

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA PRÁVNICKÁ

DIPLOMOVÁ PRÁCE
Financování zdravotnictví z pohledu pacienta

Plzeň 2013

Zpracovala: Klára Svitáková

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „*Financování zdravotnictví z pohledu pacienta*“ zpracovala samostatně, a že jsem vyznačila prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpala způsobem ve vědecké práci obvyklým.“

V Plzni, 29. března 2013

.....
Klára Svitáková

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala mé vedoucí diplomové práce, JUDr. Petře Jánošíkové, Ph.D., za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

Úvod.....	8
1. Základní pojmy	11
1.1. Zdravotní politika státu.....	11
1.2. Zdravotnictví.....	11
1.3. Veřejné zdravotnictví.....	12
1.4. Zdraví.....	13
1.5. Veřejné zdraví.....	15
1.6. Pacient.....	16
1.7. Zdravotní péče	16
1.8. Subjekty zajišťující zdravotní péči	18
1.8.1. Poskytovatelé zdravotních služeb	18
1.8.2. Zdravotní pojišťovny	19
2. Právní úprava financování zdravotnictví v ČR.....	21
2.1. Ústava České republiky (z. č. 1/1993 Sb.).....	21
2.2. Listina základních práv a svobod (z. č. 2/1993 Sb.).....	21
2.3. Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (z. č. 592/1992 Sb.)	22
2.4. Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů (z. č. 261/2007 Sb.).....	24
2.5. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (z. č. 48/1997 Sb.).....	24
2.5.1. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (z. č. 48/1997 Sb.) - §16a....	26
3. Financování zdravotnictví v ČR v současnosti z pohledu praxe	27
3.1. Historické základy moderního financování zdravotnictví.....	27
3.1.1. Bismarckův model	27
3.1.2. Státní zdravotnictví	28
3.1.3. Liberální model	29
3.2. Modely financování zdravotnictví.....	32
3.3. Členění modelů financování	33
3.3.1. Systém přímých úhrad	33
3.3.2. Financování z daňových výnosů.....	34
3.3.3. Model veřejného zdravotního pojištění.....	34
3.3.4. Soukromé zdravotní pojištění	34
3.3.5. Přístup WHO ke klasifikaci typů financování	35
3.4. Financování zdravotnictví v České republice v současnosti	36
3.4.1. Státní rozpočet.....	37

3.4.2. Rozpočty územních samosprávných celků (obce a kraje)	38
3.4.3. Veřejné zdravotní pojištění	39
3.4.4. Soukromé výdaje.....	42
4. Očekávání pacienta na odpovídající péče (práva a povinnosti)	49
4.1. Historický exkurz právy pacientů	50
4.2. Práva pacienta	51
4.3. Povinnosti pacienta a jiných osob.....	54
4.4. Pacientští ombudsmani	55
5. Finanční ohodnocení zdravotnického personálu	57
5.1. Nemocnice Rudolfa a Stefanie a.s., Benešov	57
5.1.1. Obecné informace o zdravotnických pracovnících.....	57
5.1.2. Spokojenost na pracovišti	59
5.1.3. Finanční ohodnocení	60
5.2. Nemocnice Karlovy Vary	61
5.2.1. Obecné informace o zdravotnických pracovnících.....	61
5.2.2. Spokojenost na pracovišti	62
5.2.3. Finanční ohodnocení	62
5.3. Komparace výsledků uvedených nemocnic.....	63
Závěr.....	65
Resumé	69
Literatura	72
Přílohy	78

Úvod

Ač jsme relativně zdraví nebo se během života potýkáme s nemocemi, tak se alespoň jednou každý dostal do pozice pacienta, do role, která není záviděníhodná. Zdraví je jednou z nejcennějších hodnot člověka, které se v průběhu svého života každý jedinec snaží co nejefektivněji a nejspolehlivěji chránit. Ochrana zdraví je všem společná, nehledě na vnější zjev či vnitřní rozpoložení. Každý si primárně a prioritně bude chránit své zdraví a to všemi dostupnými prostředky. Na to, aby společnost a jedinec ve společnosti udržel tuto hodnotu, má vliv také politika státu. Pokud se jedná o politiku související se zdravím, hovoříme o pojmu zdravotní politika státu, která díky svým aktivitám ovlivňuje zdraví a kvalitu života společnosti, ať už jednotlivce anebo skupin. I přes veškerou snahu a péči o zdraví se dostaneme do postavení příjemce zdravotnických služeb, kdy si nebudeme jisti se svým zdravotním stavem, a péče o nás bude svěřena do rukou zdravotnického personálu. Proto ve světě a především ve vyspělých zemích fungují různé systémy zdravotnictví.

Hodnotový žebříček člověka se odvíjí od jeho psychické a fyzické stránky. Zdraví představuje jeden z článků životní úrovně. Jedná se o hlavní předpoklad uplatnění jedince na trhu práce.

Celkové náklady na funkčnost a udržitelnost zdravotnictví se odvíjí také od sociální úrovně společnosti. Růst nákladů je způsoben nejen zhoršujícím se životním prostředím, ve kterém lidé vyrůstají a následně žijí, ale také zrychlujícím se životním stylem. Další náklady na zdravotnictví se také odvíjejí od stárnoucí populace a jejího zvyšujícího se věku.

Zdravotnictví, jakožto jedna ze sfér veřejné politiky, je jak vidno z výše uvedeného sférou velice sledovanou, a to nejen ze strany politických představitelů, ale zejména ze strany veřejnosti (ze strany potencionálních pacientů), kteří jsou hlavními příjemci zdravotní péče. Péče o zdraví je jednou z hlavních priorit jak demokratického, tak nedemokratického státu, jelikož se jedná o významnou složku společnosti. Každý stát, ať už vyspělý nebo zaostalý, se snaží definovat určitou koncepci zdravotnictví a vedení zdravotní péče. Financování zdravotní péče bych přiřadila k „začarovanému kruhu“ společnosti, který se snaží řešit každé politické zázemí státu. Nejedna politická

diskuze se zabývá problematikou financování zdravotnictví¹, zdravotní péče, ale zejména neefektivním přerozdělováním finančních toků do tohoto rezortu. Nejde jen o složku zdravé společnosti, ale zejména také o sociální aspekt.

Koncept financování zdravotní péče je založen převážně na principu solidarity. Z čehož vychází, že zdravotní péče by měla být poskytnuta komukoli a kdykoli (tedy v případě zdravotních potíží). Avšak jen solidarita v systému nestačí k tomu, aby došlo k založení efektivně pracující zdravotní koncepce. K tomu, aby funkčnost systému byla odpovídající danému státu, musí být začleněn určitý řád v péči o jedince od narození až do smrti. Zdravotní péče by měla také odpovídat principům etickým, které vyplývají z jednotlivých etických kodexů. Nejde jen o zákonnou regulaci zdravotní péče, ale také o individuální přístup jedince k jedinci. Vždyť každý člověk je individualita a tak by se k němu mělo přistupovat. S úctou a respektem k jeho osobnosti a osobnostním potřebám. Pokud lze s přihlédnutím na pokrok v medicíně vytvořit pro pacienta prostředí, které nebude zatěžovat jeho psychickou stránku, když už ta fyzická je narušena, je možné snížit náklady na uzdravování využitím adekvátního způsobu léčby, kdy takovéto využití může snížit dobu pobytu ve zdravotnickém zařízení a tím i zmírnit finanční náklady nejen pacienta, ale také finančnímu systému zdravotnictví.

Metody, které budou užity pro zpracování diplomové práce, budou zaměřeny zejména na analýzu právních textů a výsledků dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření bude vycházet z odpovědí lékařů, zdravotních sester a ostatního zdravotnického personálu na předem dané otázky. Dotazníky byly předloženy v jednotlivých nemocnicích, a to v Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s. a v Karlovarské krajské nemocnici a. s..

V první části bude seznámení se základními pojmy a obecnými principy o financování zdravotnictví a zdravotní péče, a to pro lepší orientaci v dalších kapitolách. Současně zde bude nastíněna právní úprava dané materie. Druhá část se bude zabývat financováním zdravotnictví v České republice v současnosti a z pohledu praxe, zejména pak neopomenutelnou součástí bude pojednání o regulačních poplatcích před a po účinnosti zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, který v části čtyřicáté, novelizujícího zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, upravuje nový § 16a, znějící „regulační

¹ Pro pojem financování zdravotnictví bude užíváno v práci financování zdravotní péče jako synonymního výrazu.

poplatky“. Ty představují složku participace pacienta na přímé úhradě zdravotní péče. Jednou z podkapitol bude také neopomenutelná součást zdravotních pojišťoven v tomto systému. Následující část se bude věnovat právům a povinnostem pacienta (příjemce zdravotních služeb) a jeho očekávání ze sektoru zdravotní péče.

Poslední část představuje finanční ohodnocení zdravotnického personálu, kde bude vycházeno zejména z dotazníkového šetření v nemocnicích Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s. a z dotazníků v Karlovarské krajské nemocnici a. s.. Při vytváření daného dotazníku bylo použito otázek jak otevřených tak i uzavřených. V první části jsou požadována tzv. tvrdá fakta, jako jsou pohlaví, věk, povolání, v druhé části jsou požadovány odpovědi s tzv. měkkými fakty, které představují názory, zkušenosti a postoje k dané problematice.

Cílem práce je zejména společenská osvěta se zaměřením na pochopení systému jako celku. Každý člověk by si měl být vědom toho, co do systému zdravotnictví a na zdravotní péči dává a co z ní čerpá. Nic není černé nebo bílé, vše je barevné, a proto bychom si měli uvědomit každou stránku zdravotnictví a poskytování zdravotní péče.

1. Základní pojmy

1.1. Zdravotní politika státu

„Každá veřejná politika, stejně jako zdravotní politika, upravuje nebo zasahuje do práv či povinností jednotlivců, zájmových skupin či institucí, a stejně tak i alokuje prostředky ke splnění určitých cílů, přičemž tyto prostředky pocházejí z veřejných rozpočtů.“² Tato politika je vytvářena politickými aktéry, přičemž postavení a síla v hierarchii je rozdílná. Zdravotní politika státu představuje souhrn politických a společenských aktivit, které ovlivňují zdraví a kvalitu života lidí a společenských skupin.³ Zdravotní politiku je možno zajišťovat na regionální úrovni, státní (národní) a na mezinárodní úrovni – zejména pak na úrovni evropské. Na regionální úrovni tuto politiku zajišťují zejména krajské úřady, které si vytyčují cíle a dopady zdravotní politiky v kraji. Na celostátní úrovni je zajišťována zejména prostřednictvím krajské hygienické stanice. Právní zakotvení k této činnosti nalezneme v zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví ve znění pozdějších předpisů. Dle §82 odst. 2 písm. t) smí krajská hygienická stanice ... kontrolovat a řídit místní programy ochrany a podpory veřejného zdraví, dále pak v §82 odst. 2 písm. u) spolupracovat se správními úřady a s orgány samosprávy při tvorbě zdravotní politiky příslušného regionu. Na evropské úrovni – Evropská unie – je zdravotní politika jednou z doplňkových politik. Primárně tedy zdravotnictví spadá do kompetence členských států. *„Na zdravotní politiku v EU mají vliv některá rozhodnutí Evropského soudního dvora, podle nichž musí být zajištění zdravotních služeb členskými státy v souladu s evropským právem a čtyřmi svobodami vnitřního trhu.“⁴*

1.2. Zdravotnictví

Zdravotnictví představuje systém, jehož cílem je zabezpečení zdravotní péče pro společnost. Jedná se o organizovanou oblast sociální činnosti státu, která je produktem éry institucí koncem 19. století. Pro rozvoj zdravotnictví v této době byly zejména určité faktory, které vyplývaly z dobové situace ve společnosti.

² PAVLÍK, Marek. *Zdravotní politika z pohledu vlády - analýza implementačního deficitu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, s.45, ISBN 978-802-1054-080.

³ Předmět činnosti zdravotní politiky. *Krajská hygienická stanice střeďočeského kraje se sídlem v Praze* [online]. 2009 [cit. 2012-10-16]. Dostupné z: http://www.khsstc.cz/obsah/predmet-cinnosti_5_1.html

⁴ Zdravotnictví. *Euroskop.cz* [online]. 2012 [cit. 2012-10-16]. Dostupné z: <https://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/>

Těmito faktory jsou především potřeba péče o ekonomicky aktivní obyvatelstvo, řešení důsledků migrace obyvatelstva do měst související s rostoucími hygienickými problémy v období průmyslové revoluce, dále pak rozsáhlé válečné konflikty při rozdělování Evropy (především v souvislosti s péčí o raněné a z nedostačujících hygienických podmínek, díky nimž vznikaly značné epidemiologické problémy) a v neposlední řadě také rozvoj přírodních věd a nástup moderní medicíny.⁵

Na zdravotnictví musíme pohlížet jako na mezioborovou oblast, kde dochází ke střetu dvou a více disciplín (např. sociologie, ekonomie, filozofie, aj.). Prolínají se zde zásadně normy lékařsko-etické a lékařsko-právní. Důležitými subjekty ve zdravotnictví jsou pacient (klient, příjemce nebo adresát zdravotní péče) a zdravotnický personál představován zejména lékařem a zdravotními sestrami. Součástí interakcí mezi těmito subjekty dochází k naplňování základních práv a povinností nejen lékaře, ale i pacienta. S rozvojem medicínských disciplín se klade důraz na etickou koncepci lékařského povolání. Postupem doby se také mění tradiční pohled a chápání pacienta, který nechce vystupovat jen jako pasivní článek systému. Důsledkem toho dochází také k rozšiřování vzdělávání lékaře, kde se zařazují často obory psychologické, sociální a právní.

1.3. Veřejné zdravotnictví

Veřejné zdravotnictví je odvětvím, ve kterém se využívají poznatky z různých vědeckých oborů – například filozofie, sociologie, ekonomiky a financování, právní vědy. Každá disciplína dopomáhá ve zdravotnictví k poznání a zlepšování zdravotního stavu.

První definici veřejného zdravotnictví formuloval již roku 1920 C. E. A. Winslow jako „*umění a vědu o předcházení nemocem, prodlužování života, posilování zdraví a výkonnosti, pomocí organizovaného úsilí komunity, které spočívá v ochraně životního prostředí, kontrole přenosných nemocí, výchově lidí ke zdraví, organizování lékařských a ošetrovatelských služeb, zajištění včasné diagnostiky a preventivní léčby a rozvoji společenských mechanismů, které umožní každému členu komunity dosažení životní úrovně potřebné k udržení zdraví.*“⁶

⁵ KRÍŽOVÁ, Eva. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. 1. vyd. Praha: Studie 3/1998, Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1998, 108 s.

⁶ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. str.12, ISBN 978-80-7367-592-9.

Tento obor prošel značným vývojem. Historické počátky lze zařadit do 14. století, do doby morových epidemií. Ve vyspělých zemích dochází k rozmachu veřejného zdravotnictví mezi 18. a 19. stoletím, kdy dochází k průmyslové revoluci a stěhování obyvatel z venkova do měst. V Anglii byl v roce 1848 přijat první zdravotní zákon, tzv. Public Health Act, díky němuž byl zřízen centrální státní zdravotní úřad (Public Health Office), který se staral o prevenci nemocí na regionální úrovni.⁷ I v Rakousku – Uhersku si stát určil pozici ve veřejném zdravotnictví. Již v roce 1870 přijal říšský zákon č. 68, kde si stát vyhradil dozor nad léčebnými ústavami, nad jednotlivými orgány zdravotní služby atd. Důležitým mezníkem je nástup Otto von Bismarcka do funkce německého kancléře. Jedná se o období, kdy zavádí nemocenské, úrazové a invalidní pojištění. Jde také o období, kdy Rakousko – Uhersko přijímá zákony o nemocenském a sociálním pojištění. Příkladem lze uvést zákon č. 33 z 30. března 1888 o pojišťování dělníků pro případ nemocí.

1.4. Zdraví

Zdraví se považuje za nejvyšší stupeň v hodnotovém žebříčku. Je také jednou ze základních lidských hodnot, které se v průběhu lidského života mění. „Zdraví samo o sobě nemá vlastnosti zboží, není a nemůže být předmětem koupě a prodeje.“⁸ Pojem zdraví není zdaleka jednoduše vysvětlitelný. Definice zdraví se mění v závislosti na různých historických obdobích, v průběhu života lidí, v závislosti na kultuře, ekonomice, rozvoji medicíny i celé široké péči o zdraví a v návaznosti na mnoho dalších okolností.⁹

Definici zdraví nalezneme v ustanoveních Světové zdravotnické organizace (WHO), která pohlíží na zdraví jako na „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, bez nemocí a jiných vad“ („A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease“).¹⁰ Jedná se o definici, ze které vyplývají dva prvky zdraví – jedním je pozitivní prvek: že se jedná o tělesnou, duševní a sociální pohodu, druhým je negativní vymezení, a to, že se jedná o stav bez nemocí a jiných vad. Další z definic je: „Zdraví je

⁷ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. str.19, ISBN 978-80-7367-592-9.

⁸ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, str.8. ISBN 80-245-0998-9.

⁹ Zdraví 21. *Výklad základních pojmů* [online]. s.20, 2009 [cit. 2012-10-18]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/texty/vykklad_zakladnich_pojmu_21/pdf/001-kap_1-6.pdf

¹⁰ WHO: *Mental Health* [online]. 2012 [cit. 2012-10-18]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/mental_health/en/

výsledkem individuálních daností, individuální svobody, volby a neovlivnitelných náhod a jako takové nemůže být žádnou společností v plném slova smyslu ani přislíbeno, ani garantováno.“ Vyplývá z toho tedy, že každý si musí své zdraví chránit primárně sám, teprve sekundárně k tomu může přijít ochrana ze strany státní moci a jejího právního řádu. Na zdraví – zdravotní stav působí velké množství determinantů, přičemž některé lze ovlivnit a některé nikoli, jelikož jsou dány genetickou výbavou. Posouzení vlivu determinantů vychází z determinační pyramidy¹¹, kde na nejvyšším stupni stojí genom (= „jedná se o soubor všech struktur nesoucích genetickou informaci ve formě DNA a je tvořen chromozomy uloženými v buněčném jádře“).¹² Dalším stupínkem je způsob života, který představuje velmi ovlivnitelný článek. To, jak se rozhodneme žít, je v první řadě pouze na volném jednání daného jedince. Jednotlivé způsoby se odvíjejí od historického pokroku ve společnosti. Následujícím bodem pyramidy je prostředí, ať už přírodní nebo sociální či zdravotní. Takovéto prostředí ovlivňuje člověka nejen pozitivně, ale také negativně. Dalšími, neopomenutelnými determinanty jsou socioekonomický systém, hodnotový systém a kulturní a politické tradice.

V souvislosti se zdravím narážíme také na otázku práva na zdraví. Společnost nemůže každému zajistit život bez jakýchkoli chorob a nemocí, ale jde o to, aby zajistila každému jedinci právo na ochranu zdraví. Toto právo je primárně stanoveno v Listině základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.), a to v ustanovení článku 31 – Každý má právo na ochranu zdraví.

V kontextu zdraví je nezbytné se zmínit také o pojmu nemoc, u kterého se vyskytuje také řada definic a pohledů. Jednou z definic je pohled patofyziologie, kdy se jedná o poškození, oslabení, snížení aktivity určité fyziologické činnosti (tzv. organický stav). Další je subjektivní poznání pacienta, jeho povědomí o tom, že něco není v pořádku (tzv. funkční stav), jenž je neschopností, nezpůsobilostí pracovat. Dalším hlediskem je pohled druhých lidí na daného člověka (tzv. sociální pohled).¹³ Jinou definicí je ta, kterou uvádí Holčík, J., Žáček, A. v knize Sociální lékařství, kdy nemoc je zjištělá porucha zdraví, která má své příčiny, průběh i následky, kterou lze určit a klasifikovat

¹¹ Viz Příloha č. 1

¹² VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 7., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, xv, str. 323. ISBN 978-80-7345-130-1.

¹³ KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, str. 16, ISBN 80-247-0179-0.

s tím, že pro většinu lidí je nemoc spojena s vnímanými nesnázemi.¹⁴ Z hlediska léčby má význam tzv. Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10). Jedná se o výsledek Světové zdravotnické organizace (WHO), na jejíž přípravě se podílela i Česká republika. V ČR je tato klasifikace v platnosti od roku 1994.

1.5. Veřejné zdraví

Vymezení tohoto pojmu obsahuje zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a to v §2. Veřejným zdravím je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života. Veřejné zdraví je také pod ochranou jednotlivých orgánů státní správy. Pod ochranou a podporou se rozumí souhrn činností a opatření k vytváření a ochraně zdravých životních a pracovních podmínek a zabránění šíření infekčních a hromadně se vyskytujících onemocnění, ohrožení zdraví v souvislosti s vykonávanou prací, vzniku nemocí souvisejících s prací a jiných významných poruch zdraví a dozoru nad jejich zachováním. Pod pojmem ohrožení zdraví nalezneme stav, při kterém jsou obyvatelstvo nebo jeho skupiny vystaveny nebezpečí, z něhož míra zátěže rizikovými faktory přírodních, životních nebo pracovních podmínek překračuje obecně přijatelnou úroveň a představuje významné riziko poškození zdraví.¹⁵ Orgány státní správy, které vystupují v ochraně veřejného zdraví, jsou vyjmenovány v témže zákoně a to pod § 78. Vykonává ji Ministerstvo zdravotnictví, krajské hygienické stanice, Ministerstvo obrany a Ministerstvo vnitra, Ministerstvo dopravy, Ministerstvo pro místní rozvoj, Ministerstvo životního prostředí a krajské úřady. Orgány ochrany veřejného zdraví jsou pak oprávněny z důvodu k zabezpečení povinností týkajících se ochrany a podpory veřejného zdraví zpracovávat určité osobní údaje, jako je například jméno, rodné číslo a další, ale také údaje vypovídající o národnosti a zdravotním stavu zahrnující například diagnózy onemocnění, splnění povinnosti podrobit se léčení, o počtu, druhu a závěrečných lékařských prohlídek. Takovéto orgány ochrany veřejného zdraví mohou ukládat za neplnění nebo porušení povinností stanovených tímto zákonem, zvláštními právními předpisy nebo na jejich základě vydanými rozhodnutími, pokuty, a to až do výše 3 miliónu korun českých. Při ukládání pokut a jejich výši přihlíží zejména

¹⁴ HOLČÍK, Jan a Adolf ŽÁČEK. *Sociální lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, str. 25, ISBN 80-210-1233-1.

¹⁵ Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví

k závažnosti, způsobu, době trvání a následkům takového protiprávního jednání. Orgán ochrany veřejného zdraví však může od pokuty upustit, pokud došlo k nápravě bezprostředně poté, kdy bylo zjištěno porušení povinností, byla poskytnutá součinnost nebo pokud nedošlo k poškození zdraví fyzických osob. Je zde stanovena také objektivní a subjektivní promlčecí lhůta, kdy u objektivní se jedná o tři roky, subjektivní pak jeden rok. Výnos těchto pokut je příjmem státního rozpočtu.

1.6. Pacient

S pojmem pacient pracuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“). Jedná se o zákon, který nahradil do 1. 4. 2012 platný zákon o péči o zdraví lidu (č. 20/1966 Sb.), kde přímo definice pacienta není, ale s pojmem pacient plně pracuje. Zákon o zdravotních službách ji uvádí v počátečních ustanoveních, v §3 odst. 1 – pacientem se rozumí fyzická osoba, které jsou poskytovány zdravotní služby. Tento zákon také uceleně rozvádí práva a povinnosti pacienta a jiných osob v části čtvrté, hlavě I od § 28 do § 42. Jedná se o průlomová ustanovení s ohledem na původní zákon, kde byly práva a povinnosti roztrženy. Tímto se však zabývala Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky a po připomínkovém řízení schválila Etický kodex práva pacienta ČR, která jsou platná ode dne 25. února 1992. Je důležité také poukázat na diferenciaci používání pojmu pacient. V politických diskuzích se také uvažovalo nad pojmem klient. Avšak i právní předpisy se v označování osob, které jsou nemocné nebo potřebují ošetření, liší. Donedávna platný zákon č. 20/1966 Sb. kooperoval s pojmem „nemocný“. S dalším rozdílným označením pracuje také Úmluva o biomedicině, kdy se používá pojem „dotčená osoba“. Souhrnně se však jedná o příjemce zdravotních služeb, který předpokládá, že se mu dostane takové péče, díky které selepší jeho zdravotní stav.

1.7. Zdravotní péče

Jedná se o soubor opatření a prostředků, které napomáhají k řešení problémů spojených s pacientovým zdravím. *„Zdravotní péče je obsahově užší pojem než péče o zdraví. V jejím obsahu převažují aktivity zaměřené na léčení, aktivity označené „ex post“. Zahrnuje ovšem i aktivity zaměřené na prevenci chorob, avšak pouze ty, které mohou být a jsou zabezpečovány zdravotnickým*

systemem.¹⁶ Obecná, zákonná definice zdravotní péče je nově zakotvena v zákoně o zdravotních službách č. 372/2001 Sb., přičemž zdravotní péči se rozumí soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem: 1) předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu, 2) udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu, 3) udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení, 4) pomoci při reprodukci a porodu, 5) posuzování zdravotního stavu. Zdravotní péči se ale také rozumí preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky za účelem, který byl vymezen výše. Podle časové naléhavosti se jedná o neodkladnou péči, akutní péči, nezbytnou péči, plánovanou péči. V daném zákoně jsou také vyjmenovávány druhy zdravotní péče, podle časové naléhavosti (§5 odst. 1), podle účelu jejího poskytnutí (§5 odst. 2), ale také formy zdravotní péče (§6). Podle účelu poskytnutí zákon dělí zdravotní péči na preventivní péči, diagnostickou péči, dispensární péči, léčebnou péči, posudkovou péči, léčebně rehabilitační péči, ošetrovatelskou péči, paliativní péči, lékárenskou péči a klinicko-farmaceutickou péči. Formami zdravotní péče jsou ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta.

Poptávka po zdravotní péči je nepravidelná a nepředvídatelná. Elasticita poptávky je ovlivněna tím, že zhoršení zdravotního stavu je spojeno s náklady na straně jedince, kdy tento jedinec přichází o výdělek, dále s náklady, které jsou vynaloženy na poskytnutí zdravotní péče, které představují náklady na straně státu, zdravotních pojišťoven a neposledně s náklady u zaměstnavatele.¹⁷

Ústavní zákon, a to Listina základních práv a svobod, upravuje právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění. Avšak podmínky, kdy má občan právo na bezplatnou zdravotní péči stanoví zákon. Tímto zákonem je zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb., který vyjmenovává druhy zdravotní péče hrazené pojišťovnami, zdravotní výkony, které pojišťovna nehradí nebo je hradí jen za určitých podmínek. Podmínky poskytování hrazených služeb jsou v části páté, od ustanovení §13. Podmínky, za kterých jsou poskytovány hrazené služby, jsou v tomto zákoně stanoveny – hrazené služby se poskytují pouze na základě indikace ošetřujícího lékaře

¹⁶ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, str. 22, ISBN 80-245-0998-9.

¹⁷ MAAJTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, str.6, ISBN 978-807-3579-128.

pojištěnce, pokud tedy tento zákon nestanoví jinak. V příloze č. 1 k tomuto zákonu je seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek.

1.8. Subjekty zajišťující zdravotní péči

Jedná se o subjekty, kterými jsou poskytovatelé zdravotních služeb a subjekty, kteří se účastní na financování.

1.8.1. Poskytovatelé zdravotních služeb

„Pojem zdravotních služeb je nejužší ze sledovaných základních pojmů. Zdravotní služby mají charakter nemateriálních činností vykonávaných výhradně zdravotními pracovníky převážně ve zdravotnických zařízeních, a to pouze v rozsahu své odborné způsobilosti. V některých zemích jsou zdravotnické služby zákonem vymezeny jako služby veřejné, poskytované za veřejné peníze, a proto musejí být pod veřejnou kontrolou.“¹⁸

Poskytováním zdravotní péče dochází k vzájemnému vztahu mezi poskytovatelem zdravotní péče a pacientem. Pod pojem poskytovatel zdravotních služeb je třeba si představit fyzickou nebo právnickou osobu, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb¹⁹. Zdravotními službami se například rozumí poskytování zdravotní péče zdravotními pracovníky a dále činnosti vykonávané jinými odbornými zdravotníky, konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, nakládání s tělem zemřelého, zdravotnická záchranná služba a další. Poskytovatel může poskytovat pouze takové zdravotní služby, které jsou uvedeny v oprávnění k poskytování zdravotních služeb. Bez tohoto oprávnění je možné provádět takové výkony, které jsou dány v §11²⁰, tj. například poskytování odborné první pomoci aj.

O udělení daného oprávnění rozhoduje krajský úřad, Ministerstvo obrany ČR, Ministerstvo spravedlnosti ČR nebo Ministerstvo vnitra ČR, pokud jde o zdravotní služby, které jsou poskytovány zdravotnickým zařízením zřízeným těmito ministerstvy. V případě oprávnění k poskytování lékárenské péče musí žadatel zajistit souhlasné závazné stanovisko od Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Žadatelem na základě tohoto zákona může být jak fyzická osoba,

¹⁸ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, str. 29 ISBN 80-245-0998-9.

¹⁹ §2 odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

²⁰ Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování

tak právnická osoba. Pro udělení oprávnění fyzické osobě je nutné, aby dosáhla věku 18 let, měla plnou způsobilost k právním úkonům, byla bezúhonná, způsobilá k samostatnému výkonu zdravotnického povolání v oboru zdravotní péče a další, jež se týkají technického a věcného vybavení, a náležitého personálního zabezpečení. Pro právnickou osobu – žadatele je nutné, aby její statutární orgán nebo jeho členové byli bezúhonní a ustanovila si odborného zástupce. Další podmínky pro udělení povolení jsou v §16 odst. 3 téhož zákona.

K tomu, kdo je oprávněn poskytovat zdravotní služby, se vychází ze zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Jedná se o osoby, které musí mít způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta (odbornou způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost). Dalšími oprávněnými k poskytování zdravotních služeb jsou tzv. nelékařští zdravotníci podle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Například je to všeobecná zdravotní sestra, radiologický asistent, asistent ochrany a podpory veřejného zdraví, logoped aj.

1.8.2. Zdravotní pojišťovny

Obecně lze definovat zdravotní pojišťovnu jako právnickou osobu, která zajišťuje a provádí všeobecné zdravotní pojištění. Mezi zdravotní pojišťovny se řadí Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen „VZP“), která byla zřízena na základě zákona č. 551/1991 Sb. a dále jsou to rezortní, odborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny v České republice podle zákona č. 280/1992 Sb..

VZP provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí rezortní, odborové a podnikové zdravotní pojišťovny. Jedná se o právnickou osobu, která v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost z těchto vztahů. Pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem a majetkem jí svěřeným. Příjmy pojišťovny představují platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu, vlastní zdroje, příjmy plynoucí z přírůžek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení, dary a ostatní příjmy. Oproti tomu výdaje pojišťovny zahrnují platby za poskytované zdravotní služby hrazené z veřejného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených s poskytovateli podle zákona o zdravotních službách, platby jiným zdravotním pojišťovnám nebo jiným subjektům na základě smluv o finančním

vypořádání plateb, úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině, náklady na činnost pojišťovny a úhrady částek, přesahující limit pro regulační poplatky. Pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené Ministerstvem financí pro předkládání návrhu státního rozpočtu a státního závěrečného účtu předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok.²¹ Pojišťovna také spravuje a vytváří určité fondy – základní fond, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku. Dále také může vytvářet fond prevence, který představuje prostředky k realizaci preventivních zdravotnických programů sloužících k odhalování závažných onemocnění. Podrobnější vymezení jednotlivých fondů nalezneme ve vyhlášce Ministerstva zdravotnictví č. 418/2003 Sb.

Ostatní pojišťovny podle zákona č. 280/1992 Sb. vznikají na základě povolení, o jehož udělení rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. Žadatelem může být právnická osoba se sídlem na území České republiky. V žádosti se uvedou údaje ohledně názvu a sídla, rozbor příjmů a výdajů, ale také závazek, že pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 100 000 pojištěnců. Tato ustanovení mají vztah k zákonu č. 48/1997 Sb., a to v §11 a následující, kde jsou upraveny práva a povinnosti pojištěnce. Například pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny, kterou může jednou za 12 měsíců změnit, ale vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Pokud změnu provádí osoba nezletilá nebo osoba bez způsobilosti k právním úkonům provádí ji jejich zákonný zástupce. Při narození dítěte se právo na výběr zdravotní pojišťovny nepoužije, jelikož dnem narození se dítě stane pojištěncem té pojišťovny, u které je pojištěna matka dítěte. Pojištěnec má také právo na poskytnutí informací od zdravotní pojišťovny o jemu poskytnutých hrazených službách.

²¹ Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky. *Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České Republiky pro rok 2012* [online]. 2012 [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/zpp2012.pdf>

2. Právní úprava financování zdravotnictví v ČR²²

2.1. Ústava České republiky (z. č. 1/1993 Sb.)

Již preambule poukazuje na základní zásady ochrany lidské bytosti ve společnosti. My, občané České republiky v Čechách, na Moravě a ve Slezsku ... odhodláni budovat, chránit a rozvíjet Českou republiku v duchu nedotknutelných hodnot lidské důstojnosti a svobody jako vlast rovnoprávných, svobodných občanů, kteří jsou si vědomi svých povinností vůči druhým a zodpovědnosti vůči celku, jako svobodný a demokratický stát, založený na úctě k lidským právům a na zásadách občanské společnosti, jako součást rodiny evropských a světových demokracií, ...²³ Dalšími ustanoveními vztahující se k tématu se objevují hned v Hlavě první, v základních ustanoveních, a to čl. 1, odst. 1²⁴. V čl. 3 poukazuje na součást ústavního pořádku, kterou je Listina základních práv a svobod. Z hlediska financování daného sektoru je nedílnou součástí.

2.2. Listina základních práv a svobod (z. č. 2/1993 Sb.)

Financování zdravotnictví a zdravotní péče vychází z trojstranného vztahu, který vzniká mezi státem + zdravotní pojišťovnou jako plátcí, poskytovateli (nemocnice, praktický lékař, LDN aj.) a uživatelem, tedy pacientem. Finanční prostředky jsou pacienty předávány státu, a to ve formě daní.²⁵ Přičemž očekávají v případě potřeby adekvátní zdravotní péči. Tyto daně jsou v Listině základních práv a svobod upraveny čl. 11 odst. 5. Tento článek odkazuje na podrobnější úpravu představovanou zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákonem č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Účelem druhého jmenovaného zákona je úprava výše pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, způsob placení, penále aj.

Na základě ustanovení čl. 31 má každý právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Tímto zákonem je již zmiňovaný zákon o veřejném zdravotním pojištění. Ustanovení §1 stanoví,

²² Viz příloha č. 2

²³ Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR

²⁴ Čl. 1(1) Česká republika je svrchovaný, jednotný a demokratický právní stát založený na úctě k právům a svobodám člověka a občana.

²⁵ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, str. 128, ISBN 978-807-3675-929.

že zákon upravuje rozsah a podmínky, za nichž jsou na základě tohoto zákona ze zdravotního pojištění hrazeny zdravotní služby. Rozsah podmínek pro poskytování hrazených služeb uvádí § 13 až 39.

2.3. Zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

(z. č. 592/1992 Sb.)

Jak již bylo výše řečeno, tento zákon podle §1 upravuje výši pojistného na všeobecné zdravotní pojištění, penále, způsob jejich placení, kontrolu, vedení evidence plátců pojistného a zřízení zvláštního účtu všeobecného zdravotního pojištění. Výše pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu na rozhodné období (kalendářní měsíc nebo u osob samostatně výdělečně činných kalendářní rok²⁶). Vyměřovací základ není pro všechny osoby zúčastněné na odvodu pojistného stejný. Tyto osoby se dělí do následujících skupin:

- a) Zaměstnanci
- b) Osoby samostatně výdělečně činné (dále jen „OSVČ“)
- c) Osoby bez zdanitelných příjmů
- d) Osoby, za které pojistné platí stát

Ad a) Pozitivním vymezením je ustanovení §3, kdy je vyměřovacím základem úhrn příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob.²⁷ Negativní výčet představuje odstavec 2 téhož paragrafu. Pojistné na zaměstnance se stanoví tedy z vyměřovacího základu, nejméně však z minimálního vyměřovacího základu, což představuje minimální mzda. Oproti tomu, maximálním vyměřovacím základem je částka ve výši sedmdesátidvounásobku průměrné mzdy. Od roku 2013 do roku 2015, pro toto rozhodné období nebude maximální vyměřovací základ využit.

Za tyto osoby odvádí pojistné zaměstnavatel. Čímž se zaměstnanci nemohou stát dlužníky na zdravotním pojištění, jestliže není totiž zdravotní pojištění hrazené zaměstnavatelem, je postihován zaměstnavatel nikoli zaměstnanec.²⁸ Takto odvedené pojistné plyne na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky nebo jiné zdravotní pojišťovny provádějící zdravotní pojištění, u níž je pojištěnec pojištěn. V momentě, kdy dojde k přechodu

²⁶ §4 odst. 1 a 2 zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

²⁷ §6 zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů

²⁸ *Zdravotnictví a právo: právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. Praha: Havlíček Brain Team, 2009, roč. 2009, č. 6. ISSN 1211-6432.

vykonávané činnosti na právního nástupce zaměstnavatele, stává se ručitelem za pojistné, které měl platit předchůdce.

Ad b) Vyměřovacím základem u OSVČ před rokem 2004 bylo 35% příjmu z podnikání a z jiné samostatně výdělečné činnosti, od roku 2006 činí 50% příjmu z podnikání a z jiné samostatně výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení. Po novele zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, se ustanovení týkající se maximálního vyměřovacího základu nepoužijí pro rozhodná období v letech 2013 až 2015.

„OSVČ“ platí sama pojistné formou záloh na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc.

Ad c) Vyměřovacím základem pro tyto osoby je minimální mzda. Tato osoba platí pojistné sama, a to na účet příslušné zdravotní pojišťovny za celý kalendářní měsíc.

Ad d) Základ představuje pevně stanovená částka 5 355 Kč za kalendářní měsíc. Úhradu pojistného hradí měsíčně Ministerstvo financí na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění.

Za první pololetí roku 2011 dosáhly celkové příjmy zdravotních pojišťoven 123 642 milionů Kč, z toho příjmy z vybraného pojistného činily 92 756 mil. Kč a pojistné za osoby, za něž je plátcem stát, dosáhlo výše 30 886 mil. Kč.²⁹ Celkové příjmy v roce 2011 dosáhly 220 390 mil. Kč. Výše vyměřovacího základu pojistného se meziročně nezměnila ani u jedné z výše uvedených osob. Výše platby státu za jednoho pojištěnce činila 723 Kč na měsíc. Celkový počet státem hrazených pojištěnců dosahoval v roce 2011 v průměru 6 070 007 osob.³⁰ Evidenci pojištěnců všeobecného zdravotního pojištění vede Všeobecná zdravotní pojišťovna, která je v rámci této činnosti oprávněna shromažďovat údaje podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.³¹

²⁹ *O cenách a úhradách na rok 2012 rozhodne ministerstvo zdravotnictví* [online]. 2011 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-20-2011/o-cenach-a-uhradach-na-rok-2012-rozhodne-ministerstvo-zdravotnictvi>

³⁰ *Zpráva o hospodaření dalších složek veřejných rozpočtů a o fondech organizačních složek státu* [online]. 2012 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/statni_zav_ucet_70195.html?year=PRESENT#III

³¹ §9 c) téhož zákona

V rámci daného zákona je zde část, která se týká přerozdělování pojistného. Hlavní roli zde hraje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, která je povinna zřídit zvláštní účet všeobecného pojištění, který slouží k financování hrazených služeb. K přerozdělování pojistného se použijí nákladové indexy podle 18 věkových skupin podle pohlaví.³² Nad dodržováním pravidel hospodaření se zvláštním účtem dohlíží dozorčí orgán, jehož zástupci jsou jmenováni Ministerstvem financí ČR, Ministerstvem zdravotnictví ČR, Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR – každý ze zástupců má po jednom hlasu. Dále jsou tam zástupci pověřeni ostatními zdravotními pojišťovnami, kteří však mají dohromady jeden hlas. V souvislosti se zákonem o pojistném na veřejné zdravotní pojištění je nutné zmínit také vyhlášku č. 644/2004 Sb., která upravuje pravidla hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, způsob výpočtu průměrných nákladů na jednotlivého pojištěnce v jednotlivých skupinách aj.³³

2.4. Zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů (z. č. 261/2007 Sb.)

Tento zákon představuje soubor změn, které nastaly v oblasti daňové, sociální, ale také ve zdravotnictví. V části čtyřicáté jsou rozpracovány změny zákona o veřejném zdravotním pojištění, na což navazují změny v zákoně o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Zásadní změnou provedenou tímto zákonem představuje včlenění §16a a §16b, a to ohledně regulačních poplatků. Včleněním regulačních poplatků došlo k rozšíření přímé účasti pacienta na poskytnutých službách. Jedná se o spoluúčast pacienta na zdravotních výkonech, jež se nehradí ze zdravotního pojištění

2.5. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (z. č. 48/1997 Sb.)

Tímto zákonem je v České republice upraveno veřejné zdravotní pojištění. Další právní normou je již zmíněný zákon upravující pojistné na všeobecné zdravotní pojištění. Nelze zapomenout na vyhlášku Ministerstva financí ČR č. 413/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven, podmínky

³² Viz příloha č. 3,4

³³ O pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu

jejich tvorby, užití a další.³⁴ Tento zákon upravuje veřejné zdravotní pojištění, rozsah a podmínky, za nichž jsou hrazeny zdravotní služby a způsob stanovení cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely hrazených ze zdravotního pojištění.³⁵ Zdravotní pojištění je povinné pro každého občana České republiky nebo pro osoby, které na území ČR nemají trvalý pobyt, pokud jsou zaměstnanci zaměstnavatele³⁶, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území ČR. Buď je platí občan sám, nebo je za něj placeno státem.

Zdravotní pojištění vzniká a zaniká určitým dnem. Pro vznik zdravotního pojištění je rozhodný den narození, vzniku trvalého pobytu, nebo pokud se osoba, která nemá trvalý pobyt, stala zaměstnancem. Zánik pojištění je určen dnem, kdy zemře pojištěnec nebo je prohlášen za mrtvého, osoba, která neměla trvalý pobyt na území ČR, přestane být zaměstnancem nebo ukončením trvalého pobytu. Plátcí pojistného jsou:

a) Pojištěnci

Pojištěnec je plátcem pojistného, pokud je zaměstnancem, osobou samostatně výdělečně činnou, má na území ČR trvalý pobyt.

b) Zaměstnavatelé

c) Stát

Stát je plátcem pojistného za neopátrané dítě, a to podle zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, považuje se za takovéto dítě, dítě do ukončení povinné školní docházky, a poté do 26. roku věku za splnění zákonných podmínek. Dále stát platí pojistné za poživatele důchodu. Jedná se o osobu, která pobírá starobní, invalidní, vdovský, vdovecký či sirotčí důchod (ten však může být přiznán jen nezaopatřenému dítěti) v souladu se zákonem č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění. Dále pak za příjemce rodičovského příspěvku, jenž osobně, celodenně a řádně pečuje o dítě, které je nejmladší v rodině, a pobírá rodičovský příspěvek podle § 30 zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. Výčet dalších osob je pak vyjmenován v §7 daného zákona, například ženy na mateřské dovolené, osoby na rodičovské dovolené, osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství, osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby (ve stupni II – IV) a osoby o tyto osoby pečující a další.

³⁴ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, str. 166, ISBN 978-807-3575-038.

³⁵ Vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely

³⁶ Fyzická nebo právnická osoba, která je plátcem příjmů ze závislé činnosti a funkčních požitků podle §6 zákona č. 586/1998 Sb., o dani z příjmů

Z členských zemí OECD mají zdravotní pojištění, stejně jako v Česku, všichni občané ve většině evropských zemí. Výjimku tvoří např. Rakousko, kde zdravotní pojištění v roce 2009 nemá pouze 2% občanů, Nizozemsko či Polsko, které se pohybují také do 3%. Opačná situace je mimo země EU, kdy například Mexiko má pojištěno kolem 50 % občanů a v USA 86,5%, tzn., že v USA je téměř 50 miliónů občanů bez zdravotního pojištění.³⁷

2.5.1. Zákon o veřejném zdravotním pojištění (z. č. 48/1997 Sb.) - §16a

Dnem 1. dubna 2009 vstoupila v platnost novela daného zákona, a dnem 1. 12. 2011 (resp. 1. 1. 2012) novela, která mění výši regulačních poplatků za den poskytování ústavní péče a za recepty. Včleněním regulačních poplatků v rámci §16a a 16b došlo k rozšíření přímé účasti pacienta na poskytnutých službách. Jedná se o spoluúčast pacienta na zdravotních výkonech, jež se nehradí ze zdravotního pojištění nebo se hradí jen za určitých podmínek stanovených zákonem. Seznam zdravotních výkonů ze zdravotního pojištění nehrazených nebo hrazených jen za určitých podmínek je v zákoně č. 369/2011 Sb., jedná se například stomatologické zákroky, plastickou chirurgii, logopedické vyšetření aj. – jedná se o nehrazené zdravotní výkony ze zdravotního pojištění, které mají značku „N“. Dále jsou zde uvedeny výkony zcela hrazené za splnění předem daných podmínek se značkou „W“ bez nutnosti schválení revizním lékařem. Poslední kategorií je kategorie „Z“, kdy je nutné schválení revizního lékaře.

³⁷ *Zdravotnictví a právo: právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. Praha: Havlíček Brain Team, 2009, roč. 2009, č. 6. ISSN 1211-6432.

3. Financování zdravotnictví v ČR v současnosti z pohledu praxe

3.1. Historické základy moderního financování zdravotnictví

Historické modely financování zdravotnictví se staly základním kritériem pro charakteristiku současných zdravotnických systémů. Můžeme je tedy považovat za základní pilíř, na kterém budoucí modely stojí. Rozlišují se zejména podle toho, jaký je převažující způsob jejich financování. Východiskem pro budoucí možnosti financování zdravotnictví se stali tři modely, které se od sebe liší stylem, jakým občané přispívají na financování zdravotní péče. Tyto tři modely ztvárňují představu o zařazení většiny zdravotnických systémů ve vyspělých zemích a vznikly v průběhu 19. a na počátku 20. století.³⁸

3.1.1. Bismarckův model

„Celonárodní systém sociálního zabezpečení byl zaveden v Německu koncem 19. století z iniciativy německého kancléře Otto von Bismarcka (1. dubna 1815 – 30. června 1898).“³⁹ Tento model je někdy označován jako model národního zdravotního pojištění, který byl zaveden roku 1883. Tímto se stalo Německo historicky prvním státem, jež zavedlo daný systém. Základním znakem modelu jsou finanční prostředky odváděné každým občanem do fondu zdravotních pojišťoven. Pojišťovny z takto vytvořeného fondu proplácejí lékařům a nemocnicím poskytnutou péči. Bismarckův model je uplatňován také v Rakousku, Francii, Belgii a také ve Švýcarsku. V České republice byl systém opětovně zaveden roku 1992 s mírnými odchylkami. „Přesto, že můžeme sledovat charakteristiky tohoto modelu ve všech zemích společně, v detailu se tyto systémy podstatně liší svou účinností a funkcí, což je zpravidla způsobeno tradicí, stabilizací systému a zejména navazující legislativou.“⁴⁰ Pozitivním hlediskem tohoto systému je, že celá populace je pojištěna nejen pro případ nemoci. Náklady na zdravotní péči tak nenese primárně stát samostatně, ale podílejí se na tom také ostatní občané. Díky čemuž dochází k rovnoměrnému zatížení státního rozpočtu.

³⁸ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, str. 89 ISBN 978-80-73675-92-9.

³⁹ Tamtéž, str. 90

⁴⁰ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, str. 168, ISBN 80-245-0998-9.

3.1.2. Státní zdravotnictví

Státní zdravotnictví jako další z historických modelů existuje ve dvou podobách, které se liší politickými a ekonomickými podmínkami země. Obě formy bývají označovány podle jmen svých tvůrců.⁴¹

3.1.2.1. Beveridgeův model

Tento model je pojmenován podle svého zakladatele, Williama Beveridge – britského ekonoma a reformátora v období před druhou světovou válkou.⁴²

Jedná se o tradičního představitele Národní zdravotní služby (návrh byl předložen roku 1942, jenž byl předpokladem přijetí zákona o Národní zdravotní službě roku 1948), kdy se jedná o model financování užívaný zejména ve Velké Británii.

Charakteristickým znakem tohoto modelu je financování zdravotní péče z daní, resp. ze státního (veřejného) rozpočtu, jelikož neexistuje fond zdravotního pojištění jako samostatný okruh financování. Zdrojem tedy v tomto případě není pojistné, ale daně. Dalším rysem je, že stát sleduje a garantuje dostupnost zdravotní péče, pro kterou je vyžadována síť zdravotnických zařízení. Přístup občanů v rámci modelu k praktickým lékařům je neomezený a míra jejich finanční spoluúčasti je velmi nízká anebo žádná.⁴³

Národní zdravotní služba ve Velké Británii se řadí k prototypům Beveridgekého modelu, který se vyznačuje svou solidárností. Skládá se ze čtyř zdravotnických systémů – NHS (Anglie), NHS Skotsko, NHS Wales a NHS Severní Irsko. Odpovědnost za tyto systémy mají jednotlivé vlády daného území.⁴⁴ Téměř všichni nemocniční lékaři a sestry jsou v Anglii zaměstnanci NHS.

Za určitou formu tohoto modelu je možné brát i Douglasův model národního zdravotního pojištění, který se objevuje například v Kanadě a Austrálii. *„Ten je rovněž postaven na daňových příjmech, přičemž federální stát dotuje jednotlivé provincie, které zodpovídají za financování a poskytování zdravotní péče obyvatelstvu na svém území.“*⁴⁵

⁴¹ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009, str. 98 ISBN 978-80-73675-92-9

⁴² Tamtéž, str. 98

⁴³ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, str. 163 ISBN 80-245-0998-9.

⁴⁴ NHS Choices: About the National Health Service (NHS) in England. [online]. 2012 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>

⁴⁵ NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. Str. 20 ISBN 978-802-4726-281.

3.1.2.2. Semaškův model

Tento model se stal stěžejním v Sovětském svazu před druhou světovou válkou. Za jeho zakladatele je považován N. A. Semaško, jenž byl po roce 1917 prvním lidovým komisařem pro zdravotnictví. Je autorem centrálně řízeného státního zdravotnictví, které fungovalo jako tzv. „socialistické zdravotnictví“ v Československu. Po Sametové revoluci v roce 1989 dochází ke značným změnám z hlediska zdravotnictví a tento model centrálně řízeného zdravotnictví je postupně opouštěn.

3.1.3. Liberální model

Někdy označován za tržně orientovaný model zdravotnictví, který je považován za základní ve Spojených státech amerických. Odlišuje se od ostatních modelů zejména tím, že stát negarantuje ani základní zdravotní péči pro svou populaci v rámci ústavních zákonů ani jiných právních aktů. Nejedná se tedy o univerzálně dostupný systém. Nynější americký prezident Barack Obama se však pokouší o změnu v legislativě. Návrh obsahuje povinné zdravotní pojištění, které by bylo dostupné pro desítky milionů nepojištěných Američanů. O této reformě, kterou schválil Kongres, rozhodoval i Odvolací soud ve Washingtonu. Ten však rozhodl, že zdravotnická reforma je v souladu s americkou ústavou a nepopírá žádné dotčené ustanovení.⁴⁶

Pokud jde o financování amerického zdravotnictví, představuje pluralitní systém, který obsahuje jak soukromé zdravotní pojištění, tak veřejné zdravotní programy. K těmto programům se řadí Medicare a Veteran's Health Administration, které jsou financovány z federálních daní, a Medicaid, jenž je zároveň spolufinancován z daní jednotlivých států unie.⁴⁷ Ostatní občané, kteří nespádají do těchto programů, tak mají možnost se dát pojistit v rámci soukromého zdravotního pojištění. Toto pojištění mohou sjednat jako individuální nebo v rámci svého zaměstnání ho poskytují zaměstnavatelé, kteří pro své zaměstnance tvoří specifické zdravotní balíčky.

Největším problémem tohoto systému je však velké množství nepojištěných. „Podle studie publikované v srpnu 2007 americkým statistickým úřadem U. S. Census Bureau mělo roku 2006 zdravotní pojištění 84,2 procenta

⁴⁶ Obama vyhrál dílčí spor o ústavnost reformy zdravotnictví: ZDN. [online]. 2011 [cit. 2013-02-07]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/ze-zahranici/obama-vyhral-dilci-spor-o-ustavnost-reformy-zdravotnictvi-462199?seo_name=zdravotnicke-noviny

⁴⁷ DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, str. 107, ISBN 80-245-0998-9.

obyvatel. Procento lidí bez pojištění tak od roku 2005 vzrostlo o 2,2 milionu lidí z 15,3 procenta na 15,8 procenta. Nyní je bez zdravotního pojištění 47 milionů Američanů.⁴⁸ Mezi nepojištěné patří zejména tyto skupiny:

- a) chudí nebo zchudlí občané
- b) mladí lidé do 25 let
- c) zaměstnanci, jež nejsou pojištěni zaměstnavatelem.⁴⁹

V USA je několik programů, které jsou financovány státem. Mezi tyto programy patří Medicare, Medicaid, veteránské programy a SCHIP (State Children Health Insurance Program).

1. Federální program Medicare

Program Medicare představuje federální zdravotní program pojištění v USA, jenž zajišťuje nemocniční a lékařskou péči pro seniory a zdravotně postižené Američany, popřípadě pro některé skupiny chronicky nemocných (těmito jsou například pacienti s poruchou ledvinových funkcí). Program se skládá ze dvou hlavních částí, které jsou označovány jako Část A a Část B – pokrývají pobyt v nemocnici a zdravotní pojištění. Připojují se k tomu další dvě části (C a D), které zajišťují financování léků na předpis. Část D byla zavedena v roce 2006. Jedná se o program, který je nabízen soukromými pojišťovnami, prostřednictvím čehož nabízejí zdravotní plány a seznamy léků, na které se dané pojištění vztahuje.⁵⁰ Tento jednotný program zdravotní péče je financován několika způsoby, zejména však z daní. Daně jsou vybírány na základě federálního zákona (FICA – Federal Insurance Contributions Act). Výše daně je představována 2,9 % ze mzdy – polovinu si platí zaměstnanec a polovinu platí zaměstnavatel. Dalším zdrojem je vybrané pojistné, daň z pobírání sociálních dávek a od roku 2006 poplatky za léky.⁵¹

2. Federální program Medicaid

Tento program je určen zejména chudým občanům a rodinám s nízkými příjmy. Ne každý člověk však na tento systém dosáhne, je totiž určena federální

⁴⁸ Zdravotnictví USA: zdraví k nezaplacení. *Zdravotnictví USA* [online]. 2007 [cit. 2013-02-07]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/pojisteni/29425-zdravotnictvi-usa-zdravi-k-nezaplaceni>

⁴⁹ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. str. 108, ISBN 978-80-7367-592-9.

⁵⁰ What is Medicare? What is Medicaid?. *Introduction to Medicare and Medicaid. Contains information, diagrams and videos*. [online]. 2009 [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: <http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/>

⁵¹ Viz Příloha č. 5

úroveň (hranice) chudoby (tzv. Federal poverty guideline), díky níž je stanoveno, kdo je považován ve Spojených státech amerických za chudého. Tímto faktorem je roční příjem rodiny. Pro rok 2012 byla tato hranice stanovena na \$23,050 pro čtyřčlennou rodinu, pro další osobu v rodině je určena částka \$3,690. Pokud však osoba žije sama, je hranice chudoby stanovena na \$11,170.⁵² Primární dohled nad tímto programem je na federální úrovni, ale každý stát si v této oblasti stanovuje vlastními právní normy, určuje typ, množství, dobu trvání služeb a rozsah těchto služeb, nastavuje rychlost plateb za využití služby a spravuje vlastní program v rámci Medicaid. Z poloviny je financován z federálních daní, z druhé poloviny z daní jednotlivých států.

Klientelu v rámci tohoto programu představují zejména těhotné ženy a ženy vyživující nezletilé děti, ale také lidé, kteří z nejrůznějších jak zdravotních, tak sociálních důvodů nemohou vykonávat práci (např. slepí).⁵³

3. Veteránské programy – tzv. Veteran´s Health Administration

Jedná se o zdravotní program pro vojáky, válečné veterány a jejich rodiny, které jsou součástí United States Department of Veterans Affairs (VA). Historické kořeny sahají do roku 1636, kdy plymouthští poutníci bojovali s Indiány Pequot. Poutníci na základě této události připravili a schválili „zákon“, díky němuž bude postaráno o postižené bojovníky.

4. SCHIP

Tento program slouží dětem z rodin, které nedosahují tak nízkých příjmů, aby byly zařazeny do programu Medicaid, ale nemohou si dovolit vlastní pojištění. Byl zaveden roku 1997 a v dnešní době ho využívá kolem osmi milionů dětí. Financování spadá jak do kompetence jednotlivých států, tak nad ním dohlíží federální vláda. Federální vláda dotuje program o přibližně 15% více než program Medicaid. Státy mohou tento program využít třemi způsoby, a to rozšíření programu Medicaid, druhou možností je oddělení dětského programu od programu Medicaid, nebo kombinace dvou předchozích.⁵⁴

⁵² Federal Poverty Level. *US Economy* [online]. 2012 [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: http://useconomy.about.com/od/glossary/g/Federal_Poverty_Level.htm

⁵³ By population. *Medicaid* [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Population/By-Population.html>

⁵⁴ Children´s Health Insurance Program (CHIP). *Medicaid - Keeping America Healthy* [online]. 2009 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP.html>

Nejzávažnějším problémem těchto programů a dá se říci, že i tržního systému, je nákladnost a omezená dostupnost. Velkým rozdílem je zdravotní stav populace mezi velkými a menšími městy, ale také je spatřována rozdílnost mezi jednotlivými rasami americké populace. Velice překvapivou je vysoká úmrtnost novorozenců a kojenců, jedná se o jednu z nejvyšších hodnot mezi průmyslovými zeměmi: přibližně 6,9 úmrtí na 1000 živě narozených dětí (2005)⁵⁵ – ve srovnání s Českou republikou, kde byla úmrtnost v roce 2007 úmrtnost 2,47.⁵⁶ Hnilicová (2009) uvádí jako další nevýhodu amerického modelu časté soudní spory ohledně postupu amerických lékařů, jenž stojí systém další peněžní prostředky v podobě vysokého odškodného pro postižené pacienty. Toto riziko se kvůli této události promítá zásadně do ceny pojištění lékařů a nemocnic. Snaha vyhnout se obvinění za zanedbání zdravotní péče přivádí lékaře do situace, že určité výkony dělají zbytečně a pro jistotu i opakovaně. Což představuje tzv. „defenzivní medicínu“, která zvyšuje podíl nadbytečné péče a výrazně ovlivňuje náklady, a to zejména negativně.⁵⁷

3.2. Modely financování zdravotnictví

Prostřednictvím historických modelů, které prošly dlouhodobým a složitým společenským vývojem, se vytvořily zdravotnické systémy, jež se přizpůsobily zájmům a potřebám společnosti. Různými změnami však prochází každý společenský systém každého státu. Výsledkem těchto procesů je neobyčejná rozmanitost zdravotnických soustav, proto není jednoduché provést odpovídající třídění. Další komplikací je skutečnost, že zdravotnický systém státu nefunguje individuálně, bez návaznosti na jiné politické a společenské aspekty. Jak je uváděno, nejvhodnějším klasifikačním znakem je míra regulačních zásahů státu do struktury a funkce zdravotnictví. Podle toho se vytvořilo jedno z mnoha členění systémů na komerční typ, kdy lékaři jsou samostatní podnikatelé, kteří využívají živnostenského oprávnění. Liberalistický typ, kde je zdravotní péče pokládána jak za zboží, tak veřejnou službu a stát reguluje vztah mezi pacientem

⁵⁵ Podobnosti a odlišnosti demografické reprodukce. *XLII. konference České demografické společnosti ČR v EU a ve světě: socioekonomické souvislosti populačního vývoje* [online]. 2012 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/ceska-demograficka-spolecnost/ke-stazeni/prispevky-z-xlii.-konference-cds/Sidlo_Kocourkova_Novak_2012.pdf

⁵⁶ *Rodička a novorozenec 2011*. Praha: ÚZIS ČR, 2011, s. 16. ISBN 978-80-7472-031-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozene-2011>

⁵⁷ JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 294 s., ISBN 978-80-7367-592-9.

a lékařem. Pojišťovnický, někdy nazývaný též jako pluralitní nebo smíšený typ, který se dá charakterizovat jako systém soukromého pojištění. Dalším typem je národní zdravotní služba, která odpovídá již zmíněnému historickému modelu a posledním typem je typ státní, který přejímá částečně prvky Národní zdravotní služby.⁵⁸

„V rámci financování péče o zdraví jsou řešeny otázky, jakým způsobem jsou tvořeny, alokovány a spotřebovány finanční prostředky. Zvažuje se, jak a odkud získat dostatečné finanční prostředky, jak překonat finanční bariéry v přístupu k péči o zdraví anebo jak zajistit spravedlivý a ekonomicky efektivní systém zdravotnických služeb.“⁵⁹

3.3. Členění modelů financování

Toto členění používá Miroslav Barták v publikaci *Ekonomika zdraví*. Jedná se o zcela jiné pojmenování modelů financování, které nepřipomíná svým názvem žádný historický model, ale obsahově tyto modely rozvíjí.

3.3.1. Systém přímých úhrad

Barták (2010) označuje tento systém financování jako za historicky nejstarší. Jedná se o to, že pacienti neposkytují své finanční prostředky do určitého fondu, ale přímo za poskytnutou péči platí. Tyto prostředky mohou být jak ve formě peněz nebo ve formě věcné, například naturálie nebo určitá protislužba. Neexistuje zde žádný mezičlánek, jde jen o základní vztah mezi pacientem a lékařem. Formu přímých úhrad využívají jako hlavní zdroj financování zejména méně rozvinuté státy v Africe. V tomto případě se vyskytuje zásadní problém z hlediska finanční schopnosti/neschopnosti rodin se zdravotním problémem. Pokud vezmeme v potaz velice nízkou životní úroveň a nízké HDI⁶⁰, tedy index rozvoje společnosti (HDI představuje pokus o specifikaci kvality lidského života např. z hlediska chudoby, vzdělání, zdravotní péče aj. Tento index vypracovává OSN). Je samozřejmé, že rodina s dětmi nebude mít takové příjmy na to, aby v případě zdravotní nouze byla schopna se o své zdraví postarat.

⁵⁸ HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, s.80, ISBN 80-701-3417-8.

⁵⁹ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 81, ISBN 978-807-3575-038.

⁶⁰ Human Development Index (HDI). *Human development reports* [online]. 2011 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>

Tento model považují za ne zcela kvalitně propracovaný. Negativa spatřují zejména v nepředvídatelnosti poskytnutí finančních prostředků a také nedostupnosti zdravotní péče pro každého, a to zejména z hlediska finanční náročnosti a nutnosti jednorázového poskytnutí peněžního obnosu.

3.3.2. Financování z daňových výnosů

Toto financování se podobá tzv. Beverigovu modelu. Podstatou je financování z daňových výnosů, které odvádí občané. Nejedná se jen o všeobecné daně, ale také o daně spotřební. V některých státech je stanovena specifická daň, která představuje povinnost pro občany. Z těchto zdravotních daní se pak financuje zdravotní péče. Výhodou je to, že prostřednictvím této daně je možné financovat alespoň základní zdravotní péči pro každého občana. Vzniká tu trojstranný vztah, kde hlavními aktéry jsou pacienti, poskytovatelé zdravotních služeb a stát. Pacienti představují „dárce“ finančního obnosu v podobě daně do státního rozpočtu. Dále pak poskytují tzv. uživatelské poplatky, pod kterými si můžeme představit například regulační poplatky, příplatky za nadstandardní péči aj. Za tyto poplatky poskytovatelé zdravotní péče poskytují služby pacientům a zároveň poskytují platby státu. V označení tohoto modelu se přikláním k označení, které uvádí Barták (2010), a to z toho důvodu, že lépe vystihuje podstatu modelu.

3.3.3. Model veřejného zdravotního pojištění

V ČR je tento model typický. Představuje veřejné zdravotní pojištění, jak ho zná česká legislativa. Vztahy jsou však komplikovanější. Vyskytují se zde znovu tři subjekty – pacienti, poskytovatelé a stát. Finanční prostředky jsou však rozšířeny. V předchozím je uváděno financování v podobě daní, zde je toto financování extenzivnější, a to o pojistné. Základní vztah je tu mezi pacienty a poskytovateli zdravotních služeb. Pacienti odvádějí daně státu, dále platí pojistné a uživatelské poplatky. Pacient však pojistné nemusí platit přímo, jsou zde skupiny osob, za které platí pojistné stát.

3.3.4. Soukromé zdravotní pojištění

Jedná se o typ pojištění, který nemusí být z finančního hlediska dostupný pro celou populaci v daném státě. Soukromé zdravotní pojištění poskytují soukromé pojišťovny na základě zhodnocení zdravotních předpokladů, na základě

dostatečného posouzení zdravotního stavu a naděje dožití pro pacienta.⁶¹ Jako v předchozích je zde trojstranný vztah, kde se namísto státu vyskytuje soukromá pojišťovna. Po uzavření smlouvy o poskytnutí soukromého zdravotního pojištění mezi klientem (případným budoucím pacientem) a pojišťovnou se zakládá základní právní vztah. Tento vztah spočívá v tom, že v případě pojistné události dojde k vyplacení sjednaného plnění. V rámci pojištění může být například proplacen nadstandardní pobyt v nemocnici nebo nadstandardní péče o zuby.

Jedna z prvních pojišťoven, která začala poskytovat na území ČR pojištění nadstandardní péče, je dceřiná společnost VZP, tzv. Pojišťovna VZP. Seznam položek, které jsou poskytovány v náročnější ekonomické variantě, představuje 18 úkonů řazených do 3 skupin: dražší očkování, sádry a oční čočky.⁶²

Z hlediska srovnání s předchozími historickými modely, lze říci, že soukromé zdravotní pojištění je nejbližší liberálnímu typu využívanému např. v USA. Zejména proto, že někteří lidé nedosahují tak minimálních příjmů nebo věku, aby spadali do státního programu, ale přesto nemají finanční prostředky, aby si zařídili soukromé zdravotní pojištění. V tomto spatřuji negativum pojištění. Další nevýhodou je, že soukromá zdravotní pojišťovna po prostudování zdravotních rizik může rozhodnout, že daného člověka nepojistí nebo mu nabídne tak vysoké pojištění, že nebude v jeho schopnostech a možnostech zaplatit výši pojistného.

3.3.5. Přístup WHO ke klasifikaci typů financování

Světová zdravotnická organizace klasifikovala tyto typy financování zdravotní péče, které se podobají výše vyjmenovaným a popsáním. Jedná se o financování založené na výnosech z daní, financování prostřednictvím sociálního (veřejného) zdravotního pojištění, financování soukromým zdravotním pojištěním – tyto typy se svou podstatou shodují s předchozími. Další typy financování jsou specialitou, kterou WHO představila. Nově definovanými druhy je financování pomocí komunitního zdravotního pojištění, financování prostřednictvím spořicíh účtů a financování prostřednictvím experimentálních přístupů⁶³. Níže budou popsány pouze poslední 3 typy.

⁶¹ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, str. 86, ISBN 978-807-3575-038.

⁶² Další zlom v českém zdravotnictví: *Peníze.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/soukrome-zdravotni-pojisteni/240409-dalsi-zlom-v-ceskem-zdravotnictvi>

⁶³ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, str. 87, ISBN 978-807-3575-038.

a) Komunitní zdravotní pojištění

Jde o specifický typ soukromého zdravotního pojištění, kde jsou do tohoto typu zapojeny místní komunity. Tento institut je proto používán v některých oblastech Afriky.

b) Financování prostřednictvím spořicíh účtů

Spořicí účty slouží k uchovávání peněžních prostředků pro financování situací spojených se zdravotními problémy. Prostředky na těchto účtech jsou vyhrazeny pouze pro nákup zdravotní péče, k jiným účelům nemohou být využity. Jednalo by se o neúčelovost tohoto účtu. *„Byly zavedeny, aby podpořily úspory na předpokládané vysoké náklady zdravotní péče, ale také z důvodu získání dalších finančních zdrojů do zdravotnického systému.“*⁶⁴ Tyto účty jsou využívány jen v několika zemích. Jednou z nich je USA. *„Zdravotní spořicí účty byly vytvořeny v rámci reformy zákonů týkající se Medicare, které podepsal v roce 2003 tehdejší prezident George W. Bush. Místo tradičního zdravotního pojistného plánu si jedinec kupuje pojistný plán, který kryje pouze tu část zdravotní péče, jež je nákladná.“*⁶⁵

c) Financování prostřednictvím experimentálních přístupů

Tato klasifikace představuje moderní přístupy, které jsou zaváděny do praxe kvůli oživení financování a získání finančních zdrojů. *„Na národní úrovni tyto přístupy zahrnují hypotetické daně, národní loterie a partnerství veřejného a soukromého sektoru při financování systému péče o zdraví.“*⁶⁶ Dalšími možnostmi jsou představovány přístupy na mezinárodní úrovni, které zahrnují například IFF, což je program, v rámci kterého jsou prodávány vládní cenné papíry.

3.4. Financování zdravotnictví v České republice v současnosti

Zdravotnictví jako sektor veřejné politiky, se svým rozsahem dotýká každého člena ve společnosti. Vzhledem k výši částek, které jsou do této oblasti směřovány z veřejných i soukromých zdrojů, se řadí mezi nejvýznamnější odvětví ekonomiky. *„Cílem zdravotnictví je přispívat ke zlepšování zdraví lidí a zajistit*

⁶⁴ Tamtéž, str. 87

⁶⁵ Jsou zdravotní spořicí účty tím správným lékem?. *Zdravotnické noviny*. 2005, č. 16.

⁶⁶ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, str. 87, ISBN 978-807-3575-038.

*dobrou funkci systému poskytujícího zdravotní služby.*⁶⁷ Tohoto cíle by však nebylo možné dosáhnout, kdyby nebyly shromažďovány dostatečné finanční prostředky. Základní způsob získávání finančních prostředků a zajištění odpovídajícího financování zdravotnictví v České republice je pojistné na veřejné zdravotní pojištění, které odvádí populace do fondů zdravotního pojištění, ať už přímo nebo nepřímo. Dalším zdrojem je financování prostřednictvím státního rozpočtu a prostřednictvím místních a krajských rozpočtů. Z hlediska dostupnosti sem můžeme zařadit také soukromé zdravotní pojištění poskytované soukromými pojišťovnami. Tyto zdroje můžeme označit jako nepřímé. Za přímý zdroj financování zdravotní péče se považují přímé platby od pacientů, které známe v podobě regulačních poplatků.⁶⁸

3.4.1. Státní rozpočet

Státní rozpočet představuje odhad mezi příjmy a výdaji, které jsou určeny k zabezpečení chodu státu a jeho jednotlivých programů. Příjmy a výdaje státního rozpočtu se pak člení do kapitol (například Ministerstvo zdravotnictví ve státním rozpočtu představuje kapitolu 335). Státní rozpočet ČR je sestavován pro každý rok Ministerstvem financí ČR, který ho následně předkládá ke schválení Vládě ČR. Vláda zašle návrh zákona o státním rozpočtu ke schválení do Poslanecké sněmovny ČR. Z hlediska státního rozpočtu je důležité také zmínit druhové třídění rozpočtové skladby, kdy pod číslem 16 je zahrnuto povinné pojistné, a to pojistné na veřejné zdravotní pojištění, pod číslem 35 nalezneme jednotlivé položky ve zdravotnictví (např. ambulantní péče, ústavní péče aj.), které jsou financovány částečně státním rozpočtem.

Základním finančním tokem do státního rozpočtu jsou daňové příjmy brané bez pojistného na sociální zabezpečení. Tyto daně jsou placeny případnými pacienty nebo klienty nejen zdravotní péče. Jedná se o DPH, spotřební daně, daně z příjmů jak právnických osob, tak osob fyzických a ostatní daňové příjmy. Zde hraje hlavní roli Ministerstvo financí ČR, které tyto daně přijímá. Tyto finanční toky jsou na základě již zmíněného zákona přerozdělovány jak Ministerstvu zdravotnictví (které prostřednictvím těchto zdrojů financuje hygienické stanice), tak zdravotním pojišťovnám, jež používají prostředky k pokrytí vlastních nákladů,

⁶⁷ HOLČÍK, Jan, Pavlína KÁŇOVÁ a Lukáš PRUDIL. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, str.9, ISBN 80-701-3417-8.

⁶⁸ ČERVENKA, Miroslav. *Soustava veřejných rozpočtů*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2009, str.71, Student. ISBN 978-808-7212-110.

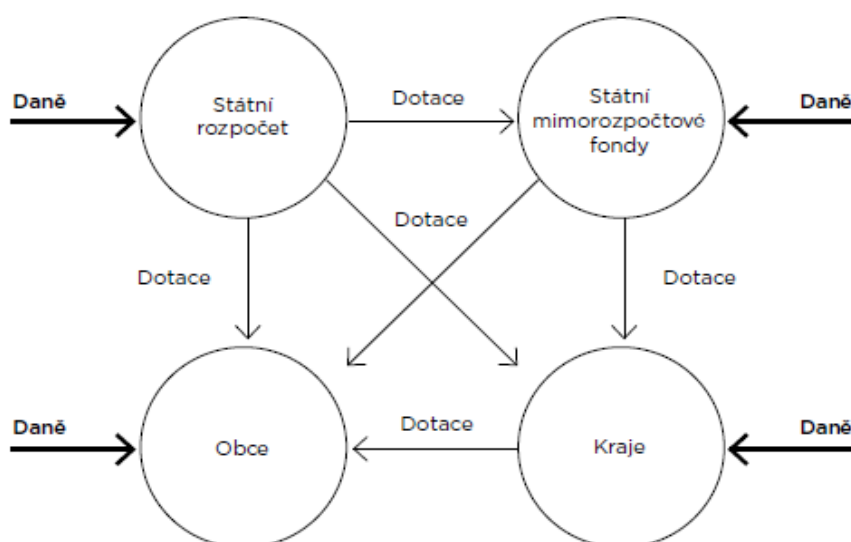
ale také proplácení poskytnuté služby nemocnicím, lékařům a specialistům. Ministerstvo financí ČR ale také poskytuje peněžní prostředky ministerstvu obrany, spravedlnosti, dopravy a vnitra, které je dále přeposílají odborovým zařízením.⁶⁹ Celkové příjmy pro rok 2011 jsou stanoveny na 1 055,770 mld. Kč, z toho daňové příjmy představují 543,16 mld. Kč.⁷⁰

Podle dostupných údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR dosáhly veřejné výdaje na zdravotnictví v roce 2011 výše 242 410 mil. Kč. Veřejné výdaje na zdravotnictví v přepočtu na 1 obyvatele dosáhly v roce 2011 výše 23 094 Kč. Přibližně 7% z veřejných výdajů představovaly výdaje veřejných rozpočtů.⁷¹ Je třeba také zmínit, že podle používané mezinárodní metodiky se za veřejné výdaje považuje státní rozpočet a rozpočty územních samosprávných celků (krajů a obcí).

3.4.2. Rozpočty územních samosprávných celků (obce a kraje)

Obce a kraje jako nižší a vyšší územní samosprávné celky byli zavedeny zákony z roku 2000, a to zákonem č. 128/2000 Sb., tzv. obecní zřízení, č. 129/2000 Sb., tzv. krajské zřízení a zvláštní zákon týkající se hlavního města Prahy, č. 131/2000 Sb. Z hlediska zdravotnictví poskytuje kraj příspěvky a dotace obcím na podporu ve zdravotnictví. Tok finančních prostředků není jednoduchý, nejlépe ho vyjadřuje následující obrázek:

Obr. č. 1 – Tok finančních prostředků⁷²



⁶⁹ Viz Příloha č. 6

⁷⁰ Viz Příloha č. 7

⁷¹ *Ekonomické informace ze zdravotnictví*. Praha: Ústav zdravotnických informací a informatiky ČR, 2012. ISSN 1211-6467.

⁷² CÍSAŘOVÁ, Eliška a Jan PAVEL. *Průvodce komunálními rozpočty, aneb jak může informovaný občan střežit obecní pokladnu*. Praha: Transparency International - Česká republika, 2008, str. 18, ISBN 978-808-7123-065.

Struktura příjmů obecních rozpočtů a poměr mezi vlastními a dotačními příjmy jsou do značné míry determinovány rozsahem pravomocí a prováděných aktivit, resp. systémem veřejné správy.⁷³ Příjmy rozpočtu se rozlišují na daňové, nedaňové, kapitálové příjmy a přijaté dotace. Tyto přijaté dotace hrají velice významnou roli, jelikož ze státního rozpočtu plynou do rozpočtu kraje a obce, které je pak použijí nejen na financování zdravotnictví. Patří sem například neinvestiční přijaté dotace ze státního rozpočtu v rámci souhrnného dotačního vztahu. Jedná se o druhý nejvýznamnější zdroj prostředků místních rozpočtů. K vypracování a sestavování rozpočtů obcí a krajů je využíván zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů. Finanční hospodaření územních samosprávných celků a svazků obcí se řídí jejich ročním rozpočtem a rozpočtovým výhledem. Tyto prostředky jsou určeny k pokrytí financování specifických činností, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Jsou to například výdaje na vědu, vzdělání zdravotnických pracovníků, preventivní programy, ale také na provoz státní zdravotní správy.

K porovnání výdajů na zdravotnictví jsem vybrala dvě statutární města s podobným počtem obyvatel, aby bylo vůbec možné tyto výdaje porovnat, ať již celkově nebo v přepočtu na 1 obyvatele. Jedná se o Hradec Králové a České Budějovice. Hradec Králové podle posledního sčítání obyvatel z roku 2011 má 94 312 obyvatel, České Budějovice mají 93 715 obyvatel.⁷⁴ Pokud bychom vzali výdaje ve zdravotnictví na 1 obyvatele, tak statutární město Hradec Králové poskytuje 132,57 Kč. V Českých Budějovicích je výdaj ve zdravotnictví na 1 obyvatele 168,05 Kč.

3.4.3. Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je nejdůležitějším zdrojem a formou financování zdravotnictví a zdravotní péče. Jedná se o zákonné pojištění. Výdaje na zdravotní péči v roce 2011 z 93% pokrývalo veřejné zdravotní pojištění.⁷⁵ „V České republice mají klíčové postavení zdravotní pojišťovny, jejichž příjmy

⁷³ CÍSAŘOVÁ, Eliška a Jan PAVEL. *Průvodce komunálními rozpočty, aneb jak může informovaný občan střežit obecní pokladnu*. Praha: Transparency International - Česká republika, 2008, str. 8, ISBN 978-808-7123-065.

⁷⁴ Výsledky sčítání lidu, domů a bytů. *Český statistický úřad* [online]. 2011 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/definitivni_vysledky_scitani_lidu_domu_a_bytu

⁷⁵ *Ekonomické informace ze zdravotnictví*. Praha: ÚZIS, 2012. s. 16, ISSN 1211-6467.

*plynou z veřejného zdravotního pojištění.*⁷⁶ Toto pojištění je povinna platit každá osoba, a to buď sama, anebo v zastoupení. Hlavní zásadou je solidarita, ale také rovnost přístupu k poskytování zdravotní péče. *„V systému veřejného zdravotního pojištění je tedy několik rovin solidarity. Na úrovni výběru finančních prostředků se solidarizují ti, kteří peníze vydělávají s těmi, kteří zdravotní péči čerpají, na úrovni státu se pak pojišťovny s méně nákladnými pojištěnci solidarizují s těmi, kteří je mají nákladnější, a uvnitř každé pojišťovny se solidarizují zdravější pojištěnci s těmi nemocnějšími.*⁷⁷

Veřejné zdravotní pojištění v České republice je založeno na třech subjektech. Těmito subjekty jsou pojištěnci, poskytovatelé služeb a zdravotní pojišťovny. Vztahy, které vznikají mezi subjekty, jsou upraveny zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Významné postavení v rámci tohoto vztahu má stát, který platí pojistné za určité kategorie pojištěnců. Stát v roce 2011 odváděl pojistné zhruba za 6 miliónů obyvatel ve výši 53 miliard korun. Mezi osoby, za které je plátcem pojistného stát, náleží osoby, jenž mají ztíženou sociální pozici ve společnosti. Pojištěnci jsou v tomto případě nezaopatřené děti, důchodci, ženy na mateřské, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a další.

Výše pojistného je stanoveno zákonem č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Představuje procentuální výměru, kterou pojištěnci, zaměstnavatel nebo stát (Ministerstvo financí ČR) bude odvádět. Výměra je určena §2 daného zákona a to tak, že činí 13,5% z vyměřovacího základu. Pojistné se platí na účet zdravotní pojišťovny, u které je pojištěnec veden (§8 – Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn) nebo se platí v hotovosti zaměstnanci příslušné zdravotní pojišťovny, který je pověřen a tím pádem oprávněn tuto částku přijmout. Vybraná finanční částka plyne na zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, který zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. Tento účet slouží k financování hrazených služeb na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění.⁷⁸

⁷⁶ Výsledky zdravotnických účtů. Český statistický úřad [online]. 2012 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012

⁷⁷ *Pacientské listy: Solidarita ve zdravotním pojištění.* Praha: Mladá fronta Dnes, 2009, roč. 2009, č. 2.

⁷⁸ §20 zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Důležitým aspektem vybraného zdravotního pojištění je jeho přerozdělování. Účelem přerozdělování je vyrovnat rozdíly, které vznikají mezi jednotlivými pojišťovnami. Důvodem těchto rozdílů je solventnost plátců, ale zejména výše nákladů na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Přerozdělování má za cíl vytvořit určitou hladinu solidarity mezi pojištěnci s vysokými a nižšími příjmy, ale také solidaritu mezi zdravými a nemocnými. Tento systém byl zaveden zákonem o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění s účinností od 1. ledna 1993. Kritériem pro přerozdělování je počet pojištěnců, za které hradí pojistné stát – podle počtu a věku. Principy přerozdělování se postupem doby měnily. Od zavedení zákona do roku 2004 byly principy přerozdělování následující: 50% vybraného pojistného podléhalo přerozdělování a to tak, že státní pojištěnci do 60 let a nad 60 let byli pokryti 1:2 z přerozdělování. Před koncem roku 2004 se procentuální částka zvýšila na 60 % a podíly na 1:3. Díky novele zákona o pojistném, zákonem č. 438/2004 Sb., s účinností od 1. ledna 2005 je mechanismus přerozdělování pozměněn. Od roku 2005 do roku 2007 se procentuální částka ohledně přerozdělování změnila z 35 % na 100 %. 100 % představuje maximální míru přerozdělování. Další změnou je změna v kritériu přerozdělování podle věku a počtu pojištěnců, za které platí stát. Již se netýká jen pojištěnců, za které pojistné odvádí stát, ale všech pojištěnců podle nákladovosti pojištěnců (36 nákladových indexů podle věku a pohlaví) a podle počtu nákladných pojištěnců.⁷⁹

3.4.3.1. Zdravotní pojištění cizinců

Dalším prvkem a zdrojem finančních prostředků na zdravotnictví a zdravotní péči představuje zdravotní pojištění cizinců. Jedná se o zákonné, účelové pojištění. Toto pojištění má ale jiná pravidla ohledně občanů z Evropské unie a občanů z ostatních zemí. Občanům z Evropské unie však stačí pouze Evropský průkaz zdravotního pojištění, kdežto u občanů z třetích zemí je postup pro získání zdravotního pojištění složitější. Na účast v systému veřejného zdravotního pojištění mají nárok občané Evropské unie, kteří mají na území České republiky trvalý pobyt. Pokud nemají na území ČR trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má na území ČR sídlo, mohou se účastnit tohoto systému. Tyto principy vycházejí ze zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném

⁷⁹ Přerozdělování pojistného. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. 2013 [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdeleni-pojistneho>

zdravotním pojištění, a to z §2 a §3. Osoby ze třetích zemí, pokud získají povolení k trvalému pobytu, stávají se osoby, které podléhají veřejnému zdravotnímu pojištění a jsou povinny se přihlásit na zdravotní pojišťovnu. Pokud tak neudělají, jsou automaticky registrovány u Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

3.4.4. Soukromé výdaje

Mezi soukromé výdaje patří zejména soukromé zdravotní pojištění a od roku 2008 také regulační poplatky. Tyto soukromé výdaje domácností představují doplňkový zdroj financování. *„V převážné většině případů si domácnosti platí léky a prostředky zdravotnické techniky. Dalším soukromým výdajem jsou výdaje za nadstandardní služby u stomatologů.“*⁸⁰

3.4.4.1. Soukromé zdravotní pojištění

Soukromé zdravotní pojištění představuje dobrovolné pojištění, které je doplňkové ve vztahu k veřejnému zdravotnímu pojištění. Je založeno na komerční bázi. *„V soukromém zdravotním pojištění lze sjednat zejména obnosové pojištění pro případ pracovní neschopnosti, pobytu v nemocnici a pak škodové pojištění pro případ úhrady stomatologické péče a úhrady prostředků zdravotnické techniky předepsaných v důsledku úrazu.“*⁸¹ Takové pojištění může tedy krýt výlohy ve zdravotnictví, které nespádají do služeb hrazených v rámci veřejného zdravotního pojištění. Zákonem o veřejném zdravotním pojištění je určeno, jaké služby jsou hrazeny ze zdravotního pojištění a které do této kategorie nespádají. Jsou stanoveny v příloze č. 1 tohoto zákona. Výjimkou je, že příslušná zdravotní pojišťovna uhradí ve výjimečných případech zdravotní služby jinak zdravotní pojišťovnou nehrazené, je-li poskytnutí takových služeb jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

3.4.4.2. Regulační poplatky v České republice

Regulační poplatky byly zavedeny novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to pod §16a. Tato novela začala být účinná od 1. 4. 2009, od 1. 1. 2012 došlo k navýšení regulačního poplatku za poskytování ústavní péče a změny v regulačních poplatcích za recepty. Z hlediska domácností bylo zavedení regulačních poplatků velmi diskutovanou oblastí na poli politiky.

⁸⁰ Výsledky zdravotnických účtů. Český statistický úřad [online]. 2012 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012

⁸¹ KARFÍKOVÁ, Marie a Vladimír PŘIKRYL. *Pojišťovací právo*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2010, str. 284, Student (Leges). ISBN 978-808-7212-455.

Ač se však prozatím jedná o doplňkový systém financování zdravotní péče, lze do budoucna očekávat nárůst tohoto zdroje peněžních prostředků.

Původní výše poplatků byla stanovena na 30 Kč za vyšetření u lékaře a položku na receptu, 60 Kč za poskytnutí ústavní péče a 90 Kč za využití lékařské pohotovostní služby. Z hlediska poskytnutí ústavní péče došlo k nárůstu na 100 Kč a u receptů je změna v položkovém placení – nyní se platí regulační poplatek za celý recept, ne již za položky na receptu. Tyto regulační poplatky pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce hradí poskytovateli, který hrazené služby poskytl.

a) 30 Kč

Poplatek 30 korun se platí za návštěvu, při kterém bylo provedeno klinické vyšetření, a to u lékařů, které jsou poskytovateli v oboru všeobecného lékařství, praktického lékařství pro děti a dorost, gynekologie a porodnictví nebo za návštěvu, při kterém bylo provedeno vyšetření v oboru stomatology, u klinického psychologa nebo logopeda. Tento poplatek se ale také platí za recept, na jehož základě došlo k výdeji prvního z balení předepsaných hrazených léčivých přípravků nebo potravin pro zvláštní lékařské účely.

Pro určité osoby je však zákonem stanoveno, že tyto regulační poplatky neplatí. Jedná se například o děti do dovršení 18 let věku, pojištěnce umístěné v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy, pojištěnce, kteří prokážou, že pobírají dávky v hmotné nouzi aj. Z pozitivního vymezení, kdy se regulační poplatky platí, je v zákoně uveden také negativní výčet – za které výkony se regulační poplatky neplatí. Jedná se o preventivní prohlídky, při hemodialýze a dalších úkonech stanovených zákonem.

b) 90 Kč

Tento poplatek se platí za využití lékařské pohotovostní služby nebo pohotovostní služby v oboru zubní lékařství. Pohotovostní služba je stanovena v pracovní dny na dobu od 17 do 7 hodin, v sobotu, v neděli a ve svátek. Podmínkou ale je, že v tyto dny není tato doba stanovena jako doba pracovní. Regulační poplatek ve výši 90 korun se neplatí, pokud je pacient převzat lékaři do lůžkové péče. Z tohoto tedy také vyplývá, že za pohotovostní službu se neplatí v pracovní dny v době od 7 do 17 hodin.

c) 100 Kč

100 Kč představuje poplatek za každý den pobytu v ústavní péči, což představuje pobyt v nemocnicích, zařízeních následné péče a v odborných léčebných ústavech. Dále se platí za lázeňskou péči v lázeňské léčebně. Regulační poplatek se neplatí, jedná-li se o ústavní péči o narozené dítě (ode dne porodu do dne propuštění), pobyt ve stacionáři a za poskytování příspěvkové lázeňské péče nebo hospicové péče.

Všechny tyto regulační poplatky jsou příjmem poskytovatele, jenž je vybral. Mají sloužit k uhrazení nákladů spojených s provozem zdravotnického zařízení s jeho modernizací. Poplatky mají také svou lhůtu splatnosti. O splatnost poplatku ve výši 30 korun a 90 korun zákon však nehovoří. Lze tedy předpokládat, že splatnost je okamžitě po výkonu. Kdežto u poplatku za pobyt v ústavní péči je stanovena platba nejdéle do 8 kalendářních dnů po ukončení hospitalizace, s výjimkou případů, kdy je pojištěnec hospitalizován po dobu delší než 30 dnů. V tomto případě je úhrada stanovena k poslednímu dni kalendářního měsíce. Zaplacené regulační poplatky se započítávají do limitů regulačních poplatků a doplatků na léčiva nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely. Tyto limity jsou nastaveny na 2 500 Kč nebo 5 000 Kč. Pokud budou tyto limity překročeny, má zdravotní pojišťovna povinnost uhradit pojištěnci nebo jeho zákonnému zástupci částku, o kterou je limit překročen.

Jsou tedy čtyři základní druhy poplatků, z nichž nejvyšší částky, a to 2 657 mil. Kč (tj. 47,3 % z uhrazených poplatků) představují poplatky za recept (resp. za předepsané léčivé přípravky či potraviny pro lékařské účely). Následují poplatky za návštěvu u lékaře v úrovni 1 530 mil. Kč (27,2 %), za hospitalizaci (resp. ústavní a lázeňskou péči) ve výši 1 243 mil. Kč (22,1 %) a konečně poplatky za pohotovostní službu ve výši více než 191 mil. Kč (3,4%).^{82, 83}

Regulační poplatky představují znatelný zásah do úspor domácností. Pro zavedení poplatků se ozývaly hlasy, které tak chtěli omezit přetíženost ordinací a časté zneužívání poskytování zdravotní péče. Po zavedení došlo ke snížení návštěv u lékaře, ale objevily se případy, kdy nečasné objevení nemoci zapříčinilo větší náklady na lékařskou pomoc. V úvahu se také musí vzít

⁸² Výsledky zdravotnických účtů. Český statistický úřad [online]. 2012 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012

⁸³ Viz Příloha č. 8

věk jednotlivých pacientů. Faktem je, že s přibývajícím věkem jsou náklady na léčbu mnohonásobně vyšší a tím tyto osoby velice zatěžují.

Regulační poplatky nejsou výjimkou ani u odsouzených ve výkonu trestu odnětí svobody. I tyto osoby jsou povinny platit regulační poplatky za poskytnutou zdravotní péči. V takovém případě dojde k úhradě z účtu obviněného nebo odsouzeného, není-li na účtu dostatek peněz, vězeňská služba tento poplatek bude vést jako pohledávku a posléze ji bude moci vymáhat. Pokud je potřeba zaplatit regulační poplatek poskytovateli mimo vězeňský systém (např. lékárna), na což vězeň nemá dostatek finančních prostředků, oznámí tuto situaci zdravotnickému zařízení a ta bude muset částku vymáhat přímo na odsouzeném.⁸⁴

Ústavní soud ČR posuzoval konformitu regulačních poplatků. Byl vydán Nález Ústavního soudu ČR, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 (Sb. n. u. ÚS 91/2008), jenž se týká zavedení regulačních poplatků. Ústavní stížnost byla zamítnuta. Ústavní soud ČR se zabýval účelem zavedení a využitím příjmů z regulačních poplatků. *„Účelem zavedení regulačních poplatků byla regulace chování pacientů ve vztahu ke zdravotnickým zařízením a k pořizování léků v lékárnách, jakož i chování mezi pacienty navzájem. Jak již bylo řečeno, tato regulace má za cíl umožnit poskytování kvalitní zdravotní péče a léků těm, kteří ji skutečně potřebují, a zároveň prohloubit solidaritu mezi pacienty, resp. potenciálními pacienty.“*⁸⁵ Ústavní soud v návaznosti na toto neshledal, že by regulační poplatky měly všeobecně „rdousící efekt“ a představovaly by reálně pro kohokoliv zdravotní péči či zdravotní pomůcky nedostupnými. V individuálních případech lze postupovat podle §16a odst. 2 písm. d) zákona o veřejném zdravotním pojištění a nelze přehlédnout ani omezující limit 5 000 Kč daný § 16b odst. 1 téhož zákona.⁸⁶

3.4.4.3. Regulační poplatky ve zdravotnictví ve státech sousedících s Českou republikou

a) Regulační poplatky na Slovensku

V době, kdy se Česká republika zabývala legislativní úpravou ohledně regulačních poplatků ve zdravotnictví, Slovensko již zkušenosti s touto úpravou

⁸⁴ Regulační poplatky ve zdravotnictví. *Vězeňská služba České republiky* [online]. 2012 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.vscr.cz/veznice-rynovice-48/informacni-servis-1625/nejcastejsi-dotazy/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-6276>

⁸⁵ NALUS. *Vyhledávání rozhodnutí Ústavního soudu*, sp. zn. Pl. ÚS 1/08 [online]. 2008 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <http://nalus.usoud.cz/Search/Results.aspx>

⁸⁶ DOLEZAL, Adam a Tomáš DOLEZAL. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, c2011-, v. <1>. str. 18, ISBN 978-807-3576-769.

mělo. Již v roce 2002 slovenská vláda zavedla regulační poplatky. Původní výše byla stanovena na 20 Sk za návštěvu u lékaře a recept, 50 Sk za den hospitalizace a 60 Sk za návštěvu pohotovosti. Roku 2006 došlo k legislativním změnám, díky nimž došlo k výrazným změnám v poplatcích (novela nařízení vlády SR č. 722/2004 Sb., o výši úhrady pacienta za služby spojené s poskytováním zdravotní péče ve znění č.485/2006, které nabylo účinnosti 1. 9. 2006). Za návštěvu u lékaře a den hospitalizace se již neplatí a poplatek za recept byl snížen na 5 Sk. V dnešní době, kdy je na Slovensku místo slovenské koruny euro, došlo k přepočtu regulačních poplatků. Platba v ambulanci a v nemocnici zůstala na nulové úrovni. Pokud však při pobytu v nemocnici bude přítomna osoba jako doprovod, je pro ni stanovena výše úhrady na 3,32 € na den. Tuto částku však neplatí doprovod dítěte do jednoho roku, kojící matka s dítětem a doprovod osoby do 18 let, pokud je tato osoba přijata na onkologickou léčbu. Dalším poplatkem je platba za pohotovost, který je 1,99 €. V případě, že však tato osoba bude po prohlídce na pohotovosti přijata na lůžkové oddělení, tento poplatek se jí vrací. Ve stejné výši se na Slovensku hradí také lázeňská léčba. Východiskem je však druh diagnózy. Existují dva typy, a to typ A a typ B. Typ A je ve výši 1,66 € na den, kdežto typ B je rozdělen podle čtvrtletích v roce. V I. a IV. je platba stanovena na 4,98 €/den, ve II. a III. čtvrtletí, kdy je toto období považováno za hlavní sezónu, si pacient uhradí pobyt ve výši 7.30 € za den. V těchto případech tu neexistují ani skupiny, které by byly osvobozeny od povinnosti platit. V prvé skupině však tato skutečnost existuje, patří sem děti do třech let, nositelé Jánského stříbrné plakety, osoby v hmotné nouzi a vojáci vykonávající povinnou vojenskou službu.

Dalším je platba za dopravu či přepravu pacienta sanitkou. Zde je stanovena výše 0,07€ za 1 kilometry jízdy. Existují tu osoby vyloučené z povinnosti platit dopravu sanitkou. Jedná se o osoby zařazené do dialyzačního nebo transplantačního programu, těm, co se poskytuje onkologická léčba a také přeprava z jedné nemocnice do druhé na základě rozhodnutí, které vydává nemocnice.⁸⁷

Rozdíly mezi Českou a Slovenskou republikou jsou patrné na první pohled. Za ošetření u lékaře a za pobyt v nemocnici jsou Slováci osvobozeni úplně. Výhodou tohoto osvobození je, že nemocní nejsou finančně zatíženi

⁸⁷ Zoznam zdravotnických zariadení. *Prehľadne spracované poplatky v zdravotníctve* [online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.zzz.sk/?clanok=13619>

v případě potřebné pomoci. Nemusí se rozmyšlet, zda jejich osobní nebo rodinný rozpočet stačí na to, aby mohli být uzdraveni, anebo musí čekat například do dalšího měsíce, kdy se jim peněžních prostředků dostane. Dalším pozitivem je, že v případě nemoci dojde k včasnému odhalení problému a tím i rychlé, včasné a efektivní léčbě. Naopak problémem může být to, že čekárny lékařů budou přeplněné a čekací doba bude neúměrně dlouhá. Ale pokud je potřeba ošetření, myslím si, že nemocný si rád počká.

b) Regulační poplatky v Polsku

O regulačních poplatcích v Polsku se nedá moc hovořit, jelikož zde je jediný poplatek, a to poplatek za recept ve výši 3,20 zlotých.⁸⁸ Můžeme tedy konstatovat, že polské zdravotnictví je jediné ze sousedních zemí, které ještě nezavedlo regulační poplatky ve smyslu regulačních poplatků v Česku.

c) Regulační poplatky v Německu

V prvé řadě je nutné zmínit tzv. ochranný limit, který je stanoven pevnou procentuální částkou podle příjmu pacienta. Jde o hranici 2% z ročního příjmu, pro chronicky nemocné je hranice 1%. Základním poplatkem v německém zdravotnictví je poplatek za lékaře. Využívá se k tomu paušální částka, která je odváděna čtvrtletně ve výši 10 €. Což znamená, že ročně je tu poplatek 40 € - nezáleží na tom, kolikrát se pacient dostaví k lékaři, zda jednou nebo stokrát. Poplatek za léky a obvazový materiál je další z výčtu zdravotních poplatků. Omezením je hranice 10 €, nad tuto částku se léky a obvazový materiál neplatí. Dalším 10 € omezením je poplatek za pobyt v nemocnici. Platí se jen do výše 28 dní v roce, což znamená ochranu pro dlouhodobě nemocné, kteří při pobytu v nemocnici stráví i několik měsíců. Nejvýše bude tedy platit 280 €.⁸⁹

Tento stav byl částečně zrušen reformou zdravotnictví v Německu v roce 2012, kdy se pro změnu vyslovilo všech 548 přítomných zákonodárců. Změny dostaly čtvrtletní poplatky u lékařů. Od začátku roku 2013 se již němečtí pacienti platit nebudou.

d) Regulační poplatky v Rakousku

Systém poplatků v Rakousku je podobný jako německý model. Je zde stanoven také ochranný limit ve výši 2% ročního příjmu. Pokud však osoby nedosahují hranici sociální potřeby 800 €, neplatí tyto osoby v rámci

⁸⁸ České poplatky u lékaře jsou nejtvrďší v Evropě. *Aktuálně.cz* [online]. 2008 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=602626>

⁸⁹ Zdravotnické poplatky v Německu. *IREPORTÉR.CZ: Platforma občanské žurnalistiky a svobody slova v programu WordPress* [online]. 2011 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.ireporter.cz/2011/06/23/zdravotnicke-poplatky-v-nemecku/>

zdravotnictví žádné poplatky. Stejně jako v předešlých popisovaných systémech poplatků, i v Rakousku je stanoven poplatek za recept, a to na 4,8 €. V případě, že pacienti překročí stanovený roční limit, automaticky již poplatky nemusí platit.⁹⁰ Zde je výrazný rozdíl v porovnání s Českou republikou, kde pacienti platí i přes ochranný limit a po ročním zúčtování jim pojišťovny vrací přeplatek zpět. V tomto vidím nedostatek českých zdravotních pojišťoven a hlavně v legislativě, která tuto oblast upravuje. Díky tomu vzrůstají náklady zejména těmto pojišťovnám. Pokud by byl zaveden jednotný informační systém, vedlo by to sice k prvotní nákladné investici, ale posléze by to mohlo znamenat značnou úlevu. Nemuselo by dojít ke kontrole účtů a pacienti by tak své finanční prostředky mohli vynaložit účelnějším způsobem.

⁹⁰ Rakousko snížilo platby pacientů. *Lidovky.cz* [online]. 2009 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://boskova.bigblogger.lidovky.cz/c/81117/Rakousko-snizilo-platby-pacientu.html>

4. Očekávání pacienta na odpovídající péče (práva a povinnosti)

V předchozích kapitolách bylo uvedeno, jak je zdravotnictví a zdravotní péče financována. Z tohoto pohledu také vyvstávají potřeby vymezit, jaká práva a povinnosti má pacient a jiné osoby.

Zákonný základ nalezneme v ustanoveních zákona č. 1/1993 Sb., Ústavy ČR, a to hned v preambuli a čl. 1. Zde se hovoří o státu, který je založen na úctě k právům a svobodám člověka a občana. Dalším právním předpisem důležitým pro oblast základních práv a svobod je bezpochyby Listina základních práv a svobod (č. 2/1993 Sb.). Vzhledem k popisovanému tématu bych tu ráda vytkla čl. 6, 7, 10 a 31. V čl. 6 se hovoří o právu každého na život. Tento článek chrání nejvyšší hodnotu, a to lidský život. Čl. 7, který vyzdvihuje nedotknutelnost osoby a jejího soukromí představuje i právo občana, aby jakékoli zdravotní výkony byly na něm prováděny pouze s jeho poučením, tedy i se souhlasem.⁹¹ Existuje však výjimka a také novinka ohledně souhlasu. Jedná se o dříve vyslovené přání. Tímto dokumentem může pacient pro případ, kdy by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Poskytovatel poté bude muset brát ohled na dříve vyslovené přání pacienta. Z hlediska formy musí být přání písemné a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. V původním znění zákona zde byla také časová omezenost, která byla stanovena na dobu 5 let. Toto omezení bylo zrušeno ústavním nálezem Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012. Předmětem řízení bylo dané ustanovení z důvodu rozporu s právy občanů svobodně rozhodnout o svých právech, zdraví a budoucím životě. Příkladem byli osoby s Alzheimerovou chorobou, u nichž se racionální uvažování postupem času vytrácí. Právě pro ně může mít dříve vyslovené přání smysl, ale s ohledem na vážnost a průběh nemoci nemusí být posléze respektováno. Protiargumentem je předpokládaný vývoj ve zdravotnictví. Při dříve vysloveném přání nemusely být pacientovi známy nové medicínské postupy, které by měli vliv pro změnu rozhodnutí. *„Ústavní soud zastává názor, že není slučitelné s právem pacienta podle čl. 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicině, aby na jeho dříve vyslovené přání nemohl být brán zřetel jen v důsledku uplynutí zákonem stanovené doby*

⁹¹ MACH, Jan, et al. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2003. Praha: Nakladatelství Orac, 2003. 456 s. ISBN 80-86199-50-9.

jeho platnosti, pokud tento pacient nebude mít současně skutečnou možnost toto přání svým projevem vůle obnovit. Vzhledem k tomu, že napadené ustanovení takovouto možnost umožňuje, je třeba jej hodnotit jako omezení předmětného práva postrádající jakýkoliv ústavně aprobovaný důvod (srov. čl. 26 a 27 uvedené úmluvy), v důsledku čehož je v rozporu s čl. 9 uvedené úmluvy. Tento nesoulad se samozřejmě týká toliko poslední věty § 36 odst. 3 zákona o zdravotních službách, podle které je platnost dříve vysloveného přání 5 let.⁹² Na základě tohoto nálezu byla odstraněna lhůta 5 let. Avšak pokud dříve vyslovené přání nabádá k postupům, které by mohli způsobit smrt, nebo by mohlo dojít k ohrožení jiné osoby, nebude se k nim přihlížet. Čl. 10 má zásadní význam pro ochranu člověka (pacienta) z pohledu přístupu k informacím a povinnosti mlčenlivosti, nejen zdravotnických pracovníků. Jako poslední zde uvedu čl. 31 – Každý má právo na ochranu zdraví, tzn., že každý je oprávněn učinit vše k ochraně zdraví, co je v jeho silách a možnostech.

Velkou změnou v právech a povinnostech pacienta je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tento zákon nahradil zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Jedná se o první legislativní úpravu práv a povinností pacienta. Dřívější úprava, tzv. Etický kodex práv pacientů ČR, představovala pouze morální zakotvení, nejednalo se tedy o právní předpis. Jako takový ho navrhla, po připomínkovém řízení definitivně formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České Republiky. Tato práva pacientů byla platná od 25. února 1992.

4.1. Historický exkurz právy pacientů

Pozice pacienta je známá již po dlouhou dobu. „První doklady o poskytování chirurgické pomoci pochází z období okolo r. 4600 př. n. l., z období asyrské, babylonské, staroegyptské a indické kultury. Tehdy léčení a chirurgii prováděli kněží.“⁹³ „Kolem roku 2700 př. n. l. sepsal Ihmotep první ujednání o chirurgii. Nejvýznamnější objev týkající se staroegyptských znalostí

⁹² Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012 sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ve věci zrušení § 30 odst. 2 písm. d) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a některých ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a návrhu na zrušení některých dalších zákonů. In: *Předpis č. 437/2012 Sb.* 2012, 160/2012. Dostupné z: http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=PI-1-12_1

⁹³ DUŠKOVÁ, Markéta, et al. *Úvod do chirurgie*. Praha : [s.n.], 2009. 8 s. Dostupné z WWW: <<http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/plasticka-chirurgie/skripta/uvod-chirurgie.pdf>>. ISBN 978-80-254-4656-0.

*medicíny je Ebersův papyrus, pojmenovaný po svém objeviteli Georgi Ebersovi. Tento spis je považován za jeden z nejstarších dokladů o medicíně a zároveň za nejstarší zdravotnický papyrus vůbec. Text se datuje okolo roku 1550 př. n. l. a je dlouhý 20 metrů. Text obsahuje recepty, lékopisy a popisy řady nemocí, i kosmetických ošetření.*⁹⁴ Již tady lze říci, že se objevují první zmínky o vztahu lékař – pacient, i když ne v rozsahu, jaký si představíme v moderní době. Rozvoj medicíny nadále pokračoval, ať již úspěšně či neúspěšně.

Zlom v poměru k pacientu nastal s prvně formulovaným kodexem práv nemocných od Davida Andersona, farmakologa z Virginie.⁹⁵ Tento kodex definoval hlavní zásady, které musí být dodržovány při jednání s pacientem. Zásadní vztah ve zdravotnictví definoval svým výrokem: „Chci být léčen jako jedinec. Nejsem číslo, nejsem kus papíru, nejsem zboží na prodej, nejsem někdo, s kým se smlouvá. Nejsem stroj na získávání náročných informací, ani ten, kdo se řadí do soukolí naprogramovaných dat. Jsem opravdu žijící jedinec, obdařen pocity, obavami a tužbami, ale i zábrany. Neznám vás dobře a odmítám vaše úsilí proniknout do mého těla, do mé duševní rovnováhy a do mého soukromí, když jsem nemocen. Chci s vámi spolupracovat, ale jen do té míry, pokud já a mně podobní pacienti mohou očekávat z vašeho počínání opravdu prospěch.“⁹⁶

Kodex byl poprvé prezentován v roce 1971 v Ústavu lékařských interakcí a komunikativních dovedností. V roce 1972 přijala Asociace amerických nemocnic vlastní kodex práv nemocných. Většina vyspělých států v průběhu následujících let přijala a vyhlásila obecnou verzi práv pacientů a poté kodexy specializované týkající se určité skupiny nemocných (např. kodex práv hospitalizovaného dítěte, kodex práv těhotné ženy a nenarozeného dítěte, kodex práv handicapovaných aj.)⁹⁷

4.2. Práva pacienta

Práva pacienta jsou nově definována zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a to v části čtvrté, hlavě I. Tyto ustanovení představují ochranu pacientům, kteří se dostanou do péče lékařů a zdravotnických zařízení. Díky tomuto zákonu má již pacient právní oporu v těchto ustanoveních. Je možné

⁹⁴ Tamtéž, str. 9

⁹⁵ DOLEŽAL, Tomáš; DOLEŽAL, Adam. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Linde Praha a.s., 2007. Etické kodexy práv pacientů, s. 15. ISBN 978-80-7107-684-6.

⁹⁶ Tamtéž, str. 15

⁹⁷ HAŠKOVCOVÁ, Helena. Etický kodex práva pacientů. *Bulletin*. 1999, č. 4. Dostupný také z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/index.html>.

je díky tomu, že se jedná o zákon, právně vymáhat. Původní úprava patientský práv byla pouze etickým kodexem.

Mezi práva pacienta patří poskytování zdravotních služeb s jeho svobodným a informovaným souhlasem. Souhlas je považován za svobodný, pokud je dán bez nátlaku. Nátlak může být dvojího druhu, fyzický nebo psychický nebo může dojít ke kombinaci obou. Informovaný souhlas je takový, z něhož pacient zná dostatečně svůj zdravotní stav, individuální léčebný postup, musí být také informován o možnosti vzdát se podání informace o zdravotním stavu nebo může určit, které osobě má být podána. Zákon o zdravotních službách také vymezuje, ve kterých případech souhlas pacienta nebo zákonného zástupce není třeba k hospitalizaci. Jedná se například o osoby nezletilé nebo o osoby, které byli soudním rozhodnutím zbaveny způsobilosti k právním úkonům. Dále pak o osoby, které potřebují poskytnutí neodkladné péče a nemohou k tomu dát svůj souhlas. V případě podezření z týrání, zneužívání či zanedbání je možné také pacienta hospitalizovat bez souhlasu potřebné osoby. Pacient má právo na poskytování zdravotních služeb s náležitou odbornou péčí. Jedná se o odbornost ze strany zdravotnického personálu. Z čehož vyplývá, že může odmítnout práci nekvalifikovanými pracovníky – tzn., že pokud předtím nedal souhlas s přítomností mediků a jiných, zatím nedostudovaných, osob, nemohou tyto osoby provádět žádné lékařské úkony. Pokud však pacient souhlasí s jejich přítomností, může ho kdykoli změnit z hlediska rozsahu (absolutní zrušení tohoto souhlasu či omezení). Takovéto právo je zakotveno také v Úmluvě o lidských právech a biomedicíně.⁹⁸ S tímto právem souvisí právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí. Soukromí každé osoby je velice střežené a v případě hospitalizace také narušené. Toto narušení může zcelit přítomnost blízkých osob, což představuje jedno z práv obsažených v zákoně, a to právo na přítomnost zákonného zástupce, osoby blízké nebo osoby určené pacientem, ale také právo přijímat návštěvy ve zdravotnickém zařízení. Návštěvní hodiny si stanoví nemocniční zařízení samo. Je možné, aby se tyto hodiny objevily ve vnitřním řádu zdravotnického zařízení, s nímž musí být pacient seznámen. V určitých případech může dojít k omezení návštěv, a to například při nadměrném výskytu chřipek.

⁹⁸ *Česká lékařská komora* [online]. 13. 4. 2007 [cit. 2011-10-15]. Ostatní legislativa – ČR zdravotnictví Dostupné z WWW: <[http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=71380&do\[load\]=1&filterCategory.id=9](http://www.lkcr.cz/dokumenty.php?item.id=71380&do[load]=1&filterCategory.id=9)>.

Další z práv pacienta představuje právo na výběr poskytovatele zdravotních služeb a možnost vyžádat si konzultaci ohledně zdravotního stavu u jiného poskytovatele nebo zdravotnického pracovníka. Toto právo se nevztahuje jen na lékaře praktika, ale také na lékaře specialistu. Každý pacient má právo na výměnu lékaře jednou za 3 měsíce. Je nutné si však uvědomit, že v případě léčebného postupu může dojít k přerušení kontinuálního procesu. Pro výběr lékaře je nutné zjistit, zda daný poskytovatel zdravotní péče má uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou o jejím poskytování. Za určité osoby výběr provádí jiná osoba nebo orgán. Jedná se o děti umístěné do dětských domovů, do školských zařízení pro výkon ústavní péče nebo ochranné výchovy, do zařízení sociálních služeb a jiných. V těchto případech rozhoduje statutární orgán daného zařízení. Pokud jsou nezletilí pacienti svěřeni do pěstounské péče, může pěstoun, na základě rozhodnutí soudu, změnit poskytovatele zdravotních služeb. Pro určité osoby je vyloučena možnost volby. Těmito osobami jsou ty, které jsou umístěny v policejních celách, ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, zabezpečovací detence, ale také pro vojáky v činné službě.

Jak již bylo výše zmíněno, pacient může omezit okruh osob, kterým budou podávány informace o jeho zdravotním stavu. V případě, že by mohlo dojít ke zhoršení zdravotního stavu, může zdravotnický pracovník rozhodnout o tom, že informace pacientovi o nepříznivé diagnóze nebo prognóze v nezbytně nutném rozsahu a po dobu nutnou, neposkytne. Způsob sdělování informací záleží na lékaři, který by měl zvolit co nejvhodnější a nejšetrnější způsob pro pacienta. Měl by brát také ohled na jeho věk, rozumovou a inteligenční vyspělost. V zásadě jde však o výjimečné situace.⁹⁹ Určité situace však toto vylučují, a to, pokud je informace pro pacienta jediným způsobem, jak se zajistit osobní záležitosti nebo podniknout preventivní opatření. Další výjimku představuje fakt, že jeho zdravotní stav představuje riziko pro jeho okolí. Takovým rizikem může být virus HIV, kdy lékař tuto skutečnost zamlčet nemůže, a to ani tehdy, pokud by si to pacient nepřál vědět. V tomto případě by šlo o ohrožení třetích osob a musela by se uplatnit ochrana a zájem těchto osob před blahem jednotlivce.

Při poskytování zdravotních služeb může dojít k tomu, že pacient odmítá zdravotní péči, a to například z důvodu psychické poruchy. V takovém případě je zákonem stanovena možnost použití tzv. omezovacích prostředků. Zákon stanoví

⁹⁹ ŠNĚDAR, Libor. *Základy zdravotnického práva: s příklady a otázkami*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2008, s. 39-40, Studijní texty (LexisNexis). ISBN 978-808-6920-214.

taxativním výčtem, jaké omezovací prostředky lze k omezení pohybu pacienta užít. Jde o úchop pacienta, omezení ochrannými pásy nebo kurty, umístění v místnosti pro bezpečný pohyb, ochranný kabátek či vesta, psychofarmaka, umístění v síťovém lůžku nebo kombinace jednotlivých prostředků. Síťová lůžka byla velmi diskutována ohledně etických ustanovení. Ač je jejich počet snižován, z klinického pohledu se považuje jejich absolutní zákaz za kontraproduktivní, jelikož jde o pomůcku, která snižuje riziko komplikací zdravotního stavu u některých pacientů.¹⁰⁰ Výbor OSN proti mučení zkritizoval ČR za využívání klecových lůžek, která jsou nyní již zakázána a síťových lůžek v české psychiatrii a doporučil zejména stanovení právního rámce pro využívání těchto omezovacích prostředků.¹⁰¹ Použití omezovacích prostředků indikuje vždy lékař, pokud se nejedná o neodkladné řešení a musí být zaneseno do zdravotnické dokumentace o pacientovi. Obsahují informace o tom, kdy došlo k použití omezovacího prostředku, k ukončení jeho využití, z jakého důvodu a také informaci o tom, že došlo k oznámení této situace zákonnému zástupci pacienta. Využití omezovacích prostředků je stanoveno zákonnými podmínkami. Jednu z podmínek představuje stanovení účelu použití omezení. Lze využít pouze k odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob a to pouze po dobu, po kterou trvají důvody jejich použití. Pacient má být také předem informován o důvodech použití omezovacího prostředku, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje.

4.3. Povinnosti pacienta a jiných osob

Vymezení povinností v zákoně o zdravotních službách představuje užší legislativní úpravu. Povinnosti se odvíjejí od již vymezených práv. Jedná se o povinnost dodržovat vnitřní řád nebo dodržovat navržený léčebný postup. V souvislosti s regulačními poplatky a veřejným zdravotním pojištěním jde také o včasné uhrazení cen za poskytnuté nehrazené nebo částečně hrazené zdravotní služby. Zásadní povinností pacienta je povinnost pravdivě informovat ošetřující personál ohledně dosavadního zdravotního stavu, ale také o užívání léčivých přípravků. Tato povinnost nenáleží pouze pacientovi, ale v případě určitých osob, také zákonnému zástupci, ač to zákon výslovně neříká. Tyto poskytnuté informace

¹⁰⁰ ARNOLDOVÁ, Anna. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, s. 295, ISBN 978-802-4737-249.

¹⁰¹ CAT.CZE.CO.4-5, Consideration of reports submitted by States parties under article 19 of the Convention

jsou důležité vzhledem navrženým medicínským postupům. V případě zatajení určitých informací o zdravotním stavu by mohlo dojít k ohrožení zdraví nejen pacienta, ale také jiných osob. Pacient je také povinen nepožívat během hospitalizace alkohol nebo jiné návykové látky. Pokud by ošetřující lékař měl podezření na porušení této povinnosti, je oprávněn provést vyšetření za účelem zjištění, zda pacient je či není pod vlivem návykových látek nebo alkoholu.

4.4. Pacientští ombudsmani

V některých státech severní Evropy je post ombudsmana velice propracovaný a na lepší úrovni než v České republice, v rámci svého postavení a kompetencí se objevuje v mnoha odvětvích, nejen z pohledu veřejnoprávního, ale zejména, z pohledu soukromoprávního.

Z pohledu základního třídění můžeme rozlišit typ **veřejnoprávní** a **soukromoprávní**. „*Veřejnoprávní ombudsmani jsou zřizováni na základě obecně platného (zpravidla ústavního) právního předpisu, náklady na jejich činnost jsou hrazeny z veřejného rozpočtu a tvoří součást státních orgánů.*“¹⁰² Oproti tomu, převážně v poslední době, jsou zřizováni soukromoprávní ombudsmani (bankovní, univerzitní, mediální, ale zejména pacientští), kteří se zdají být spíše určitým kontrolním a pomocným tělesem ve zdravotnictví.

Ombudsmani vznikli jako jedno z možných řešení situace občana versus stát. Ombudsman může sloužit nejen k ochraně práv pacientů, ale také pro zlepšení vzájemné komunikace, a to zejména s jejich případnými zákazníky. V Motolské nemocnici byl v r. 2000 jmenován první patientský ombudsman v české nemocnici, a toto řešení přineslo určité pozitivní výsledky v zlepšení komunikace ošetřující personál - pacient. Novým vedením byl ale zrušen po necelém roce.¹⁰³

Příkladem pro zřízení těchto patientských ombudsmanů se staly severské země, kde fungují jako státní úředníci. Avšak příklad nemusíme brát jen z těchto zemí. V Rakousku je tento post již několik let zaveden.

V rámci projektu Hranatý stůl - reforma zdravotnictví podle pacientů Svaz pacientů dne 21. 6. 2008 zřídil institut patientského ombudsmana. Prvním ombudsmanem se stala žena, a to PaedDr. Alena Gajdůšková pro Moravu

¹⁰² KLÍMA, Karel. *Praktikum českého ústavního práva*. 3. Plzeň: Aleš Čeněk s.r.o., 2009. 184 s. ISBN 978-80-7380-173-1.

¹⁰³ *Svaz pacientů České republiky* [online]. 6. 2. 2011 [cit. 2013-02-15]. Patientský ombudsman v ČR. Dostupné z WWW: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=2076>>.

a Slezsko od 11. 8. 2008. Pro Středočeský kraj byl zvolen a jmenován dne 9. 7. 2009 PhDr. Marcel Chládek, MBA. Dalším patientským ombudsmanem, od 29. listopadu 2010, byl pro Ústecký kraj, poslanec Poslanecké sněmovny ČR Josef Tancoš.¹⁰⁴

¹⁰⁴ *Svaz pacientů České republiky* [online]. 10. 6. 2011 [cit. 2013-02-15]. Seznam patientských ombudsmanů v České republice. Dostupné z WWW: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=2073>>.

5. Finanční ohodnocení zdravotnického personálu

Tato část práce je zpracována podle dotazníkového šetření¹⁰⁵ zdravotnického personálu provedeného v Nemocnici Rudolfa a Stefanie, a. s. v Benešově v komparaci s Nemocnicí Karlovy Vary, a.s. Dotazník je rozdělen do třech částí. V první části jsou obsaženy obecné informace o zdravotnickém personálu, jako je pohlaví, věk, praxe ve zdravotnictví, pracovní pozice a oddělení, ve kterém dotyčná osoba pracuje. Druhá část obsahuje zhodnocení určitých tvrzení. Jedná se o informace ohledně spokojenosti na pracovišti – například ocenění práce, kvalita informací poskytována zaměstnavatelem, přístup a chování pacienta, a další. Tyto skutečnosti jsou hodnoceny dotazovanými osobami podle stupnice 1 – 4, kdy 1 představuje spokojenost, naproti tomu kvalifikace známkou 4 nespokojenost s položenými otázkami. Část třetí je koncipována jako dotazník s otevřenými otázkami, které dávají prostor pro aktivní spoluúčast a zhodnocení vlastními slovy. Dotazy můžeme rozdělit ještě na dvě části, a to na část, která obsahuje otázky ohledně finančního ohodnocení a vyšší spoluúčast pro pacienta. Druhá část je strukturována s ohledem na práva a povinnosti pacienta.

I otázky na první pohled nesouvisející s finančním ohodnocením k němu mají blízký vztah, neboť v odpovědích na ně se odráží spokojenost zdravotníků s jeho výší. Například vnímání pacienta, pohled na vztah se zaměstnavatelem aj.

Cílem tohoto dotazníku je porovnat nemocnice v závislosti na teritoriálním umístění, z hlediska finančního ohodnocení a jeho vlivu na vztah mezi zdravotníky a pacienty. Dalším záměrem je porovnání spokojenosti s informacemi poskytované zaměstnavatelem, díky čemuž by mohlo dojít k nárůstu prosperity a kvality zdravotní péče.

5.1. Nemocnice Rudolfa a Stefanie a.s., Benešov

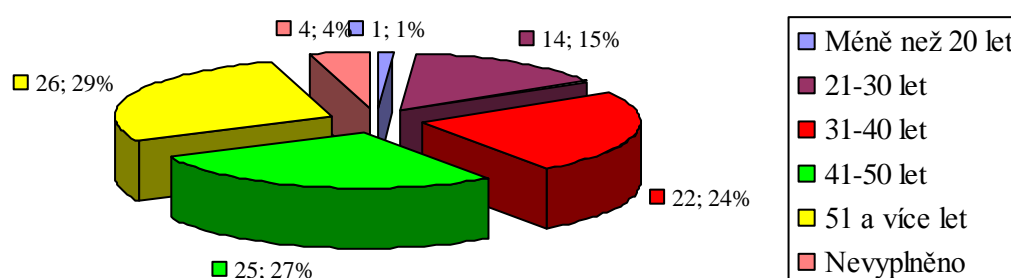
5.1.1. Obecné informace o zdravotnických pracovnících

V nemocnici v Benešově bylo vyplněno 92 dotazníků z celkových 100 předložených. Dotazník vyplnilo 86 žen, 3 muži a 3 zůstali bez odpovědi. Z hlediska věkového rozložení je z grafu patrné, že zdravotnický personál ve věku pod 20 let není téměř zastoupen. V tomto jednom případě se jedná o sanitářku. Zde je možné vidět problém ve finančním ohodnocení, které se může zdát nižší,

¹⁰⁵Viz Příloha č. 9 – Vzor dotazníku

než by mladý člověk očekával pro budoucí zajištění. Dalším, důležitým faktorem zejména pro zdravotní sestry, je jejich vzdělání. Podle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, je nutným předpokladem pro výkon zdravotní sestry absolvování nejméně tříletého akreditovaného zdravotnického bakalářského studijního oboru pro přípravu všeobecných sester, nebo nejméně tříletého studia v oboru diplomovaná všeobecná sestra na vyšších zdravotnických školách a jiné. Všeobecná sestra může samostatně své povolání vykonávat po 3 letech výkonu, do té doby jsou její úkony pod dohledem odborného pracovníka.

Graf č. 1 - Věková struktura zdravotnického personálu v Benešovské nemocnici z vyplněných dotazníků



S věkem souvisí praxe, kterou vykonává daná osoba jako zdravotnický personál. Praxe je rozvržena do časových období v rozsahu 5 a posléze 10 let. V první kategorii, kde praxe představuje maximálně 5 let je 16 osob. Rozmezí praxe 6 – 10 let představuje zastoupení v podobě 9 osob. Časové období 11 – 20 let a 31 a více let má stejné zastoupení, a to 17 osob. Rozmezí 21 – 30 let má největší počet osob, 19. Z 92 zodpovězených dotazníků jich v této části nebylo vyplněno 14, což představuje největší počet ze všech otázek. Délka praxe měla v dotaznících také vliv na růst průměrného platu u zdravotníků.

Dalším kritériem bylo pracovní zařazení – lékař, zdravotní sestra, odborný pracovník, pomocný personál – 9 lékařů, 56 zdravotních sester, 15 odborných pracovníků a 9 osob pomocného personálu, 3 osoby na tuto otázku neodpověděli. Z hlediska oddělení se jedná o průřez, na dotazníky odpověděli osoby z neurologie, rehabilitace, hematologie, z oddělení nukleární medicíny, radiologie a mnohých dalších. I zde však byl velký počet nevyplněných dotazníků.

5.1.2. Spokojenost na pracovišti

Tato část otázek je zaměřena na spokojenost zdravotních pracovníků z hlediska informovanosti, finančním ohodnocením a přístupem jak zaměstnavatele, tak i pacienta, který je ve vztahu velice důležitý. Jeho chování ovlivňuje kooperaci, ale zejména psychickou vyrovnanost, a tím lepší prostředí, ve kterém se pak lépe léčí. Každá otázka je ohodnocena od 1 do 4, kdy 1 představuje velkou spokojenost a 4 nespokojenost. Z pohledu zdravotnického personálu tato práce není moc uznávaná. Z dotazníkového šetření vyplynul výsledek 2,78, což představuje hraniční známku s nespokojeností. Podobným výsledkem skončila otázka spokojenosti se systémem odměňování ve zdravotnictví (2,93), ale také s finančním ohodnocením práce (2,81). Důsledkem může být právě nedostatečné finanční ohodnocení v porovnání se sousedními státy.

Dalším negativním faktorem jsou přesčasové hodiny, které jsou ve zdravotnictví velice časté. Podle neformálních odpovědí se přesčasové hodiny u zdravotnického personálu v nemocnici pohybují kolem 90 hodin měsíčně, které se jim často neproplácejí. To může také souviset s nespokojeností s informacemi, které zdravotnický personál dostává od svého zaměstnavatele – 3,24. Pod pojmem informace podávané zaměstnavatelem si můžeme představit kolektivní projednávání finanční stability nemocnice, setkávání se s personálem a vnímání jejich problémů nebo také snaha zřizovatele o další vzdělávání svého zdravotnického personálu. Což může výrazně ovlivnit kvalitu poskytované péče, ale také lepší finanční ohodnocení.

Jednou z otázek související také s pracovištěm, je dotaz na přístup a chování pacienta, s čímž souvisí také otevřené otázky ve třetí části. Asi každý se ve své práci několikrát setkal s klientem, který byl nepříjemný, arogantní nebo neslušný. Proto není divu, že ve zdravotnictví, kde se personál stará o lidi nemocné, mnohdy ve špatném psychickém stavu, se setkávají s případy takovýchto lidí. V dotaznících uvedlo 82 osob podobnou zkušenost oproti 10 osobám, které se s tímto stavem nesetkali. V rámci tohoto povolání má zdravotnický personál povinnost seznamovat pacienty s jeho právy a povinnostmi, což pro ně vyplývá z vnitřního řádu nemocnice. Převážná většina pacienty seznamuje a řídí se tak vnitřními předpisy nemocnice, ale je také překvapující, že téměř 40 osob této své povinnosti nedostojí. Takováto skutečnost je zarážející. Myslím si, že znalost vlastních práv a povinností je důležitým faktorem

pro budoucí léčbu. Na svá práva a způsob léčby je oprávněn se informovat sám pacient. Tato otázka byla také součástí daného dotazníku, zda se některý pacient zeptal na práva a povinnosti, které mu vyplývají ze zákona nebo z vnitřního řádu nemocnice. Zde je velký nepoměr – 22 ano, 70 ne. Můžeme se jen domnívat, zda populace vyhledávající zdravotní péči si je vědoma svých práv nebo zda je to příliš nezajímá.

5.1.3. Finanční ohodnocení

*„Zdravotničtí pracovníci jsou povinni vykonávat zdravotnické povolání svědomitě, poctivě, s hluboce lidským vztahem k občanům a s vědomím odpovědnosti ke společnosti.“*¹⁰⁶ Způsob odměňování zdravotníků ovlivňuje zejména náklady na zdravotní péči a také kvalitu poskytování této péče. V současnosti dochází k velkým rozdílům mezi pracovní zátěží a příjmem, ale také mezi soukromou a státní sférou v oblasti zdravotnictví. Průměrný měsíční plat státních zaměstnanců ve zdravotnictví je 29 188 Kč.¹⁰⁷ Ve Středočeském kraji je průměrný plat 23 092 Kč a přímo ve zdravotnictví je průměrný plat 22 906 Kč.¹⁰⁸ Podle odpovědí na otázku měsíčního hrubého platu je průměr jejich platu 24 700 Kč, což znamená, že v rámci Středočeského kraje je jejich plat nad průměrem platů, ale v rámci celostátního porovnání je pod průměrem. Tento údaj však může být mírně zavádějící, jelikož se také rozděluje plat u lékařů a všeobecných sester, kdy u lékařů je všeobecně vyšší. Je důležité si uvědomit, že se jedná o státní zaměstnance – v soukromém sektoru zdravotnictví je mzda vyšší. S finančním ohodnocením souvisí také zjišťování podmínek v okolních státech. 18 osob se již v minulosti poohlíželo po práci v zahraničí. Nejčastějším hlediskem byla mzda, která z jejich pohledu byla odpovídající jejich pracovnímu zařazení. Oproti tomu, 74 osob se nedívalo po zahraničních nabídkách, a to zejména z důvodů sociálních, ale hlavně rodinných (rodinné zázemí). Dalším důvodem byla například velká vzdálenost do budoucího povolání a jazykové schopnosti jednotlivce.

Financování zdravotních pracovníků je založena na odměňování podle objemu úkonů. Novým způsobem odměňování je také stanovení plateb podle

¹⁰⁶ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 73, ISBN 978-807-3575-038.

¹⁰⁷ Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2012 [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-ve-zdravotnictvi-roce-2011>

¹⁰⁸ ISPV. *Informační systém o průměrném výdělku* [online]. s. 20, 2012 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Archiv/2012.aspx>

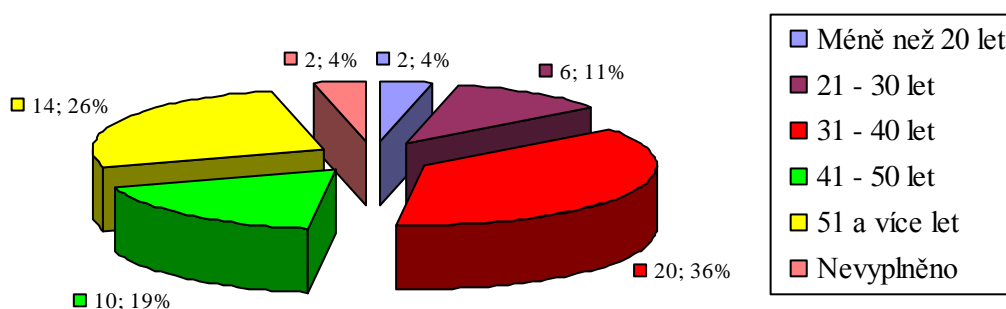
diagnóz. V benešovské nemocnici je finanční ohodnocení založena na pracovním výkonu (fixní + nenároková pohyblivá složka), mezi zaměstnanci a vedením nemocnice je uzavřena kolektivní smlouva, která zakotvuje například příspěvek zaměstnavatele k penzijnímu připojištění.¹⁰⁹

Zaměstnanci, kteří jsou zdravotními pracovníky poskytujícími zdravotní péči v některém zdravotnickém zařízení, jsou odměňováni podle platových tarifů uvedených v příloze č. 3 k nařízení vlády č. 564/2006 Sb. Pokud jde o lékaře nebo zubní lékaře, jejich platové tarify jsou stanoveny v příloze č. 4 téhož nařízení vlády. V těchto případech se však jedná o státní zaměstnance. Ač se benešovská nemocnice přeměnila na akciovou společnost, největším akcionářem je stále stát v podobě kraje.

5.2. Nemocnice Karlovy Vary

5.2.1. Obecné informace o zdravotnických pracovnících

V nemocnici Karlovy Vary bylo vyplněno 54 dotazníků z celkových 80 předložených. Dotazník byl vyplněn 42 ženami, 10 muži a 2 zůstali bez odpovědi. Následující graf ukazuje věkové rozložení pracovníků, kteří na tento dotazník odpověděli. Podobně jako v případě benešovské nemocnice, i zde je zastoupení věkové kategorie pod 20 let malé. Může jít o stejný důvod, a to potřebné vzdělání k výkonu zdravotnického povolání, které je předurčeno zákonem č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.



V kategorii otázek praxe je nejvíce nezodpovězených dotazníků, a to 14. Nedovedu si vysvětlit, proč tak vysoký počet, jelikož čím vyšší praxe, tím lepší

¹⁰⁹ Nemocnice Rudolfa a Stefanie. *Pro odborníky* [online]. [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.hospital-bn.cz/pro-odborniky>

platové ohodnocení. Praxe v rozmezí 0 – 5 je zastoupena 8 osobami. Praxe 6 – 10 let je zastoupena 4, stejně tak jako u praxe 21 – 30 let. Stejný počet je také u dalších dvou kategorií, a to u věkového rozpětí 11 – 20 let a 31 a více let. Z hlediska pracovního zařazení je tu nejvyšší počet zdravotních sester – 32, za nimi jsou ve stejném poměru zastoupeni lékaři a pomocný personál – 8 osob v každé kategorii. Každá nemocnice se člení na jednotlivá oddělení. V dotazníkovém šetření odpověděly zaměstnanci z interního oddělení, neurologie, chirurgie a jiných.

5.2.2. Spokojenost na pracovišti

Hodnoty spokojenosti na pracovišti se pohybují všechny kolem trojky. Což znamená, že zaměstnanci jsou spíše nespokojeni, a to zejména s kvalitou informací, které dostávají od zaměstnavatele – nejhorší výsledek v porovnání s ostatními – 3,37. V tomto případě je tu zaměstnavatel Karlovarský kraj. O druhé místo v žebříčku se dělí otázky systému financování ve zdravotnictví a finanční ohodnocení práce, kterou zdravotničtí pracovníci vykonávají – 3,29. Tyto dvě oblasti spolu úzce souvisí a jedna podmiňuje druhou. Otázka ocenění práce, a to jak z hlediska sociálního, tak i z hlediska finančního, je na hranici nespokojenosti – 2,97. Poslední a „nejlépe hodnocenou“ otázkou je přístup a chování pacienta – 2,52. V karlovarské nemocnici se v průběhu své praxe setkalo 49 osob s neslušným pacientem a 5 ne. Můžeme to také přičíst tomu, že pacienti nevědí, na co mají právo a čeho se musí zdržet. Otázku práv a povinností by jim měl osvětlit právě zdravotnický personál, 21 osob to tak činí oproti 33, kteří to nedělají. Pokud to však neudělá zdravotnický personál, měl by se na tyto skutečnosti zeptat pacient, aby věděl, co si může dovolit. Již 11 pracovníkům se v minulosti stalo, že se jich pacienti zeptali na svá práva a povinnosti, bohužel 43 pracovníků se s tímto nesetkalo.

5.2.3. Finanční ohodnocení

Průměrný měsíční plat státních zaměstnanců ve zdravotnictví je 29 188 Kč.¹¹⁰ V Karlovarském kraji je průměrný plat 23 177 Kč.¹¹¹ Podle odpovědí na otázku měsíčního hrubého platu je průměr jejich platu 21 900 Kč, což znamená,

¹¹⁰ Mzdy a platy ve zdravotnictví v roce 2011. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. 2012 [cit. 2013-03-21]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-ve-zdravotnictvi-roce-2011>

¹¹¹ ISPV. *Informační systém o průměrném výdělku* [online]. s. 20, 2012 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: <http://www.ispv.cz/cz/Vysledky-setreni/Archiv/2012.aspx>

že v rámci Karlovarského kraje je jejich plat pod průměrem platů v rámci kraje i v rámci celostátního porovnání. Tento údaj však může být mírně zavádějící, jelikož se také rozděluje mzda u lékařů a všeobecných sester, kdy u lékařů je všeobecně vyšší. Karlovarský kraj se zařadil za kraj ústecký, moravskoslezský a olomoucký z pohledu nezaměstnanosti na 4. místo. Míra nezaměstnanosti k 31. 7. 2012 byla 9,57%.¹¹² Pro tento stav a i umístění není překvapením, že mnoho zdravotníků se již poohlíželo po pracovních nabídkách v zahraničí. Hlavním hlediskem je to, že osoby nebudou odloučeny od svých rodin, což pro ně znamená malou psychickou zátěž. Častým argumentem však byla také neznalost německého jazyka. I zde jde o státní zaměstnance, i když byla karlovarská nemocnice převedena na akciovou společnost. Jejím vlastníkem je tak Karlovarský kraj.

5.3. Komparace výsledků uvedených nemocnic

Na závěr této kapitoly malé shrnutí a komparace výsledků získaných z dotazníkového šetření, a to z pohledu umístění (polohy) nemocnice, délky praxe, financování zdravotnického personálu v souvislosti s vnímáním pacienta.

Pokud se podíváme na polohu daných měst, je zřejmé, že Benešov, který je vzdálen od Prahy pouhých 44 kilometrů, je z hlediska financování na tom lépe než karlovarská nemocnice, neboť je ovlivněna vyššími platy v Praze. Dalším komparačním prvkem je praxe. Z dotazníků vyplynulo, že v návaznosti na délku praxe se zvyšuje plat. Co se týče nemocnice v Benešově, zde je růst platu markantnější – musíme ale také zmínit, že nejde jen o postup v dané platové třídě, ale každý zaměstnavatel poskytuje svému zaměstnanci odměny, které se také odvíjejí od délky odpracované doby. Je možné také vyvodit závěr, že čím lepší je finanční ohodnocení zdravotnického personálu, tím lepší vztah k dané práci osoby mají. Může to také ovlivnit vztah mezi personálem a pacienty. Zdravotníci také odpovídali na otázku ohledně vyšší spoluúčasti pacienta na poskytovaných zdravotních službách. Zde došlo ke shodě zdravotnických pracovníků benešovské i karlovarské nemocnice v pohledu na tuto spoluúčast. Jsou zastánci zvýšení poplatků u osob, které požívají drogy, alkohol a cigarety. Jelikož tyto osoby si zdravotní komplikace vlastně zapříčiňují sami.

¹¹² Situace na trhu práce - nezaměstnanost k 31. 7. 2012. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2013-03-23]. Dostupné z: http://www.czso.cz/xl/redakce.nsf/i/120809_nezam

Jak už vyplynulo z dotazníků ohledně kvality informací, můžeme říci, že karlovarská nemocnice na tom není zrovna nejlépe. Což může ovlivnit kvalitu poskytované péče, ale také peněžní prostředky, které nemusí plynout do správných odvětví zdravotní politiky kraje. V Benešově došlo v nedávné době ke změně vedení nemocnice. Proto můžeme očekávat změnu ve výsledcích dotazníků – může dojít k lepší komunikaci mezi krajem a nemocnicí, vedením nemocnice a personálem, ale také k lepšímu managementu nemocnice. Pro zkvalitnění poskytovaných služeb v oblasti zdravotnictví by se bez ohledu na polohu měst měla zlepšit zdravotní politika státu a také by se měla ustálit legislativa ve zdravotnictví. Časté změny nevedou k dostatečné právní jistotě.

Závěr

Financování zdravotnictví z pohledu pacienta je složitým systémem z hlediska získávání finančních prostředků. Pacient financuje zdravotnictví a tím zdravotní péči prostřednictvím daní, které odvádí do státního rozpočtu, jež jsou dále přerozdělovány jednotlivým kapitolám, ale i zdravotním pojišťovnám na jejich provoz. Jednou z kapitol je ministerstvo zdravotnictví, které z těchto prostředků financuje například hygienické stanice a programy na ochranu veřejného zdraví. Dalším prostředkem je financování zdravotnictví díky místním a krajským rozpočtům. Jedním z nejdůležitějších finančních prostředků je získané pojistné na veřejné zdravotní pojištění. Toto pojištění platí každý občan České republiky, a to na základě zákonného zmocnění buď sám anebo je plátcem stát za státní pojištěnce. Hlavní zásadou v tomto systému je rovnost v přístupu ke zdravotní péči a solidarita. Solidaritu ve zdravotní péči představuje nejen solidarita mezi zdravými a nemocnými, ale také mezi bohatými a chudými. Základními zákony pro tuto oblast jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. První z těchto zákonů vymezuje účastníky pojištění a vztahy mezi nimi. Těmito účastníky je pojištěnec, poskytovatelé zdravotních služeb a zdravotní pojišťovny. Mezi účastníky tohoto právního vztahu vznikají určitá práva a povinnosti, které jsou zákonem definované. Druhý z těchto zákonů představuje procentuální výměru pojistného, který je stanoven na 13,5% z vyměřovacího základu. Takto vybrané pojistné se odvádí zdravotní pojišťovně, u které je osoba vedena. Relativně novým zdrojem financování zdravotní péče jsou regulační poplatky, které byly zavedeny novelou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a to pod §16a. Původně byla jejich výše stanovena na 30 Kč za položku na receptu a za návštěvu u lékaře, další částkou je 60 Kč za noc v nemocničním zařízení a 90 Kč za ošetření na pohotovosti. Ke změně došlo 1. 1. 2012 ohledně poplatku za noc v nemocničním zařízení (100 Kč) a v položkovém placení za recept, od tohoto data se 30 Kč platí za celý recept. Tyto peněžní prostředky pojištěnec nebo jeho zákonný zástupce hradí poskytovateli, který hrazené služby poskytl. Vybrané regulační poplatky mají sloužit k uhrazení nákladů spojených s provozem poskytovatele. Důležitým faktorem u těchto poplatků je stanovení limitů pro ochranu pacienta na 2 500 Kč, resp. 5 000 Kč. Dalším zdrojem je pak soukromé zdravotní pojištění, které poskytují soukromé zdravotní pojišťovny jako dobrovolné. Je jen na vůli

účastníků, zda uzavřou smlouvu o poskytování plnění v případě pojistné události nebo ne. Takové pojištění tedy kryje výdaje na zdravotní péči, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Mezi všemi účastníky zdravotního pojištění vznikají určité vztahy, a to v případě, že se osoba dostane do tíživé zdravotní situace. Vzniklé vztahy mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který představuje první ucelenou legislativní úpravu práv a povinností pacienta. Práva pacienta jsou svou úpravou rozsáhlejší oproti ustanovením týkající se jeho povinností. Obsahem práv je například právo na informace ohledně jeho zdravotního stavu, vyloučení osob z poskytování informací, právo na soukromí, ohleduplnost a důstojné zacházení, s čímž souvisí také úcta k pacientu. Toto je jen krátký výčet, samozřejmě, že patientských práv je více.

Systém veřejného zdravotního pojištění prošel určitým historickým vývojem. Primárně se jedná o vývoj z hlediska jednotlivých systémů. Tyto systémy se liší podle toho, jak občané přispívají na financování zdravotní péče. Jedná se tedy o předchůdce moderních zdravotnických systémů. První z nich je tzv. Bismarckův model založený na tom, že finanční prostředky jsou odváděné každým občanem do fondu zdravotních pojišťoven. Dalším z modelů je státní zdravotnictví, které v sobě má dvě větve, a to Beveridgeův model a Semaškův model. První z nich je charakteristický tím, že zdravotní péče je financována z daní, resp. ze státního rozpočtu a stát je garantem za poskytování a dostupnost zdravotní péče. Druhý z nich, tedy Semaškův model byl založen na centrálně řízeném státním zdravotnictví. Dalším historickým modelem je liberální model, který je považován za základní ve Spojených státech amerických. Zde není žádný centrálně řízený a jednotný systém, ale existují dílčí programy, například Medicare, Medicaid aj. Problémem tohoto systému lze spatřovat ve velkém množství nepojištěných, jelikož nesplňují podmínky pro zařazení do již zmíněných programů. Federální program Medicare je založen pro osoby zdravotně postižené, seniory, popřípadě pro některé skupiny chronicky nemocných. Medicaid je naopak určen chudým občanům a rodinám s nízkými příjmy. Těmi dalšími programy v rámci tohoto modelu jsou veteránské programy, které jsou samozřejmě určeny pro válečné veterány a jejich rodiny, a program s názvem SCHIP, což je program určený dětem.

V návaznosti na tyto modely se konstituovaly základní formy financování zdravotní péče. První z nich je představován formou přímých úhrad, jenž je

využíván jako hlavní zdroj příjmů v méně vyspělých státech Afriky. Na systému Beveridge je založeno financování z daňových výnosů, tzv. specifických zdravotních daní. Důležitým modelem je veřejné zdravotní pojištění, které je typické pro Českou republiku. Zůstává tu stále trojstranný vztah mezi pacienty, poskytovateli a státem. Pacienti odvádějí daně státu, odvádí pojistné zdravotní pojišťovně a přímo platí uživatelské poplatky.

Celý systém financování zdravotnictví by nemohl fungovat bez právního rámce. Základním právním předpisem je samozřejmě Ústava ČR a Listina základních práv a svobod ČR. Zákony navazující na tyto ústavní jsou zákon o všeobecném zdravotním pojištění a zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Tyto zákony jsou klíčovými z hlediska financování zdravotní péče. Stanovují právní rámec pro výši pojistného, osob, které jsou povinny odvádět pojistné, které se vypočítává z vyměřovacího základu stanoveného pro každou skupinu osob jinak. Mezi tyto osoby podle zákona patří zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné, osoby bez zdanitelných příjmů a osoby, za které pojistné platí stát. V zákoně je také stanoven časový úsek, kdy vzniká a zaniká zdravotní pojištění. Pro vznik je rozhodný den narození, vzniku trvalého pobytu, nebo pokud se osoba, která nemá trvalý pobyt, stala zaměstnancem. Pro zánik pojištění je určen den, kdy pojištěnec zemřel nebo byl prohlášen za mrtvého a také osoba, která ztratila povolení k trvalému pobytu na území ČR nebo přestala být zaměstnancem.

Celá tato materie by nešla specifikovat bez základního pojmosloví. Základním pojmem je vymezení zdravotnictví a zdravotní politiky státu. Zdravotnictví představuje systém, jehož cílem je zabezpečit zdravotní péči pro společnost a zdravotní politika státu upravuje práva a povinnosti osob, potencionálních pacientů a dalších osob, které se podílejí na systému zdravotní péče. Dalšími pojmy jsou zdraví, popř. nemoc a hlavně definovat, kdo je pacientem. Světová zdravotnická organizace se pokusila definovat pojem zdraví a definovala ho jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, bez nemoci a jiných vad“. Pacienta, někdy označovaného jako klienta, lze definovat jako příjemce zdravotních služeb, který předpokládá, že se mu dostane takové zdravotní péče, díky které se zlepší jeho zdravotní stav nejen z hlediska tělesného ale také duševního. Proto lze říci, že vymezení základních pojmů je nejdůležitějším aspektem pro zpracování celé práce.

Cílem této práce byla snaha o prozkoumání finančního ohodnocení zdravotnického personálu. Z výsledků plynoucích ze zpracovaných dotazníků v nemocnici Rudolfa a Stefanie, a. s. v Benešově a v Karlovarské krajské nemocnici a. s., jsem došla k závěru, že finanční ohodnocení zdravotnického personálu je neadekvátní k poskytovaným službám, k neustálé potřebě vzdělávání se a k přesčasovým hodinám, které jim často nejsou propláceny. Toto neadekvátní ohodnocení se tím pádem může projevat i v negativním vztahu k pacientům.

Hlavním úkolem bylo poskytnout čtenáři rozbor druhů financování zdravotnictví a zdravotní péče a možnost seznámení se s vnitřními vztahy v daném systému.

Resumé

Financing of the health service is, from the patient's point of view, a complex system regarding fundraising. The patient finances the health service, and thus health care, through taxes returned to the state budget. Consequently, taxes are redistributed to particular areas and insurance companies to ensure their operation. One of the areas is the Ministry of Health, which uses these funds for financing of health and hygiene institutions and public health programmes. The other tools for financing of health services are local and regional budgets. One of the most important instrument of funding is premium raised through the public health insurance system. Each citizen of the Czech Republic takes part in this system according to legislation either individually or the state is the payer of the premium instead of state insurees. The basic principle of this approach is equal rights, as for health care, and solidarity. Solidarity within the health service is represented not just as solidarity between healthy and ill, but also between wealthy and poor. The fundamental legislation related is Act No. 48/1997 on public health insurance and Act No. 592/1992 on general health insurance. The former defines participants and relations between them. The participants are insurees, providers of health services and health insurance companies. The legislation sets particular rights and obligations following the relations. The latter represents percentage assessment of the premium, which has been set as 13.5% of the basis of assessment. Collected premium is returned to the insuree's insurance company. A relatively new source of health care funding are regulatory fees, which have been introduced following the adoption of the amendment of Act No. 48/1997, on public health insurance, §16a. Originally, the fee of CZK 30,- per an item in the prescription and a visit of the surgery was fixed. Furthermore, next fee is the fee of CZK 60,- per a night in the hospital and CZK 90,- per an emergency treatment. A change was adopted on 1.1.2012 regarding the fee per a night in the hospital (CZK 100,-) and per an item in the prescription (since the above mentioned date, the fee of CZK 30,- has been paid per a prescription as a whole). The insuree or his legal representative covers those fees and pays them directly to the provider, who has provided paid services. The purpose of collected regulatory fees is to cover costs related to the services provided by the provider. A significant factor of regulatory fees is the limit protecting the patient. The limit

has been set at CZK 2,500,-, or CZK 5,000,-. Another source is the private health insurance provided by private insurance companies on the voluntary basis. It depends only on the participant's will whether he enters into agreement related to rendering fulfilment in case of an insured accident. Such an insurance covers health care expenses, which is not refunded within the public health insurance. Importantly, relations between participants on health insurance emerge in case that a person must face a demanding life situation. The relations between the patient and the health service provider are defined in Act No. 372/2011, on health services, which represents the first comprehensive law, as for the patient's rights and obligations. The patient's rights are more extensive in contrast to regulations which refer to patient's obligations. The right to be informed on the patient's state of health, restrictions related to patient's state of health information, right of privacy, courtesy and dignified handling, respect to the patient are all included in the legislation. It represents just a short summary. However, there are further patient's rights.

The system of the public health insurance went through historical development. Primarily, this is development from the point of view of particular systems. The systems differ according to citizens contributing to the health care funding. The first, so called Bismarck model, is based on the fact that the funds are returned by each citizen to the funds of insurance companies. Next model is the state health care consisting of two branches, Beveridge's and Semašek's models. The former is known for its financing of health care utilizing taxes, or state budget. The state is a guarantor of health care availability. The latter model was founded on centrally managed state health system. Another historical model is a liberal model, which is considered to be the bedrock in the United States. There is no centrally managed and uniform system. On the other hand, there are partial programmes, for instance Medicare, Medicaid, etc. One of the drawbacks of this system may be seen in the high number of people who are not insured due to the fact that they do not comply with conditions required by the above mentioned programmes.

Further to these models, basic forms of health care financing have been formed. The first of them is represented in form of direct payments, which is utilized as a source of income in less developed countries in Africa. Beveridge system is based on financing that uses tax revenues, so called specific health taxes. A model with significant importance is the model of public health

insurance, which is typical for the Czech Republic. Tripartite relation between patients, providers and state has been established here. Taxes are returned to state, insurance to the insurance company and regulatory fees are paid directly.

There could be no health care funding without legislative. Fundamental legal document is surely the Constitution of the Czech Republic and Charter of Fundamental Rights and Freedoms. Acts linked to these constitutional laws are acts on the general health insurance and general health insurance. These acts are found to be fundamental regarding health care funding. They define a legal scope of premium setting, for persons who are obliged to return insurance that is derived from basis of assessment that is different for each particular group of persons. Employees, self-employed persons, persons with tax-free income and persons who do not pay insurance since the state pays it instead of them are included among those persons according to the legislation. The law also specifies the time period in which the health insurance starts and expires. As for the start of the health insurance, the date of birth, beginning of residence or employment for non-residents are decisive. As for the health insurance expiration, the date of death, loss of residence permit within the Czech Republic or termination of employment are decisive.

The entire matter would not be applicable without particular terminology. The basic term is the definition of health care and health policy of the state. The health care represents a system which strives to ensure health care for society and health policy specifies rights and obligations of participants, potential patients and other persons, who take part in the system of health care. Other terms include health, or illness and mainly the definition of term patient. The world health organization attempted to define the term health - "a condition of body, mental and social ease without illnesses and other disorders". A patient, sometimes called as a client, can be defined as an acceptor of health services who assumes to be provided with such health care, thanks to which his health condition will improve both physically and mentally. Therefore definition of the basic terminology is of the utmost importance regarding this thesis elaboration.

Literatura:

1) Česká

- ARNOLDOVÁ, A. *Sociální zabezpečení*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012, 350 s. ISBN 978-802-4737-249.
- BARTÁK, M. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 166, ISBN 978-807-3575-038.
- CÍSAŘOVÁ, E., PAVEL, J. *Průvodce komunálními rozpočty, aneb jak může informovaný občan střežit obecní pokladnu*. Praha: Transparency International - Česká republika, 2008, 94 s., ISBN 978-808-7123-065.
- ČERVENKA, M. *Soustava veřejných rozpočtů*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2009, 205 s., Student. ISBN 978-808-7212-110.
- DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Ochrana práv pacienta ve zdravotnictví*. Linde Praha a. s., 2007. Etické kodexy práv pacientů, 144 s., ISBN 978-80-7107-684-6.
- DOLEŽAL, T., DOLEŽAL, A. *Přehled judikatury z oblasti zdravotnictví*. Praha: Wolters Kluwer ČR, c2011-, v. <1>. 262 s. ISBN 978-807-3576-769.
- DURDISOVÁ, J. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- DUŠKOVÁ, M, et al. *Úvod do chirurgie*. Praha : [s.n.], 2009. s. 139. ISBN 978-80-254-4656-0.
- HOLČÍK, J., ŽÁČEK, A. *Sociální lékařství*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1995, 111 s. ISBN 80-210-1233-1.
- HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P., PRUDIL, L. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví: východiska, základní pojmy a perspektivy*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 186 s., ISBN 80-701-3417-8.
- JANEČKOVÁ, H., HNILICOVÁ, H.. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 294 s., ISBN 978-80-7367-592-9.
- KARFÍKOVÁ, M., PŘIKRYL, V. *Pojišťovací právo*. Vyd. 1. Praha: Leges, 2010, 351 s., Student (Leges). ISBN 978-808-7212-455.
- KLÍMA, K. *Praktikum českého ústavního práva*. 3. Plzeň: Aleš Čeněk s.r.o., 2009. 184 s. ISBN 978-80-7380-173-1.

- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2002, 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘÍŽOVÁ, E. *Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky*. 1. vyd. Praha: Studie 3/1998, Národohospodářský ústav Josefa Hlávky, 1998, 108 s.
- MAAÝTOVÁ, A. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivnosti*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, 164 s. ISBN 978-807-3579-128.
- MACH, J., et al. *Zdravotnictví a právo: komentované předpisy*. 2003. Praha: Nakladatelství Orac, 2003. s. 45. ISBN 80-86199-50-9.
- NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha. 240 s., ISBN 978-802-4726-281.
- PAVLÍK, M. *Zdravotní politika z pohledu vlády - analýza implementačního deficitu*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010, 158 s. ISBN 978-802-1054-080.
- ŠNĚDAR, L. *Základy zdravotnického práva: s příklady a otázkami*. 1. vyd. Praha: LexisNexis CZ, 2008, 125 s. Studijní texty (LexisNexis). ISBN 978-808-6920-214.
- VOKURKA, M., HUGO, J.. *Velký lékařský slovník*. 7., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2007, xv, 1069 s. ISBN 978-80-7345-130-1.

2) Časopisy:

- *Bulletin*. HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Etický kodex práva pacientů*. 1999, č. 4. Dostupný také z WWW: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/index.html>.
- *Ekonomické informace ze zdravotnictví*. Praha: Ústav zdravotnických informací a informatiky ČR, 2012. ISSN 1211-6467.
- *Pacientské listy: Solidarita ve zdravotním pojištění*. Praha: Mladá fronta Dnes, 2009, roč. 2009, č. 2.
- *Rodička a novorozenec 2011*. Praha: ÚZIS ČR, 2011, s. 16. ISBN 978-80-7472-031-4. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/publikace/rodicka-novorozenec-2011>
- *Zdravotnictví a právo: právní a daňový průvodce pro zdravotnictví*. Praha: Havlíček Brain Team, 2009, roč. 2009, č. 6. ISSN 1211-6432.

- *Zdravotnické noviny*. Jsou zdravotní spořicí účty tím správným lékem? 2005, č. 16.

3) Internetové zdroje:

- Předmět činnosti zdravotní politiky. *Krajská hygienická stanice středočeského kraje se sídlem v Praze* [online]. 2009 [cit. 2012-10-16]. Dostupné z: http://www.khsstc.cz/obsah/predmet-cinnosti_5_1.html
- Zdravotnictví. *Euroskop.cz* [online]. 2012 [cit. 2012-10-16]. Dostupné z: <https://www.euroskop.cz/672/sekce/zdravotnictvi/>
- Zdraví 21. *Výklad základních pojmů* [online]. s. 20, 2009 [cit. 2012-10-18]. Dostupné z: http://www.ped.muni.cz/z21/texty/vyklad_zakladnich_pojmu_21/pdf/001-kap_1-6.pdf
- Zdravotně pojistný plán Všeobecné zdravotní pojišťovny České Republiky pro rok 2012. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České Republiky*. [online]. 2012 [cit. 2012-11-07]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/uploads/document/zpp2012.pdf>
- O cenách a úhradách na rok 2012 rozhodne ministerstvo zdravotnictví. *Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR* [online]. 2011 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/poskytovatele/infoservis-a-akcent/infoservis/infoservis-20-2011/o-cenach-a-uhradach-na-rok-2012-rozhodne-ministerstvo-zdravotnictvi>
- Zpráva o hospodaření dalších složek veřejných rozpočtů a o fondech organizačních složek státu [online]. 2012 [cit. 2013-01-24]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/statni_zav_ucet_70195.html?year=PRESENT#III
- Obama vyhrál dílčí spor o ústavnost reformy zdravotnictví: *ZDN*. [online]. 2011 [cit. 2013-02-07]. Dostupné z: http://zdravi.e15.cz/denni-zpravy/ze-zahranici/obama-vyhral-dilci-spor-o-ustavnost-reformy-zdravotnictvi-462199?seo_name=zdravotnicke-noviny
- Zdravotnictví USA: zdraví k nezaplacení. *Zdravotnictví USA* [online]. 2007 [cit. 2013-02-07]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/pojisteni/29425-zdravotnictvi-usa-zdravi-k-nezaplacení>
- Podobnosti a odlišnosti demografické reprodukce. *XLII. konference České demografické společnosti ČR v EU a ve světě: socioekonomické souvislosti populačního vývoje* [online]. 2012 [cit. 2013-02-13]. Dostupné

z:https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/ceska-demograficka-spolecnost/ke-stazeni/prispevky-z-xlii.-konference-cds/Sidlo_Kocourkova_Novak_2012.pdf

- Další zlom v českém zdravotnictví: nadstandardy už si můžete pojistit!. *Peníze.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-02-14]. Dostupné z: <http://www.penize.cz/soukrome-zdravotni-pojisteni/240409-dalsi-zlom-v-ceskem-zdravotnictvi-nadstandardy-uz-si-muzete-pojistit!>
- Výsledky sčítání lidu, domů a bytů. *Český statistický úřad* [online]. 2011 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://www.czso.cz/sldb2011/redakce.nsf/i/definitivni_vysledky_scitani_lidu_domu_a_bytu
- Výsledky zdravotnických účtů. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2013-02-19]. Dostupné z: http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/publ/3306-12-r_2012
- Prerozdělování pojistného. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky*. [online]. 2013 [cit. 2013-02-20]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/informace/povinnosti-platcu-metodika/stat/prerozdeleni-pojistneho>
- Pacientský ombudsman v ČR. *Svaz pacientů České republiky* [online]. 6. 2. 2011 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=2076>>.
- Seznam patientských ombudsmanů v České republice. *Svaz pacientů České republiky* [online]. 10. 6. 2011 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z WWW: <<http://www.pacienti.cz/clanek.php?id=2073>>.
- Regulační poplatky ve zdravotnictví. *Vězeňská služba České republiky* [online]. 2012 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.vscr.cz/veznice-rynovice-48/informacni-servis-1625/nejcastejsi-dotazy/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-6276>
- České poplatky u lékaře jsou nejtvrďší v Evropě. *Aktuálně.cz*. [online]. 2008 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://aktualne.centrum.cz/domaci/spolecnost/clanek.phtml?id=602626>
- Zdravotnické poplatky v Německu. *IREPORTÉR.CZ: Platforma občanské žurnalistiky a svobody slova v programu WordPress*. [online]. 2011 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.ireporter.cz/2011/06/23/zdravotnicke-poplatky-v-nemecku/>

4) Cizojazyčné zdroje:

- WHO: *Mental Health* [online]. 2012 [cit. 2012-10-18]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/mental_health/en/
- NHS Choices: About the National Health Service (NHS) in England. [online].2012 [cit. 2013-02-05]. Dostupné z: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>
- What is Medicare? What is Medicaid?. *Introduction to Medicare and Medicaid. Contains information, diagrams and videos.* [online]. 2009 [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: <http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/>
- Federal Poverty Level. *US Economy* [online]. 2012 [cit. 2013-02-11]. Dostupné z: http://useconomy.about.com/od/glossary/g/Federal_Poverty_Level.htm
- By population. *Medicaid* [online]. [cit. 2013-02-12]. Dostupné z: <http://medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Population/By-Population.html>
- Children's Health Insurance Program (CHIP). *Medicaid - Keeping America Healthy* [online]. 2009 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://www.medicaid.gov/Medicaid-CHIP-Program-Information/By-Topics/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP/Childrens-Health-Insurance-Program-CHIP.html>
- Human Development Index (HDI). *Human development reports* [online]. 2011 [cit. 2013-02-13]. Dostupné z: <http://hdr.undp.org/en/statistics/hdi/>
- MEDICARE SPENDING AND FINANCING. *The Henry J. Kaiser Family Foundation* [online]. 2012 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <http://www.kff.org/medicare/7305.cfm>
- Zoznam zdravotníckych zariadení. *Prehľadne spracované poplatky v zdravotníctve* [online]. 2013 [cit. 2013-03-22]. Dostupné z: <http://www.zzz.sk/?clanok=13619>

5) Prameny:

- Zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecnej zdravotní pojišťovně České republiky
- Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

- Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR
- Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod ČR
- Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů
- Zákon č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
- Zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 455/2011 Sb., o státním rozpočtu ČR na rok 2012
- Vyhláška č. 644/2004 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění, průměrných nákladech a o jednacím řádu dozorčího orgánu
- Vyhláška č. 63/2007 Sb., o úhradách léčiv a potravin pro zvláštní lékařské účely
- Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

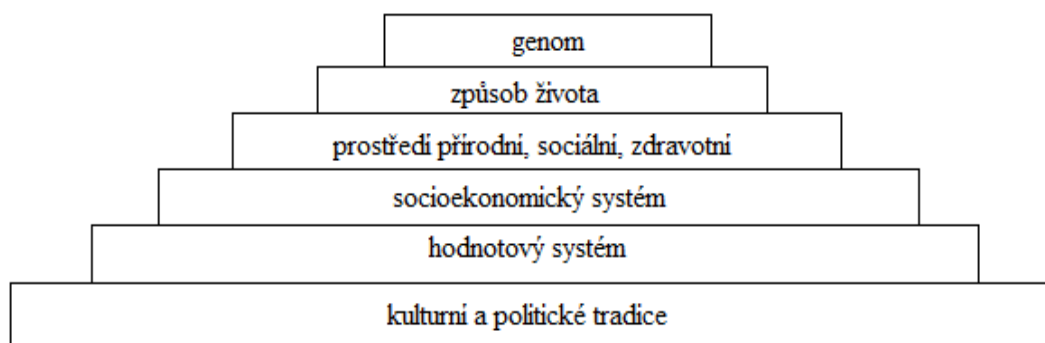
6) Nálezy ÚS

- Nález Ústavního soudu ze dne 27. listopadu 2012 sp. zn. Pl. ÚS 1/12 ve věci zrušení § 30 odst. 2 písm. d) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a některých ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), a návrhu na zrušení některých dalších zákonů. In: *Předpis č. 437/2012 Sb.* 2012, 160/2012. Dostupné z: http://nalus.usoud.cz/Search/GetText.aspx?sz=Pl-1-12_1
- Nález sp. zn. Pl. ÚS 1/09

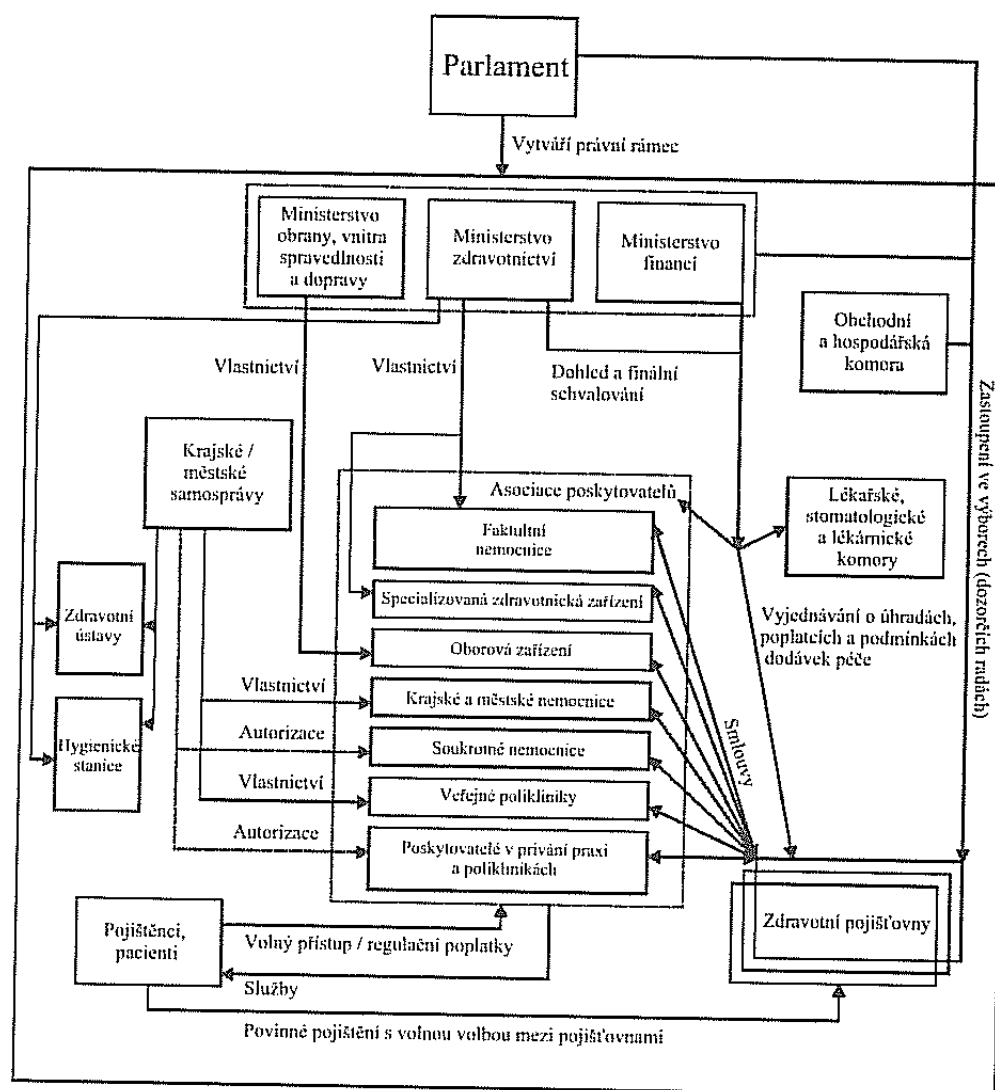
Přílohy:

- Příloha č. 1 – Determinační pyramida
- Příloha č. 2 – Vztahy v rámci organizace zdravotnictví ČR
- Příloha č. 3 – Nákladové indexy pro rok 2013
- Příloha č. 4 – Nákladové indexy pro rok 2012 (srovnání s rokem 2013)
- Příloha č. 5 – Zdroje financování programu Medicare
- Příloha č. 6 – Finanční toky ve zdravotnictví České republiky
- Příloha č. 7 – Daňové příjmy pro rok 2011
- Příloha č. 8 – Výdaje na regulační poplatky
- Příloha č. 9 – Vzor dotazníku využitého při dotazníkovém šetření

Příloha č. 1 – determinační pyramida ¹¹³



Příloha č. 2 – Vztahy v rámci organizace zdravotnictví ČR ¹¹⁴



¹¹³ MAAYTOVÁ, Alena. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*. 1. vyd. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012, s. 15. ISBN 978-807-3579-128. (celkem stran – 164)

¹¹⁴ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 72, ISBN 978-807-3575-038.

Příloha č. 3 – Nákladové indexy pro rok 2013¹¹⁵

**Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného na všeobecné zdravotní pojištění
pro rok 2013**

Věková skupina pojištěnců		Nákladové indexy podle pohlaví pojištěnců	
od	do	muži	ženy
0	5	1,5255	1,3637
5	10	0,9127	0,7790
10	15	0,8896	0,8758
15	20	0,7706	1,0000
20	25	0,6437	0,9764
25	30	0,7283	1,2934
30	35	0,8322	1,4250
35	40	0,9061	1,3308
40	45	1,0580	1,3714
45	50	1,2877	1,6096
50	55	1,7262	1,9598
55	60	2,3400	2,2332
60	65	3,0093	2,5969
65	70	3,7962	3,2337
70	75	4,4303	3,7718
75	80	4,9973	4,3941
80	85	5,2189	4,7417
85	a více	5,3170	5,1709

¹¹⁵ Vyhláška č. 442/2012 Sb., kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2013. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. 2013 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c442/2012-sb-kterou-se-stanovi-nakladove-indexy-vekovych-skupin-poj_7187_11.html

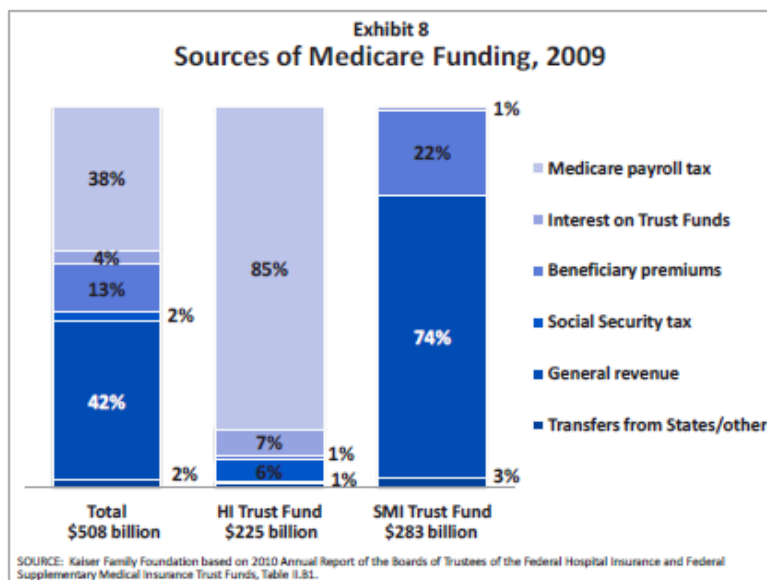
Příloha č. 4 – Nákladové indexy pro rok 2012 (srovnání s rokem 2013)¹¹⁶

Nákladové indexy pro přerozdělování pojistného na všeobecné zdravotní pojištění pro rok 2012

Věková skupina pojištěnců		Nákladové indexy podle pohlaví pojištěnců	
od	do	muži	ženy
0	5	1,5302	1,3789
5	10	0,9022	0,7766
10	15	0,8894	0,8866
15	20	0,7666	1,0000
20	25	0,6423	0,9888
25	30	0,7322	1,3328
30	35	0,8249	1,4540
35	40	0,9135	1,3682
40	45	1,0690	1,4005
45	50	1,2999	1,6610
50	55	1,7608	2,0271
55	60	2,3980	2,2895
60	65	3,0709	2,6825
65	70	3,8253	3,2880
70	75	4,4863	3,8305
75	80	5,1211	4,4532
80	85	5,3325	4,7309
85	a více	5,3486	5,1953

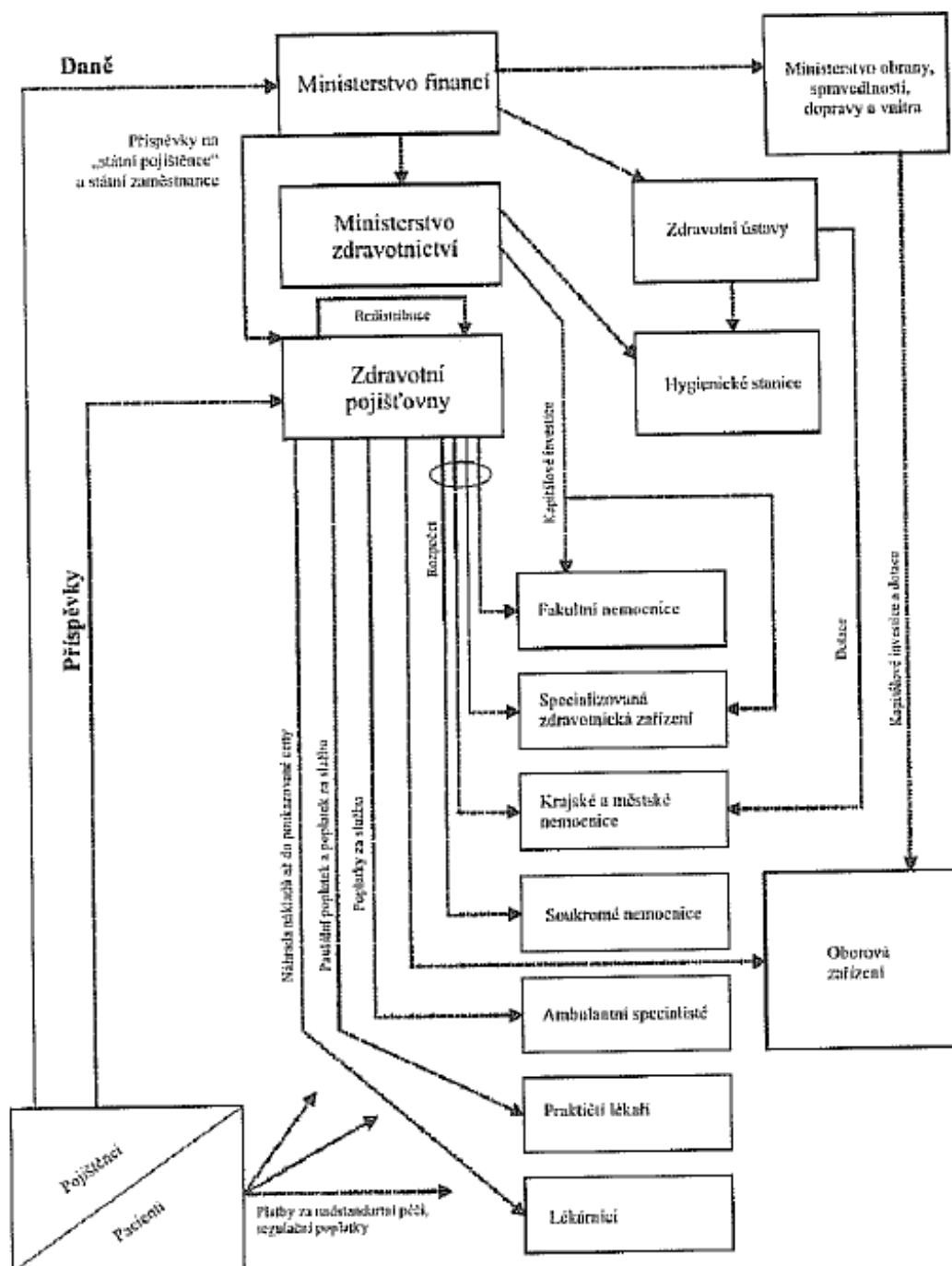
¹¹⁶ Vyhláška č. 422/2011 Sb., kterou se stanoví nákladové indexy věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění pro rok 2013. *Ministerstvo vnitra České republiky* [online]. 2012 [cit. 2013-01-25]. Dostupné z: aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=6076

Příloha č. 5 – Zdroje financování programu Medicare¹¹⁷



¹¹⁷ MEDICARE SPENDING AND FINANCING. *The Henry J. Kaiser Family Foundation* [online]. 2012 [cit. 2013-02-25]. Dostupné z: <http://www.kff.org/medicare/7305.cfm>

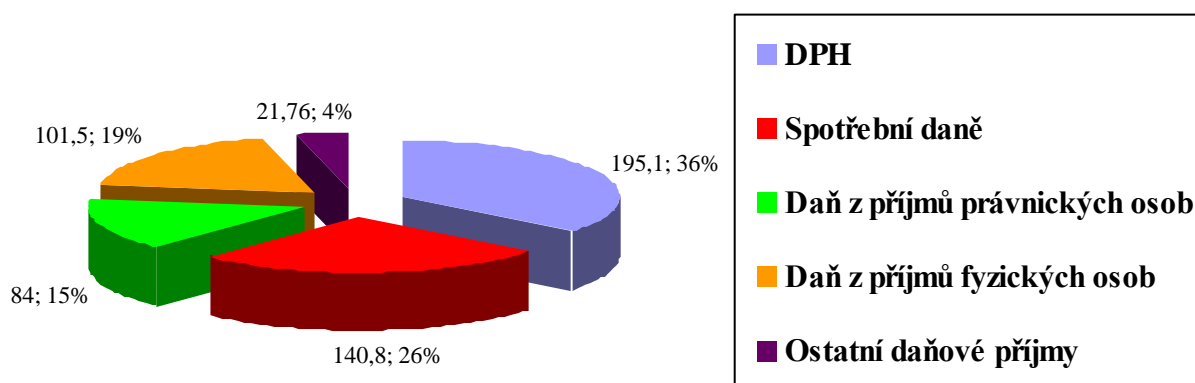
Příloha č. 6 – Finanční toky ve zdravotnictví České republiky¹¹⁸



¹¹⁸ BARTÁK, Miroslav. *Ekonomika zdraví: sociální, ekonomické a právní aspekty péče o zdraví*. Vyd. 1. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 93, ISBN 978-807-3575-038.

Příloha č. 7 – Daňové příjmy pro rok 2011 (číselné údaje jsou v mld. Kč)¹¹⁹

- jedná se o graf, který popisuje pouze daňové příjmy bez pojistného na sociální zabezpečení, a nedaňových a ostatních příjmů. Celkové daňové příjmy jsou **543,16**.



Příloha č. 8 – Výdaje na regulační poplatky (v tis. Kč)

	2008	2009	2010	Index 2010/2009
Poplatky za recept	2 411 161	2 659 293	2 657 363	99,9
Poplatky za návštěvu lékaře	1 805 866	1 650 240	1 530 418	92,7
Poplatky za hospitalizaci	1 176 098	1 262 562	1 242 669	98,4
Poplatky za pohotovost	178 145	207 753	191 444	92,1
Celkem	5 571 270	5 779 848	5 621 894	95,8

¹¹⁹ Zpráva o výsledcích hospodaření státního rozpočtu. *Ministerstvo financí České republiky*[online]. 2012 [cit. 2013-02-18]. Dostupné z: http://www.mfcr.cz/cps/rde/xchg/mfcr/xsl/statni_zav_ucet_70192.html?year=PRESENT

Příloha č. 9 – Vzor dotazníku využitého při dotazníkovém šetření

**Dotazník k vypracování diplomové práce na téma financování zdravotnictví
z pohledu pacienta
fakulta právnická ak. 2012/2013**

Tento dotazník je určen pro studijní účely, pro diplomovou práci a sloužící k praktické části diplomové práce. Dotazník je anonymní a je vyplňován metodou přímého dotazování. Žádám Vás, abyste ho vyplňovali pravdivě. Odpovědi zaškrtněte či doplňte.

Tímto způsobem bych Vám také ráda poděkovala za čas věnovaný pravdivému vyplnění dotazníku.

1) Hlavička dotazníku

Pohlaví	Věk	Praxe	Pracovní zařazení	Oddělení
<input type="checkbox"/> Žena	<input type="checkbox"/> Méně než 20 let	<input type="checkbox"/> 0 – 5 let	<input type="checkbox"/> Lékař	Zde napište, na kterém oddělení pracujete.
<input type="checkbox"/> Muž	<input type="checkbox"/> 21 – 30 let	<input type="checkbox"/> 6 – 10 let	<input type="checkbox"/> Zdravotní sestra	
	<input type="checkbox"/> 31 – 40 let	<input type="checkbox"/> 11 – 20 let	<input type="checkbox"/> Pomocný personál	
	<input type="checkbox"/> 41 – 50 let	<input type="checkbox"/> 21 – 30 let		
	<input type="checkbox"/> 51 a více let	<input type="checkbox"/> 31 a více let		

2) Spokojenost na pracovišti

→ u následujících otázek vepište odpovídající míru spokojenosti, kdy jednotlivá čísla znamenají:

- 1 – velmi spokojený (á)
- 2 – spíše spokojený (á)
- 3 – spíše nespokojený (á)
- 4 – nespokojený (á)

Jak jste spokojen (a)?	
1) s oceněním a uznáním Vaší práce	
2) s kvalitou informací, které dostáváte od zaměstnavatele	
3) se systémem odměňování ve zdravotnictví	
4) s finančním ohodnocením Vaší práce	
5) s přístupem a chováním pacienta	

3) Otevřené otázky:

a) Domníváte se, že Vaše pozice je dostatečně finančně ohodnocen (a)?
- pokud ne, jaká je Vaše představa o adekvátním finančním ohodnocení.

b) Jaký je Váš měsíční plat (hrubý)?

	Můj měsíční plat je:
<input type="checkbox"/>	Do 10.000 Kč
<input type="checkbox"/>	10.000 – 15.000 Kč
<input type="checkbox"/>	16.000 – 20.000 Kč
<input type="checkbox"/>	21.000 – 25.000 Kč
<input type="checkbox"/>	26.000 – 30.000 Kč
<input type="checkbox"/>	31.000 a více Kč

c) Díval (a) jste se někdy po nabídkách zaměstnání v zahraničí?
- ano/ne, proč?

d) Souhlasíte s větší finanční spoluúčastí pacienta na zdravotní péči?
Pokud ano, proč?

e) Setkal (a) jste se v průběhu své praxe s pacientem, který byl neslušný?

f) Seznamujete pacienta s právy a povinnostmi pacienta?

g) Zeptal se Vás již pacient na některé z ustanovení ohledně práv a povinností, že jim nerozumí?