ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA EKONOMICKÁ

Bakalářská práce

Zdravotní péče – historický vývoj financování na našem území

Health Care – historical development of financing in our territory

Zuzana Pechová

Plzeň 2017

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
Fakulta ekonomická
Akademický rok: **2015/2016**

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Mgr. Zuzana PECHOVÁ**
Osobní číslo:	**K14B0046K**
Studijní program:	**B6208 Ekonomika a management**
Studijní obor:	**Podniková ekonomika a management**
Název tématu:	**Zdravotní péče - historický vývoj financování na našem území**
Zadávající katedra:	**Katedra financí a účetnictví**

Zásady pro vypracování:

1. Definujte základní pojmy spojené se zdravotnictvím a zdravotní péčí s ohledem na téma práce.
2. Analyzujte významné mezníky v historii zdravotní péče s důrazem na financování.
3. Zhodnoťte provedenou analýzu a shrňte řešenou problematiku.

Rozsah grafických prací: **neuveden**

Rozsah kvalifikační práce: **40 - 60 stran**

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam odborné literatury:

- **BELLOVÁ, Jana; ZLÁMAL, Jaroslav.** *Ekonomika zdravotnictví.* **Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 978-80-7013-551-8**
- **MÁŠOVÁ, Hana.** *Nemocniční otázka v meziválečném Československu: moderní pojetí role nemocnice, jak se formovalo a realizovalo v období první republiky.* **Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0908-8**
- **NIKLÍČEK, Ladislav.** *Přehled dějin českého lékařství a zdravotnictví: I. díl (do roku 1945).* **Brno: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1989. ISBN 80-7013-032-6**

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Pavlína Hejduková, Ph.D.**
Katedra financí a účetnictví

Datum zadání bakalářské práce: **23. října 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce: **25. dubna 2016**

Doc. Dr. Ing. Miroslav Plevný
děkan

L.S.

Západočeská univerzita v Plzni
Fakulta ekonomická

Prof. Ing. Lilia Dvořáková, CSc.
vedoucí katedry

V Plzni dne 23. října 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma

„Zdravotní péče – historický vývoj financování na našem území“

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce za použití pramenů uvedených v přiložené bibliografii.

Plzeň dne 20. dubna 2017 ……

podpis autora

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D. za cenné rady, pomoc a připomínky během zpracování této bakalářské práce.

Také bych chtěla poděkovat mé rodině a všem blízkým, kteří mě podporovali v době mého studia.

Obsah

Úvod ... 8

1. Vymezení pojmů ... 10

1.1. Lékař ... 10

1.2. Nemoc ... 10

1.3. Pacient ... 12

1.4. Prevence ... 12

1.5. Úrazové pojištění ... 13

1.6. Zdraví ... 14

1.7. Zdravotní péče ... 14

1.8. Zdravotní pojištění ... 15

2. Lékařství, léčitelství a magie do 15. Století ... 17

2.1. Středověký lékař ... 18

2.2. Souhrn financování ... 20

3. Rozvoj lékařství v období renesance ... 21

4. Lékařství 17. století ... 26

4.1. Souhrn financování ... 29

5. Zdravotnictví v období osvícenství ... 30

5.1. Souhrn financování ... 34

6. Zdravotnictví 19. století ... 36

6.1. Druhá polovina 19. století ... 40

6.2. Souhrn financování ... 42

7. Zdravotní péče v ½ 20. století ... 43

7.1. Souhrn financování ... 49

8. Československé zdravotnictví 1948 až 1989 ... 51

8.1. Souhrn financování 56
9. Změny ve zdravotnictví po roce 1990 57
9.1. Devadesátá léta 57
9.2. 21. století 59
9.3. Souhrn financování 62
10. Současnost financování zdravotní péče 63
10.1. Financování jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče 65
10.1.1. Praktičtí lékaři 65
10.1.2. Ambulantní specialisté 66
10.1.3. Nemocniční péče 68
10.1.4. Lékárny 68
10.2. Souhrn financování 70
Závěr 71
Seznam tabulek 76
Seznam použitých zkratek 77
Seznam použitých zdrojů 78
Literatura 78
Internetové zdroje 82
Právní normy 84

Úvod

Zdravotnictví je důležitou součástí rozvinutých ekonomik a jeho financování patří k významným tématům ve společnosti. Rychlý rozvoj techniky a léčivých přípravků vede k stále narůstajícím nákladům na zdravotní péči. Jak tuto péči hradit tak, aby byla zajištěna v přiměřené výši pro pacienty a zároveň její hrazení nepřerostlo únosnou mez, je dlouhodobou a diskutovanou otázkou.

Prioritním úkolem zdravotnictví je zajištění zdravotní péče sloužící k udržení zdravé společnosti. Pro člověka patří zdraví k nejdůležitějším hodnotám, ale zdraví je důležité pro celou společnost, protože jen zdravá populace může být základ pro fungující společnost.

Samotný pojem zdraví byl v průběhu historie chápán různě. Většinu historie bylo zdraví chápáno pouze v oblasti zdraví těla. Bylo potřeba, aby byl jedinec schopný zapojit se do společnosti a takový byl považován za dostatečně zdravého. Až v modernější době začalo být na zdraví nahlíženo jako na subjektivní pocit daného člověka. Subjektivita vnímání, kdo je a není zdraví, ovšem opět přináší rozpory do debat o rozsahu a způsobu financování zdravotní péče.

Cílem této práce je analyzovat vývoj zdravotní péče na území současné České republiky od pravěku do dnešní doby a popsat důležité mezníky v historii zdravotní péče s důrazem na její financování.

Rozdělení na praktickou a teoretickou část není u této práce vhodné. Práce je zpracována na základě relevantních dostupných zdrojů v knižní i elektronické podobě. Většina použitých zdrojů je dostupná v českém jazyce a to díky zaměření práce na naše území. V kapitolách zaměřených na 20. a 21. století využiji také statistické údaje zveřejněné Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR.

Na začátku zpracování práce je provedena literární rešerše z odborných knih a publikací i relevantních elektronických zdrojů. Dále pak je využita metoda analýzy a komparace a na konci práce srovnání.

Struktura práce je tvořena deseti kapitolami. Kapitoly jsou rozděleny podle základních časových etap. Na konci každé kapitoly je stručné shrnutí financování v daném období.

První kapitola je věnována vysvětlení základních pojmů, které mají relevantní vztah k tématu práce. Druhá kapitola je věnována vývoji lékařství a léčitelství od starověku po

začátek renesance a jak jej u nás ovlivňoval rozvoj lékařství převážně ze středomořské oblasti.

Třetí kapitola analyzuje období renesance a změny v postavení lékařů ve společnosti. Čtvrtá část je věnována 17. století, zlepšování prestiže lékařů a rozvoji lékařské vědy na poli teorie. Pátá kapitola se zabývá obdobím osvícenství, zlepšování kvalifikace zdravotníků a zavádění teoretických lékařských myšlenek do praxe.

Šestá kapitola nastiňuje výrazné změny, které proběhly v období 19. století a jejich dopad na lékařství. Začátek 20. století a rozvoj zákonů a pojištění v Československu jsou rozebrány v sedmé kapitole. Osmá kapitola je věnována budování komunismu v Československu a dopadům, které to mělo na zdravotnictví. Devátá kapitola se zaměřuje na období od pádu komunismu v roce 1989 a transformaci socialistického zdravotnictví v demokratické společnosti. Poslední kapitola je věnována současnému systému financování zdravotní péče.

1. Vymezení pojmů

1.1. Lékař

Lékařem se stane absolvent vysokoškolského akreditovaného studia ve zdravotnickém magisterském programu. Toto studium u nás zprostředkovávají lékařské fakulty. Lékař si volí svoji specializaci v daném oboru, který ukončuje složením atestace. Pokud není lékař atestován, může vykonávat své povolání pouze pod dozorem atestovaného lékaře. Zubní lékaři a farmaceuti mají rozdílné podmínky než ostatní lékaři pro samostatný výkon svého povolní. Způsobilost k výkonu lékařského povolání upravuje zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (Česká lékařská komora 2016).

Výkon lékařského, ale i jiného zdravotnického, povolání vyžaduje bezúhonnost a zdravotní způsobilost jedince. Za bezúhonného je podle stávající platné právní úpravy považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody pro úmyslný trestný čin (Vylíčilová 2008, s. 12.).

K výkonu lékařského povolání se vztahuje především zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování ve všech typech zdravotnických zařízení. Zahrnuje práva a povinnosti pacientů, jejich blízkých osob, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků a dalších osob v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb (Česká lékařská komora 2016).

1.2. Nemoc

Za nemoc je označována porucha zdraví. Zdraví a nemoc je určována vztahem člověka a prostředí. Prostředí klade na člověka určité množství nároků s různou intenzitou. Pokud se člověk těmto nárokům dokáže přizpůsobovat, je ve stavu zdraví. Ovšem když intenzita a množství nároků přesáhnou určitou hranici jejich zvládnutí, dojde k poruše zdraví a objeví se nemoc (Čeledová 2010, s. 20.).

Vymezení a definice pojmu nemoc se různí. Například (Nováková 2011, s. 19.):

- Nemoc je chápána jako patologický stav těla či mysli. Tento stav je projevem změny funkcí buněk, tkání a orgánů v lidském organizmu.

- Nemoc může být také chápána jako porucha rovnováhy mezi vnitřním a vnějším prostředím organizmu. Nebo se také může jednat poruchu celistvosti součástí organismu.

Nemoc také může být definována na základě vymezení se k termínu zdraví:

- Zdraví je pozitivní stav, který je potřeba podporovat a usilovat o něj. Nemoc, popřípadě choroba, je negativní stav, který má být ošetřen nebo jinak překonán (Hamilton-West 2011, s. 4.).
- Nemoc může být rovněž definována jako objektivně či subjektivně zjistitelná porucha zdraví nebo jako selhání adaptačních mechanizmů.

Různé kultury a civilizace chápali v průběhu svých dějin pojetí nemoci odlišně. Přírodní národy často chápou nemoc jako jev vyvolaný nadpřirozenými silami. Nemoc je vnímána jako projev slabosti či hříchu. Odpomoci od nemoci mohou šamani a to specifickými formami zaříkávání či obětování. Křesťanská civilizace přistupovala k nemoci jako k božímu trestu a smrti jako k vykoupení.

Novodobá společnost západního světa se snažila a snaží poznávat skutečné příčiny nemocí a obranu proti nim odvíjí od předešlých zkušeností. Od zkušeností se pak vede cesta k teoretickému uvažování nad tím, co je nemoc. Během let vzniklo několik různých pojetí nemoci (Nováková 2011, s. 20.).

- Biologické pojetí se vyvinulo v době objevu mikroorganizmů, které mohou za celou řadu onemocnění. Důležité bylo v tomto pojetí tělo. Psychika byla až na druhém místě. Příčiny vzniku nemocí byly hledány uvnitř organismu a člověk neměl žádný podíl na jejich vzniku.
- Psychoanalytické pojetí nemoci vzniklo na začátku 20. století. Rozvíjelo se s příchodem psychologie. Příčiny tělesných nemocí byly hledány v psychice člověka a uzdravení mělo proběhnout na základě jejího rozboru.
- Sociologické pojetí nemoci se dostalo na řadu v polovině 20. století. Nemoc byla chápána jako sociální jev a měla být odrazem vztahů a chování člověka ve společnosti.
- Bio-psycho-sociální pojetí má v dnešní době převahu. Základní myšlenkou je, že je potřeba v době nemoci člověka komplexně vyšetřit. Nemoc jde zjistit a určit v oblasti biologických, psychologických a sociálních potřeb člověka.

1.3. Pacient

Slovo pacient pochází z původního latinského slova patiens, odvozeného od slovesa pati, což znamená trpět. Toto původní pojetí slova dnes není již dostačující, protože mimo něj stojí například zdravé osoby, které absolvují preventivní či pravidelná lékařská vyšetření a osoby, které se podrobují lékařským zákrokům bez zdravotního důvodu.

Širší pojetí slova pacient samozřejmě v dnešní době zahrnuje i tyto osoby. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních definuje pacienta jako fyzickou osobu, které je poskytována zdravotní péče.

V posledních několika letech je patrný trend nahrazovat slovo pacient pojmem klient, což vychází z angloamerických vlivů. Toto vede k posunu vztahu mezi zdravotníkem a léčenou osobou od paternalistického ke vztahu partnerskému. Důležitá je důvěra příjemce poskytované péče, která má vycházet mimo jiné z rovnocenného vztahu se zdravotníkem (Reed 2011, s. 14.).

1.4. Prevence

Prevence patřila po staletí k základním výkonům lékařů. Vypracovávali předpisy zdraví pro konkrétní pacienty, jejichž dodržování mělo pacienty udržet zdravé po psychické i fyzické stránce (Říhová 2010, s. 41.). Novověcí krajští fyzici měli za úkol sledovat stav obyvatelstva a všímat si a předcházet všemu, co by mohlo škodit jeho zdraví.

Prevence má být činnost, která vede k upevnění zdraví a má zabránit vzniku nemocí. Má také vést k prodloužení aktivní délky života. Může se provádět u jednotlivců nebo na úrovni celé společnosti. Preventivní činnosti mají dvojí charakter:

- Nespecifické činnosti jsou zaměřené na zdravý způsob života a jeho podporu a snaží se vytvářet příznivé životní prostředí.
- Specifické činnosti jsou cíleně zaměřené na prevenci vzniku konkrétních nemocí, popřípadě jejich následků.

Prevenci také můžeme dělit na základě časového hlediska (Čeledová 2010, s. 35.):

- Primární prevence má za úkol zabránit vzniku nemocí a ochránit a posílit zdraví. Ochranná opatření tohoto typu prevence jsou komplexní, zdravotní a sociální

a snaží se o ochranu zdravých životních a pracovních podmínek a na prosazování zdravého životního stylu. Mohou také prosazovat konkrétní zdravotní opatření jakým je například očkování.

- Sekundární prevence se zabývá předcházení nepříznivých následků již propuklých nemocí. Snaží se předejít jejich komplikacím, nezvratným změnám a invaliditě. Hlavním prostředkem sekundární prevence je včasná správná diagnóza a také včasná správná terapie.

Někdy je také uváděná terciární péče. Ta zahrnuje snahu o minimalizaci postižení pomocí rehabilitací při nemoci, zranění či postižení. Je nejčastěji poskytována v rámci sekundární či terciární úrovně zdravotní péči, ale může být také poskytována v rámci komunity a rodiny (Stanhope 2015, s. 269.).

Ačkoli má prevence stále nezastupitelné místo ve zdravotní péči, již dnes nezastává natolik výsostnou úlohu, jako tomu bylo dříve. Kromě prevence patří mezi základní druhy zdravotní péče podle Ministerstva zdravotnictví ČR také ambulantní a lůžková péče, pohotovostní služba, zdravotnická záchranná služba, pracovně-lékařské služby, dispenzární péče lázeňská léčebně rehabilitační péče a lékárenská péče (Ministerstvo zdravotnictví České republiky 2014).

1.5. Úrazové pojištění

Komerční úrazové pojištění si mohou sjednávat jednotlivci i skupiny u konkrétních institucí, podle svého výběru. Jedná se o druh pojištění, které zahrnuje výplatu pojistného plnění v případě, že dojde k úrazu, který má za následek přechodné či trvalé tělesné poškození či smrt pojištěného. Výplata pojistného plnění se vyplácí až po skončení šetření úrazu, které může trvat v případě komplikací či nejasností i několik let. Rozsah pojistného plnění je určen ve smlouvě a má omezenou horní hranici.

Povinné úrazové pojištění se týká pouze zaměstnanců. Vypočítává jej zaměstnavatel ze stejného základu jako je pojistné na důchodové zabezpečení. Počítá se za čtvrtletí. Sazba je různá pro jednotlivá odvětví od 0,28% do 5,04%. Minimální výše pojistného je 100,- Kč za čtvrtletí (Ochrana 2010, s. 192.).

1.6. Zdraví

Zdraví je vnímáno každým člověkem jinak. Běžně lidé spojují zdraví s vnímáním kladných pocitů a s vnímáním nepřítomnosti nepříjemných projevů, jako jsou bolest, nevolnost, úzkost atd. Lékař ovšem sleduje a posuzuje zdraví na základě prováděných vyšetření a jejich srovnávání s normálními hodnotami vyšetřovaných znaků. Psycholog či sociolog pod pojmem zdraví vidí schopnost jednotlivce v navazování a udržení vztahů a kontaktů s jinými osobami a v plnění očekávaných rolí v životě (Nováková 2011, s. 13.).

Pojem zdraví byl chápán v průběhu historie společnosti různě. Ze začátku představovalo zdraví pouze zdraví těla, později již bylo zapotřebí, aby byl člověk brán jako zdraví, jeho schopnost zapojit se do společnosti. Ještě později bylo na zdraví nahlíženo jako na subjektivní pocit osoby. Definic zdraví je v dnešní době celá řada. Nejvíce rozšířenou je pravděpodobně definice Světové zdravotnické organizace (Nováková 2011, s. 14.).:

- *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nejen nepřítomnosti nemoci nebo vady.“(*WHO 1948)[1]

Definice zdraví mají několik společných znaků. Chápou zdraví jako důležitý prvek pro uskutečňování cílů daného člověka a berou zdraví jako dynamický jev. Zdraví je měnící se a vyvíjející se proces, který nemá žádnou maximální hodnotu, která by nebyla závislá na individuálních, společenských a ekologických faktorech. Je také úzce spojeno s kvalitou života jednotlivce, a má tedy pro něj vysokou životní hodnotu, který ale také nese odpovědnost za své zdraví (Čeláková 2010, s. 20.).

1.7. Zdravotní péče

Činnosti zdravotní péče jsou zaměřené na léčení, ale také prevenci před chorobami. Jedná se však pouze o prevenci, která může být zabezpečována zdravotnickým systémem. Základním členěním zdravotní péče je na zdravotnické služby ve smyslu nemateriálních hodnot a s nimi související materiální spotřebu.

[1] Ústava světové zdravotnické organizace v platnosti od 07.08.1948

Dále je možné, a také často využívané, členění podle různých kritérií. Můžeme zdravotní péči rozdělit na základní a specializovanou či v médiích často zmiňovanou standardní a nadstandardní.

Podle rozdělení na základní a specializovanou dělíme zdravotní péči na:

- primární
- specializovanou sekundární
- superspecializovanou terciární

Primární péče je první léčebnou linií. Zdůrazňuje důležitost prevence a programy jako je očkování. Je možné ji také popsat jako filosofii zdraví, která klade důraz na zapojení komunity či rodiny (Goodman 1993, s. X.). Mezi primární řadíme tu péči, která je poskytována ambulantně či v domácím prostředí. Zahrnujeme do ní péči praktických lékařů a základní gynekologickou a stomatologickou péči.

Sekundární péče zahrnuje mnoho oborů jako je například chirurgie, urologie, traumatologie atd. Terciární zdravotní péče je poskytována ve velkých nemocnicích, které disponují týmy odborníků. Jde o vysoce specializovanou, komplexní a diagnostickou léčbu. Většina lidí využívá služby primární péče a nejméně terciární. Avšak náklady na ně jsou rozloženy přesně opačně.

Standardní péče zahrnuje soubor výkonů a služeb, které odpovídají indikaci a provedení v odborně i ekonomicky nezbytném rozsahu, směřující k návratu či uchování zdraví. Naproti tomu nadstandardní péče zahrnuje i výhody a služby, které nejsou vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu nezbytné. Pacient nadstandardní péči hradí přímo nebo z dobrovolně sjednaného pojištění (Durdisová 2005, s. 22-26.).

1.8. Zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění bylo opětovně zavedeno v České republice vletech 1992 a 1993. Základními legislativními kameny zdravotního pojištění jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a dva zákony vztahující se k zdravotním pojišťovnám, kterými jsou zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách. Všechny tyto zákony byly mnohokrát novelizovány (Němec 2008, s. 190.).

Zdravotní pojištění je pro obyvatele České republiky povinné. Pojištění vzniká dnem kdy:

- se osoba s trvalým pobytem v České republice narodí,
- získá trvalý pobyt,
- nebo nemá trvalý pobyt, ale stane se zaměstnancem na území republiky.

Zánik zdravotního pojištění nastává zpravidla úmrtím pojištěnce, ukončením trvalého pobytu nebo zaměstnání na území republiky. Na základě zdravotního pojištění je plně či částečně hrazena zdravotní péče pojištěnci. Mezi plátce zdravotního pojištění patří, zaměstnavatel, zaměstnanec, stát, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů. Platby na zdravotní pojištění nejdou státu, ale odcházejí do zdravotních pojišťoven.

Pojištěnec si může vybrat zdravotní pojišťovnu sám. Změnu pojišťovny lze provést vždy jednou za rok a to k datu 1. ledna nebo 1. července. Přihlášku k nové pojišťovně musí pojištěnec podat nejpozději tři měsíce dopředu. Novorozenci dostávají automaticky zdravotní pojišťovnu své matky (Gola 2015).

Odvod na zdravotní pojištění je u zaměstnanců vypočítáván z jejich hrubé mzdy. Tento odvod provádí za zaměstnance zaměstnavatel. Zaměstnanec platí 4,5% z hrubé mzdy a zaměstnavatel za ně platí dalších 9%. Minimálním vyměřovacím základem je pro zaměstnance minimální mzda.

Osoby samostatně výdělečně činné vypočítávají svůj odvod z poloviny jejich zisku za předešlé účetní období, které je většinou předcházející kalendářní rok. Takto vypočítaný vyměřovací základ se přepočítá na měsíce. Pokud je výsledná částka nižší než minimální vyměřovací základ, je pro odvod použit minimální vyměřovací základ, který závisí na hodnotě průměrné mzdy, každoročně stanovovanou Ministerstvem práce a sociálních věcí. Sazba zdravotního pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné je také 13,5%.

Pro pojištěnce, za které je plátcem pojistného stát, je stanoven vyměřovací základ pro rok 2016 na 6 444,-Kč. Pojistné je tedy ve výši 870,-Kč měsíčně (Tichý 2015).

2. Lékařství, léčitelství a magie do 15. Století

Studiem lékařství přírodních národů je možno si vytvořit představu o tom, jakou úlohu hrály v pravěkém léčitelství, jinak také paleoterapii, pověry. Léčitelství se vyvíjelo pod vlivem náboženských představ a léčba byla spojována s vírou v bohy. Léčení bylo výsadou mágů a kněží. Ti prováděli rituály, zaříkávání a zažehnávání, které měly pomoci nemocnému. Postupem času se objevili bohové, kteří měli speciální vztah k nemocem či k uzdravování. Jejich chrámy se pak stávaly centry pro léčení (Matoušek 1953, s. 11.).

Informace o vývoji lékařství v období pravěku jsou získávány především ze studia nálezů hmotné kultury a z geologických, botanických, zoologických a antropologických nálezů. Například amulety a talismany, které měly mít léčebné účinky, byly nalezeny v hrobech už z mladší doby kamenné.

Především nálezy z období neolitu poukazují na skutečnost, že se léčebné postupy vyvíjely a docházelo k pokroku i na území dnešního Česka. Byly nalezeny lebky s okrouhlými otvory, jejichž okraje nesou stopy reparativních procesů, což dokazuje vývoj v oblasti operační chirurgie. Byly také nalezeny důkazy o provádění amputací, léčbě fraktur, a že k léčení byly využívány různé druhy medikamentů (Niklíček 1989, s. 4.).

Vývoj lékařství na území dnešního Česka nebyl izolovaný od vývoje ve zbytku Evropy a postupně do něj pronikaly prvky skutečného lékařství, které se formovalo ve středomoří. Zde se léčení nemocných částečně přesunulo od mágů a kněží do rukou skutečných lékařů. Vzdělání těchto lékařů probíhalo stejně jako u řemesel. Učedník se učil od mistra a následně se vydal na cesty, kde na různých místech vykonával pomocné práce pro další lékaře, než se sám stal samostatným lékařem (Matoušek, 1953 s. 13.).

Přesto léčení mágů a kněží zcela nezaniklo a chrámy určené pro léčbu nemocných přetrvaly. Nejznámější chrámy tohoto druhu byly zasvěceny Asklepiovi. Lidé přinášeli do chrámů obětiny a dary. Mezi základní Asklepiovi atributy patřil kohout, symbol bdělosti, který mu také býval často obětován (Kýr 2014).

Za jedním ze zakladatelů západní medicíny je v moderní době považován Hippokratés (460-370 př. n. l.), který pokládal lékařství za speciální samostatný vědní obor. V díle Corpus Hippocraticum již dokonce uvádí jako samostatnou disciplínu chirurgii. Přesto

znalosti tehdejších lékařů o uspořádání lidského těla nebyly velké. Až žáci takzvané alexandrijské školy Hérofilos z Chalkedónu (330-260 př. n. l.) a jeho následovník Erasistratos (300-250 př. n. l.) začali provádět podrobné pitvy mrtvých lidských těl (Čihák 2014, s. 30.).

Od poloviny prvního tisíciletí našeho letopočtu probíhala na území dnešního Česka slovanská kolonizace. Léčitelské způsoby příchozích Slovanů vycházely ze slovanské tradice i poznatků evropských a arabských lékařů. Léčení mohli provádět muži a staré zkušené ženy. Léčitelé byli nazýváni podle druhu léčení, které praktikovali například lékař, volchv, čaroděj, korenic atd. (Niklíček 1989, s. 5.).

Po přijetí křesťanství, okolo devátého století, proniklo na území Čech a Moravy klášterní lékařství, které vycházelo ze zúženého pojetí medicíny antického Řecka a Říma. Studovanými lékaři, kteří se vyskytovali na tomto území v raném středověku, byli cizinci, kteří vystudovali vysoké školy v Itálii nebo západní Evropě. Ti ovšem pobývali pouze na královských a bohatých šlechtických dvorech. O chudé, staré a nemocné se staraly špitály, které zakládaly církevní řády, bohatí šlechtici či městské rady. Přelomem v oblasti české medicíny se stalo založení Karlovy univerzity v roce 1348. Jednou ze čtyř fakult na univerzitě byla fakulta lékařská (Niklíček 1989, s. 8.).

2.1. Středověký lékař

Ani po založení Karlovy univerzity nebylo samozřejmě graduovaných lékařů tolik, aby se mohli starat o všechno obyvatelstvo. Jejich výskyt se omezoval na velká města a šlechtické dvory. Středověcí lékaři se snažili najít si klienty z bohatších vrstev, kteří jim mohli zajistit štědré honoráře, dary, popřípadě i trvalé důchody a statky. Za těmito klienty docházeli anebo je oni navštěvovali u nich doma. Přesto měli lékaři povinnost léčit i chudý lid. Právě ve špitálech mohli lékaři vykonávat svou praxi (Říhová 2010, s. 312.).

Kromě univerzitně vzdělaných lékařů se o lidské tělo nadále starali i lidé, jejichž vyučení bylo spíše podobné řemeslnému, takzvaní empirici. Mezi ty patřili chirurgové, ranhojiči, lazebníci, holiči, bylinkářky, porodní báby, apatykáři a někdy také kati. Tito lidé byli považováni za příslušníky takzvaných nepočestných zaměstnání, neboť starost a péče o lidské tělo byly církví pokládány za nedůstojné (Niklíček 1989, s. 7.).

Lidé tuto výrazně širší skupinu osob, než jakou byli lékaři, vyhledávali častěji především z důvodů finančních, ale také proto, že by jim lékaři nebyli schopni pomoci. Například v porodnictví, které bylo v kompetenci porodních bab, se lékaři nijak na univerzitách nevzdělávali (Říhová 2010 s. 317.).

Významnou složkou lékařské práce nebylo samotné léčení nemocných ale prevence před chorobami. Lékaři sepisovali takzvané regimin sanitatis. Byl to návod jak správně žít, který byl sestaven vždy speciálně pro konkrétního klienta a významnou úlohu v něm měli věk, pohlaví, povaha, zdravotní stav člověka, ale i roční období, postavení hvězd a prostředí ve kterém žil. Od sestavení kvalitního regimen pro významného člověka si lékaři slibovali přízeň vlivné osoby a také vylepšení svého postavení a s tím spojené navýšení příjmů. Regimen muselo být kvalitní nejenom po stránce lékařské, ale také literární (Říhová 2010, s. 319.).

Jak již bylo řečeno, léčení chudých lidí patřilo k běžné praxi lékaře. Od nich neměli lékaři požadovat žádný honorář. Ovšem dodržování tohoto etického pravidla nebylo vždy stoprocentní. U léčení nejchudších museli dát lékaři také pozor při sestavování předpisů na léky. Snažili se o sestavování takových receptů, které by byly stejně účinné, jako jejich ekvivalenty pro zámožnější pacienty, ale bez drahých příjemných esencí a vzácných vůní, které je prodražovaly (Říhová 2010, s. 326.). Léky pro pacienty připravovali sami lékaři, či si je mohli nechat připravit v lékárnách, kterých postupně, během třináctého a čtrnáctého století, ve městech přibývalo (Niklíček 1989, s. 6.).

Postavení lékařů bylo ve středověku neustále ohroženo, pokud se jim nezdařila opakovaně léčba nemocného. Lékař pak mohl ztratit svou klientelu, a jestliže neměl našetřené peníze, mohl zůstat dlouhodobě bez prostředků. Proto jim také bylo ve spisech doporučováno, aby si platili staré ženy, které o nich měly po městě rozšiřovat, jak jsou výborní. Lékaři také měli příbuzným a přátelům nemocného popisovat jeho nemoc jako velice vážnou, aby v případě jeho úmrtí neměli problémy. Pokud se tak nestalo a pacient trpěl nevyléčitelnou smrtelnou nemocí, měli lékaři pro jistotu opustit město (Říhová 2010, s. 332.).

S tím souvisí také etický problém, který řešili lékaři dané doby. Tedy, jestli si nechat platit honoráře od nevyléčitelně nemocných nebo nikoli. Příbuzní takto nemocných s tím nesouhlasili a s lékaři se o peníze i soudili. Na druhou stranu se i lékařům stávalo, že vyléčení pacienti odmítali za své uzdravení zaplatit a lékařům nezbývalo než dlužné

peníze vymáhat. Častokrát proto požadovali část mzdy hned na počátku spolupráce s pacientem (Říhová 2010, s. 334.).

2.2. Souhrn financování

Vývoj lékařství na českém území byl ovlivněn okolním světem, především pak lékařstvím, které se formovalo ve středomoří. Postupně se přesouvalo od mágů a kněží do rukou lékařů, kteří z počátku fungovali jako řemeslníci a také tak byli placeni. Přesto léčení mágů a kněží zcela nezaniklo. Nemocní přinášeli do chrámů obětiny a dary jako úlitby za uzdravení.

V raném středověku se na území Čech a Moravy začali objevovat studovaní lékaři. Ti ovšem přicházeli ze zahraničí a jejich služby se omezovaly pouze na královské a bohaté šlechtické dvory, kde si jejich služby mohli dovolit. Chudí byli léčeni ve špitálech, které postupně začali v této době zakládat církevní řády, bohatí šlechtici či městské rady.

Přelomovým, v oblasti české medicíny, se stal rok 1348, kdy byla založena Karlova univerzita a jednou z jejích fakult byla i fakulta lékařská. Univerzitně vzdělaných lékařů začalo na našem území během středověku přibývat. I tak jich byl pouze malý počet a jejich výskyt se rozšířil pouze na velká města a méně bohaté šlechtické dvory. Lékaři měli povinnost starat se o chudé zadarmo a tuto praxi mohli vykonávat právě ve špitálech. Ovšem lékaři stáli především o bohatou klientelu. Za dobré služby mohl získat lékař od svého patrona nejen štědrý honorář či dar, ale také doživotní důchod či statek. Postavení lékařů však nebylo ve středověku pevné. Pokud jejich snahy o vyléčení pacienta selhaly, mohl být lékař nucen i opustit město.

Kromě lékařů pečovali o nemocné nadále i lidé vyučení spíše ve stylu řemeslném, jako byli chirurgové či porodní báby. Jejich služeb využívali běžní lidé mnohem častěji. Důvodem byla samozřejmě především finanční stránka.

3. Rozvoj lékařství v období renesance

Renesance se začala postupně rozvíjet na přelomu 13. a 14. století se ve Florencii, odkud se postupně šířila po celé Itálii a od 15. století dále pronikala do Evropy a trvala až do 17. století. Samotný pojem renesance pochází původně z italského výrazu rinascenza, tedy znovuzrození či znovuobjevení. Poprvé ho použil italský životopisec, malíř a historik Giorgio Vasari, v roce 1550, ve smyslu znovuzrození antických ideálů. Z lékařského hlediska se jednalo o znovuobjevení prací a děl římských a řeckých lékařů a nalezení celé řady nových (Švejdová 2011, s. 61.).

Nejenom v lékařství, ale také v dalších oblastech docházelo k zásadním změnám. Renesance byla obdobím velkých zámořských objevů, které přinesly nové, často smrtelné, nemoci, ale také významný nárůst vědomostí o světě přírody. Docházelo k přesunu politických i obchodních center a k vzestupu nových náboženství. Roku 1453 došlo k tureckému záboru Konstantinopole, který vedl k příchodu velkého množství vzdělaných uprchlíků na Západ (Davies 2013, s. 70.).

Renesance opět obracela svou pozornost k řeckému ideálu krásy, pěstování těla i ducha a touze po znalostech a vědění. Askeze a mysticizmus, které byly tak typické pro středověkou společnost, byly na ústupu. Hlavním myšlenkovým směrem se stal humanismus, který zaměřil pozornost učenců a umělců zpět na člověka, přírodu a pozemský svět.

Zásadní změny zaznamenal obor anatomie, který se právě díky humanismu dostal do popředí zájmu. Umělci byli fascinováni krásou lidského těla a snažili se o co nejvěrnější zobrazení. Díky rozvoji anatomie došlo také ke změně postoje k pitvám. Jedním z nejlepších autorů anatomických ilustrací byl ve své době Leonardo da Vinci. Ačkoli sám neměl lékařské vzdělání, věnoval se, jako mnoho jiných umělců a lékařů, anatomickým pitvám (Porter 2001, s. 205.).

Důležitým objevem se pro lékařství stal v 15. století knihtisk. Ten umožnil, aby se v oblasti medicíny, začaly rychle šířit knihy, které do té doby byly širšímu publiku nedostupné. Cena učebnic významně klesla, a tak si je mohli dovolit i chudší studenti medicíny, aniž by se už museli učit jejich texty nazpaměť (Švejdová 2011, s. 61.).

Politické, ekonomické a náboženské pnutí mělo za následek řadu válek. Ty následně vedly k rozvoji chirurgie. Tento obor neměl v období středověku příliš dobrou pověst

a to i díky vysoké úmrtnosti pacientů. Ačkoli však docházelo k rozvoji patologie a anatomie, chirurgie se stále zabývala spíše povrchem těla. Léčila zlomeniny, spáleniny, pohmožděniny, sečné, tržné a střelné rány, nádory, otoky, vředy a některé kožní choroby. Již od dob Hippokrata se tradovalo, že muž, který chtěl provozovat chirurgii, měl jít do války. Ta byla považována za nejlepší školu. Mnozí chirurgové, kteří se právě na bojištích osvědčili, pak zastávali místa lékařů na význačných postech, ale přednost před nimi dostávali vždy univerzitně vzdělaní lékaři.

Chirurgové ovšem nefungovali jako ostatní lékaři. Toto odvětví bylo z lékařství vyčleněno a na většině území se chirurgie vyučovala systémem mistrů a učedníků, kteří se sdružovali do cechů. Chirurgové byli tedy považováni za lepší řemeslníky a podle toho také placeni (Porter 2001, s. 214.).

V polovině 14. století se Evropou začala šířit Černá smrt. Tato morová epidemie vyvolala všeobecnou nedůvěru v lékaře, protože ti nebyli schopni nijak mírnit dopady moru, natož ho zastavit. Pro zlepšení svého postavení a prestiže, se lékaři rozhodli založit Lékařskou společnost. Chirurgové do ní nebyli ještě mnoho let přijímáni (Švejdová 2011, s. 61.).

Medicína měla v době středověku dosti nejasné postavení v rámci systému věd. Většina univerzit byla tvořena pouze třemi fakultami a to teologickou, filosofickou a právnickou. Samotná medicína měla spíše postavení v kategorii ars, tedy umění. Se začátkem renesance začali také italští lékaři trvat na tom, aby byli zařazeni do kategorie scientia, tedy mezi vědy.

Lékařská věda stupňovala své ambice a její pevné spojení s církví a náboženstvím, bylo proto potřeba narušit. Postupně již od konce středověku vznikaly nové laické školy, které sloužily k výuce medicíny mimo církevní půdu. Z počátku sloužily tyto školy pouze k neformálnímu setkávání lékařů a studentů medicíny, kteří si vyměňovali své poznatky a studovali zde z antických a arabských knih (Porter 2001, s. 137.).

V roce 1348 byla založena nynější Univerzita Karlova v Praze. První doklady o zkouškách a výuce mediků na této univerzitě pocházejí z roku 1453 (Svobodný 2004, s. 52.). Většina vyučujících na lékařské fakultě pocházela z řad církve. Většinou také platilo, že studenti medicíny byli rovněž nižšími církevními hodnostáři (Říhová 2010, s. 21.).

Jak již bylo řečeno dříve, ve středověku neměli lékaři žádné významné postavení ve společnosti. Černá smrt, která si vyžádala životy téměř třetiny obyvatel Evropy, pověst lékařů ještě zhoršila. Konkurence lékařů byla veliká a lidé většinou upřednostňovali alternativní způsoby léčby, které byly levnější. Lékaři se snažili od nevědeckých léčebných postupů a praktik distancovat a proti léčení od laiků ostře vystupovali. Stále ovšem platilo i u lékařů, že Bůh je nejvyšší lékař a příroda pomáhá a uzdravuje (Siraisi 1990, s. 42.).

Lékaři, kteří úspěšně dokončili studium medicíny na univerzitě, měli z lékařů nejlepší postavení a těšili se většinou všeobecné vážnosti. Mnozí z nich působili na panovnických dvorech, ale také u vysokých církevních hodnostářů a ve službách bohatých měšťanů. Tato zaměstnání jim přinášela vysoké výdělky. Na začátku renesance, kdy byla medicína ještě úzce spojena s církví, bylo běžné, že ani tito graduovaní lékaři nezapomínali na ty nejchudší, které léčili zdarma (Svobodný 2004, s. 49.). Postupně však tuto křesťanskou povinnost od nich převzali ošetřovatelé.

Vrcholem kariéry pro univerzitně vzdělaného lékaře bylo získání místa královského či dvorního lékaře. Toto postavení nemohl zastávat nikdo, kdo neměl patřičné vzdělání a bylo spojeno s řadou výhod a prebend. Lékař získal titul dvořana a stálý plat. Dvorní lékař nebyl většinou jen jeden. Když bylo potřeba, scházeli se lékaři k takzvaným konsiliím a vytvářeli dohromady plány léčby. Jejich hlavním úkolem byla péče o panovníka a lidi, se kterými přicházel do styku. Dále také sestavovali předpisy zdraví, aby byl panovník zdráv tělesně i duševně (Říhová 2010, s. 41.).

Významnou lékařskou osobností českého království se na začátku 15. století stal Albík z Uničova. Vystudoval práva a medicínu a to nejenom na pražské univerzitě, ale studoval také na univerzitě v italské Padově. Tato italská univerzita patřila se svým medicínským vzděláním k nejlepším a nejmodernějším v Evropě a řadila se mezi oblíbené jak mezi studenty, tak mezi přednášejícími z celé Evropy. Albík z Uničova sám později na pražské univerzitě učil.

Byl osobním lékařem Václava IV. a zastával nejvyšší funkci mezi všemi královskými lékaři. Po smrti Krále Václava IV. sloužil nadále jako osobní lékař jeho bratra Zikmunda Lucemburského. Král ho také roku 1411 dosadil na pražský arcibiskupský stolec (Říhová 2010, s. 42.).

Již o rok později však ze své funkce arcibiskupa odstoupil kvůli takzvané odpustkové bouři. Byl taktéž jmenován královským zemským lékařem, který měl rozhodovat o nakažených leprou. V rámci tradice navštěvoval tento lékař i pražské špitály, kde vykonával zadarmo odborný dozor (Říhová 2010, s. 42.).

Kromě příjmů, které měl jako lékař, dostával Albík z Uničova také prebendy za své církevní tituly. Poté co opustil arcibiskupský stolec, stal se vyšehradským proboštem a titulárním biskupem v palestinské Ceasareji. Naneštěstí dobré vztahy s českými králi a církví vedly k tomu, že musel během husitských válek uprchnout ze země a tím přišel o většinu svého majetku. (Říhová 2010, s. 42.).

Konec renesance přinesl odklon od již zmiňované praxe pomoci chudým zadarmo. Lékaři od ní postupně upouštěli a místo nich nastupovali ošetřovatelé ve špitálech a lidoví léčitelé. Specifické také bylo, že se renesanční lékař nikdy nedostal do fyzického kontaktu s nemocným. Veškeré úkony s tím spojené vykonávala řada pomocníků, které měl každý lékař při ruce (Ball 2009, s. 75).

Medicína během období renesance zažila velký boom. Ovšem nové poznatky nebyly pro běžné pacienty tolik přínosné, neboť se jim nepodařilo příliš posunout schopnost vyléčit tehdy běžné nemoci. Naopak u lékařů postupně vyvolaly pocit vlastní vážnosti a důstojnosti (Porter 2001, s. 226.).

Lékaři si mohli díky bohaté klientele dovolit nosit honosné oděvy, které byly dosti nápadné svou barevností. Toto je na první pohled odlišovalo od ostatních lidí a dávalo jim pocit jisté nadřazenosti. K tomu také přispívalo stále častější zaměstnávání lékařů ve veřejných funkcích.

Například podle trestního zákoníku Habsburské monarchie z roku 1532 musel soudce konzultovat každé podezření na vraždu s lékařem, což byl velký krok pro rozvoj soudního lékařství. Zvláště proto, že tento zákoník byl v pozměněných variantách převzat postupně ve většině Evropy (Porter 2001, s. 227.). Veřejné funkce byly většinou honorovány, ale pokud z nich neměl lékař tento okamžitý prospěch, napomáhala mu veřejná funkce k vlastní propagaci a publicitě, která následně vedla k většímu počtu klientů.

3.1. Souhrn financování

Z neakademicky vzdělané části lékařů zaznamenali v období renesance největší posun na společenském žebříčku chirurgové. Ačkoli na významných postech před nimi měli stále univerzitně vzdělaní lékaři přednost, mohli se nově chirurgové, kteří získali určitý věhlas vůbec o tyto posty ucházet. Stále se však jednalo o řemeslo, a podle toho byli také placeni. Chirurgové nebyli jako lékaři chápáni.

Postavení lékařů se postupně během renesance zlepšovalo. Zpočátku tohoto období ještě lékaři plnili svou povinnost léčit chudé zadarmo, postupně však tuto svou činnost přenechali ošetřovatelům a lidovým léčitelům. Díky bohatým klientům si mohli lékaři dovolit nosit honosné nápadně barevné oblečení, kterým byli ve společnosti dobře rozpoznatelní.

Také provázanost medicíny a církve byla ještě na začátku renesance veliká. Velká část univerzitně vzdělaných lékařů zastávala taktéž některý z církevních postů, ze kterých jim plynuly materiální výhody. Postupně však docházelo k laicizaci medicíny a církevní funkce u lékařů nahradily funkce veřejné.

Vrcholem kariéry lékaře stále bylo místo královského či dvorního lékaře. S tímto postem získal lékař titul dvořana a stálý plat. Toto postavení ovšem mohli vykonávat pouze univerzitně vzdělaní lékaři.

4. Lékařství 17. století

Ve východní Evropě ještě v 17. století končila renesance, v západní Evropě už se ovšem objevovaly počátky osvícenství. Charakteristické pro 17. století byla barokní kultura, která byla naplněna senzualitou, a utváření základů moderní filosofie a vědy, která se stávala více a více exaktní a racionální.

Evropa zažívala bouřlivé období. Po celé století čelila náporu Osmanské říši i velmocenským válkám jednotlivých států, které se mísily a prolínaly s válkami náboženskými. Politické uspořádání a náboženské spory vedly také k několika občanským válkám v Evropě. Přesto však se dařilo evropským státům rozšiřovat své koloniální území. Především Anglii a Nizozemí, které zažívaly svůj zlatý věk.

Renesanční humanisté si přáli obnovit medicínu v její původní řecké podobě. V 17. století se ovšem objevil názor zcela opačný. Podle něj se medicína mohla dále rozvíjet pouze za předpokladu, že se veškerá minulost zavrhne a že pohled vědců by měl směřovat ne do historie, ale dopředu (Porter 2001, s. 231.).

Začaly se rozvíjet nové lékařské směry jako iatromatematika, iatrofyzika, či iatrochemie. Průkopníkem iatromatematiky[2] se stal Santorio, který vystudoval univerzitu v Padově a spolupracoval s Galileo Galileem. Santorio prosazoval, že nejdříve má člověk věřit svým zkušenostem, pak svému rozumu a nakonec teprve starověkým učencům. Vyvinul teploměr na měření tělesné teploty, který bylo možno používat jak v praxi, tak při experimentech (Porter 2001, s. 258.).

Iatrochemici věřili v takzvanou vitální sílu, která může být udržována v rovnováze chemicky nebo posilujícími či oslabujícími vnějšími podněty. K Iatrochemikům patřil například John Brown, Jan van Helmont či Friederich Hoffman. Skupina Iatrofyziků se nechala inspirovat myšlením Descarta. Proto považovali lidské tělo za stroj a na základě toho předpokládali, že může být jeho fungování popsáno pomocí mechaniky a chemie (Duinová 1997, s. 39.).

Na začátku 17. století byl v Anglii přijat takzvaný chudinský zákon. Ten nařizoval, aby péče o chudé, staré a nemocné byla placena z daní jednotlivých farníků. Chudé rodičky měly mít k dispozici farní porodní bábu a novorozenci farní kojnou (Porter 2001, s. 269.).

[2] lékařská matematika

Nejlepší špitály se nacházely v italských městech. Jejich správa byla většinou v rukách církve, popřípadě se na ní podílely i městské orgány. Tyto nemocnice se běžně ujímaly nepohyblivých, nevyléčitelně nemocných, žen a opuštěných dětí.

Ve Francii působil od středověku Hotel Dieu, který se ovšem během 17. století významně modernizoval. Také v něm se mohli léčit i nemajetní, ovšem pouze ti, co netrpěli nakažlivými chorobami. Rozvíjely se také ošetřovatelské organizace, které tvořily především ženy. Francie, jako katolická země, si také prošla protireformačními aktivitami, což vedlo k posílení religióznímu pohledu na nemoci. K doporučované léčbě proto patřily modlitby, poutě na svatá místa, dary církvi, používání svátostí a pomazávání nemocných posvěceným olejem (Porter 2001, s. 271.).

V Českých zemích docházelo na začátku 17. století k navyšování počtu akademicky vzdělaných lékařů, chirurgů, lékárníků a porodních bab a také k jejich větší vzdělanosti. Rozrůstal se taktéž počet zdravotnických institucí. Tento pozitivní trend zastavila třicetiletá válka. Po válce, která sama o sobě vedla ke snížení počtu a zdraví populace, docházelo k četným hladomorům a následným epidemiím, které vedly ke zhoršení zdravotního stavu lidí a k velké úmrtnosti nejen v českých zemích, ale v celé kontinentální Evropě (Niklíček 1989, s. 17.).

Protireformace, která začala na českém území již po Bílé hoře, zasáhla také pražskou univerzitu. Správu nad ní dostali do rukou jezuité. Lékařské fakulta, spolu s právnickou, byla později vyjmuta z moci jezuitů a byla vytvořena takzvaná Karolinská univerzita, kterou měl na starosti protektor, zeměpanský úředník. K opětovnému spojení univerzit došlo o šestnáct let později v roce 1654. Tím vznikla Karlo-Ferdinandova univerzita, která se snažila být státní vzdělávací institucí (http://www.cuni.cz/UK-374.html).

Lékařská fakulta se snažila stát dozorčím orgánem v oblasti zdravotních služeb. To se jí podařilo v polovině 17. století. Lékařská praxe mohla být nově vykonávána v českých zemích pouze po složení zkoušky a se souhlasem lékařské fakulty. Graduovaní lékaři se zapisovali do matriky, kam museli být zapsáni také absolventi ostatních univerzit, pokud chtěli vykonávat praxi na českém území. Později byli do matriky zapisování také chirurgové, lékárníci a porodní báby, pokud splnili předepsané zkoušky (Niklíček 1989, s. 17.).

Lékárníci se museli od roku 1628 podrobovat, podle lékařského řádu pro Čechy, praktické a teoretické zkoušce před zemskými mediky. Mimo to také museli prokázat

své katolické vyznání, neboť protestantští lékárníci museli odejít před rekatolizací do ciziny, a dostatečné jmění. Právo pořádat a dohlížet na lékárnickou zkoušku dostala lékařská fakulta roku 1651. Za úspěšné složení zkoušky získávali lékárnici diplom magistra farmacie. Do nově vzniklé matriky byli zapisováni od roku 1657. Ti co složili zkoušku před tímto rokem, byli následně dodatečně zapsáni (Rusek 2002).

Rekatolizace a velký vliv jezuitů vedl na lékařské fakultě ke stagnaci ve vývoji vzdělávání. Výuka byla tvořena většinou teorií. Experimenty, pitvy či klinická výuka se dostávaly do pozadí a byly opomíjeny. Počty studentů výrazně poklesly a scházeli i významnější vyučující. Fakulta stagnovala a na konci 17. století bylo již patrné, že je za běžným průměrem evropských lékařských fakult jak v oblasti vzdělání, tak i v počtu studentů (Niklíček 1989, s. 18.).

Profesoři lékařské fakulty platili za nejvýznačnější kapacity v zemi. Za nimi stáli zemští fyzikové. Aby mohl lékař získat místo ve veřejné službě jako byl zemský fyzik, musel být schválen zemským sněmem, kterému podávala návrh lékařská fakulta. Jeho hlavní činností pak byl dozor nad reprezentanty dalších zdravotnických profesí, ošetřování chudých a prevence před epidemiemi (Svobodný 2004, s. 73.).

Podobné postavení zastávali také městští fyzikové. Ovšem platit si vlastního doktora mohly jen nejbohatší obce a tak jejich místo často zastávali místní lékárníci či ranhojiči. Velmi dobrému postavení se těšili také lázeňští lékaři. Lázeňství se v 17. století rychle rozvíjelo a mělo pro doktory zlaté dno.

Práce na šlechtických dvorech samozřejmě zůstávala taktéž oblíbena. Například knížecí lékař Ondřej z Volkshofenu pobíral plat 75 zlatých rýnských a deputát. Minstr řemesla, jako byl například tesař si v této době vydělal 1 zlatý týdně (Čím se dříve v českých zemích platilo 2002).

Lékárnici měli k lékařům velmi blízko a často je zastupovali, pokud nebyl doktor k dosažení, nebo byl příliš drahý. 17. století patřilo do zlatého věku lékárenství. Lékárníci se vzdělávali, podobně jako chirurgové, jako řemeslníci. Své dovednosti se učili od mistrů lékárníků a následně mohli skládat zkoušky a být aprobováni lékařskou fakultou. Protože počty lékárníku v jednotlivých městech nebyly vysoké a často byly dokonce omezeny městskými privilegii, nemohli lékárníci nikdy vytvořit vlastní cech. V Praze proto v 17. století založili profesní spolek, kde se inspirovali německými

kolegy. Konkurentem lékárníků byli lékárny řeholní například jezuitské (Černý 2008, s. 30.).

Postavení chirurgů mezi lékaři se v 17. století nijak významně neměnilo. Jejich profese byla stéle považována za řemeslo. Krajští a pražští městští chirurgové měli nově povinnost skládat zkoušku na lékařské fakultě. Ostatním chirurgům stačilo se vyučit u svého mistra.

Specifické postavení měly porodní báby. Byla to jediná oblast zdravotní péče vyhrazená ženám. I ony mohly od poloviny 17. století skládat zkoušky na lékařské fakultě. Pokud ale pocházela žena z odlehlejší oblasti, mohla zkoušku složit i u městského fyzika. Znamenalo to prakticky, že fakultní dohled se omezoval pouze na Prahu. Pacientky se neobracely na porodní báby pouze v těhotenství. Jejich úkolem bylo také léčení gynekologických chorob a neplodnosti. V Západní Evropě se během 17. století rozšířilo vzdělání porodních asistentek ještě více. Mohly navštěvovat vzdělávací kurzy a například v Amsterodamu také anatomické a gynekologicko-porodnické přednášky (Černý 2008, s. 39.).

4.1. Souhrn financování

Během 17. století docházelo k růstu počtu akademicky vzdělaných lékařů i chirurgů a porodních bab. Stavěly se také nové zdravotnické instituce financované především šlechtou, církví nebo městy a přibývalo lékáren, kde si za poplatek nechávali nemocní vyrábět léky.

Mezi lékaři se stali žádanými veřejné funkce, které nahradily dříve oblíbené funkce církevní. Patřili sem funkce zemského či městského fyzika. Vlastního městského fyzika si ovšem mohly dovolit platit pouze nejbohatší obce a proto jejich místo často zastupovali místní lékárníci či ranhojiči. Dalším oblíbeným postem bylo místo lázeňského lékaře. Lázně se v 17. století rychle rozvíjely a bohatly, stejně jako jejich lékaři.

Chirurgové byli stále považováni za řemeslníky. Většině chirurgů stačilo se vyučit u svého mistra, výjimkou byli krajští a pražští chirurgové. Pokud chtěli zastávat tyto posty se stálou mzdou, museli složit zkoušky na lékařské fakultě.

5. Zdravotnictví v období osvícenství

Osvícenství se začalo objevovat již od poloviny 17. století ve Velké Británii a Nizozemí. Odtud se rozšířilo do Francie. Tyto země se také staly hlavními centry myšlenek osvícenství. Z Francie se myšlenky osvícenství začaly šířit velice rychle také do ostatních zemí Evropy a to včetně Ruska, které jinak mívalo při přejímání stylů, pocházejících ze západní Evropy, mnohaletá zpoždění.

Jednalo se o odmítnutí předchozí barokní religiozity a do popředí se měl dostat rozum, logika a humanismus. Na rozdíl od renesance, osvícenství prakticky nezasahovalo, až na literaturu, do oblasti umění. O to více se myšlenky osvícenství objevovaly v politice, filosofii a vědě. Ve všech oborech vědění mělo dojít k růstu vzdělanosti.

Osvícenci požadovali zbavení církve politické moci a odloučení církve od státu. Tyto názory se objevovaly i u teologů osvícenců. Mezi lidmi, především měšťany a aristokracií, protože o vlivu na venkovské obyvatelstvo toho není příliš známo, se začaly šířit myšlenky deismu a ateismu. Přes kritiku církve a snahu o snižování její moci, patřila léčba na bázi náboženských rituálů, v první polovině 18. století, stále k běžně používaným a to nejenom mezi venkovským obyvatelstvem (Porter 2001, s. 237.). Nadále zůstávaly v oblibě poutě na svatá místa, polévání svěcenou vodou, získávání svatých relikvií, ve Francii také dotýkání od korunovaných hlav.

Začátek 18. století přál rozvoji vědecké medicíny, ovšem do praxe byly nové poznatky stéle zaváděny jen velmi pomalu a propast mezi teoretiky medicíny a praktiky se stále prohlubovala. Vědecké bádání a úspěchy také nepatřily mezi to, co přinášelo lékařům slávu a rozsáhlou klientelu. Osvícenství si více cenilo, pokud byli lékaři filantropové, účastnili se vzdělávacích aktivit, či psali (Porter 2001, s. 288.).

Ačkoli móda a vzhled člověka se v této době dostávaly stále více do popředí, u lékařů tomu bylo spíše naopak. Lékař měl projevovat své schopnosti u lůžka nemocného a ne okázalým vzhledem. Pestře barevné a drahé oblečení již nebylo mezi lékaři oblíbené.

Naopak tomu bylo u potulných prodavačů léčivých přípravků. Ti chodili velice pestře oblečeni, aby přilákali pozornost případných zákazníků. Často chodili v doprovodu šaška či opice a stavěli si menší pódia, na kterých vystupovali (Porter 2001, s. 320.).

V 18. století se významně změnilo postavení chirurgů mezi lékaři. K emancipaci chirurgů došlo nejprve ve Francii a později i v ostatních státech Evropy. Již na začátku

18. století bylo možno ve Francii navštěvovat přednášky o chirurgii a praktické demonstrace, což narušovalo tradiční učňovský model. V roce 1724 byla založena speciální škola akademicky vzdělanými chirurgy, na které se vyučovala anatomie a chirurgie jak teoretická tak praktická. V roce 1794 proběhla ve Francii radikální reforma medicíny, která mimo jiné zaváděla přednášky chirurgie pro mediky (Doležal 2009, s. 48.).

Na Moravě měl v polovině 18. století vzniknout ústav pro školení chirurgů, který ale ztroskotal na nedostatku finančních zdrojů způsobených sedmiletou válkou. Přesto i na českém území byl znatelný posun v postavení chirurgů. V roce 1773, za vlády Marie Terezie, vznikla na pražské lékařské fakultě chirurgická klinika a o dva roky později Josef II. nechal zřídit Vojensko-chirurgickou akademii ve Vídni, čímž povýšil chirurgii z oblasti ars do oblasti vědy. Akademie byla považována za nejpokrokovější lékařský ústav na území císařství (Sinkulová 1965, s. 105).

K rozsáhlým změnám došlo také v oblasti porodnictví. Ty však nebyly tolik univerzální pro celou Evropu, jako změny v oblasti chirurgie. Již v 16. století se u porodů objevovali muži – chirurgové. Ti se ovšem na porodnictví nespecializovali a jednalo se pro ně o okrajový obor jejich praxe. Porodnictví bylo totiž v této době chápáno jako obor chirurgie, což přetrvalo až do 19. století.

K vzrůstající oblibě mužských porodníků takzvaných akušérů pomohlo i jejich úspěšné působení na královských dvorech. Přijmout u porodu muže byly ochotny ze začátku pouze městské a aristokratické stavy. Rozdíl byl také mezi protestantskými a katolickými zeměmi. V silně katolickém Španělsku a Itálii nepouštěli muže k porodům mnohem déle (Tinková 2010, s. 125.).

V polovině 18. století začaly v západní i střední Evropě vznikat na lékařských fakultách katedry porodnictví. Zde se měli vzdělávat muži budoucí porodníci a také budoucí porodní báby. Často šlo však pouze o kontrolu a dohled nad nimi, k čemuž sloužily i zkoušky z oboru. Protože byl tento obor ve střední Evropě nový, museli se mužští porodníci často dovzdělávat v zahraničí. Po svém návratu nebylo jejich postavení příliš dobré, i přes častou podporu ze strany panovníků. Jejich status i finanční ohodnocení byly nižší než u kolegů chirurgů a lékařů (Tinková 2010, s. 140.).

Od roku 1749 musely porodní báby na území císařství povinně skládat zkoušky a měly se účastnit pitev na ženských mrtvolách. Od roku 1753 se mohly porodní báby účastnit

v češtině vedených přednášek z oblasti porodnictví a chirurgie na pražské lékařské fakultě. Studenti medicíny skládali povinně zkoušky z porodnictví od roku 1789 (Doležal 2009, s. 61.).

Pro rozvoj porodnictví mělo zásadní roli vytvoření nové instituce – porodnice. Před koncem 17. století mohly nemajetné ženy rodit ve špitálech. Tam ovšem přijímaly pouze provdané ženy. Ty svobodné musely doufat v tajné služby porodních bab nebo v přijetí do nalezince, kde však často vyžadovali pátrání po otci dítěte.

Od konce 17. století začaly vznikat útulky pro neprovdané těhotné ženy. Ty byly většinou placeny městy, šlechtou či panovníkem. V 18. století již patřily k tradiční nabídce chudinské péče. Hlavním úkolem těchto institucí bylo poskytnout základní neplacenou pomoc budoucím matkám a předcházet tak zbytečným úmrtím a potratům. Od poloviny 18. století začaly také sloužit k výuce porodnictví a jako dodavatelé mrtvých těl žen a dětí k pitvám. Což se do začátku 19. století stalo jejich hlavním účelem a samotné poskytování pomoci, bylo až druhotným cílem (Tinková 2010, s. 141.).

Rozevírající se nůžky mezi praxí a teorií v medicíně se podařilo zastavit v polovině 18. století. Jako nejdůležitější krok pro sbližování teoretické a praktické výchovy mediků se podle Michala Fucolta stalo „zrození kliniky.“ Klinika se stala ústřední institucí zdravotních reforem probíhajících v polovině 18. století a stala se klíčovým konceptem západní medicíny (Tinková 2012, s. 52.).

Středověké špitály byly víceúčelové instituce, které poskytovaly azyl nemajetným osobám v těžkých životních situacích a shromažďovaly je na jedno místo, bez ohledu na to, jakou pomoc vlastně potřebovali. Kliniky oproti tomu od toho upouštěly. Jejich oddělení byla rozdělena podle druhu požadované péče. S tím přišel i růst specializace lékařů i dalšího zdravotního personálu. Pro účely výuky byl na klinice vyčleněn vždy určitý počet lůžek.

V českých zemích vznikla první nemocnice nového typu na Moravě roku 1786. S nemocnicemi byly často spojeny i porodnice a nalezince. Porodnice i nemocnice byly ze začátku děleny do tří tarifních tříd. Výše denního poplatku pak určoval kvalitu a komfort pro pacienty. V 1. třídě měli pacienti samostatný pokoj. V poslední třídě byla poskytována péče zadarmo pro nemajetné ve společné noclehárně. Nemocnice byly zakládány především státem. Ošetření zdarma bylo v nemocnicích i porodnicích často

vázáno na souhlas s tím, že tělo pacienta bude sloužit ke studiu mediků (Tinková 2012, s. 54.).

V 18. století také docházelo k častým menším či větším reformám zdravotnictví ze strany státu. Byla patrná snaha o větší centralizaci a kontrolu nad zdravotnictvím. Zdravotnické orgány také získávaly přehlednější a jasnější hierarchickou strukturu (Petráň 1990, s. 129.). Přehlednost, centralizace a posilování role státu byla typická pro josefínské reformy ve všech částech veřejné správy.

Posiloval se monopol lékařských fakult a speciálních komisí a kolegií na utváření a výkon medicínských profesí. Tradiční léčitelství bylo zatlačováno do pozadí a označováno za nevědecké. Jedním z důvodů bylo i to, že nad ním nemohl mít stát kontrolu.

Zemským zdravotnickým orgánům, které byly hlavou celého zdravotnictví v dané zemi, byly podřízeny krajské zdravotní komise tvořené krajským hejtmanem, krajským fyzikem, krajským chirurgem a magistrátní osobou. V době tereziánských reforem se krajští zdravotníci stali nedílnou součástí státní správy a jejich funkce byla součástí úřednické funkce. Zaměstnanci krajského úřadu byli placeni státem. Jedinou výjimku tvořili právě krajský fyzik a krajský chirurg, o jejichž platu rozhodoval Zemský výbor a byl vyplácen ze stavovských prostředků (Tinková 2012, s. 58.). Kariéra krajského zdravotníka byla považována, po místu univerzitního profesora, za nejvyšší možnou metu, které lze na českém území dosáhnout. Pokud někdo tuto funkci získal, setrvával v ní obvykle až do své smrti, popřípadě penze.

V roce 1791 se krajští fyzici stěžovali císaři Leopoldovi II. na špatné finanční ohodnocení jejich činnosti. To činilo 233 zlatých a 20 krejcarů, ačkoli v jiných zemích císařství dosahovali platy krajských fyziků i 600 zlatých ročně. Pro srovnání, krajští školní komisaři měli právě 600 zlatých a dalších 100 na cestovní výlohy. U lékařů se ovšem očekávalo, že část příjmů bude tvořena z jejich soukromé praxe (Tinková 2012, s. 59.).

Přitom krajští fyzici patřili mezi pilíře zdravotního systému monarchie. Mezi jejich povinnosti patřilo objíždět pacienty a to včetně nemajetných, pro které pracovali zadarmo. Majetní klienti měli oficiálně platit lékařům pouze tolik, kolik sami uznali za vhodné. Museli vizitovat lékárny, domácí lékárny chirurgů v kraji a zkoušet porodní báby. Měli sledovat stav obyvatelstva, předcházet epidemiím, sledovat obživu lidí

a všímat si všeho, co by mohlo zdraví obyvatelstva škodit. Kromě toho museli mít také jisté veterinární vzdělání a do jejich kompetence patřilo i odstraňování nemocných zvířat. Zvyšovaly se také byrokratické požadavky na lékaře (Tinková 2012, s. 64.).

Na konci 18. století docházelo také ke sjednocení penzí krajských zdravotníků. Zprvu musel každý odcházející lékař či chirurg o penzi požádat a jeho žádost se posuzovala individuálně ve Vídni. Stanovenou částku pak vyplácel zemský výbor. Od roku 1781 bylo stanoveno, že výše penze bude odpovídat odslouženým letů. Kromě odpracovaných roků také záleželo na celkovém jmění lékaře. Čtvrtinu platu mohl získat zdravotník, který odpracoval méně než deset let v úřadě a odešel ze závažných zdravotních důvodů. Po deseti letech si mohl nárokovat až třetinu svého platu, po pětadvaceti letech polovinu a celou výši platu pak mohl získat po více než čtyřiceti letech práce v úřadě (Tinková 2012, s. 86.).

5.1. Souhrn financování

Pokud chtěl lékař v době osvícenství rozšířit svou klientelu a zvýšit si prestiž a tím i svůj majetek, musel být především filantrop, účastnit se vzdělávacích aktivit a psát. Okázalý vzhled v drahém barevném oblečení již nebyl u lékařů žádoucí.

Radikálně se měnilo postavení chirurgů. Jejich vzdělání se postupně přesouvalo na akademickou půdu. Přestávali tedy být řemeslníky a stávali se plnohodnotnými lékaři. Na Moravě měl již v polovině 18. století vzniknout ústav pro školení chirurgů, ale tento projekt ztroskotal na nedostatku financí.

Část chirurgů se začala také zaměřovat na porodnictví. Postavení mužů porodníků však nebylo v této době příliš dobré a jejich finanční ohodnocení zaostávalo za ostatními chirurgy a lékaři, i přes častou podporu panovníků a šlechticů.

Vdané nemajetné ženy mohly rodit ve špitálech. Nemajetné neprovdané ženy mohly využít služeb útulků. Tyto instituce byly většinou placeny městy, šlechtou či panovníkem. Postupně se však od těchto zdravotnických institucí upouštělo a do popředí se dostávaly nemocnice zakládané především státem. Ty byly děleny do tří tříd. Výše denního poplatku pak určoval kvalitu a komfort pro pacienty. Třetí třída byla pro nemajetné a její služby byly poskytovány zadarmo.

Nejžádanějším a také nejuznávanějším místem pro lékaře bylo místo univerzitního profesora. Za ním to pak byly místa ve veřejné správě, jako byl krajský zdravotník. Stát se snažil o větší kontrolu nad zdravotní péčí v zemi. Proto také přibývalo veřejných funkcí, ovšem jejich finanční ohodnocení nebylo pro lékaře dostačující, i když pro lékaře znamenalo stálý jistý plat a v budoucnu, pokud se toho lékař dožil, stálý důchod. Očekávalo se, že část příjmů bude tvořit soukromá praxe lékaře.

6. Zdravotnictví 19. století

Celé 19. století bylo typické rychlými změnami v ekonomické, politické, kulturní i sociální sféře života. Průmyslová revoluce hýbala celou Evropou i Amerikou a přinášela rychlý hospodářský růst. Pro toto století byly příznačné urbanizace a industrializace.

Ekonomický rozvoj evropských zemí vedl ke vzrůstu mocenských ambicí, které se projevovaly především rozšiřováním kolonií v Africe a Asii, ale také vojenskými střety starých i nově vzniklých velmocí.

Šlechta a šlechtické tituly postupně ztrácely na významu a naopak rostla důležitost ekonomického faktoru. Podnikatelé se stali váženými občany. Mnozí průmyslníci a lékaři získávali šlechtické přídomky. Model čestného a statečného muže by nahrazen mužem schopným. Prudce rostl nacionalismus.

Díky novým vynálezům a jejich využití v praxi se výrazně usnadnil běžný život lidí. Objevy a rozvoj lékařské péče vedly ke snížení kojenecké a dětské úmrtnosti a vzrůstu průměrné délky života. Mezi lidmi se šířila myšlenka plánovaného rodičovství. Ačkoli natalita postupně klesala, v Evropě prudce stoupal počet obyvatel.

V českých zemích byla nadprůměrná hustota obyvatelstva, která v polovině 19. století 3,2krát překračovala průměr Evropy (Lenderová 2013, s. 12.). I proto bylo možné stavět mnoho průmyslových závodů na venkově a to zpomalovalo, oproti zbytku Evropy, rozvoj urbanizace.

Zdravotní stav obyvatelstva v českých zemích nebyl na začátku 19. století valný. Špatná výživa a hygiena, těžká fyzická práce a neutěšené bytové podmínky vedly například k tomu, že až polovina mladých mužů nebyla schopna odvodu k armádě. U středních vrstev obyvatelstva se lékař volal pouze v případě smrtelného ohrožení a až pro 80% obyvatel nebyla lékařská péče dostupná vůbec (Svobodný 2004, s. 90.).

Kojenecká úmrtnost dosahovala více než 25% a patnácti let neměla šanci se dožít ani polovina všech dětí. Na konci 19. století se šance na dožití patnáctin zvýšila na 66%. Kojenecká úmrtnost začala významněji klesat teprve v posledním desetiletí 19. století. Také průměrný věk dožití se během celého století výrazně posunul. Na začátku století se průměrný věk pohyboval okolo 26 let a na konci století to již bylo 40 let (Lenderová 2013, s. 93.).

Během prvního desetiletí 19. století se měnily a zkvalitňovaly studijní řády teoretického i praktického vzdělání zdravotníků a lékařů. Od roku 1804 se studium mediků prodloužilo ze čtyř let na pět a klinická výuka byla rozšířena na dva roky. Změny proběhly i v oblasti farmakologie a porodnictví. Oba tyto obory měly nově pevně stanovené výukové plány.

Chirurgové studující ranlékařství měli studium prodlouženo ze dvou na tři roky. Jedinou výjimkou byli studenti s výučním listem od magistra chirurgie. Porodnictví se stalo povinnou součástí výuky mediků. Objevily se nové specializované obory, jako oční lékař nebo zubní lékař, ze kterých mohli lékaři po absolvování několika semestrů specializovaných přednášek získat magisterský titul. U běžné populace bylo ošetření zubů ale i nadále v rukou kovářů a spočívalo výhradně v jejich trhání. Od roku 1810 byly pro lékaře povinné i přednášky ze zvěrolékařství. Nově také museli napsat a obhájit dizertační práci napsanou v němčině nebo latině (Svobodný 2004, s. 100.).

Pro 19. století byla typická hlubší specializace oborů. Vznikaly obory zcela nové a dále se vyvíjely ty starší. Chirurgie opět dostává nové impulsy díky válkám. Na lékařské fakultě v Praze byl otevřen roku 1808 nový anatomický ústav a o dva roky později se prosektor anatomie stal profesorem (Sinkulová 1965, s. 56.).

Důležitým krokem se pro chirurgii stalo první použití rajského plynu roku 1842 v Jeffersonu v Georgii. Do této doby neexistoval pro chirurgy žádný účinný způsob znecitlivění. Podstatná proto do té doby byla rychlost chirurga na operačním sále (Johnson 1998, S. 570.).

Během 19. století docházelo k postupnému nárůstu počtu zdravotníků v českých zemích. V Čechách působilo v roce 1820 na 212 lékařů. O dvacet devět let později to již bylo 661 lékařů. Na Moravě a ve Slezsku nebyl počet zdravotníků evidován tak přesně, ale předpokládá se stejný trend růstu lékařů, jaký byl v Čechách. V roce 1836 působilo na Moravě 128 lékařů a ve Slezsku 30 lékařů.

Průměrně připadalo na lékaře v roce 1820 na 30 000 osob, zatímco v roce 1849 to již bylo, díky nárůstu počtu lékařů, 10 000. Rozmístění lékařů nebylo v českých zemích rovnoměrné. Nejvíce se jich stále vyskytovalo v Praze a v Lázeňských městech na západě Čech. Postupně během doby přibývalo lékařů v oblasti s rostoucím průmyslem. Na rozdíl od chirurgů a lékárníků nebyly jejich ordinace nijak omezovány a mohly být zakládány podle potřeby doktora (Svobodný 2004, s. 101.).

Počet chirurgů, na rozdíl od lékařů, vzhledem k počtu obyvatel nerostl. V první polovině století se pohyboval okolo 4000 osob na jednoho chirurga. V roce 1820 bylo v Čechách na 790 chirurgů a v roce 1849 to bylo 1017. Na Moravě působilo v roce 1836 536 chirurgů a ve Slezsku 125. Usazování chirurgů se snažily usměrňovat již tereziánské zdravotní řády, které vázaly nově vznikající chirurgické oficíny na místa, kde jejich služba zatím nebyla zajišťována.

Lékáren bylo nejvíce tam, kde se vyskytovali lékaři, tedy v lázeňských oblastech. Stejně jako chirurgické oficíny byly lékárny regulovány. V Čechách bylo v roce 1830 147 lékáren, na Moravě to bylo 76 a ve Slezsku 13 lékáren. Ve stejné době působilo v českých zemích dohromady na 6565 porodních bab (Svobodný 2004, s. 102.).

V 19. století pokračovalo zvyšování prestiže lékařů i chirurgů. Bylo tomu díky pokrokům v lékařské vědě, kdy se dařilo zachraňovat více nemocných. Chirurgové již nebyli vnímáni jen jako řemeslníci, i když jejich postavení bylo dosti problematické a různorodé podle oblasti, ve které působili. V 70 letech 19. století došlo ke zrušení samostatného tříletého studia chirurgů. Jejich práci postupně přebírali specializovaní lékaři.

Od poloviny 18. století se mluvilo o zavedení pevných tax pro všechny zdravotníky. Ovšem nedošlo na to ani v první polovině 19. století. Jejich platy proto velice kolísaly a soukromé praxe se braly za značně nejisté a výhradně soukromou praxí se mohlo uživit pouze několik lékařů v největších městech a v lázních. Proto byl také stále velký zájem o místa s pevným platem. Ale ani ten sám o sobě na chod domácnosti lékaře či chirurga povětšinou nestačil.

Ačkoli na konci 18. století byli lékaři pracující pro státní správu placeni hůře než jiní úředníci na srovnatelných postech, v první polovině 19. století se toto postupně měnilo. Krajský lékař pobíral, díky dvorskému dekretu z roku 1808, 600 zlatých a chirurg 400 zlatých ročně (Tinková 2012, s. 83.).

Ve stejné době došlo ke zvýšení platů pražských fyzikátů, kteří několikrát neúspěšně žádali o jejich navýšení. Staroměstský, novoměstský a malostranský městský fyzik měl nově dostávat 500 zlatých. Novoměstští chirurgové získali 350 zlatých a staroměstský a malostranský si polepšili ještě o sto zlatých více. Chirurgovi Židovského města stoupl plat na 350 zlatých a stejně získal i oční lékař (Tinková 2012, s. 84.).

Nově také mohli krajští zdravotníci nárokovat diety a náhrady. Pokud se lékař například vydal na služební cestu po svém kraji, mohl si nárokovat 15 krejcarů za každou míli, povoz a koně, ubytování a některé naturálie jako dřevo a světlo. Mohli také požadovat nové poplatky, například za soudní ohledání. Úřední pošta lékařů byla také osvobozena od poštovních poplatků.

Pevné platy lékařů ve službách měst, obcí či vrchnosti byly domlouvány ve smlouvách individuálně a proto se také dosti lišily. Průměrně se platy těchto lékařů pohybovaly okolo 200 zlatých. Chirurgové dostávali přibližně o polovinu méně. Platy lékařů i chirurgů nebyly většinou vypláceny pouze v penězích. Část jejich platu byla i v naturáliích a u chirurgů nebylo vzácné ani to, že se jejich plat skládal z naturálií celý. Pojem naturálie byl rozmanitý a mohl zahrnovat například nárok na byt či příděl piva (Svobodný 2004, s. 103.).

Co se týče financí, byli na tom lékaři působící na vesnici výrazně hůře než jejich městští kolegové. Dostupnost míst se stálým platem byla výrazně menší a také případná klientela užší. Chirurgové na vesnicích byli většinou bez vysokoškolského vzdělání a s malými příjmy.

Lékárny byly zakládány především ve velkých městech a lázeňských oblastí a proto také finanční postavení lékárníků nebylo nijak špatné. Do sporu s kolegy lékaři se dostávali, pouze pokud začali sami ordinovat léky, které míchali. Postavení porodních bab se také odvíjelo podle oblasti, ve které působily (Svobodný 2004, s. 104.).

Ze zdravotníků byli na nejnižší příčce hierarchie, a tedy i platů, neškolení ošetřovatelé v necírkevních lůžkových zařízeních. Ošetřovateli se stávali muži i ženy a v nemocnicích se jim říkalo hlídači. Pracovali pouze za nepatrnou odměnu a navíc museli spát na pokojích s nemocnými a z nemocnice směli odcházet pouze na propustky. Není proto překvapením, že mnoho z nich vykonávalo svou práci nedbale. Mnozí lékaři žádali lepší proškolení pro tyto zaměstnance, ale skoro celé 19. století se pro návrhy na otevření ošetřovatelské školy nenašly peníze. (Svobodný 2004, s. 104.).

V západní Evropě bylo postavení lékařů přeci jenom lepší. Úspěšní lékaři zde patřili k nejzámožnějším vrstvám společnosti. Jejich příjmy pocházely především z jejich soukromých praxí, a proto pro ně bylo důležité udržet si dobrou pověst. Soukromá praxe spočívala ještě na začátku 19. století především v návštěvách nemocných u nich

doma. Až později během století se postupně rozšiřoval model návštěvy nemocných u lékaře v ordinaci (Johnson 1998, s. 573.).

6.1. Druhá polovina 19. století

Revoluční rok 1848 sebou přinesl celou řadu změn a mnohá se dotýkala také zdravotnictví. Díky dočasnému zrušení cenzury mohli lékaři, ale i laici, vyjadřovat své názory k připravovaným zdravotnickým reformám a své představy o nich. Naléhavost potřebných změn se projevila po vyhlášení zrušení roboty a ostatních feudálních břemen. To vedlo k rozpadu státní správy na nejnižším stupni. Vrchnost přestala platit zdravotníky pevnými platy. Ti se tak nemohli na vesnicích finančně udržet a odcházeli. Mezi jejich práci patřila samozřejmě péče o chudé na daném území, takže obyvatelstvo přicházelo o jedinou dostupnou lékařskou péči (Svobodný 2004, s. 123.).

Na problematickou situaci reagovali představitelé pražské lékařské fakulty, ale jejich návrhy nebyly nikdy přijaty. Výraznější změny v oblasti veřejného zdravotnictví začaly probíhat až v uvolněné době šedesátých let. V roce 1870 vyšel říšský zdravotní zákon, který vymezoval práva a povinnosti státu a samosprávných orgánů ve veřejném zdravotnictví. Bylo ustanoveno 41 zeměpanských okresních lékařů. Nově měla být vytvořena síť obecních a obvodních lékařů. Vesnice, které byly příliš malé na to, aby si mohly platit vlastního obecního lékaře, se sdružovaly do větších celků a platily dohromady obvodního lékaře. Každá obec s počtem obyvatel větším než 6000 si musela povinně držet vlastního obecního lékaře a vyplácet mu fixní mzdu, která nesměla být nižší než 400 zlatých. Opět se předpokládalo, že lékař bude mít i vlastní soukromou praxi (Svobodný 2004, s. 126.). Ve stejné době dosahoval průměrný roční plat řemeslnických mistrů 180 zlatých, začínající středoškolský učitel si přišel na 300 zlatých ročně, ale na konci kariéry byl plat středoškolského profesora až 1050 zlatých ročně (Lenderová 2013, s. 32.).

Rychle rostoucí vrstva dělníků měla své specifické zdravotní problémy. Nejprve fungovaly svépomocné dělnické spolky a pokladny, které měly zajišťovat pomoc při invaliditě, nemocenské či rodině při ztrátě živitele. Dělnické hnutí ovšem sílilo s přibývajícím počtem členů a začalo požadovat nemocenské a úrazové pojištění. To bylo opravdu zavedeno zákonem o povinném úrazovém pojištění pro dělníky z roku 1887. Podniky, kde hrozilo nebezpečí ohrožení života, se podle rizika členily do skupin

a podle skupin se pak vybíral příspěvek. Do nemocenského pojištění se mohli dobrovolně přidat i jiní pracovníci například z lesnictví či zemědělství (Janák 1970, s. 75.).

O rok později vyšel zákon o nemocenském pojištění, který zajišťoval pojištění pro všechny dělníky a úředníky, kteří byli pojištěni proti úrazu v podnicích a spadali pod živnostenský úřad. Tyto zákony zajišťovaly alespoň minimální lékařskou péči pro většinu dělníků. Příspěvky dělníků na pojištění byly povinné. Podpůrčí doba trvala maximálně 20 týdnů a nemocenské dávka většinou tvořila 60% obvyklé denní mzdy. Na dávku měly nárok i ženy v prvních čtyřech týdnech po porodu. Postupně se systém nemocenského pojištění rozšířil i na ostatní skupiny obyvatelstva (Jindra 2015, s. 76.).

Změny v zákonech se dotkly také samotných lékařů. Stále více lidí mělo možnost a finance navštívit v době nemoci lékaře. Nejvýše v hierarchii lékařů stále zůstávali univerzitní profesoři. Také jejich fixní platy byly nejvyšší 1 300 zlatých od roku 1849 a za deset odpracovaných let se dvakrát mohly zvýšit o dalších 200 zlatých. V roce 1870 se jejich plat zvýšil na 2 000 zlatých se zvýšením o 200 zlatých po každých 5 letech až do 25 let služby. K tomu často pobírali fixní plat i za práci na klinikách a měli také soukromé praxe.

Platy okresních lékařů se pohybovaly v rozmezí 800 až 1 200 zlatých. Obecní lékaři měli zhruba o polovinu méně. Díky zdravotnímu zákonu z roku 1870 výrazně narostl počet lékařů ve venkovských oblastech. Také v nemocnicích ovšem počty lékařů stoupaly. V roce 1896 zemský výbor stanovil, že nemocnice se podle kapacity budou rozdělovat do čtyř tříd a podle nich byly pak dále stanovovány platy zdravotníků. Primáři dostávali mezi 600 až 800 zlatými, sekundáři od 400 až do 600 zlatých ročně. Většina lékařů se cítila finančně podhodnocena a stěžovali si na namáhavost svého zaměstnání (Svobodný 2004, s. 132.).

Ošetřovatelé měli špatné platové i sociální postavení po celé 19. století. Neplatili na ně totiž ani tak zdravotní zákony jako čeledínské. Vycházky z nemocnic museli mít stále povolené primářem, spali na pokojích pacientů a po celou dobu pro ně platil celibát.

Ve druhé polovině století také pokračovalo zakládání a rozvoj nemocnic. Ty se dělily na soukromé a veřejné. Činnost veřejných nemocnic upravoval český nemocniční zákon z roku 1888. Veřejné všeobecné nemocnice musely přijímat léčitelné nemocné, bez ohledu na místo odkud pocházeli či na vyznání. Za léčbu vybíraly nemocnice pevnou,

úřadem stanovenou, taxu. Soukromé nemocnice musely získat pro svou existenci povolení státní správy. Zakládaly je různé instituce jako církve, podniky, železniční společnosti či samotní lékaři (Svobodný 2004, s. 139.).

6.2. Souhrn financování

Ačkoli lékařů stále přibývalo a konkurence sílila, většina obyvatelstva neměla lékařskou péči dostupnou. 19. století nebylo výjimkou. Lékaři zakládali své praxe především v lázeňských městech a Praze, kde očekávali také nejbohatší klientelu.

Pouze soukromou praxí se lékaři mohli uživit právě v největších městech a lázních. Proto byl velký zájem o místa s pevným platem. Lékaři ve státní správě však nebyli tak dobře finančně ohodnoceni jako jiní úředníci na srovnatelných postech. To se snažili lékaři celé 19. století změnit.

Pokud lékař pracoval pro město, šlechtice či obec, domlouval si svůj plat s nimi sám individuálně. Chirurgové měli platy zhruba poloviční. Hůře než městští kolegové na tom byli i lékaři vesničtí. Míst se stálým platem bylo v těchto oblastech poskrovnu a v soukromých praxích bylo méně klientů. Nejhorší postavení ze zdravotního personálu však měli ošetřovatelé v necírkevních lůžkových zařízeních.

Po zrušení roboty nemalá část vrchnosti přestala platit lékaře na svých pozemcích a ti pak odcházeli. Péči o chudé, která většinou patřila mezi jejich práci, nikdo nepřevzal a chudina tak přišla o jedinou dostupnou lékařskou péči.

V 70. letech tak byla ustanovena síť obvodních a obecních lékařů. Větší obce si museli platit lékaře, ovšem opět se očekávalo, že lékař bude mít také soukromou praxi, která mu přinese další peníze. Většina lékařů si i přes postupně rostoucí platy stěžovala na podhodnocenost svého zaměstnání a přetíženost.

Ve městech rostla vrstva dělníků. Těm se podařilo ve stejné době prosadit povinné úrazové a nemocenské pojištění, které se postupně rozšiřovaly i na ostatní skupiny obyvatelstva. Přibývalo nemocnic, které vybíraly za léčbu pevnou úřadem stanovenou taxu.

7. Zdravotní péče v ½ 20. století

První polovina 20. století byla nejvíce poznamenána dvěma světovými válkami, které notně zdevastovaly celou Evropu. Z ekonomického a politického hlediska přestala mít Evropa dominantní postavení. Hlavním světovým hráčem se staly Spojené státy.

Války také poznamenaly zdraví evropského obyvatelstva. Během samotné první světové války zemřelo na 8,5 milionu lidí. Hlad a podlomené zdraví obyvatelstva vedlo k rychlému šíření španělské chřipky, která si následně v období 1918 až 1919 vyžádala na 20 milionů lidských životů (Švejdová 2011, s. 92.).

Po první světové válce došlo k rozpadu tradičního politického uspořádání Evropy. Padly monarchie v carském Rusku, Německu, Rakousku – Uhersku a Osmanské říši. To umožnilo vznik mnoha menších států, mezi které patřilo i Československo.

V oblasti zdravotnictví pokračoval trend, který započal již ve století předešlém. Docházelo k rychlému rozvoji medicíny, přicházely nové objevy a léčebné postupy a dařilo se zachraňovat více a více nemocných. Zvyšující se věk dožití měl za následek nárůst chronických onemocnění, která začaly lékaře zajímat více než dříve populární infekční choroby. Prudce se také zvyšovala dostupnost lékařské péče v celé Evropě.

Na počátku 20. století bylo také již patrné, že jeden lékař nemůže znát všechno o lidském těle a jeho chorobách. Prohlubovala se tedy specializace lékařů. Nově již bylo přijatelné, aby lékař konstatoval, že na určitý zdravotní problém pacienta sám nestačí a doporučil léčbu u jiného odborníka (Duinová 1997, s. 88.).

Specializovaní lékaři již od konce 19. století začali vytvářet své vlastní spolky. Takže například roku 1897 vznikl Spolek zubních lékařů. Další rozmach zaznamenalo odvětví chirurgie. Na pražskou lékařskou fakultu se dostalo poznání antisepse, které se rychle šířilo mezi chirurgy. Celkově byla patrná snaha udržet krok s pokrokem v zahraničí. K tomu dopomáhaly především nemocnice. Mladí lékaři odcházeli často studovat či se zdokonalovat do zahraničí a pak své nově nabyté vědomosti přinášeli zase zpět (Matoušek 1947, s. 37.).

První světová válka přinesla zhoršení zdravotního stavu obyvatel českých zemí. Dostavil se nedostatek jídla i zdravotnického materiálu. Stát nechal povinně zřídit aprovizační komise, které měly za úkol přidělovat potraviny podle potřeby lidem. Členy těchto komisí byli také lékaři, kteří měli hodnotit zdravotní stav obyvatel. Od podzimu

roku 1914 pracovaly také okresní zdravotní komise, které měly předcházet vzniku epidemií. Naneštěstí ani jejich působení nezabránilo v létě 1918 rozšíření Španělské chřipky na území střední Evropy (Žán 2014).

Československo zdědilo po rozpadu Rakouska – Uherska celou řadu kvalitních legislativních a institucionálních struktur, ze kterých mohlo vycházet při budování své vlastní zdravotní péče. Na druhou stranu zdravotní stav obyvatelstva byl po Velké válce v mnoha ohledech na pokraji katastrofy (Svobodný 2004, s. 158.).

S problémy zdraví obyvatelstva a zdravotnictví se mělo nově potýkat Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy, které bylo vytvořeno vzápětí po vzniku samotného Československa. Prvním ministrem zdravotnictví se stal slovenský lékař Vavro Šrobár. Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy však nemělo mezi ostatními ministerstvy dobré postavení a i z pohledu financování bylo postaveno spíše na druhou kolej. Sám ministr Šrobár měl ještě funkci ministra s plnou mocí pro správu Slovenska a té se věnoval naplno (Mášová 2005, s. 31.).

Lepší postavení mělo Ministerstvo sociální péče, u kterého se také několikrát uvažovalo, že by převzalo správu nad oblastmi Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy a to by následně bylo zrušeno. Ministerstvo sociální péče mělo mimo jiné na starost rozšíření pojišťovacího zákonodárství na nemocenské pojištění na zemědělské dělníky a domácnosti a úrazového pojištění na veškeré zaměstnance. Podílelo se také na přípravě zákona o starobním a invalidním pojištění (Mášová 2005, s. 33.). To vše se podařilo prosadit do roku 1925. Při pojištění byly největší nároky kladeny na samotné zaměstnance.

Po celkové legislativní stránce ovšem zdravotní péče navazovala na stav před rokem 1918. To přinášelo jisté problémy, protože tím pádem zdědila rozdílné zdravotnické instituce a zákony pro české země a pro východní část republiky. Jednotný zdravotní zákon se nakonec nepodařilo prosadit během celé první republiky.

Snaha o větší centralizaci v oblasti zdravotnictví vedla k tomu, že v roce 1920, díky zákonu zestátňujícímu zdravotní policii, se obecní a obvodní lékaři, placení do té doby obcemi, dostali do služeb státu. Finančně však toto pro ně nemělo žádný přínos. I nadále pro ně byla důležitá soukromé a poradenská praxe. Mezi jejich povinnosti nadále patřila péče o chudé a především prevence a osvěta (Svobodný 2004, s. 163.).

Tab. č. 1: Roční počáteční služební plat státního, obecního nebo obvodního lékaře podle typu v roce 1938[3]

Typ I	15 000 Kčs
Typ II	12 000 Kčs
Typ III	9 000 Kčs
Typ IV	6 000 Kčs

Zdroj: Říha 1938

Zbylá péče o chudé ale nadále spočívala na bedrech obcí. Bohatší obce budovaly chudobince, starobince, chorobince, někdy na své náklady i nemocnice a ústavy pro postižené, nevyléčitelně nemocné a invalidy. Toto vše bylo vykonáváno na základě českého chudinského zákona z roku 1868. Už v roce 1919 padl návrh, aby tyto finančně náročné úkony převzaly od obcí vyšší samosprávné svazky. To nakonec nebylo uskutečněno právě pro vysoké finanční náklady (Mášová 2005, s. 20.).

V systému zdravotní péče zaujímalo významné postavení sociální pojištění. To navazovalo a dále rozvíjelo sociální pojištění z dob Rakouska – Uherska. V čele pojištění stála Ústřední sociální pojišťovna a provozovalo jej velké množství pojišťovacích institucí. Základním kamenem při vytváření sociálního pojišťovacího systému byl zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří z roku 1924 (Niklíček 1989, s. 54.). Zdravotní pojištění bylo po celou dobu první poloviny 20. století spojeno se sociálním pojištěním.

Od roku 1925 měli nemocenské pojištění povinné také státní zaměstnanci díky zákonu č. 221/1924 Sb., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. Ti měli na rozdíl od dělníků řadu výhod. Nepobíraly dávky ve výši 60%, ale celý plat, platili nižší pojistné a měli také nárok na vyšší úroveň léčby. Při hospitalizaci měli nárok na II. třídu nemocnice. I. třída byla již pouze za příplatek. Polovinu pojistného hradil zaměstnavatel. V rozsahu nemocenských dávek se řadilo Československo první poloviny dvacátého století k předním státům Evropy. Stejně tak na tom byla úroveň léčebné péče (Vurm 2004, s. 18.).

[3] Ve stejné době byl roční plat začínajícího učitele 8 400 Kč a plat univerzitního profesora 60 000 Kč (https://www.vlada.cz/assets/Obdobi-prvni-republiky-1918.pdf)

Samostatně výdělečně činné osoby si mohly dobrovolně platit nemocenské pojištění u okresních, zemědělských či soukromých pojišťoven. V roce 1925 byl přijat zákon č. 148/1925 Sb., o pojištění osob samostatně hospodařících pro případ invalidity a stáří. Díky tomuto zákonu měly být povinně pojištěny všechny samostatně výdělečné osoby. Pojištění se mělo týkat 646 000 samostatných zemědělců a 499 000 osob samostatně výdělečně činných v průmyslu, živnostech a obchodu. Povinné nemocenské pojištění nebylo upravováno zákonem vůbec, ačkoli bylo předtím dlouhodobě diskutováno. Zákon č. 148/1925 sb. však nikdy nenabyl účinnosti (Berná 2014, s. 19.).

Dobrovolně platit pojistné bylo umožněno také zaměstnancům, kteří byli propuštěni ze zaměstnání. Protože práce v zahraničí, převážně tedy v Rakousku a v Německu, nebyla po rozpadu monarchie ojedinělá, stanovoval zákon č. 221/1924 také pojistnou povinnost pro zaměstnance, kteří vykonávali práci mimo území Československé republiky na přechodnou dobu (Hrazdira 2015, s. 15.).

V roce 1924 byl také systém nemocenských pokladen nahrazen systémem pojišťoven. Pojišťovny se sdružovaly do svazů nemocenských pojišťoven. Ještě na začátku Československa dobrovolně, od roku 1919 to již bylo jejich povinností. Tyto svazy byly pod silným tlakem politických a společenských skupin. Například Ústřední svaz nemocenských pojišťoven RSČ byl ovládaný sociálně-demokratickou stranou a Československé ústředí nemocenských pojišťoven bylo ovládané národně socialistickou stranou. Tyto dva svazy dohromady sdružovaly skoro polovinu všech pojištěnců v Československu. Svazy nemocenských pojišťoven zastupovaly zájmy svých členů, uzavíraly smlouvy se zdravotnickými zařízeními a zdravotníky a také samy mohly zakládat a spravovat vlastní lékárny, léčebny, sanatoria a lázně. Toho také velmi často využívaly a tím přispěly k modernizaci a rozšíření jejich sítí (Svobodný 2004, s. 164.).

V době konjunktury v roce 1922 bylo pojištěno přes 7 milionů obyvatel, což byla skoro 60% všech občanů Československa. O šest let později pokrývalo pojištění již 80% obyvatel země. Nejednalo se pouze o pojištěnce, ale také o jejich příbuzné, kteří s nimi sdíleli domácnost.

V nově vzniklém státě v roce 1919 působilo na 2073 nemocenských pokladen. Ty se postupně slučovaly. V roce 1922 tak měli pojištěnci k dispozici již jen 631 pokladen a v roce 1946 to bylo již 105 nemocenských pojišťoven.

Pojišťovny si mohly samy stanovovat výši pojistného, pokud nepřesáhla 5,5% středního výdělku a tuto výši jim musela schválit Ústřední sociální pojišťovna. Pokud bylo potřeba tuto hranici přesáhnout, nejčastěji z důvodu, že pojistné nestačilo na pokrytí všech pojistných dávek, stanovovala jeho výši sama Ústřední sociální pojišťovna. V roce 1926 činila sazba 4,3% střední denní mzdy a v roce 1936 činilo průměrné pojistné 5,57%. Částka byla postupně navyšována až na 6% v roce 1946 (Česká průmyslová pojišťovna online).

Z pojištění byla hrazena zdravotní péče, léky a vybrané zdravotnické pomůcky, nemocenská, ošetřovné, pomoc v mateřství a pohřebné (Gladkij 2003, s. 31.). Přebytky příjmů pojišťoven byly nashromážděny rezervním fondu, odkud se také čerpalo, pokud nestačilo pojistné.

O úhradu pojištění se zaměstnanec dělil se zaměstnavatelem napůl. Pojištěnec měl nárok na bezplatné ambulantní ošetření a hospitalizaci ve III. třídě veřejných nemocnic. Toto měli k dispozici i rodinní příslušníci pojištěnce, na které se také pojištění vztahovalo.

Pojištěnci měli také zajištěnou nutnou a neodkladnou zdravotní péči v zahraničí. Jednotlivé pojišťovny také platily za určité služby různě. Rozdíly byly v stomatologické péči, ošetření od specialistů, léčení v léčebných ústavech a lázních. Za poukaz k lékaři a za odběr léků mohla být stanovena spoluúčast pro pacienta v hodnotě až 2,50,-Kč, pokud si to pojišťovna stanovila v Nemocenském řádu (Hrazdira 2015, s. 14.).

V období hospodářské krize se do tíživé finanční situace dostaly také pojišťovny. V roce 1934 byla proto provedena novela zákona č. 221/1924. Byla snížena výše nemocenské a období, po které byla vyplácena, se zkrátilo. Také byl omezen okruh rodinných příslušníků, na které se pojištění vztahovalo (ČSSZ 2004).

Tab. č. 2: Povolené náklady na individuální léčebnou péči Ústřední sociální pojišťovny

Rok	Náklady
1927	914 375,-
1928	8 653 850,-
1929	19 008 654,-

1930	26 013 267,-
1931	31 000 000,-
1932	26 900 000,-
1933	27 135 896,-
1934	26 556 973,-
1935	28 434 851,-
1936	24 929 976,-
1937	22 795 363,-

Zdroj: Říha 1938

Specifickým problémem se stali nezaměstnaní, kteří nebyli schopni platit sami pojištění. Ministerstvo sociální péče následně vytvořilo 208 komitétů pro lékařskou pomoc nezaměstnaným. Zdarma zde pracovali lékaři, kteří mohli pacientům zdarma poskytnout pouze nejlacinější typy léků (Niklíček 1989, s. 55).

V prvních letech samostatné republiky docházelo často k ostrým střetům mezi doktory a pojišťovnami. Nejčastěji byly vedeny spory o výši honorářů, počtu pacientů, předepisování léků a také o možnost svobodné volby lékaře. Postupně ke konci dvacátých let se jejich vztahy zlepšovaly i díky lepší finanční situaci pojišťoven. Lékaři byli zastupováni Spolkem pokladenských lékařů a pojišťovny jednotlivými svazy. Ti za své členy vyjednávali rámcové smlouvy. Na ty pak navazovaly smlouvy okrskové a individuální (Svobodný 2004, s. 165.). Pacienti měli hrazenou péči pouze u smluvních lékařů svých pojišťoven. Pokud vyhledal ošetření u jiného lékaře, byla mu hrazena jen nezbytná a neodkladná péče.

Období druhé světové války sebou přineslo opětovné zhoršení zdraví obyvatelstva, i když již ne v tak fatální míře jako tomu bylo za války předchozí. Byly také patrné rozdíly mezi jednotlivými skupinami obyvatel, nově dělenými podle rasového měřítka.

Organizace zdravotnictví se musela přizpůsobit novému politickému uspořádání. Veřejné zdravotnictví podléhalo nově protektorátnímu ministerstvu sociální zdravotní

správy. V roce 1942 bylo nakonec zcela zrušeno ministerstvo zdravotnictví a jeho kompetence převzaly ostatní ministerstva a úřad říšského protektora.

Již v únoru 1939 bylo přijato vládní nařízení č. 52/1939 sb., které novelizovalo zákon č. 221/1924 sb. a přizpůsobovalo ho nově nastalým skutečnostem a podmínkám. Měnila se organizace pojišťoven, ale také byly provedeny změny v oblasti terminologie a byly změněny podmínky pro získání dávek. Od dubna 1942 bylo vládním nařízením č. 99/1942 Sb. zavedeno nemocenské pojištění důchodců. Od něho byli oproštěni pouze vdovy a sirotci po dělnících. Nově bylo uzákoněno zdravotní pojištění služek (Bartes 2016, s. 79.).

17. listopadu 1939 byly uzavřeny české vysoké školy včetně lékařských fakult. To mělo neblahý vliv i na univerzitní kliniky. Většina z nich sice mohla následně obnovit svou činnost a zachovala si svou původní strukturu, ale toto trvalo pouze do roku 1943. Také ostatní nemocnice a sanatoria zažívaly nemalé komplikace. Největším problémem bylo zabírání lůžek a někdy celých budov pro vojenské účely (Svobodný 2004, s. 214.).

Specifické tragické postavení mělo za druhé světové války židovské obyvatelstvo. Židovští lékaři byli vyloučeni z lékařských spolků a často nesměli vykonávat svou profesi. Pacienti s židovským původem byli vyjmuti ze zdravotní péče protektorátu. Židovská obec se tuto tíživou situaci pokoušela řešit zakládáním vlastních zdravotnických zařízení.

V poválečných letech 1945 až 1948 docházelo k obnově systému, ale k žádným převratným změnám v oblasti zdravotnictví nedocházelo. Až v roce 1948 došlo ke sjednocení nemocenského a důchodového pojištění v jeden povinný systém zákonem č. 99/1948 Sb., zákonem o národním pojištění. V čele stála Ústřední národní pojišťovna a pod ní spadaly okresní národní pojišťovny. Příspěvky získávala opět od zaměstnanců a zaměstnavatelů. Nepojištěné osoby měly nárok na ošetření a péči, ale pouze za přímou úhradu za léčení. Byly zestátněny nemocnice, léčebné ústavy, znárodněny lázně, zřídla, zdravotnický průmysl a distribuce léčiv (Petro 1985, s. 7.).

7.1. Souhrn financování

Brzy po vzniku samostatného Československa bylo vytvořeno Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy. Jeho postavení mezi ostatními ministerstvy, i z pohledu

financování, ovšem nebylo nejlepší. Několikrát se dokonce uvažovalo o jeho zrušení. Jeho pravomoci mělo převzít Ministerstvo sociální péče, které mělo již v té době nestarosti pojišťovací zákonodárství a úspěšně se mu podařilo rozšířit nemocenské a úrazové pojištění na většinu populace.

Obecní a obvodní lékaři v roce 1920 přešli do služeb státu. Finančně to pro ně však nebyla žádná změna. Obcím nadále zůstávala povinnost postarat se o nejchudší. Budovaly proto chudobince, starobince, chorobince, nemocnice i ústavy. Obce to stálo nemalé finanční prostředky, a proto se snažily této povinnosti zbavit a převést je na vyšší samosprávné svazky. To se ale nepodařilo.

Zdravotní pojištění bylo v první polovině 20. století spojeno se sociálním pojištěním. V čele pojištění stála Ústřední sociální pojišťovna. Nemocenské pojištění se postupně stalo pro všechny zaměstnance povinné a bylo zajišťováno celou řadou pojišťoven. S pojištěným zaměstnancem byla pojištěna také jeho rodina. Samostatně výdělečně činné osoby a nezaměstnaní si mohli platit pojištění dobrovolně sami. Výše pojistného si stanovovaly pojišťovny samy, se souhlasem Ústřední sociální pojišťovny, pokud nepřesáhla 5,5% středního výdělku. Nepojištění pacienti měli nárok na ošetření a péči pouze za přímou úhradu. Základem pojišťovnictví se stal zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří.

Svazy nemocenských pojišťoven zastupovaly zájmy svých členů a uzavíraly smlouvy se zdravotnickými zařízeními a zdravotníky. Zakládaly také vlastní lékárny, léčebny, lázně a sanatoria. Pacienti měli hrazenou péči pouze u smluvních partnerů svých pojišťoven. U ostatních lékařů jim byla hrazena pouze neodkladná péče.

8. Československé zdravotnictví 1948 až 1989

Po druhé světové válce se svět rozdělil na dvě znepřátelené části: západní blok vedený Spojenými státy a východní blok vedený Sovětským svazem. Evropa byla rozdělena stejně jako zbytek světa a Československo skončilo po únorovém puči 1948 na straně východního bloku.

Oba bloky spolu nepřímo bojovaly, například ve Vietnamu či Koreji, a také soupeřily v mnoha oborech. Probíhaly závody ve zbrojení, ve vesmírných programech, v množství jaderných zbraní, ale třeba také ve sportu. To mělo jako vedlejší následek také pozitivum v množství nových vynálezů, které následně usnadňovaly každodenní život lidem.

Rozvoj vědy a techniky nastal i v medicíně. Po celá staletí činili největší objevy v oblasti medicíny jednotlivci, ať již samotní lékaři nebo jiní vědci. Ve druhé polovině 20. století již takový postup byl skoro nemožný. Výzkumy začaly být natolik komplikované a drahé, že nebylo v silách jednotlivce toto zvládnout. Proto začaly na výzkumech pracovat týmy odborníků, kteří pracovali pod záštitou farmaceutických či technologických společností. Ty často vydělaly peníze na předešlých vynálezech a dále je investovaly do dalšího vývoje (Švejdová 2011, s. 100.).

Po skončení druhé světové války byl v Československu problém prosezení koncepčních změn ve zdravotnictví. Důvodem byly rozpory mezi pravicovými stranami a levicovými stranami, vedenými stále více sílící komunistickou stranou. Samotné ministerstvo zdravotnictví bylo v rukou lidové strany a to vydrželo i po roce 1948, kdy však již jen tato strana vykonávala příkazy komunistické strany.

Komunistická strana Československa měla vlastní zdravotnickou politiku, která prosazovala projekty připravené již za druhé světové války komunistickými lékaři a která stavěla na sovětských vzorech. Modifikovala je ovšem tak, aby byly použitelné ve střední Evropě.

Zásadní zlom ve zdravotnictví nastal až s převratem roku 1948, kdy se Komunistická strana Československa stala jedinou vládnoucí silou v zemi. V květnu 1948 vyšla nová ústava, která zaručovala právo občanů na ochranu zdraví. Byla zestátněna celá řada institucí a v roce 1950 vyšel zákon o zdravotnických povoláních. Byly také rušeny

organizace zastupující zájmy lékařů, což vyvrcholilo v roce 1950 zastavením činnosti lékařských komor. (Svobodný 2004, s. 220.).

Systém zdravotního pojištění byl zrušen a nahrazen systémem státního zdravotnictví. Jednalo se o takzvaný Semaškův sociální model zdravotního pojištění, který byl zaveden roku 1951. Veškerá péče o zdraví obyvatelstva a poskytování zdravotní péče byla zcela v rukou státu.

Typické nevýhody tohoto modelu se postupně objevily i v Československu. Úroveň zdravotnictví měla degresivní charakter, způsobený neefektivním čerpáním prostředků, kterého bylo dosaženo díky neprůhlednému přerozdělování. Narůstala byrokracie. Byly dlouhé čekací doby na specializované služby. Zdravotnictví bylo považováno za neproduktivní odvětví, což vedlo k jeho finančnímu podhodnocování. To nakonec vedlo k zhoršení zdravotního stavu obyvatelstva a zhoršení postavení Československa mezi ostatními státy ve střední délce života.[4]

Tab. č. 3: Vývoj střední délky života při narození v Československu

Období	SDŽ
1950-54	65,99
1955-59	69,16
1960-64	70,40
1965-69	70,22
1970-74	69,96
1975-79	70,57
1980-84	70,62
1985-89	71,27

Zdroj: vlastní zpracování dle Struk 1992

Byla zrušena Ústřední národní pojišťovna, která do té doby pojišťovací systém zpravovala. Finance do zdravotnictví od té doby plynuly pouze ze státního rozpočtu.

[4] V letech 1964-1984 střední délka života poklesla z 10. místa na 27. místo z 27 uváděnými státy Evropy.

Prostředky pro zdravotní péči získával stát prostřednictvím výběru daní. Proto také bylo zdravotnictví lidmi považováno za bezplatné. To mělo velmi nepříznivý dopad na samotné občany. Ti ztratili přehled o financování zdravotnictví a vytratil se jim pocit odpovědnosti za své zdraví (Kalina 1992, s. 10.).

Důležitým kamenem pro budování socialistického zdravotnictví se staly ústavy národního zdraví. Byly základním článkem ambulantní, léčebné i nemocniční péče. Stavěny byly podle administrativního členění země tedy krajské, okresní a městské.

Okresních ústavů národního zdraví bylo 76 a soustředili se v nich praktičtí lékaři, specialisté, nemocnice, lékárny, záchranné a pohotovostní služby, hygienické stanice, střední zdravotnické školy a technicko – hospodářské služby. Krajských ústavů národního zdraví bylo 8 a začleňovaly se do nich krajské a fakultní nemocnice a některé specializované služby. Navíc měly krajské ústavy vést dohled a kontrolu nad okresními (Gladkij 2002, s. 59.).

Do šedesátých let 20. století byl nejpalčivějším problémem československého zdravotnictví, jak zvýšit dostupnost zdravotnických služeb pro co největší okruh obyvatelstva v rámci předplacené péče. Zdravotnictví bylo v této době jednou z hlavních priorit komunistické vlády. Každý úspěch ve zdravotnictví byl využit propagandou. Zdravotní politika se proto snažila co nejvíce rozšířit okruh populace, který by ho zahrnoval do systému kolektivní ochrany nemoci.

Vědecký a technologický rozvoj ve světě rychle postupoval. Takže během šedesátých let se objevil nový problém. Jak zajistit obyvatelstvu zdravotní péči na co nejlepší úrovni s celou nejnovější nabídkou rozvoje za omezené zdroje, které stát měl (Křížová 1998, s. 27.).

V roce 1960 bylo deklarováno dobudování socialismu v Československu v nové ústavě. Politici i reprezentanti z oblasti zdravotnictví bilancovali uplynulých patnáct let od konce války ve zdravotnictví. Považovali je, z nemalé míry oprávněně, za velmi úspěšné. Podařilo se, aby byla lékařská péče zpřístupněna pro drtivou většinu obyvatel republiky. V roce 1966 byl přijat nový zákon č. 20/1966 Sb., zákon o péči o zdraví lidu, který zůstal v platnosti až do roku 1990 (Svobodný 2004, s. 220.). Ustanovoval, že péče o pacienta bude pouze s jeho informovaným souhlasem a v souladu se současnou úrovní medicíny. Poslední zmiňovaná povinnost již však nebyla příliš reálná.

Údaje o zdravotním stavu obyvatelstva již od poloviny šedesátých let jasně naznačovaly stagnaci nebo dokonce mírný úpadek a ukazovaly, že populace Československa byla více nemocná a více umírala, než byl celoevropský průměr. Ačkoli kvalita zdravotnictví na toto měla samozřejmě také vliv, nebyla jediným ani hlavním viníkem. Mezi další patřilo zhoršující se životní prostředí, životní styl, výživa, životní a pracovní podmínky atd. (Kalina 1992, s. 10.).

Od roku 1958 financování zdravotnictví řešilo a peníze následně přidělovalo Ministerstvo financí, které svůj návrh pouze konzultovalo s Ministerstvem zdravotnictví. Tím docházelo k neekonomickému hospodaření s penězi a k nedostatečně rychlým odezvám na potřeby obyvatelstva. Ministerstvo financí přidělovalo prostředky krajským a dále okresním národním výborům, které následně přerozdělovaly peníze jednotlivým okresním a krajským ústavům národního zdraví. Nemocnice byly financovány na základě plánovaných ošetřovacích dnů a přihlíželo se také na to, jaký ze čtyř typů nemocnice je (Dolanský 2008, s. 70.).

Finanční ohodnocení pracovníků ve zdravotnictví se v šedesátých letech pohybovalo pod celorepublikovým průměrem, což pokračovalo i v letech sedmdesátých a osmdesátých. Zdravotničtí pracovníci měli v roce 1960 průměrně 1 185,- Kčs, ale celorepublikový průměrný měsíční plat dosahoval 1 436,- Kčs (Vaněk 2014, s. 431.).

Tab. č. 4: Průměrné měsíční mzdy pracovníků ve zdravotnictví

Rok	Mzda lékaře celkem v Kčs	Mzda SZP celkem v Kčs	Průměrná mzda v Kčs
1960	2 273	1 104	1 436
1965	2 345	1 136	1 493
1970	3 766	1 647	1 937
1975	4 562	2 154	2 313
1980	4 640	2 439	2 637
1985	4 729	2 678	2 920

Zdroj: vlastní zpracování dle Holub 2005

Rok 1968 přinesl pro zdravotnictví mnoho změn. Celospolečenské uvolnění a hlavně zrušení cenzury vedlo po dlouhé době k možnosti svobodně se vyjadřovat. Mnozí odborníci z řad zdravotníků i laici toho využili, aby přednesli svoje námitky proti fungování tehdejšího zdravotnictví. Přicházeli také s návrhy na jejich řešení. Srpen 1968 však tyto začínající pokusy o zlepšení upadajícího stavu zdravotnictví ukončil. Zdravotnictví během normalizace již nebylo pro politiky natolik významné a prioritní, jako tomu bylo v letech předešlých.

Problémy zdravotnictví byly dlouhodobě přehlíženy a zametány pod koberec. Až začátkem osmdesátých let se stal tento stav neudržitelným. Věnovala se jim několikrát i schůze České národní rady. Avšak předkládaná řešení byla většinou neprůchodná či nereálná.

Velkým problémem byla malá schopnost inovací domácího průmyslu v oblasti zdravotnického zařízení. Moderní zdravotnická technika musela být dovážena ze zahraničí, ovšem to bylo pro stát velmi devizově náročné. Nemohl si dovolit nákup v tak velkém měřítku, v jakém by potřeboval. Podobný problém byl také s léčivy (Rajchenberk 2013, s. 100.).

Základním nedostatkem, kterým v osmdesátých letech, ale i předešlých, zdravotnictví trpělo, byla rigidní hierarchická soustava zdravotních služeb, která díky státnímu monopolu neměla dostatečné ekonomické podněty a nedostatečnou kontrolu kvality. Výdaje na zdravotnictví kontinuálně narůstaly, ale díky nezodpovědnosti při nakládání s penězi a špatnému řízení byly stále platy zdravotníků podprůměrné a vybavení a přístroje chátraly. Lékařů, sester i lůžek v nemocnicích mělo Československo v rámci Evropy nadprůměrně, ale díky špatnému rozmístění a využití, byl stále pociťován jejich nedostatek (Kalina 1992, s. 11.).

Tab. č. 5: Výdaje na zdravotnictví v běžných cenách

Rok	Celkem v mld. Kčs	Výdaje na 1 obyvatele v Kčs
1960	5,9	615
1970	8,4	859

1975	12,4	1230
1980	15,2	1470
1985	20	1931

Zdroj: vlastní zpracování dle Holub 2005

Občan byl lékaři přidělen, stejně jako lékařovi občan. Možnost svobodné volby oficiálně prakticky neexistovala. Postupně se ve zdravotnictví rozvíjela korupce a šedá ekonomika. Zdravotníci byli i díky nízkým mzdám špatně motivováni a stávalo se, že jejich vztahy k pacientům neodpovídaly žádané a potřebné etické úrovni (Dolanský 2008, s. 70.).

8.1. Souhrn financování

Po roce 1948 se začala prosazovat levicová zdravotní politika. Zestátnila se celá řada zdravotnických institucí. Byl zrušen systém pojištění a byl nahrazen systémem státního zdravotnictví. Poskytování zdravotní péče přešlo do rukou státu. Čerpání prostředků se stávalo postupem času neefektivní, díky neprůhlednosti přerozdělování. Zdravotnictví se začalo považovat za neproduktivní odvětví, a proto také bylo finančně podhodnoceno.

Byla zrušena Ústřední národní pojišťovna a zdravotnictví bylo financováno ze státního rozpočtu. Prostředky pro zdravotní péči získával stát z výběru daní. Financování zdravotnictví bylo zcela v kompetenci Ministerstva financí, které pouze konzultovalo své návrhy s Ministerstvem zdravotnictví. Peníze posílalo krajským národním výborům a ty je přerozdělovaly na nižší instance a ty opět dále. To bylo samozřejmě značně neefektivní.

Nemocnice byly financovány podle plánovaných ošetřovacích dnů a přihlíželo se také na typ nemocnice. Zdravotnický personál měl celkově podprůměrný plat po celou dobu vlády komunistické strany.

Výdaje na zdravotnictví po celou dobu narůstaly. Přesto byly platy zdravotního personálu podprůměrné a zdravotnická technika zastaralá. Postupně se rozbujela ve zdravotnictví šedá ekonomika a korupce.

9. Změny ve zdravotnictví po roce 1990

9.1. Devadesátá léta

V osmdesátých letech 20. století docházelo v Československu k postupnému uvolňování. Opozice a kritika režimu postupně nabíraly na síle. Mezi občany narůstala politická, sociální i ekonomická nespokojenost. Vše vyvrcholilo sametovou revolucí probíhající od 17. listopadu do 29. prosince 1989. Došlo k pádu komunistického režimu a k obnově pluralitní demokracie v Československu. Výsledkem revoluce byla hluboká celospolečenská proměna, která se týkala i zdravotnictví.

Zdravotnictví začátkem devadesátých let prošlo rozsáhlou reformací, která vedla ke kompletní transformaci systému. Hlavními cíly změny systému byly zlepšení zdravotního stavu populace a zlepšení a zefektivnění nakládání s finančními prostředky vydávanými na zdravotnictví (Křížová 1998. s. 13.).

Během let 1990 až 1992 postupně končily svoji činnost Ústavy národního zdraví a vznikala jednotlivá zdravotnická zařízení. Územní správa a Ministerstvo zdravotnictví v této době spíše jen sledovaly a koordinovaly vznik a činnost nových zdravotnických zařízení (Daňková 2010, s. 40.).

Zásadním dokumentem změny ve zdravotnictví se stal Návrh systému zdravotní péče, známí také jako Bílá knížka, který byl přijat 12. prosince 1990 a který obsahoval zásady nového zdravotnictví včetně jeho organizace, řízení a financování. Návrh počítal se zavedením povinného zdravotního pojištění, umožnění konkurence ve zdravotnických službách, financováním zdravotní péče z několika zdrojů atd. (Kalina 1992, s. 22-26.).

Před revolucí zajišťoval zákon o národním pojištění jeden společný systém zdravotního a nemocenského pojištění. S transformací zdravotnictví byl tento jednotný systém rozdělen na dva samostatné. Tím se dodnes systém České republiky odlišuje od předešlého prvorepublikového i od systému západoevropských zemí (Hrazdira 2015, s. 17.).

Návrh systému zdravotní péče se začal postupně realizovat od roku 1991. Byl přijat zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění 550/1991 Sb. Zároveň s tím byla zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna na základě zákona 551/1991 Sb. Ačkoli se původně očekávalo, že zákony budou platné až od roku 1993, nakonec měly účinnost od 1. ledna 1992. Přestože byly myšlenky reformy přijaty odbornou i laickou veřejností

kladně, připravenost zákonů nebyla dostačující a proto bylo potřeba zákony několikrát novelizovat. Dostupnost péče a její kvalita naštěstí nebyly ohroženy (Gladkij 2002, s. 69.). Změny musely být také provedeny po rozpadu Československa v roce 1993. Spíše kosmetickou úpravou byla od roku 1997 novelizace zákona, kdy se přestalo používat označení všeobecné zdravotní pojištění nahrazené pojmem veřejné zdravotní pojištění.

Pro první rok svého financování získala Všeobecná zdravotní pojišťovna ze státního rozpočtu cca 40 miliard Kč. Již tento rok však byl zahájen nový způsob financování zdravotní péče. Vybrané prostředky se následně použily na zdravotní péči v roce příštím. Protože stát nechtěl připustit monopol jedné pojišťovny, byl přijat zákon č. 280/1992 Sb., který od poloviny roku 1992 povoloval zřizování zdravotních pojišťoven resortních, oborových, podnikových a popřípadě i dalších. Do roku 1995 následně vzniklo na 26 zaměstnaneckých i regionálně působících zdravotních pojišťoven. Velká konkurence nakonec vedla k tomu, že většina těchto pojišťoven zanikla nebo se sloučila (Němec 2001, s. 7.). V dnešní době tak již existuje pouze 7 zdravotních pojišťoven, mezi kterými má ovšem stále výsadní postavení Všeobecná zdravotní pojišťovna.

Tab. č. 6: Pojištěnci jednotlivých zdravotních pojišťoven k 01.01.2016

pojišťovna	VZP ČR	VoZP ČR	ČPZP	OZP	ZPŠ	ZPMV ČR	RBP
Počet pojištěnců k 01.01.2015	5 933 620	707 501	1 210 581	735 315	139 909	1 258 081	430 909
počet pojištěnců k 01.01.2016	5 918 128	700 873	1 230 601	724 240	141 872	1 283 628	432 854

Zdroj: vlastní zpracování dle Změny počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven 2016

V roce 1993 vláda České republiky přijala usnesení č. 137/1993 s opatřeními k privatizaci zdravotnických zařízení. Ty se členily pro účely privatizace podle struktury nabídky:

- zdravotnická zařízení volně privatizovatelná
- zdravotnická zařízení vázaně privatizovatelná

- zdravotnická zařízení neprivatizovatelná
- zdravotnická zařízení zatím neprivatizovaná (Durdisová 2005, s. 179.)

Z původně zcela státních zařízení se tak postupně vyčlenily samostatné privátní subjekty. Privatizace se netýkala pouze oblasti zdravotnických služeb. Privatizovaly se také budovy včetně vybavení, pozemky či dopravní zařízení. V některých případech byly zprivatizovány celé menší nemocnice i polikliniky. Velké nemocnice, především tedy fakultní, si ale stát podržel. Ty dodnes vykonávají všechny druhy zdravotnické péče včetně mnoha navazujících služeb. Proces štěpení zdravotnických subjektů si také vyžádal změny ve financování (Bellová 2005, s. 68.).

V roce 1992 došlo také ke změně způsobu financování zdravotnických subjektů od rozpočtového financování k výkonovému systému danému Seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a stanovenou cenou bodu. Zdravotnická zařízení byla tímto nucena maximalizovat počty svých výkonů.

Od roku 1997 uzavíraly zdravotní pojišťovny se zdravotnickými zařízeními smlouvy pouze na ty druhy a rozsah péče, které bylo zařízení oprávněno poskytovat. Ceny za poskytovanou péči měly být dojednány mezi zástupci Svazu zdravotnických pojišťoven, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a zástupci zdravotnických zařízení. Občas také do jednání vstupovalo Ministerstvo financí či zdravotnictví. Pokud se strany nebyly ochotny dohodnout, vydávalo Ministerstvo zdravotnictví tzv. úhradové vyhlášky. Ty vydávalo i u léků pro stanovení výše úhrad zdravotních pojišťoven (Šatera 2012, s. 70.).

Výdaje na zdravotnictví po celá devadesátá léta stoupaly. V roce 1990 byly výdaje na zdravotnictví kryty prakticky kompletně z veřejných financí. V roce 2000 byla již spoluúčast občanů okolo 9,4% a nadále stoupala. O osm let později již dosahovala 16% z celkových výdajů na zdravotnictví (Daňková 2010, s. 42.).

9.2. Pokračování reforem počátkem 21. století

V důsledku rychle probíhajícího technologického vývoje a změn v systému zdravotnictví, rostly a stále rostou požadavky na objem vykazované péče i finančních zdrojů. Růst příjmů je ovšem pomalejší. Šetřit v oblasti narůstajících nákladů je možno na straně poptávky nebo nabídky. Na straně poptávky je pak kladen důraz na prevenci a podporu zdraví, zavedení spoluúčasti pacientů, podpora laické péče apod. Přístup na

straně nabídky je pak představován regulací sítě poskytovatelů, legislativními omezeními systému pojišťoven, lékovou politikou, modernizací apod. (Dolanský 2008, s. 71.). V České republice jsou oba přístupy kombinovány dohromady.

Již na začátku nového milénia byly patrné nedostatky ve financování zdravotnictví a také to, že bude potřeba provést nové změny, aby byly tyto problémy odstraněny. V roce 2006 se nejpalčivějším problémem staly dluhy Všeobecné zdravotní pojišťovny. Do řešení tohoto problému se aktivně zapojil tehdejší ministr zdravotnictví David Rath. Pojišťovna musela provést řadu změn, včetně výměny vedoucího managementu. Dostala také finanční pomoc ze státního rozpočtu. Došlo ke skokovému navýšení plateb státu za státní pojištěnce. Změny vedly ke zvýšení příjmů a zlepšení finanční situace zdravotních pojišťoven celkově. Ty si tak mohly vytvořit finanční rezervy pro případné horší období.

Od září roku 2006 byl do úřadu ministra zdravotnictví jmenován Tomáš Julínek. Do podvědomí veřejnosti se dostal tím, že se snažil prosazovat i nepopulární reformy pro stabilizaci zdravotnického systému a jeho financování. Byl to od poloviny devadesátých let první pokus na rozsáhlejší reformu.

Cílem reformy bylo zvýšit kvalitu a efektivitu zdravotnictví a to i díky změně vztahů mezi lékaři, pojišťovnami, státem a občany. Mezi nejznámější části reformy patřilo bezesporu zavedení nadstandardů a jasná definice péče hrazené zdravotními pojišťovnami, možnost pacientů hospodařit s částí pojistných prostředků, přednostní uzavírání smluv s kvalitními poskytovateli zdravotní péče, centralizace specializované peče či větší podíl pacienta při rozhodování o své péči.

Reforma byla ovšem příliš rozsáhlá a rychlá. Ministerstvo také nedostatečně vysvětlovalo klady jednotlivých reformních kroků a nedošlo tak k jejich akceptaci ze strany veřejnosti. Důležitý byl také silný odpor opozice, která kritizovala všechny kroky provedené ministerstvem. Reforma tedy nebyla ve svých hlavních cílech úspěšná (Reforma zdravotnictví forum.cz 2009).

Od začátku roku 2008 byly zavedeny regulační poplatky ve zdravotnictví na základě zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů. Nejdříve se týkaly poplatky všech pojištěnců, ale postupně byly přidávány další a další výjimky. Regulační poplatky byly hrazeny pojištěncem za návštěvu zdravotnického zařízení, při hospitalizaci či jako

poplatek v lékárnách za každou položku na receptu. Byly příjmem daného zařízení, který poplatek vybralo.

U lékaře a za každou položku na receptu se platilo 30,- Kč. Den v nemocnici stál pacienta 60,-Kč a návštěva pohotovosti 90,- Kč. Ochranný limit na výdaje činil 5 000,- Kč. Již v srpnu 2008 byly zrušeny poplatky za pobyt novorozenců v porodnici a od placení byli osvobozeni také dárci orgánů a lidé, kterým byla léčba soudně nařízena. Od dubna 2009 přestaly platit děti poplatek u lékaře a byl jim společně se seniory snížen limit na 2 500,- Kč. Naopak v prosinci 2011 se zvýšil poplatek za pobyt v nemocnici na 100,- Kč.

Od ledna 2012 bylo možné si připlatit za nadstandardní péči. Do seznamu nadstandardních výkonů patřilo 18 položek. Sedm se vztahovalo k očkování, dvě k operacím očních čoček a devět k lehčím sádrám. Ministerstvo zdravotnictví očekávalo rozšíření seznamu v roce 2013 o robotické operace, laparoskopie u zákroků na děloze či vaječnících, zákroky mimo ordinační hodiny či konkrétního lékaře u operace.

V lednu 2012 se také zrušil poplatek za položku na receptu a nově byl za celý recept. V červenci 2013 Ústavní soud zrušil, na návrh ČSSD, nadstandardy, zdražení poplatků a pokuty za nezaplacení poplatku. Od ledna 2014 skončila povinnost platit za pobyt v nemocnici a zůstaly pouze poplatky u lékaře a v lékárně a na pohotovosti. Od ledna 2015 byly zrušeny i regulační poplatky v lékárně a u lékaře. Zůstal pouze poplatek na pohotovosti ve výši 90,- Kč (Sbohem poplatky! 2014).

Tab. č. 7: Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce veřejného zdravotního pojištění podle pohlaví a věkových skupin

Věková skupina	2010		2012		2013		2014	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0–9	12 888	10 244	13 520	11 916	14 478	12 603	14 468	12 681
10–19	8 404	9 779	9 812	11 259	10 060	11 626	10 403	11 897
20–29	7 583	12 224	8 255	12 487	8 662	12 814	8 909	13 346
30–39	9 472	15 043	10 175	15 051	10 405	15 497	10 856	16 210
40–49	14 003	16 426	13 905	16 603	12 076	16 935	14 418	17 521
50–59	24 865	24 394	24 262	23 423	23 696	23 594	24 106	24 042
60–69	40 512	32 994	40 921	32 689	40 641	31 850	41 214	32 745

70–79	54 370	46 147	57 412	46 777	56 763	45 432	57 479	47 225
80+	57 890	52 437	64 472	57 327	64 336	57 036	66 411	60 892
Průměr	19 502	21 738	20 539	22 414	20 555	22 608	21 500	23 809

Zdroj: Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce veřejného zdravotního pojištění 2016

9.3. Souhrn financování

Po sametové revoluci došlo k transformaci zdravotnictví. Bylo zavedeno povinné zdravotní pojištění. Vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna a další rok bylo povoleno zřizování dalších pojišťoven. Nemocenské pojištění se od zdravotního oddělilo. Část zdravotnických zařízení byla privatizována a začaly vznikat privátní subjekty ve zdravotnictví.

V roce 1992 došlo ke změně financování zdravotnických subjektů z rozpočtového na výkonový systém. Ministerstvo zdravotnictví začalo vydávat úhradové vyhlášky, které určovaly ceny, pokud se zdravotnické zařízení či lékař nebyli schopni dohodnout s pojišťovnou.

Výdaje na zdravotnictví po celá devadesátá léta stoupaly. Měnilo se však, odkud byly pokryty tyto výdaje. Rostl podíl spoluúčasti občanů. Příjmy zdravotnictví rostly pomaleji, a proto na začátku nového tisíciletí bylo potřeba provést změny, které by zamezily zadlužování pojišťoven, především tedy Všeobecné zdravotní pojišťovny. Došlo ke skokovému nárůstu plateb za státní pojištěnce. Byly zavedeny regulační poplatky a platby za nadstandardy. Tyto platby a poplatky byly příjmem zdravotního zařízení, které je vybralo. Na návrh opozice byly však Ústavním soudem zrušeny nadstandardy a po změně vlády postupně také regulační poplatky, kromě poplatku za pohotovost.

10. Současnost financování zdravotní péče

Zdravotnictví tvoří důležitou část veřejných, i soukromých, výdajů. Je proto stále významnou politickou i ekonomickou oblastí České republiky. Hlavní finanční zátěž nesou zdravotní pojišťovny a po nich samotné domácnosti.

Veřejné zdravotní pojištění je povinné a měl by v něm být zapojen každý občan dle zákona č. 48/1997 Sb. U zaměstnanců je stanovena výše pojistného na 13,5% z vyměřovacího základu, tedy z hrubé mzdy za rozhodné období. Minimální vyměřovací základ je stanoven výší aktuální minimální mzdy, která činí v roce 2017 11 000 Kč. Minimální pojistné pro tento rok je 1 485 Kč. Zaměstnavatel odvede podle zákona č. 592/1992 Sb. ze zaměstnancova platu 4,5% a zbylých 9% odvede ze svých vlastních finančních zdrojů.

U osob samostatně výdělečně činných je výše pojistného z vyměřovacího základu také 13,5%, ale vyměřovacím základem u OSVČ se rozumí 50% z jejich příjmů po odečtu uznatelných výdajů. Minimální roční vyměřovací základ je navázán na průměrnou mzdu a je definován jako dvanáctinásobek poloviny průměrné mzdy. V roce 2017 činí průměrná mzda 28 232 Kč, minimální měsíční vyměřovací základ je tedy 14 116 Kč a minimální měsíční záloha tak činí 1 906 Kč. Pokud má OSVČ danou samostatnou výdělečnou činnost jako hlavní, je povinna odvádět měsíční zálohy, které jsou stanoveny na základě přehledu o příjmech a výdajích. Pokud je daná výdělečná činnost pro OSVČ vedlejší, nemusí měsíční zálohy odvádět.

Osoby bez zdanitelných příjmů odvádějí také 13,5% z minimálního vyměřovacího základu, kterým je opět aktuální minimální mzda. Specifickou skupinou jsou pojištěnci, za které hradí pojištění stát. Do této stále početnější skupiny patří na 6 milionů pojištěnců a tvoří tak skoro 60% všech pojištěnců, ale jejich příspěvek do zdravotního pojištění činí pouze zhruba jednu třetinu celkových příjmů od pojištěnců. Vyměřovací základ za tyto pojištěnce vzrostl v roce 2017 podle nařízení vlády č. 181/2016 Sb. na 6 814 Kč a pojistné tak činí 920 Kč, což by mělo vést k nárůstu příjmů zdravotních pojišťoven o 3,5 miliardy korun. V příštím roce, podle dohody ministerstva zdravotnictví a financí, by pojistné mělo narůst na 970 Kč. Tento návrh musí být ještě schválen vládou (České noviny 2017).

Navýšení příjmů za tento rok by měly pojišťovny využít k pokrytí nákladů na zvýšení platů a mezd zdravotníků v nemocnicích v roce 2017. Vláda se shodla na navýšení

tarifních platů a analogické navýšení mezd zdravotníků o 10%. Ke stejnému navýšení došlo i v krajských nemocnicích k čemuž posloužila dohoda s kraji. Úhradová vyhláška pro rok 2017 zvedla příjmy také nemocnicím, které by rovněž měly sloužit k pokrytí navýšení platů jejich zdravotníků.

S plošným růstem mezd nesouhlasí Svaz zdravotnických pojišťoven ČR, který prosazuje, aby zvyšování mezd a platů bylo více individuální a rozhodovali o něm ředitelé jednotlivých nemocnic. Naopak Oborový svaz zdravotnictví a sociální péče a Česká lékařská komora prosazují plošné 10% zvyšování platů i v příštích dvou letech (Friedrich 2016).

Mezi opatření, která tento rok připravuje Ministerstvo zdravotnictví, patří zvýšení příplatku pro sestry ve směnném provozu, podpora pacientských organizací a využití 8,4 miliard Kč ve vybraných nemocnicích na rekonstrukci a modernizaci jejich areálů. Projednává se také návrh na zavedení pravidelné valorizace plateb za státní pojištěnce (Tiskové zprávy MZČR 2016).

Tab. č. 8: Vyměřovací základ a pojistné za státní pojištěnce

Období	Vyměřovací základ	Pojistné
od 1. 1. 2017	6 814 Kč	920 Kč
1. 1. 2016 - 31. 12. 2016	6 444 Kč	870 Kč
1.7.2014 - 31.12.2015	6 259 Kč	845 Kč
1.11.2013 - 30.6.2014	5 829 Kč	787 Kč
1.1.2010 - 31.10.2013	5 355 Kč	723 Kč
1.1.2008 - 31.12.2009	5 013 Kč	677 Kč
1.1.2007 - 31.12.2007	5 035 Kč	680 Kč
1.4.2006 - 31.12.2006	4 709 Kč	636 Kč
1.2.2006 - 31.3.2006	4 144 Kč	560 Kč
1.1.2006 - 31.1.2006	3 798 Kč	513 Kč
1.1.2005 - 31.12.2005	3 556 Kč	481 Kč
1.1.2004 - 31.12.2004	3 520 Kč	476 Kč
1.1.2003 - 31.12.2003	3 458 Kč	467 Kč
1.7.2001 - 31.12.2002	3 250 Kč	439 Kč
1.7.1998 - 30.6. 2001	2 900 Kč	392 Kč

1.1.1998 - 30.06.1998	2 120 Kč	287 Kč
1.7.1996 - 31.12.1997	2 000 Kč	270 Kč
1.1.1996 - 30.06.1996	1 625 Kč	220 Kč
1.1.1994 - 31.12.1995	1 430 Kč	194 Kč
1.1.1993 - 31.12.1993	1 694 Kč	229 Kč

Zdroj: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky: Vyměřovací základ stát

10.1. Financování jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče

10.1.1. Praktičtí lékaři

Financování praktických lékařů prošlo během devadesátých let několika zásadními změnami. Nejdříve byli placeni výkonovou platbou. Následně byl zaveden systém kombinované kapitačně výkonové platby. Tedy, že lékař dostává část platby fixně každý měsíc za každého pacienta bez ohledu na to, jestli byl ten měsíc ošetřovaný.

Základní kapitační platba v roce 2016 za jednoho pacienta činila 47 korun měsíčně. Průměrně má praktický lékař v péči 1 623 pacientů. Částka za pacienta je však upravována podle jeho věku za pomoci koeficientu. Zvýšení kapitační platby je také možné pokud například lékař ordinuje více hodin, minimálně jeden den do 18:00, je k dispozici pět dní v týdnu, či umožňuje pacientům objednání (Česká televize). Vyhláškou[5] je stanoveno, které úkony budou zahrnuty do kapitační platby. Patří mezi ně výkony prováděné při běžném vyšetření, návštěvní i některé administrativní výkony.

Druhou část platby tvoří platby za určité úkony. Jednotlivé nekapitační výkony mají své přidělené body podle vyhlášky ministerstva zdravotnictví. Soupis těchto úkonů předává pojišťovna lékaři předem a oznamuje mu i změny v sazbách. Pokud je lékař nucen ošetřit pacienta, který u něho není registrován, je mu pojišťovnou také proplacen, ale pojišťovna limituje počty těchto pacientů určitou hranicí či procentem (Bellová 2005, s. 70.). Podle ministerstva zdravotnictví dostane jedna ordinace praktického lékaře v průměru 200 000 korun měsíčně.

V současné době naráží zdravotnictví na problém se stárnutím praktických lékařů. Jejich průměrný věk se v České republice pohybuje okolo 55 let (Hnízdová 2015). Jejich rozmístění také není ideální a dochází tak k jejich nedostatku v oblastech s nízkou

[5] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky číslo 273/2015 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

hustotou obyvatel. Ministerstvo zdravotnictví se proto rozhodlo v těchto oblastech praktické lékaře zvýhodnit. Pokud se v problematickém regionu do výběrového řízení nikdo nepřihlásí, nabídne zdravotní pojišťovna třicetiprocentní bonifikaci k běžné platbě pro příští kolo výběrového řízení. Je také zřízen fond pro mladé lékaře, kteří svou ordinaci budují na tzv. zelené louce (Tiskové zprávy MZČR 2015).

10.1.2. Ambulantní specialisté

Systém financování ambulantních specialistů také prošel změnami. Několik let byli lékaři placeni zdravotními pojišťovnami za poskytnuté zdravotní výkony. Sazebník zdravotních výkonů sestavovalo Ministerstvo zdravotnictví a každému výkonu přiřazovalo určitý počet bodů. Pro lékaře tak byla nejpodstatnější korunová výše jednoho bodu, která se mohla měnit vyhláškou každý rok. Pro rok 2017 je obecná hodnota bodu 1,03 Kč. Také existuje systém hrazení výkonů na principu maximální úhrady. Lékaři mají stanovený strop peněz, který nesmějí překročit. Pokud tak učiní, pojišťovna jim další úkony již platit nebude. V současné době jsou maximální úhrady počítány na jednoho ošetřeného pojištěnce (Gladkij 2003, s. 117.).

Lékař s pojišťovnou může také uzavřít úhradový dodatek, sjednaný vždy na jeden kalendářní rok. V tomto dodatku může být stanoven jiný způsob úhrady, než je stanoven v úhradové vyhlášce. Může jít tedy i o nižší úhrady, než jsou stanoveny ve vyhlášce. Tento dodatek většinou sestavuje příslušná zdravotní pojišťovna, která ho lékaři předkládá a ten, pokud s ním nesouhlasí, ho musí písemně odmítnout. Bývá to právě z důvodů nižší úhrady za výkon či přísnějších limitů celkové úhrady za kalendářní rok (Záleská 2015, s. 4.)

Tab. č. 9: Podrobná struktura průměrného měsíčního platu lékařů a zubních lékařů v roce 2013

Struktura platu	Lékaři a zubní lékaři
plat celkem	58 837
tarifní plat	30 031
příplatek za vedení	969
příplatek za práci ve ztíženém prostředí	102

zvláštní příplatky	591
plat za práci přesčas vč. příplatku	5 818
odměna za pracovní pohotovost	1 490
příplatky za práci v SO + NE	1 160
příplatek za práci ve svátek	549
příplatek za noční práci	905
náhrady platu	5 482
osobní příplatek	6 105
odměny	5 633

Zdroj: Mašková 2016

Tab. č. 10: Vývoj průměrných mezd a platů lékařů a zubních lékařů

Rok		Lékaři a zubní lékaři
2010	Plat	50 235
	Mzda	49 223
2011	Plat	57 687
	Mzda	55 514
2012	Plat	61 078
	Mzda	55 957
2013	Plat	60 635
	Mzda	54 863
2014	Plat	61 393
	Mzda	55 068
2015	Plat	66 373
	Mzda	58 828

Pramen: Zdravotnictví ČR: Personální kapacity 2015

10.1.3. Nemocniční péče

Nemocniční péče patří k nejnákladnějším v celém systému zdravotnictví. Od roku 1997 se předpokládá, že většina nákladů nemocnic jsou fixního typu a proto také jsou financovány paušální platbou. Toto ovšem vede ke snižování počtu výkonů, neboť jejich provádění je stále více nákladné, ale jejich samotný počet neklesá. Paušální platba je stanovena na základě počtu ošetřených pacientů za referenční období.

Protože tento systém financování není optimální, je snaha ho doplnit o, v zahraničí již používaný, systém DRG, tedy Diagnosis Related Group. Systém původem ze Spojených států je založen na předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta s obdobnými léčebnými nároky na terapii (Bellová 2013, s. 94.).

Platba za ošetřovací den je formou úhrady poskytované v případě hospitalizace pacienta. Základní jednotkou jsou náklady na pacienta za jeden den ošetření podle kategorie ústavního zařízení. Na této částce se smluvně domlouvají zdravotní pojišťovny s jednotlivými ústavy, nebo je stanovena vyhláškou Ministerstva zdravotnictví o stanovení hodnoty bodu pro daný rok. Kromě určené diagnózy, může být částka stanovena také podle oddělení.

Tab. č. 11: Náklady zdravotních pojišťoven za nemocniční péči

rok	2010	2011	2012	2013	2014	2015
v mil. Kč	102 932	103 956	104 674	103 998	111 979	116 481
v %	47,7	47,3	46,7	46,9	47,7	48

Zdroj: vlastní zpracování dle Zdravotnické ročenky České republiky

10.1.4. Lékárny

Lékárny se řídí především zákonem č. 378/2007 Sb., o léčivech a vyhláškami č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků a č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky.

Lékárny nakupují léky a zdravotnické potřeby přímo od výrobců. Tento nákup provádí ze svých prostředků či pomocí úvěru. Pokud je lékárna součástí jiného většího zdravotnického subjektu, je nákup financován jím. Částky podle lékařských předpisů pak účtuje lékárna konkrétním zdravotním pojišťovnám.

Léky mohou být zcela hrazeny pojišťovnou nebo mohou být s doplatkem, popřípadě si je pacient hradí zcela sám. V České republice je používán generický princip kategorizace a úhrad, tedy že alespoň jeden lék ze skupiny generických substancí by měl být zcela hrazen pojišťovnou. Většinou jde o léky české výroby. Maximální ceny léků stanovuje Ministerstvo zdravotnictví (Bellová 2005, s. 84.).

Správním úřadem přímo podřízeným Ministerstvu zdravotnictví, který se podílí na přípravě zákonů a norem v oblasti farmacie, je Státní ústav pro kontrolu léčiv. Jeho nepostradatelnou úlohou je stanovování úhrady za léčivé přípravky z veřejného zdravotního pojištění (Šatera 2012, s. 51.).

Tab. č. 12: Tržby lékáren a výdejen za rok 2013 podle plátců

tržby	tržby od zdravotních pojišťoven	tržby od zdravotních zařízení	volný prodej a doplatky pacientů	tržby od ostatních odběratelů	celkem
tis. Kč	37 558 449	18 257 665	17 058 837	1 036 333	73 911 284
%	50,8	24,7	23,1	1,4	100

Zdroj: Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013

Tab. č. 13: Náklady zdravotních pojišťoven

rok		2010	2011	2012	2013	2014	2015
léky vydané na recept	v mil. Kč	34 251	34 134	36 104	34 633	33 819	33 883
	v %	15,9	15,5	16,1	15,6	14,4	14
zdravotnické prostředky vydané na poukazy	v mil. Kč	5 999	6 296	6 218	6 058	6 477	6 813
	v %	2,8	2,9	2,8	2,7	2,8	2,8

Zdroj: vlastní zpracování dle Zdravotnické ročenky České republiky

10.2. Souhrn financování

I v současnosti nesou největší zátěž financování zdravotnictví v České republice zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojištění je povinné pro všechny. Pokud za člověka neplatí pojištění stát, musí si ho platit sám či je mu odváděno ze mzdy a část pojištění odvádí také zaměstnavatel.

Navýšení příjmů zdravotních pojišťoven je většinou prováděno zvýšením odvodů za státní zaměstnance, kteří tvoří většinu pojištěných. Rozsáhlejší změny ve financování zdravotnictví se tento rok nechystají. Navýšení mezd zdravotnického personálu, které bylo vyjednáno, bude placeno práv navýšením odvodů za státní zaměstnance.

Praktičtí lékaři jsou placeni systémem kombinované kapitačně výkonové platby. Ambulantní specialisté jsou placeni systémem výkonové platby. K nejnákladnějším v celém zdravotnictví patří nemocniční péče. Většina nákladů je financována paušální platbou. Tento způsob financování se nemocnicím, kterým stoupají náklady za výkon, nelíbí. Proto je také snaha o doplnění systému o DRG. Lékárny nakupují léky a zdravotnické potřeby samy přímo od výrobců. Částky podle lékařských předpisů pak lékárny účtují konkrétním pojišťovnám. Doplatky si pacient hradí sám.

Závěr

Zdravotní péče a její financování je důležitou součástí ekonomiky České republiky. Patří k významným tématům rezonujícím ve společnosti. Během sledovaného období došlo k velkému rozvoji zdravotní péče, který akceleroval především v posledních dvou stoletích. Tento rozvoj ovšem také vede k neustále rostoucím nákladům, díky vývoji stále nové techniky a léčivých přípravků. Narůstající náklady pak vedou k přehodnocování způsobu financování a k jeho změnám.

Cílem této práce bylo analyzovat vývoj zdravotní péče na území současné České republiky od pravěku do dnešní doby a popsat důležité mezníky v historii zdravotní péče s důrazem na její financování.

Pro zpracování této bakalářské práce jsem využila relevantní literaturu a odborné články v knižní i elektronické podobě. Problematická, z pohledu relevantních zdrojů, byla osmá kapitola zabývající se obdobím budování komunismu. Literatura z tohoto období je poznamenána nemožností kritiky a propagandou té doby a často si tak protiřečí s informacemi získanými z literatury pozdější.

V první kapitole jsem se věnovala vysvětlení základních pojmů vztahujících se k tématu práce. Mezi ně patří lékař, nemoc, pacient, prevence, úrazové pojištění, zdraví, zdravotní péče a zdravotní pojištění. Druhá kapitola se vztahovala k vývoji lékařství a léčitelství od starověku do počátku renesance. Rozebrala jsem zde také postavení středověkého lékaře ve společnosti a jeho povinnosti a běžně vykonávanou činnost.

Ve třetí kapitole jsem analyzovala změny postavení lékařů v renesanční společnosti. Zabývala jsem se také rozvojem lékařských univerzit a rozkastování lékařů podle dosaženého vzdělání. Čtvrtá kapitola byla věnována období 17. století, kdy docházelo k zvyšování vlivu lékařské fakulty, zlepšení postavení studovaných lékařů, zvyšování kvalifikace především chirurgů a porodních bab a postupné specializaci lékařů.

V páté kapitole jsem analyzovala období osvícenství, kdy se vytvářela zdravotní síť zajišťující alespoň základní péči o nemocné. Začaly se budovat první moderní nemocnice a docházelo k rozvoji porodnictví, psychiatrie a chirurgie. Stát se snažil budovat kontrolu nad vzděláním a dostupností lékařů.

Významné změny, které proběhly v 19. století, a jejich dopad na rozvoj zdravotní péče jsem nastínila v šesté kapitole. V této době se významně rozšířil okruh lidí, pro které

byla zdravotní péče dostupná a to i díky tlaku politických skupin, legislativním změnám a vzniku pojištění. První polovinu 20. století a rozvoj zákonů a pojištění v Československu jsem rozebírala v sedmé kapitole. Také jsem se zde zabývala dopadem světových válek na zdraví a zdravotnictví v Československu.

Období budování komunismu byla věnována předposlední kapitola. V ní jsem analyzovala změny ve společnosti, uplatňování socialistických myšlenek ve zdravotnictví a jejich dopady na zdraví celé společnosti. Devátá kapitola byla zaměřena na období od pádu komunismu v roce 1989. V této kapitola jsem se zabývala transformací socialistického zdravotnictví ve zdravotnictví demokratického státu. V desáté kapitole jsem se věnovala současnému systému financování zdravotní péče.

Starověká zdravotní péče byla v rukou kněží a mágů. Chrámy bohů se stávaly centry pro léčení. Na ně později navázaly špitály. Lékaři se začali objevovat ve středomoří. Původně byli považováni za řemeslníky a stejně tak byli i financováni. Ve středověku však již existují studovaní lékaři. I u nás byla založena lékařská fakulta. Středověký lékař neměl stabilní postavení ve společnosti. Pokud se mu nedařilo, mohl skončit zcela chudý, nebo naopak velmi bohatý, pokud získal práci na šlechtickém či královském dvoře. Větší jistotu získali lékaři až v období renesance.

Změnil se také pohled na nejvyšší možné postavení lékaře. Zatímco ve středověku a renesanci bylo hlavní metou, stát se královským lékařem či získat místo na bohatém šlechtickém dvoře, postupně se největší vážnosti dostávalo univerzitním profesorům a zájem se stočil na veřejné funkce. Tento přelom se odehrál koncem renesance a začátku 17. století a souviselo to také s odklonem lékařství od církve a zvyšování pravomocí lékařské fakulty. Lékařské veřejné funkce byly často spojeny s léčením chudých bez dalšího honoráře pro lékaře.

Velký zlom nastal s příchodem a rozvojem pojištění. To rozšířilo lékařům velice klientelu a oni již nemuseli vykonávat jak veřejné funkce, tak držet soukromou praxi, aby se uživili. Na konci dvacátých let 20. století bylo pojištěno na 80% populace. Po roce 1948 toto opět na nějakou dobu skončilo a lékaři byli placeni pouze státem. Dnes je zdravotní pojištění pro občany České republiky povinné.

Část zdravotníků, které my dnes považujeme za lékaře, byla většinu historie vyčleněna a nebyli jako lékaři chápáni. Mezi takové patřili chirurgové, kteří byli považováni za řemeslníky. Jejich mzda se tedy odvíjela od tohoto postavení. Porodní asistentky na tom

byly stejně a jejich situace byla ještě ztížena tím, že tento obor byl, až do novověku, čistě ženskou záležitostí. Jejich služby ovšem nemocní vyhledávali mnohem častěji. To bylo dáno nižší cenou, jejich snadnější dostupností, ale také třeba nedůvěrou lidí ve studované lékaře v době středověku. Postavení chirurgů se začalo zlepšovat v období renesance a v 19. století jsou již chápáni jako lékaři.

Zdravotní péči pro nejchudší zajišťovaly od raného středověku špitály. Konec 17. století přinesl přechod od špitálů k nemocnicím. To souviselo s rostoucí specializací v lékařství. Ale až na začátku 20. století byla specializace lékařství taková, že jeden lékař nemohl znát všechno o lidském těle a jeho chorobách. Přesto v nemocnicích již byli pacienti rozdělováni podle typu choroby, se kterou tam přišli. Špitály byly univerzální místo, kde se soustředili nemajetní se zdravotními problémy a které byly financovány církví, šlechtou, panovníkem či městy. Nemocnice nabízely různé služby, podle finančních možností pacienta. Také měli část určenou pro nemajetné, která ovšem byla financována především obcemi či státem.

Specifické postavení v lékařské péči měli chudí. O většinu lidí se starali chirurgové, ranhojiči, lazebníci, holiči, bylinkářky, porodní báby, apatykáři a někdy také kati. S lékaři se chudí mohli setkat především ve špitálech, kde vykonávali svou praxi a splňovali si svou povinnost péče o chudé zadarmo. Hlavní finanční zátěž při péči o chudé byla v době středověku na církvi a šlechtě. Později, jak se stát snažil o větší kontrolu nad zdravotní péčí, přešla také na města a obce a ještě později na stát.

Dostupnost zdravotní péče byla velkým tématem na začátku druhé poloviny 20. století. Komunistická strana chtěla dosáhnout dostupné zdravotní péči pro všechny obyvatele. V tomto ohledu se dařilo plnit očekávání vlády. Problém ovšem nastal s udržením stejné úrovně zdravotní péče, jaká se dostávala pacientům v Západní Evropě. To se nedařilo a zdravotnictví se postupně dostávalo do dalších problémů. Proto také byla potřeba velká transformace, která přišla s rokem 1989. Došlo k přechodu od komunistického modelu zdravotnictví k demokratickému modelu. Vznikly zdravotní pojišťovny. Oddělilo se nemocenské pojištění. Zdravotní zařízení se částečně privatizovala.

Tab. č. 14: Instituce pečující o nemocné

Období	typ	financování
starověk	chrámy	nemocní v podobě darů a obětin
středověk	špitály	církev, šlechta, panovník, města
raný novověk	špitály	církev, šlechta, panovník, města
osvícenství	špitály, nemocnice	církev, města,šlechta, panovník, nemocní
19. století	nemocnice, porodnice, chorobince	nemocní, nemocenské pojištění, města, stát
½ 20. století	nemocnice, porodnice, chorobince	nemocní, nemocenské pojištění, obce, stát
1948 - 1989	nemocnice	ministerstvo financí
od 1990	nemocnice	zdravotní pojišťovny, nemocní, dotace

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. č. 15: financování lékařů a jejich nejvýnosnější postavení

období	platba od	výše platby	nejlépe ohodnocené zaměstnání
středověk	nemocní	podle situace nemocného (chudí zadarmo)	královský lékař
raný novověk	nemocní	podle situace nemocného (chudí zadarmo)	královský lékař
17. století	nemocní, stát, města	např. šlechtický lékař 75 zlatých rýnských ročně a prebendy	dvorský lékař, profesor lékařské fakulty
osvícenství	nemocní, stát, města	např. krajský fyzik 233 zlatých a 20 krejcarů ročně	profesor lékařské fakulty, veřejné funkce

19. století	nemocní, stát, obce, pojišťovny	např. krajský fyzik 600 zlatých ročně	profesor lékařské fakulty, veřejné funkce
½ 20. století	nemocní, pojišťovny, stát	např. obvodní lékař 6 000 Kčs	profesor lékařské fakulty, veřejné funkce

Zdroj: vlastní zpracování

Tab. č. 16: průměrná mzda a průměrná mzda lékaře ve 2/2 20. století

Rok	Mzda lékaře	Průměrná mzda
1960	2 273	1 436
1965	2 345	1 493
1970	3 766	1 937
1975	4 562	2 313
1980	4 640	2 637
1985	4 729	2 920
1990	5 444	3 286
1995	15 860	8 307
2000	24 936	13 614
2005	37 077	18 992
2010	49 223	25 803
2015	58 828	26 627

Zdroj: vlastní zpracování

Seznam tabulek

Tab. č. 1: Roční počáteční služební plat státního, obecního nebo obvodního lékaře podle typu v roce 1938 45
Tab. č. 2: Povolené náklady na individuální léčebnou péči Ústřední sociální pojišťovny 47
Tab. č. 3: Vývoj střední délky života při narození v Československu..... 52
Tab. č. 4: Průměrné měsíční mzdy pracovníků ve zdravotnictví..... 54
Tab. č. 5: Výdaje na zdravotnictví v běžných cenách 55
Tab. č. 6: Pojištěnci jednotlivých zdravotních pojišťoven k 01.01.2016 58
Tab. č. 7: Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce veřejného zdravotního pojištění podle pohlaví a věkových skupin..... 61
Tab. č. 8: Vyměřovací základ a pojistné za státní pojištěnce 64
Tab. č. 9: Podrobná struktura průměrného měsíčního platu lékařů a zubních lékařů v roce 2013..... 66
Tab. č. 10: Vývoj průměrných mezd a platů lékařů a zubních lékařů 67
Tab. č. 11: Náklady zdravotních pojišťoven za nemocniční péči..... 68
Tab. č. 12: Tržby lékáren a výdejen za rok 2013 podle plátců 69
Tab. č. 13: Náklady zdravotních pojišťoven..... 69
Tab. č. 14: Instituce pečující o nemocné 74
Tab. č. 15: financování lékařů a jejich nejvýnosnější postavení 74
Tab. č. 16: průměrná mzda a průměrná mzda lékaře ve 2/2 20. století 75

Seznam použitých zkratek

ČR	Česká republika
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
DRG	Diagnosis Related Group
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
RČS	Republika československá
ř. z.	Říšský zákoník
Sb.	Sbírka zákonů
SDŽ	Střední délka života
SZP	Střední zdravotničtí pracovníci
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

Seznam použitých zdrojů

Literatura

BALL, Phillipe. *Ďáblův doktor. Paracelsus a svět renesanční magie a vědy.* Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1676-8.

BARTES, Richard. *Veřejné finance v protektorátu*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, 2016.

BELLOVÁ, JANA; ZLÁMAL, Jaroslav. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2005, ISBN 80-7013-429-1.

BELLOVÁ, JANA; ZLÁMAL, Jaroslav. *Ekonomika zdravotnictví*. 2, vydání. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2013, ISBN 978-80-7013-551-8.

BERNÁ, Helena. Živnostník *a jeho postavení v sociálním zabezpečení*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, 2014.

ČELEDOVÁ, Libuše; ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERNOHORSKÝ, Jan; TEPLÝ, Petr. *Základy financí*. Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3669-3.

ČERNÝ, Karel. *Medicína v prostředí řeholních společností v 17. století na příkladu jezuitského řádu*. Praha, 2008. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze. 1. lékařská fakulta.

ČIHÁK, Radomír. Vývoj anatomického poznání. In: GRIM, Miloš; NAŇKA, Ondřej; ČERNÝ, Karel. *Anatomie od Vesalia po současnost*. Praha: Grada, 2014, s. 2-28, ISBN 978-80-247-5023-1.

DAŇKOVÁ, Šárka; HOLUB, Jiří; HRKAL, Jakub a kol. *Vývoj zdravotnictví české republiky po roce 1989*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2010, ISBN 978-80-7280-900-4.

DAVIES, Gill. *Kompletní historie medicíny*. Brno: Press, 2013. ISBN 978-80-264-0099-8.

DOLANSKÝ, Hynek. *Veřejné zdravotnictví*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2008. ISBN 978-80-7248-494-2.

DOLEŽAL, Antonín; KUŽELKA, Vítězslav; ZVĚŘINA, Jaroslav. *Evropa – kolébka vědeckého porodnictví*. Praha: Galén, 2009. ISBN 978-80-7262-507-9.

DUINOVÁ, Nancy; SUTCLIFFOVÁ, Jenny. *Historie medicíny: Od pravěku do roku 2020*. Praha: Slovart, 1997, 80-85871-04-1.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Praha: Oeconomica, 2005, ISBN 80-245-0998-9.

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

GLADKIJ, Ivan; STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0500-8.

GOODMAN, Hilary; WADDINGTON, Catriona. *Financing Health Care*. London: Oxfam 1993, ISBN 0-85598-187-3.

HAMILTON-WEST, Kate. *Psychobiological processes in health and illness*. London: Sage, 2011, ISBN 978-1-84787-243-2.

HOLUB, Jiří a kol. *Zdravotnická statistika a 45 let ÚZIS ČR*. Praha: UZIS, 2005. ISBN 80-7280-432-4.

HRAZDIRA, Karel. *Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny*. Diplomová práce, Masarykova univerzita, 2015.

JANÁK, Jan. *Příčiny vzniku předlitavské sociální správy*. Brno: Univerzita J.E. Purkyně, 1970.

JINDRA, Zdeněk a kol. *Hospodářský vzestup českých zemí od poloviny 18. století do konce monarchie*. Praha: Karolinum, 2015, ISBN 978-80-246-2945-2.

JOHNSON, Paul. *Zrození moderní doby: devatenácté století*. Praha: Academia, 1998, ISBN 80-200-0694-X.

KALINA, Kamil. *Průvodce novým zdravotnictvím*. Praha: Maxima, 1992, ISBN 80-901333-0-4.

KŘÍŽOVÁ, Eva. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném* zdravotnictví České republiky. Praha: Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1998, 80-238-3241-7.

KÝR, Karel. *40 výletů do historie*. Martin Koláček - E-knihy jedou, 2014, ISBN 978-80-7512-017-5.

LENDEROVÁ, Milena; JIRÁNEK, Tomáš; MACKOVÁ, Marie. *Z dějin české každodennosti*. Praha: Karolinum, 2013, ISBN 978-80-246-1683-4.

MÁŠOVÁ, Hana. *Nemocniční otázka v meziválečném Československu*. Praha: Karolinum, 2005, ISBN 80-246-908-8.

MATOUŠEK, Miloslav. *Přehled dějinného vývoje lékařství*. Praha: Orbis, 1953.

MATOUŠEK, Miloslav. *Stručné dějiny českého lékařství moderní doby*. Praha: Lékařské knihkupectví, nakladatelství a antikvariát Mladé Generace lékařů, 1947.

NĚMEC, Jan. *Principy zdravotního pojištění*. Praha: Grada Publishing, 2008, ISBN 978-80-247-2628-1.

NIKLÍČEK, Ladislav. *Přehled dějin českého lékařství a zdravotnictví I. díl*. Brno: Institut pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů, 1989, ISBN 80-7013-032-6.

NOVÁKOVÁ, Iva. *Zdravotní nauka 2. díl*. Praha: Grada Publishing, 2011, ISBN 978-80-247-3709-6.

OCHRANA, František a kol. *Veřejný sektor a veřejné finance: Financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada Publishing, 2010, ISBN 978-80-247-3228-2.

PETRÁŇ, Josef a kol. *Počátky českého národního obrození: Společnost a kultura v 70 až 90. letech 18. století*. Praha: Academia, 1990, ISBN 80-200-0061-5

PETRO, Mikuláš. *Československé zdravotnictví v číslech a faktech*. Praha: Ústav zdravotní výchovy Praha, 1985.

PORTER, Roy. *Největší dobrodiní lidstva:Historie edicím od starověku po současnost*. Praha: Prostor, 2001, ISBN 80-7260-052-4.

REED, Audrey. *Nursing in Partnership with Patients and Carers*. London: Learning Matters Ltd, 2011, ISBN 978-0-85725-307-1.

ŘÍHOVÁ, Milada. *Lékaři na dvoře Karla IV. a Jana Lucemburského*. Praha: Paseka, 2010. ISBN 978-80-7432-047-7.

ŘÍHOVÁ, Milada. Středověký lékař. In: NODL, Martin; ŠMAHEL, František. *Člověk českého středověku*. Praha: Argo, 2010, s. 309-335, ISBN 80-7203-448-0.

SINKULOVÁ, Ludmila: *Dějiny československého lékařství, II. díl, od roku 1740-1848*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1965.

SIRAISI, Nancy G. *Medieval & early Renaissance medicine: an introduction to knowledge and practice*. Chicago: University of Chicago Press, 1990. ISBN 0-226-76130-4.

STANHOPE, Marcia; LANCASTER, Jeanette. *Public Health Nursing: Population-Centered Health Care in the Community*. New York: Elsevier, 2015, ISBN 978-0-323-32153-2.

STRUK, Petr. *Vybrané kapitoly ze sociální medicíny*. Praha: Univerzita Karlova, 1992, ISBN 80-7066-737-0.

SVOBODNÝ, Petr; HLAVÁČKOVÁ, Ludmila. *Dějiny lékařství v českých zemích*. Praha: Triton, 2004, ISBN 80-7254-424-1.

ŠATERA, Karel. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2012, ISBN 978-80-7454-135-3 .

ŠVEJDOVÁ, Kateřina. *Historie ošetřovatelství a medicíny*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2011, ISBN 978-80-7372-645-4.

TINKOVÁ, Daniela. *Tělo, věda, stát: Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0223-9.

TINKOVÁ, Daniela. *Zákeřná Mefitis: Zdravotní policie, osvěta a veřejná hygiena v pozdně osvícenských Čechách*. Praha: Argo, 2012. ISBN 978-80-257-0636-7.

VANĚK, Miroslav; KRÁTKÁ, Lenka a kol. *Příběhy (ne)obyčejných profesí*. Praha: Karolinum Press, 2014, ISBN 978-80-246-2813-4.

VYLÍČILOVÁ, Barbora. *Vztah mezi lékařem a pacientem*. Brno, 2008. Rigorózní práce. Masarykova univerzita. Právnická fakulta.

VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Manus, 2004, ISBN 80-86571-07-6.

ZÁLESKÁ, Dagmar. Úhradové dodatky. *Tempus medicorum* **2015**, 24 (2), 4–5.

Internetové zdroje

80 let sociálního pojištění. *Česká správa sociálního zabezpečení* [online]. 2004 [cit. 19.11.2016]. Dostupný z: http://www.cssz.cz/stranky/konference-80let/brozura_c.pdf

Druhy zdravotní péče. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2014 [cit. 14.11.2016]. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Cizinci/obsah/druhy-zdravotni-pece_2627_22.html

Ekonomické informace ve zdravotnictví 2013. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2013 [cit. 21.03.2017]. Dostupný z http://www.uzis.cz/publikace/ekonomicke-informace-ve-zdravotnictvi-2013

FRIEDRICH, Ladislav. Úhradová vyhláška na rok 2017 v kontextu plošného 10= navýšení mezd v nemocnicích. Svaz zdravotních pojišťoven ČR [online]. 2016 [cit. 10.04.2017]. Dostupný z: https://szpcr.cz/wp-content/uploads/2016/12/20160830.pdf

GOLA, Petr. Příští rok změníte zdravotní pojišťovnu i během roku. *FinExpert.cz* [online]. 2015 [cit. 14.11.2016]. Dostupný z: http://finexpert.e15.cz/pristi-rok-zmenite-zdravotni-pojistovnu-i-behem-roku

Historie UK. *Univerzita Karlova* [online]. 2014 [cit. 20.07.2016]. Dostupný z: http://www.cuni.cz/UK-374.html

HNÍZDOVÁ, Tereza. Průměrný věk praktických lékařů v Česku je kolem 55 let, říká prezident ČLK Milan Kubek. *Investigate.cz* [online]. 2015 [cit. 10.04.2017]. Dostupný z: https://www.investigate.cz/politika/prumerny-vek-praktickych-lekaru-v-cesku-je-kolem-55-let-rika-prezident-clk-milan-kubek.html

Knihovna zdravotnické legislativy. *Česká lékařská komora* [online]. 2016 [cit. 14.11.2016]. Dostupný z: http://www.lkcr.cz/aktuality-322.html

MAŠKOVÁ, Eliška. Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2013. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2016 [cit. 21.11.2016]. Dostupný z http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-ve-zdravotnictvi-roce-2013

Ministerstvo zdravotnictví podpoří praktické lékaře v odlehlých regionech ČR. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2015 [cit. 11.04.2017]. Dostupný z:

http://www.mzcr.cz/dokumenty/tiskovy-briefing-po-jednani-na-podporu-praktickych-lekaru_11116_1.html

Ministři se dohodli na růstu plateb za státní pojištěnce. *České noviny* [online]. 2017 [cit. 10.04.2017]. Dostupný z: http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/ministri-se-dohodli-na-rustu-plateb-za-statni-pojistence/1434525

Nemocenské pokladny v samostatném Československu. *Česká průmyslová zdravotní pojišťovna* [online]. [cit. 19.11.2016]. Dostupný z: http://www.cpzp.cz/clanek/55-0-Nemocenske-pokladny-v-samostatnem-Ceskoslovensku.html

NĚMEC, Jiří. České zdravotnictví v uplynulých devíti letech. *Sdružení Lípa* [Online]. 2001 [cit. 15.03.2017]. Dostupný z: www.lipa.cz/case_lipa_X_nemec.doc

Období první republiky 1918 – 1938. *Vláda České republiky* [online]. [cit. 23.04.2017]. Dostupný z: https://www.vlada.cz/assets/Obdobi-prvni-republiky-1918.pdf

Praktici se s ministerstvem dohodli na růstu úhrad, ordinace nezavřou. *Česká televize* [online]. 2016 [cit. 15.03.2017]. Dostupný z: http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/1908635-praktici-se-s-ministerstvem-dohodli-na-rustu-uhrad-ordinace-nezavrou

Proč nebyla v období 2006-2008 prosazena reforma zdravotnictví. *Reforma zdravotnictví forum cz* [online]. 2009 [cit. 22.08.2016]. Dostupný z: http://www.reformazdravotnictvi.cz/content/files/cz/2009_08_Analyza_neprosazeni_reformy.pdf

RAJCHENBERK, Hynek. *U rudého snědeného krámu. Brno*: 2003. Dostupné z: http://docplayer.cz/444574-U-rudeho-snedeneho-kramu-hynek-rajchenberk.html

Rok 2017 ve zdravotnictví. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2016 [cit. 11.04.2017]. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/rok-2017-ve-zdravotnictvi_13171_3438_1.html

RUSEK, Václav. České lékárenství ze 17. století do roku 1740. *Apatykář* [online]. 2002 [cit. 20.07.2016]. Dostupný z: http://historie.apatykar.info/clanek-29/

ŘÍHA, Jiří. Zdravotnická ročenka Československa: ročník 1938. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 1938 [cit. 21.03.2017]. Dostupný z http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-csr-1938

Sbohem poplatky!. *Zdravotnický deník* [online]. 2014 [cit. 20.08.2016]. Dostupný z: http://www.zdravotnickydenik.cz/2014/12/2741/

TICHÝ, Oldřich. Od ledna 2016 se mění zdravotní pojištění u všech skupin plátců. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2015 [cit. 14.11.2016]. Dostupný z: https://www.vzp.cz/o-nas/aktuality/od-ledna-2016-se-meni-zdravotni-pojisteni-u-vsech-skupin-platcu

Výdaje zdravotních pojišťoven na 1 pojištěnce veřejného zdravotního pojištění. *Český statistický úřad* [online]. 2016 [cit. 21.11.2016]. Dostupný z: www.czso.cz

Vyměřovací základ stát. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. [cit. 21.03.2017]. Dostupný z: https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/vymerovaci-zaklad-stat

Zdravotnická ročenka České republiky. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. [cit. 21.03.2017]. Dostupný z: http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1961-az-2013

Zdravotnictví ČR: Personální kapacity 2015. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2016 [cit. 21.11.2016]. Dostupný z: http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/lekari-zubni-lekari-farmaceuti

Změny počtu pojištěnců jednotlivých pojišťoven. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2016 [cit. 14.11.2016]. Dostupný z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/obsah/zmeny-poctu-pojistencu-jednotlivych-zdravotnich-pojistoven-mezi-112015-a-112016-po-krajich_3507_3.html

ŽÁN, Josef. Ke zdravotní problematice u nás v zázemí 1. světové války. *Medical tribune cz* [online]. 2014 [cit. 19.08.2016]. Dostupný z: http://www.tribune.cz/clanek/34423

Právní normy

Zákon 68/1870 ř. z., jenž se týče organisace veřejné služby zdravotní

Zákon 1/1888 ř. z., o pojišťování dělníků pro případ úrazu

Zákon 19/1888 ř. z., o všeobecných veřejných nemocnicích v Čechách

Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří

Zákon č. 221/1925 Sb., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců

Zákon č. 148/1925 Sb., o pojištění osob samostatně hospodařících pro případ invalidity a stáří

Vládní nařízení č. 99/1942 Sb., o nemocenském pojištění důchodců Ústřední sociální pojišťovny

Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění

Ústavní zákon č. 150/1948 Sb.

Zákon č. 170/1950 Sb., o zdravotnických povoláních

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění

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

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

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

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

Zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta

Vyhláška č. 123/2006 Sb., o evidenci a dokumentaci návykových látek a přípravků

Vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely

Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech

Vyhláška č. 84/2008 Sb., o správné lékárenské praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivy v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Vyhláška č. 273/2015 Sb. o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2016

Abstrakt

PECHOVÁ, Zuzana. *Zdravotní péče – historický vývoj financování na našem území*. Plzeň, 2017. 86 s. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta ekonomická.

Klíčová slova: Financování, historický vývoj, lékař, pacient, zdraví, zdravotní péče, zdravotní pojištění, zdravotnictví

Bakalářská práce se zaměřuje na historický vývoj zdravotní péče na území současné České republiky s důrazem na její financování. Práce mapuje období od pravěku po současnou situaci 21. století. Práce je členěna do deseti kapitol, které, kromě první kapitoly, na sebe věcně a časově navazují. První část práce je věnována vymezení základních pojmů spojených se zdravotnictvím a zdravotní péčí.

Ve druhé kapitole je popsán vývoj od starověku do začátku renesance. Tedy formování samotného lékařství. Třetí kapitola se zaměřuje na období renesance a postupnému rozvoji lékařské vědy. Čtvrtá kapitola je věnována 17. století, kdy docházelo k zvyšování prestiže lékařů a rozvoji lékařské vědy především na poli teoretickém. Další kapitola se zabývá obdobím osvícenství a postupnému sbližování teorie a lékařské praxe a zvyšování kvalifikace zdravotníků. Období 19. století a jeho prudké změny, které zasáhly i lékařství jsou nastíněny v šesté kapitole. Sedmá kapitola se již zabývá začátkem 20. století a rozvoji pojištění v Československu. Osmá kapitola je následně věnována dopadům, které mělo budování komunismu na zdravotnictví. Předposlední kapitola se zaměřuje na období devadesátých let a začátek nového tisíciletí a transformaci socialistického zdravotnictví v demokratické společnosti. Poslední kapitola je věnována současnému systému financování zdravotní péče.

Abstract

PECHOVÁ, Zuzana. Health Care – historical development of financing in our territory. Pilsen, 2017. 86 s. Bachelor Thesis. University of West Bohemia. Faculty of Economics.

Key words: Financing, historical development, doctor, patient, health, health care, health insurance, health service

This bachelor work is focused on historical development of the health care in our territory with the accent on finance of this care. The thesis demonstrates the period from primeval ages to contemporary situation in the 21th century. The work is divided to the ten chapters which, except of the first chapter, which are factually and temporally connected. The first chapter is devoted to definition of basic terms which are connected with health care.

In the second chapter is described the development from ancient period to the beginning of renaissance. It means the basic forming of medical care. The third chapter is focused on gradual improvement of the medical care in the course of renaissance. The chapter fourth is devoted to 17th century when the prestige of doctors grew up and there were significant improvement of the medical science especially in the theoretical field. The next chapter dealt with the enlightenment time and the gradual coming together of the medical theory and practice when the doctors' qualification improved. The period of 19th century and its intensive changes in medical branch is shown in the chapter six. The chapter seven is devoted to the beginning of the 20th century and the development of the insurance in Czechoslovakia. The chapter eight is devoted to the consequences of the communism raise to the medical care. Last but one chapter shows the period of the nineties and the beginning of the 21th century when the socialist medical care in democrat society was transform. The last chapter is devoted to the present system of financing of the medical care.