

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PRÁVNICKÁ**



**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

Zdravotnický systém v ČR jako problém veřejné politiky a správy.

**Ilja Topinka**

**Plzeň 2015**

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA PRÁVNICKÁ**

**KATEDRA VEŘEJNÉ SPRÁVY**

**Vedoucí práce: doc. PhDr. Lukáš Valeš Ph. D.**

Autor: Ilja Topinka (R09M0342P)

Studijní program: Právo a právní věda (M6805)

Obor: Právo (6805T003/0)

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma: **Zdravotnický systém v ČR jako problém veřejné politiky a správy** zpracoval sám. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použil k sepsání této práce, byly citovány v poznámkách pod čarou a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.*

V Plzni dne 31. 8. 2015

Podpis autora: \_\_\_\_\_

Rád bych tímto poděkoval několika osobám, díky kterým jsem mohl tuto závěrečnou práci napsat. Např. vedoucí práce **doc. PhDr. Lukáš Valeš PhD.**, který mi pomohl jak s výběrem tématu, tak v průběhu vytváření práce a v neposlední řadě děkuji za jeho trpělivost. Další velké díky patří Bc. Janě Hájkové, tajemnici katedry veřejné správy, která mi ochotně poskytovala rady ohledně formálních náležitostí nejen okolo této závěrečné práce, ale také za jistou dávkou psychické podpory. Dále JUDr. Heleně Jermanové vděčím za prvotní nasměrování a inspiraci ohledně této závěrečné práce, ale hlavně za kontakt na doc. Valeše a domluvení naší první schůzky.

Mimo akademickou obec bych chtěl poděkovat své dlouholeté přítelkyni Idě Zvěřinové, která mi pomohla v mnoha ohledech, včetně starostí kolem každodenního života a naší společné domácnosti. Ida je mou velkou oporou. Nemohu opomenout ani své rodiče, kteří mne podporují během celého studia. Všem výše jmenovaným patří velký dík, protože bez nich bych nemohl tuto závěrečnou práci napsat.

## OBSAH:

- 1 Úvod
  
- 2 Historie zdravotnictví
  - 2.1 Obecný úvod do problematiky
  - 2.2 Bismarckův zdravotnický model
  - 2.3 Beveridgeův zdravotnický model
  - 2.4 Tržní zdravotnický model
  - 2.5 Semaškův zdravotnický model
  - 2.6 Komparace modelů zdravotnictví
  - 2.7 Historický vývoj zdravotnictví v ČR
    - 2.7.1 Od prvních pramenů
    - 2.7.2 Vývoj po založení Československa
    - 2.7.3 Období druhé světové války
    - 2.7.4 Poválečný přechod na Semaška
    - 2.7.5 Semaškův centralistický model v praxi
    - 2.7.6 Konec Semaška a návrat k Bismarckovo modelu
    - 2.7.7 Reformy veřejné správy včetně zdravotnictví
    - 2.7.8 Reforma s regulačním poplatkem, 2008
    - 2.7.9 Celkové výdaje zdravotnictví po roce 2008
    - 2.7.10 Státní pojištěnci v číslech
    - 2.7.11 Pro a proti současného systému
  
- 3 Zdravotní politika
  - 3.1 Definice zdraví a zdravotní politiky
  - 3.2 Zdravotní politika obecně
  - 3.3 Historie zdravotní politiky
  - 3.4 Mezinárodní prvek ve zdravotní politice
  - 3.5 Evropská sociální charta
  - 3.6 Listina základních práv a svobod EU

- 4 Garance práva na zdraví státem
  - 4.1 Garance státu obecně
  - 4.2 Ministerstvo zdravotnictví
  - 4.3 Ústava ČR
  - 4.4. Právní řád
  - 4.5 Garance práv u cizinců
  
- 5 Finance ve zdravotnictví
  - 5.1 Obecný úvod
  - 5.2 Ekonomika zdravotnictví
  - 5.3 Ekonomické ukazatele ve zdravotnictví
  - 5.4 Neustále zvyšující se finanční požadavky
  - 5.5 Druhy plateb za zdravotní služby
  - 5.6 Vývoj nákladů finančních prostředků
  - 5.7 Systém úhrad zdravotních pojišťoven
  - 5.8 Druhy pojišťoven
  - 5.9 Povinnosti zdravotních pojišťoven
  - 5.10 Management ve zdravotnictví
  
- 6 Závěr
  
- 7 Abstrakt
  
- 8 Seznam použitých zkratk
  
- 9 Zdroje
  - 9.1 Odborná literatura
  - 9.2 Právní předpisy
  - 9.3 Judikatura soudů
  - 9.4 Klíčová slova
  - 9.5 Téma závěrečné práce v angličtině

# 1. ÚVOD

Při výběru tématu mé závěrečné práce jsem dlouhou dobu nevěděl jak ji přesně zaměřit. Nakonec jsem po konzultacích dospěl k závěru, že takto pojatá závěrečná práce by mohla přinést nový pohled na zdravotnický systém, a také že se s danou problematikou osobně blíže seznámím. Vzhledem k tomu, že pocházím z lékařské rodiny, mám jakýmsi způsobem ke zdravotnictví blízko. Nikdy mne nelákaly ambice pokračovat v rodinné tradici stát se uznávaným lékařem, ale naopak jsem vždy jevil zájem o samotné fungování celého zdravotnictví. Díky své rodině i mediím je mi toto téma vcelku blízké.

Zdravotnictví je mnohdy kritizováno za svou neefektivitu, ale vždy subjektivně daným interpretem. S rodinou jsme v postupu času diskutovali různé problémy a úskalí českého zdravotnictví, ale naopak v médiích jsem tu stejnou problematiku slyšel mnohdy interpretovanou z opačného konce. Chtěl bych se proto v této práci pokusit o maximální míru objektivity při rozboru daných částí této problematiky, neboť díky pestrosti názorů mohu lépe shrnout veškeré názory.

Zdravotnictví jako systém se dotýká nás všech a proto problematika ochrany zdraví a zdravotní péče patří k základním pilířům sociální a zdravotní politiky a systému každého státu. Jak praví lidové přísloví, že zdraví máme jen jedno, chápu toto spojení jako zásadní téma celé společnosti umocněné diskuzí o důstojnosti pacienta. Navíc je zdraví předpoklad pro kvalitní a důstojný život každého z nás.

Zdraví v postupu lidských dějin je pojem, který se různě proměňoval a společností byl chápán dokonce i negativně. I v dnešní vyspělé době není jednoduché přesně charakterizovat pojem zdraví. V zásadě bychom mohli říci, že zdraví je pozitivní stav těla i duše. O chápání zdraví jedince a jeho priority ve společnosti se může vzít i určitou reflexí právní řád a normy, které tuto problematiku upravují. Právě společnost sama vytváří normy, do kterých odráží

svoje vnímání zdraví. Vzhledem k tomu, že v České republice existuje rozsáhlý právní řád, který pamatuje i na mezinárodní závazky a detaily, lze dle mého názoru vnímat ČR jako opravdu vyspělý stát a společnost, pro kterou je zdraví vysokou prioritou. Pozitivní vývoj i nad rámec ČR upravují mezinárodní úmluvy jako např. Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech Organizace spojených národů z roku 1996, konkrétně v článku 12. Dále mezi zásadní dokumenty s mezinárodním prvkem, bych měl jmenovat Evropskou sociální chartu i chartu EU a to v článku 11 a 13.

Zdravotní pojištění patří mezi znaky moderního státu se sociálními prvky. Pod tímto pojmem se skrývá systém přerozdělovající solidárně finanční prostředky určené ke zdravotní péči jeho klientů neboli pojištěnců. Solidárnost tohoto systému se skrývá v tom, že se nehledí na to, zda-li je pacient schopen zaplatit, ale že je mu prvotně poskytnuta pro něj bezplatně veškerá péče. Aby tento systém mohl fungovat je potřeba nějakého garanta, kterým je v tomto případě stát. Ten svým přístupem garantuje dostupnost zdravotní péče a také za takzvané státní pojištěnce přispívá do celého systému velkými finančními prostředky.



## 2. HISTORIE ZDRAVOTNICTVÍ

### 2.1. Obecný úvod do problematiky

Industrializace ke konci 18. století způsobila velký rozmach celé evropské společnosti, který rychle a ve velké míře dokázal ekonomicky, sociálně a technicky posouvat vše kupředu. A protože jsou tyto tři nejdůležitější oblasti spolu úzce spojeny, začal se v tehdejší společnosti objevovat nový prvek tzv. sociální solidarity<sup>1</sup>. Sociální solidarita představuje rozdělování prostředků mezi bohatými a chudými, ale také mezi mladými a starými, ekonomicky aktivními a neaktivními a konečně také mezi zdravými a chudými. To vše vznikalo díky industrializaci, protože v důsledku se zvyšovala ve společnosti státní moc, nerovnoměrně se ve společnosti začalo rozdělovat bohatství. Společnost a její autority začaly vyvíjet nové modely fungování včetně systému péče o zdraví.

Pod dohledem státu v tehdejší Evropě vznikly dva nejvýznamnější modely zdravotnictví a to Bismarckův model představující pojišťovací model, a jako druhý vznikl Beveridgeův model/systém národní zdravotní služby. Tyto dva evropské modely a myšlení lidí, dali základy ke vzniku zdravotnického modelu i za oceánem ve Spojených státech amerických, ale také i na východ od nás tzv. Semaškův model. Americký model je také mnohdy nazýván jako model liberální, tržní, pluralitní, stejně jako Semaškův model za centralistický nebo sovětský.

Každý systém se ve svém důsledku snažil o dva zásadní efekty a to dosažení ekonomické dostupnosti zdravotnické pomoci a péče pro nejširší skupiny obyvatelstva<sup>2</sup> a také potlačovat příčiny nemocnosti.

Po druhé světové válce zdravotnictví zažilo velký vzestup díky mnohým medicínským vynálezům, objevům a také díky důrazu státu na celkovém zlepšení

---

<sup>1</sup> Blíže viz definice Průmyslové revoluce In: Ottova všeobecná encyklopedie M-Ž, s. 271.

<sup>2</sup> Drbal, C. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén, 2005, s. 7.

zdraví tehdejší populace. S každou dobou přichází jistá specifika i v nemocnosti u populace. V šedesátých letech minulého století byl zaznamenán nárůst kardiovaskulárních onemocnění, které paradoxně souviselo s lepší životní situací, která úzce souvisí s prodlužováním lidského věku. Státy musely uvolňovat mnohem větší prostředky na zdravotnictví, které se tak stalo závažným politickým problémem s narůstající prioritou.

S aspekty ve zdravotnictví se snažily vyrovnat samotné státy, ale později pak i mezinárodní organizace. Nejvýznamnější takovou organizací je Světová zdravotnická organizace (WHO), která je frakcí OSN<sup>3</sup>.

## **2.2 Bismarckův zdravotnický model**

Model zavedený v letech 1883 až 1889 v Německu, který aplikoval kancléř Otto von Bismarck. Tato myšlenka se objevovala již od patnáctého století v městských státech Itálie a to v podobě námořního pojištění a dále byla také transformována do soukromoprávních podob<sup>4</sup>.

Myšlenka tohoto modelu se rozvinula až do dnešních moderních podob. Systém zdravotního pojištění se používá ve většině evropských státech, na západě a ve středoevropských končinách. Jmenovitě můžeme zmínit Německo, Rakousko, Švýcarsko, Lucembursko, Francie, Holandsko, Belgie, Polsko, Maďarsko, Slovensko a konečně také Česká republika.

Cílem pojištění je snížit dopad nežádoucích vlivů a událostí, nejenom proti zvýšení výdajů na zdravotní péči, ale také kompenzace za živelné pohromy, krádeže apod. Je to způsob jak lze krýt nahodilé a nejisté, ale odhadnutelné potřeby daných jednotek, ale i jednotlivců pomocí velkého počtu takových

---

<sup>3</sup> GLADKIJ, I. A KOL. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer press, 2003, 1.vydání, ISBN 80-7226996-8

<sup>4</sup> GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 31.

jednotek a jednotlivců, které mají stejné potřeby a jsou ochotni přispět ke společnému řešení těchto potřeb<sup>5</sup>.

Celospolečenská solidarita v podobě povinného zdravotního pojištění závisí na přispívání jednotlivců na základě jejich příjmů a řeší sdílení zdravotního rizika všemi občany, aby byla zdravotní péče dostupná podle potřeb<sup>6</sup>.

Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou samostatnými hospodářskými subjekty a mají smlouvy s příslušnými zdravotními pojišťovnami, u nichž jsou evidováni příslušní pacienti. Poskytovatelé zdravotnických služeb soutěží o pacienty, kteří tak jsou ve většině případů v ambulancích lékařů, v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních vítanými klienty. Každý pojištěný pacient při návštěvě zdravotnického zařízení s sebou zároveň přináší jisté finanční prostředky od své pojišťovny. Ambulantní lékaři mají v tomto systému postavení samostatných podnikatelů podnikajících dle zvláštních právních předpisů<sup>7</sup>.

Lékaři pracující v lůžkových zařízeních mohou mít postavení zaměstnanců nebo rovněž podnikatelů, spolupodnikatelů. Vlastníky zdravotnických zařízení mohou být jak soukromé subjekty, tak veřejné s různým statutem. Je zde velmi silná role profesních organizací<sup>8</sup>.

Hlavní výhodou zdravotního systému založeného na veřejném zdravotním pojištění je vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele, i nemajetné. Systém zachovává i dostatečnou rozmanitost a nabídku zdravotních služeb. Do tohoto systému vzhledem k jeho charakteru proudí značné množství finančních prostředků a je tak možno financovat i nákladné projekty. Je udržena relativně hustá síť zdravotnických zařízení, vcelku vhodně se jeví návaznost zdravotních služeb. V systému je kladen důraz na preventivní péči a na přiměřené

---

<sup>5</sup> GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. Brno: Computer Press, 2003, s. 30.

<sup>6</sup> Durdisová, J. Ekonomika zdraví. Praha : Oeconomica, 2005, s. 169.

<sup>7</sup> Obecné zákonné vymezení takového druhu podnikání v podmínkách ČR lze nalézt v § 2 odst. 2 pís. c) z. č. 513/1991 Sb. – obchodní zákoník. Speciální zákonnou úpravou pak je zákon č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

<sup>8</sup> Vurm, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : MANUS, 2004, s. 34.

náklady. Naopak za nevýhodu lze označit fakt, že část prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svou činnost<sup>9</sup>.

Tento systém přináší jistá rizika jako např. vysoké náklady na administrativu a chod zdravotní pojišťovny. Neuváženou správou takových subjektů lze dosáhnout problému s náklady na jejich chod jako se tomu stalo kupříkladu u Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) v roce 2005, kdy byla nařízená nucená správa. Takové ekonomické problémy, se pak zcela jistě projeví na kvalitě dostupnosti zdravotní péče pro příslušné klienty. Obvyklé náklady na chod zdravotních pojišťoven se pohybují v rozmezí dvou až čtyř procentních bodů z celého objemu peněz vybraného na pojištění. Většina výdajů jde na velký počet administrativního personálu a IT technologie.

Do fondů, které spravují zdravotní pojišťovny přispívají zaměstnavatelé, zaměstnanci a také stát za takzvané státní pojištění. Tímto termínem se rozumí skupiny obyvatel státu jako jsou děti, studenti, ženy na mateřské dovolené a také důchodci. Jsou to skupiny obyvatelstva, kteří nejsou ekonomicky aktivní a tedy nemohou přispívat do systému zdravotního pojištění. Tento systém je založen na solidaritě.

Ze solidarity systému vychází i další jeho výhoda, kterou je rovný přístup k pacientům a jeho jistota, že bude poskytnuta zdravotní péče. Pacienti si také mohou vybírat zdravotnická pracoviště, podle svých preferencí. Tento Bismarckův systém má lidský rozměr v takovém aspektu, že musí být pojištěn každý bez ohledu na jeho zdravotní stav. Ekonomické hledisko je až druhotné, prioritní je poskytnutí kvalitní a dostupné zdravotní péče jedinci, bez ohledu na nákladnost jeho léčení.

---

<sup>9</sup> Vurm, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : MANUS, 2004, s. 37.

## 2.3 Beveridgeův zdravotnický model

Tento model národní zdravotní služby vychází z předlohy předválečného modelu ve Švédsku. Roku 1942 podle tzv. Beveridgeovy zprávy ve Velké Británii vzniká model Národní zdravotní služby. Podle tohoto modelu má zajištěnu zdravotní péči každý bez ohledu na jeho platební schopnosti.

Beveridgeův i Semaškův model, jsou modely národní zdravotní služby, každý se svou rozdílnou historií a koncepcí.

Zdravotní péče je službou, kterou kupuje stát pro své občany. Z toho plyne, že úloha státu v tomto systému je centrální. Stát je převážným, ne-li výlučným vlastníkem zdravotních zařízení. Ze státního rozpočtu, tedy z daní je financována zdravotní péče, kterou přesahuje hranici podílu 90% výdajů z veřejných prostředků<sup>10</sup>.

I v tomto modelu existují soukromé subjekty, ale mají jen doplňkový charakter. Většinou se jedná o drobná specializovaná pracoviště stomatologů, praktických lékařů, ošetrovatelské péče apod. Jejich podíl v postupu času narůstá.

Naopak většina specializovaných, ambulantních pracovišť a laboratoří jsou součástí nemocnic. Nemocnice jsou pak součástí národní zdravotní služby. Personál v nemocnicích je odměňován platem a ostatní lékaři ze soukromé sféry výkonem za daný zákrok a nebo paušálem za registrovaného pacienta.

Ve státech kde je aplikován Beveridgeův zdravotnický model nalezneme také pojištění, které kryje výdaje ze zdravotní péči mimo národní zdravotní služby. U lékařů majících soukromoprávní status nalezneme vztahy nejenom s pojišťovnou, ale také s regionálním či městským úřadem zajišťující zdravotnickou péči.

---

<sup>10</sup> Vurm, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : MANUS,2004, s. 35.

Garantem dostupnosti základní zdravotní péče v tomto modelu zajišťuje stát, která je na vysoké úrovni, ale dostupnost u odborných soukromých lékařů je daleko nižší než u Bismarckova modelu v jeho evoluci. Např. dostupnost na neurgentní zdravotní péči v Anglii, kterou provází dlouhé čekací doby je natolik velkým problémem, že pacienti raději vyhledávají tuto službu v zahraničí.

Národní zdravotní služba se aplikuje v zemích jako je Velká Británie, Kanada, Austrálie, Nový Zéland, Švédsko, Norsko, Finsko, Španělsko, Portugalsko, Itálie a Řecko.

## 2.4 Tržní zdravotnický model

Tržní zdravotnický model, byl koncipován na maximální míře účasti jedince, který si má podle svých možností obstarat zdravotní služby sám. Stát má v této koncepci ušetřit značné prostředky, protože bude zajišťovat zdravotní služby jen nemajetným a důchodcům. Nemajetnými se v tomto ohledu myslí lidé, kteří žijí pod hranicí životního minima. Tržní model se také označuje jako nestátní pluralitní zdravotnictví, které podléhá tržním zákonům, protože zdravotní služba je chápána jako jistý druh zboží.

Takový tržní model nalezneme v USA, nebo drobných modifikacích v Japonsku, Jižní Koreji. Principiálně vše funguje na principu individuální odpovědnosti občanů, protože stát negarantuje zdravotní služby každému. Náklady na zdravotnictví jsou hrazeny ze soukromého neboli komerčního pojištění, protože veřejné (povinné) pojištění zde absentuje. Jedná se o liberální model zdravotnictví.

Ale ani tento model v sobě nepředstavuje nelidský rozměr, protože v případě neodkladné zdravotní péče, je povinnost ji poskytnout, bez ohledu na solventnost pacienta.

Soukromé pojištění např. v USA je dobrovolné. Vyskytují se dva druhy pojištění a to individuální a zaměstnanecké. Individuální zdravotní pojištění představuje pouze cca 5% zástup na trhu. Většina lidí z těchto 5% má sjednáno jen částečné pojištění, které kryje většinou jen hospitalizaci. Komplexní individuální pojištění je velmi nákladné, tedy málo využívané.

Na rozdíl od soukromého pojištění, to zaměstnanecké tvoří majoritu na trhu. Jeho zastoupení se pohybuje kolem 2/3, protože zaměstnavatelé dobrovolně v rámci různých sociálních programů hromadně nakupují pojištění pro své zaměstnance jako benefit k jejich mzdě. I zde ale platí, že rozsah pojištění je různý, od základního až po nadstandardní.

Tento systém chápe zdravotní péči jako službu, která má charakter zboží. Je tedy nakupována přímo pomocí platby nebo nepřímo prostřednictvím soukromého pojištění. Toto pojištění může být skupinové nebo individuální<sup>11</sup>.

Ambulantní lékaři mají v tomto systému postavení samostatných podnikatelů. Lékaři pracující v lůžkových zařízeních mohou mít postavení zaměstnanců nebo rovněž podnikatelů, spolupodnikatelů. Vlastníky zdravotnických zařízení mohou být jak soukromé subjekty, tak veřejné s různým statutem. Je zde velmi silná role profesních organizací<sup>12</sup>.

Jako nevýhoda tohoto tržního modelu se označuje vysoká cena, za to ale velmi kvalitní a široká škála zdravotních služeb. A protože není prioritou prevence u pacientů, chybí jakási návaznost. Také se tomuto modelu vyčítá vysoká nákladnost na jeho chod, hlavně v otázce administrativy. Také jako další výtku, můžeme spatřovat v tom, že je velká skupina obyvatelstva nepojištěna vůbec, nebo je tzv. podpojištěna. Mají jen to nejzákladnější pojištění, které ve výsledku nekryje ani nezbytnou péči. Do velké skupiny nepojištěných obyvatel, která představuje cca 15 - 17% patří mladí lidé, kteří po studiu nezískali práci ve větších firmách, kde se jak je výše uvedeno, k výplatám formou benefity získá zdravotní pojištění různého rozsahu. Asi nejpalčivějším bodem této výtky je, že do poměrně velké skupiny nepojištěného nebo podpojištěného obyvatelstva patří také děti, kterým rodiče povětšinou z finančních důvodů nesjednají zdravotní pojištění. V případě poskytnutí neodkladné péče pacientovy, který není dostatečně pojištěný v rámci soukromého pojištění, nebo není dostatečně finančně bonitní, se v mnoha případech dostane žaloby o náhradu výloh za poskytnuté zdravotní služby.

---

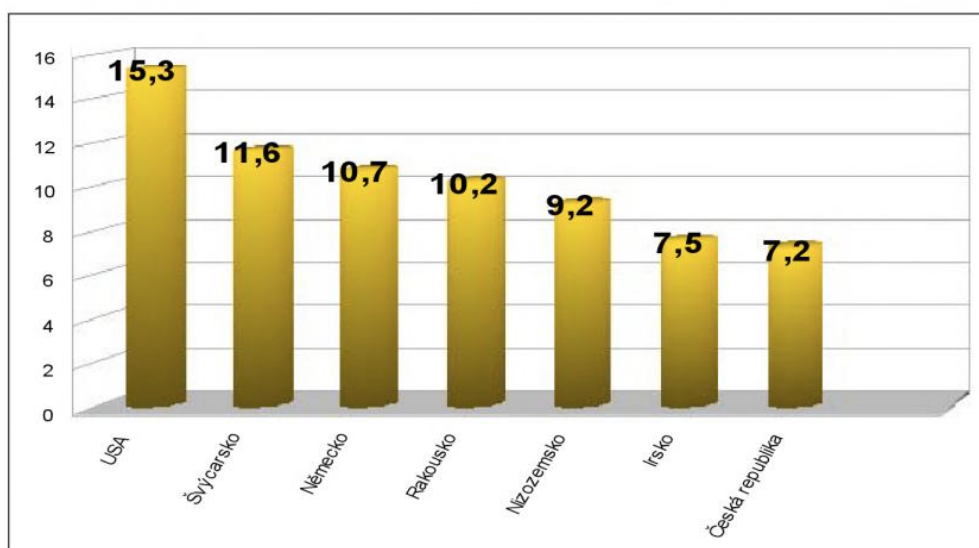
<sup>11</sup> Hyánek, V. Ekonomika neziskových organizací. Brno : ESF MU Brno, 2004, s. 65

<sup>12</sup> Vurm, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : MANUS, 2004, s. 34



Pro větší názornost fungování systémů, bych si dovolil předložit *graf č. 1*, který pochází z výsledků OECD. Graf znázorňuje modely zdravotnictví, které jsem doposud výše uvedl v závislosti výdajů na zdravotnictví v poměru k HDP v procentech u daného státu.

Graf. č. 1: Výdaje státu na zdravotnictví v % z HPD podle OECD.



Zdroj: OECD Health Data, 2008

Poznámka ke grafu č. 1: Zastoupení států v grafu.

Bismarckův model zastupují státy: Německo, Rakousko, Nizozemsko a ČR.

Tržní model zastupují státy: USA, Švýcarsko.

Beveridgeův model zastupují státy: Irsko.

V grafu jsou představitelé tržního, Beveridgeova a Bismarckova modelu zdravotnictví. Je zajímavé, jak koncepce tržního modelu, selhává i když je založena na maximální míře spoluúčasti jednice. Největším představitelem je USA a Švýcarsko, kde je jasně vidět vysoká nákladnost pro stát. Je to důkazem, že tento model selhává. Naopak je patrné, že solidární systém, kterým je představitel Bismarckův model zatěžuje státní veřejné finance nejméně. Tento graf je do určité míry pouze ilustrativní, protože musíme vzít v úvahu, že zdravotní služby jsou stejně kvalitní a také, že výše HDP je v různých státech rozdílná.

## **2.5 Semaškův zdravotnický model**

Model založený ve dvacátých letech minulého století v Sovětském svazu ministrem zdravotnictví Semaškem. I když proklamované cíle byly na svou dobu pokrokové, jejich realizace byla formální. Politický dirigismus a nedostatek ekonomických zdrojů provázely vývoj zdravotnictví po celou dobu trvání tohoto totalitního státu<sup>13</sup>.

Semaškův zdravotnický systém je také modelem národní zdravotní služby, stejně jako výše uvedený Beveridgeův model.

---

<sup>13</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press, 2003, s. 16.

V Sovětském svazu bylo zdravotnictví vnímáno jako neproduktivní sféra, proto vedení nepřikládalo tomuto oboru jasnou prioritu. Dalším aspektem bylo, že zdravotní služba byla považována za zcela bezplatnou pro celou společnost. Veškeré subjekty zdravotnictví patřily státu a je tedy označováno za centralizovaný model, protože také podléhalo jeho pravomoci. Kontrola toku finančních prostředků státu byla zatížena obrovskou byrokracií, takže se zdravotnictví stalo neprůhledným. Díky složitému čerpání finančních prostředků celé poskytování zdravotnických služeb mělo sestupnou tendenci v kvalitativním ohledu. Celkový efekt na tehdejší společnost byl ztlačně negativní, protože nekvalitní a ne zcela dobře dostupná zdravotní služba přispěla k celkovému zhoršování stavu obyvatelstva, na které navazuje práceschopnost a délka života.

## 2.6 Komparace modelů zdravotnictví v číslech

Dovoluji si představit následující *tabulku č. 1*, která také názorně představuje empirická data z výše uvedených zdravotnických modelů, ke snadnému srovnání.

Tabulka č. 1 *Komparace základních parametrů zdravotnických systémů*

Ukazatelé	Bismarcův systém	Beveridgův systém	Americký systém
Výdaje v % HDP	7 - 10 %	6 - 8,5 %	14 %
Daně (D) nebo pojistné (P)	D = 15 % P = 70 %	D = 80 - 90 % P = 5 %	D = 40 % P = 30 %
Účast pacienta	10 - 15 %	5 - 10 %	30 %
Cena zdravotní péče	Kontrolovaná	Sjednaná	Vysoká
Objem spotřebované zdravotní péče	Kontrolovaný	Slabý	Vysoký
Počet poskytovatelů	Variabilní	Variabilní	Vysoký

*Zdroj: Háva, P. Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*

## 2.7 Historický vývoj zdravotnictví v České Republice

### 2.7.1 Od prvních pramenů

Morové řády a protimorové spisy jsou nejstarším pramenem zmiňujícím problematiku zdravotnictví na našem území, která se datuje do 17. století. Během Třicetileté války se Švédý nastala morová epidemie a tyto dnešní terminologii nazývané vyhlášky a nařízení, byly opatřeními, která měla zmírnit tehdejší situaci.

V té době byla církev velmi významnou institucí, která se zasloužila i o mnohé šíření informací do celé společnosti. Pokud odhlédneme od dogmat a spiritualismu, měla církev i velkou zásluhu v šíření informací o zdraví a jeho přístupu k němu. To vše společně s vynálezem knihtisku, se zasloužilo o osvětu mezi tehdejším obyvatelstvem, ale také jakousi spolupráci se školstvím na evropské úrovni mezi předními univerzitami Evropy.

Vynález knihtisku či zájem o lidské tělo a s ním spojený prvopočáteční rozvoj lékařské vědy v době renesance výrazně přispěly k rozvoji vzdělanosti v této oblasti<sup>14</sup>.

Největší posun kupředu zaznamenalo zdravotnictví ve smyslu lékařství za doby Josefa II. a Marie Terezie, kteří zavedli centralizovanou správu zdravotnictví. Nejvýznamnějším bylo vydání patentů Generálního medicínského řádu roku 1752 a 1753 nejprve pro Moravu a následně i pro Čechy. Byla stanovena jasná pravidla pro veškerý tehdejší zdravotnický personál. Téhož roku nad vším byl zajištěn dohled v celém Rakousku - Uhersku tzv. dvorská zdravotní deputace.

---

<sup>14</sup> Matoušek, M. Přehled dějinného vývoje lékařství. Orbis: Praha, 1953, s. 29.

Další významný zlom nastal roku 1887 v Rakousku - Uhersku vydáním zákona č. 68 o veřejné zdravotní službě. Tím byla zřízena i tzv. zdravotní policie, která měla společně s úředními lékaři dohlížet na dodržování předpisů, standardů a protiepidemická opatření. Dále byla vybudována hierarchická síť zdravotnictví na celém území v čele již zmíněnými úředními lékaři. Po vzoru Německa pak byl v Rakousku - Uhersku, včetně českých zemí v roce 1888 zaveden systém nemocenského - zdravotního pojištění<sup>15</sup>. Byl to systém založený na solidaritě mezi jeho účastníky. Systém se dále vyvíjel, až byl následně převzat i do prvorepublikového Československa.

### **2.7.2 Vývoj po založení Československa**

Vývoj zdravotnického systému byl vyvíjen a zdokonalován v průběhu dějin a nevyhnula se tomu ani doba po vzniku Československa. Zákon číslo 221/1924 Sb. zásadně rozšířil systém pojištění a záruky zdravotní péče i mezi zaměstnance pro případy invalidity, nemoci a stáří. V prvorepublikovém Československu žilo přibližně patnáct milionů obyvatel a nemocenského pojištění se účastnilo 3 500 000 osob a rodinných příslušníků, kteří byli rovněž pojištěni z těchto zaměstnaneckých pojistek. Zhruba asi polovina obyvatelstva byla pojištěna<sup>16</sup>. Prvorepublikový zdravotní systém tak byl založen na principu povinného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění se však týkalo pouze námezdně pracujících<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press, 2003, s. 15.

<sup>16</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Computer Press, 2003, s. 32.

<sup>17</sup> Vurm, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : MANUS, 2004, s. 9.

Koncepce zdravotnictví byla založena na praktických lékařích. Jejich mzdy byly hrazeny několika způsoby. Platbou paušálu za jednotku a rok, za případ onemocnění a nebo platbou za výkon. Ambulantní péči zajišťovali soukromé ordinace, dále pak léčebné ústavy lůžkovou péčí, nebo soukromé léčebné ústavy a v neposlední řadě také sociálně zdravotní zařízení. Poskytovatelé jako praktičtí lékaři a veřejné nemocnice, kteří zajišťovali základní péči byli obsaženi ve veřejném zdravotním pojištění.

Pojištění hradil na půlku zaměstnavatel a sám zaměstnanec ze svého platu na celkových šest procentních bodů.

Dnes se volá rozlišení kvality péče, a proto bychom se mohli inspirovat v naší samotné historii. Za Rakouska - Uherska včetně českých území byly zavedeny úrovně poskytování zdravotní péče. Existovaly celkem tři úrovně, když ta nejnižší třetí úroveň byla stanovena pro plátce veřejného zdravotního pojištění a jeho členy rodiny. Jistou výhodou pak měli státní zaměstnanci, kteří měli ze zákona nárok na druhou třídu nemocnice, ale první třída nebyla nikomu adresně určena, ta byla dostupná vše, ale pouze v případě uhrazení poplatku. Systém tak stanovoval kdo má na jakou úroveň nárok, jaká péče je bezplatná a za co si lze připlatit.

Mnozí nostalgicky vzpomínají na tehdejší dobu prvorepublikového Československa a zřejmě k tomu mají i pádný důvod. Ne nadarmo tehdejší stát patřil k těm nejvyspělejším na světě, když do svých zákonů reflektoval zdraví svých lidí jako vysokou prioritu. Co se týká nemocenských dávek, patřilo v této době Československo v rozsahu nemocenských dávek a úrovně léčebné péče mezi přední státy Evropy<sup>18</sup>. Z historického hlediska je známým faktem, že Československo patřilo mezi přední nejsilnější ekonomiky Evropy a tedy i světa. To vše se promítalo a odráželo ve vysoké úrovni a standardu ve zdravotnictví a jeho zákonech.

---

<sup>18</sup> Vurm, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha : MANUS, 2007, s. 18.

### **2.7.3 Období Druhé světové války**

Další etapou byla druhá světová válka, kde se systémem zdravotního pojištění prakticky nic zásadního neměnilo. V tomto aspektu bych viděl spojitost jak historickou s dřívějším Německem, tak i jeho v zásadě stejným Bismarckovským systémem.

### **2.7.4 Poválečný přechod na Semaškův model**

Zásadní změna nastala po konci druhé světové války a příchodu socialismu. Roku 1948 se začaly dít velmi zásadní změny směrem k výše zmíněnému Semaškovo modelu zdravotnictví. Vše se řídilo zákonem číslo 99/1949 Sb. o národním pojištění atd. Všichni kteří byli pojištěni byli také bezplatně ošetřeni, ale ti co neměli sjednané pojištění museli ošetření u lékaře uhradit přímo. Lázně a zřídla byly znárodněny. Zestátněny byly nemocnice a léčebné ústavy, znárodněn byl zdravotnický průmysl i distribuce léčiv<sup>19</sup>.

V roce 1951 byla převzata koncepce zdravotnictví z SSSR - Semaškův model. Systém povinného zdravotního pojištění byl zrušen a zdravotní péče se ocitla plně v rukou státu. Úhrady zdravotních služeb začaly být financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu<sup>20</sup>.

---

<sup>19</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 34.

<sup>20</sup> Zavázalová, H. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. Praha : Nakladatelství Karolinum, 1992, s. 56.

## 2.7.5 Semaškův centralistický model v praxi

K dokončení transformace na Semaškův model bylo přijetí zákona č. 102 a 103/1951 Sb.. Jednalo se zákonem o přebudování národního pojištění a dále zákonem o jednotné preventivní a léčebné péči. Zdravotní péče se stala tvz. bezplatnou, protože veškeré financování přešlo na veřejné prostředky z daní obyvatel. Prostředky na financování zdravotnictví, byly rozdělovány příslušným Ministerstvem zdravotnictví dále krajským a okresním národním výborům. Vznikly krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ) a okresní ústavy národního zdraví (OÚNZ), které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, závodní a nemocniční<sup>21</sup>.

Do ÚNZ byli soustředěni praktičtí lékaři, lékaři specialisté, nemocnice, lékárny, záchranná a pohotovostní služba, hygienické stanice, střední zdravotnický škola a technické a hospodářské služby. ÚNZ byly v každém ze 76 okresů, se 120 tisíci obyvateli<sup>22</sup>.

Československé socialistické zdravotnictví trpělo mnoha neduhami, které zde jsou popsány včetně Semaškova modelu zdravotnictví. Tuto éru bychom mohli charakterizovat jako centralizovanou organizaci zdravotnických služeb, direktivní řízení, spádovost pacientů a tady i omezený výběr lékaře, jednotná soustava zdravotnických poskytovatelů služeb, nemoderní přístrojové vybavení a omezený výběr léků, odměňování zdravotnického personálu podle tabulek a nízké společenské uznání a v neposlední řadě netransparentnost celého aparátu.

---

<sup>21</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 34.

<sup>22</sup> Zavázalová, H. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. Praha : Nakladatelství Karolinum, 1992, s. 57.



## 2.7.6 Konec Semaška a návrat k Bismarckovo modelu

Další zásadní zlom v minulém století nastal na začátku 90. let. Celý zdravotnický systém se transformoval od Semaškova modelu do moderního Bismarckova modelu, který zde má historické kořeny. Po jeho znovuspuštění se zdravotnictví v postupu času zvedlo na daleko kvalitnější podobu a důkazem toho může být výrazné prodloužení průměrné délky života. Stále jako ČR zaostáváme za západní Evropou ať již s Bismarckovským nebo Beveridgeovým modelem, ale na druhou stranu z pohledu bývalého východního bloku patříme ke špičce.

S pádem socialistického režimu v roce 1989 skončila také centralizovaná organizace zdravotnických služeb sovětského typu. Nastartoval se tak proces porevoluční transformace českého zdravotnictví a české zdravotnictví se začalo opět ubírat směrem k Bismarckovskému modelu<sup>23</sup>.

Zásadním dokumentem v transformaci českého zdravotnictví byl na začátku roku 1990 dokument s názvem "Návrh reformy péče o zdraví." Tento dokument pojednával o přechodu na dříve dobře fungující model z doby prvorepublikového Československa a řešil také privatizaci zejména v oblasti lékárenství, ambulantní péči a technické obsluhy. Byly také zrušeny okresní úřady a byla velká snaha se oprostit od systému dříve direktivně řízeného. Vznikly pojišťovny a zdravotnická zařízení měli samostatnou právní subjektivitu.

Velmi významné byla v té době také celkové politické klima pravicové vlády a možná v té době také i odpor k jakékoliv státní regulaci<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 35.

<sup>24</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 35.

Pro celkové zlepšení jak v oblasti zdravotnictví, tak i v oblasti zdraví obyvatelstva byla nastavena provázanost mezi výkonem služby, efektivitou a kvalitou. Na straně druhé bylo obyvatelstvo motivováno se zajímat o svůj zdravotní stav a své zdraví.

Zavedlo se všeobecné zdravotní pojištění Bismarckovského typu, které je povinné a založené na solidaritě. V rámci příprav na zavedení zdravotního pojištění byly přijaty dva zákony. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Tyto zákony vytvořily právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví<sup>25</sup>.

Je také zajímavé sledovat, jaká byla v následující době politická vůle a tedy i priorita ve společnosti důkladně vytvořit nové a koncepčně úplně zákony. Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně byl nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., který měl mít platnost pouze jednoho roku, s podmínkou, že se do té doby připraví zcela nový a kvalitní zákon. To se bohužel nestalo, politické reprezentace vždy platnost zákona jen prodlužovali a ani dnes stále není nová úprava.

Všeobecná zdravotní pojišťovna je již do svého vzniku prakticky monopolním hráčem na trhu. Je do určité míry zvýhodněná zákonem, ale ne takovým způsobem, aby nemohla existovat konkurence, tedy prostor pro soutěž a tedy výhodami pro pojištěnce. Od té doby vzniklo mnoho zdravotních pojišťoven, ale také značný počet pojišťoven zkrachoval.

---

<sup>25</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 35.

Dnešní systém hrazení pojištění zvýhodňuje zaměstnance před zaměstnavatelem. Historicky tato povinnost byla rozdělena stejným dílem mezi tyto dva subjekty. Dnes větší část platí zaměstnavatel a to 9% a zaměstnanec 4,5% z vyměřené mzdy. Dále také narostly nároky na placení pojištění na více jak dvojnásobek oproti prvorepublikovým 6%. Osoby bez příjmů si zdravotní pojištění neplatí, úhradu provádí stát za tvz. státní pojištěnce, mezi než řadíme děti, seniory, nezaměstnané atd. Například v Německu důchodci nejsou považováni za osoby bez příjmů, pojistné hradí z nižšího základu. Osoby bez vlastních příjmů, které jsou členy rodin, jsou kryty pojištěním živitele rodiny<sup>26</sup>.

Proces v letech 1997 až 1999 nazývaný jako restrukturalizace, měl cíl zpomalit nebo úplně zastavit poměrně rychlou privatizaci zdravotnictví, nejvíce však nemocnic. Začala být mezi politiky obava o udržení kvality poskytované péče a její dostupnost. V rámci snahy zdravotnické subjekty zeštíhlit a tím přispět k jistému zvýšení efektivity, se začal rapidně snižovat počet lůžek u akutní lůžkové péče. Další problém, který absorboval značné prostředky byla léková politika. Každým rokem náklady na léky rostou, ale ani tehdejší snaha restrukturalizace se nedokázala s tímto problémem vypořádat.

---

<sup>26</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003, s. 38.

### **2.7.7 Reformy veřejné správy včetně zdravotnictví**

Další zásadní změnou bylo období před vstupem do EU. Zdravotnictví bylo součástí rozsáhle reformy veřejné správy od roku 2000 do roku 2003. Vznik 14 samosprávných krajů ruku v ruce vedlo ke zrušení tehdejších okresních úřadů, které měli ve své dikci i zdravotnictví. Byl to proces decentralizační, protože z okresních úřadů, přešla agenda na kraje a nebo na obce s rozšířenou působností. Tím se změnil zřizovatelé bývalých okresních nemocnic. Kraje dostaly mnohé nemocnice zadlužené a bez předchozí zkušenosti vedení takovýchto zařízení, byly mnohé nemocnice zavírány, ale některé naopak štědře podporovány. Dalším krokem krajů byla snaha některé nemocnice privatizovat a tím přispět do krajského rozpočtu. Mnohé nemocnice tak změnil formu z příspěvkové organizace na akciovou společnost.

I porevoluční privatizace českého zdravotnictví měla několik etap. Za další etapu bychom mohli označit dění okolo roku 2003. Během první vlny privatizace v letech 1992 - 1996 se privatizovaly lékárny, ambulantní péče. Naopak v té druhé od roku 2003 se začaly privatizovat lůžková zařízení. Byla natolik silná politická vůle na straně krajů, aby se mohli kraje zbavit svých nových, ale hlavně mnohdy zadlužených nemocnic. Mnozí odborníci, před tímto krokem politiků varovali, ale vůle odstříhnutí od zadlužených nemocnic byla mnohem větší, protože zadluženost nebylo jediné negativum tehdy převedených nemocnic na kraje. Ve většině případů se totiž jednalo o objekty ve velice špatném technickém stavu, což představovalo vysoké investice kraje, ale také navíc sanování jejich dluhů. Kraje proto usilovaly o změnu právní formy svých nemocnic z příspěvkových organizací na obchodní, povětšinou akciové společnosti. Akcie výhradně vlastnil kraj.

K zajímavé situaci v té době docházelo na politické scéně, kdy ve vedení většiny krajů byla zastoupena ODS, která měla snahu privatizovat své krajské nemocnice, kdežto na straně druhé byla ČSSD jako vládnoucí strana na republikové úrovni, která se obávala plošné privatizace nemocnic. Boj politických priorit a názorů vyústila v to, že vyšel zákon o hodnocení a snižování hluku v životním prostředí, na který byl naroubován přílepek, který neměl s celým zákonem nic společného. Jednalo se o §14 Změna zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Dále “v §17 zákona č. 250/2000Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů ve znění zákona č. 421/2004 Sb., se na konci textu doplňuje věta „Příspěvkovou organizaci, jejímž předmětem činnosti je poskytování zdravotní péče, nelze přeměnit na obchodní společnost.”

Na toto jednání reagoval i tehdejší prezident prof. Ing. Václav Klaus, který celý zákon vetoval, a ve sněmovně se již znovu nenašla většina pro přehlasování prezidentského veta.

Dalším levicovým pokusem o zamezení privatizace krajských zdravotnických subjektů byla novela zákona o ochraně veřejného zdraví, kde se v §99a zakazuje převodu nemocnic do doby než vznikne nový zákon upravující jejich podmínky převodu neboli privatizace. Tato novela byla schválena v roce 2005, která pocházela z pera Vojtěcha Filipa za KSČM. I přes odpor sněmovny a následného veta prezidenta, byl zákon většinou přehlasována nakonec vešel v platnost 27. 9. 2005.

ČSSD však pokračovala ve své činnosti proti snaze privatizovat, tím že uvedla v život zákon č. 245/2006 Sb., o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. To na sebe nenechalo dlouho čekat byla podána stížnost k Ústavnímu soudu, který následně tyto paragrafy zrušil a tím krajům zcela umožnil dokončit proces privatizace<sup>27</sup>.

---

<sup>27</sup> Nález Ústavního soudu č. 483/2006.

## 2.7.8 Reforma s regulačním poplatkem, 2008

Reformní rok 2008, přinesl za ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka za ODS dodnes diskutované zdravotnické regulační poplatky, které byly obsaženy v tzv. reformním balíku veřejných financí. Jejich smyslem mělo být regulování počtu pacientů navštěvujících lékaře a tím i tedy nižší náklady pojišťoven na své klienty. Vcelku běžně se stávalo, že pacient s jedním a tím samým problémem obcházel několik ambulantních lékařů a sám si následně vytvářel závěry, který lékař vyřknuv tu správnou diagnózu. Možnost pacienta si vybrat svého lékaře, ať již podle referencí, nebo třeba sympatií je pochopitelně zcela v pořádku. Dále to také do jisté míry nutí lékaře, ale i celá zdravotnická pracoviště poskytovat kvalitní zdravotní péči. Vzniká tak prvek konkurence a jakýsi boj o pacienty. Nicméně tento pozitivní aspekt možnosti výběru, však není omezen regulačními poplatky, které by tento jev omezovaly. Jejich smyslem mělo být omezení řekněme snad až zneužívání solidárního systému, který pacient využíval k neomezené a bezplatné návštěvě lékařů.

O to jestli zavedení regulačních poplatků mělo nějaký význam se dodnes vedou spory mezi politickou reprezentací a dokonce i mezi lidmi ve společnosti. Pochopitelně se najdou příznivci jak regulačních poplatků, tak i jejich odpůrci. To vše také souviselo s tím, že tehdejší společnost nebyla informována udržitelnosti systému a neustálé přilívání veřejných prostředků ze strany státu. Reforma zdravotnictví nepředstavovala jen zavedení regulačních poplatků, ale také návrhy na změny financování a také reformu institucí.

Změnou financování neměla být dotčena kvalita a dostupnost zdravotní péče, ale zapojení pacienta do rozhodování o péči, kterou potřebuje a za kterou je ochoten a v jaké výši zaplatit. O svých soukromých financích by měl rozhodovat sám občan, ale také i o části veřejných prostředků. Měly by být zavedeny osobní zdravotní účty a trh zdravotních plánů na míru pacienta<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Modrá šance zdravotnictví. MZ za MUDr. Tomáše Julínka.

Snaha o průhledné prostředí, byla také součástí reformy. Idea byla taková, že si budou zdravotní pojišťovny konkurovat v nabídce služeb po stránce ceny a kvality, kde občan bude klientem, který si bude moci vybírat lepšího poskytovatele, neboli zdravotní pojišťovnu. Stát by v této problematice pochopitelně neztratil svou roli úplně, zastával by funkci regulátora trhu. Jak finanční tak i institucionální reforma měli jít ruku v ruce, ke změně celého zdravotnictví. Změna měla být ku prospěchu všech, pokud se shodneme, že konkurenční prostředí je zdravé prostředí.

Do této reformy také patří povědomí pacientů, že zdravotní služby nejsou zadarmo. Jednalo se o mýtus, který přetrval z dřívějších dob a také tím, že problematika zdravotnictví dříve neměla takovou politickou prioritu a byla interpretována občanům. Lidé si neuvědomovali, že poskytování služby není zcela zdarma, ale že jsou velkou mírou veřejných financí placeny. Z pohledu mnohých pacientů toto druhotné zastání závazků, jak kdyby neexistovalo. Regulační poplatky měl mít také charakter edukační, v závislosti na symbolické spoluúčasti pacienta.

Regulační poplatky byly stanoveny v této výši a za tyto služby:

- za pohotovost 90 Kč
- den pobytu v nemocnici 60 Kč
- za recept 30 Kč
- za návštěvu u lékaře 30 Kč.

Dále měla reforma za úkol definovat jakýsi balík základních služeb. Díky němu mělo být jasně určeno, na co má klient veřejného zdravotního pojištění nárok, aby mohl být zaveden i tzv. nadstandard a s ním spojené i připojištění, které by právě krylo tuto nadstandardní péči. Ve smyslu spoluúčasti občanů, byla také myšlena důkladná prevence, která by zabránila vyšší nemocnosti u obyvatelstva a tím tedy i vyšším nákladům na léčení nemoci, které se prevencí mohlo předejít. Tato část reformy v sobě skrývala pozitivní aspekty, jak ekonomický, tak i zdravotní.

Zavedení poplatku za recept na léky, také mělo mít regulativní charakter, nejen u vystavování u lékařů pacientů, kteří mohli různé ambulantní ordinace obcházet se stejným problémem, ale také zabránění plýtváním léčivy. Doktoři předepisují léky na stejný problém pacienta se stejnou účinnou látkou, ale tím, že jsou léky vyráběny různými farmaceutickými společnostmi mají rozdílné názvy z důvodu ochranných známek. Někteří pacienti, pak nevěděli zda-li se jedná o totožné léčivo, nebo nikoliv a proto v lékárně si vyzvedávali mnoho typů stejného léčiva. To pochopitelně značně zatěžovalo celý systém, ve kterém jsou i běžné léky z větší části hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Tento systematický postup při reformě zdravotnictví již v krátkodobém časovém měřítku dokázal ušetřit značné finanční prostředky, kdy po zavedení již v roce 2008 se ušetřily zhruba 4 miliardy korun českých.



Zajímavá situace nastala tehdy, když odpůrci reformy interpretovali své názory. Jejich názory z oblasti laické veřejnosti a lékařů byly překvapivě rozdílné. Odpůrci ze strany odborníků, lékařů požadovali zrušení regulačních poplatků z důvodu jejich nízkého stanovení. Pro lékaře a nemocnice to představovalo značnou administrativní zátěž, která je zdržovala v poskytování služeb, ale také měli obavu, že by to mohlo zhoršit vztahy pacientů s lékaři. Z laické široké veřejnosti se pak ozývaly názory, že jsou regulační poplatky nemorální, že spoluúčast pacienta na jemu poskytnutých službách je příliš velká. Nejvíce negativně byly regulační poplatky vnímány u skupin obyvatelstva, kterou jsou důchodci. Důchodci jsou nízkou příjmovou skupinou společnosti, která si nemůže dovolit platit regulační poplatky a tím pádem se jim stíží nebo zcela odepře dostupnost zdravotní péče, kterou díky svému vyššímu věku často potřebují. Asi nejzásadnější pro odpůrce poplatků, byl poplatek za den v nemocnici i pro důchodce. Ministerstvo na tento argument odpůrců reagovalo s tím, že mnozí lidé důchodového věku by nemuseli být pacienti, ale jen klienty domovů důchodců, kde ovšem pobyt stojí daleko více než oněch zmiňovaných 60 korun.

Opozice, nejvíce však ČSSD budila mezi lidmi falešné obavy o regulačních poplatcích jako o opatření, které zabrání dostupnosti a zdravotnických služeb lidem a další takové populistické názory. Velmi výrazným aktérem opozice v té době byl MUDr. David Rath, který v roli stínového ministra zdravotnictví nejvíce a nejhlasitěji bojoval proti celé reformě. Jeho napojení na tehdejší vedení Českou lékařskou komoru značně využil a snažil se pomocí medií co nejvíce vyvolat dojem, že reforma ministra Julínka je natolik špatná, že se proti ní bouří i nezávislá a apolitická lékařská stavovská organizace.

Celý opoziční tlak na tehdejší vládu Ing. Mirka Topolánka vyústil až u Ústavního soudu s návrhem o zrušení regulačních poplatků<sup>29</sup>. Ústavní soud k překvapení mnohých a zejména hlasité opozice rozhodl, že se nejedná o protiústavní právní řád. Nicméně pod tlakem opozice a některých organizací, včetně několika ústavních soudců, kteří vydali za sebe samostatně prohlášení, že s nálezem Ústavního soudu nesouhlasí, tehdejší vláda uvolnila z povinnosti o placení regulačních poplatků novorozence.

### **2.6.9 Celkové výdaje na zdravotnictví po roce 2008**

Podíl výdajů vzhledem k HDP se od roku 2009 drží v rozmezí 7,5% - 8%. Celkové výdaje v roce 2012 činily 293.635 milionů korun, kdežto výdaje z veřejného zdravotního pojištění činily 231,3 miliardy korun a tedy ze soukromého sektoru činily 62,3 miliardy korun. V procentuálním vyjádření, to pak znamená 84,1% z veřejného a 15,9% z ze soukromého sektoru.

### **2.6.10 Státní pojištěnci v číslech**

Celkové příjmy na jednoho pojištěnce v roce 2012 činily 21.852 Kč, celkové výdaje na jednoho pojištěnce dosáhly 21.99 Kč. Stát platil za své pojištěnce (důchodci, děti, studenti, uchazeči o zaměstnání, osoby ve vazbě atd.) téměř 59mld. Kč, čímž pokrýval zdravotní pojištění za celkem 6 miliónů “státních” pojištěnců<sup>30</sup>.

---

<sup>29</sup> Regulační poplatky v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.

<sup>30</sup> Dostupné z: [online] [www.uzis.cz/system/files/ekinf2012.pdf](http://www.uzis.cz/system/files/ekinf2012.pdf)

### 2.6.11 Pro a proti současného systému

Jako pozitiva aktuálního systému najdeme hned několik. Mezi významné změny můžeme považovat zeštíhlení administrativního aparátu a tedy jeho nižší náklady na provoz, vycházející ze zjednodušení systému. Další pozitivní změnou je chápána vyrovnanost nabídky pojišťoven na základě konkurence mezi nimi. To následně vede k nižší spekulaci občanů při výběru své zdravotní pojišťovny. Zlý jazykové by mohli namítnout, že naopak nemohou občané příliš vybírat, ale osobně v tomto aspektu vidím především stabilitu, z které profitují především klienti pojišťoven. Ačkoliv většina obyvatelstva České republiky jsou klienty VZP, tak to neznamena, že se spoléhají na dominantní subjekt na konkurenčním trhu zdravotních pojišťoven. Jak z předchozích kapitol vyplývá, VZP svůj vysoký počet klientů nezískává díky nejlepší nabídce zdravotnických služeb. U mnohých zdravotnických subjektů bývá problém právě s VZP, která ve vztahu k nim zneužívá svého dominantního postavení v zastoupení klientů na trhu. Zdravotnickým subjektům pak určuje podmínky, které by jiné pojišťovny nikdy nevyžadovali, protože nemají takovou potřebu šetřit na svých výdajích při proplácení poskytnutých zdravotnických služeb. VZP tyto kroky postupuje z jasného důvodu ušetřit peníze na svůj provoz a udržení velkého úřednického aparátu.

Nevýhod se vždy najde více, neboť kritizovat je daleko jednodušší, než-li přispět s dokonalejší alternativou. Mezi opodstatněné námitky však můžeme zařadit námitku, že většina lidí ani řádově neví kolik platí na zdravotní pojištění díky tomu, že jeho uhrazení je v nepoměrném systému hrazeno jím samotným i zaměstnavatelem. Za daleko závažnější a faktickou kritiku, považuji výtku, že není možné si zdravotní péči vybírat z kvalitativního hlediska a rozsahu. Zdravotní pojišťovny se tak v důsledku stávají jen zajišťovateli finančního toku za odvedené služby do zdravotnických zařízení. Není zohledněno individuální zdravotní riziko a ani statistické riziko, vyplývající z pohlaví nebo věku jednotlivce. Také dochází k tomu, že někteří neplatí zdravotní pojištění, tak jak by měli a v důsledku je celkový systém rozsáhle solidární, nejenom mezi zdravými a nemocnými, ale také mezi poctivými a nepoctivými.

Další prvek, který může být vnímán jako pozitivum, ale také jako negativum je jistá zvláštnost celého systému. Jedná se o státní příspěvky do pojistného fondu kryjící nevýdělečné osoby neboli státní pojištěnce. Tento prvek je mnohými vnímán jak možný ke stabilizaci systému. Je to též jedna z cest, kterou může státní správa realizovat svůj vliv na systém zdravotního pojištění, i když tento vliv neutilizuje vždy vhodným způsobem. Příspěvek se valorizuje politickým rozhodnutím a to o výši stanovenou jako kompromis mezi odhadem nákladů spojených s kompenzací deficitu systému zdravotního pojištění a možnosti státního rozpočtu<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> VEPŘEK, J., Zpráva o léčení českého zdravotnictví, s. 121

Negativum obecného charakteru, který se přímo nedotýká systému samotného je praxe ohledně regulačních poplatků. Vzhledem k situaci na politické scéně se opozice značně hlasitě a mnoha způsoby snažila odvrátit jejich účinnost. Bohužel byla opozice neúspěšná v postupu standardní legislativní cestou, tak přišla s metodou proplácení regulačních poplatků, které museli pacienti uhradit. Pacient, který měl zájem si zažádal a doložil příslušným krajským úřadům a následně dostal propláceny regulační poplatky. Tímto populistickým krokem se inspirovala komerční sféra ve zdravotnictví a to zejména lékárny mající mnoho poboček po území České republiky. Na základě reklamy, v které propagovali proplácení nebo odpuštění nutného uhrazení regulačního poplatku re předpis se snažily přilákat pacienty právě do propagované lékárny.

Regulační poplatky jsou v dnešní době na ústupu. Od 1. 1. 2015 se veškeré regulační poplatky ruší, zůstává pouze jediný. Pojištěnec, anebo za něj jeho zákonný zástupce, je povinen hradit poskytovateli regulační poplatek ve výši 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství<sup>32</sup>.

Závěrem této kapitoly si dovoluji prezentovat tabulku pro zpřehlednění kladů a záporů současné situace v *tabulce č. 2*.

Tabulka č. 2 **Shrnutí kladů a záporů současného zdravotnického systému v ČR:**

<b>Klady</b>	<b>Zápory</b>
Odbornost a profesionální úroveň zdravotnických pracovníků	Nedořešena a neustále odkládaná reforma zdravotnictví
Kvalitní vybavenost zdravotnických zařízení, přes nedostatek zdrojů úspěšný vědecký vývoj	Nestabilní politická vůle, střet zájmů, populismus
Hustá síť zdravotnických zařízení (rovnoměrně pokrývá většinu území ČR)	Nedostatečná hospodárnost, nedostatečná kontrola výdajů, plýtvání prostředky, neefektivní využití zdrojů
V porovnání s ekonomicky zdatnějšími zeměmi ještě neustále dostatek finančních prostředků, stabilizace výdajů	Neustálé prosazování „bezplatného zdravotnictví pro všechny“
Udržení kvality zdr.péče i dostupnost	Nedořešená koncepce financování lůžkové péče

## **3. ZDRAVOTNÍ POLITIKA**

### **3.1 Definice zdraví a zdravotní politiky**

Zdraví jako životní proces se neustále mění, a to v závislosti na změně a reakci obou prvků systému, tj. organismu i vnějšího prostředí. Jde o složitý vzájemný vztah interakce mezi organismem a prostředím, ve kterém se uplatňují zpětné vazby a multifaktoriální charakter prvků přírodního a sociálního prostředí<sup>33</sup>.

Podle ústavy WHO<sup>34</sup> je zdraví: “stav kompletní fyzické, mentální a sociální pohody, a ne jenom jako absence nemoci nebo vady.”

### **3.2 Zdravotní politika obecně**

Zdravotní politiku jsem již naznačil v předchozí kapitole, kde jsem se pokoušel nastínit vyspělost států, podle toho jak vysokou prioritu přikládají zdravotnictví a zdraví u svých občanů. Skrze legislativu zabývající se zdravotní problematikou můžeme pozorovat důraz státu na zdravotní politiku. Zdravotní politika by rozhodně měla patřit ke každému státu a u těch vyspělých na přední příčce v rámci priorit.

Zdravotní politika by měla být součástí hospodářské a sociální politiky každého státu. Vychází ze skutečnosti, že ochrana, podpora a zachování zdraví je jednou ze základních existenčních potřeb lidstva<sup>35</sup>.

---

<sup>33</sup> Durdisová, Jaroslava, CSc. *Ekonomika Zdraví*. 1.vyd. 2005

<sup>34</sup> Dostupné z: [online] [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) původní podoba znění.

<sup>35</sup> Durdisová, Jaroslava, CSc. *Ekonomika Zdraví*. 1.vyd. 2005

Zdravotní politiku v dnešním pojetí, přes různé postoje k budoucnosti sociálního státu, můžeme deifovat na základě platných zákonů a konvencí jako cílevědomou činnost státu zaměřenou na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatelstva<sup>36</sup>.

Pokud to umožní ekonomická situace státu obecně, jeho zdravotnická politika by měla mít jasné minimálně dva cíle. Prvním je poskytování zdravotnických služeb bez ohledu na použití zdravotnického modelu, dále pak navrácení zdraví svým občanům pokud je potřeba a odvrácení rizika změn směřujícím ke zhoršení situace. Druhým cílem vyspělého státu v oblasti zdravotní politiky je snaha na prevenci, podporu zdraví a v neposlední řadě také ochraně zdraví.

Zdravotní politika státu se neváže pouze na samotné zdravotnictví ve smyslu poskytování služeb, nebo jeho nastavení, ale také v další legislativě. Na politické reprezentaci pak záleží, jaké nastaví kupříkladu emisní limity do ovzduší, jaké limity hlukové nebo vibrací. Mnohé tyto vnější faktory působící na člověka mají značný dopad na jeho zdraví. Stát má také mnoho dalších nástrojů jak nastavit a udržovat úroveň zdravotní politiky, jako např. hygienické stanice, státní zemědělská a potravinářská inspekce, orgán ochrany veřejného zdraví atd.

Zdravotní politika státu v konkrétním případě zaměřeném na jednotlivý stát by měla spočívat v několika základních bodech, které by měly být poměrně zastoupeny. Mezi základní prvky se považují odvětví ekonomické, etické a medicínské. Tyto prvky by měly být vyvážené, jen tehdy pak zdravotní politika může fungovat efektivně ve všech ohledech.

---

<sup>36</sup> Krebs, Vojtěch a kol. Sociální politika. 3.vyd. 2005.

Důležitým předpokladem existence státní zdravotní politiky je vedle uznání zdraví jako společenské, tudíž veřejné hodnoty, i vytvoření materiální základny. Zdravotní politika se může realizovat až na určitém stupni ekonomického a společenského rozvoje země. Zdravotní politika se může uplatňovat až tehdy, když je vybudována síť zdravotnických zařízení a institucionální struktura<sup>37</sup>.

Cílem zdravotní politiky by mělo být uspokojení potřeb občanů v oblasti zdraví a péče o něj. V případě kdy každá další nová politická reprezentace mění zdravotní politiku, nelze dosáhnout kvalitního výsledku. Zdravotní politika by měla být garantována státem, za pomoci nezávislých institucí a také občanskou iniciativou. Součástí zdravotní politiky je také pochopitelně i zdravotní péče.

### **3.3 Historie zdravotní politiky**

Počátky zdravotní politiky najdeme již v 19. století, kdy za tehdejšího Rakouska - Uherska bylo mocnářstvím zřízeno solidární zdravotní pojištění podle Bismarckova modelu. Největší nárůst byl zaznamenán po druhé světové válce, kdy stav v Evropě byl značně neutěšený. Špatná situace zdecimovaných lidí Evropy přiměla politické reprezentanty k tomu, aby obnově zdraví a jeho ochrany byla dána vysoká politická priorita.

---

<sup>37</sup> Durdisová, Jaroslava, CSc. *Ekonomika Zdraví*. 1.vyd. 2005



### 3.4 Mezinárodní prvek ve zdravotní politice

Dalším prvkem zdravotní politiky je i její mezinárodní přesah. Pod záštitou OSN je organizace WHO, která má za cíl u co nejvíce lidí dosáhnout co nejvyšší úrovně zdraví. WHO tak monitoruje po členských státech OSN zdravotní úroveň obyvatel, ale také prostředí ve kterém žijí. Dále uvádí různé programy na podporu prevence, např. propagací zdravé stravy, kvalitního spánku anebo snaha o snížení spotřeby tabáku. Státy by měli s touto organizací spolupracovat a koordinovat svou zdravotní politiku. WHO se snaží rychle reagovat na nové rizika epidemií všeho druhu. Proti těmto zdravotním rizikům může účinně v rozsahu celých kontinentů bojovat pouze tehdy, pokud budou členské státy spolupracovat a aktivně se zapojí do této kooperace.

V současné době se WHO angažuje v programu Zdraví 2020. Hlavním cílem strategie, schválené světovým zdravotnickým shromážděním v roce 2013, je zlepšit zdravotní stav české populace a podpořit zájem široké veřejnosti, politiků, obcí, podniků a dalších složek společnosti o posilování zdraví a předcházení vzniku nemocí. Termín realizace je do roku 2020. K prioritám strategie patří podpora tělesných aktivit lidí a zdravé výživy, zvyšování zdravotních znalostí obyvatelstva, snižování zdravotně rizikového chování a nerovností ve zdraví či zvyšování úrovně sekundární prevence vč. screeningových programů. Program WHO je východiskem pro „Národní program zdraví“ a následně pro tvorbu komunitních projektů, z nichž by měly vycházet i programy prevence onemocnění, zaměřené na vybrané skupiny obyvatelstva a jednotlivce<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> Dostupné z: [online] [http://www.khsstc.cz/obsah/predmet-cinnosti\\_5\\_1.html](http://www.khsstc.cz/obsah/predmet-cinnosti_5_1.html)

### **3.5 Evropská sociální charta**

S dalším mezinárodním prvkem se setkáme u Evropské unie. Pro členy EU, jsou závazné mezinárodní smlouvy a také Evropská sociální charta. Evropská sociální charta je doplňkem ECHR, neboli Evropskou úmluvou o lidských právech.

O provádění změn, ke kterým se stát zavázal, kontroluje Evropský výbor pro sociální práva. Ten kontroluje výroční zprávy daných států, případně je ověřuje na daném území státu. Dále existuje možnost na nedostatky upozornit systémem kolektivních stížností, která postupují před výše zmíněný výbor. Ten ve věci rozhodne, zda-li došlo k porušení ESCH.

Z pohledu zdraví a jeho aspektů se v ESCH stanovuje, že článek č. 11 má zaměření na právo na ochranu zdraví, článek 13. na sociální a zdravotní pomoc v případě hmotné nouze.

### **3.6 Listina základních práv a svobod Evropské unie**

Na ochranu lidských práv, kde se sdružují politická, sociální, občanská, hospodářská a konečně i kulturní práva, byla přijata Listina základních práv a svobod Evropské unie. Je v ní i mimo jiné právo na život v článku 2 a také v článku 35 právo ochraňující zdraví: Každý má právo na prevenci a ochranu zdraví a právo na zdravotní péči za podmínek stanovených legislativou jednotlivých států a jejím uplatňováním. Vysoká úroveň ochrany lidského zdraví je zaručena v definici a uskutečňování všech politik a aktivit unie<sup>39</sup>.

---

<sup>39</sup> Dostupné z: [online] [http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta\\_zakladnich\\_prav\\_1.pdf](http://www.euroskop.cz/gallery/6/2090-charta_zakladnich_prav_1.pdf)

Článek sice konkrétně nestanoví požadavky na zdravotní péči daného státu, ale zásadní mohou být další ustanovení, ze kterých je možné vyrozumět požadavky na poskytování zdravotní služby, hlavně pak právo na život.

Význam Listiny EU tkví v tom, že je lidsko-právním katalogem, kterými jsou vázány instituce Evropské unie a členské státy při aplikaci unijního práva<sup>40</sup>. Nepostačuje pokud jde o aplikaci práva vnitrostátního v oblasti, kterou rovněž upravuje unijní právo, ale musí jít přímo o aplikaci unijního práva<sup>41</sup>.

## **4 GARANCE PRÁVA NA ZDRAVÍ STÁTEM**

Úloha státu v oblasti zdravotní politiky se vyvíjela postupně. Prioritním úkolem zůstává právo na zdraví, jako jedno z lidských a občanských práv. Vláda má odpovědnost za zdraví populace<sup>42</sup>.

### **4.1 Garance státu obecně**

Stát garantuje, a tedy zabezpečuje kvalitní a dostupnou zdravotní péči rozsáhlou legislativou. Úkolem vlády je garance práva na zdraví občanů, ochrana zdraví, ale také ochrana veřejného zdraví. Je potřeba aby stát ekonomicky a správně přijal a zastupoval taková opatření, která zabezpečí dostupnost všem svým občanům. Stát proto nastavuje pravidla, dohled nad zákony a orgány, které toto všechno mají dodržet, aby se minimalizovaly nebo se úplně předešlo ohrožení zdraví všech.

---

<sup>40</sup> Článek 51 Listiny základních práv a svobod Evropské unie.

<sup>41</sup> Rozsudek Soudního dvora Evropské unie, Siragusa, věc C-206/13.

<sup>42</sup> Krebs, Vojtěch a kol. Sociální politika. 2005

Stát má různé nástroje, kterými se snaží dostát svému závazku. Mezi takové nástroje patří legislativa v podobě zákonů, norem a nařízení. Dále také rozdělováním veřejných finančních prostředků na udržení dostupnosti zdravotní péče, prosazování politických zájmů. Stát také uděluje různé licence na poskytování zdravotní péče za určitých podmínek. Pod stát ještě patří léková politika a dohled na léčivy. Dohlíží současně i na chod zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení.

Jednání státu ve věci garance práva, zajišťuje svojí mocí zákonodárnou a výkonnou. Snahou je udržitelnost zdravotnického systému a případné zvyšování kvality jak dostupnosti, tak i kvality poskytované péče. Cíle zdravotní politiky státu je utvářena vládou a orgány státní správy.

Subjektem práva na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky jsou jen občané ČR. Právo na ochranu zdraví však mají všichni na území ČR bez ohledu na státní příslušnost. Práva na tzv. bezplatnou péči<sup>43</sup> jsou nastaveny na základě veřejného pojištění. Účelem tohoto ustanovení je, aby byla zajištěna zdravotní péče pro všechny občany ČR bez rozdílu<sup>44</sup>. Míra finančních prostředků pro tento účel není neomezená, a proto stát primárně zajišťuje zdravotní péči svým občanům<sup>45</sup>.

---

<sup>43</sup> Tzv. bezplatnost zdravotní péče se stala předmětem zkoumání Ústavního soudu ve věci Pl. ÚS 1/08, vyhlášeném ve Sbírce zákonů pod č. 251/2008 Sb., kde za použití testu racionality schválil zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví.

<sup>44</sup> Klíma K. a kol.: Komentář k Ústavě a Listině, 2. vydání, Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009, s. 861.

<sup>45</sup> Klíma K. a kol.: Komentář k Ústavě a Listině, 2. vydání, Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2009, s. 861.

## 4.2 Ministerstvo zdravotnictví

Zodpovědnost za ochranu veřejného zdraví má Ministerstvo zdravotnictví podle zákona číslo 258/2000 Sb<sup>46</sup>. Mezi orgány zřízené Ministerstvem zdravotnictví pro zajištění ochrany veřejného zdraví patří krajské hygienické stanice, zdravotnické záchranné služby a konečně také státní zdravotní ústavy. K ochraně veřejného zdraví je potřeba zajistit včasnou a odbornou pomoc občanům na celém území státu, kterou zajišťují zdravotnické záchranné služby. Dále je využívána k mnohým podpůrným opatření, kdy spolupracuje i s policií ČR, např. při transportu krve a orgánů nebo některých léčiv.

Ve výše uvedeném zákoně, §80 je vymezena působnost Ministerstva zdravotnictví. Pozice MZ je hlavně řídicí, ale také kontrolní, kdy zkoumá činnost státní zprávy. Pak také odpovídá za tvorbu a implementaci politiky v ochraně veřejného zdraví. MZ také diriguje a dohlíží na krajské hygienické stanice<sup>47</sup>. Pokud dojde k řízení u krajské hygienické stanice a následnému užití opravného prostředku MZ slouží jako orgán druhé neboli vyšší instance.

Ministerstvo zdravotnictví má také za povinnost informovat občany na území ČR o faktorech, které mohou negativně ohrožovat zdraví nebo život obyvatel.

MZ veřejně informuje o:

- epidemiích a pandemiích
- pandemických plánech
- jakosti vody
- hlukových mapách
- zdraví škodlivých látkách

---

<sup>46</sup> Zákon o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů.

<sup>47</sup> Upravuje § 82 zákona č. 258/2000 Sb.

### 4.3 Ústava České republiky

Podle ústavního pořádku České republiky je jejím součástí také Listina základních práv a svobod, ve které se nachází článek 31. Tento článek říká: *“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.”*

Tento princip je nejvýše postaven z pohledu garance v rámci České republiky a jeho aplikaci zajišťuje stát Ministerstvem zdravotnictví. Z toho také vyplývá, že lidé žijící na území České republiky mají garantovanou zdravotnickou péči státem.

Ačkoliv Listina základní práv<sup>48</sup> a svobod obecně stanovuje nárok na zdravotnickou službu, nejedná se o nárok neomezený. Nejedná se proto o nárok neomezený, jak je někdy (bohužel i ze strany právníků) z Listiny odvozováno, ale jde o nárok limitovaný ekonomickými možnostmi státu, resp. rozsahem veřejného zdravotního pojištění. K možnosti omezit nárok občanů na bezplatnou péči s odkazem na ekonomické možnosti státu se opakovaně vyjádřil Ústavní soud, který ve svém nálezu publikovaném ve sbírce zákonů pod číslem 206/1996 Sb. uvádí, že právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky je zúženo na rozsah veřejného pojištění...<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> Zákon číslo 2/1993 Sb.

<sup>49</sup> PTÁČEK, R. BARTŮNĚK, P. MACH, J, a kolektiv. *Lege artis v medicíně*, Praha: Grada Publishing, 2013, s. 52

Zásadním předpokladem pro existenci člověka je jeho ochrana zdraví, která je ruku v ruce s právem na život podle článku 6 Listiny. Dále hned další článek 7 Listiny zmiňuje zachování fyzické a duševní integrity jedince. Za specifickou normu pak můžeme brát článek 31, který doplňuje článek 35 Listiny, který stanoví, že je garantováno právo na příznivé zdravotní podmínky. Všechny výše zmíněné články uzavírá článek 41, který jasně stanovuje, že práv v těchto ustanoveních obsažených se lze dovolávat pouze v mezích zákonů, které je provádějí.

Na Ústavu a Listinu dále navazuje již výše uvedený zákon číslo 258/2000 Sb.<sup>50</sup>. Tento zákon mimo jiné stanoví, že: *“Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek.”*<sup>51</sup> Dále však také: *“Souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním. Ohrožením veřejného zdraví je stav, při kterém jsou obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné poškození zdraví.”*<sup>52</sup>

---

<sup>50</sup> Zákon o ochraně veřejného zdraví a změně některých souvisejících zákonů.

<sup>51</sup> §2 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb.

<sup>52</sup> §2 odst. 2 zákona č. 258/2000 Sb.

## **4.4 Právní řád**

Na základě politické, sociální a ekonomické situaci/podmínkách státu vznikají, zanikají nebo se mění konkrétní právní předpisy upravující nároky a povinnosti v oblasti zdravotnictví. Konkrétní stát tak vychází ze svých pramenů práva v dané oblasti. Z pravidla tak vycházejí z ústavy, a nebo z mezinárodních smluv, na základě principu legality. Vyslovení souhlasu Parlamentem ČR o ratifikaci mezinárodních smluv je také zdrojem právní kultury, kde se také odráží právní síla daných předpisů, norem a vyhlášek.

## **4.5 Garance práva u cizinců**

U cizinců nacházejících se na území České republiky je garance práva na zdravotní služby stejná jako pro občany ČR. Pro cizince z Evropské unie, nebo Evropského hospodářského prostoru je veškerá zdravotní služba dostupná a její hrazení probíhá přes Centrum mezistátních úhrad. Cizinec se ve zdravotnickém zařízení prokáže evropským průkazem pojištěnce nebo formulářem jeho pojišťovny. U cizinců mimo EU je situace složitější, protože se musí prokázat platným průkazem totožnosti a také platným průkazem pojištěnce, který věrohodně prokazuje jeho validitu. Proplácení následně probíhá také přes Centrum mezistátních úhrad.

Pro osoby s trvalým pobytem ze zákona vyplývá, že je pojištěn každý, kdo tento status užívá. To mohou být i cizinci, kteří mají povolení k trvalému pobytu na území ČR. Získáním trvalého pobytu se automaticky stávají pojištěnci. V opačném případě zaniká, pokud je osoba prohlášena za nezvěstného, mrtvého a nebo pokud je mu ukončen trvalý pobyt na území České republiky.



U druhé skupiny cizinců, kteří pocházejí z Evropské unie, nebo Evropského hospodářského prostoru navíc zahrnující i Švýcarsko záleží zda-li se nachází na území ČR jen dočasně, a nebo mají status zaměstnance. Jejich zaměstnavatel musí mít sídlo na území ČR, a nebo trvalý pobyt. Pokud se jedná o případ prvně jmenované skupiny, často to bývají turisté, tak ti nejsou zahrnuti do veřejného zdravotního pojištění. Způsob hrazení poskytnutých zdravotnických služeb je uvedeno výše v textu. Jedná-li se o druhý zmiňovaný případ zaměstnanců, je jejich zaměstnavatel povinen zdravotní pojišťovně oznámit jejich nástup do zaměstnání, ale také i jeho konec o účasti v nemocenském pojištění zaměstnance. Takovýto cizinec má následně po ukončení zaměstnání možnost uzavřít s pojišťovnou smluvní zdravotní pojištění. Není výhradně stanoveno, že se musí jednat jen o zaměstnance, takovým účastníkem pojištění může být i cizinec, který na území ČR pojímá statut OSVČ<sup>53</sup>.

V některých zvláštních případech se považují zákonem vymezené skupiny osob za cizince s trvalým povolením pobytu<sup>54</sup>.

Jedná se o:

- azylanty po dobu platnosti rozhodnutí o udělení azylu
- děti, narozené azylantkám po dobu než bude rozhodnuto o azylu nebo jiném druhu pobytu dítěte
- cizinci požívající dočasné ochrany apod.

---

<sup>53</sup> Osoba samostatně výdělečně činná, podle zákona 586/1992 Sb. v § 7 odst. 1.

<sup>54</sup> Zákon číslo 221/2003 Sb. Zákon o dočasné ochraně cizinců.

Problém který systém skýtá ohledně rodinných příslušníků zaměstnaných cizinců třetích zemí, se již řešil i veřejný ochránce práv<sup>55</sup>. Rodinní příslušníci jako manželka, manžel, prarodiče nebo děti nemají přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění po dobu pěti let. Po tuto dobu mohou využít jen komerčního zdravotního pojištění, které z pravidla nepokrývá takový rozsah zdravotní péče. Jedná se o vztah smluvní a tedy dobrovolně uzavíraný. Mnohé pojišťovny tak nechtějí některé cizince komerčně pojistit, pokud nesplňují jakési vnitřní kritéria pojišťoven. V zásadě můžeme říci, že se jedná o starší jedince, nebo dlouhodobě nemocné, či postižené apod., u kterých jsou náklady na zdravotní péči předem odhadnutelné jako vysoké a tím pádem pro pojišťovací subjekt nerentabilní. Reakce zástupkyně ochránce, zněla: *“smluvní svoboda nesmí být v rozporu se zásadou rovného zacházení. Jestliže pojišťovna paušálně uplatňuje pravidlo, podle kterého neuzavírá smlouvy s klienty nad 70 let, jedná se o přímou diskriminaci v přístupu ke službám z důvodu věku.”*<sup>56</sup>

Dalším problémem sou rozdílné postavení rodinného příslušníka občana EU a rodinného příslušníka ČR ve vztahu k přístupu do systému veřejného zdravotního pojištění. Prvně jmenovaný rodinný příslušník občana EU je ve výhodnější pozici než rodinný příslušník občana ČR. Přístup do systému veřejného zdravotního pojištění mají jen rodinní příslušníci občana EU a to po celou dobu pobytu u druhého případu je tomu naopak. U rodinných příslušníků občana ČR jsou limitováni prvními dvěma roky, kdy si mohou zajistit pouze smluvní komerční pojištění. Podle antidiskriminačního zákona<sup>57</sup> se sice nejedná o diskriminaci, ale rozhodně by bylo vhodné, aby měli rodinní příslušníci občanů ČR i EU rovné postavení v přístupu k veřejnému zdravotnímu pojištění.

---

<sup>55</sup> Viz online: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/nerovne-postaveni-cizincu-nemusi-byt-diskriminaci-presto-vyzaduje-reseni/>

<sup>56</sup> Viz online: <http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2010/nerovne-postaveni-cizincu-nemusi-byt-diskriminaci-presto-vyzaduje-reseni/>

<sup>57</sup> Zákon číslo 198/2009 Sb. o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů.

## **5 FINANCE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

### **5.1 Obecný úvod**

Zdravotnický systém lze definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče<sup>58</sup>.

V České republice jsou výdaje na zdravotnictví stabilizovány, ale hlavním cílem je efektivní nakládání s finančními prostředky při udržení dostupnosti a kvality poskytované zdravotní péče.

### **5.2 Ekonomika zdravotnictví**

Ekonomika zdravotnictví je jednou z aplikovaných disciplín, zabývá se studiem možností optimální alokace omezených lidských, hmotných a peněžních zdrojů s cílem dosáhnout integrace medicínské, organizační a ekonomické racionality v oblasti poskytování zdravotnických služeb<sup>59</sup>.

---

<sup>58</sup> Krebs, Vojtěch a kol. Sociální politika.

<sup>59</sup> Gladkij, I. Management ve zdravotnictví. Brno : Nakladatelství Computer Press, 2003.

Nad tuto problematikou se začali zamýšlet vědci, lékaři a ekonomové v padesátých letech minulého století. Zajímala je alokace finančních zdrojů, konkurence ve zdravotnictví a to mezi klasickým tržním prostředím a zdravotnickým prostředím ve smyslu trhu. Vzhledem k době vzniku této aplikované disciplíny je pochopitelný fakt, že zkoumání tohoto odvětví byla dostupnost zdravotní péče co nejvíce obyvatelům. Po druhé světové válce především v Evropě panovala těžká situace, kdy zdravotnictví hrálo klíčovou roli při zvyšování celkové úrovně.

Tato problematika nám není cizí ani dnes, protože se jedná o kontinuální vývoj, který je potřeba posouvat na stále vyšší úroveň. Taková snaha s sebou nese nemalé nároky na finance. Záměrně se tato disciplína věnuje i problematice udržení současných standardů, protože při spravování celého systému je potřeba vynaložit finanční prostředky efektivně, lokalizovat ztrátová místa a celkovou udržitelnost.

### **5.3 Ekonomické ukazatele ve zdravotnictví**

Ve zdravotnictví je spotřeba veřejných finančních prostředků velmi významná a proto je potřeba dohlížet na celkový chod systému s velkou pečlivostí. O zdravotnictví se totiž traduje, že nezáleží kolik finančních prostředků se do systému vloží, ale že bude stále fungovat, bez sestupné nebo vzestupné tendence. Proto existují ukazatele, které nám pomohou lépe nahlížet na chod systému a případné jeho korekce.

Mezi takové ukazatele řadíme:

- výdaje na zdravotnictví
- náklady na administrativu
- hospodaření zdravotních pojišťoven
- mzdové náklady
- spotřeba léků

## 5.4 Neustále zvyšující se finanční požadavky

S ohledem na různé sociologické a demografické ukazatele můžeme konstatovat a predikovat, že náklady na zdravotnictví se budou postupně zvyšovat a to v dlouhodobém horizontu. Tento jev je zapříčiněn celkovým stárnutím populace, tím pádem naroste počet poskytnutých služeb, protože starší lidé zejména důchodci jsou častěji nemocní a také léčba jejich onemocnění je nákladnější i z důvodu charakteru onemocnění, který má dlouhý charakter.

Dalším faktorem zvyšujícím náročnost na finanční prostředky je zapříčiněn obměnou vybavení zdravotnických subjektů, na který je neustále kladen vyšší a vyšší požadavek v ohledu vyspělosti technologií. Věda neustále přichází s novými objevy v oblasti prevence, odhalování nových onemocnění, vyspělejším způsobem léčby a také s novými sofistikovanějšími léky. Aby se udržela potřebná kvalita poskytovaných služeb je potřeba také zvýšit objem finančních prostředků.

Vědecký pokrok v oblasti zdravotnictví a medicínské techniky a technologie, si vyžaduje nárůst v oblasti financí při nákladech na zajištění stávající nebo vzestupné tendence kvality poskytovaných zdravotnických služeb. Nová řešení medicínských problémů sice bývají účinnější v samotné léčbě, ale jsou náročnější na vybavení zdravotnických subjektů, nákladů na léky a v neposlední řadě také v nároku na zdravotnický personál.

Tento jev ohledně neustálého zvyšování finanční náročnosti zdravotnického systému není ničím ojedinělým. Vzhledem k narůstajícímu tlaku společnosti na vyspělost a připravenost na nové hrozby jako jsou epidemie, pandemie apod., je vzrůstající výdajů tendence běžná ve všech vyspělých státech.

## 5.5 Druhy plateb za zdravotní služby

Financování zdravotních služeb rozdělujeme na formu přímých a nepřímých plateb, a to:

### Nepřímé platby:

- povinného zdravotní pojištění
- z veřejného rozpočtu
- zaměstnaneckého zdravotní pojištění
- dobrovolného pojištění

### Příme platby:

- od příjemců zdravotní péče.

## 5.6 Vývoj nákladů finančních prostředků

Pro názornější představu o rostoucích nákladech na zdravotnictví v ČR si dovolím představit *tabulku číslo 3* a *tabulku číslo 4*. V těchto tabulkách je znázorněna vzestupná tendence z výdajové stránky na zdravotnictví. Pro porovnání výdajů v delší časové ose jsem si připravil dvě tabulky.

Tabulka číslo 3: Vývoj finanční náročnosti českého zdravotnictví:

Rok Year	Státní rozpočet + územní rozpočty State & territorial budgets	Zdravotní pojišťovny Health insurance companies		Celkem veřejné výdaje na zdravotnictví Public health expenditure in total
		celkem total	z toho: zdrav. péče o.w.: health care	
2000	17 170	115 792	111 421	132 962
2005	21 263	170 093	164 343	191 356
2006	22 828	174 200	166 902	197 027
2007	22 851	183 713	179 527	206 565
2008	21 439	197 280	190 294	218 719
2009	26 034	218 720	210 630	244 754
2010	20 781	222 500	214 373	243 281
2011	16 863	225 547	217 653	242 410
2012 <sup>1)</sup>	15 647	231 270	222 769	246 917

Zdroj: uzis.cz<sup>60</sup>

Tabulka číslo 4: Vývoj finanční náročnosti českého zdravotnictví:

**Celkové výdaje na zdravotnictví 2010–2014 (mil. Kč)**

Položky výdajů	2010	2011	2012	2013	2014 <sup>1)</sup>
<b>Veřejné výdaje</b>	<b>243 281</b>	<b>242 410</b>	<b>246 918</b>	<b>246 562</b>	<b>254 699</b>
z toho rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů	20 781	16 863	15 648	16 657	15 671
zdravotní pojišťovny	222 500	225 547	231 270	229 905	239 028
<b>Soukromé výdaje</b>	<b>45 754</b>	<b>45 358</b>	<b>46 388</b>	<b>44 381</b>	<b>45 224</b>
<b>Výdaje celkem</b>	<b>289 035</b>	<b>287 768</b>	<b>293 306</b>	<b>290 943</b>	<b>299 923</b>
Podíl z HDP v %	7,3	7,2	7,3	7,1	7,0

<sup>1)</sup> Předběžné údaje

Zdroj: uzis.cz<sup>61</sup>

<sup>60</sup> www. uzis.cz Ekonomické informace ve zdravotnictví 2012, Praha 2013  
<http://www.uzis.cz/archiv-rocniku/edice/Aktu%C3%A1ln%C3%AD-informace/2013>

<sup>61</sup> www. uzis.cz Celkové výdaje na zdravotnictví 2010–2014, Praha 17. 8. 2015.  
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/vydaje-na-zdravotnictvi-2010-2014>

*Poznámka k tabulkám číslo 3 a 4:* Rozdílný výsledek v roce 2012 je způsoben tím, že se v tabulce číslo 3 uváděl jako předběžný výsledek.

## **5.7 Systém úhrad zdravotních pojišťoven**

Systém hrazení pojišťoven zdravotním zařízením, vychází ze zákona<sup>62</sup> a ze smluv mezi těmito subjekty. Na základě smluv je pak hrazena zdravotnímu subjektu částka za poskytnutou péči. Za poskytnutou zdravotní péči hradí pojišťovna jen do určité výše.

Po přechodu ze Semaškova modelu zdravotnictví, byl přijat zákon číslo 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tento zákon zavedl systém přerozdělování finančních prostředků solidárním způsobem. Vzhledem k tomu, že to byl zákon sloužící k přechodu na jiný systém, byl k začátku roku 2005 novelizován a došlo ke změnám v systému přerozdělování finančních prostředků. Solidární princip byl zachován.

Úhrady zdravotnickým zařízením jsou různého typu. A to pomocí:

- bodového systému
- paušální platby
- výkonové platby
- platby za ošetřovací den
- systémem DRG.

---

<sup>62</sup> Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.



Bodový systém sloužil jako mediátor, který ohodnocoval zdravotnické výkony podle kvalifikace personálu, podle náročnosti na personál, ale také podle náročnosti na materiál použitý při výkonu. Tento systém je problematický, protože byl za určité výkony stanoven určitý počet bodů, ale neustále se měnící koeficient stanovující body za koruny způsobuje, že se pořádají nekonečná vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a ČLK.

Paušální platby jsou využívány u vztahů s ambulantními specialisty, u nemocnic a rehabilitačních oddělení, kde bývá náročnost poskytnuté služby velmi vyrovnaná.

Výkonové platby jsou zpravidla u praktických lékařů, kteří dostávají část své odměny fixně za jednotku u sebe registrovanou a druhou částí je pak odměňování za určité výkony.

Platby za ošetrovací den v zdravotnickém zařízení za pobyt pacienta na lůžkovém oddělení. Výše odměn se liší na základě kvalifikovanosti lůžkového oddělení.

System DRG<sup>63</sup> je systém speciálního odměňování. Odměňování stojí na předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta s podobnými léčebnými nároky na terapii.

## 5.8 Druhy pojišťoven

Každý kdo má přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění si může svobodně vybrat svou pojišťovnu<sup>64</sup>.

Je možné vybírat z:

- Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR - kód 111

---

<sup>63</sup> VZP roku 1997 zavedla svým pilotním projektem tento systém.

<sup>64</sup> Viz kapitola 4 Garance práva na zdraví státem.

- Vojenské zdravotní pojišťovny ČR - kód 201
- České průmyslové zdravotní pojišťovny - kód 205
- Oborové zdravotní pojišťovny<sup>65</sup> - kód 207
- Zaměstnanecké pojišťovny Škoda - kód 209
- Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR - kód 211
- Revírní bratrské pokladny a zdravotní pojišťovny - kód 213

Aktuální zdroj informací je Ministerstvo zdravotnictví České republiky<sup>66</sup>.

## 5.9 Povinnosti zdravotních pojišťoven

Pokud je snaha o založení nové zdravotní pojišťovny, musí být splněny zákonné povinnosti, ale také v neposlední řadě získání souhlasu od Ministerstva zdravotnictví ČR.

Každá nově vzniklá, ale i stávající zdravotní pojišťovna musí každoročně Ministerstvu předkládat zdravotně pojistný plán. V tomto plánu pojišťovny uvádějí své záměry v budoucnosti, zejména pak záměry hospodářské. Zároveň musí ještě předkládat výroční zprávu spolu s účetní uzávěrkou.

Pojišťovny mají také mimo jiné za povinnost zřizovat různé fondy. Jedná se o fondy různého charakteru, ale jejich smysl je stejný. Mají zajistit větší transparentnost v toku finančních prostředků a zajistit tak jejich dostatek v příslušných fondech. Zásadním fondem je fond základní<sup>67</sup>, který slouží k úhradě zdravotní péče. Dalšími fondy jsou rezervní, provozní, sociální, volitelné a konečně také fond investičního majetku a reprodukce investičního majetku.

---

<sup>65</sup> Úplné znění názvu: Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví.

<sup>66</sup> [http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny\\_945\\_839\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravotni-pojistovny_945_839_1.html)

<sup>67</sup> Zákon číslo 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

## 5.10 Management ve zdravotnictví

Ačkoliv je obor zdravotnictví velmi bohatý na finanční prostředky a jejich tok, je jen velmi málo zájemců z oblasti managementu, kteří by se odvážili budovat svoji kariéru a jméno zrovna ve zdravotnictví. Zdravotnictví pochopitelně není oborem takovým, kde není potřeba finančních prostředků, ale zásadním problémem zdravotnictví z pohledu managementu je jeho schopnost předvídat, nebo lépe nepředvídatelnost.

Predikce jakéhokoliv stavu ve zdravotnictví je velmi obtížná, ne-li skoro nemožná. Důkazem toho může být i fakt, že prozatím ještě nikdo nepřišel na vhodnou metodiku predikce, aby bylo možné ji implementovat na více pracovištích, nebo na více zdravotnických subjektech.

Pokud bychom chtěli vykonávat úspěšný management ve zdravotnictví, měli bychom se pokusit normovat určité výkony, chování i spotřebu zdravotnického materiálu. Dle mého názoru chování lidí a ovlivnění jejich zdraví vnějšími vlivy je prakticky nemožné. Z pohledu připravenosti zdravotnických zařízení to není takový problém, protože je možné mít dostatečného zdravotnického materiálu. Na druhou stranu není možné mít vždy dostatek zdravotnického personálu právě ve službě. To celé pokračuje jednotlivými zákroky, které mají stejnou diagnózu, ale rozdílnou náročnost na jejich ošetření nebo léčení.

Tyto mnohé aspekty způsobují, že normování stavů, četnost apod. lze jen velmi obtížně. Pokud ovšem chceme provádět kvalitní management, je to bez přesného normování jen velmi obtížné. Všechno tohle ještě umocňuje specifické chování lékařů, kteří se mnohdy o ekonomických aspektech své činnosti nechtějí bavit.

Nelze tak normovat míru výkonů a spotřeby, které jsou neoddělitelnou součástí řízení a plánování. Mnohdy se objevují snahy ekonomický pracovníků ve zdravotnických zařízeních redukovat počet položek, které paušálně vyžadují finanční prostředky. Takovým příkladem může být infekční oddělení krajské nemocnice. Ekonomický pracovník jasně vidí, že počet lůžek na oddělení je neúměrně veliký oproti využitelnosti nebo přesněji obsazenosti. Takový pracovník by shledal jako logické počet lůžek snížit a tím tak ušetřit značné finanční prostředky. Ekonomický pracovník pravděpodobně nemá znalost ani zkušenost takového oddělení, protože v takovémto případě, by počet lůžek nezmenšoval. Charakteristickým jevem na zmíněném infekčním oddělení je, že jeho lůžková obsazenost je minimální a maximální obsazenost jen výjimečná, ale za to zcela zásadní. Pokud v regionu propukne jakýkoliv typ epidemie, je velmi důležité takové pacienty mít oddělené na infekčním oddělení. Pokud počet pacientů přesáhne lůžkovou kapacitu, zajišťuje se pak kapacita provizorními lůžky a nebo umístěním pacientů na jiná oddělení, což není způsob zcela vhodný.

Takové nárazové onemocnění lze jen těžko predikovat, ale připravenost zejména ve smyslu dostatku lůžkové kapacity je u zdravotnických zařízení zcela zásadní. S tím se pojí i výše zmíněné garance na dostupnou a kvalitní zdravotnickou péči. Jako vhodný příklad nepredikovatelného a rozsáhlého onemocnění na malém území může posloužit nedávná salmonelová nákaza v Plzni<sup>68</sup>.

---

<sup>68</sup> Viz online:

a) <http://www.khsplzen.cz/index.php/aktuality/821-informace-k-vyskytu-salmonelozy>

b) <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/regiony/1559904-hygienici-salmonela-v-plzni-pochazela-ze-spaget>

## 6. ZÁVĚŘ

Česká republika je státem, který garantuje nejenom svým občanům, ale všem na jeho území dostupnou zdravotní péči. Pro své občany a v dalších podmínkách upravujících také garantuje zdravotní péči hrazenou z veřejného pojištění. ČR toto zakotvuje na úrovni ústavního pořádku, a mnohými mezinárodními smlouvami, které upravují právo na zdraví a právo na zdravotní péči. Jsme státem se silným sociálním prvkem, který zakotvuje tyto práva. Tento sociální prvek je odvislý na ekonomické vyspělosti státu a politické vůli.

Většina společnosti využívá práva na bezplatnou péči, ale v určitých případech pro některé cizince, platí také, že využívají práva na život a na ochranu zdraví.

Při tvorbě zákonů o bezplatné zdravotní péči v souladu s veřejným pojištěním se nesmí postupovat diskriminačním způsobem. V návaznosti na další právní předpisy, ale také aby systém nepozbýval smyslu. Pro zjištění stavu možné diskriminace by se mělo využít principu proporcionality, nebo jeho odvozeniny testu racionality, který vytvořil Ústavní soud pro sociální práva.

Při významu práva na zdraví, je těžké legislativně stanovit přesný význam. A proto bychom měli v široké míře využít mnohých vědních oborů, abychom jako společnost dokázali definovat tento pojem a stav.

Tendencí poslední doby se stává migrace, což pro Českou republiku znamená přísun cizinců, kteří budou potřebovat zdravotní péči. Zákonodárce již dříve definoval, kdo má prostřednictvím veřejného zdravotnictví přístup ke zdravotní péči a kdo díky komerčnímu pojištění. Stát by se měl, na přicházející vlnu velkého počtu cizinců do země připravit, protože díky jejich dlouhé a strastiplné cestě budou mnozí potřebovat využít zdravotní služby.

Komerční pojištění není adekvátní alternativou veřejného zdravotního pojištění a také proto Česká republika čelí mnohé kritice i ze zahraničí. Je na zákonodárcích, aby legislativu upravili a komerční pojištění, které je podmínkou pro cizince v setrvání na našem území, aby se stalo adekvátní variantou k pojištění veřejnému. Zároveň tak bude stát lépe připraven uprchlické krizi, které bude bezpochyby brzy čelit.

Přes celkově velmi dobrou dostupnost a většinou i vysokou kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb, je velmi zvláštní aspekt revizních lékařů příslušných zdravotních pojišťoven. Pacient, který potřebuje jistou zdravotní péči, nikoliv však akutní, je podroben kontrole revizním lékařem, který následně vynáší nad pacientem a jeho potřebě získat péči verdikt. Revizní lékař nakonec rozhodne zda-li dostane potřebnou péči uhrazenou zdravotní pojišťovnou. Nejedná se tedy o zabránění přístupu ke zdravotním službám, ale jejich neproplacení. Ze zákona by však měla zdravotní pojišťovna léčbu uhradit, ale praxe zdravotních pojišťoven je jiná. Pokud pacient chce, může dojít k soudnímu přezkumu situace.

Další nepřímou formou jak pojišťovny zamezují dostupnosti zdravotní péče jsou jejich smluvní dohody s poskytovateli zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny z ekonomických důvodů nechtějí mnohým poskytovatelům uzavřít smlouvy, s odůvodněním, že v dané oblasti je poskytovatelů dostatek. Tento subjektivní názor a argumentace zdravotních pojišťoven je mnohdy v rozporu s realitou a fakticky tak dochází k porušování základního práva na dostupnou zdravotní péči.

Zvolené téma práce neumožňuje se dané problematice věnovat v širší míře a proto bylo nutné některé aspekty selektovat a následně nerozebírat. Rozhodně více prostoru by si zasloužily práva na bezplatnou péči a jejich vymáhání, ale to by učinilo za dost i samotné práci věnující se tomuto úzce profilovanému tématu. Přestože jsem se prostřednictvím práce pokusil uvést informace a také různé příklady týkající se dané problematiky, doufám, že přinese nový pohled na aspekty zdravotnické politiky a garancí práv na přístupu k péči a její poskytnutí.

## **7. ABSTRAKT**

Práce analyzuje mezinárodní, ústavní a zákonné východiska práva na bezplatnou zdravotní péči na území České republiky. Dále se zabývá veřejným a komerčním zdravotním pojištěním, ze kterého plynou možná omezení dostupnosti. Na dostupnost zdravotní péče také navazuje problematiku cizinců na území České republiky.

Součástí práce je i historický vývoj zdravotních modelů ve světě i v ČR a jejich porovnání. Navazujícím tématem je zdravotní politika, kterou řeší samostatná kapitola.

Důležitou otázkou zdravotnictví je jeho garance, kde se zkoumá jeho zakotvení. V této práci je také zkoumáno financování zdravotnictví.

## **8. SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK:**

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
OSN	Organizace spojených národů
WHO	Světová zdravotnická organizace
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
ECHR	Evropská úmluva o ochraně lidských práv a svobod
ESCH	Evropská sociální charta
Listina/LZPS	Listina základních práv a svobod ČR

Listina EU	Listina základních práv EU
ÚS	Ústavní soud ČR
DRG	Systém diagnostic related groups
USA	Spojené státy americké
IT	Informační technologie
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
ČLK	Česká lékařská komora
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
HDP	Hrubý domácí produkt
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
SSSR	Sovětský svaz
KÚNZ	Krajský úřad národního zdraví
OÚNZ	Okresní úřad národního zdraví
KSČM	Komunistická strana Čech a Moravy
ČSSD	Česká strana sociálně demokratická
ODS	Občanská demokratická strana

## **9. ZDROJE**

### **9.1 Odborná literatura**

- A. BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. 223 s. ISBN 9788073575038.



- B. BLAHOŽ, Josef, Vladimír BALAŠ a Karel KLÍMA. Srovnávací ústavní právo. 2. přeprac. vyd. Praha: ASPI, 2003, 479 s. ISBN 80-863-9589-8.
- C. BOBEK, Michal; BOUČKOVÁ, Pavla; KÜHN, Zdeněk. Rovnost a diskriminace. 1. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2007, 471 s. ISBN 978-80-7179-584-1.
- D. Drbal, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. 1.vyd. 2005. ISBN 80- 7262-340- 0.
- E. Durdisová, Jaroslava. Ekonomika Zdraví. 1.vyd. 2005. ISBN 80-245-0998-9.
- F. Filip, J.: Vybrané kapitoly ke studiu ústavního práva, 2. Vydání Brno 2001 ISBN 80-210-2592-1.
- G. Filip, J.: Ústavní právo České republiky. ISBN 80-210-3254-5.
- H. Flegl, V.: Listina základních práv a svobod v aplikační praxi ČR. Praha 1997.
- I. Flegl, V.: Ústavní a mezinárodní ochrana lidských práv. Praha 1997.
- J. Gladkij, Ivan; Strnad, Ladislav. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. 1.vyd. 2002. ISBN 80-244-0500-8.
- K. Háva, P. Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad. Praha : Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004

- L. KLÍMA, K. et al. Komentář k Ústavě a Listině. 2. Vyd. Plzeň : Aleš Čeněk, 2009. 1441 s. ISBN 978-80-7380-140-3.
- M. KLOKOČKA, V., WAGNEROVÁ, E. Ústavy států Evropské unie. 2. díl. 1. vyd. Praha: Linde Praha, 2004. 795 s. ISBN 80-7201-466-8.
- N. KRATOCHVÍL, Jan. Sociální práva v Evropské úmluvě na ochranu lidských práv a Mezinárodním paktu o občanských a politických právech. Praha: Univerzita Karlova, Právnická fakulta, 2010, 224 s. ISBN 978-80-87146-38-5.
- O. Krebs, Vojtěch a kol. Sociální politika. 3.vyd. 2005. ISBN 80-7357-050-5.
- P. Mach, J. Medicína a právo. Praha : C. H. Beck, 2006
- Q. MOLEK, Pavel. Čl. 10 [Vázanost mezinárodními smlouvami].  
BAHÝLOVÁ, Lenka, Jan FILIP, Pavel MOLEK, Milan  
PODHRÁZKÝ, Vojtěch ŠIMÍČEK a Ladislav VYHNÁNEK (Eds.).  
Ústava České republiky: komentář. Praha: Linde, 2010, 1533 s. ISBN 9788072018147.
- R. Šimek, J. a kol. Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa. Praha: Grada, 2002.
- S. Vurm, V. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví.  
Praha :  
MANUS, 2004.

- T. VYHNÁNEK, Ladislav. Proporcionálně či jinak? Problém ústavního přezkumu zásahů do sociálních práv. Časopis pro právní vědu a praxi. 2014, č. 4, 203- 221 s. ISSN 1210-9126.
- U. WAGNEROVÁ, Eliška; ŠIMÍČEK, Vojtěch; LANGÁŠEK, Tomáš; POSPÍŠIL, Ivo; et al. Listina základních práv a svobod. Komentář. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012, 931 s. ISBN 978-80-7357-750-6.
- V. Zavázalová, H. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. Praha : Karolinum, 1992.

## 9.2 Právní předpisy

ÚZ č. 1032 - Správní řád, Soudní řád správní, Přestupky. Sagit

ÚZ č.983 Správní řád, soudní řád správní - zákony po rekonstrukci 2014. Sagit

ÚZ č. 961 - Zdravotní služby. Sagit

Listina základních práv Evropské unie [online]. Evropská unie, 2009. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX12010P&qid=1433799831874&from=CS>

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech [online]. Organizace spojených národů, 1966. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/mezinarodni-pakt-o-hospodarskych-socialnich-a-kulturnich-pravech.pdf>

Nařízení Evropské Rady č. 1408/71 ze dne 14. června 1971, o uplatňování systémů sociálního zabezpečení na zaměstnané osoby a jejich rodiny pohybující se v rámci Společenství. In: EUR-Lex [právní informační systém]. Úřad pro publikace Evropské unie. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1971R1408:20080707:EN :PDF>

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 810/2009 ze dne 13. července 2009 o kodexu Společenství o vízech (vízový kodex). In: EUR-Lex [právní informační systém]. Úřad pro publikace Evropské unie. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:243:0001:0058:cs:PDF>

Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 1231/2010 ze dne 24. listopadu 2010 kterým se rozšiřuje působnost nařízení (ES) č. 883/2004 a nařízení (ES) č.

987/2009 na státní příslušníky třetích zemí, na které se tato nařízení dosud nevztahují pouze z důvodu jejich státní příslušnosti. In: EUR-Lex [právní informační systém]. Úřad pro publikace Evropské unie. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32010R1231&from=CS>

Nařízení Evropského parlamentu a Rady č. 883/2004 ze dne 29. dubna 2004, o koordinaci systémů sociálního zabezpečení. In: EUR-Lex [právní informační systém]. Úřad pro publikace Evropské unie. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:02004R0883-20140101&from=EN>

Nařízení vlády č. 307/2012 Sb., o místní a časové dostupnosti zdravotních služeb. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Sdělení federálního Ministerstva zahraničních věcí č. 104/1991 Sb., o sjednání Úmluvy o právech dítěte. In: Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 1991, částka 22, s. 502-512.

Sdělení federálního Ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb., o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících. In: Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika. Praha: Ministerstvo vnitra, 1992, částka 41, s. 1073-1087.

Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000 Sb. m. s., o Evropské sociální chartě. In: Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika. Praha: Ministerstvo zahraničních věcí, 2000, částka 7, s. 139-174

Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s., o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicín (Úmluva o lidských právech a biomedicíně). In: Sbírka mezinárodních smluv: Česká republika. Praha: Ministerstvo zahraničních věcí, 2001, částka 44, s. 1897-1920.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011, o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči. In: EUR-Lex [právní informační systém]. Úřad pro publikace Evropské unie [cit. 16. 4. 2015]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů. Sb. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR [cit. 31. 5. 2015].

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práva a svobod, ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Ústavní zákon č. 395/2001 Sb., kterým se mění ústavní zákon České národní rady č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Všeobecná deklarace lidských práv [online]. Organizace spojených národů, 1948. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb., o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 202/150 Sb., správní řád soudní, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 221/2003 Sb., o dočasné ochraně cizinců, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 325/1999 Sb., o azylu, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 326/1999 Sb., o pobytu cizinců na území České republiky, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 327/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů. In: ASPI [právní informační systém]. Wolters Kluwer ČR.

### 9.3 Judikatura soudů

Nález Ústavního soudu ČR zde dne 12. 10. 1994, sp. zn. Pl. ÚS 4/94. Ústavní soud ČR [online]. Ústavní soud ČR, 2007 [cit. 29. 5. 2015]. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-4-94>

Nález Ústavního soudu ČR zde dne 23. 3. 2010, sp. zn. Pl. ÚS 8/07. Ústavní soud ČR [online]. Ústavní soud ČR, 2010 [cit. 29. 5. 2015]. Dostupné z: [http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-8-07\\_1](http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-8-07_1)

Nález Ústavního soudu ČR zde dne 23. 9. 2008, sp. zn. Pl. ÚS 11/08. Ústavní soud ČR [online]. Ústavní soud ČR, 2008 [cit. 30. 5. 2015]. Dostupné z: [http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-11-08\\_1](http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-11-08_1)

Nález Ústavního soudu ČR zde dne 25. 3. 2014, sp. zn. Pl. ÚS 43/13. Ústavní soud ČR [online]. Ústavní soud ČR, 2014 [cit. 30. 5. 2015]. Dostupné z: [http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-43-13\\_1](http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-43-13_1)

Nález Ústavního soudu ze dne 13. 9. 2011, sp. zn. I. ÚS 2875/08. Ústavní soud [online]. Ústavní soud, 2013 [cit. 5. 6. 2015]. Dostupné z: [http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=1-2785-08\\_1](http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=1-2785-08_1)

Nález Ústavního soudu ze dne 15. 1. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 15/12. Ústavní soud [online]. Ústavní soud, 2013 [cit. 4. 6. 2015]. Dostupné z: [http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-15-12\\_1](http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-15-12_1)

Nález Ústavního soudu ze dne 22. 10. 2013, sp. zn. Pl. ÚS 19/13. Ústavní soud [online]. Ústavní soud, 2013 [cit. 5. 6. 2015]. Dostupné z: [http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-19-13\\_](http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-19-13_)

Rozsudek Nejvyššího soudu ČR ze dne 27. 4. 2011, sp. zn. 25 Cdo 3507/2008. Nejvyšší soud [online]. Nejvyšší soud, 2011 [cit. 5. 6. 2015]. Dostupné z: [http://www.nsouid.cz/Judikatura/judikatura\\_ns.nsf/WebSearch/DF600BD335C4595CC1257A4E006A8EF7?openDocument&Highlight=0](http://www.nsouid.cz/Judikatura/judikatura_ns.nsf/WebSearch/DF600BD335C4595CC1257A4E006A8EF7?openDocument&Highlight=0),

Rozsudek Nejvyššího správního soudu České republiky ze dne 30. 9. 2013, sp. zn. 4 Ads 134/2012. Nejvyšší správní soud [online]. Nejvyšší správní soud, 2013 [cit. 28. 5. 2015]. Dostupné z: [http://www.nssoud.cz/files/SOUDNI\\_VYKON/2012/0134\\_4Ads\\_120\\_201310230\\_90611\\_prevedeno.pdf](http://www.nssoud.cz/files/SOUDNI_VYKON/2012/0134_4Ads_120_201310230_90611_prevedeno.pdf)

#### **9.4 Klíčová slova**

Zdravotnictví

Zdravotní politika

Ochrana veřejného zdraví

Zajištění zdravotní péče

Health

Health policy

Protection of public health

Ensuring of health care

Health care

#### **9.5 Téma závěrečné práce v angličtině**

The health care system in the Czech Republic as a problem of public policy and administration.