

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI**

**FAKULTA EKONOMICKÁ**

Diplomová práce

**Negativní dopady ekonomického růstu ve formě růstu  
nákladů na zdravotnictví**

**Negative Influences of the Economic Growth in the Form of  
Increased Healthcare Costs**

Bc. Hana Štěpánová

Plzeň 2018

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
Fakulta ekonomická  
Akademický rok: 2017/2018

**ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE**  
(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Hana ŠTĚPÁNOVÁ**  
Osobní číslo: **K16N0024K**  
Studijní program: **N6208 Ekonomika a management**  
Studijní obor: **Podniková ekonomika a management**  
Název tématu: **Negativní dopady ekonomického růstu ve formě růstu  
nákladů na zdravotnictví**  
Zadávací katedra: **Katedra financí a účetnictví**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Zpracujte přehled teoretických přístupů týkajících se ekonomického růstu.
2. Analyzujte dopady ekonomického růstu ve vazbě na segment zdravotnictví.
3. Finančně ohodnoťte náklady ve zdravotnictví způsobené ekonomickým růstem.
4. Na základě konkrétních dat stanovte závěry své práce a možné vývojové tendence v dané oblasti.

Rozsah grafických prací: neuveden  
Rozsah kvalifikační práce: 60 - 80  
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

- SAMUELSON, Paul Anthony, NORDHAUS William D. *Ekonomie*. 18. vydání. Praha: NS Svoboda, 2007. ISBN 978-80-205-0590-3.
- BARRO, Robert J., SALA-I-MARTIN, Xavier. *Economic growth*. 2nd ed. Cambridge, Mass.: MIT Press, c2004. ISBN 0-262-02553-1.
- MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
- ZLÁMAL, Jaroslav, BELLOVÁ Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

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

Datum zadání diplomové práce: 23. října 2017  
Termín odevzdání diplomové práce: 23. dubna 2018

  
Doc. Dr. Ing. Miroslav Flebný  
děkan



  
Ing. Michaela Krechovská, Ph.D.  
vedoucí katedry

V Plzni dne 23. října 2017

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma

*„Negativní dopady ekonomického růstu ve formě růstu nákladů na zdravotnictví“*

vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucí diplomové práce za použití pramenů uvedených v příložené bibliografii.

Plzeň dne 7. 12. 2018

.....

podpis autora

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé diplomové práce, Ing. Pavlíně Hejdukové, Ph.D., za její odbornou pomoc a rady při zpracování diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala Ing. Pavlu Rédlovi za jeho cenné informace a odbornou pomoc, kterou mi poskytl při zpracování praktické části diplomové práce.

## Obsah

Úvod.....	7
1 Ekonomický růst.....	9
1.1 Zdroje ekonomického růstu.....	12
1.1.1 Lidské zdroje.....	14
1.1.2 Přírodní zdroje .....	14
1.1.3 Kapitál.....	15
1.1.4 Technologie .....	15
1.2 Teorie ekonomického růstu.....	16
1.2.1 Smithova a Malthusova klasická dynamika.....	17
1.2.2 Keynesiánské modely růstu .....	18
1.2.3 Neoklasický model ekonomického růstu.....	19
1.2.4 Endogenní modely ekonomického růstu.....	21
2 Zdravotnictví.....	23
2.1 Způsob financování zdravotnictví.....	23
2.2 Systém zdravotní péče v České republice.....	26
2.3 Zájmové skupiny.....	30
3 Ekonomika a zdravotnictví .....	33
3.1 Vývoj HDP v ČR .....	35
3.2 Celkové náklady na zdravotní péči v ČR.....	37
4 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky .....	39
5 Segmenty zdravotní péče a jejich aspekty .....	42
5.1 Segment gynekologie .....	43
5.2 Segment všeobecného praktického lékařství .....	48
5.3 Segment zubního lékařství .....	56

6	Predikce vybraných ekonomických aspektů zdravotnictví na další období .....	62
	Závěr .....	67
	Seznam tabulek .....	70
	Seznam obrázků .....	71
	Seznam použitých zkratk .....	72
	Seznam použité literatury .....	73

## Úvod

V současné době je ekonomika České republiky ve fázi růstu. V situaci, kdy se ekonomice daří, se vynakládá značné množství finančních prostředků do veřejného sektoru. Velice důležitou součástí tohoto sektoru je odvětví zdravotnictví, přičemž za klíčovou je považována jeho dostupnost, úroveň a efektivita.

Se systémem zdravotní péče se člověk setkává celý život. Již před narozením matka navštěvuje gynekologickou ordinaci, následně se dítě narodí v nemocnici a vedle ostatních specializovaných lékařů má člověk celý život svého lékaře, nejdříve praktického lékaře pro děti a dorost a následně praktického lékaře pro dospělé. Tento velice rozsáhlý systém, ve kterém je zdravotní péče dostupná ve vysoké kvalitě pro všechny obyvatele České republiky a síť nemocnic patří dle OECD (2016) mezi nejhustější v Evropě, je hrazen z odvodů pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Téma diplomové práce zní *Negativní dopady ekonomického růstu ve formě růstu nákladů na zdravotnictví*. Téma jsem si vybrala, jelikož je velmi aktuální. Země OECD, mezi které patří i Česká republika, věnují průměrně 9 % celkového HDP právě na financování zdravotnictví (OECD, 2017). Mezi často diskutované otázky patří financování zdravotnictví a jeho udržitelnost v případě ekonomické krize. Dále se společnost potýká s jevy jako je stárnutí populace, úbytek ekonomicky aktivního obyvatelstva a zadlužení veřejného sektoru.

### **Cíl a metodický postup práce**

Cílem této diplomové práce je stanovit vztah mezi hospodářským růstem a růstem nákladů ve vybraných segmentech českého zdravotnictví. Práce se mimo jiné snaží potvrdit či vyvrátit následující tvrzení:

- 1) Ekonomický růst způsobuje růst nákladů na zdravotnictví.
- 2) Růst nákladů na zdravotnictví má negativní vliv na celkovou ekonomiku, přinejmenším z dlouhodobého hlediska.

V práci je využito několika metodických postupů. Teoretická část je zpracována pomocí rešerše a kompilace české i zahraniční odborné literatury, vědeckých studií a relevantních internetových zdrojů. V této části práce je definován pojem ekonomický růst, jeho zdroje, a jsou popsány teoretické přístupy k ekonomickému růstu. Dále



je uvedena charakteristika zdravotnictví včetně způsobů financování a je popsán systém zdravotní péče v České republice.

Praktická část diplomové práce se nejprve věnuje vývoji HDP v České republice a celkovým nákladům na zdravotní péči. Dále práce představuje jednotlivé segmenty zdravotní péče a blíže popisuje segment gynekologie, praktických lékařů a zubních lékařů, analyzuje jednotlivé předpisy a metody úhrad z pohledu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Dále práce porovnává plánované a skutečné náklady na zmíněné segmenty, které jsou následně srovnány s vývojem HDP v České republice. V praktické části práce jsou použity především metody popisu, analýzy a komparace.

Na závěr diplomové práce jsou zjištěná data shrnuta prostřednictvím syntézy a stanoveny možné vývojové tendence v dané oblasti.

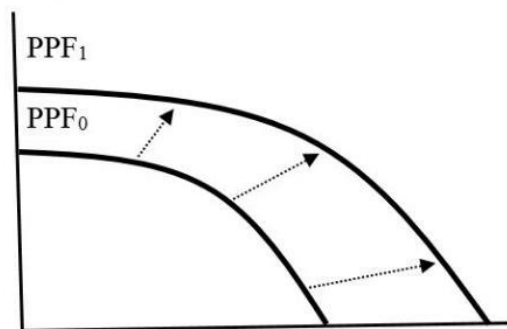
# 1 Ekonomický růst

Základním cílem ekonomického vývoje je zlepšování neboli růst životního standardu obyvatelstva dané země. V krátkém období se životní standard zvyšuje tehdy, když ekonomika přechází z fáze recese do fáze růstu nebo v případě, kdy se v ekonomice spotřebovává dovážené zboží a služby a stát si půjčuje od ostatních států zdroje na jejich zaplacení. Tato situace však není dlouhodobě udržitelná. V dlouhém období lze udržet zvyšování životního standardu pouze růstem kapacit na výrobu zboží a služeb, respektive růstem potenciálního produktu na obyvatele (Mach, 2001).

Ekonomický růst je zvyšování potenciálního HDP země. HDP je hodnota veškeré finální produkce vyrobené v dané zemi za jeden rok, zohledňující inflaci. Ekonomický růst tedy nastává za situace, kdy se hranice produkčních možností země posouvá navenek (Samuelson, 2007).

Obrázek č. 1: Posun hranice produkčních možností PPF (Production Possibilities Frontier)

Množství druhé skupiny statků,  
které tvoří finální produkt



Množství jedné skupiny statků,  
které tvoří finální produkt

Zdroj: Samuelson (2007)

Hranice produkčních možností se v případě ekonomického růstu posouvá doprava. Výrobní zdroje jsou omezené, proto musí být v každé ekonomice rozhodnuto, kolik bude vyrobeno spotřebních a kolik kapitálových statků. Toto rozhodnutí je zároveň rozhodnutí o tempu ekonomického růstu. V případě, kdy bude rozhodnuto, že se vyrobí více kapitálových statků, bude mít tato ekonomika vyšší tempo růstu a současně větší posun hranice produkčních možností než ekonomika, která by upřednostňovala výrobu spotřebních statků (Vlček, 2016).

Samuelson (2007) s. 556 uvádí, že „*Ekonomický růst je nejdůležitější faktor úspěchu země v dlouhém období.*“ Ekonomický růst je velmi důležitý pro životní úroveň, zároveň je také klíčovým politickým cílem. Opakem je hospodářský pokles, který je často spojen s politickými a sociálními nepokoji.

Ekonomický růst poskytuje zejména občanům rozvinutých zemí lepší jídlo a větší domy, více peněz pro lékařskou péči a kontrolu emisí, všeobecné vzdělání pro děti, více peněz na obranu a veřejné peníze pro důchodce (Samuelson, 2007).

Ekonomický růst dané země lze měřit ukazateli jako je např. tempo růstu reálného HDP, HDP na obyvatele a produktivita práce. V průběhu devatenáctého století se neustále projevuje rostoucí trend reálného výstupu. Např. od roku 1900 vzrostl reálný HDP USA třicetkrát. Reálné HDP není proto tak vypovídajícím ekonomickým měřítkem, jako růst výstupu na osobu. Tento ukazatel určuje míru růstu životní úrovně a vede také k rostoucím průměrným příjmům (Samuelson, 2007).

Vlček (2016) uvádí, že ekonomický růst ukazuje schopnost národního hospodářství produkovat neustále se zvyšující množství ekonomických statků. Ekonomický růst je určen na základě změn reálného hrubého domácího produktu (Y) v čase. V případě, že reálný HDP v daném roce ( $Y_t$ ) dosahuje větší úrovně než v předchozím roce ( $Y_{t-1}$ ), hovoříme o ekonomickém růstu. Růst výkonnosti ekonomiky můžeme vyjádřit pomocí tzv. **koeficientu růstu**:

$$g = \frac{Y_t}{Y_{t-1}} * 100 \quad (1)$$

Nejčastěji je však ekonomický růst vyjadřován **tempem růstu reálného produktu**:

$$G = \frac{Y_t - Y_{t-1}}{Y_{t-1}} * 100 = \frac{\Delta Y}{Y} \quad (2)$$

Vlček (2016) dále uvádí, že ekonomický růst je označován jako zvýšení výkonnosti národního hospodářství. Produkce, která se v dané zemi vyrobí a také spotřeba v dané zemi jsou součástí nepřetržitého procesu růstu. Za hlavní hnací sílu ekonomického růstu lze považovat světový demografický vývoj. V případě, kdy se zvyšuje počet obyvatel, roste odpovídajícím způsobem ekonomika i její výkonnost.

Růst počtu obyvatelstva ovlivňoval různé země v různých obdobích. Zatímco v USA byl růst populace způsobený migrací vždy velmi důležitým zdrojem ekonomického růstu, v Evropě a Japonsku je důležitějším zdrojem růstu akumulace kapitálu než

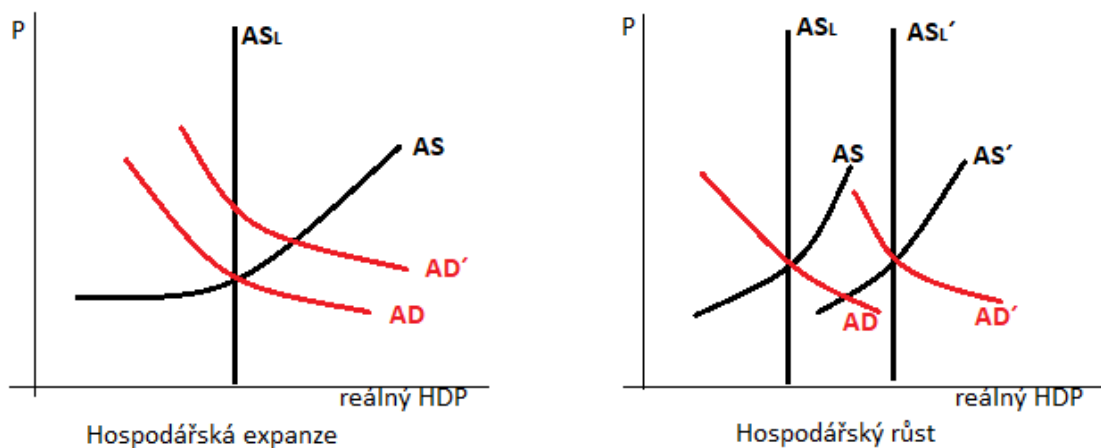
populační růst. Na druhou stranu v důsledku rozšíření Evropské unie a vyššího přistěhovalectví do Velké Británie došlo ve Spojeném království k růstu míry HDP (Wickense, 2008).

Jako základní měřítko životní úrovně je používán HDP na jednoho obyvatele. Jedná se o relativní ukazatel a je známá jeho souvislost s veličinami, které charakterizují úroveň blahobytu společnosti jako je například očekávaná délka života, úroveň vzdělání a zdravotní stav obyvatelstva. K růstu HDP na obyvatele dochází pouze v případě, kdy tempo růstu výstupu přesáhne tempo růstu populace (Vlček, 2016).

Ekonomickou sílu dané země představuje HDP na obyvatele. V případě srovnávání ekonomické úrovně s ostatními zeměmi je potřeba HDP v národní měně převést na mezinárodně srovnatelnou jednotku. Tento převod se uskutečňuje pomocí parit kupní síly, což eliminuje rozdíly cenových úrovní mezi zeměmi (Kadeřábková a Žďárek, 2006).

Holman (2011) tvrdí, že impulzy k hospodářskému růstu nenajdeme na straně poptávky. Najdeme je pouze na straně nabídky výrobních faktorů. V případě, že by rostla pouze poptávka, jednalo by se o hospodářskou expanzi. Tedy o krátkodobé zvýšení HDP nad potenciální produkt. Hospodářský růst ale znamená růst potenciálního produktu.

Obrázek č. 2: Hospodářská expanze a hospodářský růst



Zdroj: vlastní zpracování dle Holman (2011), 2018

Při hospodářské expanzi roste cenová hladina, při hospodářském růstu nikoli. Pouhé zvýšení poptávky může vyvolat expanzi a krátkodobě zvýšit HDP nad potenciální produkt (Holman, 2011).

Za důležitější než ekonomický růst se dnes považuje ekonomický rozvoj. Ekonomický rozvoj představuje zejména zlepšení podmínek lidského života, což zahrnuje zvyšování kvality zboží a služeb, životního a společenského prostředí, rozvoj infrastruktury, technologické a strukturální změny v ekonomice apod. Největší pozornost je tedy zaměřena na zvyšování hodnoty lidského činitele (vzdělání, kvalifikace, odpočinek a kulturní úroveň) a na sociální kapitál (kvalita lidského soužití, sociální a zdravotní zabezpečení apod.). Měření ekonomického rozvoje je zatím prakticky nemožné (Vlček, 2016).

### 1.1 Zdroje ekonomického růstu

Zdroje ekonomického růstu můžeme rozdělit na exogenní a endogenní. Exogenní faktory jsou nezávislé na ekonomickém rozvoji dané země. Mezi tyto faktory můžeme jednoznačně zařadit zeměpisnou polohu země, kdy např. přístup k mořím a námořnímu obchodu pomáhá zemi v jejím hospodářském rozvoji a zároveň ji zvýhodňuje před vnitrozemskými státy. Endogenním faktorem je objem kapitálových statků používaných v hospodářství (Soukup a kol. 2007).

Někteří autoři jako Spěváček a kol. (2012) uvádí alternativní pojetí zdrojů ekonomického růstu. Zdroje rozlišují na extenzivní a intenzivní. Extenzivní (kvantitativní) růst nastává v případě, že se jedná o rozšiřování disponibilního množství výrobních faktorů jako práce, půda a kapitál. O intenzivním (kvalitativním) růstu hovoříme v případě, že se zlepšuje kvalita disponibilních výrobních faktorů a zvyšuje se jejich využití odrážející technický a technologický pokrok.

Mezi čtyři faktory růstu dle Samuelsona (2007) patří:

- lidské zdroje (nabídka práce, vzdělání, výchova, motivace),
- přírodní zdroje (půda, nerostné bohatství, paliva, kvalitní prostředí),
- tvorba kapitálu (stroje, továrny, dopravní infrastruktura),
- technologie (věda, technika, management podnikání).

Vztah mezi jednotlivými faktory růstu je označován jako **agregátní produkční funkce**. Tato funkce bere v úvahu celkový národní výstup se vstupy a technologií. Algebraicky se agregátní produkční funkce značí následovně:

$$Q = AF(K, L, R) \tag{3}$$

kde:  $Q$  = výstup,  $K$  = produktivní služby kapitálu,  $L$  = výstup práce,  $R$  = vstup přírodních zdrojů,  $A$  = úroveň technologie v ekonomice,  $F$  = produkční funkce. Růst vstupů kapitálu, práce a přírodních zdrojů zapříčiní růst výstupu, počítá se však také se zákonem klesajících výnosů ze zapojení dodatečných zdrojů. O úrovni technologie můžeme uvažovat jako o zvyšování produktivity vstupů. Při zlepšování technologie např. novými vynálezy roste výstup při zapojení stejného množství vstupů (Samuelson, 2007).

Ekonomická síla země je výrazně ovlivněna počtem obyvatelstva a jeho kvalifikací, objemem výrobních kapacit a jejich technologickou úrovní a množstvím používaných přírodních zdrojů. Lidské a přírodní zdroje jsou jako výrobní faktory limitovány, jelikož nejsou nevyčerpatelné. Dostupnost kapitálu není omezena, jelikož jde o člověkem vyráběný výrobní prostředek (Vlček, 2016).

Wickense (2008) uvádí, že existují tři hlavní zdroje ekonomického růstu, mezi které patří:

- růst zásob kapitálu,
- technologický pokrok zapříčiněný novým kapitálovým vybavením,
- růst pracovní síly, který je způsobený hlavně populačním růstem, přistěhovalectvím, změnami míry spolupráce a lidským kapitálem.

Holman (2011) uvádí, že mezi další zdroje hospodářského růstu patří **velikost trhu**. Zvětšením trhu se může výrazně urychlit hospodářský růst. „*Velký trh vytváří lepší podmínky pro specializaci výrobců a otevírá tak větší prostor pro směnu na základě komparativních výhod.*“ (Holman, 2011, s. 530) USA si před Evropou udržovala značný hospodářský náskok právě díky velikosti domácího trhu.

Dalším zdrojem je **společenský systém**. V tomto systému je respektováno a chráněno soukromé vlastnictví, kde mohou lidé volně směňovat. To motivuje lidi k tomu, aby spořili a investovali do svého hospodářství a do lidského kapitálu (do zdraví a vzdělání svých dětí). Holman (2011) uvádí společenské instituce, které jsou ve všech zemích základem dlouhodobého hospodářského růstu:

- soukromé vlastnictví,
- svobodné podnikání,
- svobodný obchod,

- tržní konkurence.

### **1.1.1 Lidské zdroje**

Lidské zdroje se zakládají na lidském kapitálu, který je souborem znalostí, zvyků, společenských a osobních vlastností, zahrnující kreativitu a schopnost pracovat takovým způsobem, že je vytvářena ekonomická hodnota. Pojetí lidského kapitálu má původ u Adama Smithe, který ho definoval jako soubor dovedností získaných během veškerých forem vzdělávání (Goldin, 2014).

Kvalita práce jakožto dovednosti, znalosti a ukázněnost pracovní síly je podle některých ekonomů nejdůležitějším prvkem ekonomického růstu. Ekonomický růst souvisí se vzděláním populace. Vzdělaní lidé jsou produktivnější a dokáží efektivněji využívat stávající kapitál, přijímat nové technologie a učit se z vlastních chyb. Důležité pro produktivitu pracovníků je zvyšování gramotnosti, zlepšování zdravotního stavu a výchovy a schopnost zacházení s moderními technologiemi (Samuelson, 2007).

Ve většině rozvinutých zemí má délka pracovní doby tendenci k postupnému poklesu. Důvodem může být mimo jiné i to, že technologické změny odráží pokrok v lidských znalostech získaných vzděláním, výzkumem a vývojem. Podle Wickense (2008) by měl být ekonomický růst připsán práci namísto kapitálu.

Samotný růst obyvatelstva však nepřináší ekonomický růst. Za optimální je považován takový počet obyvatel, při kterém kombinace disponibilního množství práce s ostatními faktory přináší maximální objem výstupu. Kapitálové statky, které jsou vysoce kvalitní a účinné, může obsluhovat pouze kvalifikovaná pracovní síla. Kvalita pracovních sil má proto klíčový vliv na produktivitu národního hospodářství (Vlček, 2016).

### **1.1.2 Přírodní zdroje**

Přírodní zdroje jsou takovými zdroji, které existují bez lidské aktivity. Obecně je možné mezi ně zahrnout např. magnetické, gravitační či elektrické vlastnosti a síly. Na zemi se mezi přírodní zdroje řadí např. sluneční světlo, atmosféra, voda, půda (včetně veškerého nerostného bohatství), vegetace, plodiny a zvířata (Oxford Dictionaries, 2014).

Přírodní zdroje patří mezi tradiční faktory produkce. Jedním z nejhodnotnějších přírodních zdrojů, zejména v rozvojových zemích je půda. Orná půda, ropa, plyn, lesy, vodní zdroje a nerostné suroviny jsou důležitými přírodními zdroji. Země s vysokými

příjmy, jako Kanada a Norsko, rostly zejména díky přírodním zdrojům. Vykazovaly značný výstup v odvětvích jako je zemědělství, rybolov a lesnictví (Samuelson, 2007).

Úrodná půda je nezbytná pro produktivní zemědělství a moderní zpracovatelský průmysl potřebuje energii a suroviny. Orná půda je však v mnoha zemích omezená, ale další přírodní zdroje jako např. ropa a kovy je možné koupit na mezinárodních trzích. Ekonomický růst tedy není podmíněn tím, aby země vlastnila vlastní zdroje nerostných surovin (Frank a Bernanke, 2003).

### **1.1.3 Kapitál**

Pod pojmem kapitál si můžeme představit statky, které slouží k výrobě jiných statků a do výroby se odepisují postupně (jako jsou budovy, stroje, zařízení apod.). Celkové množství je dáno velikostí předchozích investic (Varadzin, 2004).

Vlček (2016) uvádí, že pokud bude investováno do ekonomiky více finančních prostředků, vytvoří se více kapitálových statků, které budou vytvářet kapitálový zisk a tento zisk bude následně investován zpět do ekonomiky.

Kapitál zahrnuje trvalé hmotné vstupy, jako jsou stroje, budovy apod., kdy tyto výrobky byly vyprodukovány v minulosti. Je důležité poznamenat, že tyto vstupy nemohou být použity více producenty v daný okamžik. Tato charakteristika je známá jako rivalita – statek je rivalitního charakteru, pokud nemůže být využit více uživateli ve stejný okamžik (Barro, 2004).

Investice do fyzického kapitálu zvyšuje produktivitu práce. Během Průmyslové revoluce se zvýšilo množství kapitálu na jednoho pracovníka a produktivita práce zaznamenala výrazný vzestup. K výrobním procesům, ke kterým se dříve používaly ruční nástroje, se nyní používají moderní stroje a montážní linky a pracovníkům to umožňuje být mnohem efektivnější (Bade a Parkin, 2004).

### **1.1.4 Technologie**

Technologický rozvoj je dnes širokým pojmem, vycházejícím z inovací. Pojem inovací byl použit v třicátých letech 20. století ekonomem A. Schumpetrem, aby bylo popsáno použití myšlenek, znalostí a dovedností v komerčním sektoru. Schumpeter popisuje obměnu na trhu ve smyslu ekonomickém, komerčním a především technologickém. Důležitý je také pojem “kreativní destrukce”, kdy jsou staré produkty a zboží nahrazovány novými, technologicky vyspělejšími (Schramm, 2018).



Technologický rozvoj přináší rychlý růst životní úrovně. Chápeme jej jako změny v procesu výroby nebo zavádění nových výrobků a služeb. Mezi procesní inovace, které výrazným způsobem zvýšily produktivitu, patří parní motor, výroba elektřiny, antibiotika, spalovací motor, mikroprocesor a fax. Mezi důležité produktové inovace patří telefon, rádio, letadlo, gramofon, televize, počítač a video (Samuelson, 2007).

Nové technologie jsou podle Franka a Bernanke (2003) nejdůležitějším zdrojem zvýšení produktivity a zároveň i zdrojem ekonomického růstu. Technologický pokrok zároveň vyžaduje investice do výzkumu a vývoje. Technologie zvyšují produktivitu i v jiných odvětvích. Vynález spalovacího motoru a rozvoj letectví ve 20. století společně s výstavbou dálnic pomohly k rychlé, levné a spolehlivé dopravě.

Podle Gärtnera (2003) je jediným faktorem, který v současné době může zvýšit životní úroveň z dlouhodobého hlediska, technologický pokrok nebo akumulace lidského kapitálu.

Frank a Bernanke (2003) uvádí, že vedle již zmiňovaných zdrojů růstu jako je práce, půda, kapitál a technologie, patří do těchto zdrojů také efektivnost manažerů a podnikatelů, společenské a právní prostředí.

## 1.2 Teorie ekonomického růstu

V období do roku 1800 nedocházelo ve světové ekonomice k výraznému ekonomickému růstu – mzda na obyvatele, produktivita či spotřeba do té doby stagnovaly. Naproti tomu, moderní industriální ekonomiky zažívají nebývalý a zdá se neomezený růst životního standardu obyvatelstva. Přejít od konstantní životní úrovně obyvatelstva k neustále rostoucí úrovni znamenal také vznik klasických teorií ekonomického růstu (Hansen a Prescott, 2002).

Mezi **klasické teorie** ekonomického růstu patří Smithova a Malthusova klasická dynamika. Další teorie vznikají až po druhé světové válce. Tyto **moderní teorie** ekonomického růstu zkoumají vliv faktorů růstu na dosahovanou úroveň výstupu ekonomiky (HDP) nebo chápou ekonomický růst jako proces změn probíhajících v sociální struktuře společnosti. Na základě těchto dvou přístupů jsou vytvářeny dvě skupiny modelů ekonomického růstu (Vlček, 2016):

- **Abstraktní modelové teorie ekonomického růstu.** Tyto modely se vyznačují vysokým stupněm agregace a využíváním matematiky při formulování závislosti

mezi jednotlivými proměnnými. Vycházejí z keynesovské makroekonomické teorie rovnováhy a neoklasické teorie výroby a rozdělování.

- **Sociálně-historické koncepce růstu a rozvoje.** Cílem těchto modelů je odhalení organizační formy, ekonomických veličin či zvyků, které vytvářejí podmínky pro rozvoj nebo omezení ekonomického růstu. Tyto modely vysvětlují ekonomickou dynamiku v závislosti na pojetí společnosti.

### 1.2.1 Smithova a Malthusova klasická dynamika

Ekonoma Adama Smitha a Thomase Roberta Malthuse řadíme mezi představitele klasické politické ekonomie. Tato ekonomie se rozvíjela zhruba od sedmdesátých let 18. století do sedmdesátých let 19. století. Vrcholným obdobím tohoto směru můžeme považovat první polovinu 19. století. Adam Smith, který se stal zakladatelem klasické politické ekonomie, byl filozof a ekonom. Thomas Robert Malthus byl mimo jiné profesorem politické ekonomie a ve svých přednáškách vycházel z knihy Adama Smitha Bohatství národů (Sojka, 2010).

Tito dva ekonomové zdůrazňují kritický význam půdy pro ekonomický růst. V případě hypotetického zlatého věku, kdy půda byla volně dostupná všem a akumulace kapitálu nehrála roli, docházelo k ekonomickému růstu (Samuelson, 2007).

Země je volně dostupná a při zvyšujícím se počtu obyvatelstva mohou lidé volně odejít na nová území. V této teorii nehráje roli kapitál, tudíž při dvojnásobném počtu obyvatel se národní produkt přesně zdvojnásobí. Celý národní důchod se rozdělí mezi reálné mzdy, jelikož není nutné platit rentu z půdy ani úroky z kapitálu. Výstup roste s růstem populace, tudíž reálná mzda na obyvatele zůstává v čase konstantní (Samuelson, 2007).

V případě, kdy je veškerá půda osídlena a počet obyvatel se zvětšuje, má každý další pracovník k dispozici stále menší pozemek na obdělávání a začíná se prosazovat zákon klesajících výnosů. Výstup ekonomiky dále roste, ale pomalejším tempem než počet obyvatel. Pokles reálných mezd zapříčinil pokles mezního produktu práce, který vyvolalo rostoucí množství práce připadající na jednotku půdy. V případě, kdy budou mzdy nad úroveň existenčního minima, bude se počet obyvatelstva zvyšovat a obráceně. Rovnováhu obyvatelstva zajistí jedině mzdy, které se budou rovnat existenčnímu minimu (Vlček, 2016).

Ve skutečném prostředí technologický pokrok v průmyslových zemích umožňuje trvalý hospodářský rozvoj, protože neustále posouvá křivku produktivity práce směrem nahoru (Samuelson, 2007).

### 1.2.2 Keynesiánské modely růstu

Keynesiánské modely růstu kladou důraz na stranu poptávky. Hlavním faktorem ekonomického růstu jsou investice, které vytvářejí přírůstek kapacit i důchodu. Tyto modely růstu jsou jednofaktorové, jelikož vyjadřují funkční závislost mezi jedním faktorem růstu a národním důchodem (Vlček, 2016).

#### Harrod-Domarův model

Podle Varadzina (2004) vychází tento model z následujících předpokladů:

- investice jsou součástí efektivní poptávky,
- důchod je zvětšován prostřednictvím multiplikátoru,
- jediným růstovým faktorem jsou investice,
- neuvažuje se změna relativních cen práce a kapitálu,
- nulová elasticita substituce mezi výrobními faktory.

Harrod-Domarův model rozlišuje tři typy růstu, mezi které patří:

- skutečné tempo růstu ( $G$ ),
- zaručené tempo růstu ( $G_w$ ),
- přirozené tempo růstu ( $G_n$ ).

Skutečné tempo růstu nevypovídá nic o charakteru růstu. Zaručené tempo růstu je určeno existujícími úsporami a kapitálovým koeficientem. Přirozené tempo růstu je určeno růstem obyvatelstva a technickým pokrokem. Toto tempo ukazuje maximální možnou míru růstu při využití všech zdrojů (Varadzin, 2004).

V případě, že se tempa růstu nerovnají, mohou nastat tři následující situace (Domar, 1946):

- $G_w > G$  investice jsou vyšší než úspory, je zde tendence k inflaci,
- $G_n > G_w$  pracovní síla roste rychleji než produkční síla ekonomiky, je zde tendence k chronické nezaměstnanosti,
- $G_w > G_n$  na trhu je nedostatek pracovních sil.

V tomto modelu je potřeba udržovat určitou míru investic, jinak nastává nerovnováha, která se projevuje v inflaci nebo nezaměstnanosti. Zásadním nedostatkem Harrod-Domarova modelu je to, že není definovaný mechanismus, pomocí kterého by docházelo k nastolení rovnováhy. Proto tento model bývá označován jako „model s rovnováhou na ostří nože“ (Varadzin, 2004).

### **1.2.3 Neoklasický model ekonomického růstu**

Neoklasické modely růstu jsou označovány jako vícefaktorové a kladou důraz na stranu nabídky. V těchto modelech dochází k růstu potenciálního produktu v případě, že jsou do výroby zapojeny dodatečné výrobní zdroje. Analytickým nástrojem je produkční funkce, která ukazuje závislost mezi objemem výroby na straně jedné a množstvím a kombinací výrobních faktorů na straně druhé (Vlček, 2016).

#### **Solowův model**

Robert Merton Solow patří mezi přední americké ekonomy. Mezi jeho hlavní přínosy řadíme rozpracování neoklasického modelu růstu. Tento model se liší od Harrod-Domarova zejména tím, že připouští nahrazení práce a kapitálu a nebere v úvahu nedostatečnou efektivní poptávku. Model přestává být současně modelem růstu a cyklického vývoje a z výše zmíněného modelu mizí tzv. rovnováha na ostří nože (Sojka, 2010).

Solowův model se někdy také označuje jako Solowův-Swanův model. Model vymysleli nositel Nobelovy ceny za ekonomii, americký ekonom Robert Solow a australský ekonom Trevor Swan. Varadzin (2004) uvádí charakteristické znaky pro tento model, kterými jsou:

- tempo růstu obyvatelstva je shodné s tempem růstu pracovníků,
- existuje možnost substituce kapitálu a práce,
- na trhu kapitálu a práce existuje dokonalá konkurence,
- jedná se o uzavřenou ekonomiku,
- neexistuje státní sektor,
- část reálného důchodu, která není investována, je spotřebována,
- výdaje na spotřebu nemohou překročit důchod z práce a kapitálu.

Solowův model ukazuje jak úspory, populační růst a technologický pokrok ovlivňují úroveň výkonu ekonomiky a její růst v průběhu času. V rovnovážném stavu Solowova

modelu je míra růstu příjmů na osobu určena pouze exogenní rychlostí technologického pokroku (Mankiw, 2003).

Klíčovým aspektem v tomto modelu je produkční funkce ve tvaru  $F(K, L, T)$ , kde  $K$  je kapitál,  $L$  práce a  $T$  technologie. Tento model předpokládá konstantní výnosy z rozsahu, klesající výnosy z dalších vstupů a substituci mezi vstupy (Barro, 2003).

Mach (2001) tvrdí, že lze růstu produkce v dlouhém období dosáhnout výrobními zdroji ekonomiky dané země. Mezi tyto zdroje se řadí vstupy výrobních faktorů jako je práce a kapitál. Růst objemu těchto vstupů přímo ovlivňuje růst produkce. Dále mezi zdroje ekonomiky patří úroveň používané technologie. Zvyšování úrovně používané technologie se promítá v růstu produktů při určitém vstupu výrobních faktorů.

Holman (2017) uvádí, že růst v Solowově modelu probíhá na základě substituce práce kapitálem a také na základě technického pokroku. Solow vycházel z Cobb-Douglasovy produkční funkce, kdy tato funkce vyjadřuje funkční závislost růstu národního produktu na růstu práce a kapitálu. Auerbach a Kotlikoff (1998) o Cobb-Douglasově produkční funkci tvrdí, že je to jednoduchý a empiricky rozumný způsob modelování výstupu, který se týká vstupů kapitálu a práce a úrovně produktivity, která poskytuje základ pro růstové účetnictví.

Tvar této funkce je následující:

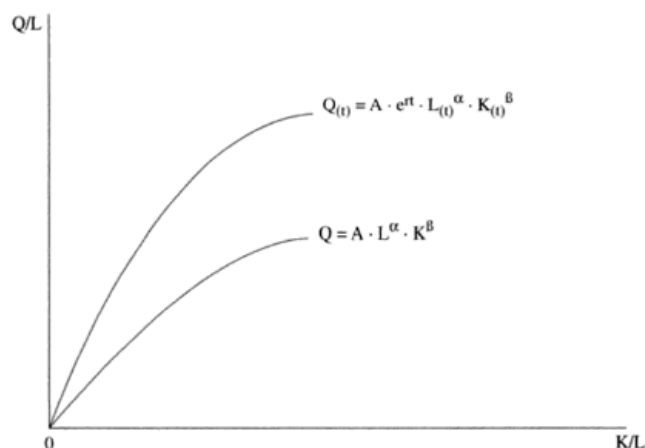
$$Q = AL^{\alpha} * K^{\beta}, \text{ kdy } \alpha + \beta = 1 \quad (4)$$

kde:  $A$  je úroňová konstanta, která vystihuje působení dalších faktorů, které nejsou v Cobb-Douglasově funkci přímo vyjádřeny.  $L$  značí práci a  $K$  kapitál. Koeficient alfa udává, o kolik procent se změní produkt, když se množství práce změní o 1 % při ostatních faktorech neměnných. Koeficient beta udává o kolik procent se změní produkt, když se kapitál změní o 1 % při ostatních faktorech neměnných. Solow doplnil výše uvedenou produkční funkci o další růstový faktor, kterým je technický pokrok, který je chápán jako autonomně probíhající v čase. Modifikovaná verze Cobb-Douglasovy funkce zní:

$$Q_{(t)} = A * e^{rt} * L_{(t)}^{\alpha} * K_{(t)}^{\beta} \quad (5)$$

kde: faktor  $e^{rt}$  vyjadřuje vliv technického pokroku ( $r$ ) v čase ( $t$ ) na ekonomický růst (Sojka, 2010).

Obrázek č. 3: Solowův model růstu



Zdroj: Holman (2017)

Z výše uvedeného obrázku je patrné, že působením technického pokroku je růst produktu na jednotku práce výrazně větší. Solowův model bere v úvahu substituci práce a kapitálu, respektive změnu výrobních technik reagující na změny relativních cen práce a kapitálu (Holman, 2017).

#### 1.2.4 Endogenní modely ekonomického růstu

Tato teorie ekonomického růstu byla reakcí na problémy, které předchozí modely nebyly schopny adekvátně vysvětlit, jako je např. podíl obou výrobních faktorů při rozdělování produktu, nezahrnutí dalších zdrojů růstu, typ výnosů z rozsahu, existence otevřené ekonomiky, existence a zvětšování mezery mezi vyspělými a rozvojovými ekonomikami a neexistence konvergence mezi jednotlivými ekonomikami (Spěváček a kol. 2012).

Tato teorie se snaží vytvořit z tempa růstu endogenní proměnou, což je proměnná určená v rámci teorie. Představitelé a zastánci této teorie tvrdí, že hospodářská politika vlády a chování ekonomických subjektů musí v dlouhém období působit na tempo růstu (Dornbusch a Fischer, 1994).

#### AK model

Produkční funkce v tomto modelu je jednofaktorová a má tvar:  $Y_t = AK_t$ , kde konstanta  $A$  je větší než 0,  $K_t$  znamená veškerý kapitál, včetně lidského. Technický pokrok je zařazen do nových kapitálových investic, čímž se nový kapitál stane produktivnějším než starý kapitál (typickým příkladem jsou počítače). Klíčovým znakem tohoto modelu

je to, že neexistuje žádný exogenní technický pokrok a že jsou zde konstantní výnosy z rozsahu. Produktivita na pracovníka se značí  $y_t$  a kapitál na pracovníka  $k_t$ . Z toho vyplývá  $y_t = Ak_t$  (Wickense, 2008).

Podle Gärtnera (2003) má lidský kapitál v AK modelu pozitivní vztah ke kapitálové dotaci na jednoho pracovníka. Pracovníci, kteří mají příležitost pracovat s vyspělými počítači a sofistikovaným softwarem, mohou zvýšit své dovednosti a shromažďovat užitečné zkušenosti rychleji než ostatní. Produkční funkce v AK modelu se liší od ostatních produkčních funkcí tím, že marginální produktivita kapitálu neklesá s tím, jak se zvyšuje kapitálová zásoba. Kapitál nevstupuje jen přímo do produkce, ale má také vedlejší efekt ve zvyšování lidského kapitálu. Produkce na obyvatele se lineárně zvyšuje s kapitálovou hodnotou na obyvatele.

Úroveň úspor určuje produkci. Zvýšení míry úspor zvyšuje produkci trvale, ale nemá stálý vliv na tempo růstu. Zvýší-li se tempo růstu během předchozího období, pokud mezní produktivita neklesá jako v AK modelu, mohou vyšší úspory vést k trvalému růstu dlouhodoběji (Gärtner, 2003).

Lucas ve své práci *On the Mechanics of Economic Development* (1988) ukazuje, pomocí jakých principů dochází k akumulaci lidského kapitálu a jakého významu nabývá vzdělávání – ať už školní nebo v rámci pracovního procesu. Podle ekonomických modelů vysvětlujících ekonomický růst na základě rozvoje lidského kapitálu a vzdělanosti, investice do výzkumu, vývoje a infrastruktury vedou k zrychlenému rozvoji nových technologií a pozitivnímu vlivu na ekonomický růst.

## **2 Zdravotnictví**

Podle Berridge (2016) je veřejné zdraví velmi široký pojem. V nejužším významu znamená zdraví populace, nepřítomnost nemoci. Pojem se může vztahovat také k prevenci, k poskytování zdravotních služeb, jejichž úroveň je pak považována za měřítko vyspělosti dané společnosti. Účelem zdravotních služeb má být včasná diagnóza, prevence a léčba nemocí, vedení lidí ke zdravému způsobu života a také zlepšování kvality životního prostředí. Světová zdravotnická organizace zdraví definuje jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.

Zdravotní stav člověka ovlivňují jak vnitřní, tak vnější faktory. Mezi vnitřní faktory patří genetický základ. Mezi vnější faktory patří životní prostředí, způsob života a dostupná zdravotní péče. Nejvýznamnějším faktorem je způsob života, kterým člověk žije v delším časovém horizontu. Tento faktor zahrnuje např. výživu, pohyb, spotřebu návykových látek, stres, způsob bydlení apod. (Maaytová, 2012).

Zlámal a Bellová (2005) tvrdí, že zdravotnictví je nedílnou součástí národního hospodářství. V České republice pracuje v segmentu zdravotnictví kolem čtvrt milionu pracovníků. Do tohoto segmentu jsou zároveň vkládány značné finanční prostředky.

### **2.1 Způsob financování zdravotnictví**

V 19. a ve 20. století se vyvinuly tři základní modely financování zdravotnictví. Tyto modely Svoboda a kol. (2017) nazývá tržním modelem (liberální), modelem národní zdravotní služby (Beveridgeův) a modelem zdravotního pojištění (Bismarckův).

Maaytová (2012) uvádí, že základem liberálního přístupu je právo na svobodu a autonomii. Tento přístup nepřipouští možnost, aby byl člověk nucen přispívat na sociálně slabší. Solidarita s nemocnými je výsledkem svobodné volby společnosti. Tento přístup je typický pro americké zdravotnictví.

V liberálním neboli tržním modelu není stát garantem zdravotní péče a záleží na každém, jak bude platit požadovanou zdravotní péči. Platba může být buď prostřednictvím přímých plateb v hotovosti, např. z úspor nebo prostřednictvím komerčních zdravotních pojišťoven, u kterých je člověk pojištěn v takové míře, kterou uzná za vhodnou (Svoboda a kol. 2017).



V České republice funguje Bismarckův model (model zdravotního pojištění), který můžeme charakterizovat jako kompromis mezi tržním a státním zdravotnictvím. Pojistné je povinně předepsáno všem obyvatelům, výše pojistného se odvíjí od jejich příjmů. Zdravotní péče je poskytována podle potřeb obyvatelstva a podle možností zdravotnického systému (Svoboda a kol. 2017). Například americký systém poskytování zdravotní péče také v jistých ohledech vychází z Bismarckova modelu – např. je financován pomocí pojistných plateb zaměstnance a zaměstnavatele, avšak na rozdíl od českého modelu zde zásadní roli sehrává systém soukromého zdravotního pojištění (Kovner, Knickman a Jonas, 2011).

Maaytová (2012) nazývá přístup typický pro Českou republiku jako rovnostářský přístup, kdy je používání zdrojů vázáno na morální hodnoty. Společnost má povinnost zacházet se zdroji tak, aby jejich distribuce byla co nejvíce rovná a spravedlivá. Právo na zdraví v tomto přístupu znamená existenci práva na určitý objem neboli standard zdravotní péče.

Tento přístup je založen zejména na principu solidarity. Princip však obsahuje i nežádoucí prvek, kterým je solidarita jedinců zodpovědných za své zdraví s nezodpovědnými jedinci. Někteří lidé si svým chováním vědomě poškozují své zdraví (obezita, kouření, nedostatek pohybu aj.). Tito lidé mají následně právo na stejný objem a stejnou kvalitu zdravotní péče jako ti, kteří se ke svému zdraví chovají zodpovědně (Ochrana, Pavel a Vítek, 2010).

V roce 1948 byl ve Velké Británii zaveden model Národní zdravotní služby. V rámci tohoto systému stát garantuje bezplatnou zdravotní péči. Tento systém je financován z daní a náklady na zdravotní péči nese státní rozpočet. Systém je určen pro celou populaci a s tím souvisí dlouhé čekací doby, přezaměstnanost např. v administrativě a nedostatečná konkurence (Svoboda a kol. 2017).

Právo na zdraví je chápáno spíše jako právo na ochranu zdraví ve smyslu garantovaného přístupu ke zdravotnickým službám. Maaytová (2012) uvádí dva hlavní přístupy k právu na zdraví, a to liberální a rovnostářský (egalitární) přístup.

Mezi výše zmíněnými přístupy je možné nalézt i jiné varianty přístupu ke zdravotní péči, a to utilitární a komunitární přístup. V utilitárním přístupu je zdravotní péče chápána jako veřejná služba a za spravedlivé se považuje takové poskytování zdravotních služeb, které prospívá co největšímu počtu osob ve společnosti. Základní

péče je garantovaná všem, ostatní péče ve smyslu nadstandardní a nehrazené péče je poskytována podle finančních možností pacienta a jeho volby. Komunitární neboli kolektivní přístup je založený na komunitě a komunálních hodnotách. V tomto přístupu je zdůrazňována odpovědnost k obecnému prospěchu a vzájemná závislost mezi lidmi při respektování principu solidarity (Maaytová, 2012).

Další charakteristické znaky, typické pro dva základní přístupy, tj. liberální přístup a rovnostářský přístup zobrazuje následující tabulka:

Tabulka č. 1: Rozdíl mezi liberálním a rovnostářským pojetím

<b>Liberální pojetí</b>	<b>Rovnostářské (egalitární) pojetí</b>
svoboda je pojímána jako absolutní hodnota vůbec	svoboda je pojímána jako skutečná možnost volby jednotlivce
jedinec je nejlepším soudcem svého blahobytu	nemocný je špatným soudcem určení cest k vlastnímu zdraví
priority určeny vlastní vůlí a ochotou platit	priority určeny společenským hodnocením potřeb
priority zdravotnického systému určeny na mikroúrovni; je řešena otázka, zda se pacientovi léčba vyplatí či ne	priority jsou určeny identifikací největšího prospěchu z péče nebo léčby mezi jednotlivými pacienty
sociální darwinismus určuje kritéria přežití – extrémní varianta; méně extrémní pozice – akceptování dobrovolné solidarity	preferenze mechanismů, které na celospolečenské úrovni zabezpečují solidaritu, určují pravidla i případné potrestání v případě zneužití
zdravotnický systém je hodnocen „zákazníky“ dle jeho schopností uspokojit jejich požadavky	zdravotnický systém je hodnocen v rámci demokratického rozhodování dle zdravotního stavu populace a nákladovosti systému
dobře informovaní zákazníci jsou schopni vyhledat sami nejefektivnější léčbu	dobře informovaní lékaři jsou schopni určit nejefektivnější léčbu každému pacientovi
problém rovnosti nemá být řešen v systému zdravotnictví, ale prostřednictvím sociální politiky a distribuce příjmů	distribuce příjmů pravděpodobně nikdy nebude v relaci ke skutečné potřebě zdravotní péče, zdravotnictví by mělo být odděleno od jejího vlivu
lékaři jsou subjekty, které umožňují realizaci poptávky pacientů	lékaři jsou subjekty, které identifikují potřeby pacientů
motivací ke splnění poptávky pacientů je zisk	motivací je profesionální etika a „ctění“ veřejné služby
princip ekvivalence	princip solidarity

Zdroj: Maaytová (2012) podle Williams (1997)

Z výše uvedených přístupů k právu na zdraví je patrný odlišný přístup obou pojetí. Ani jedno z těchto pojetí nezaručuje bezproblémové fungování zdravotních systémů. Preferování liberálního přístupu vede ke zdravotním a sociálním problémům. Mezi

hlavní příčinu problémů se řadí informační nesouměrnost mezi nabídkou a poptávkou, při finančně nákladných diagnózách nemají jedinci dostatek finančních prostředků, nerovnost v přístupu ke zdravotnickým službám má za následek ohrožení ekonomické i sociální stability společnosti (Maaytová, 2012).

Rovnostářský přístup se také potýká s celou řadou problémů. Mezi některé z nich patří např. jak při omezených zdrojích splnit požadavek rovnosti přístupu ke zdravotní péči nebo růst nákladů související s novými poznatky. Nedostatek finančních prostředků může vyvolat snahu omezit zdravotní péči u určitých skupin pacientů a možnost korupce. Chybějící informace o ceně může vést k nadspotřebě a neochotě pacientů dbát více o své zdraví, přístup všech k nejlepší možné zdravotní péči může vyvolat pokles úrovně poskytovaných zdravotních služeb a delší čekací dobu na některé zákroky (Maaytová, 2012).

V rámci všech systémů financování patří v současné době mezi hlavní ekonomické problémy zdravotnictví zejména zajištění potřebných finančních prostředků, efektivní využívání alokovaných prostředků, financování optimálního rozsahu nabízených zdravotnických služeb, omezení rostoucích nákladů, které může vyplývat buď z rozvoje systému zdravotnictví nebo také z některých neefektivních činností a rostoucí náklady na zdravotnické přístroje a léky (Peková, Pilný a Jetmar, 2012).

## **2.2 Systém zdravotní péče v České republice**

V Listině základních práv a svobod, čl. 31 se uvádí „*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*“

Jak již bylo zmíněno výše, systém zdravotní péče v České republice je rovnostářský, fungující na systému zdravotního pojištění. Toto pojištění odvádí plátcí (zpravidla pojištěnci nebo stát, který hradí pojistné za státní pojištěnce) zdravotním pojišťovnám. Zdravotní pojišťovny následně hradí náklady zdravotní péče za své pojištěnce poskytovatelům zdravotních služeb (Svoboda a kol. 2017).

V rámci jednotlivých kategorií plátců rozlišujeme zaměstnance, státní pojištěnce, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů. Nejvíce finančních prostředků do systému zdravotního pojištění odvádí zaměstnanci, následují státní

pojištěnci, kteří jsou zároveň nejpočetnější skupinou pojištěnců v České republice. Mezi státní pojištěnce řadíme dle Zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění:

- nezaopatřené děti,
- poživatele důchodu z důchodového pojištění,
- příjemce rodičovského příspěvku,
- ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené, osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství,
- uchazeče o zaměstnání,
- osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované,
- osoby starší 26 let studující prvně v doktorském studijním programu,
- osoby ve výkonu zabezpečovací detence nebo vazby, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody nebo osoby ve výkonu ústavního ochranného léčení,
- osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve II. a vyšším stupni závislosti,
- osoby pečující o osoby závislé na péči jiné osoby, ve stupni II, III nebo IV,
- osoby pečující o osoby mladší 10 let, které jsou závislé na péči jiné osoby v I. stupni,
- osoby, které jsou invalidní ve třetím stupni nebo dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, ale nesplňují další podmínky pro přiznání invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně nebo starobního důchodu,
- osoby celodenně, osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku,
- příjemci starobní penze na určenou dobu, doživotní penze nebo penze na přesně stanovenou dobu s přesně stanovenou výší důchodu,
- osoby s trvalým pobytem na území ČR, příjemci dávek nemocenského pojištění, za které není plátcem pojistného zaměstnavatel ani stát, které neplatí pojistné ani jako osoby samostatně výdělečně činné,
- osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu,
- mladiství, umístění ve školních zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy,
- cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území ČR za účelem poskytnutí dočasné ochrany,

- žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jejich děti narozené na daném území,
- cizinci, kterým bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem pobytu a jejich děti narozené na území státu,
- manželé nebo registrovaní partneři státních zaměstnanců podle zákona o státní službě.

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávními institucemi, které zprostředkovávají tok finančních prostředků mezi plátcí pojištění a poskytovateli zdravotních služeb. V České republice je v současné době sedm zdravotních pojišťoven. Největší zdravotní pojišťovna, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, dále jen VZP ČR, je zřízena na základě zákona č. 551/1992 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Ostatní pojišťovny jsou zřízeny na základě zákona č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (Rektořík a kol. 2002).

Vedle již zmíněné VZP ČR (kód 111) existuje také Vojenská zdravotní pojišťovna (kód 201), Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (kód 205), Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (kód 207), Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (kód 209), Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (kód 211), Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna (kód 213).

Zdravotní pojišťovny mají dva hlavní úkoly. Prvním úkolem je hrazení úkonů poskytovatelům zdravotních služeb, druhým pak výběr pojistného na zdravotní pojištění. Těmito úkoly je pověřil stát. Pojišťovny zajišťují financování ústavní péče (tj. nemocnice, sanatoria apod.), ambulantních zařízení, léků, nákladů na léčení v zahraničí, lázeňské péče, dopravy a záchranné služby. Tyto organizace zároveň plní funkci kontrolní, ve smyslu kontroly kvality a objemu poskytované zdravotní péče a dodržování smluvních podmínek. Další funkcí je regulační funkce, díky které regulují množství zdravotnických zařízení počtem uzavřených smluv s těmito zařízeními (Ochrana, Pavel a Vítek, 2010).

V České republice je zdravotní pojištění pro občany ze zákona povinné. Vyplyvá to ze zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Zdravotní pojišťovny jsou povinny přijmout každého pojištěnce, který se k vybrané zdravotní pojišťovně přihlásí.

Velmi důležitým aspektem v systému zdravotního pojištění je přerozdělování pojistného. Principem přerozdělování je převedení části vybraného pojistného pojišťovněm s méně ekonomicky výhodnou klientelou. Přerozdělení se vztahuje ke státním pojištěncům, tj. nejpočetnější skupině pojištěnců v České republice. Hlavním důvodem přerozdělování je snaha minimalizovat specializaci pojišťoven na ekonomicky výhodnější skupiny pojištěnců. Přerozdělovací systém zaručuje v systému rovnováhu v příjmech a výdajích všech zdravotních pojišťoven bez ohledu na strukturu jejich pojištěnců (Svoboda a kol. 2017).

Dříve, respektive od roku 1993, se přerozdělovalo pouze 60 % vybraného pojistného. Takto vybrané pojistné se vydělilo počtem státních pojištěnců a pojištěnci nad 60 let se započítávali třikrát. Každá pojišťovna následně získala poměrnou částku dle počtu a věku státních pojištěnců, kteří u ní byli pojištěni. V roce 2004 byl systém přerozdělování změněn díky zavedení nákladových indexů dle pohlaví ve věkových skupinách a sdílením nákladů na mimořádně nákladnou zdravotní péči (Malý, Němec, 2011). V roce 2005 se princip přerozdělování mění a přerozděluje se 100 % vybraného pojistného. Kritériem tohoto přerozdělování je nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví společně se zavedením systému kompenzace rizika (VZP ČR, 2018).

Od 1. ledna 2018 je v České republice zavedena PCG klasifikace (pharmacy-based cost groups), která zohledňuje kromě pohlaví a věku také přítomnost chronických onemocnění. Tento model odhaduje zdravotní riziko jednotlivců a přibližně stanovuje budoucí náklady. Princip používá dva různé mechanismy, které jsou řízeny samostatnými a oddělenými kritérii. První mechanismus přerozděluje pojistné dle nákladových indexů věkových skupin a farmaceuticko-nákladových skupin pojištěnců. Tento přístup zachovává do určité míry solidaritu na straně výdajů za zdravotní služby hrazených z veřejného zdravotního pojištění v rámci 38 skupin pojištěnců a lépe zohledňuje chronicky nemocné pacienty. Druhý mechanismus přerozděluje pojistné podle pojištěnců, za které byly zdravotními pojišťovnami uhrazeny zvláště nákladné zdravotní služby. Díky tomuto mechanismu dochází k částečné kompenzaci u pojištěnců s nejvyšším zdravotním rizikem. Tzv. zvláštní účet, který slouží k přerozdělování pojistného zřizuje a spravuje VZP ČR (VZP ČR, 2018, PCG model, 2018).

VZP ČR zároveň získává z přerozdělování největší část finančních prostředků, protože má nejvíc pojištěnců a zároveň nejstarší kmen pojištěnců. Z celkové částky 265 657 635 tis. Kč přerozdělené v roce 2017 připadá největší české zdravotní pojišťovně zhruba 60 % (MZ ČR, 2018). Na přerozdělování dohlíží dozorčí orgán, který je tvořen zástupci jmenovanými ministerstvem financí, ministerstvem zdravotnictví, ministerstvem práce a sociálních věcí a následně zástupcem z každé zdravotní pojišťovny na českém trhu (Zákon č. 592/1992 Sb.).

Pojišťovny si mezi sebou nemohou konkurovat v rámci příjmové efektivity z důvodu výše zmíněného principu přerozdělování, proto se zaměřují na nákladovou efektivity. Hlavním úkolem zdravotních pojišťoven je uzavírat smlouvy s nejlepšími a nejefektivnějšími poskytovateli zdravotních služeb a tím přispívat k vytvoření konkurenčního prostředí mezi těmito poskytovateli (Svoboda a kol. 2017).

### **2.3 Zájmové skupiny**

Maaytová a kol. (2015) rozděluje zájmové skupiny ve zdravotnictví dle různých kritérií:

- dle cíle na skupiny zájmové a ideové,
- dle povahy na skupiny soukromoprávní a veřejnoprávní,
- dle struktury na skupiny masové a výběrové.

Hlavním cílem zájmových skupin je maximalizace vlastního užitku. Zájmové skupiny mohou ovlivňovat jak politiky, tak voliče různými způsoby např. selektivními informacemi, násilnými protesty, podáním žaloby u domácích nebo mezinárodních soudů a v neposlední řadě podplácením (Maaytová, 2012).

Například bývalý americký prezident Jimmy Carter považoval za důvod vzniku zájmových skupin stoupající nedůvěru občanů ve vládu a nesoulad mezi národními zájmy a zájmy jednotlivců. Lidé si pomocí členství v zájmových skupinách pojišťují, že cokoli se stane, jejich osobní názory a soukromé zájmy budou chráněny (Walker, 1991).

Ve zdravotnictví představují nejlépe organizovanou zájmovou skupinu lékaři. Lékaři upřednostňují zavádění omezujících podmínek pro vstup do odvětví před využíváním cenového mechanismu, toto jim umožňuje zlepšit své postavení. Zájmová skupina lékařů je částečně odlišná, to souvisí s rozdílnými zájmy soukromých lékařů a lékařů pracujících např. ve fakultních nemocnicích. Lékaři jsou velice často sdružováni

do profesních lékařských organizací (např. Česká lékařská komora a Česká stomatologická komora), které jim pomáhají při získávání určitých výhod (Maaytová, Pavel, Ochrana a kol. 2015).

Mezi další zájmové skupiny ve zdravotnictví patří farmaceutické firmy, které usilují o maximalizaci zisku. Farmaceutické firmy se rovněž sdružují, a to do asociací sdružujících výrobce léků (AIFP – Asociace inovativního farmaceutického průmyslu, ČAFF – Česká asociace farmaceutických firem). Tyto firmy se zaměřují především na lékaře a lékárníky. Jako protislužbu za předepisování a prodej léků jsou lékařům a lékárníkům nabízeny různé výhody, např. účast na mezinárodních vědeckých konferencích. Tato zájmová skupina zaměřuje svou pozornost také na státní instituce, jako je Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí, které určuje maximální ceny výrobcům a dovozcům léků (Maaytová, 2012).

Zájmová skupina farmaceutických firem má obrovskou sílu, a to nejen v České republice, ale i v zahraničí. Například v americkém kongresu je jednou z nejvíce zastoupených zájmových skupin a v roce 2002 dokonce převýšil počet profesionálních lobbistů počet kongresmanů. Společnost PhRMA, která je jednou z hlavních firem amerického farmaceutického průmyslu, utratila v roce 2007 jen za lobbingsvé aktivity 23 milionů dolarů (Dukes, Braithwaite a Moloney, 2014).

Zdravotní pojišťovny, které v České republice vznikaly od roku 1992, jsou další zájmovou skupinou. Tyto pojišťovny jsou neziskové organizace a nefungují na tržním principu. Největší zdravotní pojišťovna v České republice, VZP ČR, která je zřízená státem, funguje jako veřejná instituce. Další zaměstnanecké pojišťovny musí získat ke svému fungování povolení od Ministerstva zdravotnictví. Pravomoc pojišťoven je však minimální a jejich rozhodovací schopnosti jsou omezené (Maaytová, 2012).

Další zájmovou skupinou je byrokracie, kterou můžeme charakterizovat jako skupinu úřadů, které jsou odpovědné za státem zabezpečované služby (Howard, 2009).

Do zájmových skupin řadíme také distributory léků, mezi které patří mimo jiné i lékárníci, dále politiky a management zdravotnických zařízení. Početně nejsilnější skupinou, která má však omezený vliv na zdravotnictví, jsou pacienti (Maaytová, Pavel, Ochrana a kol. 2015). Pacienti se sdružují do mnoha nejrůznějších skupin, např. podle typu onemocnění, již od přelomu 50. a 60. let 20. století. Tato uskupení na rozdíl



od ostatních zájmových skupin neusilují ani tak o cíle socioekonomické, ale o společné hodnoty svých členů a o emancipaci pacientů (Williamson, 2010).

### 3 Ekonomika a zdravotnictví

Vztahem nákladů na zdravotní péči a ekonomickým růstem se zabývá celá řada nejrůznějších studií a odborných článků. Jmenovat jde např. Bloom a Canning (2000), Getzen (1992), Schneider a Guralnik (1990).

Odborné studie je možné rozdělit do dvou základních skupin. První z těchto skupin se zabývá rozvojovými ekonomikami a druhá skupina vyspělými ekonomikami. Podle výzkumů je vztah mezi náklady na zdravotní péči a ekonomickým růstem v rozvojových ekonomikách diametrálně odlišný od zemí vyspělých. V této kapitole je věnován prostor nejprve zemím rozvojovým.

Publikace *The Health and Wealth of Nations* neboli *Zdraví a bohatství národů* od autorů Blooma a Canninga (2000) dokazuje na základě empirických studií, že zlepšování zdravotní péče a investice do zdravotnictví vytvářejí výrazné impulzy pro ekonomický růst v rozvojových zemích. Z toho vyplývá závěr, že zdraví, stejně jako vzdělání, je fundamentálním komponentem lidského kapitálu a že ekonomický růst je v těchto zemích založený na zdraví populace. Lepší zdraví vede k vyššímu příjmu obyvatelstva a existuje rovněž pozitivní zpětný efekt (tzn. feedback effect), díky kterému se zdraví spolu s příjmem obyvatelstva vzájemně pozitivně ovlivňují.

Výše zmíněný efekt je přirozený pro chudší, např. africké země, kde může být vysoká nemocnost populace základní překážkou pro budování ekonomiky. Lidé v produktivním věku v těchto zemích často trpí chorobami, které byly ve vyspělém světě již vymýceny, nemohou pracovat, kvůli čemuž ekonomika dlouhodobě stagnuje. V těchto zemích má smysl investovat do zdravotní péče, proto také např. z vyspělých zemí do Afriky směřuje humanitární lékařská péče. Pokud by této lékařské péče byl dostatek pro to, aby se to odrazilo na celkovém zdraví populace, nastartoval by se tím ekonomický růst. Díky tomuto růstu by mohlo jít více prostředků, tentokrát již vlastních prostředků těchto chudých zemí, zpátky na zdravotní péči. Zde již dochází k tzv. zpětnému efektu, o kterém hovořili autoři výše zmíněné studie. Prostředky na zdravotní péči by opětovně vytvořily podmínky pro další ekonomický růst atd. (Bloom a Canning, 2000).

Naproti tomu situace ve vyspělých zemích je odlišná. Jak uvádějí Bloom a Canning (2000), vysoká úroveň vede ke stárnutí populace, a to ze dvou důvodů:

- Obyvatelstvo vyspělých zemí má menší množství potomků, tzn. lidé upřednostňují investovat více prostředků do menšího množství potomstva. Jinými slovy reprodukce společnosti nabývá spíše kvalitativního než kvantitativního rozměru. Dalším často zmiňovaným důvodem jsou vysoké náklady obětované příležitosti, které lidé ve vyspělých ekonomikách mají, a kvůli kterým získávají přirozeně tendenci k menšímu množství potomků.
- Vysoká úroveň zdravotní péče i životních podmínek vede k tomu, že se obyvatelstvo dožívá výrazně vyššího věku, než tomu bylo dříve nebo jak je tomu v rozvojových ekonomikách.

Studie jako *The Aging of America: Impact on Health Care Cost* (Schneider a Guralnik, 1990), v překladu *Stárnutí Ameriky: vliv na náklady na zdravotní péči*, ukazuje, že rapidní růst těch nejstarších skupin obyvatelstva bude mít zásadní vliv na budoucí náklady na zdravotnictví. Studie ukazuje, že zejména náklady na péči o ty nejstarší obyvatele (nad 85 let) mohou vzrůst do roku 2040 až šestinásobně.

Naproti tomu studie *Population Aging and the Growth of Health Expenditures* čili *Stárnutí populace a růst nákladů na zdravotnictví z roku 1992* analyzuje téma jiným způsobem. Analýza nákladů na zdravotní péči ve dvaceti vyspělých zemích mezi lety 1960–1988 ukazuje, že pokud jako proměnnou uvažujeme pouze věk, tak vzrůstající náklady na zdravotní péči jsou opravdu způsobeny stárnutím populace. Pokud jsou však uvažovány i další faktory, jako např. růst příjmů na obyvatele, vztah mezi věkovou strukturou společnosti a náklady na zdravotní péči již není tak výrazný. Studie tedy dochází k závěru, že růst nákladů ve zdravotnictví není ani tak demografickým problémem, ale spíše politickým tématem a otázkou řízení nákladů (Getzen, 1992).

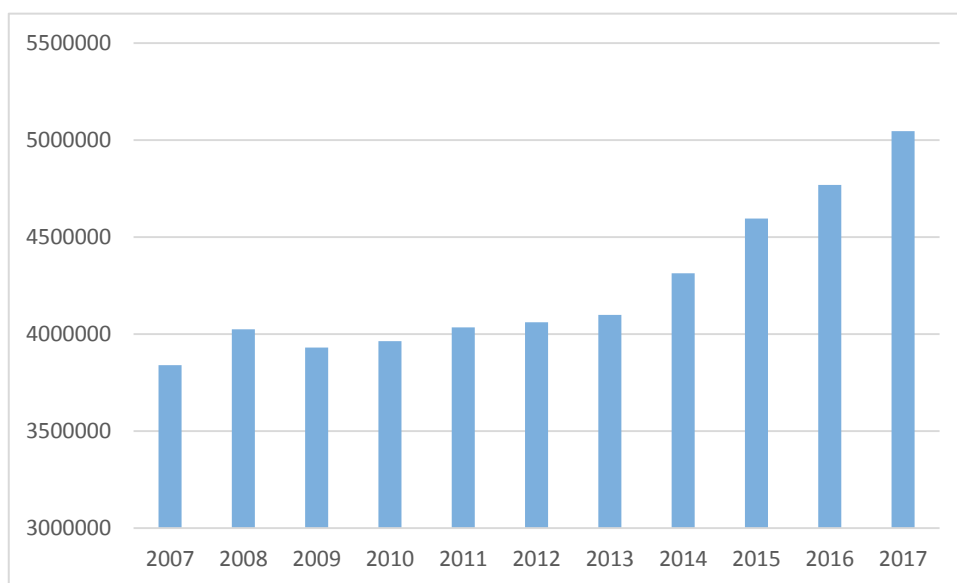
Vyspělé ekonomiky se na rozdíl od těch rozvojových mohou ocitnout ve stavu, v němž již rostoucí ekonomika není zárukou vyššího zdraví populace a naopak. Vysoká hospodářská úroveň totiž vede ke stárnutí obyvatelstva a stárnoucí obyvatelstvo vyžaduje větší množství zdravotní péče, ale náklady na tuto péči již nemá kdo uhradit, jelikož obyvatelstvo má menší množství potomků a počet lidí v produktivním věku klesá. V budoucnu by tyto rostoucí náklady na zdravotní péči spolu se stárnoucí a více nemocnou populací mohly mít negativní dopad na další ekonomický růst vyspělých zemí (Getzen, 1992).

Česká ekonomika je vysoce vyspělou ekonomikou, která si v posledních letech prochází významným růstovým obdobím.

### 3.1 Vývoj HDP v ČR

K zobrazení ekonomického růstu v České republice je v této práci použit hrubý domácí produkt, což je peněžní vyjádření celkové hodnoty nově vytvořených statků a služeb v určitém období na daném území.

Obrázek č. 4: Vývoj HDP v ČR v letech 2007-2017



Zdroj: vlastní zpracování dle ČSÚ, 2018

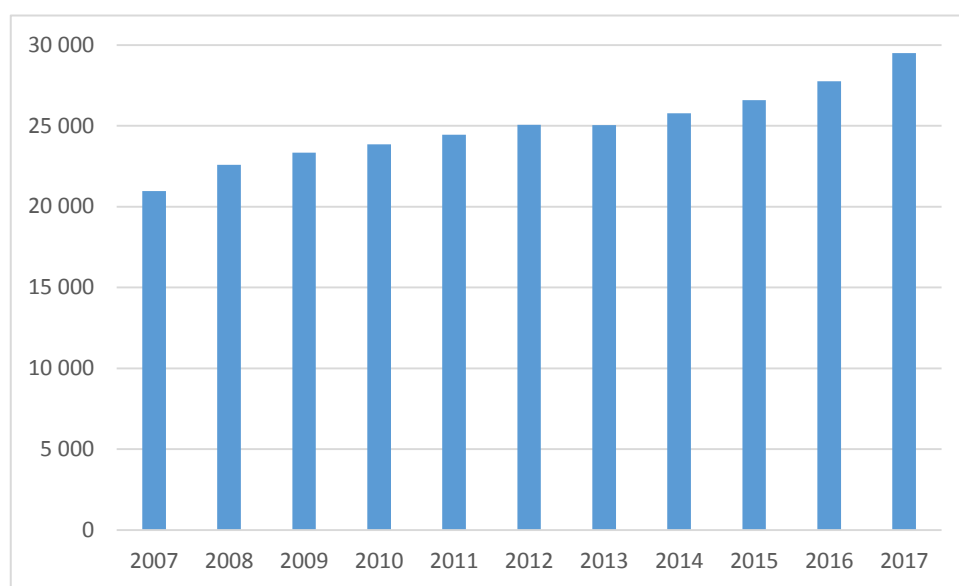
Po tom, co odezněly následky ekonomické krize, které v České republice trvaly do roku 2009, ekonomika zažívá nepřetržitý růst. Z výše uvedeného obrázku č. 4 vyplývá, že k největšímu růstu HDP dochází od roku 2014 až dodnes. Pro pozitivní vývoj ekonomiky má klíčový význam domácí poptávka, zejména spotřební výdaje domácností a investiční výdaje podniků. Vývoj ekonomiky pozitivně ovlivňuje také zahraniční obchod. Nejvýrazněji se na HDP podílí zpracovatelský průmysl, dále obchod a stavebnictví (Kurzy.cz, 2018).

Podle nejnovějších údajů bude pozitivní trend přetrvávat i nadále, např. podle předběžného odhadu ve druhém čtvrtletí roku 2018 vzrostl HDP mezitím o 2,3 % oproti roku 2017. Ekonomický růst přispívá v České republice k vysoké zaměstnanosti, která vzrostla ve 2. čtvrtletí 2018 o 1,9 %. Česká republika má se svými 2,5 % nejnižší míru nezaměstnanosti v rámci Evropské unie (ČSÚ, 2018).

V současné době se často zmiňuje přehřívání české ekonomiky, které může mít negativní dopady. Česko se potýká s výrazným nedostatkem pracovních sil a stárnutím populace, které může do budoucna způsobit také růst nákladů na zdravotnictví. Tyto náklady nemusí být dostatečně pokryty odvody na zdravotní pojištění od ekonomicky aktivních občanů. Nedostatek pracovních sil tlačí mzdy pracovníků nahoru a Česko tak ztrácí svoji konkurenční výhodu levnější vysoce kvalifikované pracovní síly.

Pokud by ekonomika přestala růst jako doposud, mohl by být významně ohrožen přísun peněz pro financování veřejného zdravotnictví. Např. největší zdravotní pojišťovně VZP ČR se díky vyšším odvodům a vyšší zaměstnanosti podařilo splatit dluhy vůči státnímu rozpočtu a v současné době vytváří rezervy. Tyto rezervy mohou být však v případě negativního vývoje ekonomiky rychle vyčerpány.

Obrázek č. 5: Průměrná hrubá měsíční mzda v ČR v letech 2007-2017



Zdroj: vlastní zpracování dle ČSÚ, 2018

Pokud porovnáme obrázek č. 4, růst HDP v letech 2007 až 2017, s obrázkem č. 5, vývoj průměrné hrubé mzdy, je evidentní, že ani meziroční propad HDP mezi roky 2008 a 2009 negativně neovlivnil růst průměrných mezd v České republice. K 1. čtvrtletí roku 2018 průměrná mzda přesáhla hodnotu 30 000 Kč. Během desetiletého období se průměrná mzda zvýšila bezmála o jednu polovinu.

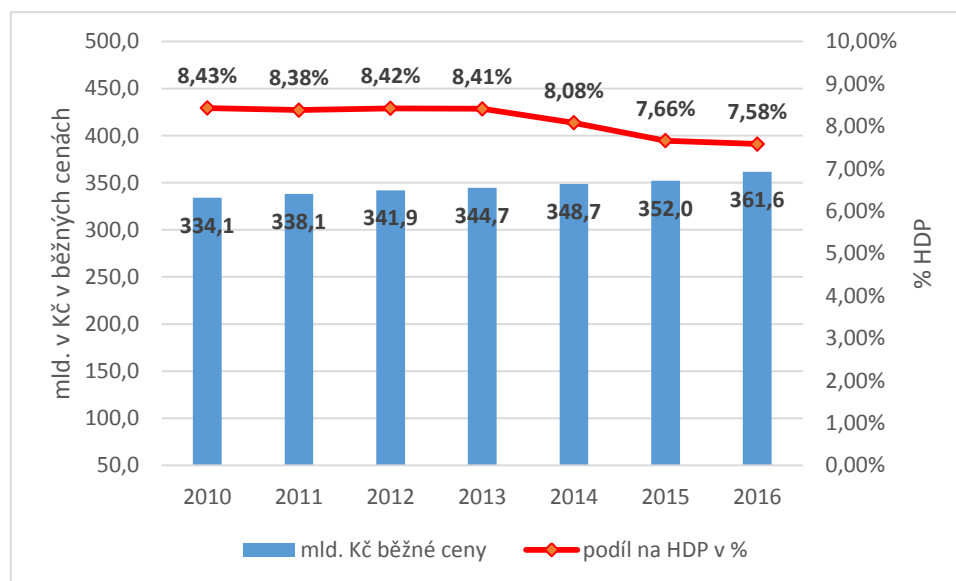
Podle prognostiky Českého statistického úřadu se např. počet lidí starších 65 let do roku 2060 zdvojnásobí z dnešní jedné šestiny na jednu třetinu. (Průměrný věk se tak zvýší z dnešních 41,3 let na 50 let.) Lidé starší 65 let již nejsou tolik ekonomicky aktivní,

a přitom většina nákladů na zdravotní péči připadá právě na tuto věkovou skupinu obyvatel. Ekonomicky aktivní občané se budou podílet na financování zdravotní péče pro dvojnásobné množství seniorů oproti současné situaci. Stárnutí populace a s tím související rostoucí náklady na zdravotnictví budou čím dál více aktuálními tématy. Velmi pravděpodobně se tak otevře diskuze o zdravotnické reformě, která by změnila způsob financování zdravotnictví a případnou spoluúčasť pacientů.

### 3.2 Celkové náklady na zdravotní péči v ČR

Pro mezinárodní srovnání je používán podíl nákladů na zdravotní péči ve vztahu k HDP. Ačkoliv v České republice celkové náklady na zdravotnictví meziročně rostou, u podílu na HDP dochází k poklesu. První výrazný meziroční pokles byl v roce 2014, který byl z 8,4 % na 8,1 %. Tento klesající trend trvá i nadále. Z tohoto lze odvodit, že náklady na zdravotní péči v Česku rostou pomalejším tempem, než roste česká ekonomika.

Obrázek č. 6: Celkové náklady na zdravotní péči v ČR v letech 2010-2016



Zdroj: vlastní zpracování dle ČSÚ, 2018

Celkové náklady zahrnují běžné výdaje na zdravotní péči a nezahrnují náklady na investice, vzdělávání zdravotnického personálu a výzkum a vývoj.

V rámci Evropské unie patří náklady na zdravotní péči vůči HDP v České republice k těm nižším. Nejvíce na zdravotní péči vydávají země jako Německo, Švédsko a Francie. Naopak nejméně země jako Polsko, Lotyšsko a Rumunsko.

V České republice se největším podílem, tj. 2/3, podílí na financování zdravotní péče platby z povinného zdravotního pojištění. Tyto platby povinně odvádí každá osoba s trvalým pobytem na území republiky své zdravotní pojišťovně. V porovnání s ostatními státy Evropské unie je tento podíl čtvrtý nejvyšší v rámci zemí EU.

V období ekonomického růstu mezi roky 2012 až 2016 docházelo k postupnému snižování podílu veřejného zdravotního pojištění na financování celého sektoru zdravotnictví. V roce 2012 bylo z veřejného pojištění hrazeno 69,6 %, ale v roce 2016 to bylo pouze 65,7 %. Přitom je patrný každoroční trend snižování tohoto podílu, namísto kterého se zvyšuje podíl financování z přímých plateb domácností a ostatních veřejných zdrojů (státní a místní rozpočty). Podíl přímých plateb domácností vykazuje každoroční mírný růst (v roce 2013 12,6 %, ale v roce 2016 již 14,2 %). Z toho lze usuzovat, že domácnosti, jejichž příjmy rostou, jsou ochotny se více podílet na financování zdravotních služeb.

V případě negativního vývoje hospodářské situace je velmi pravděpodobné, že domácnosti budou omezovat své dodatečné výdaje na zdravotní péči a budou očekávat úhradu péče z veřejných zdrojů. V současné době se domácnosti podílí na některých úhradách, jako jsou doplatky u předepsaných léčiv, terapeutické pomůcky, nadstandartní služby, lázeňské pobyty apod. V některých segmentech jako např. stomatologie je míra spoluúčasti pacientů na úhradách vyšší než polovina (v roce 2016 52,9 %, tj. 9,6 mld. Kč). V roce 2012 činil podíl domácností na financování stomatologické péče pouze 41,9 %, z čehož je patrné, že ekonomický růst spojený s nárůstem mezd měl významný vliv na zvýšení spoluúčasti pacientů. Jejich náklady na tuto péči vzrostly za čtyři roky o 2,8 mld. Kč. Ochota pacientů podílet se na financování zdravotní péče přímo souvisí s vývojem životní úrovně obyvatelstva.

Dále se tato práce bude zabývat vybranými segmenty zdravotní péče, konkrétně segmentem stomatologie, praktického lékařství a gynekologie, které bude analyzovat na základě dat z největší české zdravotní pojišťovny, VZP ČR. Konkrétní vzorky dat budou použity z interních zdrojů regionální pobočky Plzeň, pobočky pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj.

## 4 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

VZP ČR byla založena na základě zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v roce 1992. VZP ČR je právnickou osobou a hlavní sídlo společnosti je v Praze na adrese Orlická 4/2020. Hlavní činností je provádění veřejného zdravotního pojištění.

Zdravotní pojišťovna se organizačně člení na Ústředí a šest regionálních poboček, které zajišťují správu veřejného zdravotního pojištění v jednotlivých oblastech:

- Regionální pobočka Praha, pobočka pro hlavní město Prahu a Středočeský kraj,
- Regionální pobočka Plzeň, pobočka pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj,
- Regionální pobočka Ústí nad Labem, pobočka pro Liberecký a Ústecký kraj,
- Regionální pobočka Hradec Králové, pobočka pro Královehradecký a Pardubický kraj,
- Regionální pobočka Ostrava, pobočka pro Moravskoslezský, Olomoucký a Zlínský kraj,
- Regionální pobočka Brno, pobočka pro Jihomoravský kraj a kraj Vysočina.

V čele jednotlivých regionálních poboček jsou ředitelé regionálních poboček, kteří jsou přímo podřízeni řediteli VZP ČR, Ing. Zdeňku Kabátkovi. Ředitele VZP ČR jmenuje, na dobu 4 let, případně odvolává Správní rada, která je vrcholným orgánem společnosti. Správní radu tvoří celkem 30 členů, kdy 10 členů je jmenovaných vládou a 20 volených Poslaneckou sněmovnou Parlamentu podle principu poměrného zastoupení politických stran v Poslanecké sněmovně Parlamentu. V kompetenci Správní rady je mimo jiné schválení organizačního řádu VZP ČR, schválení návrhu zdravotně pojistného plánu, výhledu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy, schválení objemu úhrad poskytovatelům zdravotnických služeb, schválení zásad smluvní politiky, schválení žádosti o případný úvěr, rozhodnutí o nákupu nemovitostí a hmotného a nehmotného majetku v případě, kdy pořizovací cena přesahuje 2 mil. Kč, rozhoduje o použití prostředků z rezervního fondu apod.

Dalším orgánem společnosti je Dozorčí rada, která dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů pojišťovny a na její celkové hospodaření. Rada má 13 členů, kdy 3 členové jsou jmenováni na základě návrhu ministerstva financí, ministerstva práce a sociálních věcí a ministerstva zdravotnictví a 10 členů



je jmenováno Poslaneckou sněmovnou Parlamentu. Mezi činnosti dozorčí rady patří projednávání návrhu zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrhu výroční zprávy. Dále monitoruje činnost útvaru interního auditu a kontroly VZP ČR a předkládá svá stanoviska k provedeným kontrolám Správní radě.

Na každé regionální pobočce jsou následně odbory, které se zabývají určitou problematikou. Mezi tyto odbory patří: právní odbor, ekonomický odbor, odbor služeb klientům, odbor zdravotní péče a odbor pojistného a správy pohledávek. Součástí každé regionální pobočky jsou klientská pracoviště. Těchto pracovišť je celkově přes 190 po celém území České republiky. Tímto je zajištěna velká dostupnost pro klienty VZP ČR.

Mezi příjmy VZP ČR patří platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, dále příjmy z penále, pokut a poplatků z prodlení platby pojistného, dary a ostatní příjmy. Mezi ostatní příjmy můžeme řadit např. příjmy z prodeje přebytečného nevyužitelného majetku apod.

Mezi výdaje VZP ČR patří zejména:

- platby za poskytnuté zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění poskytovatelům zdravotní péče, se kterými má VZP ČR uzavřenou smlouvu,
- platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za hrazené služby,
- náhrady nákladů za neodkladnou zdravotní péči, kterou čerpá pojištěnec v cizině,
- úhrady částek, které přesahují limity pro doplatky za léčivé přípravky,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění apod.

Nejdůležitějším dokumentem ve VZP ČR je zdravotně pojistný plán, který se sestavuje každoročně na následující kalendářní rok. Při sestavování zdravotně pojistného plánu se zároveň sestavuje i střednědobý výhled na nejméně další dva roky, které následují po roce, na který je zdravotně pojistný plán sestavován. Zdravotně pojistný plán je zpravidla sestavován jako vyrovnaný. Obsahuje plán příjmů a výdajů VZP ČR včetně členění podle jednotlivých fondů (základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond reprodukce majetku a fond prevence), předpokládaný vývoj struktury

pojištěnců, údaje o rozsahu hrazených služeb a plán provozních nákladů. Následně VZP ČR hospodáří v daném roce v souladu se schváleným zdravotně pojistným plánem, případně s jeho provizoriem za předpokladu, že zdravotně pojistný plán nebyl schválen. Plán schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky.

Základní fond zdravotního pojištění je největším a nejdůležitějším z výše zmíněných fondů. Zdrojem základního fondu jsou zejména platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a peněžní prostředky plynoucí z přerozdělování pojistného. Tento fond slouží hlavně k úhradě hrazených služeb, dále pak k přidělování do provozního fondu ke krytí nákladů na činnosti pojišťovny a k přidělování do dalších fondů a také k dalším platbám podle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

## 5 Segmenty zdravotní péče a jejich aspekty

V rámci českého zdravotnictví se rozlišují segmenty zdravotní péče. Tyto segmenty jsou rozčleněny do 8 hlavních skupin, které se dále dělí dle jednotlivých odborností (VZP ČR, 2018):

- Ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb
  - Praktický lékař pro dospělé
  - Praktický lékař pro děti a dorost
  - Praktický zubní lékař
  - Ambulantní specialisté
  - Domácí služby
  - Rehabilitační poskytovatelé zdravotních služeb
  - Poskytovatelé zdravotních služeb komplementu
  - Ostatní ambulantní pracoviště
- Lůžkoví poskytovatelé zdravotních služeb
  - Nemocnice
  - Odborné léčebné ústavy
  - Léčebny dlouhodobě nemocných
  - Ošetřovatelská lůžka
  - Lůžka ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu
- Lázně
- Ozdravovny
- Zdravotnická dopravní služba
- Zdravotnická záchranná služba
- Lékárny a výdejny zdravotnických prostředků
- Ostatní smluvní poskytovatelé zdravotních služeb

Největší síť poskytovatelů zdravotních služeb je v segmentu ambulantní poskytovatelé zdravotních služeb. V roce 2017 měla VZP ČR uzavřenou smlouvu s 36 663 zdravotnickými zařízeními, které patřily do tohoto segmentu, který je svou odborností nejširší. V rámci tohoto segmentu je nejvíc poskytovatelů v části ambulantních specialistů.

V této práci bude dále detailně představen segment gynekologie, který patří do skupiny ambulantních specialistů, segment všeobecného praktického lékařství, kdy praktický lékař pro děti a dorost a praktický lékař pro dospělé nebude v této práci rozlišován, a segment zubního lékařství.

Segment zubního lékařství je v této práci podrobněji analyzován, jelikož se dá předpokládat, že kvůli vyšší spoluúčasti pacientů bude při růstu HDP docházet k výraznějšímu růstu výdajů pacientů. Zároveň se s tímto segmentem, stejně jako se segmentem praktického lékařství, setkává celá populace. Segment praktických lékařů byl vybrán, neboť reprezentuje nejširší a nejdostupnější síť poskytovatelů a segment gynekologie reprezentuje skupinu ambulantních specialistů. Zároveň je mezi těmito segmenty rozdíl ve financování, čímž bude v práci zmapován rozdílný mechanismus úhrad ve zdravotnictví. Ambulantní specialisté jsou hrazeni v bodových hodnotách, praktičtí lékaři získávají jako jediný segment převážnou část úhrad formou kapitální platby a zubaři mají své úhrady za své výkony uvedeny v korunách.

V níže uvedených kapitolách jsou porovnány úhradové vyhlášky o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení v letech 2013 až 2017, které vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky, dále jen úhradová vyhláška. V těchto letech docházelo k výraznému hospodářskému růstu ekonomiky České republiky. Následně se práce zabývá vývojem celkových nákladů na segment, které jsou porovnány s plánovaným rozpočtem. Na základě těchto dat bude popsána možná souvislost mezi hospodářským růstem a růstem nákladů v daném segmentu.

## **5.1 Segment gynekologie**

Gynekologie je lékařský obor, který se zabývá prevencí nemocí a léčbou ženských pohlavních orgánů. Jedná se o poskytovatele ambulantní péče v odbornosti 603 (gynekologie a porodnictví) a 604 (dětská gynekologie), dle seznamu lékařských odborností podle číselníku.

Seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami stanovuje pro každý lékařský výkon příslušný počet bodů, na základě kterého se pak vypočítá hodnota dokladů, které poskytovatel zdravotní péče předává k dalšímu zpracování zdravotní pojišťovně. Ambulantní poskytovatelé v segmentu gynekologie jsou hrazeni výkonově s dále

popsanou limitací. Pro výpočet limitace se používá vzorec dle aktuálního znění úhradových vyhlášek:

Hodnota úhrady je limitována takto:

$$\text{POPzpo} * \text{PUROo} * I \quad (6)$$

kde:

*„POPzpo je počet unikátních pojištěnců v hodnoceném období (...),*

*PUROo je průměrná úhrada za výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného poskytovatelem v referenčním období (...).“ (Sbírka zákonů č. 348/2016, s. 5122)*

I je index pevně stanovený v úhradové vyhlášce, konkrétně v příloze č. 4. Tento tzv. index navýšení vyjadřuje o kolik víc péče může poskytovatel vykonat na jednoho pacienta, aby tento výkon dostal plně zaplacený.

V následující tabulce č. 2 budeme sledovat vývoj hodnoty bodu a indexu ve výše zmíněném vzorci v letech 2013 až 2017:

Tabulka č. 2: Hodnota bodu a indexu dle úhradových vyhlášek 2013-2017

<b>Rok</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Hodnota bodu</b>	1,06	1,06	1,07	1,08	1,08
<b>Index</b>	0,98	0,98	1,00	1,03	1,035

Zdroj: vlastní zpracování dle úhradových vyhlášek (2013-2017), 2018

Z tabulky č. 2 vyplývá, že jak hodnota bodu, tak indexace mírně rostly v období 2013-2017. Tato tabulka nemusí nutně odrážet růst nákladů v segmentu, jelikož VZP ČR uzavírá s poskytovateli zdravotnických služeb úhradový dodatek, který upravuje uvedený vzorec (6) o tzv. Inu, což je index nárůstu úhrad.

Tabulka č. 3: Hodnota Inu dle úhradových dodatků 2013-2017

<b>Rok</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Inu</b>	1,06	1,06	1,07	1,07	1,07

Zdroj: vlastní zpracování dle dodatků ke smlouvě o poskytování a úhradě hrazených služeb (2013-2017), 2018

Z výše uvedené tabulky č. 3 vyplývá vzrůstající tendence u indexu nárůstu úhrad v letech 2013 až 2017. Úhradový dodatek byl s poskytovateli v segmentu gynekologie uzavřen ve všech sledovaných letech.

Celková výše úhrady pro poskytovatele zdravotní péče v oboru gynekologie může být dále navýšena, pokud poskytovatel splní v průběhu celého hodnoceného období (jeden rok) podmínky uvedené v dodatku ke smlouvě. V rámci indexu bonifikace dostupnosti hrazených služeb a indexu certifikace může být index Inu při splnění podmínek navýšen:

- v roce 2013 o 0,02 pokud je počet ordinačních hodin v rozsahu nejméně 30 hodin týdně a současně platí rozložení ordinační doby do 5 pracovních dnů v týdnu, přičemž alespoň 1 den v týdnu má lékař ordinační hodiny do 18 hodin; o 0,02 při doložení certifikátu ISO 9001.
- v roce 2014 o 0,02 pokud je počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 30 hodin týdně a současně platí rozložení ordinační doby do 5 pracovních dnů v týdnu, přičemž alespoň 1 den v týdnu má lékař ordinační hodiny do 18 hodin, nebo o 0,03 pokud je počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 30 hodin týdně a současně platí rozložení ordinační doby do 5 pracovních dnů, přičemž alespoň 1 den v týdnu má lékař prodlouženou ordinační dobu do 18 hodin a alespoň 1 den začíná ordinační doba v 7 hodin; o 0,02 při doložení certifikátu ISO 9001.
- v letech 2015-2017 o 0,02 pokud je počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 24 hodin týdně a současně rozložení ordinační doby alespoň do 4 pracovních dnů v týdnu, přičemž alespoň 1 den v týdnu má lékař ordinační hodiny do 18 hodin, nebo o 0,03 pokud je počet ordinačních hodin nejméně v rozsahu 24 hodin týdně a současně platí rozložení ordinační doby alespoň do 4 pracovních dnů v týdnu, přičemž alespoň 1 den v týdnu má lékař ordinační hodiny do 18 hodin a alespoň 1 den je začátek ordinační doby od 7 hodin; o 0,02 při doložení certifikátu ISO 9001.

V rámci dodatků může být poskytovatelům navýšen index Inu až o 0,05 na 1,12 v roce 2015 až 2017. Zároveň je patrný tlak odborné lékařské veřejnosti na snižování rozložení ordinačních dnů z 5 (v letech 2013, 2014) na alespoň 4 pracovní dny (v letech 2015, 2016 a 2017). Od roku 2014 je do úhradových dodatků zapracován nárůst hodnoty Inu díky začátku ordinační doby od 7 hodin ráno, což je pozitivně vnímáno pacienty.

Od roku 2015 je dále do úhradových dodatků přidán odstavec ohledně navýšení hodnoty bodu, viz tabulka č. 2 o 0,01 Kč, pokud jsou lékaři držiteli platného diplomu o celoživotním vzdělávání a při výpočtu celkové úhrady je index nárůstu úhrad, tzv. Inu (tabulka č. 3) ve výši 1,08 v letech 2015 až 2017.

Při úhradě nákladů poskytovatelům zdravotní péče v segmentu gynekologie je nutné vzít hodnotu dokladů, kterou poskytovatelé předkládají každý měsíc VZP ČR a následně tuto hodnotu srovnat s výše popsanou limitací na daný rok. Limitace je závazná a není možné uhradit za danou péči částku vyšší, než udává limitace.

Celkové plánované náklady na dané segmenty jsou dány ze zdravotně pojistného plánu. Každá regionální pobočka obdrží určitý rozpočet na dané segmenty, který by v celkovém objemu neměla překročit. Plán nákladů a jeho plnění v segmentu gynekologie v rámci regionální pobočky Plzeň zobrazuje následující tabulka.

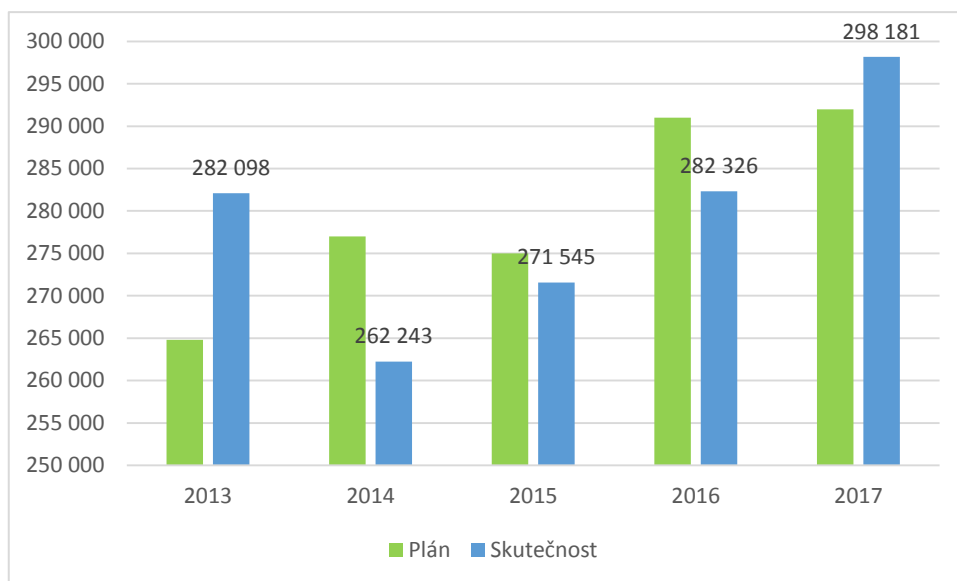
Tabulka č. 4: Náklady v odbornosti 603 a 604 v letech 2013-2017, v tis. Kč

<b>Rok</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Plánované náklady</b>	264 800	277 000	275 000	291 000	292 000
<b>Skutečné náklady</b>	282 098	262 243	271 545	282 326	298 181

Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

Plánované náklady byly překročeny v roce 2013 a v roce 2017, a to nejvýrazněji v roce 2013, o částku 17 298 000 Kč. Takto výrazné překročení plánu zřejmě způsobila organizační změna a sloučení poboček. Dříve měl každý kraj svou pobočku, od roku 2012 došlo ke sloučení kraje Karlovarského, Plzeňského a Jihočeského a vznikla regionální pobočka Plzeň. Dalším důvodem může být také velmi striktní vyhláška, která upravovala index navýšení pouze na 0,98.

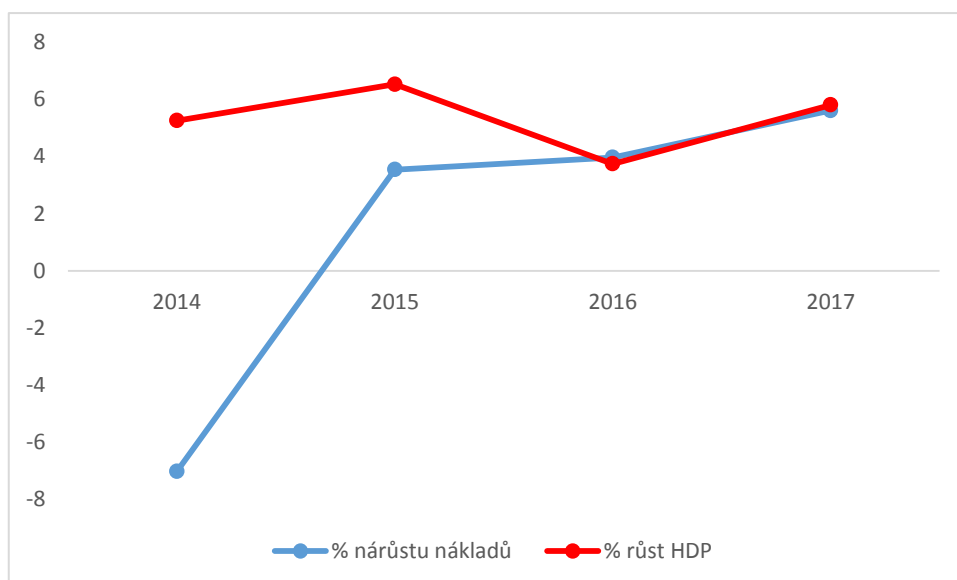
Obrázek č. 7: Plánované a skutečné náklady v segmentu gynekologie



Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

Z obrázku č. 7 vyplývá, že kromě roku 2013, kdy došlo v rámci sledovaného období k anomálii, skutečné náklady kontinuálně rostou, což je v souladu s vývojem HDP v České republice v tomto období. V následujícím obrázku č. 8 porovnáme tempo růstu HDP s tempem růstu celkových nákladů v segmentu gynekologie.

Obrázek č. 8: Porovnání růstu nákladů na gynekologii a HDP



Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR a údajů ČSÚ, 2018



Pouze v roce 2014 došlo k neobvyklému vývoji, kdy HDP rostlo vysokým tempem a naproti tomu růst nákladů na gynekologii byl záporný. V období od roku 2015, zejména v roce 2016 až 2017 je vidět, že tempo růstu nákladů na gynekologii kopíruje tempo růstu celkového HDP.

Jak analýza úhradových vyhlášek a úhradových dodatků, tak analýza agregátních ukazatelů segmentu ukazují, že růst HDP přímo ovlivňuje růst nákladů v oblasti gynekologie. Hodnoty nárůstu těchto nákladů mají tendenci kopírovat hodnoty růstu HDP, mimo jiné kvůli tomu, že úhradové vyhlášky se vytváří na základě makroekonomických predikcí na další rok.

## **5.2 Segment všeobecného praktického lékařství**

Praktičtí lékaři se v České republice rozdělují do dvou oborů, tj. obor všeobecné praktické lékařství (odbornost 001) a obor všeobecné praktické lékařství pro děti a dorost (odbornost 002). V této práci nebudou tyto odbornosti rozlišovány. Praktičtí lékaři se zabývají primární péčí o pacienty a léčí akutní a chronická onemocnění, zároveň poskytují preventivní péči. Každý občan České republiky by měl mít svého praktického lékaře, ideálně v blízkosti svého bydliště, případně pracoviště.

V roce 2018 bylo uzavřeno memorandum o vzájemné spolupráci na reformě primární péče. Toto memorandum podepsal ministr zdravotnictví a představitelé praktických lékařů a odborné společnosti. V rámci tohoto memoranda by měla být posílena role praktického lékaře v systému českého zdravotnictví a rozšířeny jejich kompetence, dále také aktivní zapojení lékařů v oblasti prevence a včasného zachytu onemocnění. Mimo jiné bude podpořeno udržení a zřizování praxí praktických lékařů ve venkovských oblastech. Cílem je větší a rovnoměrná dostupnost v rámci regionů. V memorandu se strany zároveň zavázaly ke snížení administrativního zatížení a rozvoji elektronizace českého zdravotnictví.

V rámci českého zdravotnictví je segment praktických lékařů jediný, který získává na základě úhradové vyhlášky kapitační platby. Tato kapitační platba je vyplacena praktickému lékaři za každého registrovaného pacienta. V kapitační platbě je zahrnuta řada výkonů, které lékaři následně nevykazují pojišťovně k úhradě. Výkony zahrnuté do kapitační platby jsou vyjmenovány v úhradové vyhlášce, patří sem např. cílené a kontrolní vyšetření, injekce, ošetření a převaz menší rány nebo bércového vředu,

vyjmutí cizího tělesa z nosu nebo ze zvukovodu, konzultace s rodinnými příslušníky pacienta a také administrativní výkony apod.

Praktičtí lékaři jsou odměňováni kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou a vykazují pojišťovně pouze ty zdravotní výkony, které nejsou zahrnuté do kapitační platby. V případě, že lékař ošetří pacienta, který u něj není zaregistrovaný, vykazuje VZP ČR i ty výkony, které jsou do kapitační platby běžně zahrnuty. Tyto výkony jsou následně ohodnoceny bodovými hodnotami, oceněny příslušnou hodnotou bodu a uhrazeny mimo kapitační platbu.

Analýze úhradových vyhlášek v letech 2013 až 2017, zejména výší kapitačních plateb v jednotlivých letech, se věnuje následující text. Výše kapitační platby se vypočítá podle počtu přepočtených pojištěnců zdravotní pojišťovny násobeného základní kapitační sazbou, která je stanovena na jednoho registrovaného pojištěnce příslušené zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc.

Základní výše kapitační platby následně závisí na splnění určitých kritérií, které stanovuje úhradová vyhláška.

- kritérium č. 1: lékaři v odbornosti 001 a 002 poskytují své služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů v týdnu, kdy alespoň 1 den v týdnu jsou ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a zároveň lékař umožňuje svým pacientům objednat se 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.
- kritérium č. 2: lékaři v odbornosti 001 poskytují své služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů v týdnu, kdy alespoň 1 den v týdnu jsou ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin.
- kritérium č. 3: výše kapitační platby je pro lékaře v odbornosti 001, kteří nesplňují kritérium č. 1 a 2.
- kritérium č. 4: výše kapitační platby je pro lékaře v odbornosti 002, kteří nesplňují kritérium č. 1.

Tabulka č. 5: Výše základní kapitační platby dle úhradových vyhlášek 2013-2017, v Kč

<b>Rok</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Kritérium č. 1</b>	50	50	52	52	54
<b>Kritérium č. 2</b>	49	49	49	49	50
<b>Kritérium č. 3</b>	47	47	47	47	48
<b>Kritérium č. 4</b>	49	49	49	49	50

Zdroj: vlastní zpracování dle úhradových vyhlášek (2013-2017), 2018

Z výše uvedené tabulky č. 5 vyplývá, že zvyšující se základní kapitační platba platí zejména pro lékaře v odbornosti 001 a 002, kteří poskytují pro své pacienty služby v rámci kritéria č. 1. Toto kritérium je nejvíce zaměřené na dostupnost služeb pro pacienty. V roce 2017 došlo ke zvýšení základní kapitační platby ve všech zmíněných kritériích, avšak stále zůstává nejvyšší kapitační platba při splnění kritéria č. 1.

V rámci základní kapitační platby je důležité rozlišovat věkové skupiny pacientů, kterým odpovídají příslušné nákladové indexy. Tyto indexy vyjadřují poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve věkové skupině 15 až 19 let (index 1,00).

Tabulka č. 6: Věkové skupiny a indexy v letech 2013-2017

<b>Rok</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>0 – 4 roky</b>	3,91	3,91	3,91	3,97	3,97
<b>5 – 9 let</b>	1,70	1,70	1,70	1,80	1,80
<b>10 – 14 let</b>	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35
<b>15 – 19 let</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>20 – 24 let</b>	0,90	0,90	0,90	0,90	0,90
<b>25 – 29 let</b>	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
<b>30 – 34 let</b>	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>35 – 39 let</b>	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05
<b>40 – 44 let</b>	1,05	1,05	1,05	1,05	1,05
<b>45 – 49 let</b>	1,10	1,10	1,10	1,10	1,10
<b>50 – 54 let</b>	1,35	1,35	1,35	1,35	1,35
<b>55 – 59 let</b>	1,45	1,45	1,45	1,45	1,45
<b>60 – 64 let</b>	1,50	1,50	1,50	1,50	1,50
<b>65 – 69 let</b>	1,70	1,70	1,70	1,70	1,70
<b>70 – 74 let</b>	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
<b>75 – 79 let</b>	2,40	2,40	2,40	2,40	2,40
<b>80 – 84 let</b>	2,90	2,90	2,90	2,90	2,90
<b>85 a více let</b>	3,40	3,40	3,40	3,40	3,40

Zdroj: vlastní zpracování dle úhradových vyhlášek (2013-2017), 2018

Výše uvedené indexy se změnilly v rámci sledovaných let pouze u věkové skupiny 0-9 let. Zvýšená indexace je tedy pouze u praktických lékařů pro děti a dorost. Dále je z uvedené tabulky patrné, že nejnižší index je u studentů a ekonomicky aktivních lidí, resp. u osob do 49 let.

Za výkony, které nejsou zahrnuté do kapitační platby, nebo za výkony za neregistrované pojišťovny dané zdravotní pojišťovny, případně za zahraniční pojišťovny získává lékař platby za výkony podle hodnoty bodu. Hodnota bodu je ve všech sledovaných letech ve výši 1,08 Kč.

Od roku 2016 může dle úhradové vyhlášky získat lékař, který zajišťuje lékařskou pohotovostní službu a odslouží alespoň 10 služeb v rámci lékařské pohotovosti úhradu, která se vypočte jako:

$$K * 35\,000 \text{ Kč} \quad (7)$$

kde:

K značí koeficient poměru počtu pojištěnců dané pojišťovny, v našem případě VZP ČR v daném kraji, kde je poskytována lékařská pohotovostní služba.

V rámci této úhrady se snaží ministerstvo zdravotnictví motivovat lékaře k poskytování lékařské pohotovosti. VZP ČR má ve všech krajích České republiky, kromě Moravskoslezského kraje, nejvyšší koeficient K. Tato skutečnost je dána tím, že ve většině krajů připadne největší podíl pojištěnců právě VZP ČR.

Tabulka č. 7: Koeficient K v letech 2016-2017

Rok	2016	2017
<b>Jihočeský kraj</b>	0,656	0,6
<b>Karlovarský kraj</b>	0,571	0,7
<b>Plzeňský kraj</b>	0,610	0,6

Zdroj: vlastní zpracování dle úhradových vyhlášek (2016-2017), 2018

V roce 2016 byl koeficient K nejvyšší v Jihočeském kraji, v roce 2017 v Karlovarském kraji. Počet pojištěnců u VZP ČR každoročně kolísá v závislosti na tom, zda pojištěnci přešli k jiné zdravotní pojišťovně anebo naopak k VZP ČR. Největší nárůst pojištěnců VZP ČR je patrný v Karlovarském kraji, tj. o 13 %. V České republice je dlouhodobě největší počet pojištěnců u VZP ČR, k 31. 12. 2017 bylo registrováno celkem 5 926 519 pojištěnců.

Praktičtí lékaři dále uzavírají s VZP ČR tzv. úhradové dodatky, kde je mimo jiné uvedené zvýšení kapitační platby a hodnoty bodu za splnění konkrétních podmínek.

Pokud lékař doloží platný diplom o celoživotním vzdělávání zvyšuje se kapitační platba o 0,50 Kč a hodnota bodu o 0,01 Kč. Zvýšení hodnoty kapitační platby a hodnoty bodu je možné v rámci dodatků za rok 2015 – 2017.

Dále se poskytovateli zdravotních služeb může zvýšit kapitační platba o 1 Kč, pokud získá akreditaci k uskutečňování vzdělávacího programu v oboru praktický lékař pro dospělé. Zároveň pokud bude lékař na svém pracovišti školit lékaře v rámci vzdělávacího programu pro obor praktický lékař pro dospělé bude kapitační platba navýšena o další 3 Kč. Těmito kroky se VZP ČR snaží motivovat lékaře k tomu, aby přijímali do praxe mladé lékaře, kteří v budoucnu budou vykonávat svoji vlastní praxi a zároveň aby se praktičtí lékaři neustále vzdělávali. Zvýšení kapitační platby v rámci akreditačního programu či školení mladých lékařů je ve všech úhradových dodatcích ve sledovaných letech.

Všichni praktičtí lékaři se mohou od roku 2010 zapojit do programu kvality péče AKORD. V rámci tohoto programu VZP ČR nabízí navýšení kapitační platby a tzv. bonifikaci. Bonifikaci může lékař získat za splnění stanovených kvalitativních kritérií, které vyplývají ze smlouvy. Mezi kritéria programu patří např. elektronická komunikace s VZP ČR, předávání dávek výkonů a faktur za poskytnuté služby prostřednictvím portálu VZP ČR, zajišťovat objednání pacientů na dohodnutou dobu, ordinace musí být viditelně označena logem programu kvality péče AKORD apod. Bonifikace se lékařům vyplácí čtyřikrát ročně a dosahuje určité procentuální částky roční základní kapitační platby zdravotnického zařízení.

Lékařům zahrnutým do programu AKORD se zároveň navyšuje základní kapitační platba, pokud splní podmínky uvedené v programu, a to o 4 Kč v letech 2013–2015, v roce 2016 o 3 Kč. V roce 2017 je navýšení rozdělené takto: o 4 Kč, pokud lékař ordinuje alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, kdy alespoň 1 den v týdnu má ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňuje svým pacientům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou dobu, nebo o 3 Kč, pokud lékař splňuje všechny podmínky v programu AKORD kromě podmínky dostupnosti.

V roce 2017 dále dochází k navýšení kapitační platby v rámci programu AKORD pokud lékař vede zdravotnickou dokumentaci v elektronické podobě se zaručeným ekonomickým podpisem o 1 Kč a pokud lékař vede objednávkový systém, který

využívá v případě zájmu pacientů a čekací doba nepřesahuje obvykle 15 minut, kapitační platba se navyšuje o 1 Kč.

Náklady v segmentu praktického lékařství vyplývají ze zdravotně pojistného plánu. Při plánování nákladů se musí vzít v úvahu úhradová vyhláška a uzavřené úhradové dodatky. Tzv. dohodovací řízení mezi VZP ČR a zástupci jednotlivých segmentů zdravotnických služeb probíhají vždy v průběhu předchozího roku.

Např. v roce 2018 došlo vůbec poprvé k tomu, že se VZP ČR dohodla se všemi segmenty a tyto dohody byly uzavřeny do srpna 2018. Díky této skutečnosti se jednodušeji plánují jednotlivé položky výdajové části zdravotně pojistného plánu. V segmentu praktického lékařství plánuje VZP ČR na rok 2019 další podporu růstu kvality zdravotní péče pro své klienty. Aby byl tento cíl splněn, připravuje pro lékaře motivační benefity za zvýšení časové dostupnosti, za provedené preventivní vyšetření apod. V úhradové vyhlášce na rok 2019 je mimo jiné zakomponována dohoda mezi pojišťovnami a praktickými lékaři, která spočívá v tom, že budou lépe odměňováni ti poskytovatelé, kteří budou mít delší ordinační dobu. Tímto kritériem se zvýší dostupnost pro pacienty.

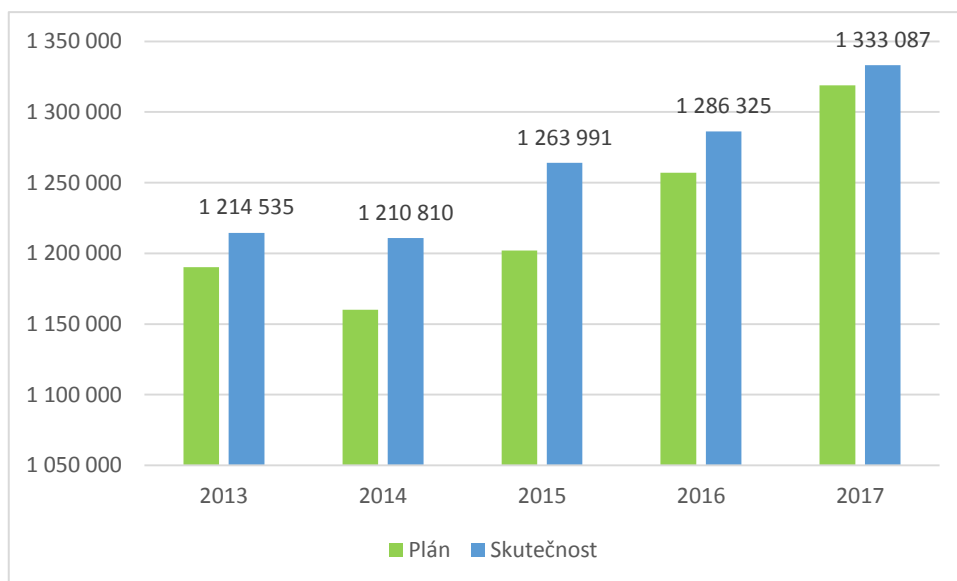
Tabulka č. 8: Náklady v odbornosti 001 a 002 v letech 2013-2017, v tis. Kč

<b>Rok</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Plánované náklady</b>	1 190 300	1 160 000	1 202 000	1 257 000	1 319 000
<b>Skutečné náklady</b>	1 214 535	1 210 810	1 263 991	1 286 325	1 333 087

Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

Plánované náklady byly překročeny ve všech sledovaných letech. Největší překročení plánu bylo v roce 2015, tj. o 61 991 000 Kč. V tomto roce se zvýšila základní kapitační platba z 50 Kč na 52 Kč.

Obrázek č. 9: Plánované a skutečné náklady v segmentu praktických lékařů

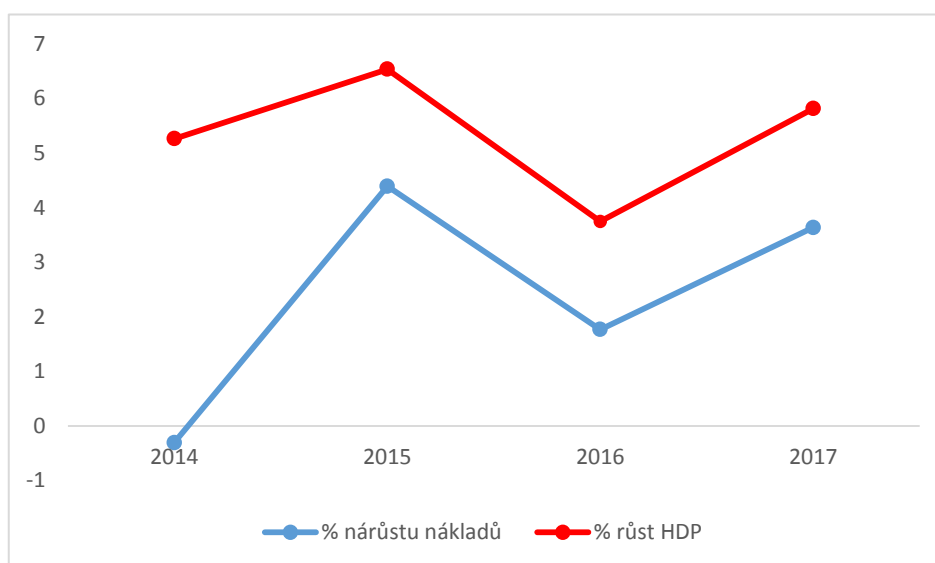


Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

Na výše uvedeném obrázku č. 9 lze pozorovat, že ve sledovaných letech došlo vždy k překročení plánovaných nákladů. Pravděpodobná příčina je v tom, že většina praktických lékařů shledává značné výhody v programu AKORD. Dochází k zapojování dalších lékařů, kteří čerpají výhody v rámci zvýšených kapitačních plateb a bonifikací.

V následujícím obrázku č. 10 je porovnán procentuální růst nákladů na segment praktických lékařů s růstem HDP.

Obrázek č. 10: Porovnání růstu nákladů na praktické lékaře a HDP



Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR a údajů ČSÚ, 2018



Z výše uvedeného obrázku č. 10 je patrné, že procentní tempo růstu nákladů na segment praktického lékařství je v průměru o necelá tři procenta nižší, avšak kopíruje trend růstu HDP. Z obrázku lze usuzovat, že lidé v době ekonomického růstu vyžívají více služeb praktických lékařů, ale náklady nerostou stejně vysokým tempem. Pravděpodobná příčina toho, že tempo růstu nákladů je nižší než tempo růstu HDP, může spočívat v tom, že kapitální platby zůstávají ve všech sledovaných letech téměř nezměněné, viz tabulka č. 5. Mírný nárůst výše kapitálních plateb neodpovídá růstu české ekonomiky. Z tohoto důvodu je zároveň nižší úhrada v daném segmentu.

### **5.3 Segment zubního lékařství**

Stomatologie neboli zubní lékařství je obor, který se zaměřuje na péči o lidský chrup. Kromě péče o zuby se jedná i o péči o podpůrné tkáně, jako jsou alveolární kosti, závěsný aparát a dásně. Tento segment má jako jediný v rámci všech segmentů uvedené úhrady za jednotlivé výkony v korunách, nikoliv v bodech. V tomto segmentu bude detailněji analyzována odbornost 014 – praktické zubní lékařství a 015 – čelistní ortopedie.

Výkony, které jsou plně hrazeny zdravotní pojišťovnou, jsou uvedeny v úhradové vyhlášce pro příslušné období. Mezi tyto výkony patří např. komplexní vyšetření pacienta při registraci u stomatologa, každoroční preventivní prohlídky, které jsou včetně profylaktického odstranění zubního kamene a kontroly zubní hygieny, běžná péče a ošetření, jako je extrakce zubů, injekční lokální anestezie, rentgenové vyšetření apod. Některé z výše uvedených výkonů jsou však hrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění pouze v případech, kdy rozhodne lékař, např. injekční lokální anestezie je pojišťovnou plně hrazena pouze v případě, kdy je z lékařského hlediska odůvodněná. Pokud pacient vyžaduje anestezii při běžném vrtání zubů, hradí si tento výkon sám. Ostatní výkony, které nejsou uvedeny v úhradové vyhlášce a hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, si pacient musí uhradit sám. Právě z tohoto důvodu je v daném segmentu největší podíl přímých plateb od pacientů.

V rámci této práce budou srovnány platby za některé výkony, které VZP ČR hradila v letech 2013-2017. Konkrétně se bude jednat o:

- komplexní vyšetření zubním lékařem při registraci pojištěnce,

- opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka,
- zhotovení intraorálního rentgenového snímku,
- ošetření zubního kazu – stálý zub.

Tabulka č. 9: Platby za vybrané výkony v letech 2013-2017, v Kč

<b>Rok</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>Vyšetření při registraci</b>	398	398	398	428	458
<b>Preventivní prohlídka</b>	368	368	410	410	450
<b>Intraorální rentgen</b>	70	70	70	70	70
<b>Ošetření kazu</b>	220	220	242	270	270

Zdroj: vlastní zpracování dle úhradových vyhlášek (2013–2017), 2018

Z výše uvedené tabulky č. 9 je patrný nejvyšší nárůst u výkonu opakované komplexní vyšetření a ošetření registrovaného pojištěnce – preventivní prohlídka. Cena za tento výkon vzrostla od roku 2013 do roku 2017 nejvíc, tj. o 82 Kč. Cena za zhotovení intraorálního rentgenového snímku zůstává ve všech sledovaných letech stejná, ve výši 70 Kč za výkon. Ke zvyšování úhrady za jednotlivé výkony dochází od roku 2015.

V daném segmentu jsou rovněž s poskytovateli zdravotnických služeb uzavírány úhradové dodatky. Úhradové dodatky byly uzavřeny ve všech sledovaných letech.

Ceny za výkony jsou v úhradových dodatcích ve všech letech totožné s úhradovou vyhláškou. Pouze v roce 2014 je rozdíl u výkonu č. 00921 – Ošetření zubního kazu – stálý zub, kdy dle úhradové vyhlášky získá lékař za tento výkon 220 Kč a dle uzavřeného úhradového dodatku, VZP ČR zaplatí poskytovateli zdravotních služeb 242 Kč. Cena 242 Kč za tento výkon se následně promítla do úhradové vyhlášky v roce 2015, viz tabulka č. 9.

V roce 2018 byla v rámci dohodovacího řízení mezi zdravotními pojišťovnami a segmentem stomatologů shoda, která se dostala do úhradové vyhlášky na rok 2019. Vyjednávání bylo postaveno na rovném přístupu ke všem segmentům zdravotní péče a na spravedlivém navýšení úhrad po odečtení tzv. mandatorních výdajů, které jsou vynuceny evropskou legislativou. Mezi tyto výdaje patří např. amalgámové výplně.

V rámci všech segmentů dojde v roce 2019 průměrně k 5% meziročnímu nárůstu úhrady oproti roku 2018.

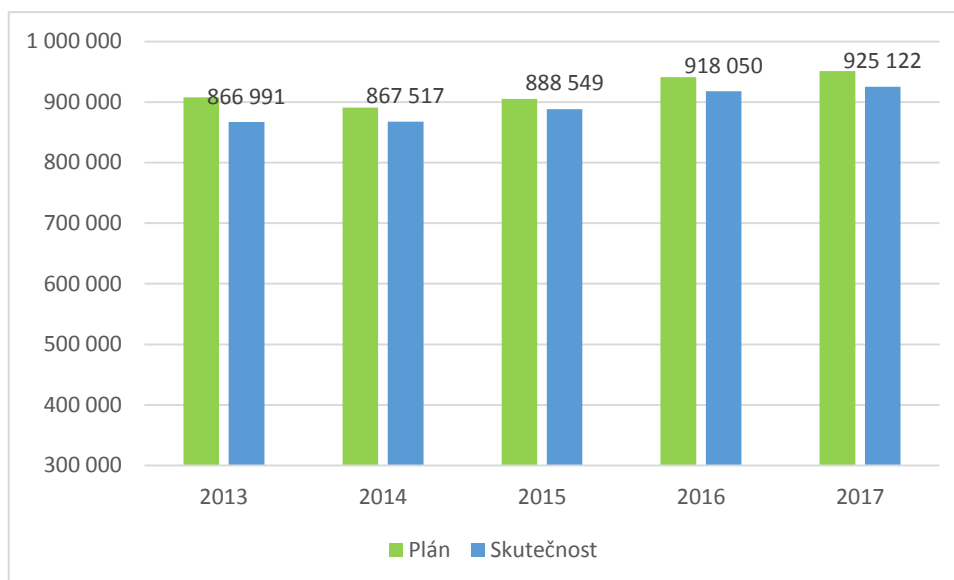
Tabulka č. 10: Náklady na segment zubního lékařství v letech 2013-2017, v tis. Kč

Rok	2013	2014	2015	2016	2017
<b>Plánované náklady</b>	908 000	891 000	905 000	941 000	951 000
<b>Skutečné náklady</b>	866 991	867 517	888 549	918 050	925 122

Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

Plánované náklady na segment, který se věnuje péči o lidský chrup, nebyly ve sledovaném období překročeny. Jako jeden z důvodů nepřekročení nákladů může být také to, že pacienti si často vybírají nadstandartní péči, kterou si musí sami hradit. Informace o částce za zdravotní péči, kterou pacienti přímo hradí poskytovateli zdravotních služeb není pro VZP ČR dostupná.

Obrázek č. 11: Plánované a skutečné náklady v segmentu zubního lékařství

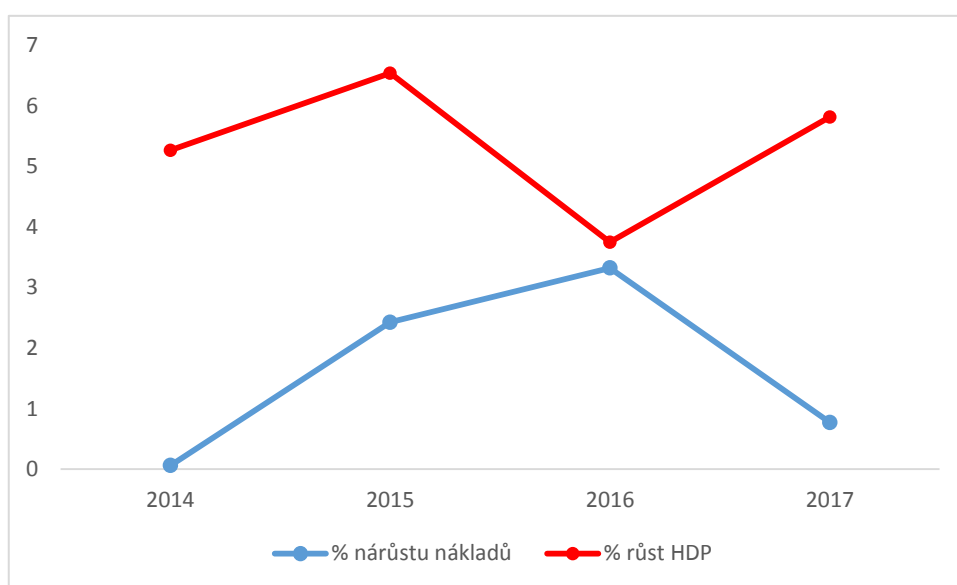


Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

Tím, že v rámci tohoto segmentu nejsou plánované náklady vyčerpány, dochází k převodu finančních prostředků do dalších segmentů tak, aby byla část zdravotně pojistného plánu vyrovnána a aby byly efektivně vyčerpány prostředky na zdravotní péči. Největší rozdíl oproti plánu byl v roce 2013, kdy se z daného rozpočtu nevyčerpalo celkem 41 009 000 Kč.

V následujícím obrázku č. 12 je opět porovnán procentní růst nákladů na segment zubního lékařství s růstem HDP. Vzhledem ke skutečnosti, že v tomto segmentu dochází k nejvyšší míře spoluúčasti pacientů na úhradě nákladů, je zcela logické, že na rozdíl od předchozích grafů nemusí být patrná přímá korelace mezi růstem HDP a růstem nákladů na segment stomatology. Segment zubního lékařství sice vykazuje mírný růst výše nákladů, a to především v letech 2014 až 2016, avšak tento růst je zřetelně nižší než růst HDP. V letech 2014 a 2017 pak téměř k žádnému růstu nákladů na stomatologii nedocházelo.

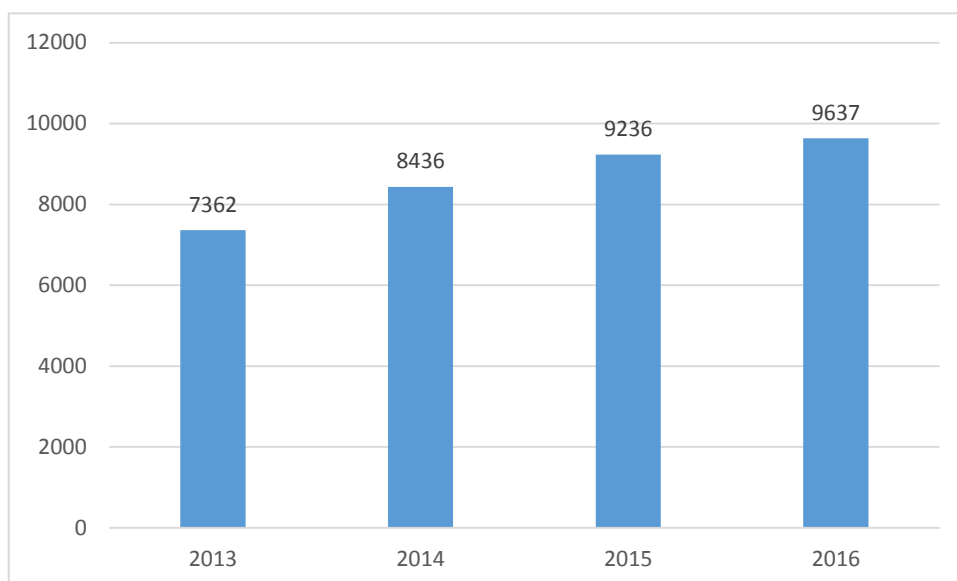
Obrázek č. 12: Porovnání růstu nákladů na stomatology a HDP



Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR a údajů ČSÚ, 2018

Pro účely porovnání s růstem HDP bude mít mnohem vyšší vypovídající hodnotu porovnání s růstem nákladů vydaných na zubní ambulantní péči nikoli ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, ale ze zdrojů domácností. V případě domácností pak na rozdíl od zdrojů veřejného pojištění, kdy mluvíme o nákladech, hovoříme spíše o výdajích. V následujícím obrázku č. 13 jsou, z dostupných dat ČSÚ, zobrazeny celkové výdaje domácností na ambulantní stomatologickou péči.

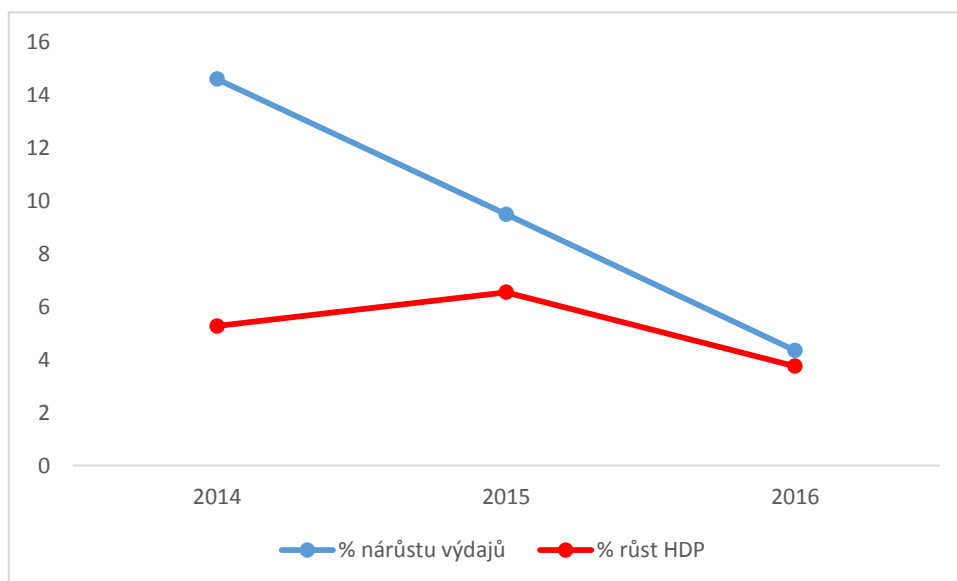
Obrázek č. 13: Výdaje domácností na ambulantní stomatologickou péči v letech 2013-2016, v mil. Kč



Zdroj: vlastní zpracování dle ČSÚ, 2018

Je patrné, že objem prostředků vydaných domácnostmi na tento segment meziročně velmi výrazně roste, a to v řádu stamilionů až miliard Kč. Vzhledem k tomu, že data za rok 2017 stále nejsou dostupná, je v obrázku č. 14 porovnán alespoň procentní nárůst výdajů domácností na stomatologii s růstem HDP v letech 2014-2016.

Obrázek č. 14: Porovnání růstu výdajů domácností na stomatologickou péči a HDP



Zdroj: vlastní zpracování podle interních údajů VZP ČR a údajů ČSÚ, 2018

Procentní růst výdajů domácností na stomatologii ve všech třech sledovaných letech převyšoval procentní růst HDP. V roce 2014 pak došlo k velmi výraznému převýšení, kdy meziroční nárůst výdajů domácností činil více než 14,5 %. V roce 2015 byl tento růst více než 9,4 % a v roce 2016 došlo k nárůstu výdajů o více než 3,7 %. V posledním sledovaném roce procentní nárůst nákladů domácností prakticky kopíruje růst HDP, avšak i nadále dochází k mírnému převýšení.

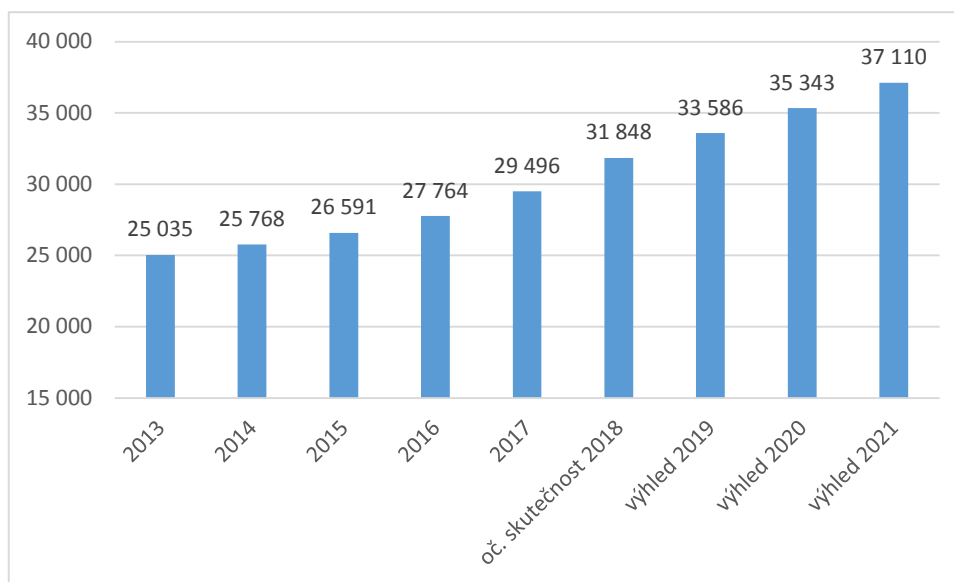
Z výše uvedeného obrázku č. 14 lze usuzovat, že lidé jsou ochotní při růstu životní úrovně utrácet výrazně více za stomatologickou péči. Jak se zdá, i menší nárůst HDP může způsobit velmi vysoký nárůst výdajů domácností na zubní péči. Lidé jsou jednoduše ochotní velkou část prostředků, které získají navíc, utratit za lepší zuby.

## 6 Predikce vybraných ekonomických aspektů zdravotnictví na další období

Mírný ekonomický růst se očekává i v dalších obdobích. Přesto se již dnes mluví o událostech, které mohou nepříznivě ovlivnit ekonomickou situaci a zapříčinit další ekonomickou krizi. Mezi takové události můžeme řadit např. obchodní válku mezi USA a Čínou. Velké množství zemí je závislé na exportu a v situaci, kdy budou zavedeny cla, může dojít ke zvýšení nezaměstnanosti, tlaku na státní a další rozpočty a mimo jiné také k sociálním nepokojům.

Nyní se však ekonomice daří a tento stav mimo jiné zajišťuje vyšší odvody do systému veřejného zdravotního pojištění. Tato skutečnost se odráží i na zvyšujících se nárocích poskytovatelů zdravotních služeb, kteří chtějí v době růstu ekonomiky za své výkony více finančních prostředků. Z tohoto důvodu do budoucna očekáváme růst nákladů na zdravotní služby. Zároveň je u některých výkonů důležitá spoluúčast pacientů, kteří v důsledku zvyšujících se mezd nemají problém s tím podílet se na platbě za některé výkony, např. u stomatologa či nadstandardní služby v nemocnicích apod.

Obrázek č. 15: Vývoj a predikce průměrné hrubé mzdy v letech 2013-2021



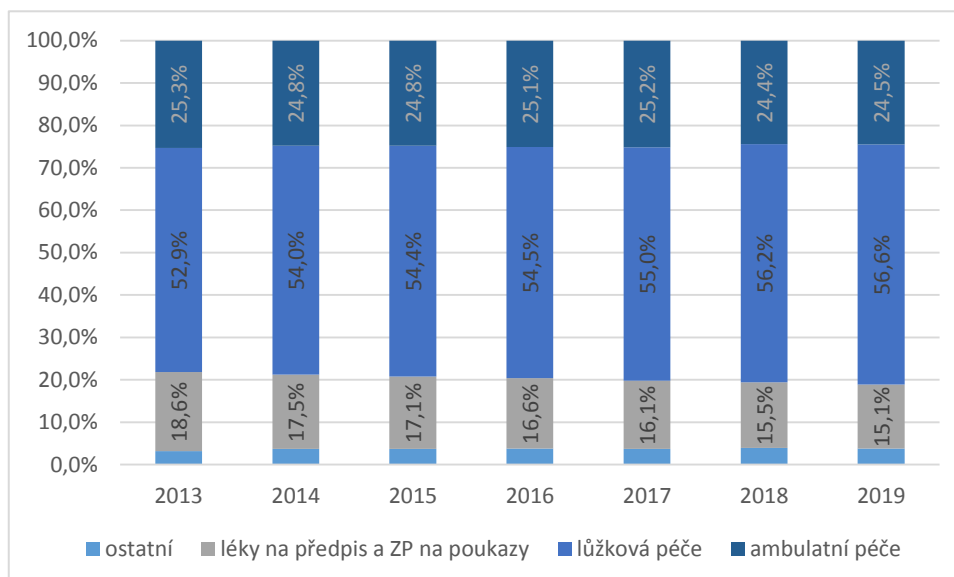
Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

V případě, kdy roste hrubá mzda, rostou i odvody na zdravotní pojištění. Zdravotní pojišťovny tedy disponují větším množstvím finančních prostředků, které se následně snaží efektivně vynaložit na úhradu zdravotních služeb. Zvyšující se průměrná hrubá

mzda vytváří tlak na zvyšování minimální mzdy, která je vyměřovacím základem pro osoby bez zdanitelných příjmů. V roce 2017 byla minimální mzda 11 000 Kč a pojistné činilo 1 485 Kč. V roce 2018 je minimální mzda zvýšena na 12 200 Kč, kdy osoby bez zdanitelných příjmů hradí pojistné ve výši 1 647 Kč. Tento trend ve zvyšování minimální mzdy se očekává i do budoucna.

VZP ČR očekává nárůst nákladů na zdravotní služby u všech segmentů. V roce 2018 se bude jednat o nárůst o 5,9 %, tj. o 9,0 mld. Kč. V roce 2019 bude tento meziroční nárůst historicky nejvyšší, tj. o 8,7 %, kdy plánované náklady na zdravotní služby budou v celkové výši 186,1 mld. Kč. Největší část těchto finančních prostředků bude již klasicky určena pro lůžkové poskytovatele zdravotních služeb.

Obrázek č. 16: Podíl nákladů na zdravotní služby v letech 2013-2019



Zdroj: vlastní zpracování dle interních údajů VZP ČR, 2018

Pro konkrétní představu – v roce 2019 bude vynaloženo na zdravotní péči v České republice z rozpočtu VZP ČR v průměru 510 mil. Kč za den v rámci všech segmentů. Kdyby však došlo k výpadku příjmů do systému zdravotního pojištění, finanční rezervy by stačily v roce 2018 i 2019 pouze na 23 dní.

V rámci třech segmentů zdravotní péče, které byly analyzovány v této práci, lze očekávat výrazný meziroční nárůst nákladů v roce 2019 zejména u stomatologické péče. V návaznosti na Nařízení Evropského parlamentu č. 2017/852 ze dne 17. května 2017 o rtuti a zrušení nařízení Evropského parlamentu č. 1102/2008 lze používat zubní amalgám jen v kapslové formě, což zvýší náklady v rámci tohoto segmentu ve VZP ČR



zhruba o 900 mil. Kč. Zubní lékaři tedy nebudou moci používat volné balení rtuti a VZP ČR zvýší úhradu o 83 % z 270 Kč na 495 Kč za výkon 00921 ošetření zubního kazu – stálý zub.

V segmentu všeobecné praktické lékařství bude i nadále přetrvávat trend zvýhodňování nejdostupnějších poskytovatelů zdravotní péče, tj. poskytovatelé, kteří poskytují své služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozdělených do 5 pracovních dnů v týdnu, kdy alespoň 1 den v týdnu jsou ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a lékař zároveň umožňuje svým pacientům objednat se 2 dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu. Zároveň bude navýšen nákladový index pro výpočet přepočtených pojištěnců ve věkových skupinách 0-4 roky a 10-14 let, jelikož je s touto věkovou skupinou pacientů nejnáročnější práce. Toto navýšení se týká praktických lékařů pro děti a dorost.

V segmentu gynekologie se nepředpokládá žádné výrazné navýšení za jednotlivé výkony a bude pokračovat výkonová úhrada v rámci úhradové vyhlášky a uzavřeného úhradového dodatku.

Z dlouhodobého hlediska se dá předpovídat několik zásadních trendů. HDP navzdory propadům při ekonomických recesích, které jsou pouze krátkodobějšího charakteru, dlouhodobě kontinuálně roste. Děje se to především díky technologickému rozvoji a růstu lidského a sociálního kapitálu. Zdraví populace je na jedné straně podmínkou ekonomického růstu – jen zdraví lidé mohou naplno pracovat – avšak na druhé straně existují nepříznivé populační trendy, které mohou ekonomický růst v dlouhodobém horizontu brzdit a omezovat.

Mezi tyto trendy patří především stárnutí populace způsobené dvěma základními faktory – nízkou porodností a vyšším průměrným věkem dožití. Ve vyspělých ekonomikách světa (jako např. Japonsko) kvůli těmto trendům již dochází k nepříznivým jevům, mezi které se řadí např. ekonomická stagnace doprovázená rostoucí inflací, tedy tzv. stagflace, rostoucí míra veřejného dluhu a další. Zdravotní sektor i přes tyto možné nepříznivé dopady vykazuje ve vyspělých ekonomikách nepřetržitý růst – neboť zdraví občanů je statkem, do kterého každý, pokud jen může, neváhá investovat.

Česká republika se se svým 7,6% podílem zdravotnického sektoru na celkovém HDP (2016) řadila mezi země pod evropským průměrem, který se pohybuje kolem 10 %.

Ačkoli v období 2010-2016 docházelo dokonce ke snižování podílu zdravotnictví na celkovém HDP, dlouhodobě se dá předpokládat změna tohoto trendu. V České republice rovněž dochází ke stárnutí obyvatelstva a je pravděpodobné, že se podíl zdravotnictví bude dlouhodobě zvyšovat a vyrovnávat evropskému průměru, který má také v dlouhodobém horizontu tendenci růst.

Další důvod, proč zdravotnický segment neustále roste a zvyšuje svůj podíl na celkovém HDP, spočívá v tom, že ve zdravotnictví dochází k technologickým inovacím, objevují se např. nové léky, vyvíjejí se nové technologie vyšetření pacientů, jejich operací apod. Tyto technologie stojí samozřejmě nemalé peníze, které je nutné vynakládat na výzkum a vývoj, a společnost jako celek je ochotná upřednostňovat své zdraví nad ostatními statky. Důvod je zřejmý – bez pevného zdraví ostatní statky ztrácejí na významu.

České zdravotnictví je spolu se systémem veřejného financování i přes své nedostatky vysoce hodnoceno ve srovnání s ostatními zeměmi světa. Mezi často zmiňované problémy českého zdravotnictví se například řadí neefektivní hospodaření nemocnic, nízké platy lékařů a dalšího zdravotnického personálu, drahá a často nedostupná léčba, příliš vysoké marže farmaceutických společností, nadbytečné množství zdravotních pojišťoven, které vykonávají stejnou veřejnou službu a na jejich provoz jsou vynakládány veřejné prostředky, a mnohé další. Přesto v mezinárodních srovnáních naše zdravotnictví spolu se systémem veřejného financování patří mezi nejlepší na světě.

V budoucnosti se však bude muset způsob financování českého zdravotnictví přirozeně změnit, aby reagoval na transformující se společenskou situaci. Jako příklady směrů, kterými se reforma financování zdravotnictví může do budoucna ubírat, je možné uvést Spojené státy americké a na druhé straně Švédsko.

Ve Spojených státech je z veřejných zdrojů hrazena pouze malá část základní lékařské péče, a za naprostou většinu úkonů si platí pacient sám – ať prostřednictvím přímých plateb anebo pomocí plateb soukromých pojišťoven. Tento systém se vyznačuje nízkou mírou solidarity a mezi jeho nevýhody patří mimo jiné jeho vysoká nákladnost a nízká dostupnost, kdy miliony Američanů nemají přístup ke zdravotnímu pojištění či základní lékařské péči. Na druhou stranu jsou Spojené státy motorem inovací ve zdravotnictví a mnohá lékařská zařízení patří bezpochyby mezi nejlepší na světě.

Naproti tomu Švédský systém, vyznačující se vysokou mírou solidarity, se zakládá na vysoké míře odvodů do veřejného systému a na vynikajících službách, které jsou rovnoprávně dostupné celé společnosti. Terčem kritiky v tomto systému bývá skutečnost, že i občané, kteří o své zdraví nepečují nebo např. nepracují, mají nárok na stejnou zdravotní péči jako ti, kteří odvádějí do systému vysoké částky a o své zdraví se starají.

Optimální variantu, aby byl systém dlouhodobě udržitelný, shledávám v zachování systému veřejného zdravotnictví, které je dostupné všem občanům, kdy bude současně u veřejných zdravotních pojišťoven zřízená sekce soukromého připojištění. Toto připojištění by sloužilo na úhradu některých zdravotnických výkonů, např. veškeré výkony u zubaře, které jdou dnes z přímých plateb domácností, gynekologické zákroky, zákroky u ambulantních specialistů apod. Díky takto nastavenému systému by došlo ke spravedlivějšímu přístupu k pacientům. Pacienti, kteří se o své zdraví starají, pravidelně chodí na preventivní prohlídky, by do soukromého připojištění odváděli menší částky než pacienti, kteří své zdraví zanedbávají.

## **Závěr**

Hlavním cílem této diplomové práce bylo stanovit vztah mezi hospodářským růstem v České republice a růstem nákladů ve vybraných segmentech českého zdravotnictví, respektive v segmentu gynekologie, všeobecného praktického lékařství a zubního lékařství. Byla použita konkrétní data z největší české zdravotní pojišťovny, Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a její regionální pobočky Plzeň, pobočky pro Jihočeský, Karlovarský a Plzeňský kraj.

Práce si dále stanovila potvrdit či vyvrátit tato tvrzení:

- 1) Ekonomický růst způsobuje růst nákladů na zdravotnictví.
- 2) Růst nákladů na zdravotnictví má negativní vliv na celkovou ekonomiku, přinejmenším z dlouhodobého hlediska.

### **Tvrzení 1: Ekonomický růst způsobuje růst nákladů na zdravotnictví.**

Závěr: Potvrzeno.

Komentář: Vztah mezi hospodářským růstem a růstem nákladů ve vybraných segmentech je evidentní. Růst nákladů je zapříčiněn zejména úhradovou vyhláškou, kterou vydává Ministerstvo zdravotnictví a která určuje mechanismus úhrad v jednotlivých segmentech a bere v potaz makroekonomický vývoj ekonomiky České republiky. V situaci, kdy se očekává, že ekonomika bude i nadále ve fázi růstu se tyto prognózy dále zahrnují do jednotlivých úhradových mechanismů v daných segmentech.

### **Tvrzení 2: Růst nákladů na zdravotnictví má negativní vliv na celkovou ekonomiku, přinejmenším z dlouhodobého hlediska.**

Závěr: Nepotvrzeno ani nevyvráceno.

Komentář: V situaci, kdy bude ekonomika růst, zaměstnanost bude stále na tak vysoké úrovni a do systému veřejného zdravotního pojištění budou i nadále plynout platby z pojistného, bude pravděpodobně dostatek finančních prostředků na úhradu zdravotní péče. Naproti tomu v situaci, kdy bude ekonomika sice růst, ale zároveň bude klesat počet ekonomicky aktivního obyvatelstva a stoupat počet státních pojištěnců, za které platí stát výrazně nižší pojistné a náklady na jejich péči jsou výrazně vyšší, je systém dlouhodobě neudržitelný a tento růst nákladů by měl negativní vliv na celkovou ekonomiku.

Teoretická část diplomové práce byla věnována rešerši a kompilaci odborné literatury, byl definován pojem ekonomický růst, zdroje tohoto růstu a byly představeny modely ekonomického růstu, kterými se zabývali jednotliví ekonomové. Dále byly v teoretické části vymezeny pojmy zdravotnictví, způsob financování zdravotnictví, zájmové skupiny v dané oblasti a byl představen systém zdravotní péče v České republice.

Odbornému výzkumu v oblasti vztahu nákladů na zdravotní péči a ekonomickým růstem z pohledu rozvojových ekonomik na jedné straně a z pohledu vyspělých ekonomik na druhé straně se věnovala třetí kapitola. V této kapitole byl dále představen vývoj HDP v České republice a vývoj celkových nákladů na zdravotní péči v České republice.

Praktická část byla zaměřena na splnění hlavního cíle této diplomové práce, a to na analýzu vztahu mezi hospodářským růstem a růstem nákladů ve vybraných segmentech českého zdravotnictví z pohledu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, která byla představena ve čtvrté kapitole. V páté kapitole, která je klíčovou částí této diplomové práce, byly představeny jednotlivé segmenty zdravotní péče tak, jak je člení Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a dále byly charakterizovány vybrané segmenty, kterými se práce zabývala. V segmentu gynekologie, všeobecného praktického lékařství a zubního lékařství byly porovnány úhradové vyhlášky a úhradové dodatky v jednotlivých letech a analyzovány náklady, které byly dále porovnány s vývojem HDP v České republice.

Poslední kapitola se zabývala predikcí vybraných ekonomických aspektů, které mají vliv na zdravotnictví, růstem nákladů ve všech segmentech a byly konkrétně popsány budoucí důvody růstu nákladů ve vybraných segmentech. Následně byla představena možná optimální varianta financování zdravotnictví v České republice.

Analýzou dat v praktické části bylo zjištěno, že ve všech třech zkoumaných segmentech v letech 2013-2017, kdy byla ekonomika České republiky ve fázi růstu, náklady na zdravotnictví kontinuálně rostly. V segmentu gynekologie byl nárůst nákladů v roce 2017 oproti roku 2013 ve výši 5,7 %. V segmentu všeobecného praktického lékařství byl nárůst nákladů v roce 2017 oproti roku 2013 9,76 %, tento rozdíl činil 118 552 000 Kč. V rámci zkoumaných segmentů byly náklady Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky nejvyšší právě v tomto segmentu, což je zapříčiněno hlavně tím, že v dané odbornosti 001 a 002 pracovalo v roce 2017 celkem 7 472 lékařů, kteří

měli smlouvu s danou zdravotní pojišťovnou. V segmentu zubního lékařství vzrostly náklady v roce 2017 oproti roku 2013 o 6,7 %.

Diplomová práce představila souvislost mezi ekonomickým růstem a růstem nákladů na zdravotnictví. Práce vychází z teoretických poznatků klasické ekonomie v oblasti ekonomického růstu, zaměřuje se především na jeho podstatu, zdroje a modely. Dále se v teoretické části zabývá poznatky o jednotlivých způsobech financování zdravotnictví a způsobech přístupu ke zdraví. V kapitole Ekonomika a zdravotnictví pak na základě odborných publikací zkoumá vztah mezi ekonomickým růstem a náklady na zdravotní péči v rozvojových a vyspělých ekonomikách. Teoretické poznatky jsou pak využity v praktické části, kde jsou mimo jiné porovnány konkrétní náklady na zdravotní péči v jednotlivých segmentech největší české zdravotní pojišťovny s tempem hospodářského růstu v České republice.

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rozdíl mezi liberálním a rovnostářským pojetím.....	25
Tabulka č. 2: Hodnota bodu a indexu dle úhradových vyhlášek 2013-2017.....	44
Tabulka č. 3: Hodnota Inu dle úhradových dodatků 2013-2017 .....	44
Tabulka č. 4: Náklady v odbornosti 603 a 604 v letech 2013-2017, v tis. Kč.....	46
Tabulka č. 5: Výše základní kapitační platby dle úhradových vyhlášek 2013-2017, v Kč .....	50
Tabulka č. 6: Věkové skupiny a indexy v letech 2013-2017.....	51
Tabulka č. 7: Koeficient K v letech 2016-2017 .....	52
Tabulka č. 8: Náklady v odbornosti 001 a 002 v letech 2013-2017, v tis. Kč.....	54
Tabulka č. 9: Platby za vybrané výkony v letech 2013-2017, v Kč .....	57
Tabulka č. 10: Náklady na segment zubního lékařství v letech 2013-2017, v tis. Kč....	58

## Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Posun hranice produkčních možností PPF (Production Possibilities Frontier) .....	9
Obrázek č. 2: Hospodářská expanze a hospodářský růst .....	11
Obrázek č. 3: Solowův model růstu .....	21
Obrázek č. 4: Vývoj HDP v ČR v letech 2007-2017 .....	35
Obrázek č. 5: Průměrná hrubá měsíční mzda v ČR v letech 2007-2017 .....	36
Obrázek č. 6: Celkové náklady na zdravotní péči v ČR v letech 2010-2016 .....	37
Obrázek č. 7: Plánované a skutečné náklady v segmentu gynekologie .....	47
Obrázek č. 8: Porovnání růstu nákladů na gynekologii a HDP .....	47
Obrázek č. 9: Plánované a skutečné náklady v segmentu praktických lékařů .....	55
Obrázek č. 10: Porovnání růstu nákladů na praktické lékaře a HDP .....	55
Obrázek č. 11: Plánované a skutečné náklady v segmentu zubního lékařství .....	58
Obrázek č. 12: Porovnání růstu nákladů na stomatology a HDP .....	59
Obrázek č. 13: Výdaje domácností na ambulantní stomatologickou péči v letech 2013-2016, v mil. Kč .....	60
Obrázek č. 14: Porovnání růstu výdajů domácností na stomatologickou péči a HDP ...	60
Obrázek č. 15: Vývoj a predikce průměrné hrubé mzdy v letech 2013-2021 .....	62
Obrázek č. 16: Podíl nákladů na zdravotní služby v letech 2013-2019 .....	63



## Seznam použitých zkratek

AIFP	Asociace inovativního farmaceutického průmyslu
č.	číslo
ČAFF	Česká asociace farmaceutických firem
ČR	Česká republika
HDP	Hrubý domácí produkt
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
PCG	Pharmacy-based cost groups
Sb.	Sbírký
tis.	tisících
USA	United States of America
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

## Seznam použité literatury

AUERBACH, Alan J a Laurence J KOTLIKOFF. *Macroeconomics: an integrated approach*. Cambridge, Mass.: MIT Press, c1998. ISBN 0-262-01170-0.

BADE, Robin a Michael PARKIN. *Foundations of macroeconomics*. 4th ed. Boston: Pearson Addison Wesley, c2009. ISBN 0321522524.

BARRO, Robert J a Xavier SALA-I-MARTIN. *Economic growth*. 2nd ed. Cambridge, Mass.: MIT Press, c2004. ISBN 0-262-02553-1.

BERRIDGE, Virginia. *Public health: a very short introduction*. New York, NY, United States of America: Oxford University Press, 2016. Very short introductions, 482. ISBN 978-01-99688-46-3.

BLOOM, D. E. PUBLIC HEALTH: The Health and Wealth of Nations. *Science* [online]. 287(5456), 1207-1209 [cit. 2018-10-21]. DOI: 10.1126/science.287.5456.1207. ISSN 00368075. Dostupné z: <http://www.sciencemag.org/cgi/doi/10.1126/science.287.5456.1207>.

DOMAR, Evsey D. *Capital Expansion, Rate of Growth, and Employment*. *Econometrica*. The Econometric Society, 1946, 14 (No. 2), s. 137-147.

DORNBUSCH, Rudiger. *Makroekonomie*. Praha: SPN, 1994. ISBN 80-04-25556-6.

DUKES, M. N. G, John BRAITHWAITE a J. P MOLONEY. *Pharmaceuticals, corporate crime and public health*. Northampton, MA: Edward Elgar Publishing, [2014]. ISBN 9781783471102.

FRANK, Robert H a Ben BERNANKE. *Ekonomie*. Praha: Grada, 2003. Profesionál. ISBN 80-247-0471-4.

GÄRTNER, Manfred. *Macroeconomics*. New York: Financial Times/Prentice Hall, 2003. ISBN 0273-65163-3.

GETZEN, T. E. Population Aging and the Growth of Health Expenditures. *Journal of Gerontology* [online]. 1992, 47(3), S98-S104 [cit. 2018-10-21]. DOI: 10.1093/geronj/47.3.S98. ISSN 0022-1422. Dostupné z: <https://academic.oup.com/geronj/article-lookup/doi/10.1093/geronj/47.3.S98>

- GOLDIN, Claudia. *Human Capital*. Harvard University and Nation Bureau of Economic Research [online]. 2014 [cit. 2018-10-21]. Dostupné z: [http://scholar.harvard.edu/files/goldin/files/human\\_capital\\_handbook\\_of\\_cliometrics\\_0.pdf](http://scholar.harvard.edu/files/goldin/files/human_capital_handbook_of_cliometrics_0.pdf)
- HANSEN Gary D. and Edward C. PRESCOTT. *Malthus to Solow*. The American Economic Review. American Economic Association, 2002, 92 (No. 4), s. 1205-1217.
- HOLMAN, Robert. *Dějiny ekonomického myšlení*. 4. vydání. V Praze: C.H. Beck, 2017. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7400-641-8.
- HOLMAN, Robert. *Ekonomie*. 5. vyd. V Praze: C.H. Beck, 2011. Beckovy ekonomické učebnice. ISBN 978-80-7400-006-5.
- HOWARD, Michael, Althea Dianne LA FOUCADE a Ewan SCOTT. *Public sector economics for developing countries*. 2nd ed. Kingston, Jamaica: University of the West Indies Press, 2009. ISBN 978-9766402242.
- KADERÁBKOVÁ, Anna a Václav ŽDÁREK. *Makroekonomická analýza*. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 2006. ISBN 80-86730-05-0.
- KOVNER, Anthony R, James KNICKMAN a Steven JONAS. *Jonas & Kovner's health care delivery in the United States*. 10th ed. New York: Springer Pub., c2011. ISBN 978-08-26106-87-2.
- LUCAS, Robert E. *On the Mechanics of Economic Development*. Journal of Monetary Economics. 1988 (22) s. 3-42.
- MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-912-8.
- MAAYTOVÁ, Alena, František OCHRANA a Jan PAVEL. *Veřejné finance v teorii a praxi*. Praha: Grada Publishing, 2015. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-5561-8.
- MACH, Miloš. *Makroekonomie II: pro magisterské (inženýrské) studium*. Vyd. 3. Slaný: Melandrium, 2001dotisk. ISBN 80-86175-18-9.
- MALÝ, Ivan a Juraj NEMEC. *Možnosti zvyšování efektivnosti veřejného sektoru v podmínkách krize veřejných financí*. Brno: Masarykova univerzita, Ekonomicko-správní fakulta, 2013. ISBN 978-80-210-5668-8.

- MANKIW, N. Gregory. *Macroeconomics*. 5th ed. New York, NY: Worth Publishers, c2003. ISBN 0-7167-5237-9.
- OECD. *Health at a glance: Europe 2016 : state of health in the US crisis*. S.l.: OECD, 2016. ISBN 978-92-64-26558-5.
- OECD. *Health at a glance 2017: OECD indicators*. Paris: OECD, 2017. ISBN 978-92-64-28039-7.
- OCHRANA, František, Jan PAVEL a Leoš VÍTEK. *Veřejný sektor a veřejné finance: financování nepodnikatelských a podnikatelských aktivit*. Praha: Grada, 2010. Expert (Grada). ISBN 978-80-247-3228-2.
- PEKOVÁ, Jitka, Jaroslav PILNÝ a Marek JETMAR. *Veřejný sektor - řízení a financování*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-936-4.
- REKTOŘÍK, Jaroslav. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2002. ISBN 80-86119-60-2.
- SAMUELSON, Paul Anthony a William D NORDHAUS. *Ekonomie: 18. vydání*. Přeložil Martin GREGOR. Praha: NS Svoboda, 2007. ISBN 9788020505903.
- SCHNEIDER, Edward L. The Aging of America. JAMA [online]. 1990, 263(17) [cit. 2018-10-21]. DOI: 10.1001/jama.1990.03440170057036. ISSN 0098-7484. Dostupné z: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.1990.03440170057036>
- SCHRAMM, Laurier L. *Technological innovation: an introduction*. Boston: Walter de Gruyter, [2018]. ISBN 978-3-11-043827-7.
- SOJKA, Milan. *Dějiny ekonomických teorií*. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-21-2.
- SOUKUP, Jindřich. *Makroekonomie: moderní přístup*. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-174-4.
- SPĚVÁČEK, Vojtěch. *Makroekonomická analýza*. Praha: Linde Praha, 2012. ISBN 978-80-86131-92-4.
- SVOBODA, František. *Ekonomika veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, [2017]. ISBN 978-80-87865-35-4.

VARADZIN, František. *Ekonomický rozvoj a růst*. Praha: Professional Publishing, 2004. ISBN 80-86419-61-4.

VLČEK, Josef. *Ekonomie a ekonomika*. 5., aktualizované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2016. ISBN 978-80-7552-190-3.

WALKER, Jack L. *Mobilizing interest groups in America: patrons, professions, and social movements*. Ann Arbor: University of Michigan Press, c1991. ISBN 9780472081646.

WILLIAMS, A: *Priority Setting in Public and Private Health Care In: CULYER, A.J., MAYNARD, A. (eds). Being reasonable about the economics of health*. Cheltenham: Edward Edgar Publishing, 1997.

WILLIAMSON, Charlotte. *Towards the emancipation of patients: patients' experiences and the patient movement*. Portland, OR: Policy Press, 2010. ISBN 9781847427441.

WICKENS, Mike. *Macroeconomic theory: a dynamic general equilibrium approach*. Princeton: Princeton University Press, c2008. ISBN 978-0-691-11640-2.

ZLÁMAL, Jaroslav a Jana BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. 2., upr. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013. ISBN 978-80-7013-551-8.

### **Elektronické zdroje**

Český statistický úřad. *Předběžný odhad HDP - 2. čtvrtletí 2018* [online]. Praha: ČSÚ, 2018 [cit. 2018-08-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/cri/predbezny-odhad-hdp-2-ctvrtleti-2018>

Český statistický úřad. *Souhrnné výsledky zdravotních účtů* [online]. Praha: ČSÚ, 2018 [cit. 2018-09-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/documents/10180/61629742/26000518k2.pdf/86aa04d7-f44f-4fb1-b9b5-94b407cb2a09?version=1.0>

Český statistický úřad. *Stárnutí se nevyhneme* [online]. Praha: ČSÚ, 2014 [cit. 2018-08-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/ea002b5947>

Český statistický úřad. *Výsledky zdravotnických účtů ČR - 2010 až 2016* [online]. Praha: ČSÚ, 2018 [cit. 2018-09-18]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vysledky-zdravotnickych-uctu-cr>

Kurzycz. *HDP 2018, vývoj hdp v ČR - 5 let* [online]. Kurzy.cz, spol. s r.o., AliaWeb, spol. s r.o., 2018 [cit. 2018-08-18]. Dostupné z: <https://www.kurzy.cz/makroekonomika/hdp/>

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Ministerstvo zdravotnictví a praktičtí lékaři uzavřeli memorandum o vzájemné spolupráci na reformě primární péče* [online]. Praha: MZČR, 2018 [cit. 2018-09-17]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-prakticti-lekari-uzavreli-memorandum-o-vzajemne-spo\\_15770\\_1.html](https://www.mzcr.cz/dokumenty/ministerstvo-zdravotnictvi-a-prakticti-lekari-uzavreli-memorandum-o-vzajemne-spo_15770_1.html)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění* [online]. Praha: MZČR, 2018 [cit. 2018-10-18]. Dostupné z: [https://www.mzcr.cz/obsah/prerozdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni\\_3211\\_1.html](https://www.mzcr.cz/obsah/prerozdelovani-pojistneho-na-verejne-zdravotni-pojisteni_3211_1.html)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. *Ve Sbírce zákonů vyšla úhradová vyhláška, která je poprvé výsledkem dohody mezi pojišťovnami a poskytovateli* [online]. Praha: MZČR, 2018 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/ve-sbirce-zakonu-vysla-uhradova-vyhlasaktera-je-poprve-vysledkem-dohody-mezi-\\_16006\\_3801\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/ve-sbirce-zakonu-vysla-uhradova-vyhlasaktera-je-poprve-vysledkem-dohody-mezi-_16006_3801_1.html)

MonitorHC.cz. *PCG model* [online]. Ostrava: KlientPRO, 2016 [cit. 2018-10-10]. Dostupné z: <https://monitorhc.cz/o-projektu/pcg-model>

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *AKORD – více informací o programu* [online]. Praha: VZP ČR, 2018 [cit. 2018-09-17]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/poskytovatele/akord-program-kvality-pece/akord-vice-informaci-o-programu>

Oxford Dictionaries. *Natural Resources* [online]. Oxford University Press, 2018 [cit. 2018-09-17]. Dostupné z: [https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/natural\\_resources](https://en.oxforddictionaries.com/definition/us/natural_resources)

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Otázka týdne* [online]. Praha: VZP ČR, 2018 [cit. 2018-09-05]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/kapitacni-platba-pro-praktiky>

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Přerozdělování pojistného* [online]. Praha: VZP ČR, 2018 [cit. 2018-07-29]. Dostupné z:

<https://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdeleni-pojistneho>

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Splatnost a přerozdělování pojistného* [online]. Praha: VZP ČR, 2018 [cit. 2018-07-29]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/platci/informace/stat/splatnost-a-prerozdeleni-pojistneho>

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Stomatologická péče* [online]. Praha: VZP ČR, 2018 [cit. 2018-09-30]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/informace-a-zivotni-situace/stomatologicka-pece>

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Výroční zpráva za rok 2017* [online]. Praha: VZP ČR, 2018 [cit. 2018-09-18]. Dostupné z: [https://media.vzpstic.cz/media/Default/vyrocní-zpravy/vyrocní\\_zprava\\_vzp\\_2017.pdf](https://media.vzpstic.cz/media/Default/vyrocní-zpravy/vyrocní_zprava_vzp_2017.pdf)

### **Zákony a vyhlášky**

Usnesení č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod

Vyhláška č. 475/2012 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2013

Vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014

Vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015

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

Vyhláška č. 348/2016 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2017

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

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

## **Abstrakt**

ŠTĚPÁNOVÁ, Hana. *Negativní dopady ekonomického růstu ve formě růstu nákladů na zdravotnictví*. Plzeň, 2018. 78 s. Diplomová práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta ekonomická.

**Klíčová slova:** ekonomický růst, zdravotnictví, náklady na zdravotnictví, segmenty zdravotní péče, Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Předložená práce je zaměřena na analýzu nákladů u vybraných segmentů zdravotní péče z pohledu Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. Teoretická část popisuje ekonomický růst, modely ekonomického růstu, způsoby financování zdravotnictví a systém zdravotní péče v České republice. Další část teoretické části se zabývá náklady na zdravotnictví a ekonomickým růstem v rozvojových a vyspělých ekonomikách. V praktické části je představen vývoj HDP v České republice a celkové náklady na zdravotní péči. Poté je v praktické části analyzován segment gynekologie, praktických lékařů a stomatologů na příkladu vybrané pobočky Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky. V závěru diplomové práce je představen možný vývoj v dané oblasti.



## **Abstract**

ŠTĚPÁNOVÁ, Hana. *Negative Influences of the Economic Growth in the Form of Increased Healthcare Costs*. Plzeň, 2018. 78 s. Diploma thesis. University of West Bohemia. Faculty of Economics.

**Key words:** economic growth, health care, health care costs, segments of health service, General Health Insurance Company of the Czech Republic

The propounded thesis is focused on the analysis of the costs in the given segments of the health care viewed by General Health Insurance Company of the Czech Republic. Theoretical part describes economic growth, models of the economic growth and methods of funding of the health care in the Czech Republic. The following theoretical part pursues the costs of the health system and the economic growth in developing and developed economies. In the practical part the thesis introduces evolution of GDP in the Czech Republic and total costs of the health care. After that, the practical part analyses segment of gynaecology, general practitioners and stomatology on the example of the given affiliate of General Health Insurance Company of the Czech Republic. The conclusion of the thesis shows possible trends in the field.