČR

Pokud je hodnocena výkonnost zdravotnického systému jako celku, pak je předmětem zájmu populační charakteristiky zdravotního stavu. Existuje jich celá řada.

Tabulka 26 Kojenecká úmrtnost na 1000 živě narozených v Čechách, na Moravě a Slezsku v letech 1901 – 1922 (v ‰)

rok	Čechy	Morava a Slezsko	rok	Čechy	Morava a Slezsko
1901	225,6	210,3	1915	218,7	219,7
1902	224	204,8	1916	186,7	192
1903	224,4	199,6	1917	183,8	175,4
1904	220,8	211,7	1918	194,2	191
1905	242,6	228,7	1919	144,3	153,5
1906	198,2	199,5	1920	169,1	170,9
1907	205,9	205,5	1921	172,5	163,2
1908	204,2	202,5	1922	159,8	141
1909	208,9	210,3	1923	138,2	134,9
1910	191,3	186,9	1924	140,2	135,8
1911	204	199,4	1925	134,7	131,6
1912	189,2	181,7	1926	136,9	135,9
1913	183,3	186,1	1927	141,6	139,6
1914	180,1	173,1	1928	127,4	126,3

Zdroj: vlastní zpracování, data z DOLEJŠÍ, Václav a kol. *Československé zdravotnictví ve statistických údajích 1948-1958*. 1. vyd. Praha : SZdN, 1959. 178 s.

Za nejprůkaznější vzhledem k celkové účinnosti péče o zdraví a efektivitě zdravotnictví jsou obvykle považovány střední délka života a kojenecká úmrtnost. Odborníci z oblasti zdravotnické statistiky soudí, že kojenecká úmrtnost lépe odráží výkonnost zdravotnictví než střední délka života. Z Tabulky 26 je patrné, že na území ČR

kojenecká úmrtnost z dlouhodobého hlediska klesla, i když ve sledovaném období let 1901 – 1928 hodnoty tohoto ukazatele kolísají a pokles je střídán nárůstem. Vzhledem k tehdejšímu možnostem zdravotnictví, životní úrovni obyvatelstva a hygienickým podmínkám, kterými může být zdraví kojence značně ovlivněno, je takový vývoj pochopitelný.

V Tabulce 27 jsou zachyceny hodnoty kojenecké a novorozenecké úmrtnosti od roku 1937.

Tabulka 27 Kojenecká a novorozenecká úmrtnost na 1000 živě narozených v Čechách, na Moravě a Slezsku v letech 1937 – 2009 (v ‰)

rok	kojenecká	novorozenecká	rok	kojenecká	novorozenecká	rok	kojenecká	novorozenecká
1937	100,7	45,5	1958	24,4	13,2	1999	4,62	2,92
1948	71,5	28,6	1989	9,97	6,90	2000	4,10	2,54
1949	67,1	27,3	1990	10,80	7,68	2001	3,97	2,34
1950	64,2	28,6	1991	10,38	6,97	2002	4,15	2,71
1951	57,1	25,2	1992	9,89	6,15	2003	3,90	2,36
1952	44,9	23,3	1993	8,49	5,72	2004	3,75	2,29
1953	35	16,8	1994	7,95	4,74	2005	3,39	2,02
1954	30,2	16,9	1995	7,70	4,94	2006	3,33	2,32
1955	27,9	16,2	1996	6,05	3,84	2007	3,14	2,05
1956	25,7	13,9	1997	5,86	3,60	2008	2,83	1,81
1957	25,2	13,7	1998	5,21	3,19	2009	2,88	1,64

Zdroj: vlastní zpracování, data z DOLEJŠÍ, Václav a kol. *Československé zdravotnictví ve statistických údajích 1948-1958*. 1. vyd. Praha : SZdN, 1959. 178 s., Český statistický úřad. *Česká republika v datech (1989 – 2009)*. Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/1420-11-n_2011-0100

Po druhé světové válce kojenecká a i novorozenecká úmrtnost na území ČR značně klesá. Zatímco v roce 1937 zemřel každý desátý kojeneček (do 1 roku), v roce 2009 už necelá 3 promile. Snížila se rovněž i novorozenecká úmrtnost. Za povšimnutí stojí i změna poměru mezi novorozeneckou a kojeneckou úmrtností. V roce 1948 byla kojenecká úmrtnost 2,5x vyšší než novorozenecká. Tento poměr se postupně dlouhodobě

snížíval. Obecně však v současné době patří Česká republika ke světové špičce v péči o kojence.

Střední délka života při narození

Střední délka života při narození se v ČR republice stále zvyšuje. V roce 2010 byla střední délka života žen v ČR 80,6 let a mužů 74,4. Ženy mají při narození lepší šance dožít se vyššího věku. Zatímco ženy dosáhly naděje dožití při narození 60 let v roce 1936, muži až v roce 1947. Nejvyšší navýšení střední délky života bylo u obou pohlaví v roce 1946, což jistě souvisí s koncem války. V případě mužů to bylo o více jak 7 let, v případě žen o více jak 4 roky. Až na výjimky se meziročně střední délka života zvyšuje, pokud dojde ke snížení, jsou to ženy, u nichž je to snížení mírnější (v letech).

Tabulka 28 Střední délka života v letech v Čechách, na Moravě a Slezsku 1869 - 2009

v letech	muži	ženy	v letech	muži	ženy	v letech	muži	ženy
1869 - 1880	33,1	36,9	1949 - 1951	62,2	67	1995	69,72	76,63
1899 - 1902	38,9	41,7	1955	66,7	71,8	2000	71,65	78,35
1909 - 1912	42,8	45,9	1958	67,4	72,5	2005	72,88	79,10
1929 - 1932	53,7	57,5	1990	67,58	75,42	2009	74,19	80,13

Zdroj: vlastní zpracování, data z DOLEJŠÍ, Václav a kol. *Československé zdravotnictví ve statistických údajích 1948-1958*. 1. vyd. Praha : SZdN, 1959. 178 s., Český statistický úřad. *Česká republika v datech (1989 – 2009)*. Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/1420-11-n_2011-0100

Tabulka 28 zachycuje vývoj střední délky života v českých zemích. Při srovnání střední délky života v daném roce oproti střední délce života před 10 lety lze konstatovat, že sice dochází až na období let 1960 – 1970 k růstu střední délky života u žen i mužů v ČR ovšem ani ne rychlejším nebo pomalejším tempem. K většímu zpomalení došlo v období let 1970 – 1990, co může, ale i nemusí souviset přímo se zhoršenými podmínkami ve zdravotnictví. V období po transformaci zdravotnictví dochází k výraznějšímu nárůstu, v období 2000 – 2010 sice střední délka života roste, ovšem pomaleji než v předchozím desetiletí. Nemusí zde jít ke zhoršeným podmínkám ve zdravotnictví, ale může se zde mimo jiných faktorů odrážet i fakt, že se lidské tělo dostává do fáze, kdy není možné tak rapidního zlepšování jeho stavu novými

medicínskými možnostmi a z fyziologického podstaty nelze dosahovat stále stejným tempem dalšího a dalšího prodlužování života. Lepší životní podmínky a medicínské možnosti a úroveň zdravotní péče mají větší efekt v případě, kdy je střední délka života nižší. Všechny tyto pozitivní determinanty na střední délky života jsou v současné době vyvažovány negativními, tedy špatným životním stylem, civilizačními chorobami, vyšším výskytem novotvarů.

Tabulka 29 Procentuální změna ve střední délce života oproti střední délce života v roce před 10 lety v období 1920 - 2010

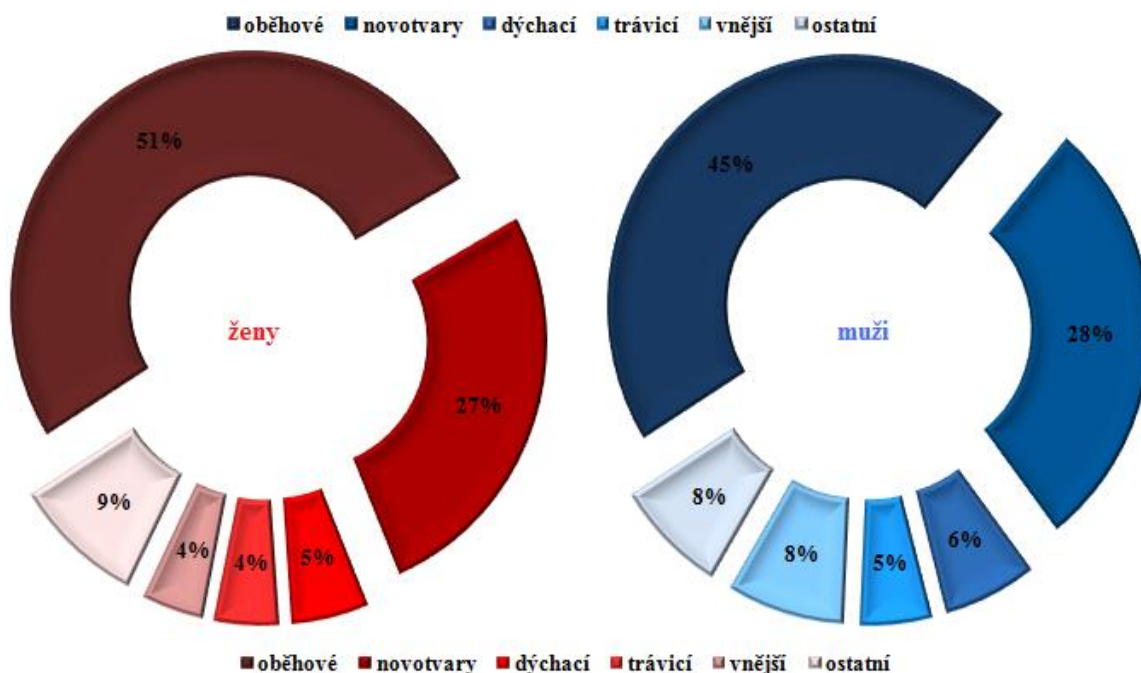
rok	% změna SDŽ muži	% změna SDŽ ženy
1930/1920	15,24	17,01
1940/1930	5,32	5,62
1950/1940	9,12	9,31
1960/1950	9,00	9,56
1970/1960	-2,63	-0,52
1980/1970	1,03	1,15
1990/1980	1,15	2,10
2000/1990	6,01	3,89
2010/2000	3,81	2,87

Zdroj: vlastní zpracování, data z DOLEJŠÍ, Václav a kol. *Československé zdravotnictví ve statistických údajích 1948-1958*. 1. vyd. Praha : SZdN, 1959. 178 s., ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v datech (1989 – 2009)* [on-line]. 2011-4-22. (PDF). Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/1420-11-n_2011-0100, ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2011* [on-line]. 2011-11-23. (PDF). Kód: e-0001-11.. Dostupné z www: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/0001-11-2010>

Výskyt choroba a onemocnění a úmrtnost

Zpravidla největší pozornost je věnována onemocněním, jimiž trpí největší část populace, a které jsou nejčastější příčinou úmrtí. Z Grafu 26 je jasné, že i v České republice, jak se dá očekávat vzhledem k její vyspělosti a způsobu života jejích obyvatel, je nejčastější příčinou úmrtí žen i mužů onemocnění oběhové soustavy a následují novotvary. Nemoci oběhové soustavy byly v roce 2010 příčinou úmrtí u každé 2. zemřelé ženy, v případě mužů je to podobné, i když se nejedná o celou polovinu zemřelých.

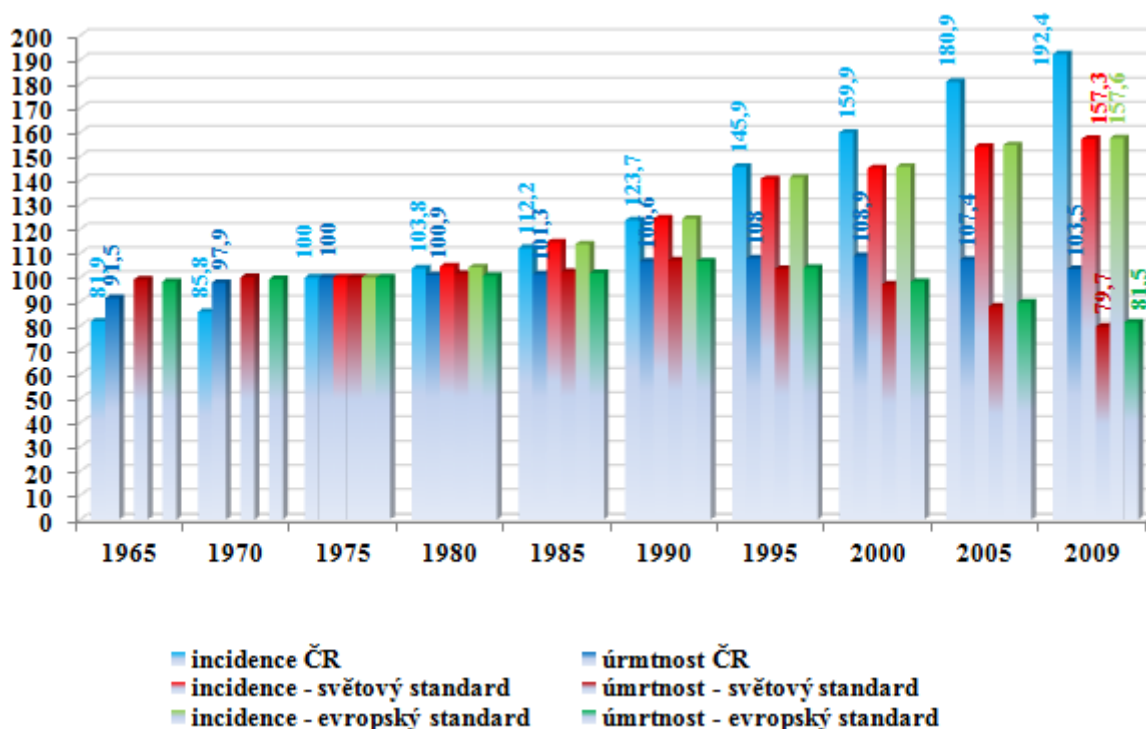
Graf 26 **Struktura příčin úmrtí žen a mužů v ČR v roce 2010**



Zdroj: vlastní zpracování, data z Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Zemřelí 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011, 106 s. ISBN: 978-80-7280-925-7

Úroveň péče jistě nelze posuzovat jen podle výskytu onemocnění, na který má vliv mnoho faktorů. Nicméně pozitivním jevem je, že i když roste počet pacientů s nádorovým onemocněním, neroste úmrtnost. Z Grafu 27 je ovšem patrné, že evropský a světový standard vykazuje příznivější stav a vývoj než v České republice. Podchycení onemocnění a výsledky léčby nezávisí pouze na možnostech léčby a jejím samotném průběhu. Značnou měrou souvisí s chováním pacienta. Zlepšování zdravotního stavu a výsledků zdravotní péče nezávisí tedy jen na dostupnosti a kvalitě péče samotné. Jednání pacientů je dáno také „kulturou a zvyklostmi“ a nelze je odbornou společností přesvědčit ke změně ze dne na den.

Graf 27 Vývoj incidence novotvarů a úmrtnosti v jejich důsledku na 10 000 obyvatel v ČR a podle světového a evropského standardu v letech 1965 – 2009 (index růstu, 1975 = 100)



Zdroj: vlastní zpracování, data z ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Novotvary 2009 ČR*. Praha: ÚZIS ČR, Národním onkologickým registrem ČR, 2012. 264 s. ISBN 978-80-7280-975-2

V roce 2009 v případě mužů bylo nejčastější příčinou úmrtí nádor průdušnice, průdušek a plic, v případě žen rakovina prsu. Při posouzení % zastoupení osob podle stádia novotvaru, v případě žen, jich bylo nejvíce v I. stádu u novotvarů děložního hrdla a těla a v případě kožních nádorů, u ostatních sledovaných novotvarů byla nejpočetnější skupina bohužel ve IV. stádiu. V případě mužů jich je nejvíce v I. stádiu rovněž u kožních nádorů a u novotvarů ledvin a močového měchýře. Lze z toho usuzovat na dobře výsledky preventivních gynekologických prohlídek a také nezanedbávání návštěv dermatologa. V případě novotvaru prsu se počet případů zvýšil od roku 2000 do roku 2009 o 20%, v případě rakoviny děložního těla o 12, v případě novotvaru děložního hrdla dokonce počet případů nepatrně klesl, zde je důsledek prohlídek a včasného zachycení nejvýraznější a svou roli sehrává pravděpodobně i očkování proti lidskému papilomaviru. V případě novotvaru kůže vzrostl počet případů o více jak 50%, až na výskyt melanomu u žen, tam je navýšení „jen“ o 30%. Lze předpokládat, že je to ovšem vyvoláno nejen častějším

zachycením v poslední době, ale také i častějším výskytem, faktory podněcující kožní nádorové onemocnění působí výrazněji.

V roce 2010 oproti roku 2000 klesl počet zemřelých (na 100 000 obyvatel) v důsledků nemoci oběhové soustavy, přestože od roku 2000 do roku 2009 vzrostl počet dispenzarizovaných pacientů pro nemoci oběhové soustavy, v případě trávicího a dýchacího ústrojí se příliš nemění. Klesl i počet zemřelých v důsledku vnějších příčin (např. dopravní nehody, úmyslné sebepoškození).

Vysoký výskyt onemocnění je finanční zátěží nejen pro zdravotnický systém, ale také pro státní rozpočet. Nejen, že lidé postižení závažnějším onemocněním nemají ekonomický přínos do státní kasy, ale ještě ji zatěžují v podobě vyplácení invalidních důchodů. Největší počet přiznaných invalidních důchodů byl v roce 2010 v případě nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně, poruchy duševní a poruchy chování a pochopitelně pro nemoci oběhové soustavy.

Ochrana populace před infekčními chorobami

Důležitou funkci při ochraně před infekčními chorobami mají nejen hygienická a zvláštní epidemiologická opatření, ale také očkování populace. V České republice je očkování proti mnohým vybraným chorobám povinné. Vynucení této povinnosti je ovšem především v poslední době předmětem soudních sporů. Povinně se očkuje proti záškrtu, dávivému kašli, tetanu, dětské přenosné obrně, virové hepatitidě B, nákazám vyvolaným *Haemophilus influenzae* B, zarděnkám, příušnicím a spalničkám. Toto očkování je hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, je ovšem možné volit dražší formy očkování, které vykazují menší rizika vedlejších účinků a vyšším stupněm ochrany a jsou některé v lepší kombinaci než ty, které jsou pro pacienta zdarma. Na zmíněné choroby se neočkuje na každou zvlášť, ale některé právě v kombinovaných vakuínách. Téměř všechny děti jsou po desetiletí v České republice očkovány až na několik výjimek, kdy rodiče očkování odmítli nebo není možné dítě očkovat z jiných zdravotních důvodů. V České republice se podařilo prakticky vymýtit mnohé nebezpečné infekční choroby, propracované očkovací plány zde fungují po mnoho let a obyvatelstvo si vytvořilo takovou bariéru, že zde nebylo prostředí pro plné rozvinutí těchto nemocí. Neznamená to ovšem,

že by se žádná z nich u nikoho nevyskytla. Po otevření hranic, častému cestování a díky rozsáhlému přistěhovalectví se v České republice tato onemocnění vyskytují ve vyšší míře, ovšem zatím ne závažné.

4.5 České zdravotnictví v mezinárodním srovnání

Mezinárodní srovnání je nejčastěji prováděno na základě ukazatelů zveřejňovanými EuroStatem, OECD nebo WHO. Vzhledem k míře aktuálnosti dostupných dat jsou počita především data OECD a WHO. S ohledem na ekonomickou vyspělost ČR a polohu státu, bude zdravotnictví ČR srovnáváno s evropskými státy a vybranými státy (především členy OECD).

4.5.1 Mezinárodní srovnání střední délky života a kojenecké úmrtnosti

Střední délka života do jisté míry vypovídá o zdravotním stavu populace, který také souvisí i se zdravotní péčí. Úroveň zdravotní péče se neodráží zdaleka v jediném ukazateli, ovšem odráží ji poměrně dobře kojenecká úmrtnost (do 1 roku věku dítěte). Z Tabulky 30 vyplývá, které ze srovnávaných států stojí na předních příčkách v těchto ukazatelích. Při zvážení hodnot obou ukazatelů v roce 2009 a 2010 je na prvním místě Japonsko, z evropských Island, Itálie, Lucembursko, Francie, Švédsko, Norsko, Španělsko, Švýcarsko. Modře jsou vyznačeny „nejlepší hodnoty“ vybraných ukazatelů. Z hlediska střední délky života při narození, je **Česká republika (se 77 lety)** na 5. místě (z 12). Průměrná střední délka života ve sledovaných státech v roce 2009 byla 78 let. Z hlediska kojenecké úmrtnosti patří mezi špičku, vykazuje v roce 2010 druhou nejlepší hodnotu, 3‰ (průměrná ve sledovaných státech v roce 2010 5,24).

Pokud by se hodnotilo zlepšení zdravotní péče podle toho, jak se změnila **střední délka života a kojenecká úmrtnost do 1 roku věku**, tak z těchto ukazatelů došlo k největší pozitivní změně od roku 2000 do roku 2009 právě v případě **Lucemburska a Itálie**. Lucembursko je z výše jmenovaných jediný stát, kde není pokryta pojištěním celá populace. Na druhou stranu je to stát s vysokou životní úrovní, dá se tedy předpokládat, že finanční dostupnost péče neohrožuje kvalitu přijímané péče zdravotní. Za sledované období bylo průměrné zvýšení střední délky života při narození o 3%, kojenecké úmrtnosti

snížení o 34%. **Česká republika** vykazuje mírně podprůměrné zlepšení v případě střední délky života, ale mírně nadprůměrné v případě už tak nízké kojenecké úmrtnosti, která, jak již bylo zmíněno, je objektivnějším ukazatelem úrovně zdravotní péče.

Tabulka 30 Střední délka života, kojenecká úmrtnost a vybrané ukazatele zdravotnictví ve srovnávaných státech v roce 2000, 2009 a 2010

pořadí	stát	střední délka života při narození		%Δ 2009/2010	kojenec-ká úmrtnost do 1 roku		%Δ 2010/2000	%pokrytí populace	výdaje na zdravotnictví jako % HDP	pořadí	stát	střední délka života při narození		%Δ 2009/2010	kojenec-ká úmrtnost do 1 roku		%Δ 2010/2000	%pokrytí populace	výdaje na zdravotnictví jako % HDP
		2009	2000		2010	2000						2009	2000		2010	2000			
1	Japonsko	83	81	2,5	2	3	-33,3	100	9,5	24	Spojené král.	80	78	2,6	5	6	-16,7	100,0	9,6
2	Austrálie	82	80	2,5	4	5	-20,0	100,0	8,7	25	Dánsko	79	77	2,6	3	5	-40,0	100,0	11,4
3	Island	82	80	2,5	2	3	-33,3	100,0	9,4	26	Chile	79	77	2,6	8	9	-11,1	73,5	8
4	Itálie	82	79	3,8	3	5	-40,0	100,0	9,5	27	Portugalsko	79	77	2,6	3	6	-50,0	100,0	11
5	Izrael	82	79	3,8	4	6	-33,3	100,0	7,6	28	Slovinsko	79	76	3,9	2	5	-60,0	100,0	9,4
6	Španělsko	82	79	3,8	4	5	-20,0	99,2	9,5	29	USA	79	77	2,6	7	7	0,0	81,3	17,9
7	Švýcarsko	82	80	2,5	4	5	-20,0	100,0	11,5	30	ČR	77	75	2,7	3	5	-40,0	100,0	7,9
8	Francie	81	79	2,5	3	4	-25,0	99,9	11,9	31	Chorvatsko	76	74	2,7	5	7	-28,6		7,8
9	Holandsko	81	78	3,8	4	5	-20,0	98,8	11,9	32	Mexiko	76	74	2,7	14	24	-41,7	74,0	6,3
10	Kanada	81	79	2,5	5	5	0,0	100,0	11,3	33	Polsko	76	74	2,7	5	8	-37,5	97,6	7,5
12	Lucembursko	81	78	3,8	2	4	-50,0	97,8	7,8	34	Estonsko	75	71	5,6	4	8	-50,0	95,2	6
13	Norsko	81	79	2,5	3	4	-25,0	100,0	9,5	35	Slovensko	75	73	2,7	7	10	-30,0	95,2	8,8
14	Nový Zéland	81	79	2,5	5	6	-16,7	100,0	10,1	36	Turecko	75	70	7,1	12	33	-63,6	80,8	6,7
15	Švédsko	81	80	1,3	2	3	-33,3	100,0	9,6	37	Bulharsko	74	72	2,8	11	17	-35,3		6,9
16	Belgie	80	78	2,6	4	5	-20,0	99,5	10,7	38	Čína	74	71	4,2	16	27	-40,7		5,1
17	Finsko	80	78	2,6	2	4	-50,0	100,0	9	39	Maďarsko	74	72	2,8	5	9	-44,4	100,0	7,3
18	Irsko	80	76	5,3	3	6	-50,0	100,0	9,2	40	Litva	73	72	1,4	5	9	-44,4		7
19	Korea	80	76	5,3	4	5	-20,0		6,9	41	Rumunsko	73	71	2,8	11	22	-50,0		5,6
20	Malta	80	78	2,6	5	7	-28,6		8,6	42	Lotyšsko	72	71	1,4	8	14	-42,9		6,7
21	Německo	80	78	2,6	3	4	-25,0	100,0	11,6	43	Bělorusko	70	69	1,4	4	11	-63,6		5,6
22	Rakousko	80	78	2,6	4	5	-20,0	99,0	11	44	Rusko	68	65	4,6	9	18	-50,0		5,1
23	Řecko	80	78	2,6	3	7	-57,1	100,0	10,2	45	Ukrajina	68	68	0,0	11	15	-26,7		7,7

Zdroj: vlastní zpracování a výpočty, data z databáze WHO, OECD

V úmrtnosti kojenců do jednoho roku si velmi polepšilo **Bělorusko**, v roce 2010 vykazovalo úmrtnost 4‰, což je kojenecká úmrtnost v mnoha vyspělých bohatších evropských státech včetně Švýcarska. Úmrtnost se v Bělorusku snížila od roku 2000 o zhruba 64%. Velkého pokroku dosáhlo i **Turecko**, ve kterém, i když je kojenecká úmrtnost stále vysoká, se podařilo „stáhnout“ ji rovněž o zhruba 64%. Turecko drží ale prvenství ve zvýšení střední délky života, od roku 2000 do roku 2009 o 7%, přestože v roce 2000 již vykazovala střední délku života při narození vyšší než např. **Rusko a Ukrajina** v roce 2010, které dosáhly v tomto roce tohoto ukazatele dokonce o 10 let nižšího než je průměr v těchto sledovaných státech. 2. světová válka sice vývoj kojenecké úmrtnosti ovlivňovala, ovšem je ze statistických údajů patrné, že ne všude stejně. Vliv měly nejen podmínky za války, ale i úroveň péče před jejím vypuknutím, míra jejího udržení, rekonstrukce a nové uspořádání zdravotnictví a také to, na jak velkou část populace válka měla přímý dopad z hlediska zdravotní péče a zhoršených podmínek, které ovlivní zdravotní stav. Vysokou roli hrály také epidemie, plošné obléhání a podobné faktory, které nebyly ve všech státech stejné. Nedošlo tedy ve sledovaných státech k tak podobnému trendu vývoje kojenecké úmrtnosti jako v posledních letech.

Při srovnání úmrtnosti ve státech EU a vybraných státech, lze jednoznačně konstatovat, že v roce 2008 až na zanedbatelné výjimky připadal na 100 000 obyvatel nejvyšší počet úmrtí z důvodu nemoci oběhové soustavy. Zmíněnou výjimkou byly jen Francie, Izrael, Holandsko a Korea (jižní), kde byla úmrtnost nejvyšší z důvodu karcinomu (novotvaru), ovšem byla srovnatelná s úmrtností z důvodu nemoci oběhové soustavy, byl zde jen nepatrný rozdíl. Nejvyšší úmrtnost z důvodu nemoci oběhové soustavy vykazovaly v podstatě země bývalého východního bloku. Počet těchto úmrtí byl 2x až dokonce více jak 6x vyšší než z důvodu karcinomu. Při srovnání s průměrem hodnot těchto vybraných států Česká republika vykazuje nadprůměrné hodnoty v případě zhoubných novotvarů, nemocí dýchacího ústrojí, oběhové soustavy. Nadprůměrnou je i standardizovaná úmrtnost z důvodu infekčního onemocnění dýchacích cest. Jedná se sice o hodnoty nadprůměrné, ovšem od průměru je rozdíl nevýrazný.

Při zkoumání standardizované úmrtnosti na 100 000 obyvatel z důvodu zhoubných novotvarů, nejčastější příčinou (při podlehnutí karcinomu) je jednoznačně karcinom průdušnice, průdušek a plic (v naprosté většině je z celé 1/5 příčinou úmrtí na karcinom), pak karcinom tlustého střeva a konečníku (většinou u desetiny úmrtí na karcinom) a karcinom žaludku. Nejvyšší úmrtnost na karcinom je v Chorvatsku a Maďarsku, nejnižší v Koree a na Kypru.

Se Slovenskem, Maďarskem, Polskem, Čínou má Česká republika nerozsáhlejší pokrytí očkovaných dětí do 1 roku v rámci srovnávaných států a vybraných (nejběžnějších) očkování.

4.5.2 Mezinárodní srovnání výdajů na zdraví (zdravotní péči, resp. zdravotnictví)

Česká republika je na 28. místě (ze sledovaných) podle **nejvyšších výdajů na hlavu v paritě kupní síly v US\$**, a to se 2051 \$ v roce 2010, v roce 2009 ještě na 29. místě. Velikost výdajů na zdraví i úzce souvisí s ekonomickou vyspělostí státu. Nejvyšší výdaje mají USA, Lucembursko, Norsko, Švýcarsko, Holandsko, Dánsko, Kanada, Rakousko, Německo, Belgie a Francie (ostatní pod 4000 \$). Nejnižší vykazuje naopak Čína, Ukrajina, Bělorusko, Rumunsko, Bulharsko, Mexiko a Rusko (ostatní nad 1000 \$). Průměrná hodnota tohoto ukazatele byla v roce 2010 2841 US\$ na obyvatele. Je ovšem nutné brát v úvahu, že zdravotní péče je v některých státech sama o sobě dražší.

Česká republika je na 8. místě s nejnižším **podílem soukromých výdajů na celkových**, v roce 2010 tento ukazatel vykazoval hodnotu 16,3%. Na prvním místě bylo Holandsko (13,6%), pak Dánsko, Chorvatsko, Lucembursko, Norsko, Spojené království. Nejvyšší podíl má naopak Kypr, Mexiko, USA (46,9%), Čína, Bulharsko, Ukrajina, Korea, Švýcarsko, Řecko. Vysoký podíl má i Slovensko se 34%. Slovensko je stát, kde došlo k enormnímu nárůstu podílu soukromých výdajů od roku 2000 (o více jak 23,5 procentního bodu). Průměrná hodnota v rámci vybraných států byla zhruba 29%. Z pohledu změny podílů soukromých výdajů na celkových v rámci vybraných států v průměru došlo jen nepatrně (pokles o necelá 2 %). Ve většině sledovaných států však došlo ke snížení podílu soukromých výdajů na celkových, což ale není případ České

republiky.

V průměru rostly během období 2000 a 2010 ve sledovaných státech **výdaje na zdraví meziročním tempem 7,3%**. Meziroční tempo růstu bylo získáno na základě log-lineární regrese. Tyto výdaje rostly ve všech sledovaných státech, nejrychleji rostly ve státech, které mají nejnižší výdaje na zdraví na obyvatele, vyjma Slovenska a Korey, a to v rozměně o 8 – 15% u států, jejichž výdaje na obyvatele na zdraví jsou do 1510 \$. Mezi tyto státy s nižšími výdaji patří jen Mexiko a Maďarsko (1469 \$, 1,7%), kde meziroční nárůst nebyl tak vysoký. Z Tabulky 31 je patrné, je patrné, ve kterých státech rostly výdaje nejrychleji.

Za povšimnutí stojí, že u států, které vykazovaly velmi dobré hodnoty střední délky života a kojenecké úmrtnosti, jsou vyšší výdaje na zdraví na obyvatele, tyto výdaje rostly tempem podprůměrným a i podíl soukromých výdajů na celkových byl podprůměrný. Navíc tento podíl klesl (většinou) nebo vzrostl jen nepatrně. Se zlepšením kojenecké úmrtnosti a střední délky života v Bělorusku a Turecku jistě souvisí i nárůst výdajů na zdraví, ovšem podíl soukromých na celkových je podprůměrný (i když ne o moc) a za 10 let se tento podíl navíc snížil. Je tedy patrné zvýšení výdajů veřejných. Kapitoulou samou o sobě je zdravotnictví v USA. Vykazují nejvyšší výdaje na zdraví na obyvatele, skoro polovina je hrazena ze soukromých zdrojů a přitom výsledky střední délky života a kojenecké úmrtnosti nepatří mezi ty lepší. Kojeneckou úmrtnost vykazují podprůměrnou, střední délku života při narození nadprůměrnou jen těsně. Tak vysoké výdaje na obyvatele, téměř 6% tempo růstu výdajů na zdraví a prakticky žádnou změnu v kojenecké úmrtnosti do 1 roku od narození během 10 let, to jsou alarmující známky skutečně špatně fungujícího zdravotního systému jako celku, i když dokáže poskytnout i nejšpičkovější zdravotní péči na světě. Pokrytí populace pojištěním v USA je navíc pro vyspělý stát skutečně slabé, každý 5. občan v roce 2009 nebyl pojištěný.

Nejvyšší podíl výdajů na zdraví na HDP vykazovalo v roce 2010 Chorvatsko a Lucembursko. Průměrný podíl byl 8,8%. Z Grafu 28 je zřejmé, že nižší podíl než průměrný vykazovaly státy spíše s nižší životní úrovní, státy východní Evropy, Turecko, Rusko a Čína. Výjimkou mezi nimi je Lucembursko, u kterého je tento nízký podíl způsobnými velmi vysokým HDP na osobu, má nadprůměrné nejen výdaje na zdraví na obyvatele, ale také značně nadprůměrné HDP na obyvatele. I Česká republika vykazuje podprůměrnou hodnotu tohoto ukazatele.

Tabulka 31 Ukazatele výdajů na zdravotnictví ve vybraných státech v letech 2000 - 2010

pořadí	stát	výdaje na obyvatele v PPP v \$	meziroční tempo růstu výdajů na obyvatele 2010/2000	poměr mezi výdaji v 2010/2000	% soukromých výdajů na celkových rozdílu	podíl soukromých v. na celk. v r. 2010 a 2000	pořadí	Stát	výdaje na obyvatele v PPP v \$	meziroční tempo růstu výdajů na obyvatele 2010/2000	poměr mezi výdaji v 2010/2000	% soukromých výdajů na celkových rozdílu	podíl soukromých v. na celk. v r. 2010 a 2000
1	USA	8362	5,88	1,78	46,9	-9,90	23	Portugalsko	2818	5,73	1,70	31,9	-2,10
2	Lucembursko	6743	5,59	1,68	15,6	0,70	24	Slovinsko	2552	5,91	1,76	26,3	0,30
3	Norsko	5426	6,16	1,78	16,1	-1,30	25	Malta	2261	5,94	1,81	34,5	7,00
4	Švýcarsko	5394	5,19	1,68	41	-3,60	26	Izrael	2186	2,21	1,27	39,7	3,70
5	Holandsko	5038	7,76	2,15	13,6	-23,30	27	Slovensko	2060	14,81	3,41	34,1	23,50
6	Dánsko	4537	6,16	1,81	14,9	-1,20	28	ČR	2051	7,74	2,09	16,3	6,60
7	Kanada	4404	5,80	1,75	29,5	-0,10	29	Korea	2023	10,13	2,62	41	-10,40
8	Rakousko	4388	4,72	1,53	22,5	-0,70	30	Kypr	1842	5,45	1,66	58,5	0,20
9	Německo	4332	5,04	1,62	22,9	2,40	31	Chorvatsko	1514	8,16	1,79	15,1	1,20
10	Belgie	4025	5,98	1,79	25,3	-0,10	32	Polsko	1476	9,77	2,53	27,4	-2,60
11	Francie	4021	4,76	1,58	22,2	1,60	33	Maďarsko	1469	5,34	1,72	30,6	1,30
12	Švédsko	3757	5,06	1,64	18,9	3,80	34	Litva	1300	9,79	2,33	26,5	-3,80
13	Irsko	3704	7,86	2,10	30,8	5,90	35	Estonsko	1226	9,30	2,06	21,3	-10,90
14	Spojené král.	3480	6,81	1,90	16,1	-4,70	36	Lotyšsko	1092	9,81	2,28	38,9	-6,70
15	Austrálie	3441	4,71	1,53	32	-1,20	37	Turecko	1029	10,18	2,27	24,8	-12,30
16	Finsko	3281	6,20	1,77	24,9	-3,80	38	Rusko	998	11,79	2,70	37,9	-2,20
17	Island	3279	1,86	1,16	19,3	0,80	39	Mexiko	959	6,76	1,89	51,1	-2,30
18	Japonsko	3204	5,00	1,62	17,5	-1,70	40	Bulharsko	947	9,07	2,46	45,5	6,40
19	Španělsko	3027	7,82	1,97	27,2	-1,20	41	Rumunsko	811	11,32	2,73	21,9	-10,40
20	Itálie	3022	4,29	1,46	22,4	-5,10	42	Bělorusko	786	10,20	2,46	22,3	-2,20
21	Nový Zéland	3020	6,78	1,88	16,8	-5,20	43	Ukrajina	519	10,97	2,82	43,4	-4,80
22	Řecko	2853	7,23	1,97	40,6	0,60	44	Čína	379	13,51	3,51	46,4	-15,30

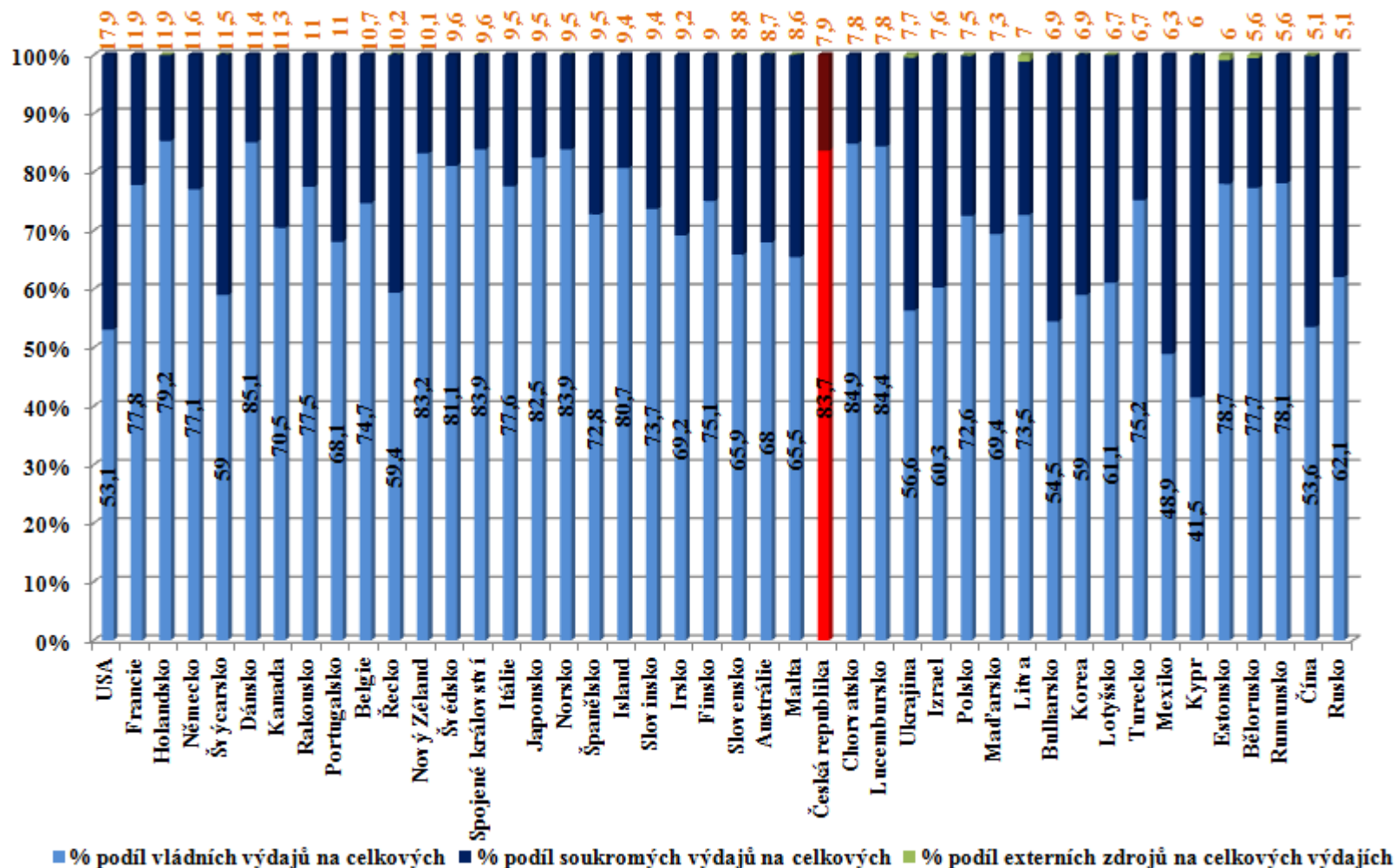
Zdroj: vlastní zpracování a výpočty, data z databáze WHO, OECD

Je zde tedy prostor pro zvyšování tohoto podílu a jistě ne žádoucí snižováním HDP. Nejvyšší podíl je zaznamenávám dlouhodobě u USA, tak by ovšem mělo dojít k přehodnocení, jelikož tak vysoký podíl za tamních podmínek není nic pozitivního.

U vyspělých států s vyšší životní úrovní s tržní, resp. smíšenou ekonomikou je typické, že větší část výdajů na zdravotnictví (zdraví) je financována ze zdrojů veřejných (vládních). V roce 2010 v rámci vybraných států byl průměrný podíl veřejných financí na celkových 71%. **Česká republika** vykazuje 6. nejvyšší **podíl veřejných výdajů na celkových na zdravotnictví**. Nejvyšší je v Dánsku, Chorvatsku, Lucembursku, Spojeném království a Norsku. Většina států, kde je tento podíl podprůměrný, jsou státy s nižší životní úrovní, s nižšími výdaji na zdraví na obyvatele. Výjimkou je Izrael, Švýcarsko, USA, Austrálie, Portugalsko, Irsko. Patří sem i Slovensko. 16 států z 26, které vykazují nadprůměrný podíl veřejných výdajů na zdraví, vykazují také nadprůměrný podíl výdajů na zdraví na HDP. Státy s nadprůměrným podílem veřejných výdajů na zdravotnictví jsou také státy s nadprůměrnou (průměrnou v případě USA) střední délkou života při narození a s podprůměrnou kojeneckou úmrtností do 1 roku od narození (vyjma USA). Je zde tedy patrný pozitivní vliv vyšších výdajů na zdraví s vysokou finanční angažovaností státu.

V případě soukromých výdajů se dá u většiny států s nadprůměrnými výdaji na zdraví na obyvatele říct, že průměrný nebo nadprůměrný podíl soukromých výdajů je kompenzován tím, že je v jejich případě nižší **podíl výdajů domácností na výdajích soukromých**. Vysoký podíl soukromých výdajů je tedy v těchto státech způsobován tím, že jsou to výdaje hrazené se soukromého pojištění. Výjimkou je Řecko, kde jsou vysoké (nadprůměrné) výdaje na zdraví na obyvatele a zároveň i velký podíl soukromých výdajích na celkových, kdy jsou soukromé výdaje financovány 95% výdaji domácností (out-of-pocket). Vyšší výdaje „vlastní kapsy“ jsou tedy ve státech s nižší životní úrovní, ve státech východní Evropy, Ruska a Číny. V České republice jsou soukromé výdaje na zdravotnictví financovány z 90 % výdaji domácností. Out-of-pocket výdaje lze vyjádřit jako přímé výdaje domácností nebo jak výdaje v hotovosti.

Graf 28 Podíl vládních a soukromých výdajů na celkových výdajích na zdraví (zdravotnictví) v roce 2010 a jejich podíl na HDP (v%)



Zdroj: vlastní zpracování a výpočty, data z databáze WHO, OECD

4.5.3 Mezinárodní srovnání dostupnosti zdravotní péče

Dostupnost zdravotní péče do jisté míry odráží počet lékařů na 10 000 obyvatel. Jedním z těchto ukazatelů je i počet nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel. Jedna věc je ovšem jejich počet a druhá optimální využití. To ale není předmětem analýzy, vyžadovalo by to skutečně podrobné šetření.

V případě států, ve kterých je podprůměrná kojenecká úmrtnost (až na USA také podprůměrná střední délka života), vykazuje jen polovina nadprůměrný počet **lékařů na 10 000 obyvatel**, ale jsou to ovšem státy, které v této skupině (s podprůměrnou kojeneckou úmrtností) vykazují nadprůměrný počet lůžek na 10 000 obyvatel. Nelze však přehlížet fakt, že jsou to jen státy, které patřily do „východního bloku“ se socialistickým systémem zdravotnictví, který se vyznačoval vysokou extenzifikací, vysokým počtem lékařů (pracovníků) a lůžek. Ostatní vykazují jak vysokou kojeneckou úmrtnost, tak i podprůměrný počet lékařů a lůžek.

Ve většině ostatních sledovaných států, kde je podprůměrná kojenecká úmrtnost, byla nadprůměrná střední délka života a až na některé také nadprůměrný počet lékařů nebo lůžek (nebo obojí). Nízký počet má Lucembursko při velmi dobrých hodnotách střední délky života a kojenecké úmrtnosti. Vzhledem k počtu obyvatel se podprůměrný počet lékařů a lůžek dá omluvit snazším plánováním jejich využití a tento počet se liší jen o 13% (lékaři) a 3% (lůžka) od průměru. Vzhledem k tomu, že ve skupině sledovaných států je mnoho států bývalého východního bloku s výjimečně vysokým počtem lůžek a lékařů, dá se říci, že i průměr těchto ukazatelů je tím pádem spíše vyšší a dá se brát jako „normální“ menší odchylka směrem pod tento průměr. V případě Lucemburska, Holandska a Spojeného království tedy nejde o špatnou dostupnost. Až na Kypr a Slovensko však u států s podprůměrným počtem lékařů je vykazována vyšší kojenecká úmrtnost (i když ne podprůměrná). Ovšem otázkou zůstává, co je to průměrná. Pokud by při výpočtu průměrné kojenecké úmrtnosti byly brány v potaz jen evropské státy, vychází jen kolem 4 %. Pak by se vážně potvrzovala skutečnost, že až na státy bývalého východního bloku, je v zemích s vyšší kojeneckou úmrtností podprůměrný počet lékařů a lůžek. Tedy až na Maltu, která nebyla ekonomicky až tak vyspělá a prosperuje lépe v posledních letech, tudíž se zde i zvýšila dostupnost péče. Při posuzování hodnot ukazatelů byly uvažovány

hodnoty z roku 2009, tam kde nebyly dostupné, bylo počítáno s hodnotami staršími, ovšem v těchto případech nebyly na hranici průměru a dá se předpokládat, že za tak krátké časové období se výrazně počet lůžek a lékařů nezměnil.

Vůbec nadprůměrné hodnoty počtu lékařů na 10 000 obyvatel vykazovalo Řecko, až dvojnásobek (61), Rakousko i Norsko a některé bývalé státy východního bloku. **Česká republika** měla 36,2 lékařů na 10 000 obyvatel, což je srovnatelné např. s Německem. Velmi nízký počet je zaznamenán v Polsku a Rumunsku (ne více 23), jinak v evropských státech připadá minimálně 25 lékařů na 10 000 obyvatel. Lze z toho usuzovat, kde je lékařů nejvýznamnější nedostatek. Je však nutné při takových úvahách brát v potaz místní užívání zdravotní péče a navštěvování lékaře. Potom ve státech s vyšší návštěvností mohou hlásit nedostatek už při vyšším počtu lékařů než jinde. Návštěvnost je ovlivněna nejen kulturou, ale také výší spoluúčasti a v neposlední řadě i její formou úhrady.

V případě **počtu lůžek na 10 000 obyvatel** vykazuje jednoznačně nejvyšší hodnotu Japonsko, více jak dvojnásobný počet (ovšem podprůměrný počet lékařů). Velký počet lůžek měla v roce 2009 také **Česká republika**, má z evropských států s Rakouskem a Maďarskem nejvyšší počet lůžek na 10 000 obyvatel (více má jen Rusko a Ukrajina). Nejnižší počet lůžek je v Evropě ve Švédsku, Španělsku, Itálii, Portugalsku a Spojeném království. Z celé sledované skupiny jednoznačně v Mexiku, Novém Zélandu, Turecku. Opět nelze říct, vzhledem k tomu, jaké hodnoty kojenecké úmrtnosti vykazují evropské státy, že je to u nich na úkor kvality. Je to zde kompenzováno vysokým počtem lékařů na 10 000 obyvatel, až na Spojené království, které ovšem, i když vykazuje vysokou hodnotu střední délky života při narození, v případě kojenecké úmrtnosti si vede v porovnání s evropskými státy velmi špatně. Obecně je i Spojené království neblaze proslulé dlouhými čekacími lhůtami, především na plánované operace. Je nutné posuzovat nejen počet lůžek, ale také efektivitu jejich využití, obloženost.

Lze tedy shledávat určitou souvislost mezi počtem lékařů, lůžek a úrovní zdravotní péče vyjádřenou kojeneckou úmrtností. Nemá tedy vliv jen kvalita personálu a vybavení, ale i počet personálu a lůžek, které zajišťují dostupnost pro co největší část populace.

4.6 Postavení zdravotnictví v ekonomice ČR

„Zdraví je důležité pro kvalitní život jednotlivců a společnosti, avšak zdravé obyvatelstvo je rovněž základní podmínkou hospodářské produktivity a prosperity. V roce 2005 byl mezi lisabonské strukturální ukazatele zařazen ukazatel délky období života, kdy je člověk zdrav (HLY), čímž se zdůraznilo, že klíčovým faktorem hospodářského růstu není pouze délka života, ale očekávaná délka života prožitého *ve zdraví*. Komise ve zprávě pro zasedání Rady na jaře 2006 naléhala na členské státy, aby omezily vysoký počet případů, kdy jsou osoby neaktivní z důvodu špatného zdravotního stavu.“²²⁹ Mezi vyspělými státy představuje zdravotnictví jedno z nejvýznamnějších odvětví a podmiňuje i výkonnost ekonomiky jako takové, jelikož jeho vliv na zajištění „zdravé a práceschopné“ populace jako výrobního faktoru není zanedbatelný. Je také sektorem, který poskytuje pracovní příležitosti pro velké množství zaměstnanců, v mnohých ekonomikách i příležitost pro určitý druh podnikání.

Postavení zdravotnictví v národním hospodářství lze hodnotit podle několika hledisek. Vybranými ukazateli jsou počet pracovníků, průměrná hrubá měsíční mzda, podíl na produkci, ceny v obou odvětvích, podíl na výdajích a příjmech domácností. Hodnoceny budou také výdaje na vědu a výzkum v tomto odvětví.

V případě České republiky je to Český statistický úřad, který poskytuje důležitá data a výsledky šetření pro další ekonomické analýzy. Ukazatele jsou vykazovány v odvětvovém a územním třídění. „Odvětvové členění je založeno na „Odvětvové klasifikaci ekonomických činností“ (OKEČ), která vychází z mezinárodního standardu NACE, Rev. 1. 1, resp. v členění podle „Klasifikace ekonomických činností CZ-NACE“, platné od 1. 1. 2008, která v uváděné úrovni plně odpovídá mezinárodní klasifikaci NACE Rev. 2. Územní třídění je provedeno dle klasifikace CZ-NUTS, která je v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU o vytvoření společné klasifikace územních statistických jednotek (NUTS). Přejít na novou odvětvovou klasifikaci CZ-NACE představoval v některých oborech tak významné změny, že nebylo možné použít dříve publikovaná data pouze s přečíslovanými činnostmi. ČSÚ vyvinul metodu zpětného

²²⁹ KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. BÍLÁ KNIHA. Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013

přepočtu časových řad na úrovni mikrodat, přičemž zohlednil i nově zjištěná chybná zařazení některých podniků v předchozích letech. Pro dopočty byly využity i dostupné administrativní zdroje. Údaje v uvedených tabulkách podle CZ-NACE nejsou srovnatelné s dříve publikovanými údaji podle OKEČ.“²³⁰ Tabulka 32 uvádí přehled jednotlivých ekonomických činností podle odvětvového třídění.

Tabulka 32 Přehled ekonomických činností podle odvětvové klasifikace

A	Zemědělství, lesnictví a rybářství
B	Těžba a dobývání
C	Zpracovatelský průmysl
D	Výroba a rozvod elektřiny, plynu, tepla a klimatizovaného vzduchu
E	Zásobování vodou; činnosti související s odpadními vodami, odpady a sanacemi
F	Stavebnictví
G	Velkoobchod a maloobchod; opravy a údržba motorových vozidel
H	Doprava a skladování
I	Ubytování, stravování a pohostinství
J	Informační a komunikační činnosti
K	Peněžnictví a pojišťovnictví
L	Činnosti v oblasti nemovitostí
M	Profesní, vědecké a technické činnosti
N	Administrativní a podpůrné činnosti
O	Veřejná správa a obrana; povinné sociální zabezpečení
P	Vzdělávání
Q	Zdravotní a sociální péče
R	Kulturní, zábavní a rekreační činnosti
S	Ostatní činnosti

Zdroj: Český statistický úřad

²³⁰ Český statistický úřad. *Metodický úvod. Časové řady základních ukazatelů statistiky práce leden 2012.* Word.[16-07-2012]. Dostupné z [www: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3107-12](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3107-12)

4.6.1 Srovnání vývoje počtu zaměstnanců a jejich průměrné měsíční mzdy v odvětví Zdravotní a sociální péče a celé ekonomice ČR

Při porovnání **počtu zaměstnanců** v roce 2010 oproti roku 2000 je patrné, že počet zaměstnanců v odvětví Zdravotní a sociální péče výrazně stoupl. Ze zmiňovaných 19 ekonomických činností v 10 případech počet pracovníků vzrostl, včetně ve Zdravotní a sociální péči, ve které se počet pracovníků navýšil o zhruba 15%, což za sledovaných 10 let představuje meziroční nárůst 1,3%. Rychleji už rostl počet pracovníků jen v odvětví označovaném jako Profesní, vědecké a technické činnosti, Informační a komunikační činnosti, Ostatní činnosti a Administrativní a podpůrné činnosti. Naopak nejvyšší pokles (až téměř o polovinu) počtu pracovníků zaznamenalo Zemědělství, lesnictví a rybářství.

Podíl pracovníků ve Zdravotní a sociální péči na celkovém počtu pracovníků v ekonomice ČR v roce 2010 (7%) byl vyšší než v roce 2000 (6%). Ve většině odvětví došlo ke zvýšení tohoto podílu na úkor těch, které jsou označovány jako ekonomické činnosti A-D. Nejvyšší podíl trvale zaujímá Zpracovatelský průmysl, Velkoobchod a maloobchod; opravy a údržba motorových vozidel (také nejvyšší nárůst podílu v 2010 oproti 2000).

Nejmenší část zaměstnanců v odvětví Zdravotní a sociální péče je v Kraji Karlovarském, Libereckém, Pardubickém a kraji Vysočina. Největší v hl. m. Praha, dále v kraji Moravskoslezském. Největší **podíl těchto pracovníků na všech pracovnících v ekonomice** v rámci jednotlivých krajů je v kraji Karlovarském, a to 11% ze všech zaměstnanců v tomto kraji. V ostatních krajích se toto procento neliší o více jak 2 procentní body oproti průměru (7,7%). Zastoupení je z tohoto pohledu v odvětví Zdravotní a sociální péče vcelku rovnoměrné.

V odvětví Zdravotní a sociální péče v roce 2010 činila průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců 22 311 Kč, což je o zhruba 3% méně než průměrná hrubá měsíční mzda zaměstnanců v celém národním hospodářství. V rámci krajů jsou to jen kraje Plzeňský, Jihomoravský a hl.m. Praha, kde je průměrná hrubá měsíční mzda vyšší než je tato mzda v odvětví Zdravotní a sociální péče, přičemž v hl. m. Praze to představovalo v roce 2010 převýšení o téměř 14 %. Rozdíl v nejvyšší a nejnižší průměrné mzdě v tomto odvětví nepřesahoval 28% nejnižší mzdy, kterou vykazoval kraj Zlínský. Při srovnání průměrné hrubé měsíční mzdy v celé ekonomice a v rámci ekonomické činnosti Zdravotní a sociální

péče, je největší rozdíl jednoznačně v hl. m. Praze, kde mzda v celé ekonomice převyšuje tu ve Zdravotní a sociální péči o více jak 20%, podobná situace, i když ne tak významný rozdíl je v případě kraje Středočeského a Ústeckého. Opačná situace, kdy je průměrná hrubá měsíční mzda ve Zdravotní a sociální péči vyšší než za celý kraj, je v kraji Plzeňském a Olomouckém. Tabulka 33 udává podrobnější přehled, červeně jsou zachyceny údaje v krajích, kde průměrná hrubá měsíční mzda ve Zdravotní a sociální péči je nižší než v celé ekonomice v rámci kraje.

Tabulka 33 Rozdíly v průměrné hrubé měsíční mzdě ve Zdravotní a sociální péči a celé ekonomice z hlediska krajů ČR v roce 2010 (v %)

Hl. m. Praha	Středočeský	Jihočeský	Plzeňský	Karlovarský	Ústecký	Královéhradecký
21,8	7,1	5,2	9,8	3,1	3,4	3,5
Liberecký	Pardubický	Vysočina	Jihomoravský	Olomoucký	Zlínský	Moravskoslezský
2,1	0,1	2,3	5,2	8,1	0,3	0,8

Zdroj: vlastní zpracování a výpočet, data ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Metodický úvod. Časové řady základních ukazatelů statistiky práce leden 2012*[on-line]. 2012--07-16. (WORD) Dostupné z [www: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3107-12](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3107-12)

Zatímco **průměrná hrubá měsíční mzda** bez rozlišení odvětví rostla v období let 2000 – 2010 tempem 6,18 % ročně, v rámci Zdravotní a sociální péče rostla tempem rychlejším, a to 6,79 % ročně. V roce 2010 bylo v odvětví Zdravotní a sociální péče 8,3 tis. **Nezaměstnaných**. Vzhledem k tomu, že jsou známy údaje o počtu zaměstnanců podle ekonomických činností v roce 2010, lze orientačně dopočítat, že **míra nezaměstnanosti** v odvětví Zdravotní a sociální péče byla jen necelá 3%.

4.6.2 Srovnání spotřebních výdajů domácností, cen a hrubé přidané hodnoty v odvětví Zdravotní a sociální péče a celé ekonomice ČR

To, do jaké míry by se dotkly změny úhradách ve zdravotnictví výdajů domácností, lze odhadnout z toho, jakou část svého důchodu vydají na Zdraví. Zatímco **podíl výdajů domácností na Zdraví na spotřebních výdajích** vzrostly od roku 2000 do roku 2010 o zhruba 30%, a to na 2,7 % spotřebních výdajů, podíl výdajů na potraviny

a nealkoholické nápoje za toto období klesal a byl v roce 2010 o 10% nižší než v roce 2000. Výdaje na potraviny tvořily v roce 2010 téměř pětinu všech spotřebních výdajů domácností. Podíl výdajů na Zdraví je na stejné úrovni už od roku 2008, v případě potravin a nealkoholických nápojů od roku 2009. V letech 2000 – 2010 byla nejnižší **míra inflace** podle indexu spotřebitelských cen v roce 2003 a pak až v roce 2009. Ceny potravin a nealkoholických nápojů se vyvíjely od roku 2001 stejným směrem, i když jiným tempem. Ceny ve zdravotnictví ovšem jak jiným tempem, tak i v některých letech jiným směrem. K největšímu nárůstu došlo v roce 2008, který se dá vysvětlit růstem výdajů na zdraví díky zavedením regulačních poplatků, které v roce 2007 nebyly. Nejvyšší nárůst cen v případě potravin a nealkoholických nápojů byl zaznamenán v roce 2008, kdy ekonomika rychle rostla, docházelo k růstu spotřebitelských cen, a tedy i cen tohoto zboží. Lze konstatovat, že ceny ve zdravotnictví se vyvíjejí jinak než ceny spotřebitelské. Jejich vývoj ovlivňují i jiné než běžné determinanty působící na trhu, nejsou významně utvářeny interakcemi nabídky a poptávky.

Tabulka 34 Míra inflace v případě potravin a nealkoholických nápojů a statků a služeb spojených se zdravím v ČR v letech 2000 - 2010

rok	2000	2001	2002	2003
potraviny a nealkoholické nápoje	0,94	5,09	-1,98	-2,12
zdraví	2,82	3,11	4,71	4,04
spotřebitelské ceny	3,71	4,70	1,92	0,10
rok	2004	2005	2006	2007
potraviny a nealkoholické nápoje	3,40	-0,30	0,90	4,66
zdraví	3,10	7,53	4,80	3,63
spotřebitelské ceny	2,72	1,94	2,50	2,83
rok	2008	2009	2010	$\Delta 2010/2000$
potraviny a nealkoholické nápoje	8,14	-3,94	1,46	15,70
zdraví	31,49	-3,29	5,21	80,95
spotřebitelské ceny	6,36	1,07	1,41	28,52

Zdroj: vlastní zpracování a výpočty, data ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v datech (1989 – 2009)* [on-line]. 2011-4-22. (PDF). Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/1420-11-n_2011-0100, ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2011* [on-line]. 2011-11-23. (PDF). Kód: e-0001-11. PDF. dostupné z www: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/0001-11-2010>

Ze srovnání **hrubé přidané hodnoty** Zdravotní a sociální péče vyplývá, že podíl na hrubé přidané hodnotě celého národního hospodářství v případě Zdravotní a sociální

péče vzrostl na 4,3% v roce 2009 z 3,5% v roce 2000. Hrubá přidaná hodnota v běžných cenách v období 2000 – 2009 v odvětví Zdravotní a sociální péče se zdvojnásobila a zvýšení přidané hodnoty bylo právě v případě Zdravotní a sociální péče 3. Nejvyšší ze všech odvětví v roce 2009.

5 Zhodnocení výsledků a doporučení

5.1 Zhodnocení organizační a finanční stránky českého zdravotnictví a doporučení změn pro tvůrce zdravotní politiky a zdravotnická zařízení

Při posouzení organizační stránky zdravotnictví se systém jeví jako vcelku vyhovující, i když s mnoha nedostatky, jejichž dopady lze eliminovat nebo alespoň omezit.

Vlastní základní organizace českého zdravotnictví a dostupnost zdravotní péče

V českém zdravotnictví funguje plynulá návaznost péče. Kurativní péče navazuje na péči preventivní, která je především v případě dětských pacientů zvládnuta na vysoké úrovni. Český pacient má přístup ke specialistovi i bez doporučení praktika, velmi dobře je zajištěna i zdravotnická záchranná služba. Pravidla poskytování a financování zdravotní péče určuje především Ministerstvo zdravotnictví. Je jasná silná pozice zdravotních pojišťoven.

Většina zdravotnických zařízení má smlouvu s většinou zdravotních pojišťoven. Z hlediska organizační dostupnosti lze hodnotit český systém jako velmi otevřený pacientovi. Čeští pojištěnci dostávají zdravotní péči na takové úrovni a v takové kvalitě, která v mnohých vyspělých zemích není za minimální nebo žádné pojistné ani možná.

Jak na úrovni Evropské unie, tak i Světová zdravotnická organizace se v posledních letech obrací k prevenci a klade na ni důraz i z hlediska ekonomického. A to nejen z důvodu úspory prostředků díky nerealizovaným nákladům na léčbu, které lze preventivními prohlídkami a vyšetřeními předejít či omezit, ale také v podobě ušetřených transferů plynoucích k člověku nepraceschopnému či invalidnímu. Lze tak předejít i ztrátě příjmů veřejného rozpočtu spojených s ekonomickou aktivitou pacientů.

- ⌚ Je-li to stát, resp. zdravotní pojišťovna v českém systému, kdo hradí zdravotní péči, měly by mít právo od pojištěnců vyžadovat **plnění předepsaných preventivních prohlídek a vyšetření**, které by ovšem nestanovovalo jen Ministerstvo zdravotnictví, ale museli by je posvětit i zástupci odborných společností, které by pro tyto účely volila sama odborná společnost. Variant pro vymození si plnění této podmínky se nabízí několik, např. odmítnutí úhrady následné péče, ukončení pojištění ze strany

zdravotní pojišťovny, možnost odmítnutí předepsaných preventivních návštěv za cenu vyšší pojistné sazby.

Přístup ke zdravotní péči má každý občan České republiky. Péče je poskytována ve stejném rozsahu a kvalitě bez ohledu na výši pojistného na veřejném zdravotním pojištění, z kterého je hrazena téměř veškerá zdravotní péče. Je to i způsob, jakým péče je uhrazována, co přispívá k tomu, že se české zdravotnictví vyznačuje nadměrnou návštěvností lékařů pacientem a vysokou spotřebou léků a léčivých přípravků. Na základě analýzy vývoje spotřeby zdravotnických služeb, lze konstatovat, že regulační efekt poplatky mají, ale nejsou významnou překážkou, která by omezovala finanční dostupnost zdravotní péče. Největší dopad měly jednoznačně v roce 2008, později dochází k opětovnému nárůstu spotřeby péče, i když ne v takovém měřítku jako před zavedením poplatků. Zrušení regulačních poplatků by mohlo mít negativní dopad na čerpání zdravotní péče a následně na její financování. Nejenže jde o jeden z příjmů do systému, ale také prokazatelně do jisté míry reguluje čerpání zdravotní péče a spotřeby léků.

V podílu soukromých výdajů na výdajích celkových na zdraví vykazuje české zdravotnictví podprůměrnou hodnotu. Podíl soukromých výdajů (přímých) domácností na celkových na zdravotní péči se v ČR v posledních letech zvyšoval, i když únosně a dopad zmírňují právě limity doplateků a poplatků. Výdaje domácností na „Zdraví“ představovaly v roce 2010 necelá 3% všech výdajů. Index cen ve zdravotnictví se vyvíjí jinak než index spotřebitelských cen. Došlo v posledních letech k výraznému nárůstu cen ve zdravotnictví.

- ⊕ Zkreslení ve statistikách by zde mohlo způsobovat vrácení nadlimitních doplateků a poplatků, které se uskutečňuje až následující rok, mělo by s tím být v metodice počítáno.

Na jedné straně pacienti péči nadužívají, na druhou stranu z rozhovorů a přímých informací od zdravotnických pracovníků (ambulantních i nemocničních) vyplývá, že problém představují i pacienti, kteří léčbu narušují, pokyny nedodržují, což následně vede k poskytování další zdravotní péče, spojené s dalšími výdaji, především zdravotních pojišťoven.

⊖ Pacient má právo na odmítnutí léčby nebo léčebných postupů. Ve vymezených, jednoznačně posouditelných případech, podepíše-li pacient „revers“, měl by se tím vystavovat riziku, že pokud bude nutná následná péče z důvodu nedoléčení, bude zdravotní pojišťovna **uplatňovat náhradu vzniklých nákladů na rehospitalizaci, výjezd zdravotnické záchranné služby a samotné zdravotní péče** na tomto pacientovi. Obnáší to ovšem možnost pacienta bránit se u **instituce**, která posuzuje nejen adekvátnost péče v případě sporu pojišťovny a zdravotnického zařízení, ale i tyto situace. V lůžkových zdravotnických zařízeních by měl mít pacient právo o sporném ukončení léčby jednat s druhým lékařem, popř. primářem oddělení pro zamezení poškození pacienta neopodstatněným rozhodnutím konkrétní osoby. Lze ovšem uplatňovat jen v některých případech, např. předčasné sundání sádry, podepsaný revers, diskutabilní by bylo odmítnutí jinak povinného očkování ze zákona (již teď „možnost“ pokuty).

Nadměrná péče je způsobována jak ze strany pacientů, tak i záměrným jednáním a postupy lékařů a zdravotnických zařízení.

⊖ Měla by fungovat **důsledná kontrola vykazované zdravotní péče a opodstatnění konkrétních medicínských postupů a metod**, aby nedocházelo k nadměrnému a neadekvátnímu poskytování zdravotní péče, která pak představuje nejen finanční zátěž pro systém, ale i pro samotného pacienta. I práce revizních lékařů by měla podléhat alespoň náhodné, ale důsledné a přísné kontrole.

Dostupnost zdravotní péče je ovlivněna dostupností časovou, geografickou, ekonomickou a odborně medicínskou, které spolu úzce souvisí a ovlivňují se navzájem. Bylo by nevhodné dívat se na každou odděleně. Dostupnost zdravotní péče z hlediska odborně medicínského je v ČR na jedné straně na vysoké úrovni, pacienti mají obecně přístup ke kvalitním odborníkům, nejsou omezeni „spádovostí“, mohou se bez omezení objednat prakticky ke kterémukoliv lékaři, který takovou péči poskytuje. Na druhé straně bývá právě ke konkrétním specialistům problém dostat se v kratší době. Čekací lhůty jsou mnohdy dlouhé. Dá se to vysvětlit nejen svobodnou volbou lékaře a vzhledem k tomu, že péče je hrazena z veřejného pojištění a většina zařízení má smlouvy s pojišťovnami, není zde cenová konkurence a pacienti nevybírají lékaře podle ceny, ale pokud vybírají, tak na základě doporučení a hodnocení jinými pacienty nebo lékaři. V rámci jednoho oboru

a regionu nemusí být problém objednat se na konkrétní vyšetření, ale ke konkrétnímu lékaři podle jeho vytížení vzhledem k tomu, nakolik je jeho péče žádána. Čekací lhůty u specialistů se liší nejen podle regionů, ale i podle odbornosti. Obecně se např. déle čeká na vyšetření kardiologem než ošetření stomatologem. Dostupnost je z tohoto hlediska ohrožována věkovou strukturou lékařů v rámci jednotlivých oborů, která vypovídá o jejich „obměně“ a nahrazování odcházejících mladými lékaři. Věková struktura lékařů není kladnou stránkou českého zdravotnictví. Výsledky zkoumání potvrzují, že dochází k neustálému zvyšování průměrného věku lékařů. Průměrný věk lékařů a farmaceutů rok od roku roste. Hrozí riziko, že dojde ke skutečně vážnému nedostatku lékařů v některých oborech nebo alespoň budou nahrazováni cizinci, jejichž kvalifikace nebývá na tak vysoké úrovni.

Na základě analýzy věkové struktury lékařů v jednotlivých oborech, byly shledány obory, kde je obměna lékařského personálu, a tedy dostupnost odborné péče ohrožena. Např. praktičtí lékaři pro děti a dorost vykazují vysoký průměrný věk, ale patří také mezi obory, kde problém tkví i v tom, že jsou nejpočetnějšími věkovými skupinami skupiny lékařů starších a hrozí pak jejich hromadný odchod do důchodu v rámci nejen jednoho oboru, ale často také i celého okresu a bude velmi obtížné je nahradit v krátkém časovém období.

Profesní kvalita českých lékařů je ve světě hodnocena na vysoké úrovni a někteří čeští lékaři patří mezi přední světové odborníky. Pro českého pacienta tito lékaři nejsou nedostupnými i v případě jeho nízkých příjmů, jako tomu bývá mnohde v zahraničí. V případě potřeby se bez ohledu na výši pojistného dostane pacient i do péče špičkových specializovaných zařízení.

Zhodnotit čekací dobu lze do jisté míry na základě tempa růstu počtu lékařů a tempa růstu počtu návštěv. Samozřejmě, že jde o srovnání jen orientační, ale určitou vypovídací schopnost má. Ze srovnání změny počtu lékařů a počtů vyšetření (reps. ošetření) v roce 2010 oproti roku 2000 lze konstatovat, že většinou roste jak počet lékařů, tak i počet vyšetření/ošetření. V některých oborech roste návštěvnost, v některých průměrný počet ošetření na jednoho lékaře v rámci oboru klesá, což teoreticky pak signalizuje zvýšení dostupnosti péče.

Ačkoli k roku 2010 oproti roku 2000 se zvýšil počet lékařů prakticky ve většině oborech, počet ordinací specialistů vzrostl dokonce zhruba o 30%, počty ordinací

praktických lékařů pro děti a dorost stále snižovaly, ordinací pro dospělé klesly oproti roku 2005. Počty ordinací stomatologů a gynekologů se zvyšovaly nepatrně. I podle dotazovaných občanů byl v některých krajích skutečně nedostatečný počet ordinací.

- ☞ Měla by být řešena **podpora vzniku nejen dalších ordinací v určitých oborech a regionech**, kde je dostupnost péče horší, ale také **existovat regulace, nebo spíše podpora studia oborů, které jsou „v ohrožení“**. To je úkol nejen pro Ministerstvo zdravotnictví, ale i Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, resp. konkrétní lékařské fakulty.
- ☞ Je nutné zaměřit se na posílení nebo minimálně udržení počtu ambulantních zařízení zajišťující primární péči! Mělo by být zváženo **posílení péče pomocí významných intervencí zdravotních pojišťoven**, kdy mohou lékaře v některých regionech nebo městech finančně výrazněji zvýhodnit a motivovat tak výhledově i mediky, kteří řeší své budoucí oborové zaměření.

Ze zkoumání ukazatelů vypovídajících o dostupnosti zdravotní péče, je zřejmé, že rozdíly v rámci regionů a oborů existují. Vzhledem ke svobodné volbě zdravotnického zařízení, možnosti přestupovat k jiné pojišťovně, v případě, že s tou stávající, u které je pacient registrován, nemá zdravotnické zařízení smlouvu a poměrně malou rozlohou ČR, kdy na zákroky, které vyžadují hospitalizace, je možné navštívit vzdálenější zdravotnické zařízení, se dostupnost péče z hlediska čekacích dob zlepšuje. Nemocnice mají odlišné čekací doby na různé zákroky a je možné si tedy péči zajistit v jiné nemocnici než v místě bydliště, pokud pacient nechce dlouho čekat. Existuje již portál, kde jsou uvedeny čekací doby na určité druhy zákroků v nemocnicích.

- ☞ Měl by být však vytvořen oficiální registr, resp. portál zdravotními pojišťovnami nebo Ministerstvem zdravotnictví, který by umožňoval pacientům lépe informovat a podával jim přehled o aktuálních čekacích dobách na konkrétní zákroky, lékaři by je měli na tuto možnost upozorňovat. Poptávající se pak snadněji střetne s nabízejícím, což bude mít dopad i na čekací lhůty. Prodloužení tam, kde jsou až příliš krátké a zkrácení tam, kde příliš dlouhé, jelikož dojde k odlivu části poptávajících.

Využití lůžkového fondu bylo (na základě výsledků zkoumání) rozdílné v různých krajích. Až na kraje moravské, je v nich skutečné využití lůžek nižší než žádoucí (podle předchozího výpočtu v praktické části práci), a to i za celou ČR. Rovněž je rozdíl i ve spokojenosti občanů s dostatkem lůžkových zařízení podle krajů. Dochází k přesouvání péče lůžkové do péče v domácím léčení. Pokud však jsou pacienti z nemocnic propouštěni dříve a tomu přizpůsobován i počet lůžek z důvodu nižšího maximálního využití, je nutné mít **posílenou péči ambulantní**, čemuž dění v českém zdravotnictví nenasvědčuje.

☪ **Pro rušení nemocničních lůžek je nutná velmi podrobná analýza** nejen podle lokality, ale i podle oborů a zřizovatelů, jelikož se zde nacházejí případy jak nedostatečného využití, tak ale i nadměrné využívání, což může pak ohrožovat dostupnost péče. I tyto výsledky by měly být jen orientační. Nutné je posuzovat město po městě, zařízení od zařízení, jelikož dlouhodobé snižování prokázalo, že nebylo postupováno efektivně a optimálně, když jsou takové rozdíly ve využívání. Tuto situaci odráží i názory občanů. **Nebyla bohužel tedy správně využita výhoda postupného dlouhodobého uvážlivého snižování nemocničních lůžek.**

Pokud lze posuzovat dostupnost péče z hlediska počtu lékařů a nemocničních lůžek na 10 000 obyvatel a % pokrytí populace pojištěním, patří zdravotní péče v českém zdravotnictví mezi nejdostupnější. Česká republika patří ve srovnání s evropskými a vybranými státy mezi ty, ve kterých je podíl soukromých výdajů na celkových jedním z nejnižších, což je rovněž jeden z faktorů dostupnosti péče.

Personální zajištění

Bohužel pro české zdravotnictví dochází k odlivu zdravotnického personálu, především lékařů absolventů a mladých lékařů do zahraničí a nahrazování je lékaři především „z východu“ (vzhledem k poloze ČR). Výkon lékařského povolání je v podstatě podmíněn získáním odpovídající atestační zkoušky, které ovšem předchází náročná příprava také ve zdravotnickém zařízení. Náklady s tím spojené lékař musí hradit, nebo se upisuje, že v případě, že zde nebude pracovat po dobu 5 let, bude muset tyto náklady (v případě rezidenčního místa) Ministerstvu zdravotnictví uhradit. Hradí i přihlášení k atestační zkoušce (tisíce Kč), která je v podstatě podmínkou pro výkon

povolání. Počet absolventů oboru všeobecné lékařství v posledních letech lze hodnotit jako nedostačující. Podmínky v celoživotním vzdělávání se zpříšňují. Povinnost celoživotního vzdělávání mají nejen lékaři, ale i ostatní odborní pracovníci ve zdravotnictví (zdravotní sestry).

☞ Mělo by dojít k **odstranění poplatků (spojených se vzděláváním a zkouškami) a upisování se** při předatestačním vzdělávání nejen z důvodu toho, že to není „spravedlivé“ vzhledem k jiným oborům, ale i z důvodu podpory studia oboru medicíny a zvyšování počtu lékařů v českém zdravotnictví. Systém předatestačního vzdělávání je stále ještě složitý, měl by se zpřehlednit, zjednodušit a často do něj nezasahovat. V případě zavedení poplatků studentů ve vysokém školství, resp. školeného má stát možnost touto cestou **ovlivňovat počty studentů na školách podle oborů**. Finanční zvýhodnění studia konkrétního oboru (nebo snížení už tak vysokých nákladů) může vést k personálnímu posílení v tomto oboru díky vyššímu zájmu maturantů o jeho studium. Regulace počtu studentů konkrétních oborů (i medicíny) není ve světě nic výjimečného.

Většina zdravotníků pracuje v lůžkových zařízeních. Vzhledem k tomu, že zhruba ¼ pracovníků pracuje v zařízení, jehož zřizovatelem je ministerstvo zdravotnictví, má ministerstvo poměrně značné možnosti přímého ovlivňování personální stránky zdravotnictví. Téměř 40% jich v roce 2010 bylo zaměstnáno v zařízení, které bylo provozováno jako jiná právnická osoba. Ovšem i nemocnice, která je akciovou společností může být provozována v podstatě krajem, pokud je významným akcionářem, a takových případů je mnoho a přitom nepatří do zařízení, která jsou označována jako ta, která provozuje kraj, obec, město.

Z údajů ze zápisů zasedání ČLK je zřejmé, že vysoký počet lékařů, především **absolventů odchází do zahraničí**. Na základě analýzy dat Ministerstva práce a sociálních věcí a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR lze konstatovat, že odcházející lékaře nahrazují lékaři cizinci. Jejich podíl na celkovém počtu lékařů se dokonce zvyšuje a není zanedbatelný. Podle dotazníkového šetření se občané i lékaři přiklánějí k tomu, že lékařů rozhodně není nadbytek.

V českém zdravotnictví je **vyžadována vysoká míra specializace a vzdělání pracovníků**, nejen lékařů. Na výkon zdravotní sestry nestačí jen střední zdravotnická

škola. Na základě výpočtů z údajů Ministerstva práce a sociálních věcí a ÚZIS byla vypočítána orientační míra nezaměstnanosti odborného personálu ve zdravotnictví. Hodnota tohoto ukazatele je nižší než v případě celého národního hospodářství, u lékařů a lékařů s odbornou (nebo i se specializovanou) způsobilostí pod úrovní (nebo na diskutabilní hranici) přirozené míry nezaměstnanosti, což ukazuje na možný nedostatek tohoto odborného personálu a problémy obměňování. Zaměstnávání cizinců se tedy jeví i jako skutečná nutnost zajištění dostupnosti péče.

Důvodem odchodu lékařů do zahraničí jsou lepší pracovní podmínky a finanční ohodnocení, jak dokazují nejen statistické údaje, platové tarify, ale také samotné vyjádření lékařů při osobních rozhovorech na toto téma. **Neadekvátně jsou odměňováni lékaři absolventi a lékaři s 1. atestací.** Je velký nepoměr v příjmech lékařů zaměstnanců (především v nemocnicích) a lékařů se soukromou ambulantní praxí. Při posouzení průměrné hrubé měsíční mzdy v „odvětví“ Zdravotní a sociální péče“ jsou patrné také regionální rozdíly, což lze považovat za jeden z faktorů regionálních nedostatků zdravotnického personálu. Mzdy ve zdravotnictví převyšují platy, tato difference je rozdílná podle kategorie pracovníků ve zdravotnictví. Příjmy rostou, ovšem ne stejným tempem ve všech kategoriích. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že o špatném finančním ohodnocení práce lékařů jsou přesvědčeni jak sami dotazovaní lékaři, tak i občané.

- ⌚ **Zlepšením finančního ohodnocení mladších lékařů a lékařů absolventů** by se dalo očekávat snížení počtu odcházejících do zahraničí. Zdravotnická zařízení, jak plyne z údajů Úřadů práce a inzerce, shánějí lékaře a ostatní zdravotnický personál se specializací. Změna by pak měla vést ke snížení přesčasů stávajících pracovníků. Zvláště u lékařů je podíl přesčasů na celkové odpracované době vysoký, což pak vyvolává i mylný dojem dobrého finančního ohodnocení.

Financování zdravotnictví

Současný systém financování ve své podstatě funguje uspokojivě. Jak vyplynulo z dotazování občanů, nejvíce se přikláněli k variantě, že péče by byla částečně hrazena z povinného zdravotního pojištění a občané by si připláceli na některou péči nebo by byla hrazena v plném rozsahu. Většina lékařů preferuje plné hrazení z prostředků povinného zdravotního pojištění. Úhrada státem z daní občanů a institucí nezískala

mezi dotazovanými příliš velké podpory. Naklonění nebyli ani variantě nepovinného nebo žádného pojištění.

- ☹ Současný systém úhrady péče založený na povinném zdravotním pojištění by měl být zachován.
- ☹ V českém zdravotnickém systému jsou hrazeny i výkony, které lze považovat za nadstandardní a v jiných zahraničních systémech se k nim při úhradě také tak přistupuje. Nabízí se varianta, kdy je sestaven určitý **seznam výkonů a materiálů, které jsou alternativou k variantě levnější hrazené ze zdravotního pojištění, a ty i pacient hradí**. Neměl by je hradit ovšem v plném rozsahu, ale pouze rozdíl mezi úhradou pojišťovny té levnější varianty a té jím zvolené. I tak je zachován „luxus“, který nebývá běžný ve vyspělých ekonomikách, natož v těch chudších, rozvojových. Musí zde být možnost lékaře rozhodnout o variantě dražší jako jediné možné v individuálních případech pacienta a celou ji nechat uhradit zdravotní pojišťovnou. Ta ať si ohlídá, zda tak bylo učiněno oprávněně. I zde by měla fungovat již zmíněná instituce, která řeší případné spory mezi zařízením, pojišťovnou, popř. stížnost pacienta.

Jsou ovšem výkony, léky a materiály, které by měly být ze seznamu, které hradí nebo na ně pojišťovna přispívá, zcela vyňaty, včetně léků nízké hodnoty. SÚKL zveřejnil seznam léků, na které přestala pojišťovna zcela přispívat, pacient je hradí sám a je možné je zakoupit bez receptu. Jedná se o zhruba 150 léčiv. Pojišťovny připomínkovaly původní seznam a SÚKL na jejich připomínky reagoval a některé léky na seznam nakonec nezařadil. Nejedná se o vyřazení striktní, v případě některých léků na velká balení pojišťovny nadále přispívají. Teprve praxe ukáže, zda takový seznam je vyhovující.

- ☹ Za zvážení stojí, **zda neudělat výjimku při povinnosti spoluúčasti** (jak poplatků, tak ale i doplateků) **v případě rodin a osob s velmi nízkými nebo žádnými příjmy**, kdy je jejich existence spojena s chudobou nebo je na její hranici a které se mohou prokázat potvrzením o hmotné nouzi. Od poplatku u lékaře osvobození jsou, nicméně mnohem vyšší doplatek za léky, které následně vyzvedává po ošetření hradí.
- ☹ Při osvobozování od doplateků a poplatků by nemělo padat v úvahu automatické vynětí dětí a osob důchodového věku, jelikož se může jednat o rodiny nebo osoby

s dostatečnými nebo nadprůměrnými příjmy a takové vynětí je zbytečná zátěž pro systém.

Výdaje na zdravotnictví rostou, snižuje se ovšem podíl výdajů rozpočtů (státního a územního) a navyšuje podíl výdajů zdravotních pojišťoven, jejichž zdroje jsou pro financování zdravotní péče naprosto rozhodující od doby zavedení povinného zdravotního pojištění. Občané i lékaři spatřují problémy v této oblasti. Výdaje na zdravotní péči rostou, ovšem ne ve všech segmentech péče stejným tempem, jak vyplývá z výsledků výpočtů uvedených v předchozí části práce. V některých letech je zaznamenán i pokles, např. výdaje na léky na recept dokonce v roce 2010 oproti roku 2009 poklesly, i přes růst cen. Výdaje **nerostly rovnoměrně** ani z hlediska členění podle klasifikace diagnóz. Náklady na zdravotní péči jsou ovlivněny nejen cenou zdravotní péče, ale také tím, v jaké intenzitě a v jaké skladbě je poskytována.

- Měla by být věnována zvláštní pozornost **podrobnému analyzování výdajů na zdravotní péči podle segmentů a podle diagnózy** a vyhodnoceno, co růst v jednotlivých případech způsobilo a zda tento nepříznivý vývoj lze zvrátit. Vyžaduje to ovšem úzkou spolupráci nejen ekonomů, ale i zdravotnického personálu, především lékařů, kteří mohou vysvětlit některé své postupy, které růst vyvolávají nebo podporují a posoudit možné návrhy změn v jejich metodách léčení. Ledacos mohou osvětlit pracovníci zdravotních pojišťoven a ekonomové zdravotnických zařízení, jelikož zvolený medicínský postup je ovlivňován i finančním ohodnocením.

Často skloňovaným argumentem pro reformování zdravotnictví je **stárnutí populace** způsobující růst výdajů na zdravotní péči. Přestože průměrné výdaje na zdravotní péči se ve věkových skupinách pojištěnců liší, dekompozicí výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči bylo prokázáno, že růst, který vysvětluje věk pojištěnců, se v případě skupiny mladší 65 let a skupiny pojištěnců ve věku 65 let a starší liší jen zhruba o 1%. Při rozboru tempa růstu průměrných výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči, to nejsou osoby ve skupinách starších 65 let, v jejichž případě by toto tempo bylo vyšší. Stárí jako takové nevyvolává významný růst výdajů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči.

- ⊕ Měla by být věnována pozornost tomu, zda především „staršímu“ **pacientovi je poskytována skutečně jen péče**, kterou potřebuje, což je věcí zdravotních pojišťoven, ostatně by tato kontrola měla být i jejich povinností.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že občané i lékaři viděli jako **příčinu růstu výdajů ve zdravotnictví** především špatné hospodaření zdravotních pojišťoven, nedostatky v řízení systému zdravotnictví a špatný systém zdravotního pojištění. Významným činitelem pro ně byla i nejasná koncepce vývoje zdravotnictví a nekontrolovaný růst cen léčiv. Vzhledem k vývoji výdajů na léky na recept ovšem tohle nejslabším stránkou českého zdravotnictví nebude. Polovina dotázaných občanů a téměř polovina lékařů se v roce 2010 domnívala, že peněz ve zdravotnictví je dostatek, jen je s nimi špatně nakládáno. To, že by tak vysoké výdaje způsobovali lékaři tím, že vykazují péči neoprávněně, se tvrdit nedá. Výdaje na vědu a výzkum a na vzdělání se snižovaly. Zatímco v roce 2010 lze spatřovat směřování k opětovnému nárůst v případě výdajů na vzdělání, v případě vědy a výzkumu tomu tak nebylo.

- ⊕ I v případě zhoršení finanční situace ve zdravotnictví, by **nemělo být šetřeno na vzdělávání a na vědě a výzkumu**. I zde by však měly probíhat přísné kontroly, zda jsou prostředky vynakládány efektivně.

Problém při financování činí také cizinci, jež dluží na zdravotní péči.

- ⊕ Mělo by být **minimální pojistné** na zdravotním pojištění cizinců alespoň takové jako v případě českých občanů. Pojištění by mělo být striktně vyžadováno a jeho neuzavření nebo nehrazení by mělo být důvodem pro tvrdé postihy, od pokut až po vyhoštění. Je však otázkou nakolik je taková opatření možná vzhledem k členství v EU.
- ⊕ **Průkaz pojištěnce** mohou zneužívat i čeští občané, i když k tomu k prakticky nemají důvod. U cizinců je situace ovšem jiná a zvláště u dětí nebo pokud u sebe nemají doklad totožnosti, je snadno průkaz zneužitelný a možné čerpání péče „na pojištění“ někoho jiného. Na průkazech pojištěnců by měla být fotografie.
- ⊕ V případě **nepředložení průkazu pojištěnce** nebo nedoložení, že patří skutečně osobě, která ho předkládá, by měla být cizinci poskytnuta pouze péče neodkladná

nebo v takových případech, kdy hrozí vážné nebezpečí nákazy dalších osob. Vymáhání úhrady po jejím poskytnutí často končí nedobyvatelnou pohledávkou, a přestože nejsou vedeny přesné statistiky, nejsou to rozhodně částky zanedbatelné.

- ⊖ Jestliže komerční pojišťovny poskytují zdravotní **pojištění cizincům**, jedná se jistě o ziskovou činnost, jinak by tuto službu nenabízely. Mělo by být zváženo, zda legislativně tuto činnost neumožnit i pojišťovnám poskytujícím veřejné zdravotní pojištění.

V důsledku **poklesu výkonu ekonomiky** zapříčiněném „celosvětovou“ krizí, došlo především díky růstu počtu nezaměstnaných osob, jejichž pojistné je podstatně nižší než osob zaměstnaných, k výraznému klesání příjmů zdravotních pojišťoven. Výdaje státního rozpočtu na tyto platby rostly, ovšem absolutně, jak rostl počet nezaměstnaných, v rámci úsporných opatření nedošlo k valorizaci platby za státního pojištěnce a pojišťovny tak přicházely a dodnes přichází o miliardy Kč. Od roku 2008 byla platba snížena a zmrazena. Až od roku 2010 došlo k navýšení, ovšem ne takovému, jaký by zaručoval původní systém, další valorizace se minimální ani pro rok 2013 nekoná.

- ⊖ Vzhledem k dlouhodobé stagnaci ve valorizaci platby pojistného státem za vybrané skupiny obyvatel by již **mělo dojít k dalšímu navýšení**.
- ⊖ Stálo by za úvahu, zda sazbu pojistného na zdravotním pojištění nenavýšit, byť jen o jedno procento. Vzhledem k současnému politickému napětí by k takovému kroku ovšem žádná vláda neměla odvahu.

Situaci ve zdravotnictví během krize nepřímou komplikoval stát i propouštěním státních zaměstnanců, čímž zvyšoval nezaměstnanost a snižoval příjmy na pojistném za tyto osoby. Další ztížení podmínek poskytování péče představovalo zvyšování DPH. Během krize docházelo k nutným úsporám, což se muselo promítnout i na investicích ve zdravotnictví. Tomu, že se pojišťovny nedostaly do dramatické platební neschopnosti, zamezilo využití **dříve vytvořených vysokých rezerv**, které pojišťovny měly, a z kterých byl nedostatek financí kompenzován a úhrada péče tak nebyla vážně narušena.

- ⊖ Ať už byl tehdy důvod tvorby takových rezerv ve zdravotních pojišťovnách jakýkoliv, měla by být nadále povinnost pojišťoven tyto rezervy tvořit. Měla by být určitě přehodnocena výše (%) těchto rezerv. Měl by být zaveden takový

mechanismus, aby v dobách ekonomického růstu a vyšších příjmů na pojistném, bylo **automaticky zrychleno i vytváření těchto rezerv**, alespoň po přechodnou dobu.

- ⊕ Měl by být přijat **přísnější systém vymáhání dluhu na povinném zdravotním pojištění**. Objem těchto dluhů je skutečně vysoký a postupem času se mnoho z nich stává nevymahatelnými. Zdravotní pojištění je povinen občan hradit, stejně tak jako daně. Tyto prostředky by měly být tedy striktně vymahatelné. Zdravotní pojišťovny jednají víceméně mírně, dlužníci mají i možnost splátkových kalendářů, nesmí se ovšem této povinnosti vzpouzet. Mnoho z nich však na „měkký systém“ spoléhají a mají zdravotní pojišťovnu za jednoho „z nejvstřícnějších věřitelů“. Desítky miliard korun dluhu na pojistném nejsou ve zdravotnickém systému zanedbatelné.

Hospodaření zdravotních pojišťoven ekonomická krize ovlivnila, nemohly reagovat okamžitě, mají dlouhodobé plány, plány pojistné, o kterých nerozhodují zcela samostatně. Ovšem šly postupem času cestou snižování počtu zaměstnanců, výdajů na svůj provoz a byly omezeny preventivní programy (není totéž co preventivní zdravotní péče). Občané i lékaři vidí ve zdravotních pojišťovnách potíže a shodují se na příliš nákladném provozu.

- ⊕ **Provozní náklady zdravotních pojišťoven by měly být trvale omezené** a nedostávat se po zohlednění inflace na úroveň předchozích let. Zde docházelo ke značnému plýtvání.

Vzhledem k objemu péče a zajišťování jak péče sekundární, tak prostřednictvím vlastních ambulančních péče primární, jsou velmi důležitým článkem zdravotnictví nemocnice. Také proto, že jsou často v podstatě i vědeckými a školícími pracovišti. Hospodaření nemocnic se v roce 2010 oproti předchozímu roku celkově zhoršilo. Situace je rozdílná podle krajů a také podle toho, kdo je zřizovatelem. Dá se říci, že nejhůře hospodařily ty, jejichž zřizovatelem byl kraj nebo se na nich majetkově významně podílel. Nejhorší bilanci mají nemocnice v kraji Středočeském. Ačkoli si většina dotázaných myslela, že nemocnice se potýkají s nedostatkem financí vinou špatného hospodaření řídicích pracovníků, byly v tomto ohledu více kritičtí občané než lékaři, kteří ve větší míře viděli problémy jinde. Hospodaření nemocnic je velice složité a nelze ho analyzovat jen na základě souhrnných statistických údajů. Je v zájmu zřizovatele, aby zdravotnické zařízení nebylo dlouhodobě ztrátové.

- ⌚ Zřizovatel by měl více kontrolovat činnost řídících pracovníků ve zdravotnických zařízeních a nastavit tvrdší postih při zásadním pochybení a jednání v neprospěch zařízení, na druhou stranu by měla fungovat i vhodná motivace a stimulace těchto pracovníků k lepším výsledkům fungování zdravotnického zařízení. Myšleny jsou zde především zřizovatelé ministerstvo, kraj, obce vzhledem k povaze majetku, s nímž je nakládáno.
- ⌚ V případě nekalých dohod mezi lékárnami, farmaceutickými firmami a samotnými lékaři, jsou to zdravotní pojišťovny, které by měly mít povinnost hlídat, zda lékař nebo zdravotnické zařízení neopodstatněně nepředepisuje dražší lék (léčivý nebo zdravotnický prostředek), a to z důvodu jak zamezení plýtvání jejich zdroje, tak z důvodu ochrany jejich klienta-pojištěnce. Úhrada pojišťoven se příliš neliší v případě léků toho samého účinku od různých výrobců, ovšem na to doplácí právě pacient, který je ten, kdo hradí rozdíl mezi konečnou částkou a úhradou pojišťovny. Na účtenkách ve výdejnách léků, lékárnách, by měla být **uvedena částka, kterou hradí pojišťovna**. Je pak na pacientovi, zda bude vyžadovat lék s nižším doplatkem od jiné firmy. Možnost informace pacient do jisté míry má, ale velmi omezenou a s náročným dohledáním. Lepší **informovanost pacientů** povede k tomu, aby si sami ohlíželi, aby nedocházelo k odčerpávání nadbytečných prostředků z jejich peněženek. Nižší doplatek pacienta, neznamená vyšší úhrada pojišťovnou. To, zda je předepsán lék od firmy A nebo B, systém nijak významně nepoškozuje, ovšem pacienta ano. Maximální doplatky jsou u každého léku stanoveny.

Tak jako pojišťovny, které neposkytují zdravotní pojištění, v případě pojistné události šetří míru zavinění, neměla by být lhostejná ani pojišťovnám zdravotním.

- ⌚ V případě prokázání, že si **pacient přivodil zranění svým nezodpovědným chováním**, zdravotní pojišťovna by na něm měla vymáhat náhradu výdajů spojených na jeho léčbu (např. zranění způsobené pod vlivem alkoholu). Při jednání, při kterém navíc prokazatelně porušil zákon (rozhoduje soud), by takový nárok pojišťovny měl být bez pochyby.

- ⌚ Na úrazy spojené s rizikovým jednáním (např. různé druhy sportů apod.) by měla být zřizována pojistka zvláštní a také výlohy na léčení by neměly plynout z všeobecného zdravotního pojištění.

Organizační struktura českého zdravotnictví je uspokojivá. Je zde „zaběhnutý“ systém, jehož **úhradový mechanismus je založený na povinném zdravotním pojištění** sjednaném u jedné v současné době z 8 zdravotních pojišťoven (celkem svou činnost vykonávalo v ČR 29 zdravotních pojišťoven), kde významné postavení jak z pohledu počtu pojištěnců, tak i zvláštních práv a povinností má **Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR**. V současné době dochází k tzv. 100% **přerozdělování prostředků plynoucích** veřejného zdravotního pojištění, při kterém je zohledněna nákladovost péče pacientů registrovaných u jednotlivých pojišťoven. Pojišťovny tedy stále mají zájem na získávání klientů „levnějších“, než osob starších a se zdravotními problémy, nicméně **výhody z portfolia** klientů, kde velkou část tvoří mladí a ekonomicky aktivní pojištěnci, jsou již omezeny. Pojišťovny hradí péči na základě uzavřených smluv se zdravotnickými zařízeními. Je v pořádku, že pokud se nedohodnou, je to Ministerstvo zdravotnictví, které stanoví finanční podmínky pro úhradu zdravotní péče. Stále se vedou diskuse o tom, zda neposílit samostatnost pojišťoven, možnost jejich komerčního fungování a provozování jako akciových či jiných obchodních společností. Na druhou stranu jsou i zastánci názoru, že by měla být pojišťovna jen jedna. V některých návrzích by měla podléhat přímo působnosti státu. Důležitou úlohu mají i odborné společnosti v českém zdravotnictví (např. ČLK), které aktivně prosazují své postoje a názory i při tvorbě zdravotní politiky.

Materiálně technické vybavení

Materiálně je české zdravotnictví zajištěno velmi dobře, rovněž i zdravotnická technika a technologie je na vysoké úrovni a není zde patrný vážný nedostatek přístrojového vybavení medicínského charakteru. V českém zdravotnictví dochází k **rozšiřování přístrojového vybavení**. Dostupnost léčiv je také na vysoké úrovni.

Zdravotnická zařízení se **komfortem vybavení liší**. Je však do jisté míry na pacientovi, zda mu horší komfort vadí nebo ho neakceptuje a změní zdravotnické zařízení. V případě

nemocničních zařízení občané v rámci dotazníkového šetření hodnotili úklid, služby a stravu většinou pozitivně.

- ☪ I když nepochybně **komfortní prostředí** pozitivně ovlivní pobyt ve zdravotnickém zařízení, jeho zkvalitňování by mělo být na řadě až po optimálním vybavení se zdravotnickou technikou a technologií a kvalitním odborným personálem.

Úroveň elektronického propojení ve zdravotnictví

Zavedení **e-Health** a jeho fungování má své výhody a nevýhody. Lze konstatovat, že výhody převyšují nevýhody, a to v oblasti jak finanční, tak zlepšení poskytování zdravotní péče. Výhody a nevýhody se týkají celého systému, zdravotnického zařízení i pacienta. Srovnání využití ICT se státy EU je dostupné k roku 2007. Česká republika však za sledovaných 5 let udělala v tomto směru velký pokrok. Při vytváření fungujícího systému e-Health je nutné myslet a zajistit především **bezpečné fungování, maximální ochranu dat na všech úrovních užití a uložení.**

- ☪ Správné **zaškolení všech zúčastněných**, ať už přímo nebo prostřednictvím srozumitelných příruček, by mělo být samozřejmostí.
- ☪ Nesmí být při zavádění ani při zajišťování systém **zneužíván pro získávání neadekvátních finančních prostředků** spojených se vznikem a správou. Celý proces při vzniku i fungování by měl provázet přísný audit.
- ☪ Systém má potenciál odhalovat **duplicitní výkony, nadužívání péče a předepisování léčiv a také jim zamezovat.** Je však nutné legislativně ošetřit
- ☪ i účinný postih pro všechny zainteresované, když je takové jednání odhaleno.
- ☪ Úložiště a správa dat by měly být **zajišťovány institucí, která je přímo podřízena Ministerstvu zdravotnictví**, nemělo by se jednat o soukromou firmu.
- ☪ V každém případě je nutné **zavést elektronickou knížku všech pojištěnců (včetně cizinců).** I přes všechna rizika je potřeba především pro sledování čerpání a financování péče. Navíc přináší i možnost poskytnutí péči při vyšší informovanosti zdravotnického personálu o zdravotním stavu a dosavadní péči pacienta.

- ⊖ **Náklady na připojení zdravotnických zařízení** do informačního systému by neměla nést plně sama zdravotnická zařízení (pojišťovny, státní rozpočet, otázka získání prostředků z EU). Zdravotnická zařízení i pacienti by být **povinni se do systému** záznamů v elektronických knížkách a vyúčtování péče touto cestou **zapojit**.
- ⊖ Možnost využít připojení do některého z modulů e-Health jako **formu důležitého Academy Detailing**.

Zdravotnická zařízení mají ještě jisté rezervy ve vybavení PC, internetem, vedení elektronické zdravotnické dokumentace, elektronické komunikace, objednávání pacientů a disponování vlastní webovou stránkou, nicméně udělaly v tomto ohledu za poslední roky pokrok a dostaly se na vysokou úroveň. Podobně dobře na tom jsou i pojištěnci se svými schopnostmi a možnostmi v oblasti práce PC, komunikace elektronickou poštou a vyhledávání informací na internetu. Zde jsou ovšem stále rozdíly s ohledem na vzdělání, věk a dokonce pohlaví. Ovšem zájem o informace o zdraví na internetu roste, a to i u osob starších. Je zde **slušný potenciál k tomu, aby schopnost využívat tyto technologie a služby** nebyly překážkou fungování e-Health.

- ⊖ Určitě by mělo být **využito e-Health pro výchovu pacientů ke zdraví**, měly by se zde nacházet informace běžné, ale i odborné, podrobné, zpracované profesionálem, ale v podání srozumitelném pro laika. Mělo by se tak omezit přijímání mylných informací pacientem, kterých je „plný internet“ a není vždy v silách laika poznat, zda takové informace jsou pro něj vhodné či nikoliv. Neměl by zde být prostor pro v komerční využití nebo jen omezený.
- ⊖ Pacienti by zde měli mít také možnost snadno získat přehled o léčivech a jejich generiku včetně výše úhrad zdravotní pojišťovnou a maximálních doplatků pro lepší orientaci na trhu a možnosti ušetřit své finanční prostředky.

Výdaje na zdraví na osobu (hodnoty v paritě kupní síly) vykazuje Česká republika nižší než vyspělé evropské a vybrané státy . V porovnání s evropskými státy (do 2010) bylo meziroční tempo růstu celkových výdajů během deseti let poměrně vysoké.

- ⊖ Zvýšení výdajů na zdravotní péči nemusí nutně značit plýtvání. Nárůst výdajů na prevenci a léčbu v počátečních stádiích, přináší úspory v budoucnu. Je nutné sledovat, zda jsou finanční prostředky vynakládány účelně a efektivně.

Mnoho ukazatelů ve zdravotnictví nelze jednoznačně a jednoduše interpretovat, jak je však mnohdy mylně prováděno, ať už úmyslně nebo z neznalosti. Např. výdajů může být ovlivňováno i zvýšením cen některých statků a služeb, které jsou ve zdravotnictví spotřebovávány. Očišťování o inflaci vycházející z indexu spotřebitelských cen není dostatečné, takový výsledek je vzdálený skutečnosti. Zrovna tak nelze jednoznačně pozitivně (v případě původního nízkého podílu) pohlížet na zvýšení podílu výdajů na zdravotnictví na HDP bez podrobnější analýzy vývoje HDP. Vyšší podíl může být způsoben právě jen snížením nebo zpomalením tempa růstu HDP. Netýká se to ovšem jen ukazatelů ekonomických.

5.2 Zhodnocení procesu poskytování péče v českém zdravotnictví a doporučení změn

Doposud nejsou plně sestaveny standardy ve smyslu doporučených postupů při poskytování péče. I když nelze vytvořit takové standardy na vše, v případě některých postupů ano a jsou již v současné době nezbytné z více důvodů. Nejen proto, aby byl skutečný postup adekvátně podložen při obhájení si postupu při diskuzích, které jsou spojené s náklady na takovou péči, ale také proto, aby „se dalo o něco“ opřít v případě posuzování toho, zda bylo postupováno správně během soudních nebo jiných sporů a výsledek se pak nezakládal takovou měrou na znaleckých posudcích. Měly by tedy chránit jak pacienta, tak i samotného lékaře, resp. zdravotnické zařízení a v neposlední řadě i systém před zbytečným plýtváním prostředků při neopodstatněném provádění dražší léčby nebo diagnostiky.

- ⊖ Na **vytváření „standardů ve smyslu doporučených postupů“** by se měli podílet především zástupci odborných společností. Jejich pozice by neměla být oslabována a měly by to být právě jejich členové, kteří by spolu s univerzitními pracovníky na „těchto standardech“ pracovali a jejichž postavení v sestavené pracovní skupině

by mělo být jedno z nejdůležitějších. Pro zachování objektivity si tyto zástupce do skupin volí přímo samotné společnosti.

- ⊕ **Pacient by měl mít jistě možnost konzultace léčby nebo výkonu s jiným lékařem, ovšem jen druhým. Další pojišťovna nehradí.** Pacient by ovšem neměl mít hrazeno stejné vyšetření provedené jiným lékařem, aniž by bylo opodstatněné. 3. návštěvu stejného specialisty se stejným problémem by měl pacient hradit rozhodně sám vzhledem k tomu, že měl sám právo volby lékaře a zdravotnického zařízení.
- ⊕ Pacient má právo **znát postup léčby a další možnosti** a je nutný jeho souhlas, nicméně musí stačit v případě dítěte (nebo jiné osoby) souhlas jen jednoho z rodičů, případně jiného zákonného zástupce. Neměla by se opakovat situace, kdy jsou zákony a jiná legislativní opatření uváděna v účinnost s podobnými nedostatky, jako byl souhlas obou rodičů při poskytování zdravotní péče dítěti. Co nejpřesnější zakotvení v zákoně je nutnost a připomínky odborníků z praxe by měly být vždy brány v úvahu před jejich schválením!

S přístupem lékařů, zdravotních sester a zřízců k pacientům byla většina dotázaných občanů spokojena. I když v porovnání s výsledky dotazování v předchozích letech se podle nich vztah těchto pracovníků k pacientům spíše zhoršuje. Ovšem je důležité sledovat i přístup pacientů ke zdravotnickým pracovníkům. Zde nacházejí lékaři a občané také mnohé negativní projevy. Je otázkou, zda je to špatnou atmosférou přímo ve zdravotnictví nebo ve společnosti celé. Z komunikace se zdravotnickými pracovníky vyplývá, že nevhodné, neslušné a někdy i agresivní jednání pacienta není nic, s čím by se setkávali jen výjimečně.

- ⊕ Zdravotnická zařízení by měla mít zájem **znát spokojenost pacientů s přístupem jejich zdravotnických pracovníků a ostatního personálu.** Zrovna tak by je ale měl zajímat i názor pracovníků na problémy spojené s komunikací s pacienty a řešení nevhodného chování pacientů k jejich zaměstnancům. K pacientovi se má přistupovat jako ke klientovi, ale je v zájmu zaměstnavatele chránit i své zaměstnance před nevhodným jednáním pacientů a nedopouštět, aby zacházeli za hranice slušného chování.

Využívání zdrojů určených na zdravotní péči

Plýtvání finančními prostředky, nadužívání zdravotní péče nebo neadekvátní poskytování péče a nevyužívání vyzvednutých léků, to vše jsou negativní projevy nezodpovědného nakládání se zdroji ve zdravotnictví, které by mohly být využity jinde účelně a začíná se citelně projevovat jejich nedostatek na místě, kde jsou potřeba. Takové se problémy velmi špatně v tak složitém systému odstraňují, nicméně jsou možnosti, jak je omezit.

- ⌚ **Mělo by být skutečně zváženo zavedení poplatku za návštěvu odborného lékaře bez doporučení praktického lékaře** a posílit tak funkci praktika jako „gatekeepera“. Pacienti navštěvují přímo specialistu i s problémy, které by vyřešil jejich praktický lékař. Péče praktického lékaře byla částečně, někdy i zcela uhrazena již v rámci kapitace. Pokud ho pacient obejde a navštíví specialistu, vznikne pojišťovně další náklad. Specialista je většinou odměňován za výkon. Pro praktika je nejlepší pacient, který chodí jen na preventivní prohlídky, jinak je zdrav a jeho péči nevyžaduje. Pro specialistu prakticky každý pacient, který přijde do ordinace. Je však nutné mít vyřešený problém s nedostatkem praktických lékařů, který se pak projevuje horší dostupností péče, především dlouhou čekací dobou. Taková praxe by pak znamenala větší pracovní zátěž pro praktiky.
- ⌚ Zdravotní péčí, včetně laboratorních a diagnostických vyšetření hradí zdravotní pojišťovna. V ceně takové péče je kalkulována i cena materiálu, mzdových nákladů apod. **Výsledky vyšetření jsou tedy majetkem zdravotní pojišťovny**, resp. pacienta a zdravotnické zařízení by mělo být povinno je předat zařízení jinému. Nejen umožňovat nahlížet pacientovi a umožnit mu pořídit kopie za poplatek. Druhé zdravotnické zařízení, pokud to není nutné, by nemělo provádět ta samá vyšetření pacientovi opakovaně, což by vedlo k významným úsporám v systému. Zda péče byla nebo nebyla (včetně vyšetření) nutná, by měl nadále posuzovat revizní lékař zdravotních pojišťoven, ovšem zdravotnická zařízení by měla mít dovolání na Ministerstvu zdravotnictví nebo rozhodčí instituci v případě sporu v této otázce.
- ⌚ Zdravotní pojišťovny by měly mít vyloženě **povinnost sledovat neadekvátní čerpání zdravotní péče**, např. žádat od více lékařů stejné léky, což evidentně následně vede k neoprávněnému čerpání nebo nelegálnímu zacházení a bez elektronického propojení zařízení je pro lékaře prakticky nezachytitelné.

Po odhalení takového jednání musí následovat opatření a náprava. Pojišťovny musí mít **povinnost péči sice uhradit, v případě, že zde nepochybil lékař, ale po pacientovi výdaje vymáhat**, což současná legislativa plně neumožňuje.

- ⌚ Nadměrná spotřeba léků, pokud se jedná o skutečnou spotřebu, může být opodstatněná. Ovšem jejich nadměrné nevyužití nikoli. Systém **vydávání jen předepsaného množství léků** včetně minimální rezervy by rozhodně vedl k úsporám ve výdajích na léky a léčivé přípravky. Vydávání nikoliv celých balení, kdy pacient má využít třeba je čtvrtinu, ale např. předepsaný počet tablet, mililitrů apod. Toto ovšem není snadno prosaditelné vzhledem k tomu, jak značně finančně nevýhodné opatření by to bylo pro distributory a výrobce farmaceutických přípravků, kteří mají v České republice poměrně vlivné lobby.

5.3 Zhodnocení výsledků poskytované péče v českém zdravotnictví a doporučení změn

Občané i lékaři hodnotily v roce 2010 kvalitu poskytované zdravotní péče jako lepší než v předchozím období a vyjadřovali se občané spíše pozitivněji než v předchozích letech dotazování. Odborná úroveň lékařů a zdravotních sester je občany hodnocena velmi dobře.

- ⌚ Zdravotnická zařízení by měla mít zájem na **subjektivním hodnocení kvality péče ze strany pacientů. Jedním z nástrojů e-Health** by mohlo být právě takové hodnocení elektronickou formou směřující ke zdravotním pojišťovnám, popř. jiným institucím Ministerstva zdravotnictví. Takové dotazování by mělo ovšem zaručovat anonymitu klienta.

Objektivní hodnocení je možné provádět podrobnými analýzami výsledky poskytované péče jak na úrovni zdravotnického zařízení, odborných společností, tak samotnými pojišťovnami nebo ministerstvem zdravotnictví. Lze sledovat výskyt onemocnění, průběh, vyléčení, úmrtnost, doprovodné vedlejší účinky apod. V případě posuzování úrovně zdravotní péče na základě střední délky života při narození nebo kojenecké úmrtnosti, si české zdravotnictví stojí velmi dobře. Dochází ke zlepšování obou ukazatelů a v případě novorozenecké a kojenecké úmrtnosti dosahuje ČR jedněch z nejlepších výsledků na světě. Obecně patří česká populace k těm, kde je velmi nízký

výskyt závažných infekčních onemocnění, a to díky dlouhodobému a důmyslnému systému povinného očkování. K co nejvyšší proočkování populace na závažné choroby a nepřestání s očkování proti chorobám, která se podařilo ve společnosti prakticky vymýtit, vyzývá i Světová zdravotnická organizace. Při srovnání údajů pro rok 2000 a 2010 lze tvrdit, že naprostá většina evropských států a vybraných vyspělých států postupuje cestou k vyššímu podílu očkovaných dětí do 1 roku života. Také za přispění rozsáhlého cestování a zvyšování počtu přistěhovalců je v posledních letech v České republice zaznamenán nárůst onemocnění, která byla považována za vymýcená. Na některá z nich současní dospělí již nemají zachované protilátky.

☞ Rozhodně by se **nemělo ustupovat od dosavadního povinného očkování dětí.**

Vysoká míra proočkování populace snižuje možnost rozvinutí se nákazy v populaci. Snažit se o co největší podíl očkovaných na vážná infekční onemocnění důrazně doporučuje i WHO. Za zvážení stojí i povinnost očkování dospělých např. pro černému kašli, na který již nemají protilátky, opět se vyskytuje a ohrožují tak především rodiče své malé ještě neočkované děti na životě.

Česká republika patří mezi státy s poměrně vysokou střední délkou života, hodnoty ukazatelů potvrzují vynikající hodnotu kojenecké úmrtnosti do 1 roku, což nepochybně vypovídá o velmi dobré péči o kojence, ale také o těhotné. Dochází i k nezanedbatelnému zlepšování těchto hodnot. Péče o děti a dorost a o dospělé je odlišná. Již jednou byla zahájena příprava pro přechod na tento systém primární péče, ale bylo nakonec od něj upuštěno. Argumenty odborníků, že by šlo o krok zpět, byly doprovázeny také protesty jak zdravotnických pracovníků, tak i občanů. Systém a kvalita primární péče o děti a dorost v České republice je i v zahraničí hodnocena velmi pozitivně.

☞ V žádném případě by **nemělo být uvažováno o sloučení péče o děti a dorost a dospělé jedním lékařem označovaným jako „rodinný“.**

V Příloze 1 jsou uvedena doporučení pro pacienta, která z této práce vyplynula. I on svým chováním může přispět nejen k úsporám v systému, a to i dlouhodobým, ale také k úsporám vlastních finančních prostředků.

6 Závěr

České zdravotnictví nabízí občanům vysoce kvalitní péči, a to v naprosté většině a bez ohledu na prostředky, které do systému v rámci pojištění odvádějí. V organizaci zdravotnictví má to české rezervy, trpí mnohými nedostatky, což se ovšem neodráží nijak zásadně na kvalitě zdravotní péče. Tak jako mnoho odvětví v mnohých státech i zdravotnictví ČR prošlo poměrně tvrdou zkouškou poté, co na něj „udeřila“ ekonomická krize a znatelně negativně ovlivnila především příjmy zdravotních pojišťoven. Ukazuje se však, že české zdravotnictví bylo schopno tyto výkyvy ustát a nedošlo ke zhroucení systému financování zdravotnictví, především zdravotní péče a podstatnému ohrožení jejího poskytování.

Zdravotnictví České republiky nepotřebuje celkovou zdravotnickou reformu.

Názor společnosti na způsob úhrady zdravotní péče je pro tvorbu a úpravu zdravotní politiky velmi důležitý. Je patrná spokojenost s typem úhrady zdravotní péče skrz veřejné zdravotní pojištění, které má na českém území, i když v trochu jiné podobě, tradici. Přejít na systém národní zdravotní služby nebo liberálního trhu by se v ČR pravděpodobně nesetkal s podporou jak laické, tak ani odborné veřejnosti. Financování prostřednictvím zdravotních pojišťoven by mělo být zachováno. Neodporuje to ani přání občanů ani lékařů a je zde od nich patrna i podpora při zavádění vyšší spoluúčasti a vynětí některých výkonů ze seznamu těch, které hradí zdravotní pojišťovna. Při přijímání těchto úprav je však nutné postupovat tak, aby návrhy nových mechanismů nebo změn neohrožovaly dostupnost zdravotní péče všech zúčastněných na veřejném zdravotním pojištění. Otázka zůstává, zda by výhody systému založeného na vzájemné solidaritě měli mít právo využívat osoby, které solidární s ostatními nejsou, a to ve smyslu, že se neopodstatněně na financování nepodílejí. V českém pojišťovacím systému funguje solidarita bohatých s chudými, zdravými s nemocnými, mladými se staršími, ale bohužel i zodpovědných s nezodpovědnými. V případě posledním to v pořádku není. Neposkytnutí péče osobě, která se odmítá na veřejném zdravotním pojištění podílet, by nemělo ovšem bezprostředně ohrozit její život nebo zdraví jejího okolí. Nadužívání péče by mělo být účinně systémově bráněno.

V českém zdravotnictví je prostor pro mnoho změn, které by vedly k úsporám v systému, a zároveň k necitelnému navýšení výdajů domácností na zdravotní péči.

Všechny úspory a opatření mají maximální smysl jen tehdy, pokud je zároveň nastaven funkční kontrolní mechanismus. „Stát“ zdravotním pojišťovnám zajišťuje povinností občanů hradit pojistné příjmy a je to i stát, který občanům garantuje, že za ně pojistné hradí, pokud se stávají osobami, které do této zvláštní skupiny spadají, např. děti, nezaměstnaní apod. Je jedním ze zdrojů financování nejen zdravotní péče, ale i jiných prvků zdravotnictví, např. věda a výzkum, z čehož pak následně těží i ostatní. Má tedy plné právo kontroly jednání těch, co poskytují, financují (z veřejných zdrojů) nebo čerpají zdravotní péči, jejíž úhrada je zajišťována na základě veřejného povinného zdravotního pojištění. Samozřejmě v souvislosti se zdravotní péčí. Nejen právo, ale v podstatě i povinnost jednotlivé subjekty tímto počínáním i chránit. Bez zpřísnění kontrol a nových kontrolních mechanismů, žádné změny v systému v podstatě nemají valný význam a nebude dosaženo efektu v podobě snížení plýtvání a neúčelného využívání finančních prostředků.

Je zbytečné složité komplexní vyhodnocování, pokud není prováděno průběžně hodnocení výsledků a odstraňování zjištěných nedostatků na nižších úrovních zdravotnictví. To je záležitost komunikace tvůrců zdravotní politiky s manažery subjektů, které jsou součástí zdravotnického systému.

Audity, přijímání připomínek, návrhů, konstruktivní komunikace na všech zúčastněných stranách, kterých se změny a opatření týkají, správně vysvětlit a na druhé straně snaha pochopit účel a způsob změn na všech podstatných úrovních zdravotnictví s ohledem na konkrétní problém. To jsou všechno podmínky toho, aby změny byly navrženy a implementovány co nejlépe a systém fungoval co nejefektivněji.

Konkrétní opatření, změny a zavádění nových prvků do zdravotnictví není záležitostí jednoho oboru. Vzhledem k medicínským možnostem, ale omezeným zdrojům je nutná při vytváření zdravotní politiky velmi úzká kooperace ekonomů, zdravotníků a jiných odborníků, jejichž zaměření se ke zdravotnictví vztahuje (biologové, chemici, technologičtí specialisté, pedagogové apod.). Je evidentní, že v současné době minimálně v českém zdravotnictví není už žádný prostor pro plýtvání finančními prostředky, pokud má být zachována dosavadní kvalita a dostupnost zdravotní péče.

Vše je otázkou času, mnohá opatření se projeví a mají pozitivní efekt až v dlouhodobém horizontu. Což si musí uvědomit všichni, kteří jsou součástí systému a akceptovat i doprovodné problémy na cestě k lepšímu.

7 Seznam použitých zdrojů

Zdroje citací

1. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví. Sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. 1.vyd. Praha:Wolters Kluver ČR, 2010. 223 s. ISBN 978-80-7357-503-8
2. BARTÁK. IZPE. *Požadavky na adaptaci DRG v Německu*. Kostelec nad Černými lesy: Suplementum, 2003. 51 s., ISSN 1213-8096
3. BAŠTECKÁ, Bohumila. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2005, 299 s. ISBN 80-247-0708-X
4. BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. vyd. přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2003. 181 s. ISBN 89-7013-391-0
5. BUREŠ, Rudolf. *Úvod do teorie zdravotnictví*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960. 139 s.
6. CABRNOCH, Milan. *Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*. 1. vyd., Praha: CEVRO, 2006.s. 8 – 12. 64s. ISBN 80-86816-18-4
7. CUŘÍNOVÁ, Ludmila. *Medicína a sociální činnost*. 1. Vyd. Praha: Scientia, spol. s r. o., 2002. 47 s. ISBN 80-7183-254-5
- ČELEDOVÁ, Libuše, ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví – vybrané kapitoly*. 1. Vyd.. Praha: Grada Publishing,a.s., 2010. 128 s. ISBN 978-80-247-3213-8
8. ČEVELA, Rostislav, ČELEDOVÁ, Libuše, DOLANSKÝ, Hynek. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 108 s. ISBN 978-80-247-2860-5.
9. DANĚK, Antonín, GLET, Jiří. *Zdravotní pojištění*. 1. vyd. Praha: Linde, 2003. 95 s. ISBN 80-86131-46-7
10. DITTRICH, Ludwig, STARÁ, Dana. Je stárnutí populace hlavní příčinou růstu výdajů na zdravotní péči? *Zdravotnictví v ČR*. č. 4/2010., s. 144 – 147, s. 144. r. 13, č. 4 ISSN 1213-6050
11. DOLANSKÝ, Hynek. *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*. 1.vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě. 2008. 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.

12. DOLEJŠÍ, Václav a kol. *Československé zdravotnictví ve statistických údajích 1948-1958*. 1. vyd. Praha : SZdN, 1959. 178 s.
13. DOLEJŠÍ, Václav, JAROŠ, Jaromír, STACH, Jaromír. *Ukazatelé československé zdravotnické statistiky : Metodika jejich výpočtu a hodnocení*. 1. vyd. Praha : SZdN, 1959. 109 s.
14. DOLEŽAL, Tomáš. *Význam farmakoekonomického hodnocení. Základy farmako-ekonomiky pro lékaře, lékárníky a další pracovníky ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: ČFES, 2007. 99 s. ISBN 978-80-254-0837-7
15. DONALDSON, Cam, GERARD. Karen. *Economics of Health Care Financing*. 2. vyd. New York: Palgrave MacMillan, 2005. s. 180. ISBN 978-0-333-98431-5
16. DOSTÁL, Otto, st., ml., KOSRECOVÁ, Eva, ŠTĚDRONĚ, Bohumír. *Vybrané kapitoly z nové ekonomiky*. Praha: Wlters Kluwer ČR, 2010. 228 s. ISBN 978-80-7357-569-4
17. DRANOVE, David. *Code Red*. 1.vyd. New Persey: Princeton University Press. 281 s. ISBN 978-0-691-12941-9
18. European Commision. Health Telematics Working Group of the High Level Committee on Health: Final Report HLCH/2003/1/7 04/2003 Luxemburg. s. 10
19. Evropská Komise. *Health Telematics Working Group of the High Level Committee on Health: Final Report*. 2003. HLCH/2003/1/7
20. FARKAŠ, Andrej, GODOVÁ, Dalma, HRUBEŠOVÁ, Zdenka. *Vybrané problémy ve zdravotnictví*. 1. vyd. Ostrava: Knižní expres, s.r.o., 2008. 46 s. ISBN 978-80-7347-032-6
21. FISHER, Bohumil. *Zdraví 21. Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace..* Praha, 2000. [on-line] (PDF). Dostupné z www : <<http://www.who.cz/PDF/Zdravi21.pdf>>
22. GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8
23. GLADKIJ, Ivan, HEGER, Leoš, STRNAD, Ladislav. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. ISBN 80-7013-272-8
24. HAŠKOVÁ, Hana. *Názorové difference k současným změnám v českém porodnictví*. 1. vyd. Praha : Sociologický ústav Akademie věd České republiky, 2001. s. 53. ISBN 80-85950-97-9

25. HOLČÍK, J.: *Reforma zdravotnictví. Zdravotnictví ČR*, 2008, č. 3, r. 11. s. 78-82
ISSN 1213-6050
26. IAKOWIDIS, Ilias, WILSON, Petra, HEALY, Jean, Claudie. *E-Health. Current Situation and Examples of Implemented and Beneficia e-Health Applications*. 1.vyd. Amsterdam: IOS Press, 2004. 255 s. ISBN 1-58603-448-0
27. IVANOVÁ, Kateřina, ŠPIRUDOVÁ, Lenka, KUTNOHORSKÁ, Jana. *Multikulturní ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada 2005. 248 s. ISBN 80-247-1212-1
28. IVANOVÁ, Kateřina, TUCKEROVÁ, Veronika. *Kapitoly z lékařské etiky*. 1. vyd. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 1998. 83 s. ISBN 80-7067-836-4
29. IZPE. *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. 58 s. ISBN 80-86625-19-2
30. IZPE. *Regulace podnikatelského jednání ve zdravotnických systémech Evropy*. 1. vyd. Kostelec nad Černými lesy, 2003. 45 s. ISSN 1213-8096
31. JANEČKOVÁ, Hana, HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, s.r.o., 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9
32. JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7
33. JIROUŠ, Jaroslav. *Československé zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Orbis, 1976. 164 s. ISBN 11-066-76
34. JOHNSON, James, STOSKOPF, Carleen, Harriet. *Comparative health systems: global perspectives*. 1.vyd. London: Jones and Bartlett Publisher, LLC, 2010. 451 s. ISBN 978-0-7637-5379-5
35. Joint Commision International. *Mezinárodní akreditační standardy pro nemocnice*. 3. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2008. 309 s. ISBN 978-80-247-2436-2
36. JONAS, Steve, GOLDSTEEN, Raymond, GOLDSTEEN, Karen. *An Introdution to the US Health Care System*. 6. vyd. New York: Springer Publishing Copany, LLC, 2007. 308 s. ISBN 978-0-8261-0214-0
37. KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*. 1. vyd. Praha: Maxima, 1992. 120 s. ISBN 80-902333-0-4
38. KOMISE EVROPSKÝCH SPOLEČENSTVÍ. *BÍLÁ KNIHA Společně pro zdraví: strategický přístup pro EU na období 2008–2013* [on-line]. Brusel, 2007-10-23. (PDF) Dostupné z [www http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2007/com2007_0630cs01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2007/com2007_0630cs01.pdf)

39. KOŽENÝ, Pavel, NĚMEC, Jiří, KÁRNÍKOVÁ, Jana, LOMÍČEK, Miroslav. *Klasifikační systém DRG*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 208 s. ISBN 978-80-247-2701-1
40. KŘEPELKA, Filip. *Zdravotnictví a školství v procesu Evropské integrace. Veřejná služba v České republice, Německu, Rakousku a Evropské unii*. Praha: UK v Praze, 2007. 122 s., s. 100-106. ISBN 80-85889-96-3
41. LANDSMAN, Ladislav. *Ekonomické problémy zdravotnictví a jeho řízení*. 1. vyd. Praha: Avicentrum, zdravotnické nakladatelství, n.p., 1978. 158 s. ISBN 08-004-78
42. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7.
43. MACH, Jan. *Lékař a právo. Praktická příručka pro lékaře a zdravotníky*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 320 s. ISBN 978-80-247-3683-9
44. MACH, Jan. *Novela zákoníku práce umožňující tzv. další dohodnutou práci přesčas ve zdravotnictví. Tempus Medicorum*. 2008, roč. 17, č. 9., s. 36-37. ISSN 1210-8073
45. MAKOVICKÝ, Emil. *Organizace zdravotnictví*. 1. Vyd. Praha: Avicentrum, 1975. 179 s.
46. METYŠ, Karel, BALOG, Peter. *Marketing ve farmacii*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 208 s. ISBN 80-247-0830
47. MÁTL, Ondřej, PAVLOKOVÁ, Kateřina, ROUBAL, Tomáš, VACHEK, Stanislav. *České zdravotnictví v roce 2050. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*. 1. vyd. Praha: 2009. 83 s. ISBN 978-80-85047-38-7
48. MATOUŠEK, Miroslav. *Úvod do dějin otrokářské a feudální společnosti*. 1. vyd. Praha: SPN, 1958. 118 s
49. NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1
50. OCHRANA, František, PAVEL, Jan, VÍTEK, Leoš. *Veřejný sektor a veřejné finance*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 261 s. ISBN 978-80-247-3228-2
51. PAPEŠ, Z., ULRICH, M. *Zdravotnická ekonomika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 85 s. ISBN 80-244-0567-9.
52. PETRO, Mikuláš. *Československé zdravotnictví v číslech a faktech*. 1. vyd. Praha : Ústav zdravotní výchovy, 1985. 48 s.

53. PHELPS, Charles. *Health Economics*. 1. vyd. New York: HarperCollins Publishers Inc., 1992. ISBN 0-673- 38746-1
54. PÝCHOVÁ, Eva, DOHNAL, Karel. *Koncepce veřejného zdravotnictví v České republice v historických souvislostech – odkud vychází a kam směřuje tento obor? České zdravotnictví. Vize a skutečnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. s. 133 – 143. ISBN 80-246-0944-4
55. SALTMAN, Richard, B. et al. *Social health insurance systems in western Europe*. 1. vyd. New York, Open University Press, 2004. 284 s. ISBN 0-335-213634.
56. SELTZER, Beth. *Careers in Public Health*. 1.vyd. New York: Springer Publishing Copany, LLC, 2011. 256 s. ISBN 978-0-8261-1768-7
57. SCHELLE, Karel, MAN, Vlastislav, OSTRŽÍŽEK, Tomáš. *Die Rechtsregulung der Transplantationen in der Tschechischen Republik*. 1. vyd. Norderstedt: GRIN Verlag, 2010. 110 s. ISBN 978-3-640-69169-2
58. SINKULOVÁ, Ludmila. *Lékaři, stát a zdraví lidu. Z historie zdravotní služby v českých zemích*. 1. vyd. Praha: SZdN, 1959. 360 s.
59. SKRIBKOVÁ, Emilie. *Zdravotnictví v Československé socialistické republice*. 1. vyd. Praha: Ústř. ústav zdravot. osvěty, 1962. 19 s.
60. SLEE, Debora, A., SLEE, Virigil, N., SCHMIDT, Joachim, H. *Slee's Health Care Terms*. 5. vyd. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2008. 597 s. ISBN 978-0-7637-4615-5
61. TĚŠINOVÁ, Jolana. *Zdravotnická dokumentace v praxi*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. 224 s. ISBN 978-80-247-2358-7
62. TYL, Jiří, SCHNEIBERG, František a kolektiv. *Kapitoly ze sociální medicíny a veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 1998. 282 s. ISBN 80-7184-654-6
63. UHEREK, Pavel. *Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 182 s. ISBN 978-80-247-2658-8
64. VEPŘEK, Pavel. *Rathova zmýlená. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*. 1. Vyd., Praha: CEVRO, 2006.s. 38-42. 64s.. ISBN 80-86816-18-4
65. VLACH, Jan. *Možnosti sloučení výběru a vymáhání pojistného na sociální zabezpečení s výběrem a vymáháním daně z příjmu fyzických osob a s výběrem a vymáháním pojistného na všeobecné zdravotní pojištění*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 2008. 87 s. ISBN 978-80-87007-97-6

66. VLASÁK, Oldřich. *Nabízené příležitosti strukturální politiky. České zdravotnictví v Evropských souvislostech*. 1. Vyd., Praha: CEVRO, 2006. 64 s. s. 43-48. ISBN 80-86816-18-4
67. VOSTATEK, Jaroslav. *Zdravotní pojištění a zabezpečení*. Zdravotnictví ČR. Asociace pro rozvoj sociálního lékařství a řízení péče o zdraví. r. 13, č. 3. ISSN 1213-6050
68. VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Manus, 2004. 125 s. ISBN 80-86571-07-6
69. WHO. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*, 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 280 s. ISBN 978-80-247-1587
70. WONDERLING, D. at al.. *Introduction to Health Economics*. 1. vyd. Berkshire: McGraw – Hill Education, 2008. 265 s. ISBN 0-335-21834-2
71. ZAVÁZALOVÁ, Helena. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví*. 2. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2004. 154 s. ISBN 80-246-0467-1
72. ZLÁMAL, Jaroslav. *Finanční nástroje a operace použitelné ve zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. 96 s. ISBN 80-244-0009-X
73. ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1
74. ZVÁRA, Karel, SEIDL, Libor, ZVÁROVÁ, Jana: *Projekt v kontextu aktuálního vývoje. Sborník Informační technologie pro rozvoj kontinuální sdílené péče o zdraví*. 1. vyd. Praha: EuroMISE, 2008. 65 s. ISBN 80-903431-3-9

Zdroje dat

1. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Česká republika v datech (1989 – 2009)* [on-line]. 2011-4-22. (PDF). Dostupné z www: http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/kapitola/1420-11-n_2011-0100
2. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Informační technologie ve zdravotnictví v České republice v datech, Informační technologie ve zdravotnictví - mezinárodní srovnání*, [on-line]. 2012-5-2(EXCEL). Dostupnost z www: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/informacni_technologie_ve_zdravotnictvi2011
3. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Informační společnost v číslech* [on-line]. 2012. 2012-3-27. (PDF) Kód: e-9705-12. Dostupné z www: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/C7002D34E9/\\$File/970512_B.pdf](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/t/C7002D34E9/$File/970512_B.pdf)

4. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Statistická ročenka České republiky 2011* [on-line]. 2011-11-23. (PDF). Kód: e-0001-11. PDF. dostupné z www: <http://www.czso.cz/csu/2011edicniplan.nsf/publ/0001-11-2010>
5. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Novotvary 2009 ČR*. Praha: ÚZIS ČR, Národním onkologickým registrem ČR, 2012. 264 s. ISBN 978-80-7280-975-2
6. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Metodický úvod. Časové řady základních ukazatelů statistiky práce leden 2012*[on-line]. 2012--07-16. (WORD) Dostupné z www: <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/p/3107-12>
7. ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *Výsledky zdravotnických účtů ČR 2000 – 2010. Výdaje domácností na zdravotní péče* [on-line]. Praha: ČSÚ, 2012-4-2. (PDF) Kód: e-3306-12. Dostupné z www http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012
8. LÉKAŘSKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM s.r.o., Agentura INRES-SONES. Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2010. (word)
9. LÉKAŘSKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM s.r.o., Agentura INRES-SONES. Agentury INRES-SONES „Výzkum názorů a postojů lékařů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2007.“, Výzkum názorů a postojů občanů k problematice zdravotnictví a zdravého způsobu života – 2007.(word)
10. LÉKAŘSKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM s.r.o., Agentura INRES-SONES, INSTITUT PRO STUDIUM ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍHO STYLU. *Lékaři České republiky 2007*. Praha: LÉKAŘSKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM s.r.o., Agentura INRES-SONES, 2007. (word)
11. LÉKAŘSKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM s.r.o., Agentura INRES-SONES. *Výzkum názoru občanů ČR na problematiku zdravotnictví, Závěry reprezentativních sociologických výzkumů z lete 1995 – 2006*. Praha: LÉKAŘSKÉ INFORMAČNÍ CENTRUM s.r.o., Agentura INRES-SONES., 2007. (PDF)
12. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *MZd Tabulka pro ministerstvo zdravotnictví-interní materiály*. Č. j.: 2011/69933 MZd0906.xls, MZd0407.xls, MZd0408.xls, MZd0908.xls, MZd0409.xls, MZd0909.xls, MZd0410.xls, MZd0910.xls, MZd0411.xls, MZd0911.xls
13. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2000*. Praha: ÚZIS, 2001. 119 s. ISBN 80-7280-064-7.
14. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. Praha: ÚZIS, 2006. 129 s. ISBN 80-7280-614-9.

15. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2007*. Praha: ÚZIS, 2008. 128 s. ISBN 978-80-7280-794-9.
16. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009*, Praha: ÚZIS ČR, 2010. 132 s. ISBN 978-80-7280-910-3
17. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 132 s. ISBN 978-80-7280-969-1.
18. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, stomatologové a farmaceuti podle hlavního oboru činnosti (fyzické osoby) v roce 2001*[on-line]. Praha, ÚZIS, ČR, 2002-12-16. (PDF) Aktuální informace č. 61/2002.
19. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR.. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2007. 154 s. ISBN 80-7280-654-8
20. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 160 s. ISBN 978-80-7280-972-1
21. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2009* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2010-6-22. (PDF). Aktuální informace č. 32/2010.
22. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Pracovníci ve zdravotnictví k 31. 12. 2010* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-10-24. (PDF). Aktuální informace č. 55/2011
23. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR *Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2010* [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-7-19. (PDF) Aktuální informace č. 39/2011.
24. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2005 – 2008*[on-line]. Praha:ÚZIS ČR, 2009-11-20. 6. s. (PDF) Aktuální informace č. 63/2009. 6 s.
25. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Spotřeba zdravotnických služeb v letech 2007–2010* [on-line], Praha:ÚZIS ČR, 2011- 9-7. 6 s. (PDF) Aktuální informace č. 51/201.
26. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Vývoj zdravotnictví České republiky po roce 1989*. 1. vyd. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 53 s. ISBN 978-80-7280-900-4

27. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Využívání počítačů a internetu ve zdravotnických zařízeních v roce 2010 [on-line]*. Praha: ÚZIS ČR, 2011-10-19. (PDF) Aktuální informace č. 53/2011 strana 1
28. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 1992*. Praha: ÚZIS ČR, 1993. 156 s.
29. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2000*. Praha: ÚZIS ČR, 2001. 235 s. ISBN 80-7280-071-X
30. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2001*. Praha: ÚZIS ČR, 2002. 242 s. ISBN 80-7280-159-7
31. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2005*. Praha: ÚZIS ČR, 2006. 262 s. ISBN 80-7280-652-1,
32. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka České republiky 2009*. Praha: ÚZIS ČR, 2010. 264 s. ISBN 978-80-7280-909-7,
33. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotnická ročenka ČR 2010*. Praha: ÚZIS ČR, 2011. 268 s. ISBN 978-80-7280-966-0
34. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR.. *Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče I.*[on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2005-7-20. (PDF). Aktuální informace č. 31/2005,
35. ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Zdravotní pojišťovny - náklady na segmenty zdravotní péče*. [on-line]. Praha: ÚZIS ČR, 2011-9-7 . (PDF). Aktuální informace č. 50/2011

8 Přílohy

Příloha 1 Doporučení pro příjemce zdravotní péče

Příloha 2 Přehled zákonů vztahujících se ke zdravotnictví

Příloha 1 Doporučení pro příjemce zdravotní péče

- ☺ Měl by **sledovat prostřednictvím přehledného účtu poskytnutém zdravotní pojišťovnou na vyžádání, jaká péče byla za něj pojišťovně vykázána**. Dobře ovšem evidovat všechny návštěvy, vyšetření a zákroky, aby se nestalo, že pacient zapomněl, že něco podstoupil a nedošlo ke křivému obvinění zdravotnického zařízení, že vykazuje péči, kterou neprovedlo.
- ☺ Pacient by měl **chodit na pravidelné prohlídky**. Ušetří zdraví a finanční prostředky nejen sobě, ale i ve zdravotnickém systému. O **použití doplňků stravy a jiných volně prodejných prostředků** by se měl poradit s lékařem, který lépe posoudí a má lepší informace než pacient o vhodnosti a účinnosti pro pacienta samotného. Lékařovo doporučení by mělo být objektivnější než pracovníka lékárny, který je prodejcem a může tak zamezit tomu, že vynaloží zbytečně nemalé finanční prostředky a k tomu i někdy zatíží svůj organismus.
- ☺ V každém případě se **pojistit při cestě do zahraničí**, i když dotyčný cestuje v rámci zemí EU a jiných zemí, se kterými má ČR smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče. Je možné, že péče, kterou v ČR pacientovi hradí zdravotní pojišťovna, v jiném státě nehradí, nebo jen částečně. Pak i český pacient nese tyto náklady.
- ☺ I **průkaz pojištěnce je doklad** a také by k němu mělo být tak přistupováno a pacient by se měl snažit zamezit jeho použití další osobou (častá praktika nepojištěných cizinců).
- ☺ Pacient by měl mít na paměti, že **ani zdravotní pojišťovnu, ani registrujícího lékaře nelze měnit ze dne na den a libovolněkrát**. Měl by si dávat pozor, pokud navštíví jiného registrujícího lékaře, aby nepodepsal formulář, kterým se registruje v tomto zdravotním zdravotnickém zařízení. Registrace u předchozího pak pozbývá platnosti.

- ⤿ Na léky jsou stanoveny maximální doplatky, což by měl mít pacient na paměti při výběru lékárny. Doplatky se mohou značně lišit, jelikož lékárny neuplatňují vždy doplatek ve výši maximálně. Je zde **poměrně velký prostor pro úsporu při pořizování léčiv.**

Pacient je důležitou součástí zdravotnického systému a svým chováním ledacos ovlivňuje. Motivací pro jednání odpovídající níže uvedeným bodům by mu měla být úspora jeho vlastních finančních prostředků. Zanedbatelná není, zvláště v současné době pro většinu lidí, také úspora času.

Příloha 2 Přehled zákonů vztahujících se ke zdravotnictví

Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)	č. 372/2011 Sb.
ve znění zákona č. 167/2012 Sb.	
Zákon o specifických zdravotních službách	č. 373/2011 Sb.
ve znění zákona č. 167/2012 Sb.	
Zákon o zdravotnické záchranné službě	č. 374/2011 Sb.
Zákon, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony	č. 369/2011 Sb.
Zákon, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě	č. 375/2011 Sb.
ve znění zákona č. 201/2012 Sb.	
Zákon o darování, odběrech a transplantacích tkání a orgánů a o změně některých zákonů (transplantační zákon)	č. 285/2002 Sb.
ve znění zák. č. 228/2005 Sb., zák. č. 129/2008 Sb., zák. č. 296/2008 Sb., zák. č. 41/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře	č. 220/1991 Sb.
ve znění zák. č. 160/1992 Sb., zák. č. 285/2002 Sb., zák. č. 111/2007 Sb., zák. č. 189/2008 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta	č. 95/2004 Sb.
ve znění zák. č. 125/2005 Sb., zák. č. 124/2008 Sb., zák. č. 189/2008 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 346/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)	č. 96/2004 Sb.
ve znění zák. č. 125/2005 Sb., zák. č. 111/2007 Sb., zák. č. 124/2008 Sb., zák. č. 189/2008 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 105/2011 Sb., zák. č. 346/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů	č. 378/2007 Sb.
ve znění zák. č. 124/2008 Sb., zák. č. 296/2008 Sb., zák. č. 141/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb., zák. č. 291/2009 Sb., zák. č. 75/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o zdravotnických prostředcích a o změně některých souvisejících zákonů	č. 123/2000 Sb.
ve znění zák. č. 130/2003 Sb., zák. č. 274/2003, úplného znění zák. č. 346/2003 Sb., zák. č. 58/2005 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 196/2010 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů	č. 48/1997 Sb.
ve znění zák. č. 242/1997 Sb., zák. č. 2/1998 Sb., zák. č. 127/1998 Sb., zák. č. 225/1999 Sb., zák. č. 363/1999 Sb., zák. č. 18/2000 Sb., zák. č. 167/2000 Sb., zák. č. 132/2000 Sb., zák. č. 155/2000 Sb., zák. č. 220/2000 Sb., zák. č. 258/2000 Sb., zák. č. 459/2000 Sb., zák. č. 176/2002 Sb., zák. č. 198/2002 Sb., zák. č. 285/2002 Sb., zák. č. 309/2002 Sb., zák. č. 320/2002 Sb., (nálezu Úst. soudu publikovaného pod č. 207/2003 Sb.), zák. č. 222/2003 Sb., zák. č. 274/2003 Sb., zák. č. 362/2003 Sb., zák. č. 424/2003 Sb., zák. č. 425/2003 Sb., zák. č. 455/2003 Sb., zák. č. 85/2004 Sb., zák. č. 359/2004 Sb., zák. č. 422/2004 Sb., zák. č. 436/2004 Sb., zák. č. 438/2004 Sb., zák. č. 123/2005 Sb., zák. č. 168/2005 Sb., zák. č. 253/2005 Sb., zák. č. 350/2005 Sb. a zák. č. 361/2005 Sb., 47/2006 Sb. zák. č. 109/2006 Sb., zák. č. 112/2006 Sb., zák. č. 117/2006 Sb., zák. č. 165/2006 Sb., zák. č. 189/2006 Sb., zák. č. 214/2006 Sb., zák. č. 245/2006 Sb., zák. č. 264/2006 Sb., zák. č. 340/2006 Sb., zák. č. 57/2007 Sb., zák. č.	

181/2007 Sb., zák. č. 261/2007 Sb., zák. č. 296/2007 Sb., zák. č. 129/2008 Sb., zák. č. 137/2008 Sb., zák. č. 270/2008 Sb., zák. č. 274/2008 Sb., zák. č. 306/2008 Sb., zák. č. 59/2009 Sb., zák. č. 158/2009 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb., zák. č. 362/2009 Sb., zák. č. 298/2011 Sb., zák. č. 365/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.	
Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR	č. 551/1991 Sb.
ve znění zák. č. 592/1992 Sb., zák. č. 10/1993 Sb., zák. č. 60/1995 Sb., zák. č. 149/1996 Sb., zák. č. 48/1997 Sb., zák. č. 305/1997 Sb., zák. č. 93/1998 Sb., zák. č. 127/1998 Sb., zák. č. 69/2000 Sb., zák. č. 132/2000 Sb., zák. č. 220/2000 Sb., zák. č. 49/2002 Sb., zák. č. 420/2003 Sb., zák. č. 455/2003 Sb., zák. č. 438/2004 Sb., zák. č. 117/2006 Sb., zák. č. 261/2007 Sb., zák. č. 296/2007 Sb. a zák. č. 362/2009 Sb.	
Zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách	č. 280/1992 Sb.
ve znění zák. č. 10/1993 Sb., zák. č. 15/1993 Sb., zák. č. 60/1995 Sb., zák. č. 149/1996 Sb., zák. č. 48/1997 Sb., zák. č. 93/1998 Sb., zák. č. 127/1998 Sb., zák. č. 225/1999 Sb., zák. č. 220/2000 Sb., zák. č. 49/2002 Sb., zák. č. 420/2003 Sb. a zák. č. 438/2004 Sb., zák. č. 117/2006 Sb., zák. č. 261/2007 Sb., zák. č. 296/2007 Sb., zák. č. 351/2009, zák. č. 362/2009 Sb., zák. č. 188/2001 Sb., zák. č. 298/2011 Sb. a zák. č. 369/2011 Sb.	
Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	č. 592/1992 Sb.
ve znění zák. č. 10/1993 Sb., zák. č. 15/1993 Sb., zák. č. 161/1993 Sb., zák. č. 324/1993 Sb., zák. č. 42/1994 Sb., zák. č. 241/1994 Sb., zák. č. 59/1995 Sb., zák. č. 149/1996 Sb., zák. č. 48/1997 Sb., zák. č. 127/1998 Sb., zák. č. 29/2000 Sb., zák. č. 118/2000 Sb., zák. č. 258/2000 Sb., zák. č. 492/2000 Sb., zák. č. 138/2001 Sb., zák. č. 49/2002 Sb., zák. č. 176/2002 Sb., zák. č. 309/2002 Sb., zák. č. 424/2003 Sb., zák. č. 437/2003 Sb., zák. č. 455/2003 Sb., zák. č. 53/2004 Sb., zák. č. 438/2004 Sb., zák. č. 123/2005 Sb., zák. č. 381/2005 Sb., zák. č. 413/2005 Sb., zák. č. 545/2005 Sb., zák. č. 62/2006 Sb., zák. č. 117/2006 Sb., zák. č. 214/2006 Sb., zák. č. 189/2006 Sb., zák. č. 264/2006 Sb., zák. č. 261/2007 Sb., zák. č. 296/2007 Sb., zák. č. 306/2008 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb., zák. č. 285/2009 Sb., zák. č. 362/2009 Sb., zák. č. 73/2011 Sb., zák. č. 138/2011 Sb., zák. č. 298/2011 Sb., zák. č. 329/2011 Sb. a zákona č. 369/2011 Sb.	
Zákon, kterým se mění některé zákony na úseku ochrany veřejného zdraví	č. 274/2003 Sb.
ve znění zák. č. 426/2003 Sb., zák. č. 316/2004 Sb., zák. č. 626/2004 Sb., zák. č. 264/2006 Sb., zák. č. 378/2007 Sb. a zákona č. 375/2011 Sb.	
Zákon o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů	č. 258/2000 Sb.
ve znění zák. č. 254/2001 Sb., zák. č. 274/2001 Sb., zák. č. 13/2002 Sb., zák. č. 76/2002 Sb., zák. č. 86/2002 Sb., zák. č. 120/2002 Sb., zák. č. 320/2002 Sb., zák. č. 274/2003 Sb., zák. č. 356/2003 Sb., zák. č. 362/2003 Sb., zák. č. 167/2004 Sb., zák. č. 326/2004 Sb., zák. č. 562/2004 Sb., zák. č. 125/2005 Sb., zák. č. 253/2005 Sb., zák. č. 381/2005 Sb. a zák. č. 392/2005 Sb., zák. č. 444/2005 Sb., zák. č. 59/2006 Sb., zák. č. 74/2006 Sb., zák. č. 186/2006 Sb., zák. č. 189/2006 Sb., zák. č. 222/2006 Sb., zák. č. 264/2006 Sb., zák. č. 342/2006 Sb., zák. č. 110/2007 Sb., zák. č. 296/2007 Sb., zák. č. 378/2007 Sb., zák. č. 124/2008 Sb., zák. č. 130/2008 Sb., zák. č. 274/2008 Sb., zák. č. 41/2009, zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb., zák. č. 301/2009 Sb., zák. č. 151/2011 Sb., zák. č. 298/2011 Sb., zák. č. 375/2011 Sb. a zákona č. 115/2012 Sb.	
Zákon o podmínkách uvádění biocidních přípravků a účinných látek na trh a o změně některých souvisejících předpisů	č. 120/2002 Sb.
ve znění zák. č. 186/2004 Sb., zák. č. 125/2005 Sb., zák. č. 297/2008 Sb., zák. č. 136/2010 Sb., zák. č. 342/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o návykových látkách a o změně některých dalších zákonů	č. 167/1998 Sb.
ve znění zák. č. 354/1999 Sb., zák. č. 117/2000 Sb., zák. č. 132/2000 Sb., zák. č. 57/2001 Sb., zák. č. 185/2001 Sb., zák. č. 407/2001 Sb., úplného znění zák. č. 55/2002 Sb., zák. č. 320/2002 Sb., zák. č. 223/2003 Sb., zák. č. 362/2004 Sb., úplného znění zák. č. 466/2004 Sb., zák. č. 228/2005 Sb., zák. č. 74/2006 Sb., zák. č. 41/2009 Sb., zák. č. 141/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb., zák. č. 291/2009 Sb., zák. č. 106/2011 Sb., zák. č. 341/2011 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami a o změně souvisejících zákonů	č. 379/2005 Sb.
ve znění zák. č. 225/2006 Sb., zák. č. 274/2008 Sb. a zák. č. 305/2009 Sb.	
Zákon o přírodních léčivých zdrojích, zdrojích přírodních minerálních vod, přírodních léčebných lázních a lázeňských místech a o změně některých souvisejících zákonů (lázeňský zákon)	č. 164/2001 Sb.
ve znění zák. č. 76/2002 Sb., zák. č. 320/2002 Sb., zák. č. 444/2005 Sb., zák. č. 186/2006 Sb., zák. č. 222/2006 Sb., zák. č. 167/2008 Sb., zák. č. 227/2009 Sb., zák. č. 281/2009 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	

Zákon o státní statistické službě	č. 89/1995 Sb.
ve znění zák. č. 356/1999 Sb., zák. č. 256/2000 Sb., zák. č. 220/2000 Sb., zák. č. 411/2000 Sb., zák. č. 202/2002 Sb., zák. č. 320/2002 Sb., zák. č. 81/2004 Sb., zák. č. 562/2004 Sb., zák. č. 342/2005 Sb., zák.č. 230/2006 Sb., zák.č.245/2006 Sb., zák. 342/2006 Sb., zák.č. 239/2008 Sb., zák.č. 154/2009 Sb., zák. č. 7/2009 Sb. a zák. č. 375/2011 Sb.	
Zákon o ochraně znaku a názvu Červeného kříže a o Československém Červeném kříži, ve znění nálezu Úst. soudu publikovaného pod č. 261/2000 Sb. a zákona č. 375/2011 Sb.	č. 126/1992 Sb.

Zdroj: vlastní zpracování, přehled legislativy z webových stránek Ministerstva zdravotnictví ČR