



Ekonomika a pojišťovnictví

TEXT PRO POSLUCHAČE ZDRAVOTNICKÝCH OBORŮ

STANĚK Jaroslav

Praha 2014

Vysokoškolská skripta - text k předmětu Ekonomika a pojišťovnictví.

© Jaroslav Staněk

Vydavatel: VŠZ, o. p. s., Duškova 7, Praha 5

S. 93

ISBN 978-80-905728-5-0

Ekonomika a pojišťovnictví

Předmět je koncipován jako teoretický. Poskytuje orientaci ve zdravotnicko-ekonomické problematice. Informuje studenty o způsobu úhrady zdravotní péče a podnikatelské činnosti ve zdravotnictví a ekonomických aspektech tohoto podnikání.



Tento text byl vytvořen ze studijních materiálů, které vznikly realizací projektu podpořeného v rámci operačního programu OP VK (Operační program Vzdělávání pro konkurenceschopnost, <http://www.msmt.cz/strukturalni-fondy/op-vpk-obdobi-2007-2013>). Tento projekt je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

Obsah

I Ekonomika a pojišťovnictví.....	6
1 Charakteristika zdravotnictví z pohledu ekonomické teorie.....	6
1.1 Zdravotnictví v tržním hospodářství.....	6
1.2 Nárůst nákladů na zdravotní péči.....	8
2 Organizace zdravotnictví v ČR.....	11
2.1 Výkon státní správy na úseku zdravotnictví.....	11
2.2 Zdravotní pojišťovny.....	12
2.3 Zdravotnická zařízení.....	12
3 Zdravotnictví v tržním hospodářství.....	14
3.1 Poptávka ve zdravotnictví.....	14
3.2 Nabídka ve zdravotnictví.....	14
4 Poskytovatelé zdravotních služeb.....	19
4.1 Poskytovatelé – fyzické osoby.....	19
4.2 Poskytovatelé - obchodní společnosti.....	20
4.2.1 Společnost s ručením omezeným.....	20
4.2.2 Akciová společnost.....	21
4.3 Poskytovatelé - příspěvkové organizace.....	26
4.4 Ostatní poskytovatelé zdravotních služeb.....	27
5 Financování zdravotní péče.....	29
6 Zdravotní pojištění.....	30
6.1 Historický vývoj zdravotního pojištění.....	30
6.2 Systémy zdravotního pojištění.....	31
6.3 Pojistné produkty ve zdravotním pojištění.....	33
6.4 Princip solidarity ve zdravotním pojištění.....	34
6.5 Pojistné na zdravotním pojištění.....	35
6.6 Zdravotní pojišťovny a jejich úloha při správě a provozování zdravotního pojištění.....	37
6.6.1 Přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami.....	37
6.6.2 Informační systém zdravotních pojišťoven.....	38
6.7 Tvorba rezerv ve zdravotním pojištění.....	42
6.8 Zajištění ve zdravotním pojištění.....	43
6.9 Shrnutí vývoje systému zdravotního pojištění v České republice.....	43
6.10 Konkurence ve zdravotnictví.....	45
6.11 Principy zdravotního pojištění v České republice.....	46

6.12 Zdravotní pojištění v rámci Evropské unie	47
7 Výdaje na léky a ortopedické pomůcky.....	52
8 Mechanismy úhrady nákladů zdravotních služeb	54
8.1 Úhrady za výkony jednotlivých druhů poskytovatelů zdravotních služeb	54
8.1.1 Lůžková zdravotnická zařízení	54
8.1.2 Ambulantní zdravotnická zařízení	56
8.1.3 Komplementy a jiné doprovodné druhy zdravotních služeb	58
9 Perspektivy vývoje financování zdravotnictví	64
9.1 Problém privatizace ve zdravotnictví	64
9.2 Problém prevence ve zdravotnictví.....	66
II Ekonomika zdravotnického zařízení	70
10 Majetková a kapitálová struktura zdravotnického zařízení	71
10.1 Majetková struktura zdravotnického zařízení.....	71
10.1.1 Dlouhodobý majetek	71
10.1.2 Oběžný majetek.....	71
10.2 Kapitálová struktura zdravotnického zařízení	72
11 Náklady, výnosy a hospodářský výsledek zdravotnického zařízení.....	73
11.1 Náklady zdravotnického zařízení.....	73
11.2 Výnosy zdravotního zařízení.....	74
11.3 Zisk.....	76
12 Účetnictví zdravotnického zařízení.....	78
12.1 Funkce účetnictví.....	78
12.2 Obecná pravidla pro vedení účetnictví.....	78
12.3 Zásady pro vedení účetnictví.....	79
12.4 Způsoby vedení evidence	79
12.4.1 Hlavní dokumenty při vedení evidence	79
12.5 Účetní závěrka	81
13 Pracovníci a mzdy	83
14 Řízení zdravotnického zařízení	85
Literatura:.....	93

I Ekonomika a pojišťovnictví

1 Charakteristika zdravotnictví z pohledu ekonomické teorie

1.1 Zdravotnictví v tržním hospodářství

Zdraví představuje základní hodnotu pro každého **jednotlivce**. Jeho úroveň zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života člověka a může být i jejím nejvýznamnějším limitujícím faktorem. Naplnění životních cílů, tužeb a přání každého člověka je určujícím způsobem ovlivněno stavem jeho zdraví. Řada lidí si však tuto pravdu uvědomí až v situaci, kdy se jejich zdravotní stav zhorší a toto zhoršení může být i trvalé.

Zdraví představuje zásadní hodnotu i pro **rodinu**, která je základní společenskou jednotkou. Stav zdraví jejího člena tedy ovlivňuje kvalitu života nejen jeho samého, ale celé jeho rodiny, a to především v situaci, kdy se tento zdravotní stav jednotlivce výrazně zhorší.

Zdraví je základní hodnotou i pro **společnost**. Celkový zdravotní stav obyvatelstva podstatnou měrou ovlivňuje výkonnost populace, a tím i celého národního hospodářství. Pro národní hospodářství je totiž zdravotní stav populace nejen určujícím výkonovým parametrem, ale ovlivňuje i celkovou nákladovost, protože zdravotní péče je velmi nákladná. Z těchto důvodů většina zemí dbá na celkový zdravotní stav obyvatelstva. Vynakládá na jeho udržení a zlepšení značné společenské prostředky.

Míra nakloněnosti vlád jednotlivých zemí vynakládat celospolečenské prostředky na výdaje související se zajištěním vysoké úrovně ochrany zdraví obyvatelstva však není ve všech zemích stejná. Závisí na mnoha faktorech, z nichž nejdůležitější jsou:

- a) celková ekonomická úroveň státu
- b) systém vládnutí v konkrétní zemi
- c) priority státní politiky
- d) faktor kulturní a historický.

Nyní k jednotlivým těmto faktorům podrobněji.

ad a) Celková úroveň ekonomické vyspělosti státu je určující pro velkorysost zdravotní politiky konkrétní země. Nákladné zdravotní systémy s vysokou mírou státní podpory si mohou dovolit především ekonomicky vyspělé státy. Je všeobecně známo, že tradiční země euroatlantického prostoru vydávají na zdravotní péči velké prostředky, ekonomicky zaostalé státy pak ponechávají většinu tíhy nákladnosti zdravotní péče na občanech.

Ale i toto tradiční rozdělení zemí z uvedeného hlediska není neměnné. Dnes vidíme, že řada zemí, které jsme si tradičně zvykli považovat za rozvojové, mají své zdravotnické systémy velmi vyspělé (např. mnohé arabské státy disponující zdroji ropy). Naopak jiné země, které, i když je tradičně řadíme také mezi rozvojové, jsou

dnes předními ekonomickými mocnostmi, avšak jejich zdravotnický systém jako celek není nejlepší (např. Čína).

ad b) Systém vládnutí v konkrétní zemi může být z hlediska teorie hospodářské politiky buď liberální, nebo intervencionistický. Tyto dva hlavní politickoekonomické systémy uplatňované v euroatlantských zemích vyplývají ze dvou základních hospodářskopolitických systémů, které se v teorii hospodářské politiky časem vyprofilovaly.

Liberální hospodářskopolitický směr preferuje ponechání hospodářských procesů samoregulačním silám trhu. Zásahy státu do ekonomiky mají být podle něho minimální a stát se má zaměřit především na plnění jeho jedinečných funkcí ve společnosti, tedy na zajištění obrany země, zajištění vzdělávání, zajištění dodržování práva (policie, justice), výstavbu a provozování komunikačních a dopravních sítí apod. Nemá zasahovat do ekonomických procesů.

Naproti tomu **intervencionistický hospodářskopolitický systém** preferuje výrazné zásahy státu do ekonomiky a tržní samoregulační systémy považuje za nedokonalé a nedostatečné.

I když v čisté podobě se tyto dva vyhraněné národohospodářské systémy v praxi prakticky nevyskytují, každý z vládních systémů je možno podřadit pod některý z uvedených dvou směrů z hlediska převažujících znaků.

V oblasti praktické zdravotní politiky vlády uplatňující liberální hospodářskopolitický systém se snaží tíhu nákladnosti zdravotní péče ponechat především na lidech samých v podobě vysoké spoluúčasti pacienta na těchto nákladech. Vycházejí ze zásady, že zdravotní stav je prvořadě rizikem jednotlivce. Preferují, aby se z centrálních zdrojů hradily především život zachraňující zdravotní úkony, ostatní mají být ponechány na nemocných samých s různou mírou celospolečenské solidarity.

Intervencionistické vlády naopak preferují vysoký stav celospolečenské solidarity na nákladech zdravotní péče mezi obyvateli. Vycházejí ze zásady, že zdravotní stav jednotlivce je celospolečenským rizikem, neboť je ovlivňován mnohými nahodilými faktory, které občan obvykle nemůže ovlivnit (dědičná zátěž, infekce, nehoda apod.) a stav nemoci tíživě postihuje nejen nemocného jednotlivce, ale i jeho rodinu a v širším slova smyslu celou společnost (v důsledku výdaje celospolečenských prostředků na léčení nemocných, snížení agregátní produkce v důsledku nemocnosti, snížení výběru daní apod.).

ad c) Priority vládní politiky sice ve své podstatě jsou výrazně ovlivněny politickým zaměřením vládnoucí politické strany či koalice, avšak v praktické aplikaci jsou vždy ovlivněny i mnoha dalšími aktuálními faktory, mezi kterými je na prvním místě třeba jmenovat stav hospodářského cyklu, dále ekonomické preference konkrétní vlády, ale i např. náhodné jevy, jako jsou přírodní katastrofy apod.

ad d) Faktory kulturní a historické jsou také velmi významné při vlastní aplikaci zdravotní hospodářské politiky státu. V našem kulturním evropském prostředí je vládní zdravotní politika vždy určována především tradičními hledisky, při nichž má velký význam faktor solidarity a i tradice povinného pojistného zdravotního systému zahrnujícího prakticky všechny vrstvy obyvatelstva. Na jiných kontinentech, např.

v USA, tato tradice povinných pojistných systémů není, což zásadním způsobem ovlivňuje tamější zdravotní politiku vlády.

1.2 Nárůst nákladů na zdravotní péči

Problémem zdravotní politiky každé vlády je především problém financování nákladů zdravotní péče. Obecným trendem je fakt, že tyto náklady trvale stoupají, a to především v důsledku:

a) **stárnutí obyvatelstva**, kdy roste podíl seniorů ve společnosti. Náklady na jejich zdravotní péči jsou však mnohem vyšší, než na péči o mladších skupiny obyvatelstva.

b) **vědeckého pokroku** v medicíně, kdy jsou objevovány stále nové a dokonalejší technologie (např. vyšetřovací a zobrazovací) a léky, přičemž jejich vývoj je velmi nákladný, a proto jsou tyto technologie a léky také drahé

c) vysokého **podílu živé práce** ve zdravotnictví a růstu její ceny (mzdy)

d) nárůstu výskytu **civilizačních chorob** v důsledku životního stylu obyvatelstva a i **stavu životního prostředí**.

Tyto uvedené faktory jsou objektivní a musí se s nimi vypořádat prakticky všechny státy na světě. Přístupy k řešení této situace jsou však různé, jak to vyplývá ze shora uvedených skutečností.

Zdraví představuje základní hodnotu pro každého **jednotlivce**. Jeho úroveň zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života člověka a může být i jejím nejvýznamnějším limitujícím faktorem. Naplnění životních cílů, tužeb a přání každého člověka je určujícím způsobem ovlivněno stavem jeho zdraví. Řada lidí si však tuto pravdu uvědomí až v situaci, kdy se jejich zdravotní stav zhorší a toto zhoršení může být i trvalé.

Zdraví představuje zásadní hodnotu i pro **rodinu**, která je základní společenskou jednotkou. Stav zdraví jejího člena tedy ovlivňuje kvalitu života nejen jeho samého, ale celé jeho rodiny, a to především v situaci, kdy se tento zdravotní stav jednotlivce výrazně zhorší.

Zdraví je základní hodnotou i pro **společnost**. Celkový zdravotní stav obyvatelstva podstatnou měrou ovlivňuje výkonnost populace, a tím i celého národního hospodářství. Pro národní hospodářství je totiž zdravotní stav populace nejen určujícím výkonovým parametrem, ale ovlivňuje i celkovou nákladovost, protože zdravotní péče je velmi nákladná. Z těchto důvodů většina zemí dbá na celkový zdravotní stav obyvatelstva. Vynakládá na jeho udržení a zlepšení značné společenské prostředky.

Míra nakloněnosti vlád jednotlivých zemí vynakládat celospolečenské prostředky na výdaje související se zajištěním vysoké úrovně ochrany zdraví obyvatelstva však není ve všech zemích stejná. Závisí na mnoha faktorech, z nichž nejdůležitější jsou:

a) celková ekonomická úroveň státu

b) systém vládnutí v konkrétní zemi

c) priority státní politiky

d) faktor kulturní a historický.

Nyní k jednotlivým těmto faktorům podrobněji.

ad a) Celková úroveň ekonomické vyspělosti státu je určující pro velkorysost zdravotní politiky konkrétní země. Nákladné zdravotní systémy s vysokou mírou státní podpory si mohou dovolit především ekonomicky vyspělé státy. Je všeobecně známo, že tradiční země euroatlantického prostoru vydávají na zdravotní péči velké prostředky, ekonomicky zaostalé státy pak ponechávají většinu tíhy nákladnosti zdravotní péče na občanech.

Ale i toto tradiční rozdělení zemí z uvedeného hlediska není neměnné. Dnes vidíme, že řada zemí, které jsme si tradičně zvykli považovat za rozvojové, mají své zdravotnické systémy velmi vyspělé (např. mnohé arabské státy disponující zdroji ropy). Naopak jiné země, které, i když je tradičně řadíme také mezi rozvojové, jsou dnes předními ekonomickými mocnostmi, avšak jejich zdravotnický systém jako celek není nejlepší (např. Čína).

ad b) Systém vládnutí v konkrétní zemi může být z hlediska teorie hospodářské politiky buď liberální, nebo intervencionistický. Tyto dva hlavní politickoekonomické systémy uplatňované v euroatlantských zemích vyplývají ze dvou základních hospodářskopolitických systémů, které se v teorii hospodářské politiky časem vyprofilovaly.

Liberální hospodářskopolitický směr preferuje ponechání hospodářských procesů samoregulačním silám trhu. Zásahy státu do ekonomiky mají být podle něho minimální a stát se má zaměřit především na plnění jeho jedinečných funkcí ve společnosti, tedy na zajištění obrany země, zajištění vzdělávání, zajištění dodržování práva (policie, justice), výstavbu a provozování komunikačních a dopravních sítí apod. Nemá zasahovat do ekonomických procesů.

Naproti tomu **intervencionistický hospodářskopolitický systém** preferuje výrazné zásahy státu do ekonomiky a tržní samoregulační systémy považuje za nedokonalé a nedostatečné.

I když v čisté podobě se tyto dva vyhraněné národohospodářské systémy v praxi prakticky nevyskytují, každý z vládních systémů je možno podřadit pod některý z uvedených dvou směrů z hlediska převažujících znaků.

V oblasti praktické zdravotní politiky vlády uplatňující liberální hospodářskopolitický systém se snaží tíhu nákladnosti zdravotní péče ponechat především na lidech samých v podobě vysoké spoluúčasti pacienta na těchto nákladech. Vycházejí ze zásady, že zdravotní stav je prvořadě rizikem jednotlivce. Preferují, aby se z centrálních zdrojů hradily především život zachraňující zdravotní úkony, ostatní mají být ponechány na nemocných samých s různou mírou celospolečenské solidarity.

Intervencionistické vlády naopak preferují vysoký stav celospolečenské solidarity na nákladech zdravotní péče mezi obyvateli. Vycházejí ze zásady, že zdravotní stav jednotlivce je celospolečenským rizikem, neboť je ovlivňován mnohými nahodilými faktory, které občan obvykle nemůže ovlivnit (dědičná zátěž, infekce, náhoda apod.) a stav nemoci tíživě postihuje nejen nemocného jednotlivce, ale i jeho rodinu a v širším slova smyslu celou společnost (v důsledku výdaje celospolečenských

prostředků na léčení nemocných, snížení agregátní produkce v důsledku nemocnosti, snížení výběru daní apod.).

ad c) Priority vládní politiky sice ve své podstatě jsou výrazně ovlivněny politickým zaměřením vládnoucí politické strany či koalice, avšak v praktické aplikaci jsou vždy ovlivněny i mnoha dalšími aktuálními faktory, mezi kterými je na prvním místě třeba jmenovat stav hospodářského cyklu, dále ekonomické preference konkrétní vlády, ale i např. náhodné jevy, jako jsou přírodní katastrofy apod.

ad d) Faktory kulturní a historické jsou také velmi významné při vlastní aplikaci zdravotní hospodářské politiky státu. V našem kulturním evropském prostředí je vládní zdravotní politika vždy určována především tradičními hledisky, při nichž má velký význam faktor solidarity a i tradice povinného pojistného zdravotního systému zahrnujícího prakticky všechny vrstvy obyvatelstva. Na jiných kontinentech, např. v USA, tato tradice povinných pojistných systémů není, což zásadním způsobem ovlivňuje tamější zdravotní politiku vlády.

2 Organizace zdravotnictví v ČR

2.1 Výkon státní správy na úseku zdravotnictví

Ústředním orgánem státní správy na úseku zdravotnictví je **Ministerstvo zdravotnictví** České republiky. To podle zákona č. 2/1969 Sb., o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy (kompetenční zákon) je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídicí působnosti ministerstva, vyhledávání, ochranu a využívání přírodních léčivých zdrojů, přírodních léčebných lázní a zdrojů přírodních minerálních vod i léčiv a prostředky zdravotnické techniky pro prevenci, diagnostiku a léčení lidí, zdravotnické pojištění a zdravotnický informační systém. Součástí ministerstva je i Český inspektorát lázní.

Pro výkon státní správy na úseku zdravotnictví jsou zřízeny i **specializované orgány státní správy** a těmi jsou:

- Státní zdravotní ústav (SZU)
- Státní ústav pro kontrolu léčiv (SUKL)
- hygienické stanice
- zdravotní ústavy
- Ústav zdravotních informací a statistiky (ÚZIS)
- Ústav leteckého zdravotnictví.

Výkon státní správy na úseku zdravotnictví v **území** je svěřen **orgánům územní samosprávy** v rámci jejich tzv. přenesené působnosti. V území tedy nejsou zřizovány žádné další byrokratické orgány státní správy na úseku zdravotnictví, ale výkon státní správy je svěřen voleným orgánům územní samosprávy. To proto, že v rámci státní správy na úseku zdravotnictví je akcentován především místní aspekt, a tím je dostupnost a kvalita zdravotní péče.

Na úrovni vyšších územních samosprávných celků, tedy **krajů** vykonávají státní správu na úseku zdravotnictví **odborní zdravotnictví** krajských úřadů.

Odbory zdravotnictví odpovídají za stav zdravotní péče v kraji, řídí nemocnice (kromě nemocnic přímo řízených ministerstvem) a i síť lékařů primární péče, ambulantních specialistů, lékáren, domácí zdravotní péče, dopravní zdravotní služby, léčeben dlouhodobě nemocných, odborných ústavů, dětských léčeben, lázní a i síť tzv. nelékařské zdravotní péče, tj. psychologové, logopedi apod. Dále řídí zdravotnickou záchrannou službu v kraji a koordinující činnost všech těchto uvedených složek.

Odbor zdravotnictví se obvykle člení na dvě oddělení, a to:

- a) oddělení zdravotní péče
- b) oddělení ekonomickoinvestiční a majetkové.

Tato oddělení vykonávají svoji činnost jednak v rámci tzv. samostatné působnosti kraje a jednak v rámci tzv. přenesené působnosti státní správy.

Na úrovni **obcí s rozšířenou působností** a městských úřadů jsou zřízeny odbory sociální a zdravotní. Ty vykonávají především úkoly v oblasti evidence receptů na některé druhy léků (např. omamné látky) a dále řeší přestupky a jiné správní delikty

na úseku ochrany před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami

2.2 Zdravotní pojišťovny

Většina nákladů na výkon zdravotních služeb je hrazena z prostředků zdravotního pojištění. To je v České republice koncipováno jako tzv. **statutární**, tedy **povinné zdravotní pojištění** (k tomu blíže v kapitole 6 této publikace). Jeho podstatou je to, že fyzické osoby s trvalým pobytem na území České republiky a cizinci pracující u zaměstnavatele se sídlem v České republice musí být povinně účastníky zdravotního pojistného systému, jinými slovy, musí být pojištěni u některé zdravotní pojišťovny působící na území České republiky.

Zdravotní pojišťovny jsou zřizovány zákonem. Ke zdravotním pojišťovnám blíže viz kapitola 6.6 této publikace. Nyní pouze konstatujeme, že v České republice působí dva druhy zdravotních pojišťoven:

- a) **Všeobecná zdravotní pojišťovna** - byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- b) **zaměstnanecké zdravotní pojišťovny** - jsou zřizovány na základě zákona č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Zdravotní pojišťovny vykonávají v rámci systému zdravotního pojištění především tyto dva základní druhy činností:

- a) výběr a správu pojistného na zdravotní pojištění
- b) úhradu výkonů zdravotním zařízením za poskytnuté zdravotní služby.

ad a) Výběr pojistného na zdravotní pojištění se děje na základě zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Z vybraného pojistného se vytváří fond zdravotního pojištění, ze kterého jsou potom hrazeny náklady na zdravotní služby.

ad b) Úhrady výkonů za poskytovanou zdravotní službu zdravotnickými zařízeními zdravotní pojišťovny provádějí na smluvním základě. Tyto výkony proplácují tedy těm zdravotnickým zařízením, se kterými mají pro daný druh zdravotní služby uzavřenou smlouvu, a v rozsahu nasmlouvaných zdravotních služeb.

2.3 Zdravotnická zařízení

Vlastní výkon zdravotní péče a poskytování zdravotnických služeb provádějí zdravotnická zařízení. Zdravotnickým zařízením bude věnována kapitola 4 této publikace.

Ta je možno členit podle mnoha hledisek, např. podle zřizovatele, podle právní formy, podle druhů činností apod.

a) podle zřizovatele členíme zdravotnická zařízení na:

- **státní zdravotnická zařízení** - jejich zřizovatelem je stát (fakultní nemocnice a jiná Ministerstvem zdravotnictví přímo řízená zdravotnická zařízení)
- **nestátní zdravotnická zařízení** - jejich zřizovatelem je jiný subjekt, než stát (územní samosprávný celek, církev, soukromý subjekt apod.)

b) podle právní formy členíme zdravotnické zařízení na:

ba) **fyzické osoby - podnikatelé** jako poskytovatelé zdravotnických služeb - ty poskytují svojí činnost samostatně, na vlastní účet a pod vlastní majetkovou odpovědností a i na vlastní riziko. Je však třeba konstatovat, že výkon samostatného lékařského povolání **není živností** podle živnostenského zákona (zákon. č. 455/1991 Sb.).

Tato forma podnikání se uplatňuje v celé řadě zdravotnických oborů obvykle ambulantní péče. Jedná se především o ordinace praktických lékařů, stomatology, řadu pracovišť odborných lékařů (ambulantní specialisté), lékárny, zdravotní dopravní službu, laboratoře apod.

bb) **obchodní společnosti** jako poskytovatelé zdravotní péče

3 Zdravotnictví v tržním hospodářství

3.1 Poptávka ve zdravotnictví

Z hlediska ekonomické teorie můžeme rozlišit poptávku po zdravotnických službách:

a) v užším slova smyslu – tu představují **zdravotní pojišťovny**, které nasmlouvávají se zdravotnickými zařízeními obecné rámce poskytování zdravotních služeb, a to jak z hlediska objemu zdravotních služeb, tak z hlediska jejich struktury. Tím ovlivňují i rozsah a strukturu sítě poskytovatelů zdravotních služeb, protože pro zdravotnická zařízení je existenční nutností mít uzavřené smlouvy o poskytování zdravotní péče s rozhodujícími zdravotnickými pojišťovnami ve svém regionu.

b) v širším slova smyslu – tu představují klienti (**pacienti**), kteří poptávají zdravotní služby u zdravotnických zařízení buď na základě subjektivně zhoršeného zdravotního stavu, nebo na základě zájmu o preventivní prohlídku či jinou preventivní zdravotní službu.

I zdravotní pojišťovny mají své plošné programy prevence pro určité skupiny osob, a to na principu dobrovolnosti. Jedná se např. o program preventivních mamografických prohlídek pro ženy určitého věku, preventivních vyšetření prostaty pro muže určitého věku apod.

3.2 Nabídka ve zdravotnictví

Stranu nabídky na trhu zdravotnických služeb představují **zdravotnická zařízení**. Ta z hlediska svého počtu a struktury tvoří **sít'** zdravotních zařízení. Její optimalizace je snahou jak zdravotnických pojišťoven, tak i Ministerstva zdravotnictví. Kroky k její optimalizaci však nejsou jednoduché a narážení jak na odpor zdravotnických zařízení samých, tak i orgánů veřejné správy.

Je třeba mít na zřeteli i fakt asymetrických informací při poskytování zdravotní péče. Ve vztahu lékař - pacient je lékař tou stranou, která má více informačních výhod, tedy má více informací o potřebě určitých zdravotnických výkonů u pacienta a jejich nezbytnosti. To v situaci s motivací zdravotnických zařízení na maximalizaci výkonů může vést k tomu, že budou pacientům poskytovány i výkony, které nejsou nezbytné. Nelze nevidět ani snahu různých farmaceutických firem motivovat lékaře k předepisování jejich výrobků (léků) a podobné nežádoucí praktiky.

Na druhé straně je třeba vzít v úvahu zvláštnosti podnikání ve zdravotnictví a jejich vliv na úroveň a rozsah zdravotních služeb. Na prvním místě je možné jmenovat etický rozměr tohoto podnikání. Chybná rozhodnutí mohou vést k újmě na základním nemateriálním statku jednotlivce, a tím je jeho zdraví.

Dále výstupy zdravotních služeb mají jen těžko vyčíslitelný efekt. Tímto výstupem je zlepšení zdravotního stavu, odstranění bolesti, zlepšení hybnosti apod. Tedy hodnoty těžko měřitelné. Proto i užití klasických ekonomických kategorií, jakými jsou zisk, efektivnost, rentabilita, produktivita práce apod., je ve zdravotnictví velmi problematické a přitom se jedná o základní ekonomické kategorie. Zdravotnictví prostě nikdy nebude a nemůže být jen doménou tržních sil a mechanismů. Vždy

bude třeba významných zásahů státu a jiných veřejnoprávních orgánů do mechanismů tohoto trhu i z hledisek mimoekonomických, jakými jsou hlediska etiky, lidské solidarity apod. Hledání přiměřenosti mezi působením tržních sil a státní regulací je tedy jedním z hlavních problémů trhu zdravotních služeb. To platí všeobecně ve vyspělých zemích a zvláště v transformujících se ekonomikách, jakou je i ekonomika České republiky. Tyto otázky však nejsou jen otázkami ekonomickými. Jsou to i otázky politické, a jejich řešení se proto odvíjí od toho, jak je zaměřena konkrétní vláda v konkrétním období, zda více liberalisticky nebo více intervencionisticky, jaké jsou vládní priority v konkrétním období, jaké jsou preference obyvatelstva apod.

V rámci převažujícího tržního modelu hospodářství vyvinuly se v rámci euroatlantického prostoru různé modely financování zdravotnictví. Přitom se vychází z toho, že zdravotnictví sice není veřejný statek, jak již bylo vysvětleno v předchozích kapitolách, ale přesto je to oblast, která nemůže být ponechána jen volnému působení tržních sil, a to z důvodu, že:

- a) v důsledku nerovnosti v příjmech občanů by mohlo dojít k tomu, že by některým občanům nebyla zdravotní služba poskytnuta, přestože ji potřebují
- b) mohlo dojít k selhání dostupnosti zdravotní péče z hlediska počtu a struktury poskytovatelů zdravotních služeb.

Z těchto důvodů vlády států hledají takové modely financování zdravotní péče, které by zajistily poskytování kvalitní zdravotní péče pro všechny obyvatele. Metody řešení tohoto problému jsou v různých zemích různé a podléhají častým změnám, neboť doposud se zřejmě nepodařilo najít takový model, který by zajistil široce dostupnou kvalitní péči pro všechno obyvatelstvo při využívání stále modernějších a účinnějších metod léčení.

Přes toto úsilí je možno konstatovat, že ve většině vyspělých zemí stát zajišťuje svým občanům v principu bezplatné a rovnocenné zdravotní služby pro všechny obyvatele. Tak tomu bylo a stále je i v České republice, přestože především v poslední době (začátek 2. dekády 21. století) vidíme tendence z této zásady ustupovat, a to jak z hlediska bezplatnosti zdravotní péče (např. poplatky ve zdravotnictví), tak i z hlediska rovnocenné její dostupnosti (např. různé nadstandardy ve zdravotnictví).

Ve světě nyní nacházíme prakticky **tři základní modely financování zdravotnictví**, i když se většinou nevyskytují v čisté formě, ale jsou různě modifikovány:

- a) zdravotnictví financované převážně ze státního rozpočtu
- b) zdravotnictví financované převážně ze zdravotního pojištění
- c) tržní zdravotnictví financované převážně ze zdrojů pacientů

ad a) Systém financování zdravotnictví **ze státního rozpočtu**, tedy z vybraných daní se nazývá **národní zdravotní služba**. Je to model, který se uplatňuje např. ve Velké Británii, v Itálii, v Dánsku apod. Jeho podstatou je to, že stát zajišťuje bezplatné poskytování zdravotních služeb pro všechny občany. Náklady na financování zdravotní péče jsou hrazeny přímo ze státního rozpočtu, tedy z vybraných daní. Stát neobtěžuje občany různými druhy plateb (daně, zdravotní pojištění apod.), ale vybírá od nich jen jedinou platbu (daň) a z takto vybraných peněz si sám rozhodne o tom, jakou část vyčlení na financování státní správy, obrany státu, zdravotnictví apod.

Poskytovatelé zdravotních služeb jsou v tomto systému buď veřejná zdravotnická zařízení, nebo soukromí poskytovatelé, kteří uzavírají smlouvy se specializovanými orgány státní správy na regionální či municipální úrovni o poskytování a hrazení zdravotnických služeb.

Obdobný model byl využit i v bývalých socialistických zemích včetně Československa před rokem 1990. V tomto systému bylo postátně nejen financování, ale i poskytování zdravotní péče.

ad b) Financování zdravotnictví převážně z prostředků povinného všeobecného **zdravotního pojištění** se uplatňuje ve většině zemí kontinentální Evropy včetně České republiky. Prostředky vybraného pojistného se soustřeďují ve zvláštních pojistných fondech. Tyto fondy spravují zdravotní pojišťovny. Do fondu přispívají povinně v zákonem stanovené výši zaměstnanci i zaměstnavatelé, dále osoby samostatně výdělečně činné a i tzv. státní pojištěnci, za které však pojistné platí stát. Jedná se o ty osoby, které nemají vlastní příjem (důchodci, studenti apod.).

Poskytovateli zdravotních služeb jsou v tomto případě státní i nestátní zdravotnická zařízení, která tyto zdravotní služby poskytují pacientům na základě smluv, které mají uzavřené se zdravotními pojišťovnami, u nichž jsou pacienti evidováni.

ad c) **Tržní zdravotnictví** je pluralitním systémem, ve kterém stát financuje zdravotní služby jen pro určité skupiny obyvatelstva. Obvykle se jedná o osoby s nejnižšími příjmy, o důchodce, válečné veterány apod. Ostatní převažující část obyvatelstva si zdravotnické služby obstarává na trhu zdravotních služeb, a to buď tak, že si tyto služby přímo hradí ze svých prostředků, nebo uzavírá různá komerční pojištění pro hrazení těchto služeb. Tento komerční pojistný systém je postaven na smluvní volnosti subjektů pojistného vztahu (pojištění je dobrovolné, pojišťovny obvykle nehradí všechna zdravotní rizika nebo je hradí jen do určité výše apod.). Některé velké podniky často kupují zdravotní pojištění pro své zaměstnance jako určitý bonus v rámci pracovní smlouvy. Systém tržního zdravotnictví se v euroatlantickém prostoru uplatňuje prakticky jen v USA. V evropských podmínkách je z důvodu historických a kulturních nepřijatelný.

Vraťme se však k financování zdravotních služeb v našich podmínkách.

V České republice je od jejího vzniku v roce 1993 uplatňován tržní systém národního hospodářství. Bývalé centrálně řízené hospodářství z období socialismu bylo nahrazeno hospodářstvím tržním. Jeho předpokladem bylo odstátnění (deetatizace) národního hospodářství cestou transformace (privatizace) bývalých státních podniků. Tento proces proběhl celkem rychle v průběhu několika let, avšak s mnohými společenskými a morálními problémy (divoká privatizace). Proces deetatizace se uplatňoval především ve výrobních odvětvích a v odvětvích služeb.

Ve zdravotnictví se realizoval postupně a prakticky do dnešní doby (rok 2013) nebyl ukončen. Nejdříve byly privatizovány lázně a i mnohá ambulantní zdravotnická zařízení. U hlavního segmentu lůžkové zdravotní péče, tedy u nemocnic, došlo k odstátnění až poměrně pozdě (v roce 2003), a to převodem většiny nemocnic (především bývalých okresních nemocnic v podobě příspěvkových organizací státu) do vlastnictví krajů.

Tedy nemůžeme mluvit zcela o privatizaci, ale spíše o odstátnění, protože vlastníkem těchto nemocnic se stal opět veřejnoprávní subjekt (kraj). Rozhodnutí o převedení tzv. páteční sítě nemocnic z vlastnictví státu do vlastnictví krajů v situaci jejich finanční nezastabilizovanosti bylo rozhodnutím velmi problémovým. Stát tak ztratil možnost **jednotného** vyřešení problému finanční stability nemocnic a noví vlastníci (kraje) se s tímto problémem potýkají různě a různě úspěšně, což vede ke stavu nejistoty pro pacienty.

Ono totiž zavedení tržních principů do zdravotnictví jako celku je velmi obtížné. Ve vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťování zdraví společnosti, ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotních služeb, lékařské a zdravotnické péče, či jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému.[1]

Uplatnění tržních mechanismů ve zdravotnictví má i své teoretické problémy. Teorie tržních ekonomiky dobře zvládá tzv. dvoustranné vztahy, tedy např. vztah kupující - prodávající, věřitel - dlužník, nájemce - pronajímatel apod. V těchto dvoustranných vztazích totiž dobře funguje samoregulující tržní mechanismus, který vede k tržní rovnováze, tj. rovnováze mezi nabídkou a poptávkou prostřednictvím ceny. Jednoduše řečeno, kdo má na trabanta, kupuje trabanta, kdo má na mercedes, kupuje mercedes. Tedy na trhu se uplatňují jak výrobci trabantů, tak mercedesů. Rozsah poptávky přitom dává signál nabídce, čímž se zajišťuje relativní rovnováha mezi nabídkou a poptávkou.

Ve zdravotnictví však tyto jednoduché zásady tržní ekonomiky uplatnit nelze. On totiž základní tržní vztah na trhu zdravotnických služeb není dvoustranný, ale trojstranný. Vystupují zde totiž tři základní subjekty tohoto vztahu, a to:

- a) pacient**, který zdravotní službu obvykle neplatí, ani ji neobjednává, ale konzumuje ji
- b) lékař**, který také zdravotní službu neplatí, ale poskytuje ji buď sám, nebo ji objednává u dalších poskytovatelů zdravotních služeb, ale tuto službu nekonzumuje
- c) zdravotní pojišťovna**, která službu platí, ale v konkrétním případě ji neobjednává a ani nekonzumuje.

A zajistit rovnováhu v tomto trojstranném tržním vztahu je velmi obtížné a i z hlediska teorie tržní ekonomiky zatím nedořešené. Řešení jsou zatím pouze dílčí, a to cestou stanovení různých limitů, což však problém řeší jen částečně a naráží na celou řadu etických i praktických problémů. V systému zdravotního pojištění má totiž i ten nejméně majetný pacient, za kterého pojistné do systému odvádí stát v minimální výši, nárok na léčbu podle nejnovějších poznatků lékařské vědy (lege artis), a tedy i velmi nákladnou péči. V současné době (rok 2013) jsou sice činěny různé snahy z úrovně vlády regulovat nárok osob na nákladnou zdravotní péči, avšak tyto snahy narážejí na neexistenci společenského konsensu v této věci.

Přes všechny tyto problémy realizace tržních principů na trhu zdravotních služeb je třeba konstatovat, že tento trh zde je, a proto se jím budeme dále zabývat jak z teoretického, tak z praktického hlediska.

Trh zdravotních služeb má, jako ostatně každý trh, svoji stranu poptávky a stranu nabídky.

[1] ZLÁMAL, BELLOVÁ. 2005, s. 32

4 Poskytovatelé zdravotních služeb

4.1 Poskytovatelé – fyzické osoby

Fyzické osoby - podnikatelé poskytují svojí činnost samostatně, na vlastní účet a pod vlastní majetkovou odpovědností a i na vlastní riziko. Je však třeba konstatovat, že výkon samostatného lékařského povolání **není živností** podle živnostenského zákona (zákon. č. 455/1991 Sb.).

Tato forma podnikání se uplatňuje v celé řadě zdravotnických oborů obvykle ambulantní péče. Jedná se především o ordinace praktických lékařů, stomatology, řadu pracovišť odborných lékařů (ambulantní specialisté), lékárny, zdravotní dopravní službu, laboratoře apod.

Vystupují-li fyzické osoby jako poskytovatelé zdravotnických služeb, mohou tyto služby poskytovat buď **osobně**, nebo prostřednictvím tzv. **odborného zástupce**, kterým může být jen fyzická osoba. Odborného zástupce obvykle poskytovatel - fyzická osoba ustavuje tehdy, není-li sám způsobilý k výkonu zdravotnického povolání především z důvodu nedostatku odborné způsobilosti.

Bude-li poskytovat zdravotní služby sám, musí být způsobilý k samostatnému výkonu zdravotnického povolání podle příslušných právních předpisů. Těmi jsou zákon č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, či zákon č. 96/2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Dále musí poskytovatel - fyzická osoba splňovat požadavek bezúhonnosti ve smyslu § 13 zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotnických službách.

Totéž, tedy splnění požadavku bezúhonnosti, se vztahuje i na odborného zástupce, byl-li ustanoven.

Samozřejmě, že poskytovatel - fyzická osoba může k výkonu zdravotnických služeb zaměstnávat zaměstnance s potřebnou kvalifikací. Personální zabezpečení zdravotnických služeb poskytovaných poskytovatelem - fyzickou osobou musí odpovídat oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče.

Zdravotnické zařízení, ve kterém jsou zdravotnické služby poskytovány, musí být technicky a věcně vybaveno v závislosti na oboru, druhu a formě poskytované zdravotní služby.

Provozovat zdravotnické zařízení není snadné, protože zdravotnické služby jsou poskytovány pacientům, tedy občanům nacházejícím se často ve velmi složité osobní situaci. Proto i požadavky na úroveň poskytování zdravotních služeb jsou velmi náročné (upravuje je zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). Náročné jsou i požadavky v oblasti úrovně vybavenosti pracoviště zdravotnického zařízení a i hygienické požadavky.

Zdravotnické zařízení musí být **zaregistrováno** u odboru zdravotnictví místně příslušného **krajského úřadu**.

Dále je zde požadavek povinného **pojištění odpovědnosti** za škody způsobené při poskytování zdravotních služeb. Toto pojištění se uzavírá u některé komerční pojišťovny, která tento pojišťovací produkt nabízí.

K vlastnímu výkonu zdravotních služeb je třeba, aby zdravotnické zařízení mělo uzavřenou **smlouvu s určitým okruhem zdravotnických pojišťoven**, aby mohlo zdravotní služby poskytovat k tíži zdravotního pojištění.

Poskytování zdravotních služeb je tzv. **neživnostenským podnikáním**. Přesto musí provozovatel každého zdravotnického zařízení plnit povinnosti obdobné jako každý jiný podnikatel, to je především:

- mít přidělené identifikační číslo
- být zaregistrován u správce daně (finanční úřad)
- být zaregistrován u místně příslušné správy sociálního zabezpečení
- být zaregistrován u některé zdravotní pojišťovny k účasti na povinném zdravotním pojištění.
- má-li zaměstnance, musí provést registraci těchto zaměstnanců k povinnému sociálnímu pojištění u místně příslušné správy sociálního zabezpečení
- mít otevřený běžný účet u některé banky
- vést účetnictví, a to v případě poskytovatelů - fyzických osob postačuje pouze ve formě tzv. daňové evidence
- plnit si daňové povinnosti, a to především odvádět daň z příjmů
- plnit další povinnosti uložené právními předpisy.

Tyto předpisy se však velmi často mění, a proto řada poskytovatelů - fyzických osob využívá služeb ekonomických či daňových poradců. To je velmi žádoucí, protože podnikání obecně, a podnikání ve zdravotnictví nevyjímaje, je činností rizikovou. Mohou z něho totiž povstat různé závazky, především finanční, jejichž uhrazení může být velmi obtížné, někdy i nemožné. V takovém případě mohou být důsledky neúspěšného podnikání pro poskytovatele - fyzickou osobou až fatální, neboť fyzická osoba ručí za své závazky neomezeně, tj. do výše celého svého majetku.

4.2 Poskytovatelé - obchodní společnosti

4.2.1 Společnost s ručením omezeným

Pro vznik společnosti s ručením omezeným (s. r. o.) zákon o obchodních korporacích stanoví poněkud volnější podmínky, než tak činil dosavadní obchodní zákoník. Zásadní změnou je minimální výše vkladu jednoho společníka stanovená na částku 1 Kč (minimální výše základního kapitálu společnosti není zákonně dána, neboť závisí na počtu společníků) a dále to, že zákon již nestanoví maximální počet společníků společnosti s ručením omezeným.

Společnost s ručením omezeným vytváří **orgány**, které jsou trojího druhu:

a) plenární orgán – tím je **valná hromada**. Ta je shromážděním společníků, na kterém společníci hlasují vahou svých podílů. V případě společnosti o jediném společníkovi má postavení valné hromady tento společník. Jeho rozhodnutí v takovém případě musí mít písemnou formu. Valná hromada je nejvyšším orgánem

společnosti. Schází se minimálně jedenkrát za rok. Volí a odvolává všechny ostatní orgány společnosti a schvaluje hospodářský výsledek a jeho rozdělení. Kromě toho rozhoduje o dalších důležitých záležitostech života společnosti.

b) výkonný orgán - tím je **jednatel** (nebo jednatelé). Je-li jednatelů více, musí být stanoveno, jak jednají za společnost (zda každý sám nebo všichni ve shodě). Jednatel (jednatelé) má postavení statutárního orgánu. Tedy může obchodní společnost zavazovat ve všech věcech. Jednatele volí a odvolává valná hromada. Přísluší mu obchodní vedení společnosti. Jeho vztah ke společnosti není pracovněprávní, ale je obchodněprávní (nejčastěji na principu příkazní smlouvy). Jednatelem může být některý ze společníků nebo i třetí osoba.

c) kontrolní orgán - tím je **dozorčí rada**. Její zřízení je ve společnosti s ručením omezeným nepovinné (obvykle se nezřizuje). Volí ji a odvolává valná hromada. Jejím úkolem je kontrola činnosti výkonného orgánu (proto je výkon funkce jednatele neslučitelný s členstvím v dozorčí radě) a kontrola plnění usnesení valné hromady. Svá zjištění sděluje valné hromadě.

Účast společníka ve společnosti s ručením omezeným je převoditelná formou převodu jeho obchodního podílu. Ten může společník převést na jiného společníka, popř. na třetí osobu za podmínek stanovených vnitřním předpisem společnosti.

Obecně je podnikání ve formě společnosti s ručením omezeným nejčastější právní formou podnikání v České republice, a to se týká i podnikání ve zdravotnictví. Ve zdravotnictví má podnikání formou společnosti s ručením omezeným velmi časté uplatnění, ať už se jedná o společenství lékařů vykonávajících své specializace ve zdravotních střediscích či o podnikání v oblasti zdravotnického zásobování, distribuce léčiv apod. Právní formu společnosti s ručením omezeným mají i některé nemocnice.

4.2.2 Akciová společnost

Akciová společnost je právní forma určená pro velké podnikání. I když tato právní forma není nejpočetnější formou podnikání v České republice, význam podnikatelských subjektů s touto právní formou je pro celé národní hospodaření nejdůležitější, protože tuto právní formu mají obvykle největší a nejvýznamnější podniky.

Z historického hlediska je akciová společnost nejdokonalejší a nejvyšší formou skupinového podnikání, protože řeší oba hlavní limitující faktory individuálního podnikání, tedy jak kapitálovou omezenost, tak právní rizikovost. Akciové společnosti jako velké a významné podniky mají obvykle snazší přístup k cizímu kapitálu (k úvěrům) a společníci akciové společnosti (akcionáři) neručí vůbec za závazky akciové společnosti. Je tedy typickou kapitálovou obchodní společností.

Akciovou společnost můžeme stručně definovat jako obchodní společnost, jejíž základní kapitál je rozvržen na určitý počet akcií. Zakládá se přijetím stanov a zákon stanoví minimální výši základního kapitálu akciové společnosti na částku 2 mil. Kč, popř. 80 000 EUR.

Akciová společnost povinně vytváří tyto orgány:

a) plenárním orgánem je **valná hromada** - je nejvyšším orgánem akciové společnosti. Je shromážděním všech akcionářů a jejím hlavním úkolem je volba, popř. odvolání ostatních orgánů společnosti a dále schválení hospodářského výsledku, způsobu jeho rozdělení či uhrazení ztráty, rozhodnutí o vyplacení podílu akcionářů na zisku akciové společnosti (dividend) a i odměn členům orgánů společnosti (tantiém) a i další rozhodnutí. Na valné hromadě společníci (akcionáři) hlasují vahou svých podílů, tj. akcií.

b) název výkonného a i kontrolního orgánu závisí na zvoleném systému řízení uvedeném ve stanovách. Akciová společnost si může zvolit buď dualistický, nebo monistický systém řízení. Při dualistickém systému řízení, který je u nás tradiční, je valnou hromadou voleno představenstvo a dozorčí rada. Při monistickém systému řízení je valnou hromadou volena pouze správní rada.

Dualistický systém řízení:

Představenstvo - je výkonným a zároveň statutárním orgánem akciové společnosti. Schází se podle potřeby (obvykle jednou za měsíc). Je kolektivním orgánem. Proto musí být určeno, kteří členové představenstva a jakým způsobem jednají za společnost navenek. Vzhledem k tomu, že představenstvo jako statutární orgán nezasedá nepřetržitě, avšak úkony jménem společnosti je třeba konat denně, ustanovuje se obvykle funkce **generálního ředitele**, který je, na rozdíl od členů představenstva, zaměstnancem akciové společnosti. Nemá však postavení statutárního orgánu, a proto právní úkony za společnost může činit jen na základě a v rozsahu zmocnění, které mu udělí statutární orgán, tedy představenstvo. Toto zmocnění má obvykle formu plné moci.

Dozorčí rada - je kontrolním orgánem. Jejím úkolem je kontrola činnosti představenstva, popř. generálního ředitele a dále kontrola plnění usnesení valné hromady.

Monistický systém řízení:

Správní rada jako kolektivní orgán v sobě spojuje jak funkci výkonnou, tak kontrolní. V rámci výkonné funkce určuje obchodní vedení společnosti. V rámci kontrolní funkce kontroluje výkon obchodního vedení, které realizuje **statutární ředitel**. Ten je volen a odvoláván správní radou a může být i jejím předsedou.

Kapitál akciové společnosti je rozvržen na akcie. **Akcie** je cenný papír a jsou s ní spojena **práva akcionářů**, která jsou:

a) společenská - např. právo účasti na valné hromadě, právo volit a být volen do orgánů akciové společnosti apod.

b) majetková - např. právo na podíl na zisku, na likvidačním zůstatku apod.

Akcie můžeme členit podle několika kritérií. Rozlišujeme např. akcie:

a) - **kusové** – ty nemají vyjádřenou jmenovitou hodnotu a představují stejné podíly na základním kapitálu společnosti

- **s určitou jmenovitou hodnotou**

- **hromadné akcie** – nahrazují určitý počet akcií určitého druhu

b) podle druhu dělíme akcie na:

- **kmenové** - s nimi nejsou spojena žádná zvláštní práva akcionářů

- **prioritní** - s nimi jsou spojena určitá přednostní práva akcionářů, např. na přednostní úpis akcií, na přednostní výplatu dividendy apod.

c) podle podoby rozlišujeme akcie:

- **listinné** - mají papírovou podobu

- **zaknihované** - nemají papírovou podobu, ale jen podobu záznamu v zákonem stanovené evidenci

d) podle formy rozlišujeme akcie:

- **na jméno** - jsou vystaveny na jméno konkrétního akcionáře. Jsou-li vystavené v listinné podobě, pak jsou převoditelné rubopisem na řad, tj. zápisem o změně majitele na rubové straně listinné akcie. Aktuálním vlastníkem je ten, kdo je zapsán na rubové straně akcie jako poslední v řadě vlastníků akcie.

- **na majitele** (doručitele) – mají neomezenou převoditelnost. Existují jen jako zaknihovaný cenný papír nebo jako imobilizovaný cenný papír.

Ve zdravotnictví bylo podnikání formou akciových společností poměrně omezené. Avšak po převodu bývalých okresních nemocnic, které měly právní formu příspěvkových organizací státu, v roce 2003 na kraje, byly tyto nemocnice často převáděny do právní formy akciových společností, a to obvykle s jediným akcionářem, kterým je kraj. Vhodnost tohoto řešení ukáže teprve čas, protože řada těchto nemocnic se potýká s ekonomickými problémy, které vedou k dlouhodobé ztrátovosti jejich činnosti, což je v případě obchodních společností problém.

Právní formu akciové společnosti mají často i velkodistributoři léků a zdravotní techniky a i jiné subjekty.

Podnikání jednotlivce - podnikatele má významná ekonomická omezení a právní rizika. Ekonomickým omezením se rozumí nedostatek kapitálu, který je „krví“ podnikání. Bez kapitálu podnikat nelze. A osobní kapitálové zdroje (tj. především dočasně volné finanční prostředky, které může podnikatel do podnikání vložit) jsou vždy omezené.

Na druhé straně je podnikání jednotlivce - podnikatele ohroženo významným rizikem, neboť podnikání obecně je činnost riziková. Toto riziko je jednak subjektivní, spočívající v chybném podnikatelském záměru, jednak objektivní, tedy dané faktory, které podnikatel nemůže ovlivnit (např. stav konkurence, stav hospodářského cyklu, druhotná platební neschopnost apod.).

Ve snaze eliminovat jak faktor ekonomické omezenosti, tak i faktor právního rizika spojeného s individuálním podnikáním, vypracovovaly se v průběhu doby různé formy **skupinového podnikání**. Vznikaly různé **obchodní společnosti** jakožto právnické osoby nadané právní subjektivitou. Ty tedy mohly v podnikatelských (obchodních) vztazích vystupovat vlastním jménem a zavazovat se (tj. brát na sebe závazky) na vlastní účet, tedy na vlastní majetkovou odpovědnost.

Právní formy obchodních společností se historicky vypracovovaly podle toho, které z uvedených ekonomických omezení nebo právnických rizik si vzaly za cíl překonat. Podle tohoto kritéria členíme obchodní společnosti na:

a) osobní - to jsou ty, které si kladou za cíl vyřešit jen problém ekonomické omezenosti individuálního podnikání cestou spojení dočasně volných peněžních

prostředků více osob s cílem vytvoření větší kapitálové síly. Nemají ambice vyřešit problém právního rizika spojeného s podnikáním. Společníci osobní obchodní společnosti jsou tedy sami aktivně zapojeni do činnosti obchodní společnosti a společně ručí za závazky obchodní společnosti celým svým osobním majetkem. Taková obchodní společnost obligatorně (povinně) nevytváří orgány, neboť jednat za společnost mohou všichni její společníci. Zákon nestavoví minimální výši vkladů jednotlivých společníků, protože ti ručí za závazky společnosti celým svým majetkem.

b) kapitálové - to jsou již vyšší formy obchodních společností, neboť tyto si kladou za cíl vyřešit nejen problém kapitálové nedostatečnosti individuálního podnikání, ale i onu jeho právní rizikovost. Společníci kapitálové obchodní společnosti mají vkladovou povinnost, jejíž minimální výše je dána právním předpisem a konkrétní její výše je určena ve společenské či zakladatelské smlouvě, kterou mezi sebou společníci kapitálové obchodní společnosti uzavírají. Obchodní společnost vytváří orgány, které také určuje právní předpis a stanovy obchodní společnosti. Společníci kapitálové obchodní společnosti za závazky této společnosti ručí jen do výše svých nesplacených vkladů a jsou-li tyto vklady splaceny, pak se závazky společnosti neručí. Účast v kapitálové obchodní společnosti je převoditelná. Založení kapitálové obchodní společnosti je spojeno s řadou právních povinností, které stanoví právní předpis. Tyto podmínky jsou stanoveny diferencovaně pro jednotlivé právní formy obchodních společností.

Zákon o obchodních korporacích (zákon č. 90/2012 Sb.), který nahradil bývalý obchodní zákoník (zákon č. 513/1991 Sb.) jako základní právní předpis tzv. korporátního práva (tj. práva upravujícího právní postavení obchodních společností a družstev), vyjmenovaná, které právní formy obchodních společností lze v České republice zřizovat. Jsou jimi:

- a) veřejné obchodní společnosti (ve zkratce v.o.s.)
- b) komanditní společnosti (ve zkratce k.s.)
- c) společnosti s ručením omezeným (nejčastěji ve zkratce s.r.o.)
- d) akciové společnosti a.s.)

Z těchto vyjmenovaných právních forem obchodních společností řadíme veřejnou obchodní společnost mezi osobní obchodní společnosti. Společnost s ručením omezeným a akciovou společnost řadíme mezi kapitálové obchodní společnosti a komanditní společnost stojí na pomezí mezi osobní a kapitálovou obchodní společností, protože v ní jsou sdruženy dvě skupiny společníků, a to tzv. komanditisté, kteří mají postavení kapitálových společníků, a komplementáři, kteří mají postavení osobních společníků. (V některých pramenech je komanditní společnost řazena mezi osobní společnosti).

Po vstupu České republiky do Evropských společenství v roce 2004 je možno i u nás zakládat tzv. **evropské právní formy obchodních společností**, které jsou upraveny též komunitárním právem. Jedná se o **evropské hospodářské zájmové sdružení** a o **evropskou společnost**.

Pokud jde o začátek tzv. skupinového podnikání, pak pro všechny obchodní společnosti platí, že zákon rozlišuje mezi založením a vznikem obchodní společnosti.

Založení obchodní společnosti je proces, který se odehrává uvnitř obchodní společnosti a jehož výstupem je zakladatelský dokument, který se nazývá různě podle toho, o jakou právní formu obchodní společnosti se jedná (společenská smlouva, zakladatelská smlouva). Kapitálové obchodní společnosti mohou být založeny i jedním společníkem (zakladatelem) a v takovém případě se zakladatelský dokument nazývá zakladatelská listina.

Obchodní společnosti se povinně zapisují do veřejného seznamu, který se nazývá obchodní rejstřík (viz zákon č. 304/2013 Sb. o veřejných rejstřících právnických a fyzických osob). A právě až zápisem obchodní společnosti do obchodního rejstříku (potom, co byl ukončen proces založení obchodní společnosti) obchodní společnost vzniká.

Vznik obchodní společnosti je tedy okamžik, od kterého je společnost zapsána do obchodního rejstříku. Teprve od tohoto okamžiku se společnost zjevila navenek, a tedy může vstupovat do právních vztahů, obecně řečeno, může se zavazovat.

Ukončení činnosti obchodní společnosti je mnohem komplikovanější než její zahájení. To proto, že z podnikání obvykle povstanou závazky a právo chrání věřitele, neboť chrání dobrou víru. Proto stanoví poměrně velmi komplikovaný proces pro ukončení života obchodní společností, jehož účelem je ochránit potenciální věřitele zanikající obchodní společnosti.

S ukončením činnosti obchodních společností jsou analogicky jako při jejím zahájení spojeny dva pojmy, a to zrušení a zánik obchodní společnosti.

Zrušení obchodní společnosti je proces, který se odehrává uvnitř obchodní společnosti. Jeho výsledkem je rozhodnutí společníků (popř. rozhodnutí státního orgánu) o tom, že se činnost obchodní společnosti ukončuje buď bez likvidace, nebo s likvidací.

Dojde-li ke zrušení obchodní společnosti **bez likvidace**, pak společnost zaniká pouze de iure, nikoliv de facto, tedy zrušuje se pouze právně, nikoliv fakticky. Tak tomu je např. při změně právní formy obchodní společnosti (např. její přeměna ze společnosti s ručením omezeným na akciovou společnost), při rozdělení společnosti, při jejím sloučení s jinou obchodní společností apod. Jinými slovy, jedná se o situaci, kdy obchodní společnost zaniká s právním nástupnictvím. Všechna práva a závazky (včetně závazků z pracovněprávních vztahů) přitom přecházejí na právního nástupce.

Mnohem složitější je situace v případě zrušení obchodní společnosti **s likvidací**. V takovém případě obchodní společnost zaniká nejen de iure, ale i de facto. Vrcholný orgán společnosti v takovém případě musí rozhodnout o ustanovení tzv. **likvidátora**, který přebírá výkon funkce orgánů společnosti a činí kroky, které mu zákon ukládá. Těmi je především:

- ukončení činnosti obchodní společnosti
- rozvázání právních vztahů obchodní společnosti (výpovědi smluv včetně smluv pracovněprávních)
- vymáhání pohledávek obchodních společností
- uspokojování závazků obchodní společnosti vůči jejím věřitelům
- rozprodávání majetku obchodní společnosti

- rozdělení výnosu z likvidace (je-li nějaký) mezi společníky podle ustanovení společenské smlouvy
- zpracování účetní závěrky v rozsahu roční (tj. až do daňových povinností dovedené).

Zjistí-li likvidátor kdykoliv v procesu likvidace obchodní společnosti stav jejího úpadku, je povinen podat insolvenční návrh soudu. V takovém případě činnost likvidátora přechází na insolvenčního správce, kterého ustanoví soud. (Samozřejmě za podmínky, že soud insolvenčnímu návrhu vyhoví).

Pokud však byla činnost likvidátora dovedena až do rozdělení likvidačního zůstatku, předá návrh rejstříkovému soudu na výmaz obchodní společnosti z obchodního rejstříku. Pokud soud tomuto návrhu vyhoví, pak okamžikem výmazu obchodní společnosti z obchodního rejstříku tato společnost **zaniká**.

V oblasti skupinového podnikání **ve zdravotnictví** se nejvíce uplatňují kapitálové obchodní společnosti, tedy **společnost s ručením omezeným a akciová společnost**. Proto se dále budeme zabývat jen těmito právními formami obchodních společností.

Činnost obchodních společností upravují právní předpisy, z nichž jsou nejdůležitější občanský zákoník (zákon č. 89/2012 Sb.) a zákon o obchodních korporacích (zákon č. 90/2012 Sb.), které nabyly účinnosti 1. 1. 2014. Byla tak nahrazena dosavadní právní úprava daná obchodním zákoníkem (zákon č. 513/1991 Sb.).

4.3 Poskytovatelé - příspěvkové organizace

Příspěvkové organizace jsou právníckými osobami, které jejich zřizovatelé zřizují v oblastech veřejně prospěšných aktivit. Tyto veřejně prospěšné aktivity však obvykle nepřinášejí svým poskytovatelům zisk, a proto zřizovatel příspěvkových organizací už při jejich založení počítá s tím, že bude muset činnost těchto organizací dotovat. Ono dotování se děje odděleně pro okruh provozní činnosti a pro okruh investiční činnosti. K pokrytí nákladů provozní činnosti příspěvkové organizace zřizovatel pouze přispívá (odtud pojem příspěvková organizace) k doplnění hospodářských zdrojů vytvořených příspěvkovou organizací. Investiční náklady příspěvkové organizace však zřizovatel obvykle pokrývá zcela.

Příspěvková organizace obvykle hospodaří na základě rozpočtu schváleného zakladatelem. Výdaje v rámci tohoto rozpočtu mají často podobu limitů.

Ve zdravotnictví jako ve veřejně prospěšné činnosti, jejíž výstupy jsou především společenské a až teprve druhořadě ekonomické, byla před rokem 2003 forma příspěvkových organizací velmi rozšířená. Tuto formu totiž měly bývalé okresní nemocnice, které byly ve vlastnictví státu a které tvořily tzv. pátevní síť zdravotnických zařízení, a to proto, že poskytovaly zdravotní péči minimálně ve čtyřech základních oborech zdravotní péče (chirurgie, interna, dětské, gynekologie).

Po jejich převedení do vlastnictví krajů v roce 2003 tyto nemocnice obvykle byly převedeny do právní formy obchodních společností a také často přestaly poskytovat zdravotnické služby ve všech čtyřech uvedených základních oborech zdravotní péče. Proto již dnes je problematické o těchto nemocnicích hovořit jako o pátevní síti

zdravotnických zařízení. Je třeba konstatovat, že tento stav zcela nepřispívá ke zlepšení dostupnosti zdravotní péče pro obyvatele.

V současné době (v roce 2013) mají podobu příspěvkových organizací především **fakultní nemocnice**, jejichž zřizovatelem je ministerstvo zdravotnictví. Jejich specifikum spočívá v tom, že kromě poskytování zdravotních služeb provádějí i klinickou a praktickou výuku a dále provádějí i vědeckou a vývojovou činnost.

4.4 Ostatní poskytovatelé zdravotních služeb

V oblasti poskytování zdravotních služeb se můžeme setkat i s jinými právními formami, na základě kterých jsou tyto poskytovatelé zřízeni. Tyto formy mají však již jen okrajový význam, a proto se jimi nebude dále podrobněji zabývat. Jedná se např. o sdružení lékařů ke kolektivnímu výkonu lékařských praxí.

Taková **sdružení** jsou zakládána na bázi občanského (nikoliv obchodního) zákoníku za použití smlouvy o sdružení, která je jeho pojmenovanou smlouvou. Takové sdružení nemá právní subjektivitu, tedy nevzniká tím nový právní subjekt (právní osoba). Členové sdružení si zachovávají svoji právní i ekonomickou samostatnost. Sdružení tedy představuje pouze závazkový vztah mezi smluvními stranami. Jeho členové se zavazují vyvíjet činnost k dosažení společenského zájmu způsobem stanoveným ve smlouvě a zároveň se zdržet všeho, co by mohlo dosažení společenského zájmu ztížit nebo znemožnit. Příkladem takového společenského zájmu může být např. společný pronájem budovy zdravotnického zařízení nebo její pořízení.

Zdravotnické služby jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních. Ta mohou mít různou právní formu, různé zřizovatele, různou praktickou podobu, ať už se jedná o nemocnice, ordinace, léčebné ústavy (např. lázně) či o lékárny.

Hovoříme-li o poskytovatelích zdravotních služeb, máme tedy na mysli právě ona různá zdravotnická zařízení. Zákon o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb.) pojem poskytovatel zdravotních služeb definuje ve svém § 2, odst. 1, ve kterém říká, že **„poskytovatelem zdravotních služeb se rozumí fyzická nebo právnická osoba, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách“**.

Přitom **za zdravotnické zařízení považuje zákon o zdravotních službách „prostory určené k poskytování zdravotních služeb“** (viz § 4, odst. 1 zákona č. 372/2011 Sb.). Ekonomická věda není tak rigorózní (přísná) při užívání pojmů (kategorií), jako tomu je u vědy právní. Proto se často můžeme setkat s tím, že v ekonomických souvislostech oba uvedené pojmy, tedy jak pojem poskytovatel zdravotních služeb, tak pojem zdravotnické zařízení, splývají. Tak tomu bude často i v našem kursu.

My se v rámci kursu ekonomika a pojišťovnictví nebudeme zabývat podmínkami pro získání oprávnění poskytovat zdravotní služby, ani tím, kdo ho vydává a jaké náležitosti musí toto oprávnění obsahovat, neboť to je problematika, kterou se zabývá jiný předmět. Přestože jak ona právní, tak i ekonomická stránka vymezení postavení poskytovatele zdravotních služeb mají mnoho společných rysů, budeme se

v rámci kursu ekonomiky zabývat především těmi ekonomickými aspekty, přestože se nelze vyhnout i jistým právním souvislostem této problematiky.

Pojďme se tedy nyní podívat na to, podle jakých hledisek a do jakých skupin lze poskytovatele zdravotních služeb rozčlenit, neboť „qui bene distingit, bene docet“, tedy kdo dobře člení, správně učí.

Jak již bylo uvedeno, lze poskytovatele zdravotnických služeb členit podle řady kritérií.

Tedy zdravotnická zařízení můžeme členit:

a) podle zřizovatele na:

- **státní zdravotnická zařízení** - jejich zřizovatelem je stát (fakultní nemocnice a jiná Ministerstvem zdravotnictví přímo řízená zdravotnická zařízení)

- **nestátní zdravotnická zařízení** - jejich zřizovatelem je jiný subjekt, než stát (územní samosprávný celek, církev, soukromý subjekt apod.)

b) podle forem poskytované **zdravotní péče** poskytovatele zdravotních služeb na:

- poskytovatele **ambulantní zdravotní péče** – ti poskytují zdravotní péči, při které není třeba hospitalizace pacienta

- poskytovatele **lůžkové zdravotní péče** – ti poskytují zdravotní péči, při které je nezbytná hospitalizace pacienta.

c) podle právní formy členíme poskytovatele zdravotních služeb na poskytovatele:

- fyzické osoby – podnikatele

- obchodní společnosti

- příspěvkové organizace

- ostatní poskytovatele zdravotních služeb.

Rozdělení poskytovatelů podle jejich právní formy je z ekonomického hlediska nejvýznamnější. Proto se jím budeme dále podrobněji zabývat, přestože by jistě bylo možno uvést i další kritéria, podle kterých je možno poskytovatele zdravotních služeb, a tedy i zdravotnická zařízení členit.

5 Financování zdravotní péče

Řešení financování nákladů na zdravotní péči je v rozvinutých zemích světa různé. Vyplývá z ekonomických možností dané země, z historického vývoje, z míry solidarity ve společnosti a řady dalších faktorů.

Obecně však platí, že ve vyspělých zemích není tíha těchto nákladů ponechána jen na pacientech samých. Vždy je zde vysoká míra úhrad z veřejných zdrojů, ať už mají podobu zdravotního pojištění či jinou, neboť v těchto zemích převládá stanovisko, že nemoc je především rizikem společnosti a až druhořadě rizikem jednotlivce.

I když v současné době vidíme i u nás tendence k úspoře celospolečenských výdajů ve všech sférách života společnosti, což souvisí se všeobecnou snahou o úsporu veřejných výdajů v důsledku úsilí o snižování státní zadluženosti, která vyvstala na povrch ve všech vyspělých zemích jako důsledek globální finanční krize konce první dekády 21. století, fakt, že náklad na zdravotní péči není možno ponechat jen na bedrech pacientů, je neoddiskutovatelný. Ve vyspělé společnosti prostě nemohou být náklady na zdravotní péči ponechány jen na pacientech, protože v řadě případů by tito vůbec nebyli schopni tyto náklady unést. A kromě toho stále platí, že úroveň zdravotní péče hrazené z veřejných zdrojů je kritérium vyspělosti dané společnosti. Ve vyspělých společnostech se také předpokládá vysoká úroveň solidarity zdravých s nemocnými.

Obecně tedy platí, že způsoby řešení nákladů na zdravotní péči jsou ve vyspělých zemích různé a liší se od sebe především:[1]

- a) podílem veřejných zdrojů na celkových výdajích
- b) rozsahem přímých úhrad od pacientů
- c) existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem
- d) způsobem stanovování cen za zdravotní služby apod.

Formy financování zdravotních služeb je možno rozdělit na dva základní způsoby:

a) nepřímé financování – spočívající v tom, že pacient se na hrazení nákladů na zdravotní péči podílí nepřímou cestou zdravotního pojištění a příspěvků z různých rozpočtů, ať už státních či municipálních, které jsou tvořeny především z výnosů různých daní a poplatků

b) přímé financování – spočívající v přímých úhradách nákladů zdravotní péče pacienty nebo v jejich různé míře přímé spoluúčasti na těchto úhradách.

[1] PEKOVÁ, PILNÝ, JETMAR. 2008, s. 352

6 Zdravotní pojištění

6.1 Historický vývoj zdravotního pojištění

Počátky zdravotního pojištění lze nalézt již ve **středověku**, a to v různých cechovních zajišťovacích spolcích. Tyto zajišťovací spolky vytvářely různé finanční fondy k podpoře svých členů v době nemoci či úrazu. Tedy již zde můžeme vysledovat profesní uzavřenost těchto systémů, se kterou se setkáváme i v dalších obdobích.

První skutečně moderní znaky pojistného systému v oblasti zdravotního pojištění je možno nalézt až v souvislosti s rozvojem průmyslové výroby, s nastupující érou **kapitalismu**, se kterou je spojen vznik tzv. dělnické třídy, tedy velké skupiny lidí námezdně pracujících. Tato skupina lidí byla vesměs sociálně slabá a prostředky na svoji obživu si opatřovala prací za mzdu. A pro tuto skupinu lidí stav nemoci nebo úrazu měl velmi tíživé důsledky, a to nejen pro ně osobně, ale i pro příslušníky jejich rodiny, protože v té době převládal tradiční model rodiny složené ze živitele (muže) a ostatních jejích členů, kteří byli na výdělku živitele existenčně závislí. Tehdy vznikající různé **příspěvkové fondy** byly tvořeny příspěvky dělníků, ale i jejich zaměstnavatelů a i různých charitativních organizací. I když v počátcích měly tyto fondy především charakter nemocenského pojištění, protože kryly především ztrátu výdělku v důsledku nemoci, postupně byly z těchto fondů kryty i náklady na zdravotní péči.

Skutečně **povinné (zákonné) zdravotní pojištění** vzniklo v roce **1849 v Prusku**, a to jen pro jednu profesní profesi námezdně pracujících, a to **pro horníky**. Hornické povolání bylo v té době jedno z nejnebezpečnějších, protože u této profese docházelo často k pracovním úrazům a i k nemocím z povolání. Významné je, že pojistné na toto povolání již platili jak zaměstnanci, tak i zaměstnavatelé.

Dalším významným mezníkem ve vývoji zdravotního pojištění je rok **1883**, kdy byl v **Německu** vydán **zákon o povinném zdravotním pojištění pro dělníky**. Pojistné na toto pojištění platili ze dvou třetin zaměstnavatelé a z jedné třetiny zaměstnanci (obdobně, jako tomu je dnes u nás). Toto zdravotní pojištění bylo koncipováno jako **rodinné** (tedy vztahovalo se i na rodinné příslušníky pojištěnce), i když nikoliv povinně, ale z hlediska pojistného krytí toto pojištění se vztahovalo na krytí nákladů na lékařské ošetření, na léky a od třetího dne nemoci i na nemocenské dávky. Vidíme tedy, že toto pojištění bylo vlastně kombinací zdravotního i nemocenského pojištění, a to v parametrech, které se kryjí v některých aspektech i s našimi dnešními parametry zdravotního a nemocenského pojištění.

Pokud jde o území našeho dnešního státu, to v konci 19. století bylo součástí Rakouska-Uherska. V **Rakousku-Uhersku** byl obdobný zákon přijat v roce **1886** a vztahoval se na **všechny zaměstnané osoby** (tedy nejen na dělníky) a částečně i na živnostníky.

V roce 1887 byl v Rakousku-Uhersku přijat zákon o úrazovém pojištění.

V závěru 19. století byl prakticky v celé Evropě a i ve Spojených státech legislativně přijat princip, že pracovní úraz je **rizikem zaměstnavatele** (nikoliv zaměstnance). To

mohlo mít vážné ekonomické důsledky pro zaměstnavatele a tento stav byl živnou půdou pro vznik nových pojistných produktů (druhů pojištění) pro komerční pojišťovny, které začaly zaměstnavatelům nabízet pojištění rizika úrazu jejich zaměstnanců. Pojistné náhrady se vztahovaly na úhrady léčebných výloh, invalidních dávek a i odškodnění pozůstalých.

První zdravotní pojištění vztahující se na **veškeré obyvatelstvo** bylo uzákoněno v roce **1939** na **Novém Zélandu** (Evropa v té době měla jiné, a to válečné starosti).

Po 2. světové válce byl v řadě západoevropských zemí (Velké Británii, Dánsku, Itálii a dalších) systém zdravotního pojištění založený na samosprávných fondech nahrazen systémem **národní zdravotní služby**. Ta zahrnovala pojistné krytí pro veškeré obyvatelstvo a zajistila rovný přístup ke zdravotním službám. V dalších zemích byl uplatňován systém zdravotního pojištění na základě Bismarckova modelu (viz dále).

V zemích bývalého **socialistického bloku** včetně Československa byl v té době zaveden tzv. Semaškův model spočívající v postátnění jak poskytování zdravotní péče, tak i zdrojů na krytí nákladů na tuto péči. To zajistilo rovný přístup veškerého obyvatelstva k bezplatné zdravotní péči.

6.2 Systémy zdravotního pojištění

Jak již bylo uvedeno, zdravotní pojištění známe jednak jako statutární (povinné), jednak jako privátní (dobrovolné). Pro náš evropský prostor je typické statutární zdravotní pojištění. To je na základě zákona prakticky povinné pro všechny obyvatele státu, či alespoň pro většinovou skupinu.

Privátní zdravotní pojištění v Evropě také existuje, ale jeho role je **doplňková**, tedy může krýt mezery v krytí rizik vyloučených ze statutárního pojištění (např. některé stomatologické výkony, nehrazené léky apod.) nebo **substituční** (náhradová) pro ty skupiny obyvatelstva, které nepokrývá statutární pojištění (cizinci, svobodná povolání v některých zemích apod.) V těchto případech privátní pojištění nahrazuje statutární pojištění. Role privátního pojištění může být i **reziduální** (zbytková), kdy kryje ty náklady zdravotní péče, které už statutární pojištění nehradí (např. spoluúčast pacienta v některých zemích) nebo **alternativní**, kdy privátní zdravotní pojištění umožňuje např. pojistit se na vyšší standard zdravotních služeb, než jaký kryje statutární zdravotní pojištění.

V evropských zemích je systém **statutárního zdravotního pojištění** naprosto převládající. Uplatnění privátního zdravotního pojištění je okrajové. Jiná situace je však ve Spojených státech amerických. Tam statutární zdravotní pojištění nemá tradici, neboť odporuje filosofii svobodného amerického občana (občana, který není svazován zákonnými povinnostmi nad rámec nezbytného). V důsledku tohoto stavu je v USA cca pětina obyvatelstva bez jakéhokoliv zdravotního pojištění a stav nemoci pro ně představuje vedle rizika medicínského i významné riziko ekonomické. Po zvolení B. Obamy do funkce prezidenta USA však i zde vidíme velké úsilí zavést systém povinného zdravotního pojištění, avšak toto úsilí naráží na odpor mnohých

zájmových skupin. Přesto lze očekávat, že i v USA bude v blízké době zaveden systém povinného zdravotního pojištění.

My se však budeme nadále zabývat jen systémem statutárního zdravotního pojištění tak, jak ho známe v Evropě.

V rámci systému statutárního zdravotního pojištění se rozlišuje několik jeho základních modelů a podmodelů, které se uplatňují v jednotlivých zemích. Konstatujme, že existují dva **základní modely** statutárního zdravotního pojištění, a to:

a) Beveridgeův model

b) Bismarckův model

ad a) Beveridgeův model je modelem **národní zdravotní služby**. Tedy náklady na zdravotní péči jsou financovány ze státního rozpočtu (ze všeobecných daní). Jeho charakteristickým rysem je to, že poskytuje universální pojistné krytí pro všechny obyvatele, neboť všichni obyvatelé mají daňovou povinnost, a z vybraných daní, jako z hlavního zdroje tvorby státního rozpočtu, jsou financovány jak náklady na zdravotní péči, tak i náklady na státní správu, obranu státu apod. Tedy stát obtěžuje obyvatele prakticky jedinou platební povinností, a to placením daní, a sám si už vybrané prostředky rozdělí na jednotlivé výdajové položky státního rozpočtu včetně nákladu na financování zdravotní péče.

Stát zřizuje v území specializované byrokratické orgány při státní nebo regionální správě, které nasmlouvávají rozsah a strukturu zdravotní péče v příslušném území se zdravotnickými zařízeními. Zdravotnické zařízení mohou být buď státní, nebo privátní.

V rámci Beveridgeova modelu rozeznáváme jeho podmodely, a to:

aa) Douglasův model, který se uplatňuje v těch zemích především Britského společenství národů, které mají svá rozsáhlá území rozdělená na provincie (např. Kanada, Austrálie apod.). V těchto zemích se sice daně vybírají centrálně, tedy do jediného státního rozpočtu, avšak stát vybrané prostředky přerozděluje částečně mezi jednotlivé provincie, jejichž místní vlády pak odpovídají za poskytování a financování zdravotní péče na svém území, tedy nasmlouvávají a uhrazují zdravotní péči poskytnutou státními či nestátními zdravotnickými zařízeními.

ab) Semaškův model, který byl uplatňován v bývalých socialistických zemích včetně Československa do 90. let 20. století. Jak již bylo uvedeno, podstatou tohoto modelu je postátnění nejen poskytování zdravotní péče (zdravotnická zařízení byla ve vlastnictví státu), ale i prostředků na úhradu nákladů zdravotní péče. Zdravotnická zařízení byla státem zřizována jako rozpočtové či příspěvkové organizace státu, které měly náklady své činnosti hrazeny ze státního rozpočtu.

ad b) Bismarckův model je modelem zdravotního pojištění postaveným na povinném samostatném odvodu pojistného zákonem stanoveným procentem z příjmu pojištěnců a osob samostatně výdělečně činných a odvodem zaměstnavatelů z vyplacených mezd a kromě toho i platbou pojistného za tzv. státní pojištěnce z prostředků státního rozpočtu. Systém je spravovaný samostatnými zdravotními pojišťovnami, které jsou zřizovány na veřejnoprávním principu. Zdravotní

pojišťovny nasmlouvávají rozsah a strukturu zdravotní péče se státními či nestátními zdravotními zařízeními.

Uvedené systémy a modely zdravotního pojištění se obvykle nevyskytují ve své čisté podobě. Obvykle v konkrétním systému existuje dominantní model, který je často doplňován charakteristickými rysy jiných modelů.

Začátkem 90. let 20. století byl u nás systém financování zdravotní péče transformován do systému **Bismarckova modelu** zdravotního pojištění. Je otázkou, zda by nebylo výhodnější transformovat bývalý systém postavený na Semaškově modelu do systému národní zdravotní služby, který by byl mnohem bližší tehdejší tradici a přitom je plně kompatibilní s modelem tržního hospodářství. Kromě toho se zvolený model zdravotního pojištění trvale potýká s chronickou finanční nedostatečností.

6.3 Pojistné produkty ve zdravotním pojištění

Pojistný produkt určuje rozsah zdravotní péče kryté zdravotním pojištěním a vymezuje podmínky její úhrady ze strany zdravotních pojišťoven.

Ve vyspělých zemích je pojistný produkt vymezen velmi široce. To tedy znamená, že prakticky veškeré oblasti zdravotní péče jsou kryty zdravotním pojištěním. Vyloučeny obvykle bývají estetické výkony či alternativní medicínské postupy (např. homeopatie).

Pojistný produkt je poněkud omezen v oblasti stomatologie, kdy mnohé zdravotnické výkony jsou z pojistného krytí vyloučeny či jsou vyloučeny pro některé věkové skupiny obyvatel (obvykle u dětí je pojetí pojistného produktu širší než u dospělých).

V České republice bylo vymezení pojistného produktu ve zdravotním pojištění od jeho počátku velmi široké. Prakticky se jednalo o jediný pojistný produkt. Toto široké vymezení pojistného produktu trvalo do začátku 2. dekády 21. století, kdy od roku 2012 dochází k jeho omezování cestou nadstandardů zdravotní péče, kdy ze širokého pojistného produktu jsou postupně vyjímány některé postupy či zdravotní prostředky (tzv. **nadstandardy**), které je možno získat jen za příplatek.

V oblasti **hrazení léků** z prostředků zdravotního pojištění byl rozsah pojistného produktu již od počátku pojistného systému vymezen úžeji. Z hlediska krytí nákladů na léky jsou léky rozděleny do tří skupin, a to na léky:

- a) hrazené
- b) částečně hrazené
- c) nehrazené

ze zdravotního pojištění.

Platí zásada, že v každé lékové skupině (v členění podle účinné látky) musí být alespoň jeden lék plně hrazený ze zdravotního pojištění.

V roce 2013 došlo k významnému zásahu do rozsahu pojistného produktu v lékové oblasti, a to zavedením zásady, že léky nehrazené (dostupné bez lékařského předpisu) nebudou ze zdravotního pojištění hrazeny ani v případě, že lékař jejich užívání předepíše (doporučí). Toto opatření má za cíl uspořít prostředky ve fondu zdravotního pojištění.

Obdobně v oblasti **zdravotnických prostředků** jsou ze zdravotního pojištění obvykle hrazena jen základní provedení těchto prostředků (např. brýlí), luxusnější provedení si pak pacient hradí sám.

6.4 Princip solidarity ve zdravotním pojištění

Veškeré pojistné systémy jsou postaveny na principu solidarity. Z podstaty pojištění vyplývá, že na krytí rizika se mnozí podílejí placením pojistného, ze kterého se vytváří pojistný fond. Z tohoto fondu jsou potom vypláceny prostředky těm nemnohým, kteří jsou rizikem předvídaným pojištěním postiženi. Tedy ti, kteří do pojistného systému přispívají a rizikem předvídaným pojištěním nejsou postiženi, jsou solidární s těmi, které riziko postihlo.

Obdobně je tomu i ve zdravotním pojištění. Mnozí, prakticky veškeré ekonomicky aktivní obyvatelstvo, do systému zdravotního pojištění přispívají, avšak jen někteří (nemocní) z něho čerpají.

To má svůj vývoj v čase, neboť obvykle v produktivním věku lidé do pojistného systému více přispívají, než kolik z něho čerpají. V pozdějším věku již do systému obvykle přispívají méně nebo vůbec, avšak čerpají z něho často značné prostředky. Tato relativní disproporce je jednou ze složek principu solidarity ve zdravotním pojištění. Není však jedinou.

Obecně můžeme princip solidarity ve zdravotním pojištění vymežit ve **třech rovinách**:

- a) solidarita zdravých s nemocnými
- b) solidarita mladších se staršími
- c) solidarita bohatých s chudými

ad a) Solidarita zdravých s nemocnými

Do pojistného systému přispívají především ekonomicky aktivní lidé. Pojistné odvádějí ze svých příjmů, a aby mohli mít příjem, musí být obvykle zdraví. Tedy odvádějí do systému prostředky především v době, kdy jsou zdraví a ze zdravotního pojištění ani žádné prostředky nečerpají. Projevují tak svou solidaritu a nemocnými, kteří v důsledku nemocí často nemají příjem a přitom užívají zdravotní péči, která je jim hrazena ze zdravotního pojištění.

ad b) Solidarita mladších se staršími

Jak již bylo uvedeno, v mladším produktivním věku je obvykle člověk ekonomicky aktivní. Z této aktivity má příjem, ze kterého část odvádí na zdravotní pojištění. V pozdějším věku již obvykle ekonomicky aktivní není, tedy ani do systému zdravotního pojištění často žádné prostředky neodvádí. Avšak vyšší věk je obvykle provázen vyšší nemocností a také nemocí pozdního věku jsou obvykle chronické, a tedy nákladné. A úhradu těchto nákladů pak nenese občan osobně, ale jsou mu většinou tyto náklady hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, které se aktuálně vytváří z příspěvků mladších pojištěnců.

ad c) Solidarita bohatých s chudými

Pojistné na zdravotní pojištění se obvykle stanoví pojištěnci procentní sazbou z dosažených příjmů. Tato procentní sazba je relativně stejná pro všechny

pojištěnce, a tedy ti, kteří mají větší příjmy, do systému zdravotního pojištění při stejné procentní sazbě pojistného odvedou větší absolutní částku než ti, kteří mají příjmy nižší.

Takto byly v České republice principy solidarity zakotveny do pojistného systému při jeho zavedení začátkem 90. let. V pozdějším období (konec 1. dekády 21. století) vidíme určité ústupky od těchto principů v podobě tzv. horního zastropování pojistného, které mají za následek prohloubení finanční napjatosti celého systému zdravotního pojištění (viz kap. 6.5).

6.5 Pojistné na zdravotním pojištění

Ve statutárním pojištění převažuje tzv. **průběžný systém financování**. To znamená, že hodnota všech plnění a i administrativních nákladů na systém zdravotního pojištění bude odpovídat očekávané hodnotě příjmů do systému v daném období. V systému statutárního zdravotního pojištění se tedy prakticky nevytváří žádné významné rezervy pro budoucí období.

Ve statutárním zdravotním pojištění se pojistné obvykle odvíjí od výše příjmu pojištěnce. O sazbách pojistného lze samozřejmě hovořit jen v Bismarckově modelu zdravotního pojištění, neboť v Beveridgeově modelu není zdravotní pojištění odděleno od daňových příjmů.

V Bismarckově modelu je procentní sazba pojistného stanovena obvykle jako pevná, zákonem daná. Ve statutárním pojištění se však při stanovení výše pojistného nepřihlíží k rizikovým faktorům, jako je věk pojištěnce a jeho pohlaví, a ani k jeho zdravotní anamnéze.

Pojistné se obvykle dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele. V České republice je dlouhodobě **sazba pojistného** na zdravotní pojištění stanovena na **13,5 %** z příjmů pojištěnce. Přitom **dvě třetiny** této sazby, tj. 9 % **odvádí** do systému **zaměstnavatel** a **jednu třetinu**, tj. 4,5 % **zaměstnanec**.

Sazba pojistného na zdravotní pojištění byla u nás stanovena na začátku pojistného systému v roce 1992 a od té doby se nezměnila, přestože ekonomické podmínky se od té doby změnily diametrálně (růst inflace, růst sazeb DPH apod.). Stanovení sazeb pojistného je tedy více záležitostí politické dohody než seriózních pojistných výpočtů.

Pojistné pro **osoby samostatně výdělečně činné** je stanoveno diferencovaně pro první rok činnosti a ostatní roky činnosti. Minimální výše pojistného je stanovena v závislosti na vývoji průměrné mzdy v národním hospodářství. Např. pro rok 2013 je tato minimální výše 1748 Kč měsíčně. V této sazbě je pomítnuta i politická snaha o podporu soukromého podnikání.

Za tzv. **státní pojištěnce** platí zdravotní pojištění stát. Jedná se o osoby bez vlastního příjmu, tedy děti, studenti do 26 let věku, důchodce, nezaměstnané apod. Výše pojistného za tyto osoby je stanovena pevnou částkou, která se nemění často. Např. v roce 2012 představovala 723 Kč měsíčně. Uvážíme-li, že průměrný náklad na pojištěnce za měsíc je přes 1700 Kč, tedy více než dvojnásobný, a že státních

pojištěnců je cca 55 % ze všech obyvatel a navíc spotřebovávají (vzhledem k svému věku) cca 80 % celkových nákladů na zdravotní péči, pak je zřejmé, že dlouhodobě podhodnocená výše pojistného za tyto státní pojištěnce je jednou z příčin chronické nedostatečnosti zdrojů v systému zdravotního pojištění.

V roce 2013 ministr zdravotnictví několikrát podal do vlády návrh na navýšení pojistného za státní pojištěnce k zajištění stability systému zdravotního pojištění a, i když žádal o navýšení jen o 50, resp. 80 Kč měsíčně, tento jeho návrh nebyl přijat na potřebu nezvyšování schodku státního rozpočtu. V závěru roku 2013 za úřednické vlády však došlo k navýšení plateb za státní pojištěnce, a to o 64 Kč na osobu měsíčně, tedy na 787 Kč.

Od roku 2008 došlo v souvislosti s vydáním zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů k tzv. **hornímu zastropování pojistného** na zdravotní pojištění. V praxi to znamená, že z příjmů nad určitou hranici (ta byla stanovena na čtyřnásobek průměrné mzdy) se již pojistné na zdravotní pojištění neodvádí. I když toto opatření bylo součástí zákona nazvaného „o stabilizaci veřejných rozpočtů“, je zřejmé, že k žádné stabilizaci fondu zdravotního pojištění nepřispělo. Naopak. Znamenalo jeho další destabilizaci, neboť omezilo přítok zdrojů do systému zdravotního pojištění. [1] V pozdějších letech se hranice horního zastropování posunula (v roce 2010 na šestinásobek průměrné mzdy). V roce 2013 byl systém horního zastropování pojistného na zdravotní pojištění zrušen.

Systém horního zastropování porušuje zásadu solidarity ve zdravotním pojištění. V některých zemích (např. Francie, Belgie) existuje naopak systém tzv. dolního zastropování zdravotního pojištění. To znamená, že z příjmů do určité výše se pojistné na zdravotní pojištění neodvádí a pojištěnci jsou přitom pojištěni. Tím se zvýrazňuje princip solidarity bohatých s chudými ve zdravotním pojištění.

Výše pojistného na všeobecné zdravotní pojištění a jeho výběr jsou stanoveny zákonem č. **592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění**. Tento zákon byl od doby svého vzniku mnohokrát novelizován.

Pokud jde o **odvod pojistného**, zaměstnavatel odvádí část pojistného, které je povinen hradit za své zaměstnance z objemu vyplácených mezd. Současně však odvádí i část pojistného, které je povinen hradit zaměstnanec (srážkou z jeho mzdy nebo platu, a to i bez jeho souhlasu [2]).

Pojistné zaměstnavatel odvádí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné v den, který je zaměstnavatelem určen pro výplatu mezd za příslušný měsíc.

Osoby samostatně výdělečně činné odvádějí pojistné formou záloh a doplatku. Záloha na pojistné je splatná do 8. dne následujícího měsíce za měsíc, na který se pojistné platí. Doplatek při ročním vyúčtování.

Osoby bez zdanitelných příjmů platí pojistné do 8. dne následujícího měsíce za měsíc, na který se pojistné platí.

Za tzv. státní pojištěnce odvádí pojistné ministerstvo financí, a to do 20. dne předcházejícího kalendářního měsíce.

Nebylo-li pojistné nebo záloha na pojistné zapláceno do stanovené lhůty nebo bylo-li zapláceno v nižší částce, je plátce povinen platit **penále ve výši 0,05 %** z dlužné částky za každý den prodlení.

Promlčecí lhůta na dlužné pojistné je 5 let ode dne splatnosti.

[1] jen v roce 2008 mělo za následek výpadek 17 mld. Kč do zdravotního pojištění (zdroj: iDnes)

[2] § 5, odst. 1 zákon č. 592/1992 Sb.

6.6 Zdravotní pojišťovny a jejich úloha při správě a provozování zdravotního pojištění

6.6.1 Přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami

V systému, kde působí více zdravotních pojišťoven, má každá z nich jiné složení tzv. **pojistného kmene**, tedy jinou strukturu pojištěnců s různým zastoupením jejich rizikových faktorů. Je prokázáno, že:

- ženy jako pojištěnci jsou pro zdravotní pojišťovny nákladnější než muži,
- u žen je vyšší čerpání nákladů zdravotní péče ve středním věku a u mužů v pozdním věku,
- nákladnost pojištěnce strmě stoupá s vyšším věkem apod.

Proto struktura pojistného kmene je základním a rozhodujícím faktorem ekonomické úspěšnosti konkrétní zdravotní pojišťovny. Vzhledem k těmto skutečnostem dochází na základě zákona (zákon č. 592/1992 Sb.) k povinnému **přerozdělování vybraného pojistného** a dalších příjmů zdravotních pojišťoven podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin.

Nákladové indexy jsou stanoveny pro 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od 0 do 5 let a dále vždy po 5 letech až do věkové skupiny 80-85 let. Pak následuje věková skupina od 85 let výše již dále nedělená. Nákladové indexy se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané skupině podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce.

Pro přerozdělování prostředků vybraného pojistného a dalších příjmů se zřizuje **zvláštní účet**, který spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna jako správce celého pojistného systému. Na dodržování pravidel hospodaření na účtu přerozdělení dohlíží dozorčí orgán složený ze zástupců ministerstva financí, ministerstva zdravotnictví, ministerstva práce a sociálních věcí a zástupce VZP a zástupců pověřených ostatními zdravotními pojišťovnami.

Za situace, kdy se přerozděluje 100 % vybraného pojistného, se popírá smysl **konkurence mezi zdravotními pojišťovnami**. Za této situace by byla nejvýhodnější a nejefektivnější existence **jediné státem řízené a státem kontrolované zdravotní pojišťovny** tak, jak to doporučuje i OECD. Této myšlence napomáhá fakt, že v České republice:

- VZP soustřeďuje převážnou část pojištěnců (přes 60 %)
- je správcem pojistného systému
- je lídrem ve sjednávání smluvních podmínek se zdravotnickými zařízeními. Ostatní zdravotní pojišťovny spíše kopírují smluvní podmínky VZP.

Při existenci jediné zdravotní pojišťovny by se ušetřily správní náklady na činnost ostatních zdravotních pojišťoven a ušetřené prostředky by mohly být použity na úhradu nákladů zdravotní péče, pro kterou jsou určeny.

Není bez zajímavosti, že vláda na Slovensku prosazuje v roce 2013 sloučení zdravotních pojišťoven do jediné, a to i pod hrozbou vyvlastnění těch, které se do procesu sjednocování nezapojí. V České republice však zřejmě pro obdobný krok není zřejmě politické vůle. Trend zde vede spíše k prohlubování konkurenčního prostředí mezi zdravotními pojišťovnami s tendencí omezit vedoucí postavení VZP. Je však otázkou, jestli tato typicky česká cesta povede k žádoucímu cíli.

6.6.2 Informační systém zdravotních pojišťoven

Celý pojistný systém pracuje na základě moderních informačních technologií. Náklady na informatiku jsou velmi významnou součástí celkové nákladovosti systému. Tvoří čtvrtinu všech správních nákladů zdravotního pojištění.

Informační systém zdravotních pojišťoven se skládá z následujících **částí**:

- a) komunikační systémy
- b) provozní systémy
- c) účetní a správní systémy
- d) manažerské systémy

První dvě skupiny systémů, tj. komunikační a provozní systémy jsou specifické právě pro zdravotní pojišťovny. Je v nich promítnuta specifičnost činnosti zdravotnických pojišťoven. Další dvě skupiny systémů, tj. účetní a správní systémy a dále manažerské systémy, jsou obecné. Využívají standardní programová řešení, jak je známe i z dalších podnikatelských a hospodářských oblastí. Proto se jimi nebudeme dále zabývat.

Komunikační systémy

Zabezpečují komunikaci zdravotní pojišťovny s jejím okolím. Z tohoto hlediska rozumíme okolím zdravotní pojišťovny:

- plátce pojistného
- smluvní poskytovatele zdravotní péče.

Plátcí pojistného předávají zdravotní pojišťovně elektronickou cestou zákonem stanovené údaje vztahující se k platbám pojistného. V této souvislosti jde především o údaje o vzniku a zániku pracovního poměru zaměstnanců plátce.

Pokud jde o komunikaci s poskytovateli zdravotní péče, jedná se především o elektronické předávání údajů o poskytnuté zdravotní péči a i o platnosti zdravotního pojištění pacienta.

Provozní systém

Pracovní systém představuje jádro celého informačního systému.

Člení se na dvě části, a to na:

- a) příjmovou část
- b) výdajovou část

ad a) Příjmová část zahrnuje agendu registrace pojištěnců a agendu platby pojistného. Jde o rozsáhlou agendu zahrnující:

- data o pojištěncích
- data o hromadných plátcích pojistného, tedy o zaměstnavatelích a jejich zaměstnancích
- generování typizované korespondence s plátcí pojistného
- evidencí konkursů na plátce pojistného
- generování předpisů výše platby pojistného
- generování penále za prodlení v platbách pojistného
- vytvoření podkladů pro kontroly plátců pojistného, sledování stavu vymáhání pohledávek
- vytvoření dat pro správce přerozdělení pojistného
- další údaje

ad b) Výdajová část zpracovává požadavky poskytovatelů na úhradu nákladů na zdravotní péči, zajišťuje kontrolu oprávněnosti a správnosti těchto požadavků a vytváří podklady pro příslušné bankovní převody.

Výdajová část zahrnuje:

- správu registru poskytovatelů zdravotní péče
- evidenci a správu smluv s poskytovateli zdravotní péče
- zpracování podkladů od poskytovatelů a jimi poskytnuté zdravotní péči
- zpracování podkladů pro kontrolu vykázané zdravotní péče
- další údaje

Sběr dat jak pro komunikační, tak pro provozní systém od poskytovatelů zdravotní péče se provádí na specializovaných formulářích tak, aby zaznamenávaly poskytnutou zdravotní péči v souladu s potřebami zdravotní pojišťovny.

Pokud jde o formu sběru dat, **listinné formuláře** se používají tehdy, je-li třeba podpis pojištěnce či lékaře na těchto formulářích. Jinak se používá **elektronický přenos dat** mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami.

Nositeli zdravotního pojištění v Bismarckově modelu statutárního zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny.

Na trhu zdravotního pojištění v České republice působí **dva druhy zdravotních pojišťoven**:

- a) Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP)
- b) zdravotní pojišťovny rezortní, oborové, podnikové, popř. další (dále jen zaměstnanecké zdravotní pojišťovny).

ad a) Všeobecná zdravotní pojišťovna

VZP byla zřízena zvláštním zákonem, a to zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Je zvláštní právnickou osobou (osobou sui generis), která hospodaří s vlastním majetkem.

Příjmy získává především z plateb pojistného na zdravotní pojištění, z vlastních zdrojů vytvořených využíváním fondů VZP, příjmy z pokut a z poplatků z prodlení a i z dalších zdrojů. VZP předkládá ministerstvu zdravotnictví a i ministerstvu financí zdravotně pojistný plán, který schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR spolu s účetní uzávěrkou a návrhem výroční zprávy.

Po skončení čtvrtletní předkládá VZP ministerstvu zdravotnictví a ministerstvu financí zprávu o hospodaření. Vidíme tedy určitou dvoukolejnost dohledu z úrovně

ústředních orgánů státní správy, což jistě není optimální stav z hlediska dohledové pravomoci a odpovědnosti.

V případě problémů v hospodaření může být na VZP uvalena **nucená správa**, a to na dobu maximálně jednoho roku. Dohledové orgány tedy nejsou vybaveny žádnými jinými nástroji, než je nucená správa (resp. pokuta při pozdním předložení či nepředložení zdravotně pojistného plánu), což omezuje šíři důraznosti dohledových opatření. Uvalení nucené správy by mělo být až posledním řešením poté, co ostatní nástroje nápravy selžou.

VZP může obdržet návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu až do výše 50 % deficitu. O poskytnutí výpomoci rozhoduje vláda.

Organizační strukturu VZP tvoří ústředí a regionální pobočky. VZP je řízena **správní radou**, která má 30 členů. 10 členů jmenuje vláda a 20 Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Tato situace může vést k výrazné politizaci řízení VZP, což jistě není žádoucí. Správní rada volí a odvolává ředitele. Jeho funkční období je 4 roky, stejně tak, jako funkční období členů správní a dozorčí rady. **Ředitel** má postavení statutárního orgánu, což je určitá výjimka ve srovnání s jinými významnými finančními institucemi, které jsou řízeny kolektivním orgánem. **Dozorčí rada** kontroluje činnost ostatních orgánů VZP.

Činnost regionální pobočky řídí ředitel, kterého jmenuje a odvolává ředitel VZP.

VZP je **správce** celého **pojistného systému**. Vede registr všech pojištěnců (údaje o osobách získává od ministerstva vnitra), registr zdravotnických zařízení a i účet přerozdělení pojistného. Spravuje tzv. informační centrum zdravotního pojištění, které slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními, která jsou ve smluvním vztahu ke zdravotním pojišťovnám.

V případě ukončení činnosti zaměstnanecké zdravotní pojišťovny přebírá VZP ty pojištěnce této pojišťovny, kteří se nepřihlásili k žádné jiné zdravotní pojišťovně.

ad b) Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny

Jsou zřizovány na základě zákona č. 280/1992 Sb. jako rezortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny. Historicky vznikaly díky iniciativě soukromých subjektů nebo ministerstev. Jsou právními osobami **sui generis** (svého druhu) zapsanými v obchodním rejstříku (na rozdíl od VZP, která tuto povinnost nemá).

Provozují zdravotní pojištění na základě **povolení vydaného ministerstvem zdravotnictví** se souhlasem ministerstva financí. Požádat o vydání takového povolení může jen právnická osoba, která splňuje zákonem stanovené požadavky (především není osobou oprávněnou poskytovat zdravotní služby).

Před podáním žádostí skládá žadatel kauci ve výši 100 mil. Kč.

Zdravotní pojišťovny se mohou sloučit na základě povolení vydaného ministerstvem financí. V době vzniku pojistného systému začátkem 90. let 20. století v České republice působilo více než 20 zdravotních pojišťoven. V roce 2013 jich bylo již jen devět. Ty ostatní buď zanikly v důsledku hospodářských problémů, či v důsledku neschválení jejich zdravotně pojistného plánu, či se sloučily s jinými zdravotními pojišťovnami.

Zdravotně pojistný plán zaměstnanecké zdravotní pojišťovny schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR spolu s roční závěrkou a výroční zprávou. Zdravotní pojišťovna předkládá po skončení čtvrtletí zprávu o hospodaření ministerstvu zdravotnictví a ministerstvu financí. V případě vážných hospodářských problémů může ministerstvo zdravotnictví uvalit na zdravotní pojišťovnu nucenou správu, a to na dobu maximálně jednoho roku.

Pokud jde o organizační strukturu zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, tu upravuje její **statut**, který schvaluje ministerstvo zdravotnictví. Statutárním orgánem zdravotní pojišťovny je její **ředitel**, kterého jmenuje a odvolává správní rada. Funkční období ředitele a i členů ostatních orgánů pojišťovny je 4 roky.

Správní rada má 15 členů, z nichž 5 jmenuje vláda a 10 členů je voleno z řad pojištěnců zaměstnavateli a pojištěnci zdravotní pojišťovny. Kdo však je reprezentativní organizací zaměstnavatelů a jaké organizace pacientů mají možnost zasahovat do volby členů správní rady, to zákon neřeší, což je jistě jeho velká slabina.

Kontrolní činnost v pojišťovně vykonává její **dozorčí rada**. Zdravotní pojišťovna hospodaří s vlastním majetkem.

Zákonem č. 48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění se zřizuje tzv. **zajišťovací fond**. Ten je právnickou osobou a zapisuje se do obchodního rejstříku. Slouží k úhradě zdravotních služeb poskytnutých poskytovateli pojištěncům zdravotní pojišťovny, pokud nebyly uhrazeny v průběhu likvidace zdravotní pojišťovny, nebo v případě, kdy zdravotní pojišťovna není schopna dlouhodobě plnit své závazky. V takovém případě se fond stává věřitelem takové zdravotní pojišťovny.

Na zdravotní pojišťovnu nelze podat insolvenční návrh ve smyslu insolventního zákona (zákon č. 182/2006 Sb.).

Zdravotní pojišťovny jsou povinny na základě zákona č. 48/1997 Sb. (§ 46) zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím sítě zdravotních zařízení, se kterými uzavřou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Tato zdravotnická zařízení tvoří **síť smluvních zdravotnických zařízení** zdravotní pojišťovny. Smlouvy se zdravotními zařízeními pojišťovna uzavírá na základě výběrového řízení.

Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a v kvalitě. Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat odbornými pracovníky.

Revizní lékaři zdravotní pojišťovny posuzují odůvodněnost léčebného procesu. Především kontrolují, zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně, tedy:

- zda byly vyúčtovány jen ty výkony, léčebné prostředky a prostředky zdravotnické techniky, které je pojišťovna povinna uhradit;
- zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pacienta.

Pojištěnci mají možnost výběru zdravotní pojišťovny a zdravotní pojišťovna nesmí žádného zájemce, který splňuje zákonné podmínky, odmítnout. Pojištěnci mohou změnit zdravotní pojišťovnu, u které jsou pojištěni, avšak jen k 1. lednu následujícího

roku, přičemž vypovědět smlouvu se stávající zdravotní pojišťovnou musí do 30. června daného roku.

Na začátku 2. dekády 21. století se ukazuje **neudržitelnost současného právního ukotvení zdravotních pojišťoven**, a proto byly zahájeny práce na zásadní novelizaci právní úpravy jejich činnosti. Jako neudržitelné se kromě shora uvedených některých skutečností jeví jejich postavení v systému vytváření sítě zdravotnických zařízení, kdy zdravotní pojišťovny prakticky rozhodují o existenci zdravotnických zařízení cestou uzavírání či neuzavírání smluv s nimi. Pro zdravotnická zařízení je totiž existence smluvního vztahu s rozhodujícími zdravotními pojišťovnami existenční záležitostí. To se týká jak zdravotnických zařízení jako celku, tak i jejich jednotlivých odborných pracovišť (oddělení). Zdravotní pojišťovny tak zásadně ovlivňují kvalitu a dostupnost zdravotní péče pro obyvatelstvo v daném regionu. Při tomto ovlivňování jsou však motivovány především svými ekonomickými zájmy a až druhořadě zájmy pacientů, tedy veřejnosti. Přitom za svoji činnost se nezodpovídají veřejnosti. Tento zásadní nesoulad mezi pravomocí a odpovědností se jeví dále jako neudržitelný. To především proto, že dohled nad činností zdravotních pojišťoven se týká jen dohledu nad jejich hospodařením. Zcela chybí právní úprava dohledu nad plněním povinností zajistit dostupnost a kvalitu zdravotní péče pro pojištěnce.

6.7 Tvorba rezerv ve zdravotním pojištění

Pro stabilitu systému zdravotního pojištění je třeba, aby zdravotní pojišťovny byly vždy schopny dostát svým závazkům vůči poskytovatelům zdravotních služeb, a tím i svým klientům - pojištěncům.

Obecně platí, že není-li subjekt schopen dostát svým závazkům, dostává se do stavu úpadku ve smyslu insolvenčního zákona (zákon č. 182/2006 Sb.). Ten se však na zdravotní pojišťovny nevztahuje a případná insolvence zdravotní pojišťovny je řešena zvláštním způsobem. Tím je zavedení **nucené správy**. Nucený správce ustanovený ministerstvem zdravotnictví může činit rozhodnutí a právní úkony, které jinak přísluší řediteli nebo orgánu zdravotní pojišťovny, a rozhodnutí ředitele nebo orgánu zdravotní pojišťovny podléhají schválení nuceného správce. Nucená správa může trvat maximálně jeden rok. Nesplní-li svůj účel, může být zaměstnanecká zdravotní pojišťovna (nikoliv VZP) zrušena s likvidací.

Zdravotní pojišťovny často v případě platebních potíží přenášejí tyto problémy částečně na poskytovatele zdravotních služeb tím, že zpožďují platby za jimi poskytnuté zdravotní služby. Díky průběžnému systému tak získávají čas na přísun dalších finančních prostředků. Následky tohoto postupu se potom obvykle řeší v politické rovině.

Aby se předešlo problémům se schopností zdravotní pojišťovny dostát svým závazkům, příslušné zákony předpokládají, že si zdravotní pojišťovny budou vytvářet odpovídající rezervy finančních prostředků.^[1]

Zdravotní pojišťovny vytvářejí **rezervní fondy** pro vyrovnání krátkodobých výkyvů ve výdajích na zdravotní péči. Takový výkyv může nastat např. v důsledku epidemie

některého onemocnění (např. chřipková epidemie), v případě přírodních katastrof apod.

Rezervní fondy zdravotní pojišťovny vytvářejí povinně, a to ve výši 1,5 % z ročního příjmu z pojistného.

Je třeba zdůraznit, že zdravotní pojišťovny nevytvářejí žádné rezervy na budoucí zvýšené výdaje spojené se stárnutím obyvatelstva, tedy tzv. pojistného kmene. To samozřejmě do budoucna ohrožuje stabilitu celého systému zdravotního pojištění.

[1] NĚMEC. 2008, s. 167

6.8 Zajištění ve zdravotním pojištění

Zajištěním v pojistné terminologii rozumíme pojištění pojišťovny. Tedy pojišťovny se samy v případě vysokého rizika pojišťují u zvláštních pojišťoven, kterým říkáme zajišťovny, s cílem rozložení pojistného rizika na více subjektů. V tomto klasickém pojetí zajištění ve zdravotním pojištění v České republice však nefunguje.

V pojistném systému zdravotního pojištění v České republice existuje zvláštní forma zajištění. Všeobecná zdravotní pojišťovna vede zvláštní účet přerozdělení pojistného (viz kap. 6.6.1). Prostředky z tohoto účtu slouží i ke krytí výdajů zdravotních pojišťoven spojených s léčením zvláště nákladných pojištěnců. Za tzv. **nákladného pojistěnce** se považuje ten pojištěnec, na kterého v běžném roce byl vynaložen více než **patnáctinásobek průměrných výdajů** na pojištěnce ve veřejném zdravotním pojištění v předcházejícím roce. Zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu 80 % výdajů, které za nákladného pojištěnce vydala nad patnáctinásobek průměrných nákladů.

Za jistou formu zajištění vůči pojištěncům (nikoliv vůči poskytovatelům) je možno považovat povinnost VZP převzít pojištěnce zkrachovalé zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, pokud si sami nevyberou jinou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnu.

VZP jako správce celého systému zdravotního pojištění má možnost v případě finančních obtíží požádat o **návratnou finanční výpomoc** ze státního rozpočtu až do výše 50 % finančního deficitu. O takové výpomoci rozhoduje vláda na návrh ministerstva zdravotnictví. V dosavadní historii všeobecného zdravotního pojištění se to však dosud stalo poprvé až v závěru roku 2013.

V pojistném systému zdravotního pojištění působí také tzv. **Zajišťovací fond**, který je právnickou osobou. Slouží k úhradě zdravotních služeb poskytovaných poskytovateli zdravotních služeb pojištěncům likvidované zdravotní pojišťovny v případě, že likvidovaná zdravotní pojišťovna je předlužena. Podrobnosti o činnosti Zajišťovacího fondu upravuje jeho statut, který vydává ministerstvo zdravotnictví.

6.9 Shrnutí vývoje systému zdravotního pojištění v České republice

Po revolučních změnách v Československu v roce 1989 došlo k přechodu z centrálního plánovitého řízení národního hospodářství na tržní systém. Tato změna

se promítala především do oblasti výrobní sféry a sféry distribuce a služeb, ve kterých proběhl rychlý a zásadní privatizační proces.

Proces privatizace a vůbec přechod na tržní podmínky byl ovšem v oblasti zdravotnictví opožděný a méně radikální. Co však prošlo zásadní a dramatickou proměnou, to je systém financování zdravotnictví. Původní Semaškův model, který byl socialistickou variantou národní zdravotní služby, byl nahrazen Bismarckovým modelem zdravotního pojištění. Tato změna byla výsledkem politického rozhodnutí. Do jaké míry bylo toto rozhodnutí ideální, to ukáže a ukazuje čas jak praví Seneca.[1] Finanční problémy pojistného systému, které jsou chronické, ke kladnému hodnocení tohoto rozhodnutí příliš nevedou. Nabízí se otázka, zda reformování systému financování zdravotní péče cestou systému národní zdravotní služby by nebylo výhodnější, a to vzhledem k jeho větší kompatibilitě s předchozím systémem a i k větší toleranci při poklesu zdrojů v příjmové části systému. Kromě toho převaha tzv. státních pojištěnců, za které platí pojistné stát, také hovoří spíše ve prospěch systému národní zdravotní služby.

Znovuzavedení systému zdravotního pojištění bylo v České republice realizováno v letech **1992-1993**. Jeho legislativní základ tvořily čtyři zákony, a to:

- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který nahradil původní zákon č. 550/1991 Sb.
- zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na veřejné zdravotní pojištění
- zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- zákon č. 280/1992 Sb., o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Všechny uvedené zákony byly v průběhu času několikrát novelizovány.

Systém zdravotního pojištění se neustále vyvíjí, a to nejen v České republice. To je dáno především parametry ekonomického vývoje daného státu, ale je to ovlivněno i politickými pohyby a i vlivy různých zájmových skupin. Obvyklé střídání pravicových a levicových vlád je provázeno akcentací liberalistického a intervencionistického pojetí hospodářské politiky státu.

Pravicové vlády prosazují liberální přístupy k hospodářské politice státu, což v oblasti zdravotnictví obvykle znamená:

- snahu o rozšíření konkurence, a to jak mezi poskytovateli zdravotní péče, tak mezi zdravotními pojišťovnami
- snahu o širokou privatizaci ve zdravotnictví
- vyšší míru spoluúčasti pacientů (pojištěnců) na úhradách nákladů zdravotní péče
- menší míru solidarity ve zdravotním pojištění.

Naopak levicové vlády prosazují intervencionistické přístupy k hospodářské politice, což ve zdravotnictví znamená:

- rovnost přístupu všeho obyvatelstva ke stejně kvalitní zdravotní péči;
- minimalizace spoluúčasti pacientů (pojištěnců) na úhradách nákladů zdravotní péče
- ponechání významného státního sektoru ve zdravotnictví
- omezení počtu zdravotních pojišťoven a vysokou míru přerozdělování mezi nimi
- vysokou míru solidarity ve zdravotním pojištění.

I když dochází k častému střídání levicových a pravicových vlád, nově nastoupivší vláda obvykle neneguje zcela kroky předchozí vlády ve zdravotní politice. To proto,

že jejich úplné negování by bylo obvykle spojeno buď s negativními dopady do oblasti sociálního smíru, nebo do oblasti veřejných rozpočtů.

Politické změny mají pro oblast zdravotního pojištění dopad především do:

- rozsahu zdravotní péče, která je kryta zdravotním pojištěním
- výše spoluúčasti pacientů (pojištěnců) na nákladech zdravotní péče
- možnosti výběru zdravotní pojišťovny pojištěncem
- míry solidarity ve zdravotním pojištění.

[1] www.azcitaty.cz/lucius-annaeus-seneca/

6.10 Konkurence ve zdravotnictví

Samostatným problémem je otázka **konkurence ve zdravotnictví**. Konkurence je hnacím motorem tržní ekonomiky. Je však otázkou, do jaké míry má být uplatňována i ve zdravotnictví a mezi kterými subjekty, tedy zda má být uplatňována mezi zdravotními pojišťovnami či mezi poskytovateli zdravotní péče či na obojím poli.

Pokud jde o **konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami**, pak již v podstatě Bismarckova modelu zdravotního pojištění je existence více zdravotních pojišťoven, a tedy potencionál konkurenčního boje mezi nimi. Tento boj „o zákazníka“, kterým je pojištěnec, se realizuje především cestou nárůstu výdajů na zdravotní služby kryté ze zdravotního pojištění a v oblasti programu prevence, což vede opět ke zvýšení výdajů zdravotního pojištění. Vývoj v České republice ve 2. polovině 90. let, kdy došlo ke krachu řady zdravotních pojišťoven, za kterými zůstaly značné neuhrazené pohledávky, vhodnost této cesty nepotvrdil.

Kromě toho systém stoprocentního přerozdělování vybraného pojistného mezi zdravotními pojišťovnami smysl konkurence na tomto poli přímo neguje.

I podle stanoviska OECD je nejvhodnějším systémem existence jediné státem řízené a kontrolované zdravotní pojišťovny. Trh zdravotních pojišťoven v České republice k takovému řešení vybízí. Existuje zde totiž Všeobecná zdravotní pojišťovna, jejíž pojistný kmen tvoří více než 60 % všech pojištěnců, a kromě toho tato pojišťovna je správcem celého systému veřejného zdravotního pojištění (vede registr všech pojištěnců, spravuje účet přerozdělení pojistného apod.), je lídrem vyjednávání smluvních podmínek se zdravotnickými zařízeními apod. Ovšem ukazuje se, že zde není politická vůle k omezení počtu zdravotních pojišťoven, i když vývoj např. na Slovensku jde v roce 2013 zcela opačným směrem.

Máme-li hovořit o konkurenci ve zdravotnictví, pak tato konkurence musí probíhat především mezi poskytovateli zdravotní péče. Konkurence totiž obecně má přinášet vyšší kvalitu a má snižovat ceny. A právě o kvalitě a i o nákladnosti zdravotní péče, a tedy i o její ceně, se rozhoduje především u poskytovatelů zdravotní péče. Bojovat o „zákazníka“ v konkurenčním boji by měla především zdravotnická zařízení, a to především kvalitou zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny jsou v tomto „boji“ vázány příliš těsnými zákonnými bariérami a i ekonomickými možnostmi systému. Konkurenční boj mezi nimi by naopak vedl k zvýšení nákladů celého systému financování zdravotní péče.

Ovšem i **konkurence mezi poskytovateli** zdravotní péče má svá faktická omezení. Tím základním omezením je informační výhoda, kterou má poskytovatel vůči pacientovi. Pacient obvykle není schopen sám odborně posoudit např. navrhovaná řešení jeho zdravotního problému, vhodnost a účinnost léčebných a lékových postupů apod. Proto se obvykle při posuzování kvality poskytnuté zdravotní péče omezuje jen na to, co je sám schopen posoudit. Tím je obvykle vstřícnost a ochota lékaře či celého personálu zdravotnického zařízení, schopnost a ochota naslouchat pacientovi a promluvit s ním o možnostech řešení jeho zdravotních problémů, úroveň „hotelových“ služeb v lůžkovém zdravotnickém zařízení apod. Tedy obvykle vše to, pro co se vžil výraz „široký úsměv“. Ten však obvykle sám nepřináší ty pozitivní přínosy, které jsou od konkurence obecně očekávány, tedy zvýšení kvality (v našem případě úrovně zdravotní péče především z odborného hlediska) a snížení ceny. Proto konkurence ve zdravotnictví bude mít zřejmě vždy svá specifická omezení, která je třeba respektovat při jejím prosazování.

6.11 Principy zdravotního pojištění v České republice

Systém zdravotního pojištění zavedený v České republice v letech 1992-1993 se stále vyvíjí. Reaguje tak na měnící se ekonomické podmínky a možnosti a i na demografický a sociální vývoj ve společnosti. Přes tuto dynamiku vývoje je možno v něm vysledovat základní principy, na kterých je vybudován. Tyto principy jsou následující:

- a) veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území České republiky a i pro všechny cizince zaměstnané u zaměstnavatele se sídlem v České republice
- b) ze systému zdravotního pojištění nelze vystoupit. Účast v něm je možno pouze přerušit při dlouhodobém pobytu v zahraničí. Pro přerušeni účasti je však třeba splnit zákonem stanovené povinnosti.
- c) neexistence rodinného pojištění. Každý občan musí být pojištěn sám za sebe.
- d) sazba pojistného na zdravotní pojištění je pevná, zákonem daná. Od vzniku systému všeobecného zdravotního pojištění dosud (rok 2013) se tato sazba nezměnila a je ve výši 13,5 % z příjmu pojištěnce.
- e) platba pojistného se dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:2. Tedy zaměstnanec odvádí na pojistném 4,5 % ze svého příjmu, zaměstnavatel 9 % z příjmu zaměstnance.
- f) v systému zdravotního pojištění se uplatňuje prvek solidarity, a to solidarity trojího druhu:
 - zdravých s nemocnými
 - mladých se starými
 - bohatých s chudými.

Systém solidarity bohatých s chudými byl prolomen v letech 2008-2012, kdy byl zaveden systém horního zastropování odvodu pojistného. Z příjmu nad stanovenou hranici se již pojistné na zdravotní pojištění neodvádělo. V roce 2013 byl systém horního zastropování zrušen z důvodu napjatosti ve fondu zdravotního pojištění.

g) za některé skupiny osob odvádí pojistné na zdravotní pojištění stát. Hovoříme o tzv. státních pojištěncích. Jedná se o osoby bez vlastních příjmů (děti, studenti, důchodci, registrovaní nezaměstnaní, ženy na mateřské dovolené apod.). Těchto státních pojištěnců je více než polovina všeho obyvatelstva. Výše pojistného za státní pojištěnce nedosahuje průměrné výše úhrady nákladů zdravotní péče za pojištěnce. Má proto spíše charakter dotace systému, než skutečného pojistného. Na druhé straně pojistné odváděné výdělečně aktivním obyvatelstvem je poměrně vysoké. Převyšuje průměrnou úroveň úhrad nákladů zdravotní péče na pojištěnce. Jinými slovy výdělečně aktivní podporují systém zdravotního pojištění více, než osoby, za které pojistné odvádí stát.

h) nositeli zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny. Je jich několik (9 v roce 2013). Mezi nimi má rozhodující postavení Všeobecná zdravotní pojišťovna, jejíž pojistný kmen představuje více než 60 % všech pojištěnců. Je také správcem celého pojistného systému. Její existence je založena zvláštním zákonem. Zbývající, tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, vykonávají svoji činnost na základě licence udělené Ministerstvem zdravotnictví.

i) mezi zdravotními pojišťovnami existuje princip přerozdělování vybraného pojistného podle věku a pohlaví pojištěnců. Od roku 2005 je toto přerozdělování stoprocentní.

j) k zajištění systému všeobecného zdravotního pojištění slouží rezervní fond a dále rizikový fond sloužící k úhradě zdravotní péče za tzv. zvláště nákladné pojištěnce

k) Všeobecná zdravotní pojišťovna má možnost požádat o návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu až do výše 50 % finančního deficitu

l) k úhradě nákladů zdravotní péče dochází na základě smluv uzavřených mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče, resp. zástupci asociací poskytovatelů zdravotní péče v rámci tzv. dohodovacího řízení. Ministerstvo zdravotnictví výsledky tohoto ujednání schvaluje, popř. samo určuje ceny zdravotní péče tzv. úhradovou vyhláškou.

m) do roku 1997 převažoval výkonový systém úhrad zdravotní péče. Později se přešlo na systém zprůměrovaných plateb cestou úhradových paušálů a kapitačních plateb, přestože v řadě oblastí byl výkonový systém ponechán, popř. ponechán s určitým zastropováním.

Uvedené principy nepředstavují žádné dogma. Jedná se spíše o určité shrnutí dosavadního vývoje, který však probíhá i nadále a bude jistě pokračovat i v příštích letech.

6.12 Zdravotní pojištění v rámci Evropské unie

Od 1. května 2004 je Česká republika součástí Evropské unie (EU). Tato skutečnost se významným způsobem promítla do všech oblastí společenského života, oblast poskytování zdravotní péče nevyjímaje. V důsledku této skutečnosti má totiž zhruba 500 milionů tzv. evropských pojištěnců nárok na případnou nutnou a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou i v České republice na konto jejich zdravotního pojištění a naopak více než 10 miliónů českých občanů má nárok na případnou nutnou

a neodkladnou zdravotní péči poskytnutou v zemích Evropské unie na konto zdravotního pojištění.

Přestože oblast zdravotnictví nespadá do tzv. výlučné působnosti Evropské unie, a je tedy ponechána v působnosti národních vlád členských států, přesto i zde existuje řada společných postupů. To se týká především oblasti zdravotního pojištění.

Princip zdravotního pojištění v Evropské unii stanoví, že občan členského státu EU má nárok na poskytnutí zdravotní péče na účet své zdravotní pojišťovny na území kteréhokoliv členského státu EU **za stejných podmínek, jako pojištěnec daného státu**. To mimo jiné znamená, že platí-li se v daném členském státě nějaká spoluúčast za poskytnutou zdravotní službu, platí „cizinec“ stejnou spoluúčast jako místní pojištěnci. Chce-li se této povinnosti vyhnout, musí si sjednat před cestou do zahraničí navíc privátní zdravotní pojištění ve své zemi.

Podmínkou pro úhradu zdravotní péče poskytnuté v jiném členském státu EU z prostředků zdravotního pojištění je skutečnost, že pojištěnec bude ošetřen ve zdravotnickém zařízení, které je financováno z veřejných zdrojů. To je vhodné si před čerpáním zdravotní péče (je-li to možné) ověřit. Ovšem i v takovém případě, kdy si pojištěnec musel poskytnutou zdravotní péči zaplatit ze svých prostředků, má po návratu do České republiky nárok na proplacení takto vynaložených nákladů (avšak kromě nákladů na spoluúčast) od své zdravotní pojišťovny.

Rozsah nároku na zdravotní péči hrazenou z prostředků zdravotního pojištění není však pro všechny osoby stejný. Liší se v závislosti na tom, z jakého důvodu pojištěnec v jiném členském státě EU pobývá. Z tohoto hlediska platí zvláštní režim pro turisty, studenty studující v zahraničí, pracovníky vyslané do zahraničí svými zaměstnavateli plnit tam pracovní úkoly, pro tzv. přeshraniční pracovníky a pro důchodce.

a) turisté

Občan České republiky, který vycestuje do jiného členského státu EU jako turista, by měl být vždy vybaven tzv. Evropským průkazem zdravotního pojištění, který obdrží od své zdravotní pojišťovny (ten nahradil dřívější průkaz pojištěnce). Proti jeho předložení je pojištěnec české zdravotní pojišťovny v členském státě EU ošetřen na konto svého zdravotního pojištění za stejných podmínek, jako místní pojištěnci. To znamená, že pokud si musejí místní pojištěnci na zdravotní péči připlácet ze svého, pak musí i český pojištěnec. Pokud byl český pojištěnec nucen za zdravotní péči v členském státě EU platit ze svého (obvykle se to týká ambulantní péče), může po návratu do České republiky požádat svoji zdravotní pojišťovnu o proplacení těchto výdajů, a to proti předložení dokladu o zaplacení za poskytnutou zdravotní péči. Tento doklad je proto třeba si nechat vždy vystavit.

b) studenti studující v členském státě EU

Se vstupem České republiky do EU se rozšířily možnosti českých studentů studovat v jiném členském státě EU. Po dobu studia mají studenti (a i jejich rodinní příslušníci - manžel, manželka, děti, pobývají-li se studentem společně v zahraničí) nárok na poskytnutí veškeré nutné zdravotní péče v zahraničí na konto zdravotního pojištění. Před vycestováním do členského státu EU za účelem studia musí student předložit své zdravotní pojišťovně rozhodnutí Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy o

tom, že škola, na které bude studovat v zahraničí, je postavena na roveň studia v České republice (tedy, že se jedná o skutečné dlouhodobé studium, nikoliv např. jen o kurs). Pak pro něho v zahraničí platí stejná pravidla v případě poskytování zdravotní péče, jako pro turisty.

c) vyslaní pracovníci

Za vyslaného pracovníka považujeme zaměstnance, který je zaměstnán v České republice a kterého jeho zaměstnavatel vyslal plnit pracovní úkoly do jiného členského státu EU. Takový zaměstnanec stále podléhá českým právním předpisům o zdravotním pojištění, avšak to maximálně po dobu 12 měsíců. Před uplynutím této lhůty může požádat o její prodloužení, maximálně však o dalších 12 měsíců.

Vyslaný pracovník má v zemi svého pracovního působení nárok na veškerou zdravotní péči. Ta je hrazena z jeho českého zdravotního pojištění. Ve státě, kam je vyslán, zdravotní pojištění neplatí, protože za vykonanou práci je odměňován svým původním zaměstnavatelem v České republice a také zde je mu z jeho mzdy hrazeno pojistné na zdravotní pojištění. Pokud je pro některý typ zdravotní péče ve státě vyslaní předepsána spoluúčast pacienta, musí tuto spoluúčast platit i vyslaný pracovník, přestože by v České republice takovou spoluúčast platit nemusel.

Doprovázejí-li vyslaného pracovníka do členského státu EU jeho nezaopatření rodinní příslušníci, mají tam nárok na zdravotní péči hrazenou ze zdravotního pojištění za stejných podmínek, jako vyslaný pracovník.

d) přeshraniční pracovníci

Za přeshraničního pracovníka považujeme toho, který bydlí v České republice, ale zaměstnán je (nebo podniká) v jiném členském státu EU. Do svého bydliště se nejméně jedenkrát týdně vrací. Pro přeshraniční pracovníky se také užívá označení pendleři.

Přeshraniční pracovník musí svůj záměr pracovat nebo podnikat v zahraničí oznámit předem své zdravotní pojišťovně, u které byl dosud pojištěn, pokud chce čerpat zdravotní péči ve státě svého pracovního působení a i v České republice. V takovém případě nemusí pak platit pojistné na zdravotním pojištění v České republice, neboť zde nemá příjem. Česká zdravotní pojišťovna vystaví takovému pracovníkovi potvrzení o registraci, a to nejdéle na dobu 6 měsíců. Na jeho žádost však tato doba může být nově prodloužena.

Přeshraniční pracovník si ve státě svého pracovního působení zvolí zdravotní pojišťovnu (jedná-li se o stát s Bismarckovým modelem zdravotního pojištění). U ní si pak také platí pojistné na zdravotní pojištění za podmínek platných v daném státě. Z tohoto zdravotního pojištění je mu také hrazena zdravotní péče tam poskytnutá.

V České republice má pak nárok na poskytování zdravotní péče hrazené jeho zahraniční zdravotní pojišťovnou.

e) důchodci

Rozhodne-li se důchodce žijící v České republice přestěhovat se do jiného členského státu EU, musí o tom předem informovat svoji zdravotní pojišťovnu. Zároveň ji informuje i o tom, zda s ním vycestují i jeho rodinní příslušníci a jaká je jejich situace z hlediska zdravotního pojištění (zda za ně hradí pojistné stát apod.). Zdravotní pojišťovna jej pak informuje o tom, u které instituce se v daném členském státě EU

zaregistruje a která ho bude informovat o způsobu uplatnění jeho nároku na hrazení zdravotní péče ze zdravotního pojištění. V zemi svého pobytu má pak důchodce nárok na veškerou zdravotní péči jako tamní důchodci.

Nadále je však pojištěncem České zdravotní pojišťovny a pojistné za něj hradí český stát. Česká zdravotní pojišťovna bude zahraniční institucí, která důchodce zaregistrovala, hradit náklady na jeho zdravotní péči, a to jednou za celý rok.

Pokud takový důchodce přijede zpět na návštěvu do České republiky, má zde nárok pouze na nutnou (nikoliv veškerou) hrazenou zdravotní péči.

Zdravotní pojištění je hlavním zdrojem tzv. **nepřímého financování** zdravotní péče. U nás a i v dalších evropských zemích má dlouholetou tradici sahající až do 19. století. Jako systém prošlo složitým vývojem, který ani dnes není možné považovat za ukončený. Je to živý systém, který se dále vyvíjí, a je třeba konstatovat, že doposud nebyl ani ve vyspělých zemích nalezen model, který by bylo možno považovat za ideální a všemi akceptovaný.

Zdravotní pojištění je jednou složkou celého systému tzv. **zákonného pojištění**, který je povinně uplatňován v České republice a kterým se zatěžují příjmy obyvatel, ale i jiných subjektů. Obecně tento systém zatěžuje náklady živé práce, neboť se na něm podílejí nejen zaměstnanci, ale i zaměstnavatelé a i osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) odvozeně od svých příjmů či mzdových nákladů.

Systém **zákonného (povinného) pojištění** zahrnuje tyto dílčí **pojistné systémy**:

a) zdravotní pojištění - slouží ke krytí nákladů na zdravotní služby (ošetření, pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení) a dále na úhradu (či na částečnou úhradu) nákladů na léky.

Legislativní gesci nad zdravotním pojištěním má **ministerstvo zdravotnictví**.

b) sociální pojištění se člení na:

ba) **důchodové pojištění** – z něho se vyplácí všechny druhy důchodů (starobní, invalidní, vdovské, sirotčí apod.)

bb) **nemocenské pojištění** – z něho se vyplácejí tzv. nemocenské dávky, které nahrazují mzdu v době pracovní neschopnosti (nemoci)

bc) **příspěvek na státní politiku zaměstnanosti** – ze kterého se vyplácí podpora v nezaměstnanosti.

Legislativní gesci nad sociálním pojištěním má **ministerstvo práce a sociálních věcí**.

My se však budeme nadále zabývat jen zdravotním pojištěním.

Zdravotní pojištění v praxi známe jako:

a) statutární (povinné) – účastníkem pojistného systému musí být každý, komu takovou povinnost ukládá příslušný zákon (v našich podmínkách je tímto zákonem zákon č. **48/1997 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění**), jinými slovy, účast v systému statutárního zdravotního pojištění není dobrovolná, ale povinná

b) privátní (dobrovolné) – účastníkem pojistného systému je občan dobrovolně, na základě vlastního rozhodnutí.

My se budeme nadále zabývat jen systémem statutárního zdravotního pojištění.

Statutární zdravotní pojištění, stejně jako ostatní povinné (zákonné) pojistné systémy, jsou často považovány za daň, neboť se systém daní mají významný společný znak, a to je povinnost (nedobrovolnost) účasti v takovém systému, a s tím související povinnost platby pojistného. Takový názor však je třeba považovat za mylný, protože zdravotní pojištění (a i ostatní zákonná pojištění) je především pojištěním. Jeho podstatou je tedy pojistný vztah mezi pojišťovatelem (pojišťovnou) a pojištěncem založený na existenci tzv. **pojistné události**.

Podle pojistné teorie je pojistnou událostí událost:

- nejistá
- nahodilá
- budoucí
- předvídaná pojistným vztahem.

Všechny tyto znaky pojistné události musí být splněny kumulativně. A nazíráno prizmatem pojistné události, je i zdravotní pojištění svoji podstatou především pojištěním, neboť pojistnou událostí je v daném případě nemoc, která splňuje uvedené znaky pojistné události.

7 Výdaje na léky a ortopedické pomůcky

Léky i ortopedické pomůcky jsou svoji podstatou výrobky. Proto při stanovení jejich ceny se obvykle postupuje obdobně, jako při stanovení ceny jiných výrobků. Přitom se nejčastěji používá **nákladový typ ceny**. Při něm se vychází z úplných vlastních nákladů na výrobek (výrobní cena) plus zisk výrobce. Za tuto cenu se výrobek prodává velkodistributorům, kteří pak po přičtení své obchodní příirážky (marže) tyto léky prodávají maloobchodním prodejčům (lékárnám) za tzv. velkoobchodní ceny. Lékařny pak po přičtení své vlastní marže, která zahrnuje jejich náklady a zisk, prodávají tyto léky konečným spotřebitelům, za tzv. maloobchodní cenu.

Přestože obecně je možno takto popsat mechanismus tvorby ceny léků, přesto je třeba si uvědomit, že léky přece jen nejsou zcela obyčejným výrobkem. Jejich specifikum spočívá v tom, že k vytvoření nového produktu - nového léku je třeba velmi složitý, nákladný a dlouhodobý výzkum. A právě toto specifikum léků se promítá i do tvorby ceny léků. **Náklady na výzkum a vývoj** nového léku jsou totiž tak značné, že jejich úplné promítnutí do ceny výrobku - léku by jejich cenu neúměrně zatížilo. Proto se při stanovování ceny léků postupuje poněkud specifickým způsobem.

Z hlediska výzkumu a vývoje rozlišujeme totiž léky:

- a) **běžné** - to jsou takové, které jsou již na trhu dlouhou dobu zavedené;
- b) **speciální** - to jsou takové, které jsou na trh zaváděny nově. Pokud by do jejich prodejní ceny byly zcela započítány náklady na výzkum a vývoj, pak by tyto léky byly pro běžného spotřebitele cenové nedosažitelné.

Tato situace se v praxi řeší tak, že běžné léky se na trhu prodávají za vyšší cenu, než jaká by odpovídala nákladové konstrukci ceny. Naopak speciální léky se prodávají pod cenou úplných výrobních nákladů (včetně nákladů na výzkum a vývoj). Přeřazování léků z kategorie léků speciálních do kategorie léků běžných provádí v České republice Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) po uplynutí příslušné doby (obvykle 2 roky).

V praxi se však při stanovování cen léků uplatňují spíše jiné postupy vyplývající ze zákona o veřejném zdravotním pojištění (zákon č. 48/1997 Sb.). Jedná se především o stanovení ceny porovnáním s cenou jiného léku, který je svými charakteristikami podobný danému léku, popř. podle ceny daného léku ve vybraných zemích Evropské unie (tzv. země referenčního koše).

Léky nově uváděné na trh požívají patentovou ochranu na území států, kde o tuto ochranu bylo zákonným způsobem požádáno. Tato patentová ochrana je však časově omezena a po jejím uplynutí jsou obvykle tyto léky volně vyráběné ostatními výrobci. Takovým lékům říkáme **generické léky** (generika). Jejich cena je výrazně nižší, než cena originálních léků.

Z hlediska hrazení nákladů na léky z **prostředků všeobecného zdravotního pojištění** rozlišujeme tři kategorie léků, a to léky:

- a) **hrazené** plně z prostředků zdravotního pojištění
- b) **částečně hrazené** z prostředků zdravotního pojištění
- c) **nehrazené** z prostředků zdravotního pojištění.

ad a) Z hlediska tzv. účinné látky jsou léky seskupeny do skupin. Platí zásada, že v každé takové skupině má být minimálně jeden takový lék plně hrazen z prostředků zdravotního pojištění. Na takový lék pak pacient žádné vlastní prostředky nedoplácí.

ad b) U léků částečně hrazených ze zdravotního pojištění pacient jistou část ceny léků doplácí z vlastních prostředků, zbývající je hrazena ze zdravotního pojištění. Tento režim se týká velkého počtu léků. Touto cestou jsou částečně šetřeny prostředky ze zdravotního pojištění (výdaje na léky jsou po výdajích na lůžkovou péči druhou nejvýznamnější výdajovou položkou - cca čtvrtina všech výdajů), také se tím omezuje poptávka po lécích a zabraňuje se tím i plýtvání s léky. Spoluúcast pacienta se stanoví jako rozdíl tržní ceny léků a výše úhrady ze zdravotního pojištění (tzv. referenční ceny).

ad c) Nehrazené léky jsou volně prodejné (k jejich nákupu kupující nepotřebuje lékařský předpis). Je možno je zakoupit i jinde než v lékárnách. Jejich cenu si kupující (pacient) hradí zcela sám. Od poloviny roku 2012 zdravotní pojišťovny přestaly proplácet léky, které jsou na trhu volně dostupné, a to i když na ně má pacient předepsán recept. Toto opatření výrazně zvýšilo výdaje obyvatelstva na léky. V této souvislosti je třeba zmínit i trend výdajů obyvatelstva na léky. Ty v roce 2012 činily

5 587 Kč na 1 obyvatele, což je nárůst o 78 % proti roku 2011.[1] Je tedy vidět, že výdaje obyvatelstva na léky prudce rostou, i když se v tomto vývoji jistě významně promítá ona změna úhrady z poloviny roku 2012, avšak jen za druhou polovinu roku 2012.

Obdobně jako u léků je cena konstruována u prostředků zdravotní techniky (zdravotní pomůcky). Pokud jde o jejich úhradu z prostředků zdravotního pojištění, pak zde platí, že z těchto prostředků jsou hrazena jen tzv. základní provedení (např. u brýlí), nadstandardní provedení se prodává za příplatek.

[1] www.e15.cz/

8 Mechanismy úhrady nákladů zdravotních služeb

8.1 Úhrady za výkony jednotlivých druhů poskytovatelů zdravotních služeb

8.1.1 Lůžková zdravotnická zařízení

Nemocnice

Nemocnice jsou velmi složitá zdravotnická zařízení, která poskytují lůžkovou zdravotní péči, ale často i péči ambulantní a i některé doplňkové zdravotní služby. Kromě toho některé nemocnice provozují i následnou zdravotní péči, nejčastěji ve formě léčebny dlouhodobě nemocných (LDN). Této složitosti a strukturovanosti zdravotní péče v nemocnicích odpovídá i složitost úhradových mechanismů. Pro každý druh poskytované zdravotní péče přitom platí odlišný úhradový mechanismus. Obecně úhrada základní zdravotní péče poskytované v nemocnicích při použití metody DRG zahrnuje tyto složky:

- a) individuálně sjednanou složku úhrady
- b) případový paušál
- c) ambulantní složku úhrady

ad a) **individuálně sjednaná složka úhrady** (tzv. základní sazba)

Ta je historicky nastavena na smluvním principu mezi poskytovatelem (nemocnicí) a příslušnou zdravotní pojišťovnou. Výše této základní sazby je velmi rozdílná a v současnosti se pohybuje v rozmezí od 25 000 Kč do 45 000 Kč za výkon (operaci) uvedený v příslušné úhradové vyhlášce. Rozdílnost těchto základních sazeb je jednou z hlavních příčin rozdílné ekonomické situace jednotlivých nemocnic. Přitom je ekonomicky těžko zdůvodnitelná a v současné době (roky 2012 a 2013) se ministerstvo zdravotnictví usiluje tuto formu diferencované základní sazby narovnat, což však vzhledem k historickým souvislostem a k potřebě zachování ekonomické životnosti všech nemocnic není zcela možné realizovat v krátkém období. Úsilí tedy jde více cestou přibližování těchto základních sazeb, než cestou jejich sjednocení.

ad b) **případový paušál** (metoda DRG)

Úhrada formou případového paušálu založená na systému DRG je v současné době hlavní formou úhrady v nemocnicích. Nahradila předchozí převládající formu tzv. unicitního (unikátního) pacienta. K úhradě používá tzv. diagnostické skupiny a úhrada se vypočítává pomocí složitých matematických výpočtů uvedených v úhradové vyhlášce. S velkým zjednodušením lze konstatovat, že konkrétní výše úhrady se vypočítá jako součin individuálně sjednané složky úhrady (základní sazby) a indexu případového paušálu. Tento index je uveden v úhradové vyhlášce s přesností na čtyři desetinná místa.

ad c) **Ambulantní složka úhrady** se tvoří obdobně jako u samostatných odborných ambulantních pracovišť (ambulantní specialisté), tedy na základě **výkonové metody**.

Léčebny dlouhodobě nemocných

Na pracovištích zdravotnických zařízení poskytujících následnou lůžkovou péči či dlouhodobou lůžkovou péči se jako úhradový mechanismus uplatňuje tzv. **paušál**

pobytového dne. Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví zvlášť pro každou kategorii pacientů a typ ošetrovacího dne. Sazba paušálu zahrnuje i režii přiřazenou k ošetrovacímu dni. Některé zdravotní výkony se hradí podle seznamu výkonů.

Pro zařízení hospicového typu se stanoví odlišná hodnota bodu, než pro ostatní zařízení typu LDN.

Pro všechna lůžková zařízení následné péče je stanoveno regulační opatření pro celkovou úhradu léčivých přípravků a zdravotnických prostředků.

Lázně

V lázeňských zdravotnických zařízeních se úhrady poskytnuté zdravotní péče realizují na základě úhradového paušálu, a to paušálu tzv. **pobytového dne.**

Lázeňská péče je poskytována buď jako komplexní, nebo příspěvková.

Komplexní lázeňská péče navazuje na akutní zdravotní péči a jejím účelem je realizovat doléčovací proces v prostředí, které je nákladově méně náročné, než prostředí akutní lůžkové péče. Lázeňský pobyt je v takovém případě pokračováním akutního léčebného procesu, a proto tento pobyt nejde na konto nároku pacienta na dovolenou, ale je realizován v režimu pracovní neschopnosti. Pacient také musí dodržovat stanovený lázeňský režim, který je režimem práce neschopných.

Paušál pobytového dne zahrnuje **tři samostatné složky**, ze kterých se skládá komplexní lázeňská péče. Jedná se o složku:

- **ubytování**
- **stravování**
- **léčení.**

Konkrétní výše paušálu se dojednává mezi příslušnou zdravotní pojišťovnou a lázeňskou organizací. Přitom např. na pro rok 2013 je tato paušální úhrada stanovena ve výši nejméně 850 Kč za jeden pobytový den.

Příspěvková lázeňská péče je určena pro pacienty s chronickým onemocněním. Pacient ji čerpá v rámci své dovolené a sám si zajišťuje na své náklady ubytování a stravování v lázeňském místě. Z prostředků zdravotního pojištění je mu hrazena jen složka léčení, která pro rok 2013 stanovena ve výši nejméně 280 Kč na jeden pobytový den.

Indikační seznam lázeňsky léčitelných chorob stanoví mimo jiné intervaly, ve kterých má pacient nárok na příspěvkovou lázeňskou péči hrazenou z prostředků zdravotního pojištění. Tento interval je ve většině případů 2 roky. Dále indikační seznam stanoví i délku pobytu v rámci komplexní lázeňské péče. Ta je ve většině případů 3 týdny.

V roce 2012 byl vydán nový indikační seznam (vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 267/2012 Sb.), který významně omezil rozsah lázeňské péče hrazené z prostředků zdravotního pojištění, a to jednak omezením počtu chorob léčitelných v lázních (s odvoláním na pokrok v medicíně), jednak snížil dobu průměrného pobytu v lázních (ze 4 na 3 týdny) a i interval mezi příspěvkovými lázeňskými pobyty hrazenými z prostředků zdravotního pojištění (jen jednou za 2 roky). Tato redukce rozsahu lázeňské péče hrazené z prostředků zdravotního pojištění negativně ovlivnila ekonomickou situaci nejen lázeňských organizací, ale i celých lázeňských

míst. Pro některé z nich i ohrozila jejich existenci. Proto je nyní (konec roku 2013) jednáno o změně indikačního seznamu.

Obdobně jako v lázních je hrazena zdravotní péče i v **ozdravovnách**. Tedy na základě paušálu pobytového dne, kdy např. pro rok 2013 byla výše takového paušálu stanovena minimálně na 540 Kč za pobytový den.

8.1.2 Ambulantní zdravotnická zařízení

Praktičtí lékaři

Každý občan by měl být evidován u svého praktického (obvodního) lékaře. Praktičtí lékaři jsou dnes většinou privátními (nestátními) poskytovateli zdravotní péče. Platí svobodná volba občana pro výběr praktického lékaře.

Praktičtí lékaři provádějí základní vyšetření pacienta v případě akutního zdravotního diskomfortu, stanovují základní diagnózu, provádějí obvyklou léčbu chronických stavů, provádějí preventivní zdravotní péči (očkování), koordinují poskytování odborné zdravotní péče apod.

Praktičtí lékaři provádějí **tři druhy vyšetření**:

a) komplexní - to slouží ke stanovení základní diagnózy v případě akutního zdravotního diskomfortu, ke stanovení základní diagnózy, základní medikace, popř. je v rámci něho pacient odeslán na odborné vyšetření na specializované pracoviště či do nemocničního zdravotního zařízení

b) kontrolní - jedná se o následné vyšetření ke kontrole průběhu nemoci, k potvrzení či ke změně diagnózy a i k pokračování nebo ke změně medikace. V případě zhoršení zdravotního stavu může být pacient odeslán na specializované pracoviště, ať už ambulantní nebo lůžkové.

c) cílené - jedná se o odborné vyšetření, pokud k takovému má praktický lékař potřebné vybavení. V tomto případě jde o výkon, který je hrazen podle bodového systému výkonů.

Obecně je zdravotní péče poskytovaná praktickými lékaři hrazena **kombinovanou kapitačně výkonovou platbou**, popř. podle sazebníku výkonů. Vychází se přitom ze základní kapitační platby na jednoho tzv. přepočteného pojištěnce, kterého vede praktický lékař ve své evidenci. Tato základní kapitační platba činí cca 50 Kč (tzv. kapitační sazba) na jednoho registrovaného pojištěnce za měsíc. Může být stanovena diferencovaně v závislosti na počtu ordinačních dnů a hodin v týdnu, rozsahu ordinační doby v jednotlivých dnech, na systému naobjednávání pacientů apod. podle podmínek konkrétní zdravotní pojišťovny.

Výše kapitační platby je dále diferencována podle věku pacienta různými **koeficienty pro věkové skupiny** od narození v intervalu po pěti letech věku, přičemž věková skupina nad 85 se již dále nediferencuje. Nejnižší koeficient, a to 0,9 je stanoven pro věkovou skupinu 20-24 let. Koeficient 1 je stanoven pro věkovou skupinu 15-19 let. U věkové skupiny 85 let a více je koeficient 3,4. Vidíme tedy nárůst léčebné náročnosti a s ní spojené nákladnosti ve stáří, a to především od věku 70 let, kdy pro věkovou skupinu 70-74 let je koeficient 2.

Další složkou plateb praktickým lékařům je platba za určité **zdravotní výkony**. Zdravotní pojišťovny stanoví seznam těchto výkonů. Ty jsou pak hrazeny podle sazebníků výkonů v rámci bodového ohodnocení. Proto hovoříme o kombinované kapitačně výkonové platbě.

Vzhledem k tomu, že někteří praktičtí lékaři vykonávají svoji činnost v lokalitách s menším počtem obyvatel, mají ve své evidenci také méně pojištěnců, což pro ně znamená i menší příjem v rámci kapitační platby. Avšak vzhledem k potřebě zajistit dostupnost zdravotní péče na celém území republiky jsou praktičtí lékaři v těchto oblastech v platbách zvýhodňováni. Hovoříme o systému **kapitačně výkonové platby s dorovnáním kapitace**. Tento systém se uplatňuje v případech, kdy praktičtí lékaři mají v důsledku geografických podmínek menší počet registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců.

Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.

Na druhé straně je třeba, aby kvalita poskytované zdravotní péče neutrpěla v důsledku velkého počtu registrovaných pojištěnců registrovaných u jednoho praktického lékaře. Doporučený počet pojištěnců na jednoho praktického lékaře je 1500 dospělých pojištěnců. V případě dětských lékařů je doporučený počet 1000 dětí. V případě většího počtu registrovaných pojištěnců (o více než 30 % průměrného počtu) se fixní část, tedy kapitační platba, krátí.

Pro praktické lékaře platí i další regulační omezení, a to na překročení průměrné úhrady za léčebné přípravky, ale i další.

Ambulantní specialisté

Pro specializovanou ambulantní péči se úhrady provádějí s použitím seznamu výkonů s příslušnou hodnotou. Jedná se tedy o **výkonový systém úhrad**. Hodnoty bodu jsou diferencovány podle jednotlivých druhů odborností.

Vedle vykázaných výkonů mají ambulantní specialisté nárok na proplacení zvlášť účtovaných léků a zvlášť účtovaného materiálu. I pro ně platí řada regulačních opatření, a to jak na předepsané léčivé přípravky, tak na vyžádanou péči v příslušných odbornostech.

Stomatologové

Stomatologové mají své zdravotní služby hrazeny **výkonovým způsobem**. Avšak způsob úhrad jejich péče je velmi atypický a svým způsobem nesystémový. Není realizován prostřednictvím bodového systému, jako ostatní druhy úhrad založené na výkonovém úhradovém mechanismu, ale na zvláštním stomatologickém sazebníku výkonů. V něm nejsou výkony ohodnoceny v bodech, ale přímo v **korunovém vyjádření**. Česká stomatologická komora si tento systém prosadila již v roce 1997. Jejich způsob úhrad je tedy pro poskytovatele mnohem srozumitelnější a přehlednější, než klasický systém úhrad pomocí bodového vyjádření výkonů. Tento systém má tedy mnoho příznivců, což však nic nemění na tom, že je to řešení zcela nesystémové v rámci celého systému úhrad ve zdravotnictví.

Stomatologický sazebník výkonů obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou přímo hrazeny pacientem. Na některé stomatologické výrobky

si pacient sám částečně přispívá. Tento pro stomatology přehledný a výhodný systém však není výhodný pro pacienty, kteří se tak jen obtížně orientují v tom, na co mají nárok jako na zdravotnickou službu hrazenou ze zdravotního pojištění. Většina si již zvykla na to, že se za stomatologické služby platí, což je situace, která může být mnohými poskytovateli zneužívána. V žádném případě tedy není možno považovat tento systém za vzor pro ostatní oblasti zdravotní péče.

Významnou součástí stomatologické zdravotní péče je i tzv. **protetická práce**. Jedná se o výrobu a aplikaci zubních náhrad. Tyto náhrady zhotovují zubní laboranti, kteří tak činí na objednávku stomatologa. Zubní protézy jsou svého druhu výrobky, které zubní laboranti dodávají stomatologům. Stomatologové je však mají obvykle zahrnuty v platbách od zdravotních pojišťoven. Hradí je proto přímo zhotoviteli, u kterého si jejich výrobu objednali. Je zde však problém časové disproporce úhrad. Zatímco stomatologové musí čekat na platby za své výkony od zdravotních pojišťoven relativně dlouho (1-3 měsíce), hradit protetické výrobky zubním laborantům musejí ve lhůtě splatnosti faktury, která je obvykle 14 dnů.

Pro stomatology výhodný systém přímých plateb od pacientů je vede ke snahám o zařazení do přímých plateb dalších a i těch nejběžnějších stomatologických výkonů, kterými jsou amalgamové plomby. Prostřednictvím České stomatologické komory usilují o jejich vyjmutí z úhrad od zdravotních pojišťoven s odkazem na nedostatečnost výše těchto úhrad ve vztahu ke skutečným nákladům na ně. Zatím však ministerstvo zdravotnictví tomuto tlaku odolává.

Uvedená skutečnost ukazuje na zásadní problém objektivnosti nastavení úhradových mechanismů ve zdravotnictví. Stomatologové jako relativně malá a dobře organizovaná a dostatečně agresivní skupina poskytovatelů si prosadila pro ně velmi výhodný systém úhrad, který je však zcela v rozporu se zájmy pacientů, pro které je nepřehledný a často nesrozumitelný a obtížně kontrolovatelný. Především je však nesystémový v rámci celkového pojetí úhradového mechanismu. Stanovení mechanismů úhrad by mělo být objektivní, neovlivňované různými zájmovými skupinami a mělo by být postaveno na pokud možno stejných nebo obdobných mechanismech platných pro všechny skupiny poskytovatelů.

8.1.3 Komplementy a jiné doprovodné druhy zdravotních služeb

Komplementy

Komplementy, tam řadíme laboratoře, zobrazovací pracoviště a jiné společné vyšetřovací a léčebné složky (např. odd. klinické biochemie, hematologické a transfuzní odd., odd. klinické mikrobiologie, patologie, centrální sterilizace apod.), mají své výkony hrazeny paušální sazbou, popř. výkonově podle seznamu zdravotnických výkonů. Do nedávné doby byly hodnoty bodů pro tyto zdravotnické služby stanoveny velmi příznivě, v současné době (od roku 2012) jsou stanoveny hodnoty bodu nižší, což je samozřejmě spojeno s negativní reakcí příslušných poskytovatelů.

Tato situace zdůrazňuje potřebu kultivace systému úhrad, neboť dlouhodobé zakonzervování disproporcí vede k výrazně odlišným hospodářským výsledkům u

jednotlivých skupin poskytovatelů zdravotní péče. Vždy by však mělo platit, že pokud mají být některé skupiny poskytovatelů „zvýhodněny“, pak jisté „zvýhodnění“ poskytovatelů by se mělo týkat především těch, kteří jsou v přímém styku s pacientem (tj. především lůžkových zdravotnických zařízení), neboť u nich je pacient relativně schopen sám posoudit kvalitu péče, a nikoliv těch, kteří jsou pacientovi relativně vzdáleni.

Zdravotnická záchranná služba

Služby poskytované zdravotnickou záchrannou službou jsou hrazeny podle seznamu **zdravotnických výkonů** s relativně příznivou hodnotou bodu. Významný díl nákladů na činnost zdravotnické záchranné služby však nese její zřizovatel, a to je příslušný krajský úřad.

Zdravotnická dopravní služba

Zdravotnická dopravní služba je zajišťována dvěma rozdílnými způsoby:

a) technickými pracovišti nemocnic - jedná se tedy o samostatné pracoviště příslušné nemocnice, kdy financování této činnosti je součástí celkového hospodaření příslušné nemocnice

b) soukromými dopravci specializovanými na zajištění dopravní služby pro zdravotnická zařízení.

V obou případech se úhrady provádějí podle **výkonového systému** s příslušnou hodnotou bodu. Ta je diferencována podle toho, zda poskytovatel poskytuje dopravní službu v nepřetržitém provozu anebo ne.

Ekonomická efektivnost této činnosti je však do značné míry ovlivňována faktorem stojícím mimo systém zdravotního pojištění, a tímto faktorem je kolísavost cen pohonných hmot, které tvoří významnou část nákladů na zdravotnickou dopravní službu.

Závěrem k problematice stanovení mechanismů a výši úhrad zdravotních služeb je třeba zdůraznit potřebu pravidelné **kultivace** uhrazovacích systémů, aby nevznikaly nežádoucí disproporce mezi ekonomickou efektivitou jednotlivých druhů poskytovatelů zdravotních služeb.

Dále je třeba mít na zřeteli skutečnost, že úprava hodnoty bodu zdravotnického výkonu směrem dolů je jednak demotivující, jednak vytváří nevraživost mezi jednotlivými skupinami poskytovatelů. I v této oblasti by měla platit zásada, že vhodnější je metoda jemného ladění systému, než metoda radikálních řezů. Zřejmě i z tohoto důvodu je nyní přistupováno k pozvolnému narovnávání historických disproporcí mezi např. základními sazbami nemocnic nebo hodnotou bodu pro jednotlivé druhy výkonů. Od roku 2014 by měl platit nový seznam zdravotnických výkonů. Měl by nahradit dosud platný sazebník z roku 1997, který od té doby nebyl podstatně upravován.

V novém sazebníku by měla být jednotná hodnota bodu ve výši 1 Kč. Tím by se obnovil původní smysl a závěr bodového systému jako převodového mechanismu mezi různorodostí a početností výkonů zdravotní péče a vývojem inflace v národním hospodářství.

Jak již bylo uvedeno, vydává ministerstvo zdravotnictví pro každý kalendářní rok tzv. **úhradovou vyhlášku**, kterou stanoví hodnoty bodu, výši úhrady zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění a stanoví i regulační omezení pro daný rok. Tato vyhláška se však použije jen v případě, že se poskytovatelé a zdravotní pojišťovny na výši úhrady nedohodnou.

Při stanovování výše úhrad pro příslušný rok se vychází z tzv. **referenčního období**. Tímto obdobím je obvykle z důvodu praktičnosti plánovacích prací období předminulého roku, neboť výsledky za předchozí rok není možné z časových důvodů do vyhlášky na příslušný rok zapracovat. Tedy např. pro rok 2013 je referenčním obdobím rok 2011. Ke skutečnostem úhrad roku 2011 se tedy vztahují (a poměří) úhrady pro rok 2013.

Vyhláška stanoví rozdílné úhradové mechanismy pro lůžková zdravotnická zařízení a pro ambulantní zdravotnická zařízení.

Nalézt správný mechanismus úhrad nákladů zdravotních služeb je jedním z nejobtížnějších úkolů celého systému financování nákladů na zdravotní péči. Za dobu existence systému zdravotního pojištění na základě Bismarckova modelu v České republice prošel úhradový mechanismus nákladů na zdravotní péči složitým vývojem a ani dnes není možno považovat tento vývoj za ukončený. Stále jsou hledány nové, resp. upravené formy těchto mechanismů, a to jednak z důvodů potřeby dosáhnout finanční stability systému, jednak z důvodů snahy o zabránění zneužívání systému a v neposlední řadě z důvodu snahy o navození pokud možno spravedlivého mechanismu úhrad pro jednotlivé druhy a formy zdravotní péče.

Požadovaný systém úhrady by měl splňovat následující charakteristiky:

- a) měl by zabránit nežádoucí nadprodukci zdravotních výkonů, ať již jsou požadovány poskytovateli zdravotní péče či pacienty samotnými;
- b) měl by motivovat k prevenci, a to jak na straně poskytovatelů, tak především na straně občanů jako konsumentů zdravotních služeb;
- c) neměl by být administrativně náročný a měl by být snadno kontrolovatelný;
- d) neměl by vytvářet prostor pro možné podvodné jednání;
- e) měl by zajistit uspokojení nároků pacientů v rozsahu kvality a komfortu zdravotní péče, jaká je v evropském prostoru obvyklá, a odpovídat právnímu rámci v dané oblasti.

Zajištění všech těchto požadavků není snadné obzvláště v podmínkách tržního zdravotnictví, kdy převážná část poskytovatelů zdravotní péče jsou buď individuální drobní poskytovatelé zdravotních služeb na principu vlastní výdělečné činnosti (např. soukromá ambulance), nebo jsou jimi střední a velká zdravotnická zařízení (obvykle lůžkové péče), která z hlediska právní formy jsou obchodními společnostmi (společnosti s ručením omezeným nebo akciové společnosti), tedy společnostmi obvykle zřizovanými za účelem dosahování zisku.

V neposlední řadě je třeba brát v úvahu politická hlediska, kdy právě oblast zdravotnictví je předmětem střetu liberálních a intervencionalistických přístupů k hospodářské politice ve státní sociální oblasti.

Právě aplikovaný způsob úhradového mechanismu je proto vždy určitým kompromisem, ve kterém se jednotlivé způsoby úhrad různě kombinují a doplňují.

Z teoretického hlediska je nejdůležitější správně určit **základní jednotku zdravotní péče**, která bude předmětem úhrady. Touto základní jednotkou může být určitý dílčí zdravotní výkon (ovšem i zde je velká složitost jeho definování) nebo to může být jiná jednotka (jedna návštěva v ambulanci, jeden den pobytu v lůžkovém zdravotnickém zařízení) apod.

V průběhu času se v našem systému úhrad nákladů zdravotní péče vyprofilovaly v podstatě tři **základní mechanismy** těchto úhrad, a to:

- a) výkonový systém
- b) systém paušálů
- c) kapitační platba

ad a) výkonový systém

Úhradový mechanismus na základě poskytovaného zdravotnického výkonu se jeví být jako nejvhodnější, a to jak z hlediska přesnosti vykazování výkonů, tak z hlediska motivací zdravotnického zařízení. Proto také v počátečním období existence modelu zdravotní péče financované z veřejného zdravotního pojištění (v letech 1993-1996) byl **systém výkonových úhrad** převažujícím systémem úhradového mechanismu.

Úhradový mechanismus je založen na identifikaci zdravotnických výkonů, kterých bylo stanoveno více než 4 000 položek. Aby se předešlo nutnosti „přeceňování“ těchto výkonů vzhledem k vývoji inflace, byly tyto výkony ohodnoceny tzv. **body**. K těmto bodům pak byly přiřazeny peněžní hodnoty. Hodnoty bodů nebyly oceněny jednotně, ale částečně diferencovaně pro určité druhy zdravotní péče, i když těchto diferencovaných hodnot není mnoho. Z důvodu finanční napjatosti systému a i z jiných důvodů se však systém ohodnocení bodů v důsledku inflace v čase jen velmi málo kultivoval.

Snaha poskytovatelů o maximalizaci vykazovaných výkonů vedla k významnému nárůstu nákladů na zdravotní péči. Tzv. honba za body zdestabilizovala celý systém zdravotního pojištění, což bylo jednou z příčin krachu řady zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven ve druhé polovině 90. let. Tato situace však měla své příčiny i v nedostatečné státní regulaci trhu zdravotního pojištění.

ad b) systém paušálů

Z těchto, ale nejen z těchto důvodů se od roku 1997 přešlo v řadě oblastí poskytování zdravotní péče na **systém paušálů**. Paušál představuje ohodnocení určitého komplexu výkonů spojených do jedné jednotky úhrady zdravotní péče. Touto jednotkou může být pobytový den v lůžkovém zdravotnickém zařízení (např. v lázních nebo rehabilitačních ústavech), pacient identifikovaný jedním rodným číslem (tzv. unicitní, resp. unikátní pacient v nemocničním zařízení) apod. Jedná se tedy o jakési zprůměrování nákladů na léčení pacienta. Užívá se především v lůžkových zdravotnických zařízeních, kde obvykle převažují tzv. fixní náklady (tj. náklady, které se nevážou na jednotku výkonu, např. mzdové náklady, náklady na energie, odpisy budov a zařízení apod.) nad variabilními náklady (tj. náklady, které se vážou na jednotku výkonu, např. náklady na pořízení surovin pro stravování pacientů, náklady na léky apod.).

Zvláštním, v současné době velmi aktuálním, je tzv. případový paušál (DRG – Diagnostic Related Groups), který agreguje péči do klinicky i ekonomicky homogenních skupin. Metoda DRG byla převzata z USA. Má mnoho variant. Pobyt pacienta v nemocnici je rozklasifikován do segmentů, jako je hlavní diagnóza, vedlejší diagnózy, poskytnuté chirurgické výkony, věk, pohlaví, způsob ukončení pobytu pacienta v nemocnici apod.

Hlavních diagnostických kategorií (skupin) je v jednotlivých verzích metody DRG několik desítek seřazených podle orgánových systémů. Hlavní diagnostické kategorie se dělí do dalších skupin, z nichž každá se dále člení v závislosti na složitosti průběhu onemocnění do tří skupin průběhu, a to:

- bez komplikací
- s komplikacemi
- s většími komplikacemi.

Způsob zařazení konkrétního případu do jednotlivých DRG skupin je stanoven tak, aby případy v jednotlivých skupinách byly klinicky a zároveň nákladově podobné.

Model DRG byl v našem zdravotnictví ověřován od konce 90. let minulého století, avšak širšího uplatnění došel až v letech 2012 a 2013. Do té doby stále v úhradách zdravotních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních akutní lůžkové péče převládal systém unicitních pacientů. Ten byl totiž velmi „výhodný“ především pro zdravotní pojišťovny, protože byl pro ně snadno kontrolovatelný, ale především umožňoval poměrně přesné a relativně jednoduché plánování nákladů na zdravotní péči. Riziko nákladovosti zdravotní péče jednoznačně přenášel na stranu poskytovatelů zdravotní péče. Jeho nevýhodou bylo to, že nediferencoval v nákladovosti zdravotní péče v souvislosti s konkrétním zdravotním stavem pacienta, nezohledňoval rozsah a kvalitu péče, ani závažnost klinického stavu pacienta. Poskytovatele motivoval spíše k omezování pobytu pacienta na lůžku.

V zájmu zvýšení motivace poskytovatelů na kvalitě zdravotní péče a i v zájmu vyššího zobektivizování rozsahu a nákladovosti zdravotní péče v případě konkrétního pacienta se v letech 2012 a 2013 přešlo na systém případových paušálů (DRG). Výhodou této metody je vyšší objektivnost vykazovaných nákladů na péči a i vyšší míra „spravedlnosti“ v úhradách za akutní lůžkovou péči. Metoda také nemotivuje ke generování zbytečných výkonů v důsledku tzv. přeléčování. Její nevýhodou je motivace poskytovatelů ke zkracování pobytu pacienta na lůžku a ke kódování horšího zdravotního stavu pacienta a ke zvyšování počtu hospitalizací, resp. hospitalizovaných. Tomu se má zabránit cestou různých regulačních omezení. Metoda případového paušálu přenáší riziko nákladovosti péče více na zdravotní pojišťovny. Je proto třeba vyčkat, jak se tato metoda v praxi osvědčí, a to buď jako taková, nebo zda bude třeba ji dále modulovat.

Zprůměrované (paušální) vykazování nákladů výrazně snižuje administrativní výdaje na vykazování rozsahu poskytnuté zdravotní péče a také je poměrně snadno kontrolovatelné. I když je v něm skryta poměrně vysoká nepřesnost vykazování, je třeba si uvědomit, že balík peněz, který je pro úhrady nákladů zdravotní péče k dispozici, je jen jeden (tím je, zjednodušeně řečeno, balík vybraného pojistného na zdravotní pojištění). Čím podrobnější a přesnější bude vykazování zdravotních

výkonů, tím bude i administrativně náročnější, a tím i dražší, a tím méně peněz zbude na skutečně medicínskou část úhrad ze zdravotního pojištění. V ekonomice je totiž vždy něco za něco. Systém přesného výkaznictví si žádá sám velké administrativní náklady, které pak omezují zdroje pro vlastní medicínu. Z toho důvodu, a nejen z něho, je ke zvážení, zda skutečně tržní mechanismy, pro které je obecně typické a žádoucí přesné výkaznictví, patří do oblasti zdravotní péče, nebo zda by zde neměly být více uplatňovány neziskové formy činnosti.

Z hlediska **rozložení rizika** nákladnosti zdravotní péče mezi zdravotní pojišťovny na jedné straně a zdravotnická zařízení na druhé straně, systém paušálů, na rozdíl od výkonového systému, toto rozložení rizika více vyrovnává. I to je však jeden z důvodů k zamyšlení se nad vhodností tržních forem ve zdravotnictví.

ad c) kapitační platba

Zvláštním případem paušální platby je tzv. **kapitační platba**. Ta jednoznačně přenáší riziko vyplývající z nemocnosti pojištěnců na poskytovatele zdravotní péče. Spočívá totiž ve stanovení pevné částky plateb poskytovateli za každého pojištěnce, kterého má ve své dlouhodobé péči, a to bez ohledu na to, jaký rozsah zdravotní péče pojištěnec čerpá, jinými slovy, bez ohledu na to, zda je zdravý či nemocný.

Tento systém úhrad se používá především u **praktických lékařů**. Tato forma úhrad zdravotní péče je velmi administrativně nenáročná, a proto i nenákladná, a dále je i snadno kontrolovatelná. Jejím nedostatkem může být riziko neposkytování kvalitní zdravotnické péče, popř. nadměrné odesílání pacientů praktickými lékaři ke specialistům, kteří jsou však odměňováni výkonnými mechanismy.

9 Perspektivy vývoje financování zdravotnictví

9.1 Problém privatizace ve zdravotnictví

Jak již bylo uvedeno, zdravotnictví leží na pomezí kategorie veřejných statků. Proto i v něm je privatizace možná. V podmínkách tržní ekonomiky tedy i v této oblasti probíhá privatizační proces.

V České republice proces transformace národního hospodářství byl nastartován především v oblasti výroby a služeb. Ve zdravotnictví byl opožděn, i když ne ve všech jeho segmentech.

Proces privatizace ve zdravotnictví můžeme rozdělit do dvou fází:

1. fáze - zahrnuje období po roce 1990, kdy do procesu privatizace byly zařazeny **lázně** (některé se privatizovaly v rámci malé privatizace, většina z nich v rámci velké privatizace) a dále **ambulantní pracoviště** praktických lékařů a ambulantních specialistů a i dalších menších zdravotnických zařízení. V této etapě byly z procesu privatizace vyloučeny nemocnice.

Zároveň v této době vznikají vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny různé zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a celkový počet zdravotních pojišťoven dosáhl ve 2. polovině 90. let téměř počtu třicet.

2. fáze - zahrnuje období po roce 2000, kdy dochází k odstátnění většiny státních nemocnic (kromě fakultních). Týká se to především okresních nemocnic, které představují tzv. páteřní síť lůžkových zdravotnických zařízení. V té době byla většina těchto nemocnic ve vážných ekonomických problémech. Jejich převedením na kraje (tj. do vlastnictví krajů) a zároveň s jejich významným jednorázovým oddlužením stát problém jejich ztrátového provozu „přehodil“ na kraje, aniž by řešil příčiny této většinové ztrátovosti. Je samozřejmé, že tímto krokem se problém ztrátovosti nemocnic nevyřešil, a proto se kraje s tímto problémem potýkaly a potýkají různě. Některé kraje nemocnice prodávají, jiné je převádějí na odchodní společnosti (obvykle na akciové společnosti), jiné vytvářejí různé holdingové struktury apod. Tedy celý další vývoj je charakterizován hledáním forem, které by zajistily alespoň vyrovnané hospodaření nemocnic.

Avšak zamysleme se nad **teoretickými aspekty privatizace ve zdravotnictví**. Privátní podnikání je charakteristické úsilím podnikatele o vytvoření a maximalizaci zisku. Omezíme-li se na problematiku nemocnic, pak již jen sám fakt většinové ztrátovosti těchto zdravotnických zařízení ve prospěch jejich privatizace nehovoří. Přitom onu ztrátovost není možné jednoduše svalovat na chyby v řízení příslušných zdravotnických zařízení.

Zlepšit výsledek hospodaření, tedy zvýšit zisk nebo snížit ztrátu, lze prakticky dvěma cestami:

a) buď zvýšením výnosů

b) snížením nákladů, popř. obojím způsobem.

Zvyšovat výnosy ve zdravotnických zařízeních, která mají své výkony hrazeny většinou ze zdravotního pojištění, lze jen obtížně, protože zdravotní pojišťovny výši úhrad různými způsoby regulují. Tyto regulace jsou mimo jiné dány právním

předpisem - úhradovou vyhláškou ministerstva zdravotnictví. Ústavní soud úhradovou vyhlášku pro rok 2013 prohlásil za protiústavní i z důvodu zákonné povinnosti zdravotnických zařízení poskytovat neodkladnou zdravotní péči prakticky bez ohledu na její nákladovost a i dopad do oblasti regulačních parametrů.

Snižovat náklady v nemocnicích je také velmi obtížné, protože většina nákladů je fixních. V oblasti variabilních nákladů jejich úspora jde obvykle na úkor kvality péče (náklady na stravování, čisticí a hygienické prostředky, mzdové náklady ve vazbě na počet ošetřovatelských pracovníků apod.).

Tedy úsilí lůžkových zdravotnických zařízení o zlepšování hospodářského výsledku může vést ke snižování kvality zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že soukromí podnikatelé mají a musí mít motivaci ke zlepšení hospodářského výsledku, ukazuje se, že podnikatelské formy zdravotnických zařízení jsou velmi problematické. Do oblasti nemocniční péče se mnohem lépe hodí příspěvkové formy těchto zdravotnických zařízení, než formy obchodních společností. Ostatně ty nejvýznamnější lůžková zdravotnická zařízení - fakultní nemocnice, mají ze zákona formu příspěvkových organizací.

Konstatujme dále, že hnacím motorem tržní ekonomiky je **konkurence**. Ta obecně vede k vyšší kvalitě služeb, úspoře nákladů, zavádění technického pokroku apod. Obecně se i ve zdravotnictví konkurence prosazuje, a to ve dvou směrech:

a) mezi zdravotními pojišťovnami - zde však konkurenční boj o pojištěnce vede k nárůstu „neproduktivních“ výdajů

b) mezi zdravotnickými zařízeními - avšak vzhledem k tomu, že poskytovatelé zdravotních služeb jsou ve významné informační výhodě proti pacientovi z hlediska odborného posouzení jeho zdravotního stavu a možných způsobů jeho zlepšení, není pacient (klient) často schopen tuto stránku zdravotní péče posoudit a orientuje se často jen na to, co je schopen laicky posoudit, což je obvykle kvalita tzv. hotelových služeb, tedy stravování a ubytování, a celkového zacházení. A konkurenční boj se tak obvykle omezuje na parametr „boje o široký úsměv“.

V oblasti ambulantní péče (ale často i v oblasti lůžkové péče) motivace na zvýšení zisku vede k tzv. vyzobávání hrozin ve spektru zdravotních služeb podle toho, které z nich jsou ziskovější, což jsou obvykle ty, které jsou nejlépe hrazeny zdravotnickými pojišťovnami. To vede k omezování méně „výnosných“ zdravotních služeb, což může omezit dostupnost zdravotní péče.

Obecně můžeme říci, že **zavádění tržních principů do zdravotnictví může vyvolávat tyto negativní jevy:**

a) uplatňování tržních zásad ve zdravotnictví vnáší do péče o zdraví eticky nevhodné motivace poskytovatelů

b) tržní motivace obecně jsou kontradiktorní (obecně je tuto situaci možno vyjádřit slovy „prodávající chce prodat co nejdražší, kupující chce koupit co nejlevněji“). Ve zdravotnictví to vyvolává nežádoucí stav, který staví zájmy lékařů proti zájmům pacientů. Samozřejmě ke škodě pacienta.

c) tržní atributy, jako je zisk, produktivita práce, efektivnost, rentabilita, jdou často proti kvalitě péče, a tedy i proti zájmům pacientů

d) dosavadní reformy ve zdravotnictví obvykle upřednostňovaly zájmy zdravotních pojišťoven proti zájmům poskytovatelů zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny však nejsou vázány lékařskou etikou, nenesou forenzní odpovědnost apod. Jejich motivací je především úspora nákladů, a tím i jejich lepší hospodářský výsledek. Jejich motivací není kvalita péče.

e) Smutnou realitou je to, že reformy zdravotnictví často dávají zdravotním pojišťovnám šanci, aby racionálně zdůvodňovaly, proč pojištěnci (pacientovi) danou péči neuhradí.

Prostě zdraví není zboží, lékaři nejsou prodavači a pacienti nejsou zákazníci. Zdravotnictví není odvětví, které by mělo generovat zisk.

Z uvedeného se jeví jako vhodné řešení situace v oblasti organizace a financování zdravotní péče:

a) existence jediné, státem řízené a státem kontrolované zdravotní pojišťovny, jak to doporučuje OECD

b) obnovit systém páteřní sítě lůžkových zdravotnických zařízení v podobě okresních nemocnic (ať už je jejich zřizovatelem kterýkoliv územní samosprávný celek), které budou poskytovat zdravotní služby minimálně ve čtyřech základních oborech, tj. interna, chirurgie, dětské, gynekologie.

c) páteřní síť nemocnic plus krajské nemocnice provozovat jako příspěvkové organizace.

Řada těchto opatření je však v současné době politicky těžko průchodná.

9.2 Problém prevence ve zdravotnictví

Prevence má ve zdravotnictví velký význam, a to nejen z medicínského, ale i z ekonomického hlediska. Předcházet onemocněním je méně nákladné, než onemocnění léčit, nehledě na možný faktor pracovní neschopnosti, invalidity apod. Neopomenutelný je také faktor diskomfortu pacienta v důsledku nemoci.

V minulosti, v postátněném zdravotnictví, se péče o zdraví jednotlivce přenesla významně na stát (povinné očkování, povinné preventivní prohlídky, utajování zdravotnické dokumentace před pacientem, zamlčování zdravotního stavu před pacienty apod.).

Po roce 1990 stát přestal požadovat povinné očkování na řadu onemocnění a byl zrušen i velmi propracovaný systém povinných preventivních prohlídek dětí a mládeže. To spolu s otevřením hranic pro osoby ze zemí s mnohem nižším standardem zdravotní péče vedlo k návratu některých chorob, které u nás byly již téměř neznámé (černý kašel, tuberkulóza apod.) a k rozšíření nových chorob (AIDS apod.).

Samostatným problémem je prevence ve stomatologické péči.

Celospolečensky převládlo přesvědčení, že zdraví je problém především jednotlivce, ne společnosti. To však je velmi krátkozraké, neboť zanedbaná prevence se projeví také jako velký společenský výdaj na zdravotní péči, na invaliditu, neopomenutelné jsou i výdaje na nemocenskou a i ztráta hodnot, které mohl zdravý člověk pro

společnost vytvořit. Proto již dnes vidíme určitý návrat k organizované a hrazené prevenci alespoň těch nejnákladnějších onemocnění (onkologická onemocnění, chřipková onemocnění apod.).

Problém prevence narůstá i v souvislosti s rozpadem tradičního modelu rodiny (problém ztráty návyků) a i se snahou rodičů přesouvat odpovědnost za výchovu dětí na školu.

Hlavní směřování prevence by se tedy mělo ubírat tímto směrem:

- a) výchova k osobní odpovědnosti za zdraví má probíhat v rodinách i ve škole;
- b) osvětové programy mají být zaměřeny především na ženy jako matky, které navozují životní návyky dětí a členů rodiny;
- c) vzdělávání k péči o vlastní zdraví má být zařazeno už do výuky základních škol, a to i včetně prevence nebezpečného chování (drogy a jiné návykové látky).

Zdravotnictví je odvětví národního hospodářství, které má, zjednodušeně řečeno, dvě odlišné stránky:

a) stránku medicínskou, která se zabývá léčením onemocnění, obnovováním porušených funkcí v lidském organismu, zmírňování bolesti, udržováním mobility apod.

b) stránku ekonomickou, která se zabývá financováním zdravotní péče.

Tyto obě stránky představují dvě složky zdravotnictví, které však působí k sobě navzájem protikladně. Kvalitní medicína je drahá, tedy ekonomicky náročná, to na jedné straně, a peněz obecně je vždy málo, jsou omezeným statkem, a proto se vlády musí složitě rozhodovat, do kterých oblastí národního hospodářství tyto omezené prostředky vloží. To na druhé straně. Na první pohled by se mohlo zdát, že rozhodování, kam nasměrovat veřejné prostředky, je jednoznačné. Nemůže být prioritnější sféra, než je zdraví obyvatelstva. Avšak z praxe víme, že stát musí řešit i další zásadní problémy, jako je sociální politika, politika zaměstnanosti, konkurenceschopnost národního hospodářství, problémy obrany, školství, vědy apod. Preference jednotlivých výdajových oblastí je otázkou nejen vládních priorit (které jsou u různých vlád různé), ale i různých tlaků zájmových skupin, stavu sociálního smíru či napětí apod.

V podmínkách tržní ekonomiky, zvláště pak v období krizí (např. současné dozrívající globální finanční krize), se jasně ukazuje, že vládní prioritou ve zdravotnictví je jeho financování, ne tak jeho medicínská stránka. To se netýká jen České republiky, ale je to problém celoevropský a i problém celého euroatlantského prostoru. Vždyť např. v USA nebyl dlouho před začátkem fiskálního roku 2014 schválen státní rozpočet z důvodu nenalezení konsensu mezi politickými reprezentacemi ohledně zdravotnické reformy, což mělo značné hospodářské, společenské a mezinárodní negativní důsledky.

V celém našem rozvinutém světě se nyní hledají cesty, jak zajistit kvalitní zdravotní péči pokud možno pro všechno obyvatelstvo a jak tuto zdravotní péči ufinancovat. Optimální koncept zatím zřejmě nalezen nebyl, ale přesto jsou některé země při řešení tohoto problému úspěšnější než jiné.

Pokud jde o Českou republiku, zde je tento problém obzvláště aktuální a jeho řešení obzvláště obtížné. Z minulého období byla populace zvyklá na bezplatnou zdravotní péči, a proto je samozřejmé, že se snahy o zvyšování spoluúčasti obyvatelstva na financování zdravotní péče jen obtížně prosazují. Vlády musí mít vždy na zřeteli, že problematika dostupnosti a kvality zdravotní péče je velmi citlivá a je i významným politickým faktorem.

Reforma financování zdravotnictví nastartovaná po roce 1990 zvolila prakticky německý systém založený na zdravotním pojištění spravovaném zdravotními pojišťovnami. Je otázkou, zda by našim podmínkám a především dosavadnímu vývoji a tradici více nevyhověl systém národní zdravotní služby, jak ho známe např. z Velké Británie. Chronická finanční napjatost systému zdravotního pojištění mácí dopady do celého resortu a především do ekonomické stability zdravotnických zařízení (zvláště lůžkových) dobrou vizitkou zvoleného systému není. Změna systému však zřejmě není na pořadu dne.

Další fakt, který významně ovlivňuje finanční stabilitu v resortu, je absence dlouhodobé koncepce organizace a financování zdravotnictví. Vládní a ministerské aktivity se spíše zaměřují na řešení aktuálních problémů, než na stanovení a realizování koncepce dalšího vývoje. Přitom je všeobecně známo, že ekonomika nic tak necení, jako stabilitu. Časté změny v úrovni financování jednotlivých složek zdravotní péče nevedou ke stabilizaci systému a ani k ekonomické stabilizaci zdravotnických zařízení.

Váženým problémem je fakt, že nastavení finančních toků v systému zdravotní péče v 90. letech podhodnotilo lůžková zdravotnická zařízení (především nemocnice) a tento problém se v dalším období jen obtížně řešil. Balík peněz v systému zdravotního pojištění je jen jeden a má-li se některé skupině poskytovatelů zdravotní péče přidat, obvykle je třeba jiné skupině peníze ubrat. A to je vždy problematické a konfliktní. V současné době (rok 2013) se ministerstvo zdravotnictví snaží narovnat historicky vzniklé nerovnosti mezi jednotlivými poskytovateli, avšak tento proces je velmi citlivý a konfliktní.

Úřednická Rusnokova vláda rozhodla v závěru roku 2013 navýšit prvně po šesti letech platbu pojistného za státní pojištěnce o cca 4,7 mld. Kč od roku 2014, což by alespoň částečně mohlo stabilizovat ekonomickou situaci především nemocnic, které velmi utrpěly zvýšením sazeb DPH. S tím spojené zvýšení nákladů jim nebylo nijak kompenzováno, a to v době, kdy jejich ekonomická situace byla již tak dost složitá. Tedy vidíme, že ekonomická stabilizace zdravotnictví je ovlivňována i rozhodnutími v jiných oblastech národního hospodářství, než je zdravotnictví (zde např. v oblasti daňové).

Avšak ani rozhodnutí v rámci resortu zdravotnictví vždy nepřispívají ke stabilizaci jeho ekonomické situace. Tak např. úhradová vyhláška pro rok 2013 výrazně dále zkomplikovala ekonomickou situaci nemocnic, což vedlo k jejich kritické situaci v závěru roku. Tuto vyhlášku však v říjnu 2013 Ústavní soud prohlásil za protiústavní, avšak ponechal ji z praktických důvodů v účinnosti až do konce roku 2014. Také nový indikační seznam lázeňsky léčitelných chorob vydaný v roce 2012

zdestabilizoval ekonomickou situaci lázní jako segmentu zdravotní péče, který jako jeden z mála vykazoval dlouhodobou ekonomickou stabilitu.

Vidíme tedy, že ekonomická opatření ve zdravotnictví je třeba činit velmi obezřetně, neboť při celkové ekonomické napjatosti systému jeho financování i malá odchylka může mít zásadní důsledky. Také opatření v oblasti nepřímých daní je třeba činit velmi citlivě a případné změny pro oblast zdravotnictví řádně propočítat, popř. je kompenzovat.

Jaký lze tedy očekávat další vývoj v oblasti financování zdravotnictví?

Předně je třeba zřejmě i nadále počítat s finanční nedostatečností v systému. Navýšení sazeb zdravotního pojištění jako hlavního zdroje financování zdravotní péče je zřejmě politicky neprůchodné, a proto bude třeba finanční napjatost řešit opatřeními uvnitř systému.

Stabilitě by jistě prospěla i redukce počtu zdravotních pojišťoven, což by přineslo úsporu administrativních nákladů. To je však zřejmě také politicky neprůchodné.

Další vývoj se tedy zřejmě bude ubírat ve směru pokračování narovnávání historických nelogičností v úrovni úhrad nákladů zdravotní péče mezi jednotlivými skupinami poskytovatelů a i jednotlivými poskytovateli, jak bylo započato již v roce 2012.

Co se týče spoluúčasti pacientů na financování nákladů zdravotní péče, lze nyní očekávat zpomalení dosavadního rychlého tempa navyšování této spoluúčasti. Přesto trend růstu spoluúčasti je zřejmý.

Každopádně bude další vývoj v této oblasti prvořadě ovlivňován politickým zaměřením a prioritami budoucích vlád.

II Ekonomika zdravotnického zařízení

II Ekonomika zdravotnického zařízení

V této části učebního textu se budeme zabývat obecnými principy ekonomického fungování zdravotnického zařízení. Budeme se zabývat ekonomickým členěním majetku zdravotnického zařízení, ekonomickými charakteristikami jeho činnosti (náklady, výnosy, hospodářský výsledek), zásadami účetní a daňové evidence, odměňováním pracovníků zdravotnického zařízení a jeho finančními toky. Seznámíme se také s hospodářskou strategií těchto zařízení.

I když je ekonomické fungování zdravotnického zařízení významně determinováno jeho právní formou, rozhodnutími jeho zřizovatelů, politikou zdravotních pojišťoven a vývojem zdravotnické legislativy, základní zásady jeho ekonomického fungování jsou obecné. Většina z nich se uplatňuje ve kterékoliv hospodářské organizaci, ať působí v kterémkoliv odvětví národního hospodářství. Všechny tyto organizace musí respektovat právní řád, plnit si své daňové povinnosti a i povinnosti v rámci politiky zaměstnanosti státu.

I když v řízení zdravotnických zařízení platí obecné principy řízení hospodářských organizací, přece jen je zde **významné specifikum činnosti zdravotnických organizací**, které je třeba v řídicí činnosti respektovat. Těmito specifiky jsou:

- a) zákonná povinnost poskytnout některé služby bez ohledu na jejich ekonomickou přínosnost pro poskytovatele;
- b) regulační mechanismy uplatňované zdravotními pojišťovnami a i státem ve snaze nezvyšovat obecné náklady na zdravotní péči;
- c) vědecký pokrok v medicíně a nutnost jeho promítnutí do úrovně služeb poskytovaných zdravotnickým zařízením;
- d) vysoký podíl kvalifikované živé práce a velmi omezená možnost nahradit ji technickými prostředky;
- e) povinnost respektovat řadu právních předpisů, které omezují předmět činnosti zdravotnického zařízení, stanovují požadavky na personální a věcné vybavení, hygienické zabezpečení apod.
- f) zvyšující se požadavky klientů (pacientů) na úroveň služeb bez možnosti promítnout tyto zvýšené nároky a s nimi spojené náklady na zdravotní služby do ceny za ně;
- g) forenzní odpovědnost za výsledky poskytovaných služeb.

Řízení zdravotnického zařízení je také odlišné podle toho, jaký druh a formu zdravotních služeb poskytuje. Jiné bude u zdravotnických zařízení poskytujících jen ambulantní zdravotní péči, jiné u těch, které poskytují lůžkovou péči, jiné v případě lékáren apod.

Přes tato specifika zdravotnictví vidíme, že i do této oblasti intenzivně pronikají podnikatelské aktivity, které s sebou nesou zvýšené požadavky na hospodárnost a efektivnost poskytování zdravotních služeb. Jde však o to najít potřebné proporce mezi požadavky na vysokou kvalitu a dostupnost poskytování zdravotních služeb na jedné straně a na druhé straně požadavky na úspornost nákladů na tyto poskytované služby, a to jak v „podnikovém“, tak v celostátním měřítku.

10 Majetková a kapitálová struktura zdravotnického zařízení

10.1 Majetková struktura zdravotnického zařízení

10.1.1 Dlouhodobý majetek

Dlouhodobý majetek (nazývaný také jako fixní či dříve jako základní prostředky) je majetek, který slouží po dlouhou dobu (delší než 1 rok). Člení se na:

a) dlouhodobý hmotný majetek - hmotný majetek, jehož pořizovací cena je vyšší než 40 000 Kč. Tvoří jej pozemky, budovy, přístroje, dopravní prostředky apod. Patří sem tedy jak majetek **nemovitý**, tj. takový který je pevně spojen se zemí (pozemky, stavby), tak majetek **movitý** (přístroje, dopravní prostředky apod.). Dlouhodobý hmotný majetek se spotřebovává postupně tím, že se opotřebovává, a tím znehodnocuje. Některý majetek se však neopotřebovává (pozemky, umělecká díla). Dlouhodobý hmotný majetek se účetně odepisuje. Tzv. **odpisy** jsou fixním nákladem zdravotnického zařízení (jejich výše není závislá na množství výkonů zdravotnického zařízení).

Drobný dlouhodobý majetek má cenu pořízení nižší než 40 000 Kč., ale má dlouhodobou povahu.

b) Dlouhodobý nehmotný majetek tvoří např. software či obchodní značka, což však v případě zdravotnického zařízení nebude příliš praktické.

10.1.2 Oběžný majetek

Oběžný majetek (nazývaný také provozní, dříve oběžně prostředky) má různou formu, a to:

a) ve věcné podobě - materiál, léky, hygienické prostředky apod.

b) v peněžní podobě - peníze v hotovosti i na účtu, pohledávky apod.

Oběžný majetek je tak nazýván proto, že tento majetek **přeměňuje svoji podobu** (formu) tím, že přechází z jedné do druhé (za peníze se nakoupí např. materiál, ten se užívá při poskytování zdravotních služeb, ty se přemění na pohledávku za zdravotními pojišťovnami a ty se přemění na peníze při jejich zaplacení zdravotní pojišťovnou). Oběžný majetek je tedy v pohybu, obíhá. Jeho oběh je relativně rychlý.

Majetková struktura zdravotnického zařízení zahrnuje jeho majetek členěný do několika kategorií. Přitom majetkem se rozumí souhrn všech věcí, peněz, pohledávek a jiných majetkových hodnot, které slouží k provozování zdravotnického zařízení a patří vlastníkovému zdravotnického zařízení.

Tento majetek lze rozdělit do dvou základních skupin prostředků, které jsou **odlišné dobou**, po kterou slouží k provozu zdravotnického zařízení. První skupinu tvoří dlouhodobý majetek, a druhou skupinu oběžný majetek.

10.2 Kapitálová struktura zdravotnického zařízení

Kapitálovou strukturou rozumíme strukturu zdrojů, na základě kterých zdravotnické zařízení vzniklo. Obvykle tento kapitál vložil do zdravotnického zařízení jeho zřizovatel, ať už jím je stát, územní samosprávný celek, obchodní společnost či jednotlivec.

Jak již bylo uvedeno, tento kapitál zřizovatele může být buď jeho **vlastní**, nebo **cizí**, získaný úměrem či půjčkou. Obdobně je tomu při rozvoji (rozšiřování) zdravotnického zařízení.

Zdravotnické zařízení, stejně jako každá jiná hospodářská organizace, potřebuje ke své činnosti základní faktory, kterými jsou:

a) prostor, ve kterém bude svoji činnost provozovat. Tento prostor se v ekonomické teorii obecně nazývá půda. Nemá se tím v případě zdravotnického zařízení na mysli zemědělská půda, ale půda jako prostor, který má podobu budov, pozemků, ale i místností apod. Ty mohou být buď ve vlastnictví poskytovatele, nebo mohou být pronajaté.

b) kapitál, který může být

- **peněžní** - peníze

- **nepeněžní** - zařízení, přístroje, materiál apod.

c) pracovníci, kteří budou poskytovat zdravotní péči. Jedná-li se o ambulantního poskytovatele, který žádné další pracovníky nezaměstnává, je on tímto pracovníkem. Zvláštností poskytování zdravotních služeb jsou specifické nároky kladené na tyto faktory. Tak prostor, ve kterém jsou tyto služby poskytovány, musí odpovídat hygienickým a věcným požadavkům stanovým příslušným právním předpisem. Přístroje používané při poskytování zdravotní péče musí mít příslušné atesty, pracovníci musí mít nejen odpovídající kvalifikaci, ale i způsobilost k výkonu této činnosti podle zvláštních předpisů a i jejich minimální počet je dán právním předpisem.

Peněžní kapitál může mít zdravotnické zařízení buď **vlastní** (jedná se např. o vklad lékaře poskytujícího ambulantní zdravotní služby do této jeho činnosti, o vklad zřizovatele apod. nebo o kapitál vytvořený vlastní činností zdravotnického zařízení), nebo **cizí**, který má obvykle podobu bankovních úvěrů, které banky půjčují s příslušným úrokem.

11 Náklady, výnosy a hospodářský výsledek zdravotnického zařízení

11.1 Náklady zdravotnického zařízení

Náklady představují v peněžním vyjádření spotřebu věcných prostředků a práce[1].

Náklady je možno členit podle mnoha kritérií:

a) podle času rozlišujeme náklady:

- **pořizovací** - to jsou náklady, které je třeba vynaložit před zahájením provozu zdravotnického zařízení (např. koupě budovy, pronájem prostor, zakoupení vybavení apod.), popř. při pořízení nového přístroje, zařízení apod.
- **provozní** - to jsou náklady vznikající při provozu zdravotnického zařízení (spotřeba energie, mzdy pracovníků, úklid pracoviště apod.)
- **investiční** - to jsou náklady spojené s rozvojem zdravotnického zařízení (vybudování nové ordinace, nového pavilonu nemocnice a její zařízení, vybavení nového pracoviště apod.)

b) podle druhu rozlišujeme:

- **materiálové náklady**, tj. náklady na pořízení materiálu, dodávky energií apod.;
- **náklady na služby**, tj. náklady na dodavatelsky zajišťované služby (např. opravy a udržování, poštovní služby, bankovní služby apod.);
- **finanční náklady**, tj. náklady spojené s finanční službou (úroky z úvěrů, pojistné apod.)
- **osobní náklady**, tj. náklady živé práce (mzdy, zákonné pojištění apod.)
- **manka a škody**, tj. náklady spojené s inventurními schodky, vzniklé škody apod.
- **ostatní náklady**

Členěním nákladů podle druhu se uplatňuje především v účetnictví, ale např. i při kalkulacích cen apod.

c) podle účelu rozlišujeme náklady:

- **přímé** - lze jejich výši stanovit na jednotku (tou je např. pacient, oddělení apod.). Jedná se např. o materiálové náklady.
- **nepřímé** - nemají přímý vztah k jednotce výkaznictví (např. náklady na správní režii, finanční náklady apod.),

d) podle vztahu k objemu výkonů rozlišujeme:

- **fixní** náklady, tj. náklady, jejichž výše se nemění se změnou výkonů (např. náklady na nájemné, na mzdy apod.). Nemění se průběžně se změnou výkonů, ale skokem (např. pronajmutím dalších prostor).
- **variabilní** náklady, tj. takové, které se mění plynule se změnou výkonů (např. náklady a léky, na materiál, na potraviny apod.).

Existují i další hlediska, podle kterých lze náklady členit (např. náklady celkové, průměrné, mezní). Těmi se však, již zabývat nebudeme.

Od pojmu „náklad“ je třeba odlišovat pojem „výdaj“. I když v běžné mluvě jsou slova náklad a výdaj v podstatě synonyma, z hlediska ekonomické vědy jsou to kategorie,

tedy pojmy s přesně definovaným významem, který je jedinečný. **Výdaje představují úbytek peněz vynaložený na konkrétní náklad.**

Často se pojmy náklad a výdaj kryjí, jindy jsou odlišné. Např. zakoupí-li zdravotnické zařízení drahý přístroj, pak jeho kupní cena představuje výdaj (peněz, které bylo třeba vydat na pořízení přístroje) a jeho odpis za účtovací období představuje náklad, který ovlivňuje hospodářský výsledek. Jinými slovy, **náklad je ta část výdajů, která ovlivňuje hospodářský výsledek.** Výdaj neovlivňuje hospodářský výsledek (není-li totožný s nákladem), ale ovlivňuje cash flow (hotovostní tok).

[1] ZLÁMAL, BELLOVÁ. 2005, s. 108

11.2 Výnosy zdravotního zařízení

V tržních podmínkách je i zdravotnické zařízení podnikatelem v nejširším slova smyslu, tedy provádí svou činnost (poskytuje zdravotní služby) za účelem i dosažení zisku (kromě toho, že plní i významnou společenskou roli poskytování zdravotní péče). V jakém poměru převažuje u zdravotnického zařízení jeho společenská role a v jakém jeho podnikatelská, to závisí především na tom, kdo je jeho zřizovatelem a za jakým účelem bylo zřízeno.

Obecně platí, že ta zdravotnická zařízení, jejichž zřizovatelem je veřejnoprávní subjekt (stát, územní samosprávný celek), preferují především svoji společenskou roli a jejich zřizovatel je do značné míry smířen s tím, že tato zdravotnická zařízení nebudou dosahovat vždy zisku. Např. tzv. fakultní nemocnice již ze zákona mají právní formu příspěvkové organizace, a proto se u nich dosažení zisku ani nepředpokládá. Avšak i tato, a nejen tato zdravotnická zařízení, musejí svoji činnost co nejvíce ekonomicky racionalizovat, neboť v tržní ekonomice je ekonomická úspěšnost i cestou k vysoké rozhodovací samostatnosti, což je i v zájmu těchto zdravotnických zařízení samotných. A kromě toho všeobecný tlak na minimalizaci veřejných výdajů se nevyhnul ani jim.

Ta zdravotnická zařízení, jejichž zřizovatelem je soukromoprávní subjekt, musí mít dosažení své ekonomické samostatnosti (samofinancovatelnosti) jako svůj hlavní cíl. To platí tím více, čím „privátnější“ jejich zřizovatel je. Je-li jím např. fyzická osoba, tedy nejčastěji lékař provozující samostatnou praxi, zisk zdravotnického zařízení pro něho vlastně představuje jeho mzdu. A ta, jak známo, nemůže být záporná, tedy jeho činnost nemůže být ztrátová.

Ziskovosti zdravotnické zařízení dosahuje tehdy, jsou-li jeho výnosy vyšší než náklady. Tedy úsilím každého zdravotnického zařízení by měla být maximalizace výnosů a minimalizace jeho nákladů.

O nákladech již bylo pohovořeno, nyní se tedy zaměříme na oblast **výnosů** zdravotnického zařízení. Zdravotnické zařízení dosahuje výnosy tím, že poskytuje určité výstupy ze své činnosti, které najdou své uplatnění na trhu, tedy bude je někdo poptávat a bude ochoten za ně zaplatit. Tyto výstupy mají částečně povahu poskytnuté zdravotní služby, prodaného léku apod. Velká zdravotnická zařízení

mohou dosahovat výnosů i z nezdravotnické činnosti, např. z pronájmu prostor, poskytování stravy i strážníků mimo zdravotnické zařízení apod.

Specifikem činností zdravotnických zařízení je to, že významným „odběratelem“ jejich služeb v ekonomickém slova smyslu jsou opět veřejnoprávní subjekty - zdravotní pojišťovny. Těch není mnoho, a proto i konkurence na tomto trhu není velká. Zdravotnická zařízení mají proto velmi omezený počet „odběratelů“, a proto i jejich manévrovací prostor pro výběr mezi nimi je velmi omezený. Z toho plyne ekonomická závislost zdravotnických zařízení na jejich odběratelích. Jinými slovy, nebude-li mít zdravotnické zařízení uzavřenou příslušnou smlouvu s významnými zdravotnickými pojišťovnami (především s VZP), bude jeho ekonomická situace dosti složitá. To si uvědomují i zdravotní pojišťovny, a proto jejich vyjednávací pozice (např. při cenových jednáních) je velmi silná.

Zdravotnická zařízení své výkony fakturují svým odběratelům (nejčastěji zdravotním pojišťovnám) a očekávají úhradu těchto faktur. Je třeba si však uvědomit, že do výnosů se taková faktura započítává zdravotnickému zařízení v okamžiku jejího vystavení, a to bez ohledu na její zaplacení. Tedy bez ohledu na to, kdy a zda vůbec jim bude tato faktura zaplacená. V této souvislosti je třeba mít na zřeteli především různá regulační omezení, která obvykle obsahuje úhradová vyhláška, na základě které platební styk mezi zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami obvykle probíhá. Může se tedy stát, že zdravotnické zařízení nedostane zcela zaplacené výkony, které skutečně provedlo.

Úhrada faktur představuje pro zdravotnické zařízení **tržbu** (příjem). Tedy vidíme, že existuje rozdíl mezi výnosy s tržbami. Tento rozdíl je jednak časový (výnos se zanáší do účetnictví v okamžiku vystavení faktury, kdežto tržba až v okamžiku jejího obdržení), jednak ekonomický (výnos je ta část tržeb, ze které se počítá zisk, což má význam především u prodeje zboží, tedy ve zdravotnictví v činnosti lékáren), jednak právní (výnos je právo na příjem peněz, tržba je realizace tohoto práva).

Z hlediska ekonomické teorie rozlišujeme výnosy:

a) celkové - to je sumace výnosů za určité období

b) průměrné - to je výnos na jednotku (tou je např. pacient, oddělení apod.)

c) mezní - ten vyjadřuje přírůstek výnosu, pokud se objem činnosti zvýší o jednotku (např. o jednoho pacienta).

Výnosy jsou ovlivňovány dvěma základními faktory, a to:

a) objemem výkonů

b) cenou za jednotku výkonů.

Tedy obecně platí, že čím více výkonů podnikatel vyprodukuje, tím bude vyšší jeho výnos. To však za předpokladu, že cena za jednotku výkonů obsahuje i ziskovou složku, tedy že nejen pokrývá úplné vlastní náklady na jednotku produkce, ale obsahuje i složku zisku výrobce.

A právě v tomto ohledu je postavení zdravotnických zařízení velmi slabé. V důsledku již zmíněných regulačních opatření má poskytovatel zdravotních služeb malý prostor pro navyšování svých výkonů (úhrady nákladů zdravotních služeb jsou velmi často v úhradových mechanismech zprůměrovány, např. kapitační platby, systém unicitních pacientů apod.). Kromě toho při stanovení ceny zdravotnických výkonů se

vychází především z nákladů na jejich poskytnutí, přičemž zisková složka je minimalizována a nedostatečně je zohledňován i faktor reprodukce a rozvoje poskytovatele. Proto na ekonomické posuzování činnosti zdravotnických zařízení není možné jednoduše používat obecná kritéria, jaká se používají pro hodnocení ekonomické činnosti jiných ekonomických subjektů (efektivnost, rentabilita, produktivita práce apod.).

Vzhledem k uvedeným faktorům a vzhledem k omezenosti prostředků v hlavním zdroji financování zdravotních služeb, tedy ve fondu zdravotního pojištění, hledají se stále (a v poslední době stále intenzivněji) dodatečné zdroje financování zdravotní péče, které se nejčastěji nacházejí v oblasti zvyšování spoluúčasti pacientů na úhradách těchto nákladů.

Ke zvyšování spoluúčasti pacientů se přistupuje různými cestami. Jednou z nich je zvyšování doplatků k cenám zdravotnických výkonů hrazených částečně z prostředků zdravotního pojištění (to se týká především léků a zdravotnických prostředků), dále vylučování některých výkonů z úhrad ze zdravotního pojištění, zavádění různých nadstandardních zdravotních výkonů nehrazených z prostředků zdravotního pojištění, zavádění různých paušálních poplatků ve zdravotnictví (za recept, za vyšetření, za pobyt ve zdravotnickém zařízení apod.

Takový postup má však mnohá teoretická, ekonomická, právní a i morální úskalí.

Teoretické úskalí spočívá v určení, zda nemoc je rizikem pacienta nebo rizikem společnosti. Ve vyspělých zemích bylo už na přelomu 19. a 20. století stanoveno, že nemoc je rizikem společnosti (viz povinná účast v systému zdravotního pojištění, existence tzv. státních pojištěnců apod.). A je kritériem vyspělosti každé společnosti, do jaké míry bezvýhradnosti k tomuto problému zaujímá stanovisko.

Ekonomické úskalí spočívá v tom, že nákladnost určitých druhů zdravotní péče překračuje úhradové možnosti ekonomicky průměrných pacientů, a proto přenesení její tíže na bedra pacientů není možné. Kromě toho obecně nesmí se stát cena zdravotních výkonů limitem jejich dostupnosti pro obyvatele.

Právní úskalí spočívá v tom, že existující právní normy nejvyšší právní síly (Ústava, Listina základních práv a svobod) garantující občanům bezplatnost poskytování zdravotních služeb v systému, kde existuje všeobecné zdravotní pojištění.

Morální úskalí spočívá v tom, že není mravné vylučovat ze systému úhrad z veřejného zdravotního pojištění některé dosud hrazené služby. To především ve vztahu k občanům, kteří si celý život platili zdravotní pojištění v zákonném rozsahu v očekávání, že pokud budou později (ve stáří) potřebovat čerpat zdravotní služby, nebudou některé zdravotní služby ze systému úhrad vyloučené. Takový postup by bylo možno nazvat morálním hazardem

11.3 Zisk

Zisk zdravotního zařízení, stejně jako každého hospodářského subjektu, je určen rozdílem mezi výnosy a náklady. Je-li tento rozdíl kladný, dosahuje příslušný subjekt **zisku**, je-li záporná, vykazuje **ztrátu**. Dlouhodobé vykazování ztráty je pro většinu hospodářských subjektů likvidační, pokud tuto ztrátu nemají systémově hrazenou

z prostředků zakladatele, jak tomu je např. u příspěvkových organizací (např. fakultní nemocnice), či u subjektů, které byly sice svým zřizovatelem založeny jako obchodní společnosti, ale jejich zakladatel je smířen s tím, že jejich činnost bude muset (alespoň pro určitou dobu) dotovat.

Za všech okolností je třeba, aby všechna zdravotnická zařízení usilovala o dosažení zisku, i když v systému regulovaných úhrad jejich výkonů je to značně obtížné. Musí však usilovat o vysokou racionálnost svých činností. K tomu mohou přispět i různé systémy managementu kvality (normy ISO), jak je známe především z průmyslové sféry a které se ve zdravotnictví stále více uplatňují.

Z hlediska ekonomické teorie rozlišujeme zisk:

a) ekonomický - jedná se o rozdíl mezi výnosy a náklady

b) účetní - ten se zjistí z účetní evidence hospodářského subjektu

c) daňový - ten se vypočte z účetního zisku po úpravách vyplývajících z daňových zákonů.

Významnou kategorií je i **provozní zisk**, který je dán rozdílem provozních výnosů a provozních nákladů. Není tedy ovlivněn mimořádnými faktory, jaké jsou úroky z půjček apod. Slouží především k posouzení ziskovosti činnosti jako takové.

Jakékoliv hospodářská činnost, tedy i činnost zdravotnických zařízení je spojena s vykonáváním lidské práce, s užíváním přístrojů a zařízení, se spotřebou materiálu a energií apod. To vše představuje **náklad** spojený s hospodářskou činností.

Na druhé straně hospodářská činnost je obvykle spojena se snahou o dosažení zisku, tedy se snahou získat za své výkony úhradu, která tvoří **výnos** z této hospodářské činnosti. **Zisk** dosahuje nositel hospodářské činnosti tehdy, pokud jeho výnosy jsou vyšší než jeho náklady. V opačném případě vykazuje **ztrátu**.

12 Účetnictví zdravotnického zařízení

12.1 Funkce účetnictví

Účetnictví plní tyto základní funkce:

a) funkce ochrany majetku – předpokladem pro ochranu majetku hospodářské jednotky je správné a úplné zachycení stavu jejího majetku. Ke zdárnému plnění této funkce účetnictví je třeba nepřetržitě sledovat a evidovat majetek a jeho pohyb a provádět jeho pravidelné inventarizace.

b) funkce daňová – výstupy z účetnictví jsou podkladem pro výpočty daní a jejich správný odvod. Daňová funkce je jednou z nejdůležitějších funkcí účetnictví, neboť krácení daně je trestným činem – viz § 240 trestního zákoníku.

c) funkce manažerská – výstupy z účetnictví jsou podkladem pro manažerské rozhodování

d) funkce dispozitivní – výkazy účetní evidence jsou důkazním prostředkem při vedení sporů, jsou podkladem pro daňovou a jinou kontrolu apod. Zákon ukládá povinnost archivovat účetní doklady a výkazy po stanovenou dobu, a to pod trestní odpovědností - § 254 trestního zákona

12.2 Obecná pravidla pro vedení účetnictví

Povinnost vést účetnictví zákon ukládá:

a) všem právnickým osobám

b) fyzickým osobám

- které jsou zapsány v obchodním rejstříku
- kterým povinnost vést účetnictví ukládá zvláštní právní předpis
- které vedou účetnictví na základě vlastního rozhodnutí.

Všechny tyto subjekty se považují za **účetní jednotky**. Ty jsou povinny účtovat:

- o stavu a pohybu majetku a závazků
- o nákladech a výnosech
- o hospodářském výsledku.

Účetnictví sleduje stavy a pohyby v **čase**. Respektovat časovou souvztažnost ve vedení účetnictví je jednou z jeho základních zásad. Předpokládá účtování o hospodářských skutečnostech v tom časovém období, ve kterém se odehrály. Přitom zákon o účetnictví stanoví závaznou metodiku, jak faktor času v účetnictví respektovat.

Subjekty, na které se vztahuje povinnost vést účetnictví, vedou toto účetnictví v tzv. **účetním období**. Tímto obdobím je **kalendářní rok** (od 1. 1. do 31. 12. příslušného roku).

Některé hospodářské subjekty, u kterých je to odůvodněno povahou jejich hospodářské činnosti, účtují v rámci tzv. **hospodářského roku**. Tímto hospodářským rokem je účetní období, které začíná prvním dnem jiného měsíce, než je leden, a končí k poslednímu dni měsíce, který je dvanáctým měsícem jdoucím po měsíci, ve kterém byl hospodářský rok začat (včetně tohoto počátečního měsíce).

Účetní jednotky mohou vést účetnictví za pomoci technických prostředků, nosičů informací a programového vybavení. Jsou povinny vést účetnictví v peněžních jednotkách české měny.

Mohou vést účetnictví i prostřednictvím jiných subjektů (účetních firem). I v tomto případě však odpovídají za řádnost vedení účetnictví a případný postih pak mohou vést v rámci civilního řízení proti tomu, kdo pro ně účetnictví vede.

Zákon o účetnictví ukládá **povinnost vést účetnictví**:

a) správně – tj. v souladu se zákonem o účetnictví a s jinými právními předpisy

b) úplně – tj. tak, že v účetnictví jsou zachyceny všechny účetní případy, které se v příslušném období staly

c) průkazně – tj. tak, že účetní zápisy jsou podloženy příslušnými účetními doklady a že účetní jednotka provádí pravidelné inventarizace

d) srozumitelně – tj. tak, aby bylo možno jednoznačně určit obsah jednotlivých účetních zápisů

e) způsobem zaručujícím trvalost účetních záznamů – tj. tak, aby byla účetní jednotka schopna splnit povinnost archivovat účetní knihy a jiné dokumenty po dobu stanovenou zákonem o účetnictví.

12.3 Zásady pro vedení účetnictví

Zákon o účetnictví uvádí následující zásady pro vedení účetnictví:

a) zásada objektivity účetnictví – účetní závěrka musí podávat věrný a poctivý obraz finanční situace účetní jednotky. Přitom **věrné zobrazení** zajišťuje soulad účetní uzávěrky se skutečným stavem, a to na základě účetních metod, stanovených zákonem o účetnictví. **Poctivé zobrazení** je založeno na účetních metodách, které vedou k dosažení věrnosti zobrazení.

b) zásada bilanční kontinuity - konečný stav účetních výkazů musí souhlasit s počátečními stavu účetních výkazů následujícího období

c) zásada stálosti metod užitých např. při oceňování, odepisování apod. V účetnictvích se nezohledňuje faktor inflace.

d) zásada zákazu kompenzace – je zakázané vzájemné vyrovnávání aktiv a pasiv, nákladů a výnosů, příjmů a výdajů

e) zásada opatrnosti – účetní jednotka je povinna promítnout do oceňování majetku a závazků rizika a ztráty, které jsou účetní jednotce známé při sestavování účetní závěrky. K tomu používá tzv. opravné položky a i tvorbu rezerv.

12.4 Způsoby vedení evidence

12.4.1 Hlavní dokumenty při vedení evidence

a) Daňová evidence

Protože hlavní součástí daňové evidence jsou údaje o příjmech a výdajích, zapisují se tyto do tzv. **deníku příjmů a výdajů** (v praxi označovaný jako peněžní deník). Jeho závazná podoba není předepsána, přesto existuje v tiskopisové podobě. Do

deníku se zapisují údaje především na základě pokladních dokladů a bankovních výpisů.

Vedle deníku příjmů a výdajů musí podnikatelé, kteří vedou daňovou evidenci, vést ještě **evidenci majetku a závazků**. Konkrétně evidují:

- hmotný majetek
- zásoby
- pohledávky
- závazky.

Forma a obsah vedení této evidence není závazně předepsána. Přesto existuje v tiskopisové podobě tzv. **kniha pohledávek a závazků**. Ta slouží podnikateli k přehledu o tom, kdo a kolik mu dluží a kolik a komu dluží on. Existence „dluhů“ je totiž v dodavatelsko-odběratelských vztazích obvyklá. Vyplývá z časového nesouladu mezi dodáním zboží, resp. provedením výkonů a jejich zaplacením, a to v důsledku fakturačního styku. Odběratel totiž fakturu za odebrané zboží či služby obdrží obvykle až po několika dnech po obdržení zboží nebo služeb a kromě toho faktura obsahuje určitou dobu splatnosti, ve které je odběratel povinen přijaté zboží či službu zaplatit.

Kniha pohledávek a závazků obsahuje **knihu vydaných a přijatých faktur**.

Doklady, na jejichž základě se provádějí zápisy do knihy pohledávek a závazků, jsou zejména faktury, výpisy z účtů, příjmové a výdajové pokladní doklady.

b) Účetnictví

Pro účetnictví je charakteristické, že se na majetek dívá ze dvou hledisek:

- z hlediska konkrétního druhu majetku
- z hlediska zdrojů, ze kterých byl majetek pořízen.

Majetek uspořádaný podle konkrétních jeho druhů se nazývá **aktiva**. Patří sem především peněžní prostředky, dlouhodobý majetek, zásoby a pohledávky.

Majetek uspořádaný podle toho, z jakých finančních zdrojů byl pořízen, se nazývá **pasiva**. Člení se na vlastní kapitál, úvěry a závazky.^[1]

Jedná se tedy o dvojí pohled na tutéž věc, a proto **se součet aktiv musí rovnat součtu pasiv**.

Přehled o aktivech a pasivech k určitému datu ve vhodném uspořádání se nazývá **rozvaha**. Ta se obvykle člení na rozvahu:

- **počáteční** – sestavuje se k začátku účetního období
- **konečnou** – sestavuje se ke konci účetního období.

Z rozvahy je možno zjistit hospodářský výsledek, a to jako rozdíl mezi sumou aktiv a sumou pasiv (bez zisku).

Přehled o hospodářském výsledku za sledované období podává tzv. **výsledovka**, tj. výkaz zisků a ztrát. Hospodářský výsledek totiž může mít podobu:

- **zisku**, pokud výnosy jsou vyšší než náklady
- **ztráty**, pokud výnosy jsou nižší než náklady.

Zisk je vlastním zdrojem pro financování majetku účetní jednotky, a proto se v rozvaze vykazuje na straně zdrojů (tj. na pravé straně rozvahy).

[1] ŠTOHL. 2009, s. 37

Zákon o účetnictví umožňuje vést evidenci hospodářské činnosti dvojitým způsobem. Těmito způsoby je:

a) daňová evidence – vedou ji osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ) a některé další subjekty, které nejsou účetními jednotkami. Z hlediska právní úpravy však daňová evidence nemá oporu v zákoně o účetnictví, ale v zákoně o dani z příjmů (zákon č. 586/1992 Sb. v platném znění).

b) účetnictví – vedou ho právnické osoby a fyzické osoby, které se staly účetní jednotkou. Některé účetní jednotky (viz § 9, odst. 3 zákona o účetnictví) mohou vést tzv. zjednodušené účetnictví (neplést s dříve užívaným pojmem jednoduché účetnictví). Ve zdravotnictví se to týká těch zdravotnických zařízení, která mají právní formu příspěvkových organizací a u nichž o této zjednodušené formě účetnictví rozhodli jejich zřizovatelé.

Rozdíly mezi daňovou evidencí a účetnictvím jsou následující:

a)

- daňová evidence slouží především pro zjištění základu daně
- účetnictví má širší poslání (komplexní přehled o hospodaření účetní jednotky)

b) hospodářský výsledek se zjišťuje:

- u daňové evidence jako rozdíl mezi příjmy a výdaji
- u účetnictví jako rozdíl mezi výnosy a náklady

Jinými slovy, daňová evidence nezohledňuje tzv. časové rozlišení, účetnictví však ano.

c) účetní zápisy se provádějí:

- v daňové evidenci jednořádkovým zápisem
- v účetnictví podvojným zápisem na protichůdné stavy (Má dáti – Dal) minimálně dvou účtů.

12.5 Účetní závěrka

Účetní jednotky sestavují účetní závěrku, která může být:

a) **řádná** – k ultimu příslušného účetního období

b) **mimořádná** – ke stanovenému dni.

Účetní závěrka obsahuje:

- rozvahu
- výsledovku
- výkaz o peněžítých tocích (cash flow).

O rozvaze o výsledovce bylo pojednáno, nyní pohovoříme o výkazu **cash flow**.

Podnikání je činností za účelem dosažení zisku. Zisk je však účetní veličinou, nikoliv skutečnými penězi. Podnik však obecně není živ z toho, co vyrobí, ale z toho, co prodá a za co dostane zapláceno. Podnik totiž musí také trvale uhrazovat platby (za zboží, služby, materiál, energie, mzdy, odvody apod.) a na to potřebuje peníze. Hovoříme o jeho **likviditě**, tedy o schopnosti kdykoliv dostát svým splatným závazkům. A k tomu potřebuje volné peněžní prostředky, tedy skutečné peníze. Ty se vykazují jako rozdíl mezi peněžními příjmy (hotovostními i bezhotovostními)

a peněžními výdaji (opět hotovostními i bezhotovostními). Rozdíl mezi peněžními příjmy a peněžními výdaji označujeme jako cash flow.

Zisk a cash flow není totéž. Zisk představuje „teoretické peníze“ (např. ne za všechny vystavené faktury dostane podnik zapláceno), **cash flow představuje skutečné peníze** (jen ty, které podnik skutečně obdrží). Jde tedy vždy o to přeměnit vytvořený zisk co nejrychleji na utržené peníze. Zde je mimo jiné, odpověď na otázku, proč některé podniky prodávají své pohledávky za cenu pod jejich nominální hodnotou.

Význam cash flow pro podnikání je o to vyšší, čím menší je rozsah podnikání. Pro drobného podnikatele, obvykle osobu samostatně výdělečně činnou, a takových je ve zdravotnictví velké množství (drobná ambulantní zdravotnická zařízení apod.), představuje zisk v podstatě mzdu podnikatele. Avšak ne zisk jako účetní veličina, ale zisk jako skutečné peníze, tedy cash flow. Takoví podnikatelé obvykle nemají ani žádné významné finanční rezervy, a proto každá nepravidelnost v úhradách jejich faktur pro ně může představovat značný problém. Nemají také obvykle snadný přístup k cizím zdrojům kapitálu (k úvěrům), což také ohrožuje jejich finanční stabilitu. Sledování finančních toků je proto pro ně prvořadou nezbytností.

Účetnictví je uzavřená, vnitřně uspořádaná soustava informací, pomocí níž se v peněžní jednotce zjišťuje, měří a hodnotí hospodářská činnost účetní jednotky, zjišťuje stav majetku a hospodářský výsledek činnosti. [1]

Povinnost vést účetnictví vyplývá ze **zákona o účetnictví** (zákon č. 561/1991 Sb.), ale i z jiných právních předpisů. Porušení této povinnosti může mít i trestněprávní důsledky (skutková podstata trestného činu zkreslování údajů o stavu hospodaření a jmění - § 254 trestního zákoníku).

Účetnictví umožňuje ekonomickou souměřitelnost různých ekonomických subjektů, jejichž výstupy (výrobky, služby) jsou různorodé, neboť všechny tyto nesouměřitelné výstupy převádí na společného jmenovatele, a tím jsou peníze, resp. jednotky měny – koruny.

Účetnictví se dělí na:

a) finanční, které zachycuje hodnotovou stránku hospodářského procesu (v Kč.)

b) manažerské, které zachycuje naturální stránku hospodářského procesu (v kusech, litrech, druzích výkonů apod.).

Ve zdravotnických zařízeních se uplatňuje především finanční účetnictví.

Účetnictví sleduje jednak **stavy** (k určitému datu účetní závěrky, obvykle k ultimu kalendářního období – měsíc, čtvrtletí, rok), jednak **přírůstky**, resp. úbytky za určité časové období – měsíc, čtvrtletí, rok),

V účetnictví se zobrazuje každá hospodářská operace, tj. každý finanční a naturální pohyb.

[1] ZLÁMAL, BELLOVÁ. 2005, s. 122.

13 Pracovníci a mzdy

Osobní náklady, které tvoří náklady na mzdy a povinné odvody na sociální a zdravotní pojištění, představují nejvýznamnější položku nákladů v národním hospodářství. Obdobně a ještě výrazněji ovlivňují osobní náklady hospodaření zdravotnických zařízení. To je dáno dvěma faktory.

Prvním z nich je vysoký podíl živé práce ve zdravotnictví, která je obtížně nahraditelná mechanizačními prostředky. To se týká především ošetrovatelské péče. Proto vědeckotechnický pokrok ve zdravotnictví, na rozdíl od ostatních odvětví národního hospodářství, významnou úsporu potřeby pracovních sil nepřináší.

Druhým významným faktorem je zákonný požadavek na personální vybavení zdravotnického zařízení. Tento požadavek se týká nejen nároků na počet pracovníků zdravotnického zařízení, ale i na jejich kvalifikační strukturu. Zákonné požadavky přitom neberou ohled na stav vytíženosti příslušného pracoviště zdravotnického zařízení. To se týká především oblasti lůžkové zdravotní péče, kdy poskytovatelé zdravotní péče musí udržovat požadovaný počet zaměstnanců bez ohledu na stav obsazenosti příslušného lůžkového oddělení.

V tom spočívá jedno ze základních specifíků nákladovosti zdravotní péče. Zatímco v ostatních odvětvích národního hospodářství vidíme trvalý tlak na úsporu počtu zaměstnanců a příslušné hospodářské subjekty nejsou v oblasti těchto úspor obvykle ničím jiným, než vlastní rozhodnutím, limitovány, ve zdravotnictví musí poskytovatelé respektovat požadavky na počty a strukturu personálu dané příslušným právním předpisem. I když tento obvykle příslušné počty pracovníků stanoví jako minimální, v praxi jsou tyto počty považovány za závazné.

Zdravotnictví klade také vysoké nároky na kvalifikaci pracovní síly. To s sebou nese i značné požadavky na úroveň odměňování těchto pracovníků, což se týká především lékařských profesí. Kromě toho zákonné požadavky na počet a kvalifikaci zdravotnických pracovníků na jedné straně a snaha poskytovatelů zdravotní péče udržovat počty pracovníků na minimálním, právním předpisem daném počtu zaměstnanců na straně druhé, vedou k tomu, že postavení především lékařských pracovníků je vůči jejich zaměstnavatelům velmi silné, a proto jsou poskytovatelé zdravotní péče pod trvalým tlakem těchto pracovníků na úroveň jejich odměňování. To také ztěžuje jejich pozici při vyjednávání o úrovni mezd a platů. Proto v uplynulých více než dvaceti letech je možno ve zdravotnictví trvale sledovat napjatost mezi lékaři a jejich zaměstnavateli, a to především v oblasti nemocniční lůžkové péče. Dosažený stav je možno požadovat spíše za příměří, než za trvalý konsensus.

Z uvedeného je patrné, že právě personální a mzdová oblast je ve zdravotnictví velmi specifická, nesrovnatelná s jinými odvětvími národního hospodářství.

Snaha poskytovatelů zdravotní péče udržovat počty pracovníků na minimální výši stanovené právním předpisem, to na jedné straně, a snaha zaměstnanců dostat za svoji práci co nejvyšší odměnu (mzdu nebo plat), to na druhé straně, vedou k **potřebě vysokého rozsahu přesčasové práce** ve zdravotnictví. I když podle zákoníku práce (zákon č. 262/2006 Sb.) je možné práci přesčas konat je výjimečně (§ 93, odst. 1), je tato přesčasová práce ve zdravotnictví spíše pravidlem, než

výjimkou, a to především u lékařských profesí v nemocničních lůžkových pracovištích.

Zákonný rozsah přesčasové práce je 150 hodin ročně (viz § 93, odst. 2, zákoník práce). Na základě kolektivní smlouvy může rozsah celkové přesčasové práce činit maximálně 416 hodin ročně. Tato právní úprava vyplývá i z práva Evropské unie (komunitární právo).

Česká republika si vyjednala v Evropské unii výjimku z požadavku na maximální rozsah přesčasové práce ve zdravotnictví, a to na dvojnásobek maximálního zákonného počtu přesčasových hodin za rok, tj. na 832 hodin. Tato výjimka však platila jen do 31. 12. 2013.

Je otázkou, jak bude situace řešena po tomto datu, když je zřejmé, že se stav v dané oblasti nezměnil

14 Řízení zdravotnického zařízení

Jako u většiny ekonomických subjektů, tak i u zdravotnických zařízení závisí kvalita její činnosti a jejích výsledků z velké části na úrovni řízení ekonomických procesů realizovaných v daném ekonomickém subjektu.

I když i pro zdravotnická zařízení platí většina zásad uplatňovaných při řízení ekonomických subjektů v ostatních odvětvích národního hospodářství, přece jen je třeba konstatovat, že řízení zdravotnických zařízení má řadu zcela zásadních specifik.

Těmito specifiky jsou:

- a) postavení zdravotnictví na pomezí mezi veřejným statkem a podnikatelským sektorem;
- b) absence stabilní koncepce mechanismů úhrad nákladů zdravotní péče ze strany ministerstva zdravotnictví;
- c) konstrukce mechanismů úhrad nákladů zdravotní péče regulující celkové množství vynaložených prostředků;
- d) závislost poskytovatelů zdravotní péče na relativně malém počtu významných odběratelů (zdravotních pojišťoven);
- e) existence velkých rozdílů v ekonomické stabilitě malých a velkých poskytovatelů zdravotní péče;
- f) právní regulace činnosti poskytovatelů zdravotní péče.

ad a) Jak již bylo uvedeno, zdravotnictví stojí na pomezí mezi veřejným statkem a podnikatelským sektorem. I když jsou tržní principy ve zdravotnictví možné, je jisté, že zdravotnictví doménou tržních mechanismů být nemůže. Zdravotnictví totiž zásadní měrou ovlivňuje existenční osudy lidí, a proto nemůže být odvětvím generujícím zisk. Neboť tento zisk by byl produkován z nešťastných osudů lidí, neboť nemoc je těžkým obdobím v lidském životě, a proto je nemravné, aby tento tíživý stav jedněch byl zdrojem zisku pro druhé.

ad b) V období vzniku systému zdravotního pojištění byl základním úhradovým mechanismem výkonový systém. Tedy zdravotnická zařízení byla odměňována za jednotlivé provedené výkony tak, jak to odpovídá logice trhu. Avšak brzy se ukázalo, že tento systém motivuje poskytovatele k produkci dalších a dalších výkonů, což vedlo k nebezpečí krachu systému, neboť stále vyšší vykazované výkony se nedařilo krýt příjmy ze zdravotního pojištění.

Proto se později přešlo na zprůměrované systémy úhrad, což přenášelo rizika nemocnosti, tedy množství výkonů, na poskytovatele zdravotní péče. Tento systém je sice v rozporu se základními mechanismy tržní ekonomiky, ale umožňoval dlouhodobě udržovat relativní stabilitu bilance účtu zdravotního pojištění.

V poslední době však vidíme opět odklon od zprůměrovaných mechanismů úhrad a snahu navrátit výkonové mechanismy (alespoň v segmentu lůžkové péče).

V průběhu budování systému mechanismů úhrad vznikaly různé disproporce, a to jak mezi jednotlivými druhy zdravotní péče, tak i disproporce mezi jednotlivými poskytovateli uvnitř daného segmentu péče.

Tedy vidíme, že z úrovně státní správy nebyla dlouhodobě nastolena jasná koncepce mechanismů úhrad. To vytváří prostředí nejistoty pro podnikatele, nepřitahuje investice soukromého kapitálu a celkově nevytváří stabilitu v systému poskytování zdravotní péče. Stálé hledání vhodného mechanismu úhrad ke stabilitě systému nepřispívá.

ad c) Konstrukce mechanismů úhrad nákladů zdravotní péče postavená na regulaci celkového množství úkonů je v rozporu s povinnostmi poskytovatelů využívat k léčení nemocných nejúčinnějších léků a postupů. Takové léky a postupy jsou obvykle také drahé a poskytovatelé jsou přitom povinni respektovat finanční limity a jiná regulační omezení, které jim stanoví úhradová vyhláška. Kromě toho mají poskytovatelé zákonnou povinnost poskytovat neodkladnou zdravotní péči, a to bez ohledu na případné regulační mechanismy. Z toho vyplývá, že poskytovatelé jsou často stavěni do situace, kdy musí rozhodovat, kterou zákonem uloženou povinnost mají porušit. Neudržitelnost tohoto stavu také konstatoval Ústavní soud, který v závěru roku 2013 takový stav vyhodnotil jako protiústavní. Přesto však danou úhradovou vyhlášku ponechal ještě relativně dlouhou dobu v platnosti.

Zprůměrované úhradové mechanismy nevytvářejí ani prostor pro rozvoj aktivit poskytovatelů, neboť jejich posláním je ne rozvoj, ale udržení ekonomické stability systému. To je tedy opět v rozporu s obvyklými tržními principy.

ad d) Odběrateli, a tedy i uhrazovateli služeb zdravotnických zařízení jsou především zdravotních pojišťovny. Těch je relativně malý počet, a proto je jejich postavení blízké postavení oligopolu. Mají tedy silnou pozici proti zdravotnickým zařízením, která jsou pak na nich existenčně závislá. To je opět stav, který by v jiných odvětvích byl nežádoucí, a stát má mnohé nástroje, jak takový stav regulovat (právní úprava ochrany hospodářské soutěže). Ve zdravotnictví je však tento stav zcela běžný se všemi negativními dopady pro poskytovatele zdravotní péče.

ad e) Počátky systému zdravotního pojištění v České republice spadají do období začátku 90. let minulého století, což bylo období euforie z nastoleného tržního hospodářství. Legislativa i státní správa byly nakloněné všemožné podpoře individuálního podnikání a státní sektor byl v podporách upozaděn, ne-li byl tím, kdo měl tento proces ekonomicky podporovat. Proto také v počátku systém mechanismů úhrad byli preferováni drobní soukromí poskytovatelé (privátní ambulantní zdravotnická zařízení apod.), státní sektor, což byly především nemocnice, byl v tomto mechanismu upozaděn.

Tento stav nebyl pak poměrně dlouhou dobu kultivován, přestože proces privatizace zasáhl již i velká lůžková zařízení. Stal se tak jedním ze zdrojů ekonomické nestability především nemocnic. Tato jejich nestabilita trvá dosud a stává se hlavním zdrojem napjatosti celého systému s vážnými ekonomickými a i personálními dopady (ztrátovost nemocnic, tápání při hledání vhodné právní formy nemocnic, odchody lékařů z nemocnic apod.)

Proto i priority řídicí práce v malých a velkých zdravotnických zařízeních jsou rozdílné. Není tedy možné použít jednotný model řízení na všechny druhy poskytovatelů zdravotní péče.

ad f) Činnost poskytovatelů zdravotní péče je mnohem více regulována množstvím právních předpisů, než činnost ostatních subjektů podnikatelské sféry. Kromě obecných právních regulací ekonomické činnosti (závazná metodika účetnictví, daňová povinnost, regulace zaměstnanosti, ochrany a bezpečnosti zdraví při práci apod.) je zde celá řada dalších regulujících právních předpisů, které činnost zdravotnických zařízení ovlivňují nejen provozně, ale i ekonomicky. Právní předpisy totiž stanoví přísná kritéria pro materiálové a přístrojové vybavení zdravotnických zařízení, stanoví přísné hygienické požadavky, stanoví závazné minimální počty zaměstnanců a jejich vzdělanostní strukturu, stanoví povinnost poskytnout neodkladnou zdravotní péči apod. A to všechno bez ohledu na provozní vytíženost daného zdravotnického zařízení. Všem těmto zákonným požadavkům musí zdravotnická zařízení vyhovět pod hrozbou sankce. Zdravotničtí pracovníci kromě toho nesou osobní forenzní odpovědnost.

Při popisu metod a zásad řízení se omezíme pouze na pojednání týkající se lůžkových zdravotnických zařízení. Řízení těchto zařízení je totiž složité a také zde se projevují nejvíce slabé stránky současného systému.

Lůžková zdravotnická zařízení jsou velmi složité organismy. Provozují obvykle celou řadu aktivit, a to i mimo hlavní předmět činnosti, kterým je poskytování zdravotních služeb. Těmito aktivitami je např. provozování kuchyně (často i s rozvozem jídel mimo areál lůžkového zařízení či stravování cizích strávníků), dopravní služba, činnost prádelen, tepláren apod.

Trendem počátku 90. let, a to nejen ve zdravotnictví, bylo přenechávat tyto doprovodné činnosti cizím subjektům, kteří někdy tyto činnosti realizují dodavatelsky, ale většinou je provozují přímo ve zdravotnickém zařízení, přičemž toto zdravotnické zařízení je často hlavním, ne-li jediným jejich odběratelem. Tento trend je třeba jednoznačně označit za nežádoucí, protože jednak vyvádí určitou část zisku ze zdravotnického zařízení, tolik pro něho potřebného, jednak vytváří nežádoucí a často absurdní závislost zdravotnického zařízení na tomto vnějším dodavateli, který v některých případech existuje jen díky možnosti provozovat svoji činnost ve zdravotnickém zařízení a možnosti dodávat svoje produkty a služby právě jemu, a v neposlední řadě je tato spolupráce i zdrojem korupčního potencionálu.

Prostě je-li nějaká činnost pro existenci zdravotnického zařízení potřebná a odehrává-li se v areálu zdravotnického zařízení, pak by tuto činnost mělo realizovat samo zdravotnické zařízení, a to i se ziskem, který jinak produkuje provozovatel dané činnosti.

Hovoříme-li o lůžkových zdravotnických zařízeních, musíme mít na mysli především **nemocnice**, neboť tyto představují hlavní segment lůžkové zdravotní péče. A právě o řízení nemocnic bude dále pojednáno.

Jak již bylo uvedeno, v minulosti (do konce 20. století) byla v Československu a potažmo pak v České republice vytvořena tzv. páteční síť lůžkových zdravotnických zařízení tvořená systémem okresních a krajských nemocnic. Tato síť tvořila základ realizace principu dostupnosti a kvality zdravotní péče. Dostupnost byla realizována tím, že takovéto zařízení bylo v každém okresu (obvykle v okresním městě) s dobrou dopravní dostupností.

Kvalita zdravotní péče byla zajišťována povinným spektrem čtyř základních lékařských oborů, a to:

- interna
- chirurgie
- dětské
- gynekologie

Takto nastavené spektrum základních složek zdravotní péče zajišťuje to, že téměř každý zdravotní problém, který obvykle člověka postihne, je řešitelný v tomto okresním lůžkovém zařízení a není-li zde řešitelný, jsou v nemocnicích nastaveny mechanismy, které zajistí, že se pacient dostane v krátké době na odborné lékařské pracoviště podle povahy zdravotního problému pacienta.

Tento nastavený systém fungoval z medicínského hlediska relativně bezproblémově do začátku 21. století. Měl však zásadní problémy z hlediska ekonomického. Podhodnocení nákladů především nemocnic (hlavně v důsledku ignorování faktoru inflace) vedlo k nežádoucímu stavu dlouhodobé neschopnosti splácet splatné závazky u více než poloviny nemocnic v České republice. V důsledku toho se stát na začátku nového tisíciletí rozhodl vyřešit tento problém tím, že nemocnice z významné části oddlužil a převedl okresní nemocnice, v té době příspěvkové organizace státu, do vlastnictví krajů. K tomu také v roce 2003 došlo, což jak již bylo uvedeno, bylo jedním z velmi problematických rozhodnutí, které definitivně znemožnilo realizovat celostátně jednotný způsob financování nemocnic. Kraje, jako noví vlastníci této páteří sítě nemocnic danou situaci řešily různě. Podstatné však je to, že rozhodujícím orgánem řízení nemocnic jsou de facto krajská zastupitelstva, protože v podmínkách tržní ekonomicky řídí ten, kdo rozhoduje o penězích, a o hospodaření s prostředky kraje rozhodují krajská zastupitelstva.

Avšak tento způsob řízení má v principu dvě hlavní slabé stránky:

- a) sbor zastupitelů bývá obvykle složen z osob, které nejsou odborníky na problematiku řízení nemocnic a přitom mají pravomoci rozhodovat často o velmi konkrétních a odborných záležitostech týkajících se chodu nemocnic
- b) rozhodování v plenárním orgánu závisí na většině hlasů, jež bývá často velmi těsná, tedy rozhodnutí orgánu není zcela přesvědčivé a přitom má často nevratný charakter (především z hlediska převodu vlastnictví).

Řízení tak složitých organismů, jako jsou nemocnice, si žádá především vysokou odbornost (nikoliv diletantnost) a i významnou zkušenost a orientaci v systému. Takový systém může zajistit především princip odvětvového řízení a princip jediného odpovědného vedoucího.

Pokud jde o konkrétní metody řízení nemocnic, tak tedy v návaznosti na již uvedené konkrétní trendy je třeba varovat před boomem přenechávání konkrétních dílčích aktivit nemocnic jiným subjektům (např. stravování, doprava, ostraha, účetnictví apod.), protože pokud někdo jiný dokáže danou činnost realizovat se ziskem, pak by toho měla být schopna i nemocnice sama. Už proto, že základní předpoklad pro ziskovost podnikatelského subjektu, tj. existenci zakázky, dává nemocnice sama.

Také nelze přitakat dalšímu neblahému trendu v řízení nemocnic, a tím je tendence uzavírat málo výdělečná oddělení a ta oddělení, která mají nízkou obsazenost.

Výsledkem takového jednání je především jistota toho, že nemocnice nebude mít výnosy, byť nízké, z těchto uzavřených oddělení. A jednou opuštěné pozice na trhu zdravotních služeb se budou těžko v budoucnu dobývat zpět, protože zdravotní pojišťovny jistě uvítají uzavření takových oddělení a jejich vůle obnovit jejich činnost navázáním nových smluvních vztahů s příslušným zdravotnickým zařízením, až se poptávka po těchto službách změní, a to především posunem demografické křivky, nebude velká.

Při řízení nemocnice je rozhodující její právní postavení. Jedná-li se o příspěvkovou organizaci (což dnes již asi bude kromě fakultních nemocnic vzácné), musí mít nemocnice předem vyřešeno, s jakým příspěvkem zřizovatele může v daném období počítat. Obvykle tento příspěvek pouze kryje pouze investiční náklady. Náklady na provoz musí nemocnice krýt z výnosů z vlastní činnosti. I to není jednoduchý úkol.

Složitější situace je v případě, že nemocnice má právní formu akciové společnosti. Takové subjekty by měly generovat zisk, což se však v případě nemocnic obvykle neděje. Avšak obvykle se jedná o společnost založenou jediným akcionářem, a tím je kraj jako územní samosprávný celek. Ten je většinou smířen s tím, že bude muset činnost nemocnice dotovat.

Je-li však nemocnice obchodní společností v podobě společnosti s ručením omezeným, pak její zakladatelé obvykle očekávají zisk z její činnosti. Toho obvykle dosahují tím, že nemocnice poskytuje jen některé druhy zdravotních služeb, a to ty, které jsou ziskově nejnadějnější. Jedná se tedy o metodu vyzobávání hrozin, která je individuálně možná, avšak obecně neakceptovatelná.

V každém případě však je třeba, aby si management nemocnice uvědomoval, že základní oblastí, která ovlivňuje hospodářský výsledek, jsou náklady. Úhradové mechanismy totiž obvykle neumožňují výrazné zvyšování výnosů (např. zvýšenými výkony). Pozornost managementu se musí zaměřit především na **racionální nákladové hospodaření**. Při snaze o úsporu nákladů je třeba se zaměřit především na ty nákladové oblasti, které mají významný podíl na celkových nákladech. Takovými nákladovými položkami jsou prakticky dvě, a to:

a) osobní náklady

b) náklady na opravy a udržování

ad a) Osobní náklady, tj. náklady na mzdy a platy a dále náklady na zákonná pojištění spojená se zaměstnáváním osob, tvoří obvykle více než 50% veškerých nákladů.

Uspořit osobní náklady je možno dvěma cestami:

1. snížením počtu zaměstnanců
2. snížením mezd a platů stávajících zaměstnanců

ad 1) Snížit počet zaměstnanců zdravotnického zařízení není snadné, a to především v oblasti pracovníků „u lůžka“. Jejich minimální počet a kvalifikace jsou totiž závazně dány právním předpisem, a proto zde má zdravotnické zařízení minimální manévrovací prostor. I když právní předpis stanoví počet zaměstnanců jako minimální, zdravotnická zařízení obvykle tento počet považují za závazný a vyšší počty zaměstnanců na příslušných odděleních stejně nedrží. Racionalizovat počet zaměstnanců je proto třeba realizovat v řadách nezdravotnických pracovníků. V této

souvislosti některá zdravotnická zařízení sahají k rušení vlastních nezdravotnických pracovišť a nahrazováním jejich činností dodavatelským způsobem. To však, jak již bylo uvedeno, není také ideální řešení. Rozhodující musí být kalkulace o tom, s jakými náklady je zdravotnické zařízení samo schopno realizovat uvedené činnosti a s jakými náklady (fakturací) je bude realizovat dodavatelský subjekt.

Ekonomické hledisko však nesmí být jediným a prioritním. Tím musí být zvážené provozní potřeby zdravotnického zařízení (např. údržba zajišťovaná vlastními pracovníky nebo dodavatelsky externí firmou).

ad 2) V otázce snížení mezd a platů je třeba si uvědomit, že tyto kategorie jsou prakticky pružné jen směrem nahoru. Snížit platy není populární a často je i legislativně obtížné. Záleží na jejich konstrukci. Pokud obsahují pohyblivou nenárokovou složku, pak je to snadnější než v případě, kdy se jedná o fixní plat. Proto je možné jednoznačně doporučit složitější konstrukci odměňování s pohyblivými složkami. Přesto je třeba mít vždy na zřeteli, že negativní zásady do oblasti odměňování jsou sociálně velmi citlivé a mělo by se k nim přistupovat jako k metodě poslední volby. Pokud již je třeba přistoupit k uvedeným opatřením v oblasti odměňování, vždy je vhodnější volit cestu racionalizace počtu pracovních sil než cestu snižování mezd. V prvním případě se dosáhne toho, že zbývající zaměstnanci zvýší obvykle své pracovní úsilí ve snaze vyhnout se nepříjemnému faktu propuštění ze zaměstnání. Toto zvýšené úsilí často pomůže samo odhalit další rezervy o počtu pracovních sil.

Druhá cesta, tedy plošné snížení platů, obvykle má za následek rozladění celého pracovního kolektivu, což není dobrá situace pro management zdravotnického zařízení.

Ať tak či tak, je třeba mít na zřeteli sociální citlivost takových opatření. Mělo by se k nim přistoupit jen tehdy, pokud osobní náklady přesáhnou více než 54 % z celkových nákladů. Avšak ani tento údaj nemůže být dogma. Vždy bude záležet na charakteru činnosti zdravotnického zařízení.

ad 3) Náklady na opravy a udržování tvoří obvykle druhou nejvýznamnější nákladovou položku zdravotnického zařízení. Nárůst nákladů v této oblasti souvisí jednak s celkovou zanedbaností základních fondů většiny zdravotnických zařízení a jednak s nárůstem cen ve stavebnictví. V poslední řadě je třeba mít na zřeteli značný korupční potencionál dané oblasti.

Při racionalizaci nákladů na opravy a udržování je třeba mít na zřeteli především následující faktory:

1. Nezbytnost opravy. Je třeba rozlišovat mezi plánovanými opravami a řešením havarijních stavů. Přitom platí, že havarijní stavy jsou nákladově náročnější než plánované opravy a kromě toho mají obvykle neblahé doprovodné důsledky (omezení výnosů, vznik úrazů, nutnost improvizace apod.). Proto i zde platí, že prevence je méně nákladná než řešení akutního stavu. Má-li management zdravotnického zařízení postupovat s péčí řádného hospodáře, bude potřeby oprav a udržování včas odhalovat a jejich řešení s předstihem plánovat. Realizace postupu v dané oblasti vyplývá především ze zásady předcházení havarijním opravám.

2. Je třeba mít na zřeteli, že oblast oprav a udržování velmi často u zdravotnických zařízení podléhá režimu zákona o veřejných zakázkách (zákon č. 137/2006 Sb., v platném znění), který byl několikrát významně novelizován, a to především v poslední době. Důsledky porušení tohoto zákona mohou být pro členy managementu velmi závažné, a to i trestně právní. Zákon popisuje, na které zakázky se povinnost veřejné soutěže vztahuje, jaké jsou její podmínky a jak se vyhodnocuje. Nehledě na uvedenou zákonnou povinnost lze jen doporučit realizovat alespoň interní výběrová řízení i pro ty zakázky, které režimu zákona č. 137/2006 Sb. nepodléhají, neboť v takovém případě se jedná o výsoutěž s výrazně nižší cenou (často se jedná o práce v uzavřených prostorách, kde lze opravy a údržbu realizovat i v zimním období, kdy jsou stavební firmy ochotné přistoupit na velmi atraktivní ceny), jedná se tak o zpřetrhání případné osobní vazby mezi příslušnými pracovníky zdravotnického zařízení a dodavatelských stavebních firem. Je třeba mít na zřeteli, že pro tyto firmy jsou nemocnice a jiná lůžková zdravotnická zařízení významným obchodním partnerem, a to především ve venkovských regionech. Proto by v dodavatelsko-odběratelských vztazích měly vystupovat patřičně sebevědomě.

3. V oblasti oprav a udržování velmi závisí na vyjednávacích schopnostech pracovníků zdravotnických zařízení a i na úrovni smluvní dokumentace staveb. Je všeobecně známo, že v České republice se obvykle stavební práce nedaří realizovat v dohodnutém čase, kvalitě a ceně. Vhodnou smluvní politikou je možno dosáhnout velmi příznivých dopadů do nákladové oblasti zdravotnického zařízení.

Obdobnou pozornost, jako spory o udržování, si zaslouží i oblast nákupu materiálu a zařízení. Platí pro ni obdobná pravidla, jako pro opravy a zařízení. I zde je vhodné vyhlášovat interní výběrová řízení, eliminovat případné osobní vazby mezi pracovníky zdravotnického zařízení a pracovníky dodavatele apod.

Samozřejmě i další nákladové oblasti si zaslouží potřebnou pozornost řídicích pracovníků. Jedná se především o nákladovou oblast nazvanou „manka a škody“, neboť tyto náklady nejsou ani daňově uznatelné. Je proto třeba provádět pravidelné inventarizace skladů a zpracovat vnitropodnikové směrnice pro předcházení škodám a případné škody vymáhat.

Kromě oblasti nákladů je třeba trvale sledovat oblast pohledávek, neboť neuhrazené pohledávky znamenají marně vynaložený náklad. Pohledávky především z oblasti doplňkových činností zdravotnických zařízení vznikají obvykle za stále stejnými odběrateli.

Při jejich vymáhání je třeba prvořadě mít na zřeteli faktor času, neboť čím jsou pohledávky starší, tím jsou hůře vymahatelné. K tomu ještě přistupuje riziko promlčení pohledávky. Dalším významným rizikem je nebezpečí vzniku insolvence u odběratele, což významným způsobem snižuje nadějnost vymožení pohledávky.

Pokud jde o oblast výnosů, ty v převaze tvoří úhrady od zdravotních pojišťoven. Zde je prostor pro aktivní řídicí politiku managementu obvykle velmi úzký, neboť úhradové mechanismy jsou dány úhradovou vyhláškou s jejími regulačními mechanismy, které nedávají mnoho prostoru pro iniciativu.

Kromě toho tzv. cenová jednání se zdravotními pojišťovnami vedou obvykle příslušné asociace poskytovatelů, ne poskytovatelé sami. A zde opět záleží především na

vyjednávacích schopnostech představitelů příslušných asociací, neboť dohodnutá cena má přednost před cenou stanovenou vyhláškou. Avšak pozice zdravotních pojišťoven je při tomto vyjednávání velmi silná, neboť se v podstatě jedná o oligopol. Z uvedeného vyplývá, že postavení pracovníků managementu zdravotnických zařízení není snadné. Z jedné strany jsou tísněni oprávněnými požadavky především lékařů, ale i dalších zaměstnanců na růst platů, které jsou dlouhodobě podhodnocené, z druhé strany jsou tísněni regulačními mechanismy úhradové vyhlášky.

Práce řídicích pracovníků zdravotnických zařízení není snadná a snad tato studijní pomůcka přispěla k objektivnosti pohledu na tuto činnost i ze strany zaměstnanců zdravotnických zařízení. Pokud ano, pak splnila své poslání.

Literatura:

ČESKO. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. In: *Sbírka zákonů*. 1992, částka 119. ISSN 1211-1244.

PEKOVÁ, J., PILNÝ, J., JETMAR, M. *Veřejná správa a finance veřejného sektoru*. 3. přep. vyd. Praha: ASPI, 2008. 712 s. ISBN 978-80-7357-351-5.

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

ŠTOHL, P. *Učebnice účetnictví*. Znojmo: Vzdělávací středisko Ing. Štohl, 2009. ISBN 978-80-87237-16-8.

ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: NCONZO, 2005. ISBN 80-7013-429-1.

<http://www.e15.cz/>

<http://www.iDnes.cz/>

<http://www.azcitaty.cz/lucius-annaeus-seneca/>