

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2007

Bc. PAVEL ROKOS

VYSOKÁ ŠKOLA EKONOMICKÁ V PRAZE
FAKULTA MANAGEMENTU
Institut managementu zdravotnických služeb

Název diplomové práce:

**Hodnocení úhradového mechanismu
poskytovatelů zdravotnické péče –
možnost různých variant.**

Vypracoval: Bc. Pavel Rokos
Vedoucí diplomové práce: Ing. Jan Mlčák, M.B.A.

Vysoká škola ekonomická v Praze
Jarošovská 1117/II, 377 01 Jindřichův Hradec

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

pro akademický rok 2006/2007

- Název práce:** Hodnocení úhradového mechanismu poskytovatelů zdravotnické péče - možnost různých variant.
- Zadání práce:** Cílem práce je hodnocení zdravotnických systémů ve světě, způsobů plateb poskytovatelům zdravotní péče a připravovaných reformních kroků ve zdravotnictví ČR. Výše uvedená hodnocení by měla vést k naznačení cesty směrem k lépe fungujícímu zdravotnickému systému v ČR.
- Jméno studenta:** Bc. Pavel Rokos
- Ročník:** 4.
- Obor:** MANAGEMENT
- Vedoucí práce:** Ing. Jan Mičák, M.B.A.
- Katedra:** Institut managementu zdravotnických služeb
- Termín zadání:** 23.6.2006
- Termín odevzdání:** Dle vyhlášky o průběhu státních závěrečných zkoušek v ak. roce 2006/2007

V Jindřichově Hradci 23.6.2006



Ing. Vladimír Příbyl

proděkan pro pedagogickou činnost

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně pod vedením Ing. Jana Mlčáka, M.B.A. a uvedl v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

V Praze dne 15. července 2007

vlastnoruční podpis autora

Poděkování

Rád bych poděkoval Ing. Janu Mlčákovi, M.B.A. za odborné vedení, rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování této práce.

Obsah

Úvod.....	7
1. Financování a úhrady zdravotní péče	9
2. Zdravotnické systémy	11
2.1. Zdravotnický systém a jeho subjekty.....	11
2.1.1. Modely zdravotnických systémů	14
2.1.2. Systém národního zdravotního pojištění.....	15
2.1.3. Systém národní zdravotní služby.....	20
2.1.4. Tržní (pluralistický) model zdravotnictví	25
2.1.5. Komparace zdravotnických systémů	30
3. Zdravotnický systém v ČR	32
3.1. Historický exkurz.....	32
3.2. Současnost - zdravotnický systém v ČR	34
4. Způsoby úhrad zdravotní péče.....	39
5. Způsoby úhrad zdravotní péče jednotlivým zdravotnickým zařízením v ČR.....	47
5.1. Ambulantní zdravotní péče.....	48
5.1.1. Praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost	48
5.1.2. Ambulantní specialisté	52
5.1.3. Zubní lékaři	53
5.1.4. Laboratoře.....	55
5.1.5. Domácí zdravotní péče	57
5.1.6. Fyzioterapie	57
5.1.7. Lékařská služba první pomoci.....	58
5.1.8. Zdravotnická záchranná služba.....	58
5.1.9. Zdravotní doprava.....	58
5.2. Ústavní péče.....	59
5.2.1. Nemocnice	59
5.2.2. Odborné léčebné ústavy a léčebny dlouhodobě nemocných	62
5.2.3. Zařízení hospicového typu.....	62
5.3. Lázeňská péče a péče poskytovaná v ozdravovnách.....	63
5.3.1. Lázeňská péče.....	63
5.3.2. Ozdravenská péče	64
5.4. Lékárny	66
6. Reforma zdravotnického systému ČR - problematika financování a úhrad	69
6.1. Věková skladba obyvatelstva	69
6.2. Růst výdajů na zdravotnictví.....	70
6.3. Podíl veřejných výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví.....	70
6.4. Výše celkových výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele.....	72
6.5. Úhrady za zdravotní péči.....	73
6.6. Navrhované změny financování	73
Závěr.....	76
Slovníček pojmů.....	80
Literatura.....	83

Úvod

Změny ve zdravotnictví chtějí všude ve světě a převažující postoj veřejnosti nejen v evropských zemích vystihl snad nejlépe profesor Uwe Reinhardt z Princetonské univerzity: „Kdykoliv a kdekoliv na světě si lidé budou stěžovat na svůj zdravotnický systém. Úroveň hlasitosti stížností přitom jen mírně souvisí s tím, kolik daný stát vydává na zdravotní péči. Vždy se budou ozývat hlasy volající po ‚zásadní‘ zdravotní reformě a o poslední uskutečněné se bude tvrdit, že zklamala.“¹

V současné době je nejen v České republice jedním z dominantních témat zdravotní politiky financování zdravotnictví. Ze strany poskytovatelů zdravotnických služeb je pak pozornost upřena především na to, jakým způsobem jsou finanční zdroje následně rozděleny mezi jednotlivá zdravotnická zařízení.

Financování, organizace, úhrady a poskytování zdravotnických služeb, to vše představuje poměrně komplikované procesy s mnoha vzájemně provázanými vztahy a důsledky. Případné změny jednotlivých částí těchto složitých vztahů vyvolají jistě důsledky, které je nutné hodnotit z hlediska všech zúčastněných aktérů, přičemž primárním aktérem by měl být pacient, v systému zdravotního pojištění pojištěnec.

Systémy zdravotní péče na celém světě usilují o naplnění stejného cíle, kterým je poskytování kvalitní zdravotní péče, přičemž pojem „kvalitní péče“ v sobě zahrnuje především schopnost naplňovat potřeby pacientů. Společným problémem je nalezení rovnováhy mezi dosahováním očekávané kvality a spotřebou omezených zdrojů.

Prvním cílem práce bude hodnocení současných zdravotních systémů ve vyspělých zemích světa, mezi které patří tržní (pluralitní) systém fungující v USA, systém zdravotních pojišťoven uplatňovaný v Německu, Rakousku či Beneluxu a Národní zdravotní služba, kterou provozuje například Velká Británie, se zaměřením zejména na hledisko financování poskytované zdravotní péče a úlohu státu v systému. Úvodní část práce bude věnována popisu základních modelů zdravotnických systémů, na které bude nahlíženo z pohledu alokace zdrojů. Hodnocení jednotlivých zdravotnických systémů bude následně doplněno komparací systémů se zohledněním základních ukazatelů zdravotnických systémů a zejména jejich vzájemných odlišností.

¹ Medical Tribune (2006, 18.dubna) *Změny zdravotnictví chtějí všude ve světě*. Staženo 10. dubna 2007 z <http://www.medical-tribune.cz/src/cs/archiv/mtr/79/2177>

Zdravotnickému systému v ČR bude věnována samostatná kapitola. Bude proveden historický exkurz vývojem zdravotnického systému v českých zemích počínající období po I. světové válce, následovat bude období v letech 1951 až 1991, kdy byla převzata koncepce zdravotnictví ze SSSR, došlo ke zrušení systému povinného zdravotního pojištění a úhrady zdravotních služeb byly financovány prostřednictvím státního rozpočtu a bude ukončen období po roce 1990, kdy dochází k transformaci zdravotnického systému. V druhé části této kapitoly bude popsán a hodnocen současný zdravotnický systém v ČR.

Historický vývoj vztahů mezi poskytovateli zdravotnických služeb, plátcí a veřejnou správou vedl v posledních více jak 100 letech ke vzniku různých konkrétních mechanismů úhrad. Druhým cílem práce proto bude hodnocení způsobů úhrad poskytovatelům zdravotní péče. V první části samostatné kapitoly budou popsány základní typy úhrad zdravotní péče. Součástí popisu bude uvedení předností a nedostatků daného typu úhrady, případně i její grafické zobrazení. Druhá navazující část kapitoly se zaměří na v současné době používané způsoby úhrad za poskytnutou zdravotní péči jednotlivými zdravotnickými zařízeními v České republice a na jejich porovnání, pokud jde o množství poskytovatelů, případně lůžek, s ostatními vybranými státy.

Cílem poslední část práce bude hodnocení připravovaných reformních kroků. Pozornost bude zaměřena především na připravované změny financování zdravotní péče a na jejich důvody a bude provedeno porovnání celkových výdajů na zdravotní péči v ČR a ostatních státech.

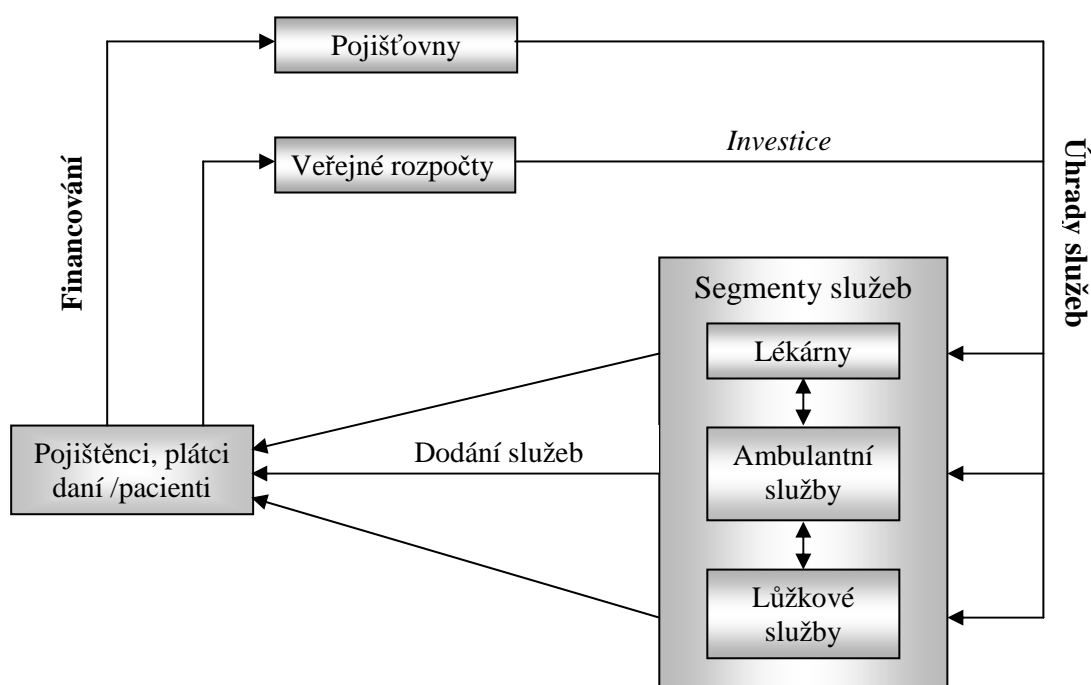
Práce si neklade za cíl řešit veškeré problémy v systému péče o zdraví, ale zaměřuje se na zdravotnické systémy – na způsoby financování a úhradové mechanismy mezi elementárními subjekty „občané / pacient – poskytovatel – třetí strana (plátce)“. Bude se snažit poukázat na možnosti snížení entropie (neuspořádanosti) zdravotnického systému v ČR a naznačit základní předpoklady pro zlepšení jeho fungování.

1. Financování a úhrady zdravotní péče

„Financování a úhrady zdravotní péče jsou častým zdrojem nedorozumění, místem vzniku rozporů, ale i předmětem konkurence zájmů odlišných skupin. Teoretická a empirická stanoviska financování jsou zaměřena na způsob tvorby finančních zdrojů. Úhrady zdravotnických služeb jsou nástrojem, sledujícím cíl zajistit pacientovi účinnou a účelnou péči, zainteresovat poskytovatele na pozitivních přístupech k pacientům. Úhrady jsou spojeny s procesem rozdělování prostředků mezi jednotlivé segmenty a poskytovatele zdravotnických služeb.“²

Pojem financování zdravotnických služeb se tedy vymezuje na tvorbu zdrojů pro úhrady zdravotních služeb. Ve veřejném zdravotnictví se obvykle využívá více zdrojů financování, např.: příjmy z daní, příjmy z příspěvků na zdravotní pojištění, přímé úhrady, půjčky, dary, oddělené zdroje pro provozní a investiční náklady (výstavba nových veřejných nemocnic je např. hrazena z veřejných rozpočtů, zatímco provozní náklady hradí veřejné zdravotní pojišťovny).

Schéma č. 1: Financování a úhrady zdravotnických služeb³



² Háva, P. a kol. (2003) *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomie, str. 50

³ Háva, P. a kol. (2003) *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomie, str. 21

Vztah mezi financováním a poskytováním zdravotnických služeb má svoji historii. Nejjednodušší je pochopitelně vztah mezi pacientem a poskytovatelem služeb s přímou úhradou. Rozvoj komplexnosti zdravotnických služeb a jejich cen však vedl k nutnosti hledat způsoby řízení rizika výskytu nemoci a její nákladné léčby. Výsledkem jsou různé systémy financování zdravotní péče – zdravotnické systémy, jejichž klasifikací se zabývá následující kapitola.

2. Zdravotnické systémy

Zdravotnický systém můžeme definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče.⁴

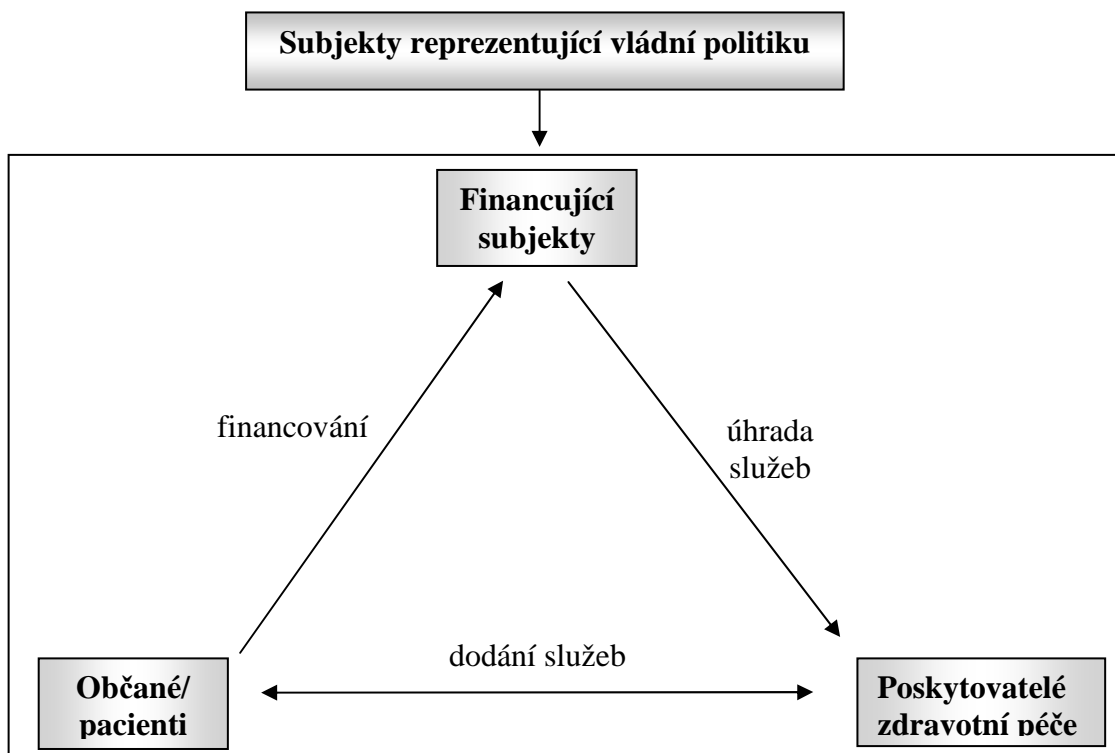
Zdravotnické systémy jsou výsledkem dlouhodobého společenského vývoje. Různé sociální, ekonomické, kulturní a politické podmínky ovlivňovaly pozvolna a postupně vývoj zdravotnických systémů v různých zemích. Tradiční typologie zdravotnických systémů rozlišuje tři základní modely, které budou popsány.

2.1. Zdravotnický systém a jeho subjekty

Ve zdravotnictví vyspělých zemí jsou přítomny tři resp. čtyři elementární subjekty:

- poskytovatelé zdravotní péče;
- financující subjekty;
- pacienti (spotřebitelé zdravotní péče);
- subjekty reprezentující vládní politiku a zdravotnickou legislativu.

Schéma č. 2: Elementární subjekty zdravotnického systému



⁴ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str. 91

Historicky se přirozeně nejprve formuloval vztah mezi lékařem a pacientem a platba probíhala přímo. Koncem 19. století začínají do systému vstupovat další subjekty, které na sebe přebírají financování zdravotní péče a v současné době její poskytování značně ovlivňují. Jako hlavní příčina vstupu plátců do zdravotní péče mezi lékaře resp. poskytovatele zdravotní péče a pacienta jsou uváděny enormně rostoucí náklady na zdravotní péči. Významným subjektem zdravotního systému je stát, který má v celém systému zvláštní postavení.

Poskytovatelé zdravotní péče

Zdravotní péče je poskytována ve zdravotnických zařízeních a ostatních organizacích uspořádaných do soustavy – sítě zdravotnických zařízení. Zdravotnická zařízení můžeme členit podle různých kritérií:

- státní a nestátní (základním kritériem pro členění je typ vlastnictví);
- lůžková a ambulantní;
- smluvní a nesmluvní zdravotnická zařízení;
- lékárny.

Financující subjekty

Mezi subjekty, které centralizují zdroje k financování zdravotnictví patří:

1. Stát.
2. Systém pojištění:
 - a) Veřejné – právní pojištění;
 - b) Komerční pojištění.

Veřejné–právní pojištění vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení zdravotnického rizika všemi občany. Spočívá v celospolečenské smlouvě legitimizované zákonnou úpravou a povinných platbách občanů do fondu všeobecného zdravotního pojištění, který je obvykle oddělen od státního rozpočtu.⁵ Pojistné je stanoveno procentní sazbou z příjmu občanů. Alokaci prostředků zajišťují veřejné zdravotní pojišťovny, které spravují veřejné prostředky získané na základě zákona, formou úhradových mechanismů.

Komerční pojištění zakládá různým skupinám populace různý nárok na zdravotní péči. Komerční pojištění je schopno reagovat na zdravotní události v životě člověka do výše

⁵ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str. 101

uzavření smluvního pojištění. Komerční pojištění je výhodné, pokud krytí z veřejného pojištění je nedostatečné nebo je zdravotní péče hrazená z veřejné pojistky nekvalitní či nedostupná. Komerční zdravotní pojištění alokuje prostředky získané od svých klientů na základě dobrovolného smluvního vztahu.

Občané / pacienti

Pacienti mají dvě role: zdravotní péči spotřebovávají a zdravotní péči financují. Financování zdravotní péče pacientem probíhá hrazením pojistného na veřejné zdravotní pojištění, případně daněmi do veřejných rozpočtů. V soukromém sektoru pacient nakupuje zdravotní péči přímo – za přímou úhradu nebo prostřednictvím komerčního pojištění a to v rozsahu vymezeném svými finančními možnostmi a zdravotním stavem.

Ve veřejném sektoru má z hlediska spotřeby zdravotní péče pacient právo na zdravotní péči v objemu a kvalitě vyžadované jeho zdravotním stavem až do výše standardu bezplatně. Ve veřejném sektoru je pozice pacienta znevýhodněna bezekvivalentní směnou, v tržním prostředí je pacient naopak v dominantní roli v důsledku ekvivalentní směny.

Úloha státu

Jak již bylo uvedeno, stát je významným subjektem zdravotnického systému a má v celém systému zvláštní postavení. V garantovaných i negarantovaných systémech zdravotní péče vystupuje stát jako tvůrce zdravotní politiky a legislativního prostředí pro efektivní fungování zdravotnického systému. Každá země, která garantuje občanům zdravotní péči musí ovšem navíc organizovat systém jejího poskytování ve stanovených a kontrolovaných podmínkách. Stát má proto například právo vstoupit mezi plátce a pacienta tím, že stanovuje horní hranici cen zdravotních služeb, maximální ceny léků, nebo reguluje činnost zdravotních pojišťoven.

Klíčovým pojmem k pochopení úlohy státu v systému zdravotní péče je princip sociální solidarity, o nějž se v současné době opírají všechny systémy zdravotní péče v Evropě. Jde o princip financování zdravotní péče, kdy jsou do společného fondu odváděny prostředky podle ekonomických možností občana a péče je poskytována podle potřebnosti. To znamená, že to, kolik občan do systému přispívá, je absolutně odděleno od toho, kolik z něho čerpá.⁶

V zásadě jsou dva způsoby jak jsou získány prostředky na úhradu zdravotní péče v garantovaných zdravotnických systémech:

⁶ Křížová, E. (1998) *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Dvořák&Šebek, str. 14

1. Bismarckovský model – kdy je zdravotní péče financována z rozpočtů zvláštních, samostatných účelových organizací, které získávají prostředky z účelových příspěvků na zdravotní a sociální pojištění; systém je realizován v SRN, Francii, České republice, atd.
2. Beveridgeovský model – kdy je zdravotní péče financována ze státního rozpočtu a prostředky jsou získávány zdaňováním populace podle platných daňových předpisů; systém je realizován například ve Velké Británii a Irsku.

2.1.1. Modely zdravotnických systémů

Kritérií klasifikací zdravotních systémů je celá řada, nejčastěji používaným je ovšem způsob financování, tj. z jakých prostředků je zdravotní péče financována. Důslednou aplikací tohoto jediného kritéria je však možno narazit na problém, kdy je některé země obtížné přiřadit k jednomu typu zdravotnického systému, protože vykazují podstatné rysy systémů dvou. Proto se zavádí další kritéria, která lze shrnout do tří základních bodů⁷:

1. Z jakých prostředků je zdravotní péče převážně hrazena?
2. Kdo garantuje občanům zdravotní péči?
3. Jaké postavení mají poskytovatelé zdravotní péče?

Na základě těchto kritérií rozlišujeme tři základní modely zdravotnických systémů:

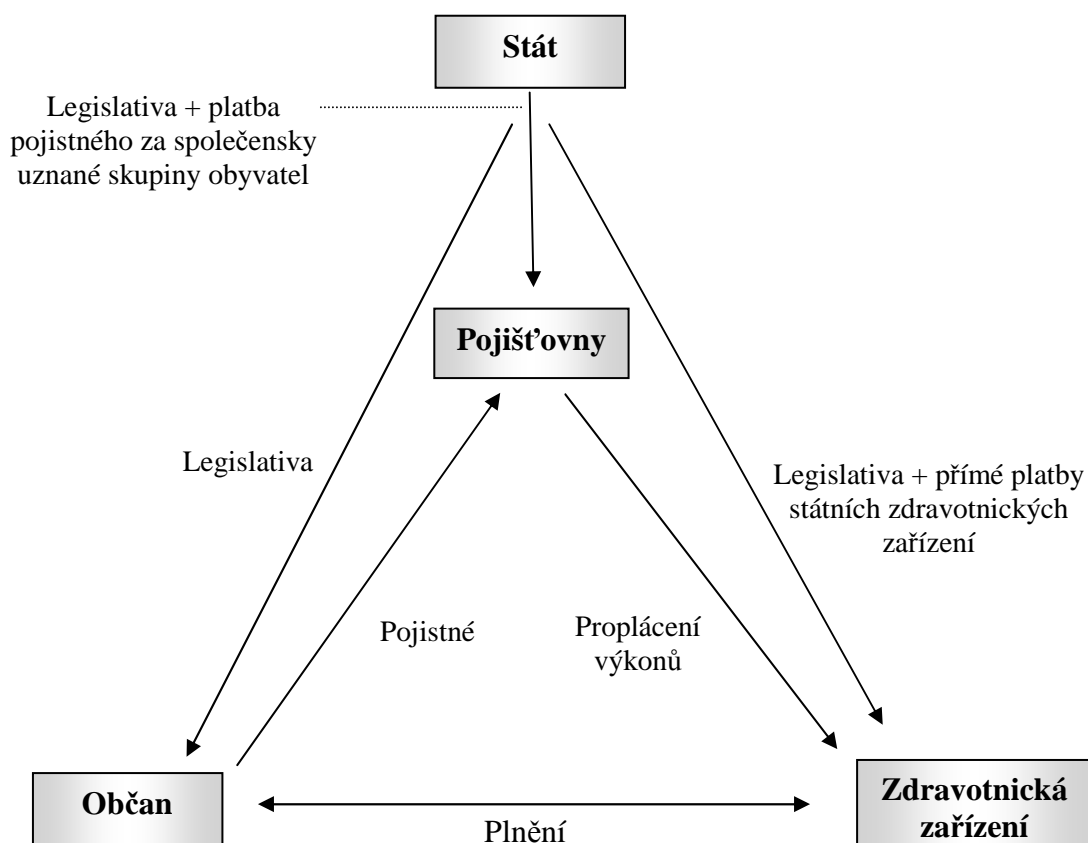
1. Národní (povinné, veřejné, zákonné) zdravotní pojištění.
2. Tržní (pluralitní) systém.
3. Národní zdravotní služba.

⁷ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str. 153

2.1.2. Systém národního zdravotního pojištění

Systém národního zdravotního pojištění vychází z Bismarckova modelu⁸. Princip spočívá v tom, že občan odvádí ze své mzdy určitou sumu pojist'ovně, která na smluvním základě proplácí lékaři poskytnutou zdravotní péči. V současné době je národní zdravotní pojištění, někdy také nazývané povinným, veřejným či zákonným pojištěním, používáno v několika evropských státech (Nizozemsko, SRN, Belgie, Francie, Rakousko) a to i v postkomunistických státech ve střední a východní Evropě, které se vrátily ke svému tradičnímu modelu zdravotního pojištění v meziválečném období.

Schéma č. 3: Bismarckův model⁹



⁸ Bismarckův model nese své označení podle německého kancléře Bismarcka, který se v 80. letech 19. století významným způsobem podílel na vzniku sociálního pojištění, právně vymezeného na úrovni státu.

⁹ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str. 144

2.1.2.1. Charakteristické znaky systému¹⁰

Charakteristické znaky systému národního zdravotního pojištění:

- zdravotní péče je garantována státem a to tak, že je zákonem stanovena povinnost za určitých podmínek platit pojistné do fondu zdravotnického pojištění, který není spravován orgánem státní správy, ale zdravotní pojišťovnou jako nekomerčním subjektem, který koná ve veřejném zájmu;
- princip solidarity se realizuje tak, že každý platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči podle potřeb;
- rozsah a kvalitu zdravotní péče určuje lékař;
- základem systému jsou individuální soukromé praxe lékařů a ambulantních specialistů
- zdravotní péče je garantována státem, avšak pouze do výše standardu;
- převažující způsob úhrady je platba za výkon, která má silně extenzivní charakter a proto bývá kombinována s kapitační platbou;
- podíl státu na financování zdravotní péče se realizuje platbou pojistného za osoby společensky uznané do fondu zdravotního pojištění;
- provádění kompetence a kontrolní funkce jsou delegovány na jiné subjekty, které stojí mimo státní správu (veřejnoprávní pojišťovny).

2.1.2.2. Konkrétní příklad – Spolková republika Německo

Poskytovatelé

Převažující organizační formou jsou soukromé individuální praxe praktických lékařů a odborných ambulantních specialistů, přičemž narůstá podíl skupinových praxí, které mají nespornou výhodu například ve sdílení společných čekáren, přijímacích místností, technologického zařízení, laboratorních služeb, atd. Lékaři, kteří pracují v oblasti primární zdravotní péče neléčí v nemocnicích a naopak nemocnice neposkytují ambulantní vyšetření a zákroky, které provádějí praktičtí lékaři, ambulantní specialisté či zubní lékaři. V Německu je striktně rozdělen ambulantní a nemocniční sektor. V nemocnicích je poskytována téměř zcela výhradně lůžková péče. Nemocniční péči poskytují zařízení různých zřizovatelů a různých vlastnických forem. Podle počtu lůžek: - veřejných nemocnic 55%, - soukromé neziskové nemocnice 38%, - soukromých ziskových nemocnice 7%.¹¹

¹⁰ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, 2005, str. 169

¹¹ Institut zdravotní politiky a ekonomie (2004) *Německo I*. Sborník č.5/2004. Staženo 1.dubna 2007 z <http://www.ipvz.cz/vypis.asp?item=1114&>

Plátcí

V současné době existují v Německu dva typy zdravotního pojištění: povinné a dobrovolné. Zajištění financování zákonného (povinného) pojištění je svěřeno samostatným zdravotním pojišťovnám, které jsou ve své činnosti vázány zákonem. Spravují veřejné prostředky za účelem zajištění zdravotní péče o populaci a mají neziskový charakter. Jsou odpovědné za ekonomické výsledky své aktivity a podléhají veřejnému doзору. Financování zdravotních pojišťoven je více zdrojové. Rozpočet pojišťovny tvoří příspěvky od ekonomicky aktivních osob, příspěvky zaměstnavatelů, finanční spoluúčast pacientů, příspěvky z veřejných rozpočtů, vlastní ekonomická činnost pojišťoven, příspěvky sponzorů apod.¹² Téměř všichni pojištěnci mají právo na volný výběr zdravotní pojišťovny. Povinné pojistné se řídí příjmy pojištěnců, nikoli jejich zdravotními riziky – princip sociální solidarity. Výše pojistného se odvíjí od výše výdělku a příspěvky se zvyšují úměrně k výši příjmu až po horní hranici, tzv. maximální vyměřovací základ. Pojistné se dělí rovným dílem mezi zaměstnance a zaměstnavatele. Osoby nad určitou příjmovou hranicí nepodléhají zákonné povinnosti uzavřít zdravotní pojištění a mohou si sjednat dobrovolné zdravotní pojištění. Pojištění může být sjednáno u veřejnoprávních zdravotních pojišťoven za stejných obecně platných podmínek, nebo u soukromých komerčně orientovaných pojišťoven. Výše pojistného se sjednává individuálně dle rizik pojištěné osoby, jejího zdravotního stavu atd.

Občané / pacienti

Přístup pacientů k praktickým lékařům a ke všem specialistům je volný a neregulovaný, omezen je pouze smluvními vztahy mezi lékaři a pojišťovnami. Systém povinného zdravotního pojištění zahrnuje většinu německých občanů. Značná část dobrovolně pojištěných osob vstupuje či setrvává v zákonném pojištění, přibližně 10% obyvatel má soukromé zdravotní pojištění, 2 % jsou pojištěna v rámci bezplatné veřejné zdravotní péče a 0,1 není vůbec pojištěno.¹³ Z pojištění jsou hrazeny náklady na komplexní léčebně preventivní péči, nemocenské dávky a mnohé další služby, nicméně, přímá platba hraje v systému národního zdravotního pojištění nezanedbatelnou roli. Finanční spoluúčast pacientů je dnes hrazena téměř 23 % výdajů a smyslem je zejména snaha o redukci nadbytečné poptávky po zdravotnických službách a motivace pacientů k zodpovědnosti za svůj zdravotní stav. Proporce finanční spoluúčasti je velmi různá, odvislá od ekonomické situace pojištěné

¹² Křížová, E. (1998) *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Dvořák&Šebek

¹³ Institut zdravotní politiky a ekonomie (2004) *Německo I*. Sborník IZPE č. 5/2004. Staženo 1.dubna z <http://www.ipvz.cz/vypis.asp?item=1114&>

osoby, přičemž nejvyšší je tradičně ve stomatologii, rehabilitaci, lázeňské péči a domácích zdravotnických službách.¹⁴

Struktura a fungování systému národního zdravotního pojištění

Struktura německého zdravotnictví kopíruje politické uspořádání země, je decentralizovaná, s velkými pravomocemi a odpovědnostmi spolkových zemí a nižších územně správních celků. Německá vláda si ponechává pouze nejnужnější kompetence a do organizování a financování zdravotnictví přímo nezasahuje. Nejvyšším výkonným orgánem je Spolkové ministerstvo zdravotnictví, kterému podléhá Státní zdravotní ústav. Na federální úrovni dále působí Spolková rada pro zdraví (poradní orgán ministerstva zdravotnictví), Spolkový výbor lékařů a zdravotních pojišťoven a také Lékařská komora. Na zemské úrovni jsou ustanoveny zemské rady zdraví, které konzultují problémy, omezují se na oblast spolkové země. Nejvyšším orgánem zemské úrovně je však vždy zemský zdravotní úřad, který provádí dohled nad zdravotními úřady nižších územních správních celků. Na lokální úrovni jsou zřízeny zdravotní úřady pro jednotné provádění veřejné zdravotní služby. Zdravotní úřady ze zákona provádějí dohled nad zdravotnickými profesemi a zařízeními všeho druhu, zajišťují prevenci a zvládání přenosných chorob apod.¹⁵

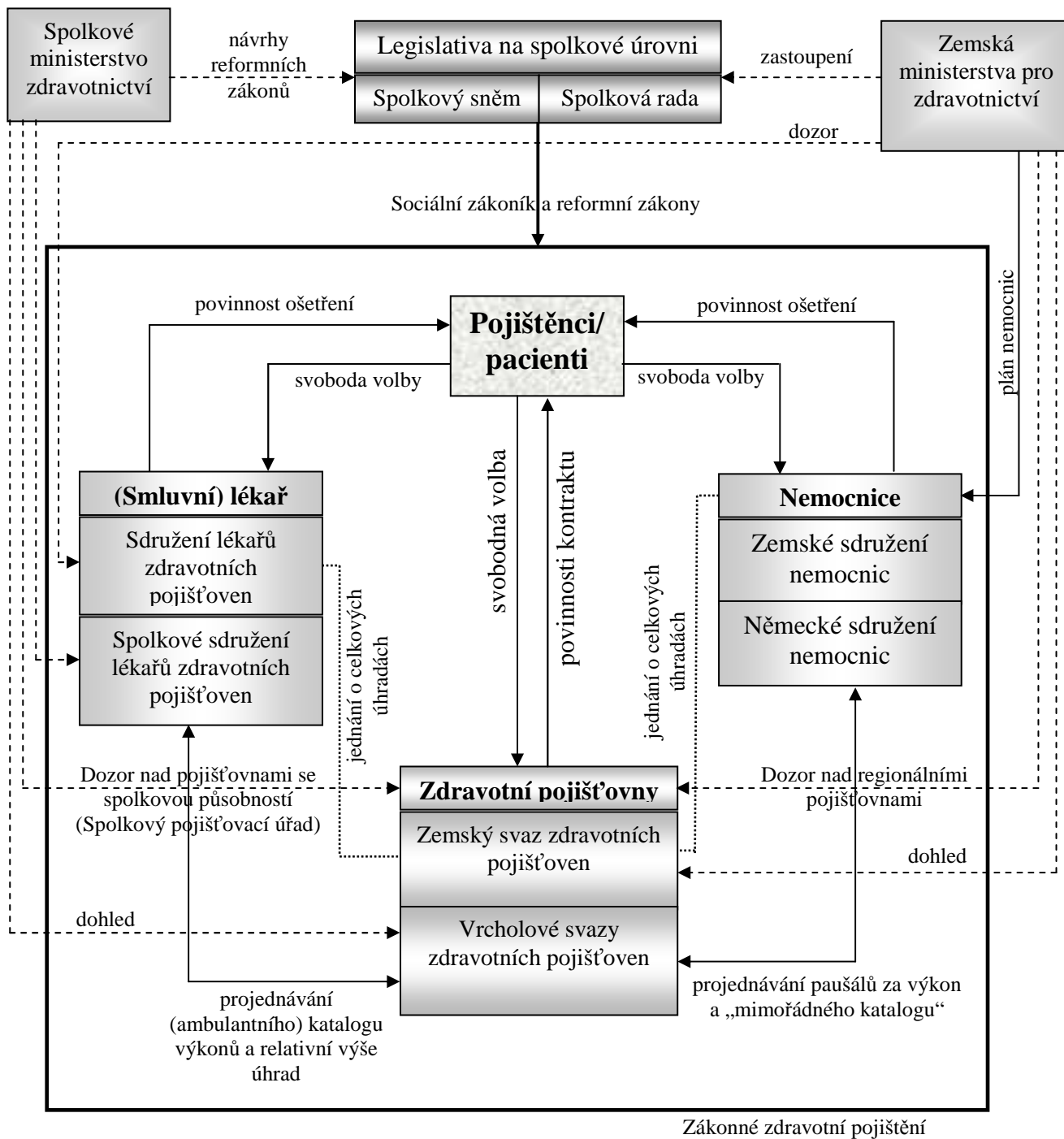
Tabulka č. 1: Hodnocení německého systému zdravotní péče

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> • zdravotní péče je garantována pro celou populaci • finanční spoluúčast pacienta je realizována s ohledem na sociální únosnost • systém v konkrétních podmínkách Německa zajišťuje vysokou míru rovnosti a spravedlnosti v poskytování zdravotní péče • dostatečně pestrá nabídka zdravotnických služeb • vyhovující síť zdravotnických zařízení • vyhovující návaznost služeb • podpora primární zdravotní péče 	<ul style="list-style-type: none"> • systém je složitý a náročný na administrativu • na straně poptávky chybí mantinely a nabídka indukce poptávku • špatný lékař může být odměněn za chybné výkony stejně jako dobrý lékař • stimuluje spotřebu léčiv • soupeření mezi primární a sekundární sférou zpomaluje zavádění ambulantní chirurgie a komplikuje týmovou spolupráci a koordinaci služeb mezi ambulantním a nemocničním personálem • systém v posledních letech přes všechna úsilí vede ke zvyšování deficitu německého zdravotnictví

¹⁴ Institut zdravotní politiky a ekonomie (2004) *Německo I*. Sborník IZPE č. 5/2004. Staženo 1.dubna z <http://www.ipvz.cz/vypis.asp?item=1114&>

¹⁵ Křížová, E. (1998) *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Dvořák&Šebek

Schéma č. 4: Vztahy hlavních aktérů německého zdravotnictví¹⁶

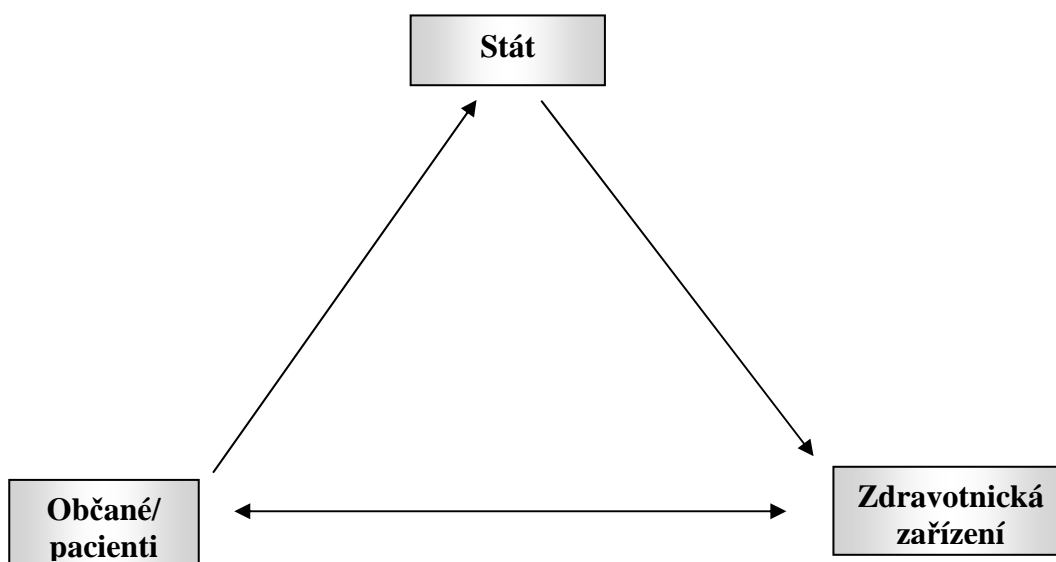


¹⁶ IZPE (2004) Německo I. Sborník č. 5/2004. Staženo 1.dubna 2007 z <http://www.ipvz.cz/vypis.asp?item=1114&>

2.1.3. Systém národní zdravotní služby

Beveridgeovský model¹⁷ je jedním z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, který se vyvinul v kapitalistické zemi a udržel se do dnešní doby. Spočívá v tom, že příslušné poplatky odvádějí občané přímo státu a stát takto získané prostředky přerozděluje k financování zdravotnických zařízení a jimi poskytované péče. Tradičním představitelem tohoto modelu je Národní zdravotní služba – model financování užitý ve Velké Británii. V platnost vstoupil v roce 1948 za vlády labouristů a postupně se stal modelem organizace a financování zdravotní péče pro mnohé země v Evropě (Norsko, Dánsko, Švédsko), Kanadě a částečně také pro Československou republiku v období po 2. světové válce.

Schéma č. 5: Beveridgeovského modelu



2.1.3.1. Charakteristické znaky systému¹⁸

Charakteristické znaky systému, kde je zdravotní péče financována z daní:

- bezplatná zdravotní péče je garantována státem;
- financování ze státního rozpočtu, zdrojem není pojistné, ale daně;

¹⁷ Označení Beveridgeův model vzniklo podle jména sira Williama Beveridge, pod jehož vedením byla vypracována v roce 1942 zpráva (Beveridge Report) s plným názvem Social Insurance and Allied Service, která se stala základem poválečné politiky sociálního zabezpečení ve Velké Británii.

¹⁸ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str. 163

- zdravotnická zařízení (nemocnice) jsou ve vlastnictví státu a zdravotničtí pracovníci jsou státními zaměstnanci, případně soukromými subjekty ziskového či neziskového charakteru;
- základním článkem zdravotnického systému jsou ordinace praktických lékařů, kteří kontrolují vstup pacienta do specializované péče a jsou koordinátorem poskytovaných zdravotních služeb;
- proplácení ambulantní sféry ze státního rozpočtu je převážně kapitační a v lůžkových zařízeních v závislosti na využití lůžek = ošetrovací den;
- sledovaná a státem garantovaná dostupnost zdravotní péče;
- přístup k praktickým lékařům je neomezený;
- míra finanční spoluúčasti je nízká nebo žádná;
- systém nevyklučuje rozvoj soukromého pojištění a připojištění pro nadstandardní péči, avšak tato nesmí spočívat v poskytování jiné kvality zdravotní péče, ale v jiných výhodách, např. krátké čekací lhůty, luxusní vybavení zdravotnického zařízení apod.;
- systém musí umožňovat vládě kontrolovat a regulovat efektivnost využití disponibilních finančních zdrojů;
- dynamika vývoje výdajů v důsledku vládní kontroly a regulace je mnohem nižší než v tržních systémech.

2.1.3.2. Konkrétní příklad – Velká Británie

Poskytovatelé

Klíčovou roli mezi poskytovateli hrají všeobecní praktičtí lékaři (general practitioners, GPs). Jsou základním článkem zdravotnického systému, kontrolují a koordinují vstup pacientů do specializované zdravotní péče a jsou odpovědní za preventivní péči. Rozsah činnosti praktického lékaře je mnohem širší, než je obvyklé v zemích s vybudovanou ambulantní specializovanou péčí (běžně provádějí gynekologická vyšetření, drobné chirurgické zákroky, vedou porod atd.). Praktičtí lékaři jsou soukromě podnikající osoby, které si najímají ordinace a hradí veškeré provozní náklady. K založení praxe je nutný souhlas okresních zdravotních úřadů, které tímto kontrolují rozsah a nabídku zdravotní péče. Praktický lékař je honorován kombinovaným systémem kapitační a výkonové platby. Kapitační platba tvoří přibližně 60 % příjmu lékaře, 40 % dostává lékař za výkony (ošetření neregistrovaného pacienta, noční návštěvy).¹⁹ Praktičtí lékaři pracují převážně ve skupinách tak, aby mohli zajistit nepřetržitou

¹⁹ Gladkij, I. a kol. (2003) *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, str. 44

lékařskou pomoc. Větší sdružené praxe praktických lékařů s určitým počtem pacientů mají možnost přejít na rozpočtové hospodaření (fund-holding scheme) a spravovat zvláštní fond. Tato forma financování praktických lékařů je obdobou amerických Health Maintenance Organizations. Záměrem zavedení rozpočtového schématu byla snaha vytvořit podmínky pro poskytování kvalitnější a variabilnější péče v primární sféře.

Specializovanou péči poskytují veřejná nemocniční zařízení, jejichž součástí jsou ambulance, které poskytují péči na doporučení praktického lékaře nebo v případě naléhavé akutní péče. Problémem nemocnice jsou především omezené kapacity pro provádění určitých typů péče a dlouhé čekací lhůty na neakutní vyšetření či léčebný zákrok.

Privátní nemocnice kryjí potřebu tzv. nadstandardní péče ve smyslu výhod typu: kratší čekací lhůty, individuální přístup, luxusnější vybavení, určité lukrativní typy péče (např. gynekologie, psychiatrie, geriatrie, ortopedie) atd. Péči v těchto zařízeních si pacienti platí sami.

Plátcí

Zdravotní péče je hrazena z veřejných prostředků. Prostředky jsou získávány z větší části z daně z příjmu obyvatelstva - přibližně z 78 %, z menší části z národního zdravotního pojištění - přibližně 10% a 12 % tvoří soukromé zdroje. Do fondu národního pojištění přispívají kromě zaměstnanců také zaměstnavatelé a osoby samostatně výdělečně činné. Narozdíl od progresivní daně z příjmu má národní pojištění spíše charakter platby za hlavu, tudíž jeho výše není příliš diferenciována. Dalším zdrojem financování jsou soukromé platby, ať přímé nebo ze soukromé pojistky.

Občané / pacienti

Všichni občané mají podle zákona zajištěný přístup ke komplexní zdravotní péči všech stupňů. Od plateb jsou osvobozeny široké vrstvy obyvatel např.: děti, studenti, senioři a váleční veteráni. Pacienti se registrují u praktického lékaře podle místa bydliště a změna lékaře v rámci okrsku je neomezená. Přístup ke specialistům je možný jen přes praktického lékaře nebo pokud si pacient konzultaci zaplatí ať přímou platbou nebo ze soukromého pojištění.

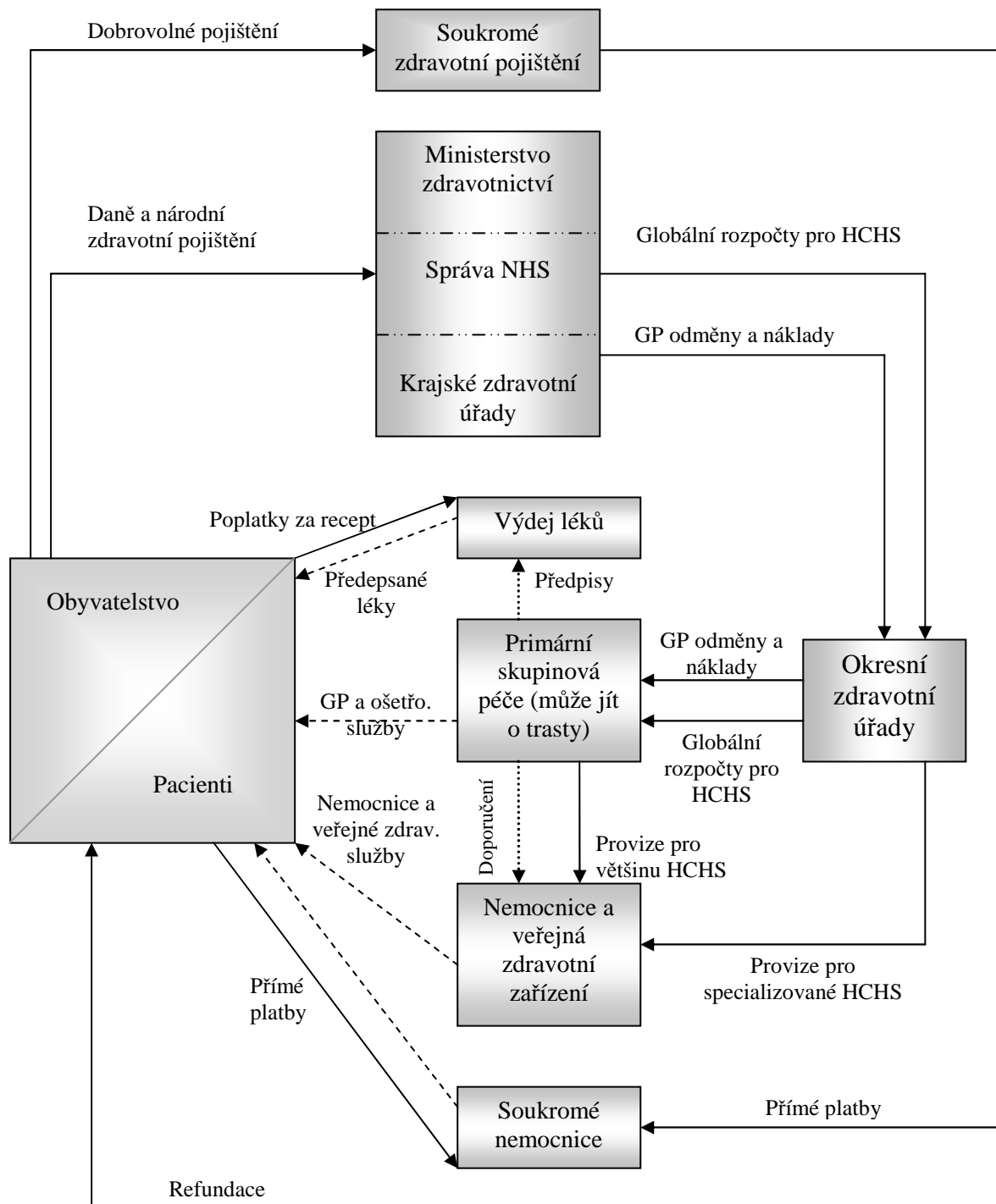
Struktura a fungování systému Národní zdravotní služby

Organizace zdravotnictví má vertikální a hierarchickou strukturu, která propojuje centrální úroveň s úrovní krajskou a místní. Nejvyšším vládním orgánem je ministerstvo zdravotnictví, které je přímo odpovědné za utváření národní zdravotní politiky, přípravu legislativy a zajištění chodu Národní zdravotní služby. Prostředky na financování NZS jsou přerozdělovány ze státního rozpočtu na nižší správní úrovně (kraje a okresy) podle demografických ukazatelů a míry sociální deprivace. Následným řídicím stupněm pod ministerstvem je tedy krajská úroveň. Krajské zdravotní ústavy zajišťují zejména transfúzní stanice, záchranné služby, specializované kliniky terciální péče, atd. Okresní zdravotní úřady jsou plně kompetentní ve sféře organizování zdravotní péče a za alokaci zdrojů v síti zdravotnických zařízení. Řízení nemocnic bylo v 90. letech vyjmuto z kompetence okresních zdravotních úřadů a v současné době jsou veřejné nemocnice, budované podle spádových oblastí, samosprávné organizace. Jsou organizačně i správně na okresních úřadech nezávislé, s tím, že v konečné platnosti podléhají přímo krajské zdravotní správě a ministerstvu zdravotnictví.

Tabulka č. 2: Hodnocení anglického systému zdravotní péče

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none">• dostupnost kvalitních zdravotnických služeb• podpora komplexní primární péče• přiměřená pozornost návaznosti služeb• kontrola nákladů a alokace zdrojů• přiměřené náklady péče• podpora rozvoje nových medicínských technologií• podpora ekvity při poskytování zdravotní péče• relativně levný systém	<ul style="list-style-type: none">• dlouhé čekací doby• nedostatek motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví• podpora nesoutěživého klimatu• nedostatek zdrojů pro rozvoj v případě ekonomické recese• omezená volba praktického lékaře podle místa bydliště

Schéma č. 6: Zdravotnický systém ve Velké Británii²⁰



Poznámky:

NHS Národní zdravotní služba

GP Praktický lékař

HCHS Nemocnice a veřejné zdravotní služby

Legenda: —> finanční toky, - - -> služby,> doporučení.

²⁰ OECD Health Data 2006. Staženo 16. května 2007 z <http://www.ecosante.org/OCDEENG/726.html>

2.1.4. Tržní (pluralistický) model zdravotnictví

2.1.4.1. Charakteristické znaky tržního modelu²¹

Pro systém založený na principu volného trhu je charakteristické:

- zdravotní péče není garantována státem, je záležitostí jedince, jeho rozhodnutí a svobodné vůle;
- lékaři jsou soukromě podnikající subjekty, ziskového i neziskového charakteru;
- pacient má svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení i zdravotní pojišťovny;
- nemocniční péči poskytují soukromá zařízení ziskového i neziskového charakteru, někdy v kombinaci s veřejnými zřizovateli;
- postavení stavovské lékařské organizace je mimořádně silné a má schopnost prosazovat zájmy lékařské a lékárenské lobby;
- zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů buď přímou platbou nebo soukromými zdravotními pojišťovnami komerčního charakteru;
- zdravotní pojištění je dobrovolné;
- stát nekontroluje nabídku ani ceny zdravotnických služeb;
- existuje volná konkurence poskytovatelů, plátců i pojišťoven;
- financování je založeno na výkonových platbách;
- stát nevstupuje do vztahu poskytovatel a pacient, ale pomocí programů ve veřejném zájmu řeší problém přístupu ke zdravotní péči určitých sociálních skupin obyvatelstva.

2.1.4.2. Konkrétní příklad – USA

Nejtypičtějším představitelem tohoto typu zdravotního systému jsou Spojené státy americké. V Evropě se tomuto systému nejvíce blížilo Švýcarsko, kde bylo ovšem od ledna 1996 zavedeno zákonné povinné zdravotní pojištění.

Subjekty zdravotního systému USA:

Poskytovatelé

Zdravotní péči v primární sféře zajišťují soukromí lékaři, kteří pracují individuálně nebo ve skupinových praxích. Stále více lékařů se sdružuje do praxí, ty pak mohou za určitých podmínek přejít do některé z podob řízené péče (managed care), např. zařízení typu Health

²¹ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str. 154

Maintenance Organization, která poskytují primární péči a mají návaznost i na péči nemocniční. Jiným typem alternativního poskytování péče jsou smluvní poskytovatelé (Preferred Provider Organizations), kteří uzavírají dohodu např. se zaměstnavatelem o zajištění podnikové zdravotní péče za smluvní ceny, které jsou nižší než běžné tržní ceny.

Specializovaná sekundární a terciální péče je tvořena nerovnoměrně rozloženou sítí zdravotnických zařízení různých vlastnických forem a různých zřizovatelů. Federální nemocnice jsou vyhrazeny pouze pro určité populace a podléhají federální správě. Veřejné nemocnice jsou obvykle v držení městské správy nebo státu. Soukromé nemocnice jsou buď v držení charitativních organizací či nadací nebo jsou zřizovány jako ziskové organizace. Roste počet nemocnic, vlastněných kapitálovými koncerny, které jsou zařazené do celonárodní, eventuelně mezinárodní sítě jednotně spravovaných, ziskově orientovaných zařízení (IOFP-Investor owned for-profit hospital chain). Tato zařízení nabízejí špičkovou zdravotní péči soukromým klientům, z nichž mnozí přicházejí ze zahraničí. Chudým a nepojištěným osobám je pak poskytována péče ve výukových nemocnicích (teaching hospitals).

Plátcí

V USA nebyl nikdy přijat zákon o všeobecném zdravotním pojištění, což znamená, že zdravotní pojištění je dobrovolné.

Zdravotní péče je hrazena z různých zdrojů:

- 1) přímou platbou;
- 2) ze soukromého pojištění;
- 3) z veřejných rozpočtů.

Tradičním způsobem úhrady je přímá platba. Ve 20. století se postupně rozvíjí systém předplacené péče a v rukou soukromých zdravotních pojišťoven má dvojitou podobu. Jednak přímé úhrady nákladů zdravotní péče poskytovateli pojišťovnou nebo zpětné úhrady finančních nákladů pojištěné osobě, která je poskytovateli platí přímo. Většina privátních pojišťoven vyměřuje výši pojistného podle individuálního rizika (věk, pohlaví, nemocnost, zdravotní stav, behaviorální rizika, apod.) a finanční spoluúčast pacienta hraje i zde významnou roli. Veřejné výdaje se podstatně zvýšily po zavedení programů Medicare a Medicaid, jež mají formu sociální solidarity při poskytování zdravotní péče.

Občané / pacienti

Většina Američanů, přibližně 60 %, získává zdravotní pojištění prostřednictvím zaměstnavatele nebo individuálně, 25 % získává zdravotní pojištění od vládních/federálních agentur a přibližně 15% nemá žádnou formu zdravotního pojištění.²²

Zaměstnavatelé zajišťují zdravotní péči prostřednictvím soukromých pojišťoven a nebo levnějším způsobem – přímou úhradou nákladů smluvním poskytovatelům, čímž se vyhnou nákladnějším zprostředkování pojišťovnou.

Zdravotní pojištění financované z veřejných zdrojů je realizováno pomocí programů Medicare a Medicaid. Oba tyto programy mají na každý rok vyčleněn objem federálních prostředků, neznamenají však zdaleka komplexní péči. Medicare je federální program určený pro seniory (věk nad 65 let), invalidy, postižené a pacienty ve finálním stádiu renálního selhání. Medicaid je program řízený na státní úrovni (financován částečně z federálních zdrojů) a zajišťuje péči pro osoby a rodiny s nízkými příjmy všech věkových skupin a pro pacienty vyžadující speciální dlouhodobou terapii.

Po zavedení programů Medicare a Medicaid (v roce 1965), značně vzrostl podíl státních výdajů na úhradu zdravotní péče a to vedlo k přednesení koncepce „Health Maintenance Organizations“ (HMO) a její legitimizace v roce 1973. Jde o zvláštní organizační celky, které zdravotní péči zároveň poskytují a financují zaregistrované populaci, platící zálohové pojistné. HMO tedy představuje propojení pojišťovacího subjektu a zařízení zdravotní péče, z něhož jasně vyplývá, že se jedná o příklad integrovaného systému. HMO jsou soukromé, navzájem si konkurující organizace neziskové či komerční orientace, které mají zajišťovat komplexní péči o pacienty z prostředků zálohového pojištění. Jedná se o samostatně hospodařící subjekty s vlastním rozpočtem, které určují výši pojistného podle věku, počtu spolupojištěných členů rodiny a individuálního zdravotního rizika, nikoli podle platu či ekonomických možností pojištěnce. Z toho vyplývá, že ani HMO neuplatňuje princip solidarity. Obecně jsou pro HMO charakteristické nižší náklady na péči a tedy nižší sazby pojistného, na druhou stranu se ovšem musí pacienti smířit s nižší kvalitou poskytované péče (omezená volba lékaře, delší čekací lhůty, volba levnějšího přístupu).

²² Zdroj: U.S.Census 2000. (Lešetický, O., 6MZ503 Ekonomika a financování zdravotní péče, přednáška 2006).

Struktura a fungování zdravotnického systému USA

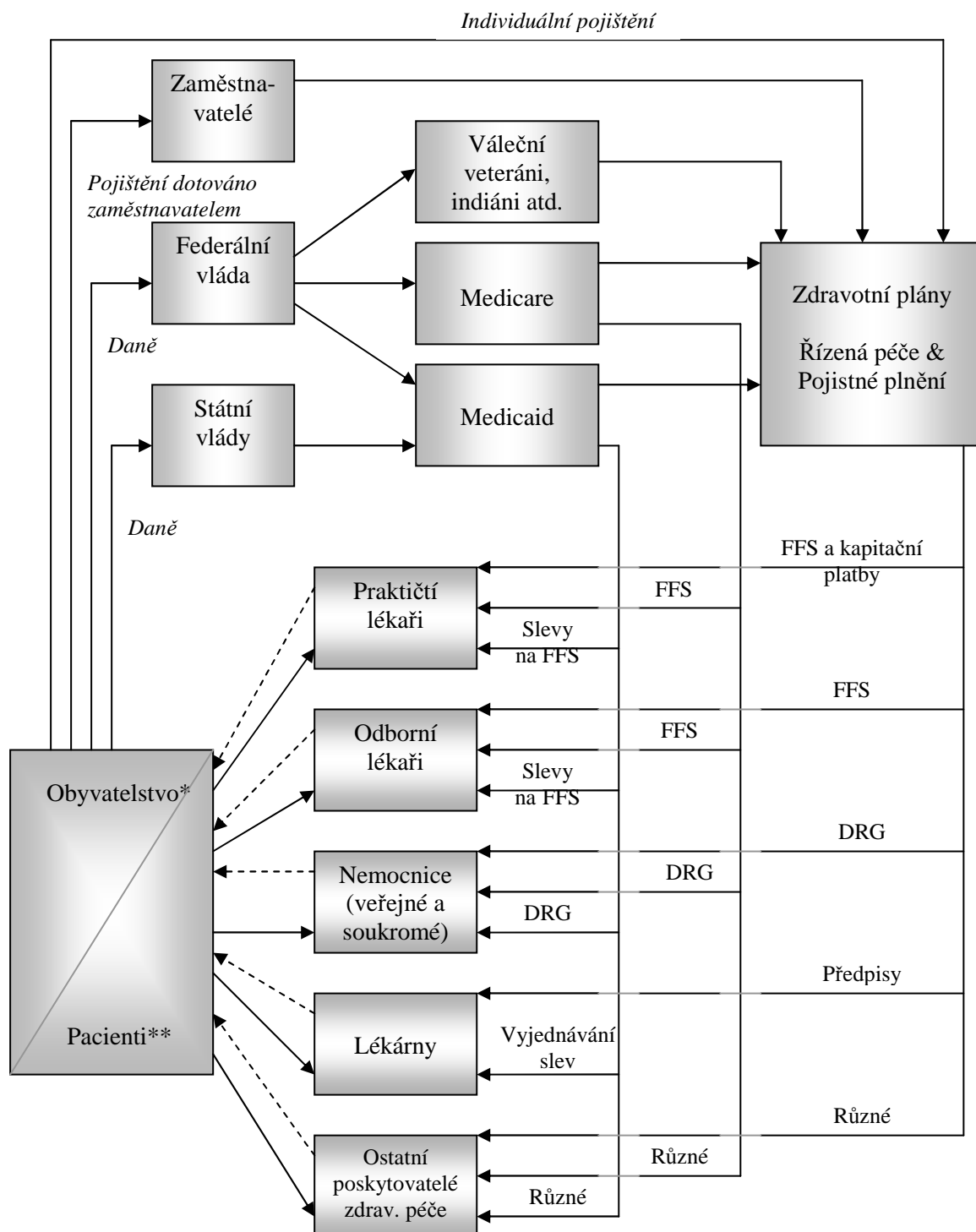
Pevná hierarchická struktura zdravotnictví, propojující federální úroveň přes úroveň jednotlivých států až k okresní a místní úrovni, v USA neexistuje. Řízení zdravotnictví je jen okrajovou záležitostí federálního státu a většina aktivit probíhá v soukromém sektoru. Americké ministerstvo zdravotnictví spravuje sice mnoho oddělení, zabývajících se zdravotní politikou, ekonomikou, plánováním a veřejným zdravotnictvím, ale jeho vliv na činnost států Unie se často omezuje pouze na poradenství či finanční podporu. Soukromé zdravotní pojišťovny, nákup a šíření zdravotnické technologie či jiné investice, poskytování licencí a certifikátů a v neposlední řadě kontrola kvality péče, spadají do kompetence státních institucí. Odmítnutí legalizace zákonného zdravotního pojištění nezabránilo stálému růstu vládních intervencí, ale tyto intervence jsou vedeny tak, že neohrožují profesní suverenitu lékařů.²³

Tabulka č. 3: Hodnocení amerického systému zdravotní péče

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none">• absolutně nejvyšší kvalita péče• absolutně nejlepší medicínský výzkum• akceptace myšlenky zdravého životního stylu a spoluutváření vlastního zdraví u značné části populace• pacient má svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny	<ul style="list-style-type: none">• značná nerovnost zdravotní péče, způsobená nerovnoměrnou distribucí a omezenou finanční dostupností péče pro nepojištěnou a nedostatečně pojištěnou populaci.• nejdražším systémem na světě• velmi slabá síť zařízení poskytujících základní, běžnou, všeobecnou zdravotní péči v primární sféře, místem prvního kontaktu je často až nemocniční hospitalizace• systém neumožňuje kontrolu objemu zdravotní péče, cen a služeb a alokaci zdrojů podle společenských potřeb• vztah mezi pacientem a lékařem je narušen přímým působením finančních motivů na obou stranách• vysoké administrativní výdaje na financování zdravotní péče, přibližně 20% celkových výdajů

²³ Křížová, E. (1998) *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Dvořák&Šebek

Schéma č. 7: Zdravotnický systém v USA²⁴



Poznámky:

FFS Platba za výkon.

DRG Platba za diagnózu.

* Přibližně 15 % obyvatelstva nemá zdravotní pojištění - zdravotní péče je hrazena přímou platbou nebo z charitativních zdrojů.

** Pacienti přispívají na úhrady: - u pojistného plnění formou spoluúčasti; - u řízené péče paušálem za každou návštěvu.

Legenda: —> finanční toky, - - -> služby.

²⁴ OECD Health Data 2006. Staženo 15. května 2007 z <http://www.ecosante.org/OCDEENG/727.html>

2.1.5. Komparace zdravotnických systémů

Pro komparaci zdravotnických systémů se využívají následující zdravotnické indikátory (přes všechny spory o jejich vypovídací hodnotě umožňují alespoň základní orientaci)²⁵:

Dostupnost péče – vyjadřuje překážky, které pacient má či nemá při čerpání zdravotní péče. Jedná se o překážky finanční, geografické, časové, organizační a sociokulturní.

Kvalita péče – je odrazem stupně, v němž poskytovaná péče odpovídá poznatkům medicínského výzkumu a možnostem technologie. Závisí do značné míry na ekonomické situaci země. Hodnotí se například ukazatele zdravotního stavu populace, střední délka života, úmrtnost, nemocnost, počet předčasných úmrtí, ale také svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení či estetické a architektonické úpravy zdravotnických zařízení.

Ekonomická nákladnost – vyjadřuje spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je vyjádřena podílem nákladů na zdravotnictví k celkovému hrubému domácímu produktu. Pro potřebu mezinárodního srovnání se vyjadřuje jako v procentech vyjádřený podíl HDP. Pro mezinárodní srovnání není metoda porovnávání absolutní výše finančních prostředků, které se vynakládají na zdravotnictví ať ze soukromých či veřejných zdrojů zcela ideální, protože nebere v úvahu počet a demografické složení populace a cenové hladiny zemí.

Výkonnost – je kritériem vyjadřujícím, jaký rozsah péče, v jaké struktuře a kvalitě a jak široké populaci je zdravotnický systém schopen při daných výdajích zajistit. K posouzení výkonnosti slouží mnoho různých postupů jako například: analýza nákladů a přínosů (cost – benefit analysis), nákladů a využití (cost – utility analysis), nákladů a efektivity (cost – effectiveness analysis), atd.

Rovnost (ekvita) – je vyjadřována rovným, stejným přístupem k léčbě a k aplikaci všech potřebných medicínských postupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich platební schopnost či sociální postavení.

Sociální akceptabilita – udává, nakolik uspořádání zdravotnického systému odpovídá potřebám a představám společnosti, jež se utvářejí v dlouhém historickém a kulturním vývoji. Spokojenost veřejnosti se zdravotnictvím je podmíněna vyrovnanou bilancí mezi dostupností

²⁵ Křížová, E. (1998) *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Dvořák&Šebek

a kvalitou péče tak, aby v rámci disponibilních zdrojů dostupná péče byla kvalitní a kvalitní péče byla dostupná.

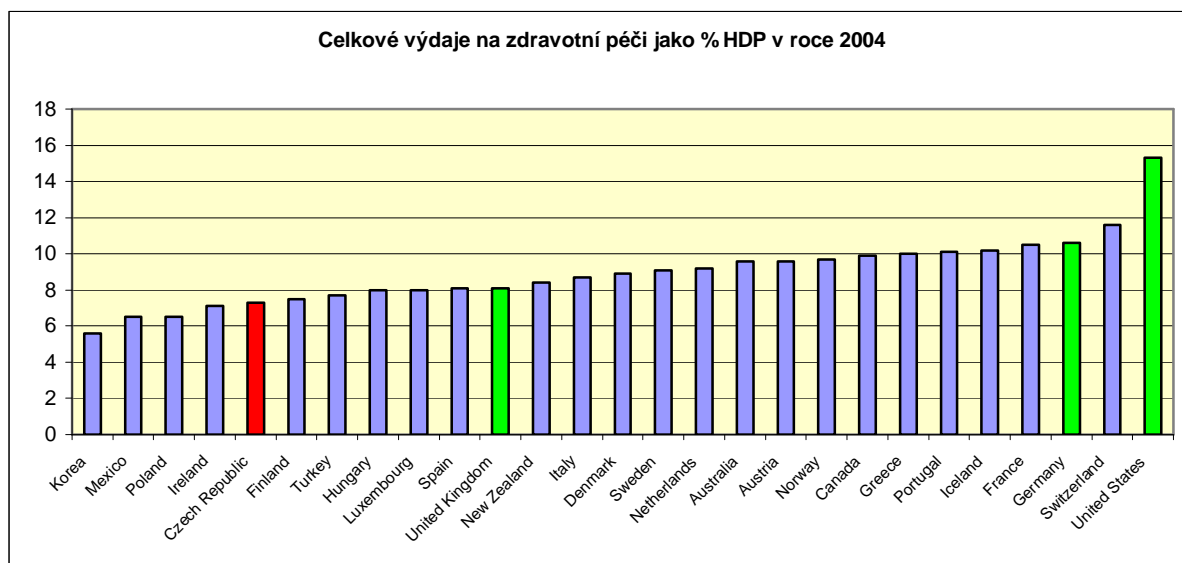
Výhody a nevýhody jednotlivých systémů znázorňuje následující tabulka. Jde o zjednodušené znázornění a pro hlubší analýzu by bylo nutno doplnit celou řadu dalších podrobnějších statistických ukazatelů.

Tabulka č. 4: Indikátory zdravotnického systému²⁶

Indikátory zdravotnického systému	tržní zdravotnictví	národní zdravotní pojištění	národní zdravotní služba – státní zdravotnictví
dostupnost	+	+++	++
kvalita	+++	++	+
ekonomická nákladnost	+++ (nejvyšší)	++	+
výkonnost	-	+	++
rovnost	-	++	+++
akceptabilita	+	+++	++

Na následujícím grafu, který zobrazuje ekonomickou nákladnost, se potvrzuje, že tabulka má pouze orientační charakter. V České republice je zdravotnický systém založen na veřejném zdravotním pojištění a přesto, v rozporu s tabulkou č. 4, jsou celkové výdaje na zdravotní péči (jako procento HDP) nižší než ve Velké Británii, kde je zaveden systém národní zdravotní služby.

Graf č. 1: Ekonomická nákladnost - celkové výdaje na zdravotní péči jako % HDP²⁷



²⁶ Křížová, E. (1998) *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Dvořák&Šebek, str.23

²⁷ OECD. Staženo 2.dubna 2007 z

http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

3. Zdravotnický systém v ČR

3.1. Historický exkurz

Zdravotnický systém po I. světové válce

Po I. světové válce, v roce 1918 vznikla samostatná Československá republika. V této době byl zdravotnický systém založen na povinném zdravotním pojištění. Zdravotní pojištění se však týkalo pouze námezdně pracujících. Existovalo přibližně 300 zdravotních pojišťoven a pojistné se platilo ve výši 4,3%, polovinu platil zaměstnavatel a druhou zaměstnanec. Z pojištění byla hrazena základní zdravotní péče, kterou poskytovali praktičtí lékaři a veřejné nemocnice. Pojištění se vztahovalo i na rodinné příslušníky pojištěnců. Úroveň zdraví obyvatelstva nebyla příliš uspokojivá. V roce 1937 žilo v Československé republice asi 14,5 milionu obyvatel. Střední délka života mužů byla 52 let, žen 55,2 let. Tato čísla negativně ovlivňovala vysoká kojenecká úmrtnost. Největší problémy představovaly infekční choroby dětí, u dospělých pak nemoci cévního a dýchacího ústrojí a infekční choroby.²⁸

Zdravotní systém v letech 1951 až 1991

V roce 1951 byla převzata koncepce zdravotnictví ze SSSR. Systém povinného zdravotního pojištění byl zrušen a zdravotní péče byla plně v rukou státu. Úhrady zdravotních služeb byly financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Jednalo se „socialistickou“ alternativu národní zdravotní služby, která bývá v literatuře označována jako Semaškovův model. Zařízení poskytující zdravotní služby byla sloučena v nově vzniklých ústavech národního zdraví (ÚNZ). Do ÚNZ byli soustředěni praktičtí lékaři, lékaři specialisté, nemocnice, lékárny, záchranná a pohotovostní služba, hygienické stanice, střední zdravotnická škola a technické a hospodářské služby. Byly zřízeny krajské ústavy národního zdraví (KÚNZ). Ty vykonávaly vůči ÚNZ metodickou a kontrolní roli. Všichni zaměstnanci ÚNZ byly placeni formou mzdy. To se týkalo jak administrativních pracovníků, tak lékařů a sester, jejichž práce byla nedostatečně honorována.

Jak bylo již zmíněno, zdravotní péče byla financována ze státního rozpočtu. Finanční prostředky přidělovalo ministerstvo financí spolu s ministerstvem zdravotnictví. K přidělování docházelo prostřednictvím krajských a okresních národních výborů, které je dále přidělovaly jednotlivým KÚNZ a ÚNZ. Financování nemocnic bylo organizováno na základě plánovaných ošetrovacích dnů a vzhledem k typu nemocnice. Ambulantní služby

²⁸ Gladkij, I., Strnad, L., (2002) *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*. Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci.

byly financovány pomocí „lékařských míst“. Ministerstvo zdravotnictví řídilo zdravotnictví převážně pouze metodicky. Byla zavedena „rajonizace“ lékařských služeb. Každý obyvatel byl přidělen k určitému obvodnímu lékaři, poliklinice nebo nemocnici dle místa bydliště.

Velmi významná byla soustava závodních lékařů, kteří pečovali o ekonomicky aktivní obyvatelstvo. Ve velkých podnicích byly zřízeny závodní polikliniky či závodní lůžková zařízení. Přímé úhrady zdravotních služeb byly výjimkou, jejich výše se pohybovala mezi 5 – 8 %.²⁹ Bezprostředně po změně systému se zdravotní péče a zdravotní ukazatele zlepšily. Systém tedy dosáhl určitých pozitivních výsledků. Mezi ně patří především zvýšení dostupnosti základní zdravotní péče, pokles kojenecké a dětské úmrtnosti, prodloužení střední délky života. Od poloviny 60. let ovšem došlo k prudkému zhoršování zdravotního stavu obyvatelstva a systém začal vykazovat řadu nedostatků. Zdravotní stav a úmrtnost obyvatel se rapidně zhoršily. Později v 70. a 80. letech trpělo zdravotnictví chronickým nedostatkem finančních prostředků. Vytvořilo se nesoutěživé prostředí mezi poskytovateli zdravotní péče. Jednotlivá pracoviště byla hodnocena více podle formálně ideologických kritérií, než podle úrovně péče o pacienty. Lékaři a zdravotnický personál byly nedostatečně finančně ohodnoceni, což vedlo k nedostatečné pracovní motivaci. Výchova obyvatel k péči o své zdraví byla formální a neefektivní. Rovněž technické vybavení bylo zastaralé a nevyhovující. Celkově se dá říci, že celý systém se stal neefektivní a nereagoval na změny a rostoucí nároky na poskytování zdravotní péče.

Zdravotní systém po roce 1990

Po politických změnách v roce 1989 se ukázala naléhavá potřeba transformovat systém zdravotní péče. Bylo nutné změnit stávající systém od základů. Důvody spočívaly především ve špatném zdravotním stavu obyvatel, neefektivním řízení zdravotnictví, nutnosti zvýšit motivaci obyvatel k péči o vlastní zdraví a v neposlední řadě také v úsilí zlepšit postavení lékařů. Nově vznikající systém je postaven na modelu povinného zdravotního pojištění. Vznikají zdravotní pojišťovny, jakožto nové instituce, které se podílí na tvorbě zdravotní politiky. Mezi nimi zaujímá ústřední postavení Všeobecná zdravotní pojišťovna. Nově se vytvořila také Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora, Česká lékárnická komora a Asociace poskytovatelů zdravotní péče. Ambulantní zdravotnická zařízení jsou z velké části zprivatizována a nemocnice získávají právní subjektivitu. Garantem poskytování zdravotní péče se stal stát. Tuto kompetenci vykonává prostřednictvím ministerstva zdravotnictví, důležitá je rovněž úloha krajů a jejich odborných referátů. V oblasti

²⁹ Gladkij, I., Strnad, L., (2002) *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*. Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci.

zdravotnictví došlo k demonopolizaci a decentralizaci. Přestože transformace zdravotnictví proběhla rychle a bez hlubší přípravy, kvalita a dostupnost základní zdravotní péče nebyla příliš narušena. Proces ovšem není zcela dokončen dodnes, stále přetrvává řada problémů, které je nutno dořešit. Největším problémem je nerozvinuté více zdrojové financování. Většina prostředků plyne do zdravotního systému z povinného zdravotního pojištění. Při výběru pojistného dochází k průtahům, zpožďují se platby zdravotnickým zařízením. Řada nemocnic je z různých důvodů dlouhodobě zadlužena. Není dostatečně vymezen rozsah garantované zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění. Časté jsou konflikty mezi zdravotními pojišťovnami, profesními organizacemi a zástupci poskytovatelů zdravotní péče.

3.2. Současnost - zdravotnický systém v ČR

Současný zdravotnický systém vychází z „bismarckovského“ systému zdravotního pojištění, kdy pojištění je povinné pro všechny obyvatele a zdravotní péči poskytuje mix veřejných a soukromých zařízení.

Poskytovatelé

Přibližně 95% primární zdravotní péče bylo v roce 2002 privatizováno. Většina praktických lékařů v primární péči, kteří mají uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami, pracuje samostatně, buď na střediscích ve vlastnictví obce, nebo na poliklinikách, kde platí nájemné. Zdravotní střediska jsou poměrně dobře vybavena. Na 1650 obyvatel starších 15 let je jeden praktický lékař a na 1050 dětí je jeden dětský lékař (2002). Poměr počtu lékařů a pacientů je jeden z nejpříznivějších v Evropě.

Českou síť zdravotnických zařízení pro sekundární a terciární péči tvoří specializované ambulance, nemocnice a specializovaná lůžková zařízení. Specializované ambulantní služby jsou poskytovány různou formou: v jednotlivých ambulancích, na poliklinikách a v ambulantních odděleních nemocnic, přičemž všechna tato zařízení pracují na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. Asi 75% ambulantních zařízení bylo privatizováno. Existují tři typy nemocnic, které jsou ve vlastnictví soukromém i veřejném: krajské a fakultní nemocnice, okresní nemocnice a místní nemocnice.³⁰

³⁰ Hit summary: Česká republika (2006). Staženo 25.dubna 2007 z <http://www.who.cz/PDF/Czech-summary%20HiT%20cz.pdf>

Plátci

Financování zdravotní péče je největším podílem, přibližně z 80,5 %, zajišťováno prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Výše příspěvků je stanovena zákonem jako procento z výdělku (před zdaněním): zaměstnanci platí 4,5 % a zaměstnavatelé 9 %. Osoby samostatně výdělečně činné platí 13,5 %, avšak pouze ze 35 % svého zisku. Je také zákonem stanovený minimální příspěvek osob samostatně výdělečně činných, který může být upraven podle míry inflace. Ministerstvo financí přispívá 80 % minimální mzdy pro ty, za něž hradí pojištění stát. Stát hradí pojištění přibližně za 56 % obyvatel. Daně pak jsou druhým nejvýznamnějším zdrojem financování zdravotní péče a přispívají přibližně 10 % z celkového objemu. Daně se využívají na pokrytí výdajů na národní úrovni, stejně jako na úrovni okresní a městské (např. kapitálové investice nemocnic, služby veřejného zdraví, školení atd.). Doplnkové zdroje financí (přímé platby a soukromé zdroje) představovaly v roce 2005 přibližně 11,3 % z celkových výdajů na zdravotní péči. V současné době je trh dobrovolného pojištění velmi omezený (méně než 0,1 % výdajů na zdravotní péči). Je to proto, že úroveň péče hrazené ze zákonného zdravotního pojištění je velmi vysoká a zahrnuje dokonce lázně a prodej léků, a není tudíž poptávka po dodatečném soukromém zdravotním pojištění.³¹

Občané / pacienti

Občané se registrují u praktických lékařů dle vlastní volby a vždy po třech měsících mají možnost se zaregistrovat u nového lékaře. Rovněž přístup pacientů k sekundární a terciární péči není nikterak systematicky omezován. Kdokoli, kdo má trvalý pobyt v České republice, má nárok na zdravotní pojištění. Oprávněná osoba si může jednou za 12 měsíců zvolit kteroukoli zdravotní pojišťovnu. Vzhledem k tomu, že ČR je nyní členem EU, ti, kteří jsou pojištěni u zdravotních pojišťoven, mají na základě evropské legislativy právo na zdravotní služby v dalších evropských zemích a naopak.

Struktura a fungování systému zdravotní péče v ČR

Stát garantuje zdravotní péči a systém zdravotního pojištění a je zastoupen v dozorčích radách zdravotních pojišťoven. Ministerstvo zdravotnictví odpovídá za zajištění jednotného odborného řízení veřejné zdravotní péče a za vydávání právních předpisů pro organizaci a výkon zdravotní péče. Má také na starosti regionální a fakultní nemocnice.

³¹ Hit summary: *Česká republika* (2006). Staženo 25.dubna 2007 z <http://www.who.cz/PDF/Czech-summary%20HiT%20cz.pdf>

Státní správa na okresní úrovni byla v roce 2002 zrušena a její kompetence přešly na krajskou správu. Nyní jsou krajské orgány vlastníky a provozovateli veřejných nemocnic a na základě zákona o krajích (č.129/2000 Sb.) mají možnost využívat svůj majetek dle vlastního uvážení.

Zdravotní pojišťovny jsou poměrně nezávislé a jejich úkolem je uzavírat smlouvy s poskytovateli zdravotní péče. Pravidelně probíhají jednání mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli (sdružení nemocnic, nemocnice a soukromí lékaři) a odbornými komorami. Jednání se týkají rozsahu poskytovaných služeb, peněžní hodnoty proplácených bodů a podmínek poskytování péče. Vláda, než výsledek jednání schválí, má za úkol zajistit, aby odpovídal zákonným požadavkům a veřejnému zájmu. Společná jednání a návazné schválení vládou je možné považovat za páteř systému zdravotní péče.³²

Tři hlavní rysy systému zdravotní péče ČR jsou:

- povinné zdravotní pojištění, které platí jednotlivci, zaměstnavatelé a stát;
- diverzita poskytovatelů, zejména soukromých poskytovatelů ambulantní péče a veřejných nemocnic, které mají uzavřené smlouvy s pojišťovnami;
- společná jednání hlavních aktérů týkající se krytí péče a úhrad. Vláda má dohled nad jednáním a vliv na jeho výsledky.

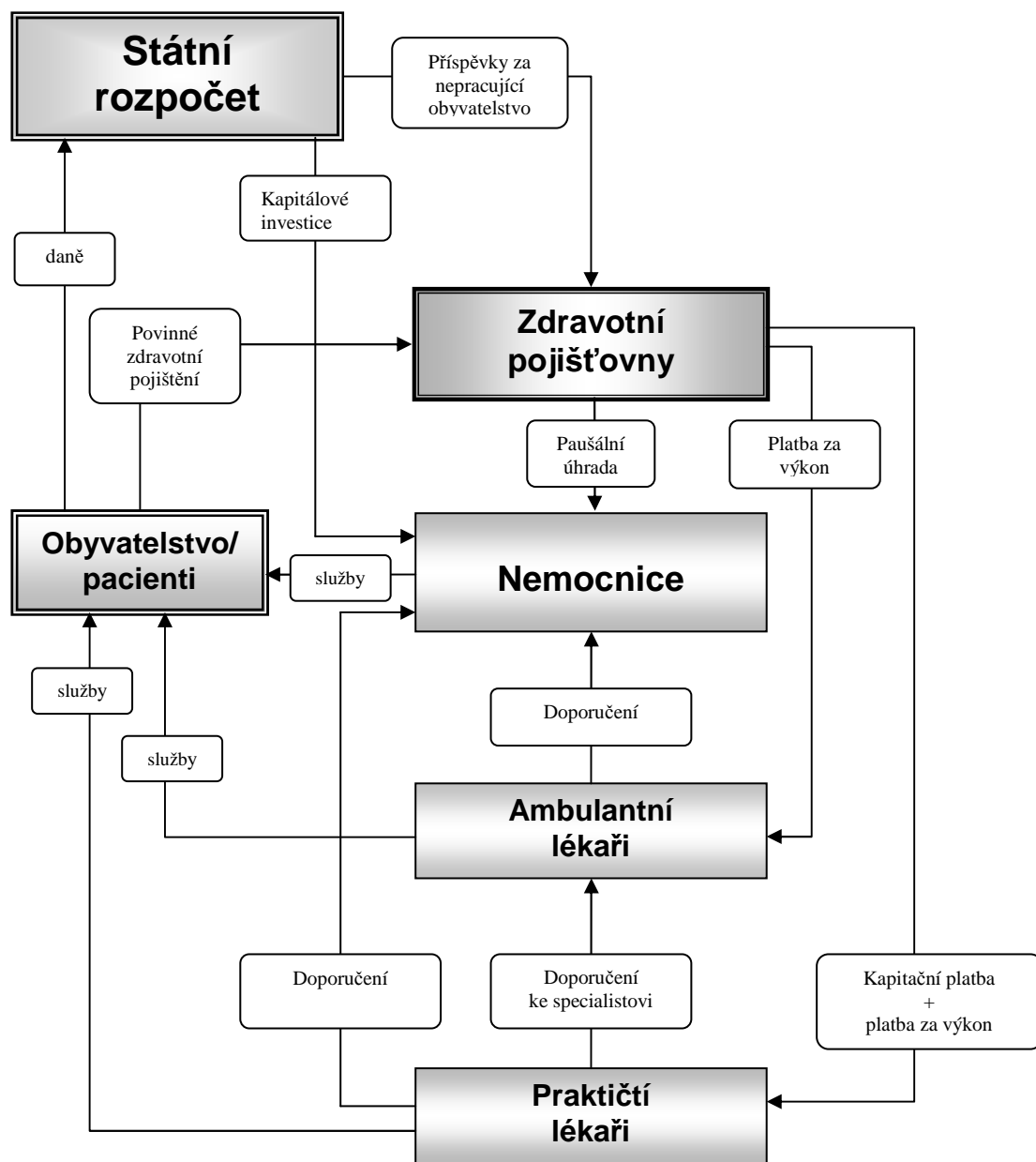
Tabulka č. 5: Hodnocení českého systému zdravotní péče

Silné stránky	Slabé stránky
<ul style="list-style-type: none"> • vysoká profesní úroveň většiny zdravotnických pracovníků • dostatečně hustá síť a vybavenost zdravotnických zařízení • zlepšování populačního zdraví 	<ul style="list-style-type: none"> • obtížné ekonomické situace mnoha nemocnic a některých dalších zdravotnických zařízení • nedorušená koncepce financování lůžkové péče se všemi důsledky, které z toho vyplývají • nedostatečná účinnost řízení a kontroly kvality a hospodárnosti poskytované péče • regionální diference v kvalitě poskytované péče • nedostatečná úroveň zdravotního uvědomění některých populačních skupin, ovlivňující nepříznivě úroveň zdravotních rizik • absence funkčního informačního systému, který by umožnil objektivně hodnotit výsledky péče, stupeň efektivního využití zdrojů a srovnávat výkonové parametry v čase a prostoru³³

³² Hit summary: *Česká republika* (2006). Staženo 25.dubna 2007 z <http://www.who.cz/PDF/Czech-summary%20HiT%20cz.pdf>

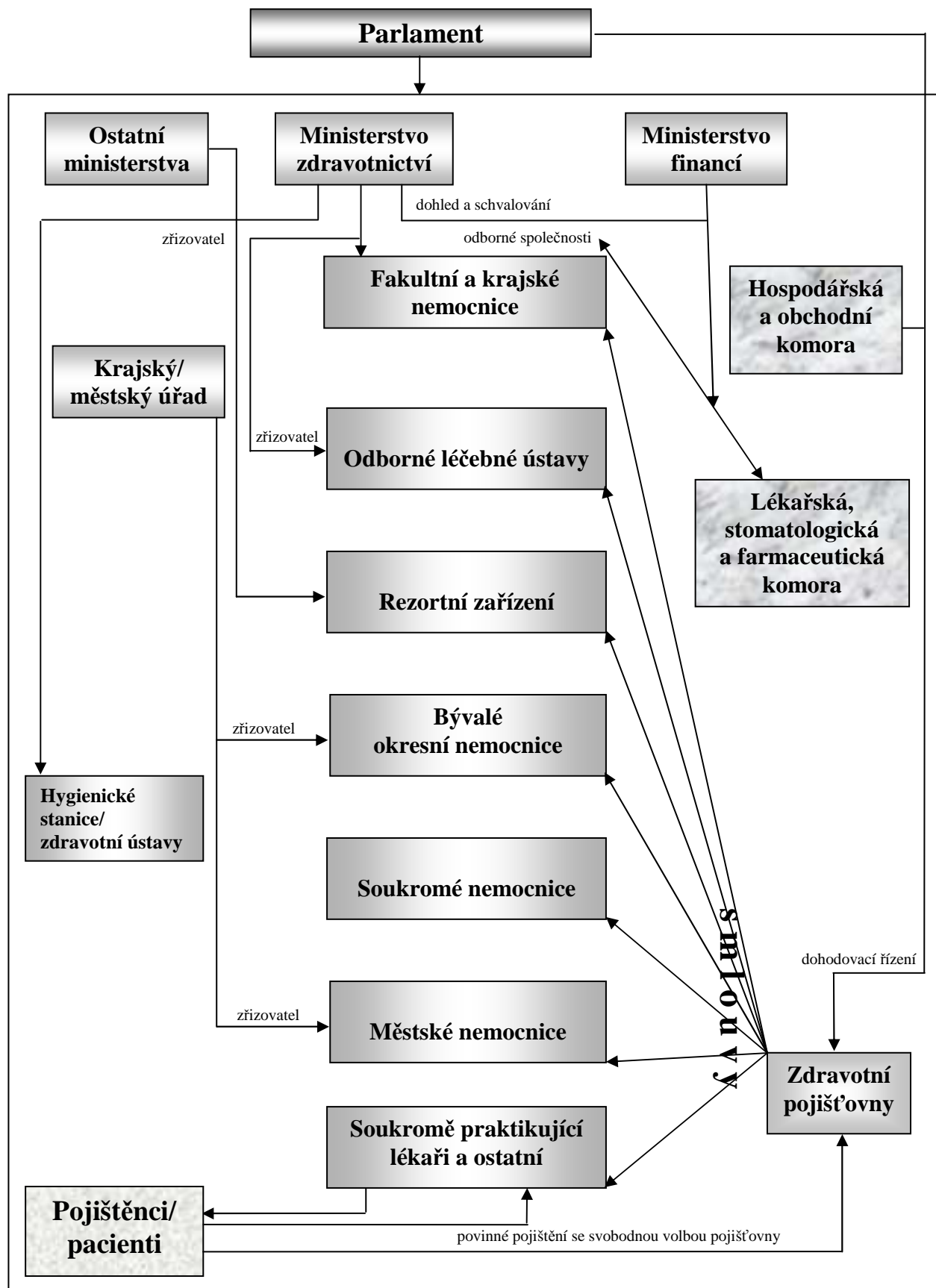
³³ Gladkij, I., Strnad, L., (2002) *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*. Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Schéma č. 8: Zdravotnický systém v České republice³⁴



³⁴ OECD Health Data 2006. Staženo 10.května 2007 z <http://www.ecosante.org/OCDEENG/705.html>

Schéma č. 9: Organizační graf zdravotnického systému v ČR³⁵



³⁵ Gladkij, I. a kol. (2003) *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, str.55

4. Způsoby úhrad zdravotní péče

Úhrady zdravotní péče jsou důležitým nástrojem zdravotní politiky. Nejde o pouhé převody finančních prostředků od plátců k poskytovatelům zdravotnických služeb, ale jde o sladění zájmů zúčastněných aktérů a zajištění odpovídající a účelné péče pacientovi a její ekonomické efektivity.

Mezi základní typy úhrad zdravotní péče patří:

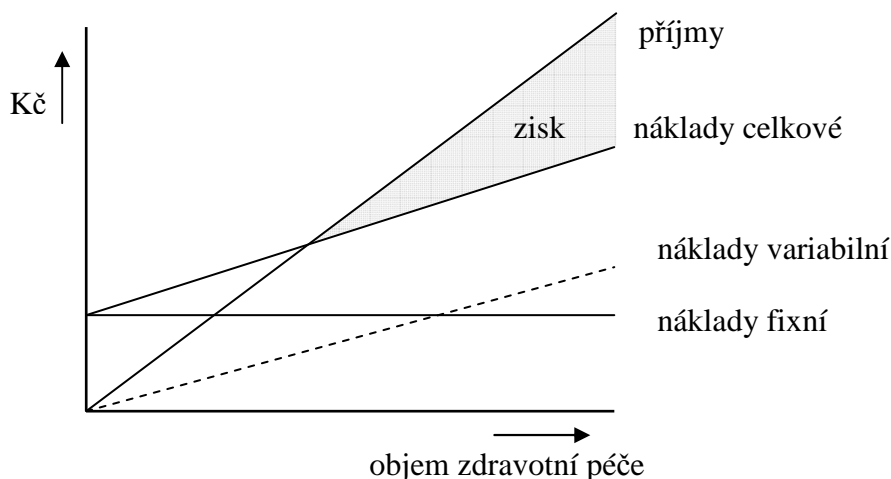
- platba za výkon;
- kapitační platba;
- platba za ošetřovací den;
- platba za diagnózu;
- rozpočet;
- blokové kontrakty;
- bonifikace;
- smluvní financování;
- spoluúčast pacienta;
- finanční spoluúčast na nezdravotních výkonech.

Platba za výkon

Platba za výkon je platbou za jednotlivé položky zdravotní péče, tj. za jednotlivé úkony diagnózy, léčení, ošetřování, farmaceutické služby apod. Základní jednotkou je platba za zdravotní výkon. Zdravotní výkony jsou popsány a oceněny přímo nebo prostřednictvím bodu. Hodnota bodu je pro všechna zdravotnická zařízení stejného typu stejná a je uvedena v seznamu zdravotních výkonů. Seznam výkonů je zároveň ceníkem, podle kterého poskytovatel účtuje plátcům.

Přednosti metody	Nedostatky metody
<ul style="list-style-type: none">• motivace k výkonům (čím více výkonů tím více peněz)• vzrůst zájmu o získání pacienta• motivace k poskytování co nejširších služeb• vzhledem ke konkurenci motivuje k vybavenosti zdravotnických zařízení	<ul style="list-style-type: none">• výkonový model je silně extenzivní a tudíž náročný na zdroje• vykazování výkonů nemusí být vždy prováděno korektně (nerealistické množství výkonů)• závislost na nemocnosti pacientů

Graf č. 2: Platba za výkony

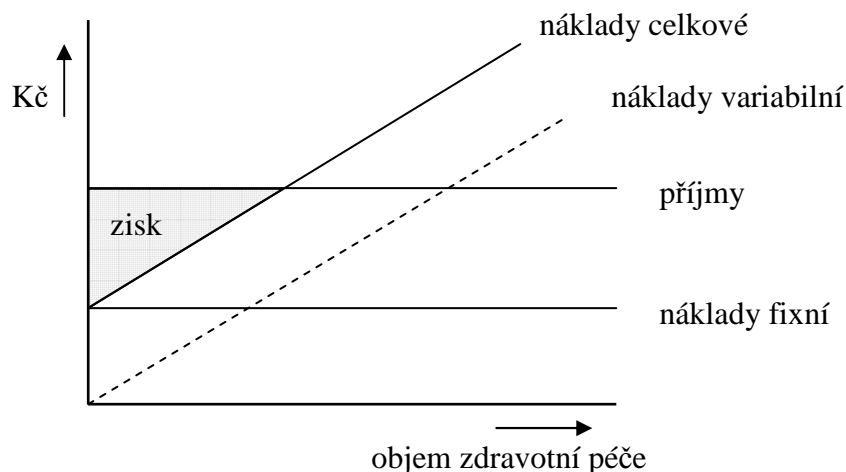


Kapitační platba

Zdravotnické zařízení inkasuje pevně stanovenou částku za registrovaného pacienta ve zdravotnickém zařízení po určitou dobu, bez ohledu na to, zda a jak je léčen. Kapitace bývá odstupňována podle věku nebo pohlaví nebo podle území. Základní jednotkou jsou všechny služby u jednoho pacienta za rok.

Přednosti metody	Nedostatky metody
<ul style="list-style-type: none"> • umožňuje do jisté míry plánovat budoucí výši příjmů • nevytváří podmínky pro poskytování zbytečných nebo nadměrně intenzivních služeb, takže vliv na náklady je příznivý • redukuje objem administrativy, protože nenutí lékaře vykazovat značné objemy stále stejných výkonů 	<ul style="list-style-type: none"> • nebezpečí odmítání více či závažněji nemocných pacientů do registrace • nebezpečí zanedbávání již zaregistrovaných pacientů • znevýhodňuje lékaře v méně lidnatých oblastech • nebezpečí nadměrného odesílání pacientů ke specialistům, pro lékaře je výhodnější odeslat pacienta ke specialistovi či do nemocnice než aby ho léčil sám

Graf č. 3: Kapitační platba



Platba za ošetřovací den

Platba za ošetřovací den je pevná částka, kterou nemocnice obdrží od plátce, to je zdravotní pojišťovny, státního orgánu či jiného správce fondu, na krytí nákladů spojených s jednodenním pobytem pacienta v nemocnici. Základní jednotkou jsou náklady na jednoho pacienta za jeden den ošetření v lůžkovém zařízení.

Přednosti metody	Nedostatky metody
<ul style="list-style-type: none"> • administrativní jednoduchost • průhlednost • motivace nemocnic ke snižování nákladů za jednotku 	<ul style="list-style-type: none"> • nemocnice jsou motivovány k prodloužení pobytu pacienta na lůžku, aby tak zvyšovaly svůj příjem. Vychází se přitom z předpokladu, že náklady spojené s pobytem na lůžku jsou vysoké především v prvních dnech pobytu, zatímco v závěru hospitalizace náklady výrazně klesají. Řešením může být sestupná platba od určité doby hospitalizace.³⁶

Mezi platby za ošetřovací den se řadí také úhrada formou paušální sazby za jeden den hospitalizace (tento termín používá vyhláška č. 619 / 2006 Sb.). Paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví pro každou kategorii pacienta a typ ošetřovacího dne samostatně podle seznamu výkonů. Tento druh úhrady je vhodný pro ta lůžková zařízení, která kromě léčiv poskytují pacientům omezenější rozsah zdravotních výkonů a mají standardní léčebné výstupy a současně mají - z ekonomického hlediska - vyšší podíl fixních provozních nákladů

³⁶ Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str.126

a nižší podíl nákladů spojených s pobytem pacienta v zařízení. Systém je v současnosti používán k úhradám zdravotní péče poskytované psychiatrickými léčebnami, rehabilitačními ústavami, léčebnami pro dlouhodobě nemocné a pod.³⁷

Platba za diagnózu

Platí se soubor služeb u jednoho pacienta za jednu epizodu nemoci. Základní jednotkou je platba za diagnostický případ (za jednu epizodu nemoci). Nejznámějšími systémy platby za diagnózu jsou DRG³⁸, které byly poprvé použity v USA. Systém DRG je podmnožinou tzv. CASE-MIX systému (jedná se o analyticko – klasifikační systémy, které se snaží třídit/zařazovat nemocné podle různých charakteristik). Systémy DRG se zabývají pouze nemocnými, hospitalizovanými na akutních lůžkách nemocnic. Způsob úhrady tímto systémem vychází z předpokladu, že existuje srovnatelnost nákladů na léčbu pacienta s obdobnými léčebnými nároky na terapii. DRG představuje určitý počet klasifikačních skupin pro zařazení pacientů s podobnými léčebnými a ekonomickými parametry. Pacienti jsou diferencováni podle toho, zda léčba bude prováděna konzervativně nebo zda bude potřeba operace, dále dle primární diagnózy, věku, pohlaví, sekundární diagnózy a komorbidit, komplikací a zvláštních výkonů. Nemocní jsou tedy řazeni do určitých DRG skupin, které jsou ještě rozčleněny do 25 hlavních diagnostických tříd. Platba za diagnostickou skupinu se pak vypočte takto:

Cena diagnostické skupiny = specifická váha DRG * základní sazba

Specifická váha pacienta je relativní vážená hodnota, vyjadřující náročnost jednotlivých skupin DRG na finanční zdroje. Vypočítá se jako podíl průměrného nákladu na jeden příklad v DRG skupině a celkového průměrného nákladu na jeden příklad. Váha 1,00 odpovídá průměrnému nemocnému, číslo větší než 1,00 vyjadřuje složitější léčení a číslo menší než jedna znamená opak. Ohodnocení za diagnózu také závisí na tom, jak dlouho je pacient v nemocnici. V určitém bodě náklady za pacientem přesáhnou sazbu jeho úhrady a pacient se tak stává nerentabilní pro danou nemocnici.³⁹

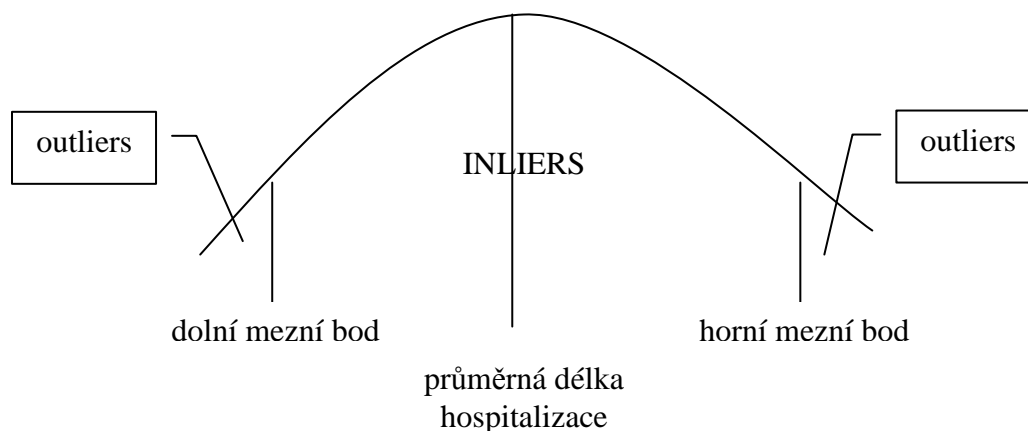
Na následujícím obrázku je schématicky znázorněna Gaussova křivka četností v závislosti na délce hospitalizace (osa x). Tyto údaje jsou stanovovány zvlášť pro každou DRG skupinu. Uvnitř rozmezí jsou nemocní s označením "inliers". Nemocní ležící vně mezních bodů se

³⁷ Musílková, J. (2001) *Mohou být používány systémy úhrad za zdravotní péči*. Staženo 5.dubna 2007 z <http://cepin.cz/cze/prednaska.php?ID=179>

³⁸ Diagnosis Related Groups

³⁹ Gladkij, I. a kolektiv (2003) *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press

nazývají "outliers". Ti mohou být tzv. "krátcí" (nedosáhli dolního mezního bodu) a "dlouzí" - jejich doba hospitalizace je nad horním mezním bodem.⁴⁰



Inliers:

- případ hospitalizace ležící uvnitř časového rozpětí stanoveného pro konkrétní DRG skupinu;
- pobyt nemocného v nemocnici je hrazen vždy stejnou částkou (získáme vynásobením základní sazby a váhy určené pro danou skupinu DRG).

Outliers:

- případ hospitalizace ležící vně mezních bodů pro konkrétní DRG;
- krátký - délka hospitalizace je kratší než dolní mezní bod;
- dlouhý - délka hospitalizace je delší než horní mezní bod v dané DRG;
- pro úhradu existuje více přesně definovaných způsobů (většinou se jedná o určitým dohodnutým způsobem propočtenou sazbu za jeden den pobytu v nemocnici).

Přednost metody	Nedostatky metody
<ul style="list-style-type: none"> • zkrácení průměrné doby hospitalizace • zesílení tlaku na dodavatele zdravotnických produktů 	<ul style="list-style-type: none"> • rozdělení hospitalizace dlouhodobě nemocných pacientů na několik kratších • snaha o získání pacientů k výkonům v ziskově výhodných oborech • zvyšování stupně závažnosti choroby hospitalizovaného pacienta

⁴⁰ VZP ČR (2000) Zpravodaj 3/2000 Systém DRG není jen platba za diagnózu. Staženo 10.dubna 2007 <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/DRGclankyaprezentace/ZpravodajVZPCR/Zpravodaj3R2000A.html>

Rozpočet

Pevně stanovená částka na dané období (obvykle jeden rok) za veškeré služby, které zařízení poskytuje během jednoho roku. Z hlediska stanovení celkové částky prostředků existují v zásadě dva modely. Line-item model, kde rozpočtové částky za jednotlivé skupiny nákladů v součtu dávají celkový rozpočet nemocnice a model rozpočtu globálního, kde je stanoven rozpočet úhrnně za celou nemocnici. Rozpočtové částky jsou stanoveny buď podle nákladů minulého období nebo na základě předpokládaného vývoje určených kritérií v rozpočtovém období.

Přednosti metody	Nedostatky metody
<ul style="list-style-type: none">• omezení celkového růstu objemu poskytovaných služeb podle zájmu zařízení o vyšší příjmy• ponechána určitá volnost z hlediska využívání zdrojů uvnitř limitu daného rozpočtem	<ul style="list-style-type: none">• omezené prostředky nemocnic• vynakládání prostředků může být neúčelné jen pro konečné vyčerpání rozpočtových částek• výběr pacientů podle náročnosti jejich léčby a jejich případné přesouvání do jiných zařízení

Mezi rozpočtové úhrady lze zařadit i paušální úhradu (termín používá vyhláška č.619/2006 Sb.). Paušální úhradou jsou v ČR financovány nemocnice a to od roku 1997, kdy byl nahrazen výkonový systém úhrad. Výše paušální úhrady je stanovena na základě skutečností předchozího roku a vypočte se jako % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v předchozím roce.

Blokové kontrakty

Jde o roční rozpočet lékaře nebo nemocnice na definovanou péči. Základní jednotkou je schválená investice. Účelové paušály se obvykle používají jako doplňková platba k jinému typu platby. Mohou být odstupňovány dle specializace lékaře, počtů lůžek či kategorie nemocnice.

Přednosti metody	Nedostatky metody
<ul style="list-style-type: none">• nízké administrativní náklady• nevede k neúčelnému zvyšování kvality nebo intenzity produkce	<ul style="list-style-type: none">• motivace k vyčerpání paušálu za každou cenou do konce roku

Bonifikace

Účelově vázaná platba, která odměňuje dosažení určitého cíle, který může být stanoven ekonomicky nebo medicínsky. Základní jednotkou je splnění stanoveného cíle. Bonifikace se obvykle používá jako doplňková platba k jinému typu platby.

Smluvní financování - contracting

Tento způsob plateb je založen na dohodě mezi zdravotnickým zařízením a smluvním partnerem (může jím být pojišťovna, obec, stát) o tom, kdy, komu, za jakých podmínek a v jakém rozsahu poskytne zdravotní péči.

Spoluúčast pacienta

Spoluúčastí pacienta se myslí konkrétní hrazení výkonů, nikoli placení pojištění, které je také výdajem na zdravotní péči. Spoluúčasti lze s úspěchem využít v případě zdravotnických služeb, které jsou charakterizovány vyšší cenovou elasticitou poptávky (rehabilitace, stomatologické služby, léčiva). Elasticita poptávky na straně pacienta znamená, že pacienti mají v určitých oblastech zdravotnických služeb volnější prostor pro své rozhodování.

Přednosti metody	Nedostatky metody
<ul style="list-style-type: none">• snížení neoprávněných požadavků na poskytování zdravotní péče a tím i k tlumení růstu výdajů na zdravotnictví• zdroj určitého zvýšení přísunu prostředků do zdravotnictví	<ul style="list-style-type: none">• finanční nedostupnost může pacienta odradit a pacient vstupuje až do sekundárního případně terciálního sektoru a tím se významně prodražuje a prodlužuje jeho léčení

Finanční spoluúčast na nezdravotních výkonech

Do této oblasti patří nejrůznější potvrzení, dobrozdání a posudky. Pokud budeme uvažovat platbu za pobyt v nemocnici, pak se nebude jednat o zdravotní péči v pravém slova smyslu, ale o nezdravotní výkony, které je možno přirovnat k běžné službě.

Tabulka č. 6: Použití základních způsobů úhrad:

Způsob úhrady	Základní jednotka	Použití
Platba za výkon	Zdravotnický výkon nebo produkt	Praktičtí lékaři, specialisté, nemocnice, lékárny, atd.
Kapitační platba	Všechny služby u jednoho pacienta za rok	praktičtí lékaři, organizace typu HMO
Platba za ošetrovací den	Pacient/den	Nemocnice a polonemocniční provozy
Platba za diagnózu	Diagnostický případ (jedna epizoda nemoci)	Nemocnice (DRG), ambulantní specialisté
Blokový kontrakt	Schválené investice	Kdekoliv
Rozpočet	Všechny služby za rok	Nemocnice a nadregionální zařízení
Bonifikace	Splnění stanoveného cíle	Kdekoliv

Zdroj: ZDN

Tabulka č. 7: Hodnocení vlivu některých modelů úhrad nemocniční péče⁴¹

Způsob úhrady	Efektivnost péče	Dostupnost péče	Kvalita péče
Platba za výkon	nejednoznačný	pozitivní v chirurgii	nejednoznačný
Kapitační platba	pozitivní	nejednoznačný	nejednoznačný
Platba za ošetrovací den	negativní	nejednoznačný	nejednoznačný
Platba za diagnózu	pozitivní	pozitivní	negativní
Rozpočet	pozitivní	nejednoznačný	nejednoznačný

⁴¹ McKee aspol. (2002) *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory

5. Způsoby úhrad zdravotní péče jednotlivým zdravotnickým zařízením v ČR

Od roku 1992 je zdravotní péče České republiky převážně hrazena ze všeobecného zdravotního pojištění (graf č. 14). Z počátku byla činnost zdravotnických zařízení proplácena platbou za výkon, tzn. zdravotnická zařízení vykazovala své výkony v bodových hodnotách a hodnota bodu se měnila v závislosti na vývoji vztahu mezi příjmy pojišťoven a výdaji zdravotnických zařízení – šlo o relativní hodnotu bodu, která se vypočetla takto:

Příjmy pojistného fondu – přímé úhrady

Relativní hodnota bodu = -----

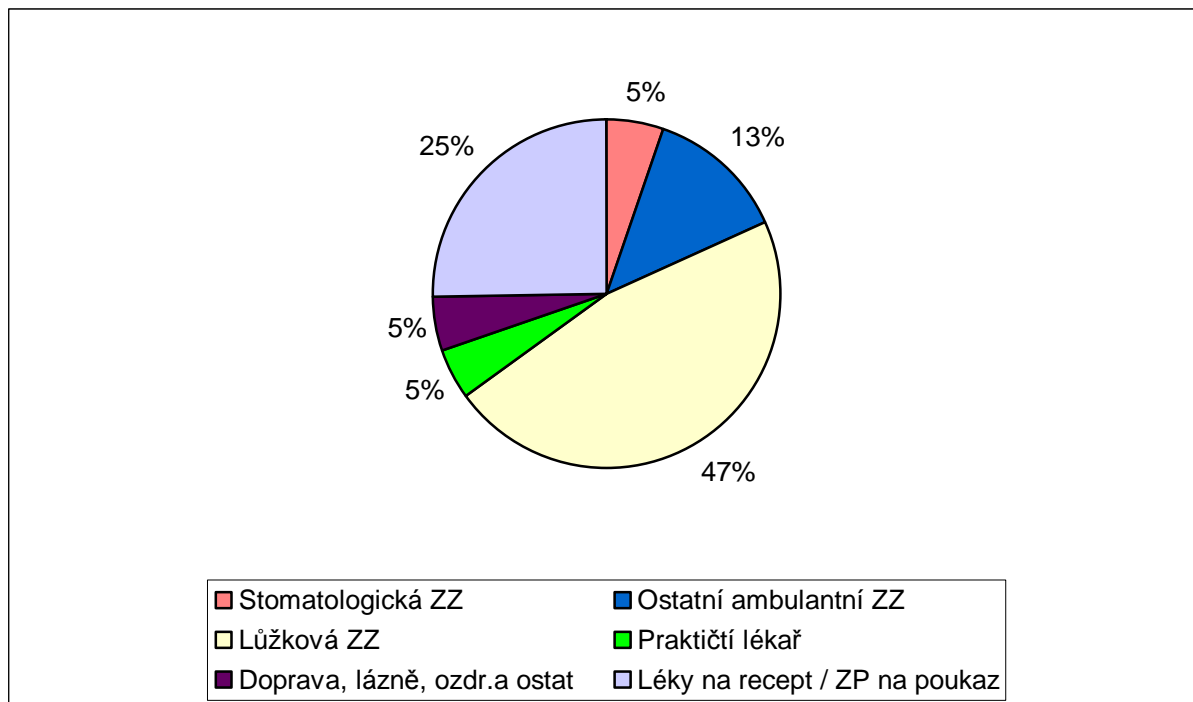
Množství výkonů x hodnota bodu

Tento systém byl zvolen proto, aby motivoval zdravotnická zařízení k zájmu o pacienta a zabezpečení dostupnosti zdravotní péče z hlediska kvantity. Z počátku se výkonový model vyvíjel pozitivně, ale po čase se ukázalo, že model je silně extenzivní. Nabídka indukovala poptávku a roztáčela se spirála nákladů. V roce 1997 proto vstoupil v platnost nový seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kde hodnota bodu je přímo stanovena korunovou sazbou, a dále pak korigována regulačními mechanismy podle určitých pravidel.⁴² V následujících kapitolách jsou popsány způsoby úhrad za služby poskytovatelům zdravotní péče dle současně platné legislativy.

Přibližné rozdělení nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentu péče ukazuje následující graf.

⁴² Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica, str. 202

Graf č. 4: Struktura nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči podle segmentu péče v roce 2005



Zdroj⁴³: ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*

5.1. Ambulantní zdravotní péče

5.1.1. Praktičtí lékaři pro dospělé a praktičtí lékaři pro děti a dorost

Praktičtí lékaři jsou z velké části samostatnými, privátními lékaři. Způsoby úhrad za jejich činnosti prošly řadou změn. Po transformaci zdravotnictví, na počátku 90. let, byla praktickým lékařům jejich činnost hrazena pouze výkonovou platbou. To v praxi znamenalo, že každý zdravotní výkon byl ohodnocen určitým počtem bodů. Tento systém se od roku 1997 (až na výjimky) nepoužívá, protože s sebou nesl řadu nevýhod:

- provádění nadbytečných výkonů ve snaze nashromáždit co nejvíce bodů;
- chyběla motivace k dobré péči o pacienta;
- nedocházelo k odesílání pacienta k odbornému lékaři.

⁴³ ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. Staženo 2.dubna 2007 z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomické%20informace®ion=100&kind=1&mn_u_id=5300

Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Z výše uvedených důvodů se systém změnil na kombinovanou kapitačně výkonovou platbu. Lékař dostává část své odměny ve fixní formě, tj. ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, kterého má ve své registraci. Tuto platbu hradí zdravotní pojišťovna, u které je pacient pojištěncem. Platba je lékaři odváděna pouze za to, že je u něj pacient registrován, bez ohledu na to, zda v daném měsíci vyžadoval poskytnutí lékařské péče. Výše této platby je však závislá na věku pacienta, vykazuje se tzv. „jednicový pojištěnec“ neboli kapitační jednotku (*KJ*).

Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Sazba pro rok 2007 byla vyhláškou (č. 619/2006 Sb.) stanovena na 36 Kč.

Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte vynásobením počtu zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách, násobených indexem. Index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny ve věkové skupině 15 až 19 let.⁴⁴

Tabulka č. 8: Věkové skupiny a indexy

VĚKOVÁ SKUPINA (ROKY)	INDEX	VĚKOVÁ SKUPINA (ROKY)	INDEX
0 – 4	3,80	45 – 49	1,10
5 – 9	1,65	50 – 54	1,35
10 – 14	1,30	55 – 59	1,45
15 – 19	1,00	60 – 64	1,50
20 – 24	0,90	65 – 69	1,70
25 – 29	0,95	70 – 74	2,00
30 – 34	1,00	75 – 79	2,40
35 – 39	1,05	80 – 84	2,90
40 – 44	1,05	85 a více	3,40

⁴⁴ Vyhláška č.619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodů, výše úhrad zdravotní péče hrazené za zdravotního pojištění a regulační omezení objemu poskytnuté péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2007

Druhou složku plateb praktickým lékařům představují platby za určité výkony. Zdravotní pojišťovny předem uveřejňují soupis těchto hrazených úkonů a jejich sazeb, včetně eventuálních změn. Vzhledem k tomu, že praktický lékař je mnohdy povinen poskytnout zdravotní péči pacientovi, který u něj není registrován, je mu tato poskytnutá péče hrazena tímto způsobem. Pojišťovny však limitují počet takto ošetřených pacientů určitou hranicí nebo procentem. Zdravotní pojišťovny sledují počty ošetřených neregistrovaných pacientů, a mají právo zjišťovat příčiny takového stavu a provést regulační opatření.

Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, zdravotní výkony za neregistrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny a za pojištěnce z EU, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů platného k 31.12.2005 se stanoví hodnota bodu ve výši 1,07 Kč. Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby, které nebyly stanoveny v seznamu výkonů platném k 31. prosinci 2005, hrazené podle platného seznamu výkonů se hodnota bodu stanoví ve výši 0,97 Kč.⁴⁵

Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapitace

Při přechodu na kombinovanou kapitačně výkonovou platbu (KKVP) a s ohledem na fakt, že od 3.čtvrtletí 1997 je (až na výjimky) KKVP jediným způsobem úhrady praktickým lékařům pro dospělé a praktickým lékařům pro děti a dorost, se dostalo do popředí zájmu řešení úhrady tzv. malých či nevýhodných praxí. Cílem řešení úhrady těchto praxí je zajištění dostupnosti primární péče v oblastech se ztíženými geograficko – demografickými podmínkami.⁴⁶

Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy lékař má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.⁴⁷

Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.⁴⁸

⁴⁵ Vyhláška č.619/2006 Sb.

⁴⁶ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Geograficko-demograficky nevýhodné (malé) praxe*. Staženo 25.dubna 2007 z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/male-praxe>

⁴⁷ Zákon č.48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

⁴⁸ Vyhláška č.619/2006 Sb.

Kriteria a podmínky pro přiznání statutu „malé praxe“⁴⁹:

- obtížná dostupnost (např. horský terén, obtížné dopravní spojení, vzdálenost od dalšího praktického lékaře nad 15 km apod.);
- malá hustota obyvatelstva v dané lokalitě (např. pohraniční oblast);
- obecně nižší přepočtený počet jednicových pojištěnců vztažený k aktuálnímu celostátnímu průměru;
- zařízení nepřekračuje regulační mechanismy na nepravidelnou péči;
- praktický lékař musí mít v ordinaci sestru;
- praxe musí mít nasmlouvanou KKVP se všemi zdravotními pojišťovnami, u kterých má pojištěnce.

Hodnocení kombinované kapitačně výkonové platby

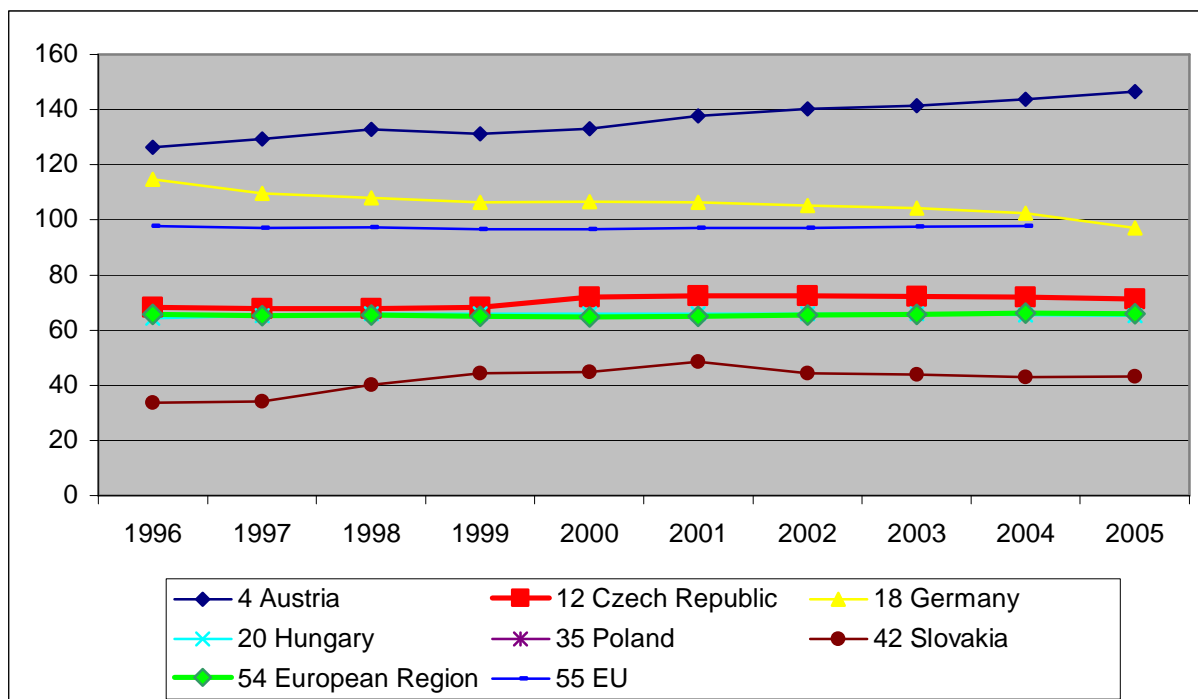
Pokud počet jednicových pacientů překročí u některého lékaře normovaný počet (u praktických lékařů pro dospělé je to 2060 jednicových pacientů a u praktických lékařů pro děti a dorost je to 1810 jednicových pacientů)⁵⁰, fixní část plateb se lékaři krátí degresním koeficientem. Takto se vlastně limituje horní hranice možných pacientů jednoho praktického lékaře. Tento systém nemotivuje lékaře k nějaké enormní klientele na úkor času věnovaného pacientovi. Na druhé straně však vyvíjí i určitý tlak na přetahování pacientů tam, kde počet pacientů daného lékaře může být pod hranicí normy. Pravdou však je, že dobrý lékař má klientelu nepochybně vyšší. Tento systém tedy do určité míry respektuje i ocenění a pověst daného lékaře. Kapitační způsob úhrad je víceméně všeobecně lékaři akceptován a proti předcházejícímu systému, který vytvářel špatnou motivaci ve formě možného honu za body, přinesl mnoho zlepšení.⁵¹

⁴⁹ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Geograficko-demograficky nevýhodné (malé) praxe*. Staženo 25.dubna 2007 z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/male-praxe>

⁵⁰ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. *Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR*. Praha říjen 2006. Staženo 25.dubna 2007 z http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/metodika/MDR/Pravidla_v62_28112006.pdf

⁵¹ Gladkij, I. (2003) *Management ve zdravotnictví*. Brno : Nakladatelství Computer Press, str.117

Graf č. 5: Praktičtí lékaři na 100 000 obyvatel v ČR, vybraných zemích, průměr v EU a evropském regionu v letech 1995 – 2005⁵²



5.1.2. Ambulantní specialisté

Ambulantní specialisté představují početnou a různorodou skupinu lékařů a patří do ni všichni odborní lékaři. Způsob úhrad za služby ambulantních specialistů je založen na platbách za poskytnuté zdravotní výkony, přičemž existuje oficiální „Seznam zdravotních výkonů“ s bodovými hodnotami, který vydalo Ministerstvo zdravotnictví ČR. Tento sazebník má k dispozici každý ambulantní specialista a podle něj účtuje své výkony, spolu s přiřazenými bodovými hodnotami, zdravotním pojišťovnám. Pro výši plateb je klíčová korunová hodnota bodu. Právě tato otázka je důvodem opakovaných střetů mezi lékaři a zdravotními pojišťovnami. Hodnota bodu je pak výsledkem dohodovacího řízení mezi zdravotními pojišťovnami a Lékařskou komorou. Pokud nedojde mezi stranami k dohodě, může vstoupit do jednání třetí strana, vláda.

V současné době jsou úhrady upraveny vyhláškou č.619/2006 Sb. a hodnotou bodu je 1,02 Kč pro hemodialyzační péči, pro ostatní odbornosti ve výši 1,05 Kč.

Celková výše úhrady zdravotnickému zařízení poskytujícímu zdravotní péči v jedné odbornosti se vypočte takto⁵³:

⁵² WHO. *European health for all*. Staženo 15.dubna 2007 z <http://data.euro.who.int/hfad/b/>

POPzpo	počet unikátních pojištěnců ošetřených v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007;
PUROo	průměrná úhrada za zdravotní výkony, včetně zvlášť účtovaného materiálu a zvlášť účtovaných léčivých přípravků, na jednoho unikátního pojištěnce ošetřeného v dané odbornosti zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2006
Inu	index nárůstu úhrad

Vyhláška č.619/ 2006 Sb. určuje kromě hodnoty bodu také maximální výše úhrad. V současné době jsou maximální úhrady upraveny tak, že se počítají na jednoho unikátního (ošetřeného) pojištěnce. Při překročení může pojišťovna zdravotnickému zařízení snížit úhradu. Jedná se o změnu proti dřívějšímu, kdy lékaři měli stanovenou určitou sumu peněz jako strop a nemohli ji překročit. Pokud tak učinili, pojišťovna jim tyto výkony nehradila.

Hodnocení výkonového způsobu úhrad ambulantních specialistů

Výkonový způsob úhrad svádí k nadbytečnému vyšetřování pacientů a někdy jsou ošetřováni pacienti, kterým by stačila péče u praktického lékaře. Pacienti mnohdy vyhledávají zbytečně péči ambulantních specialistů (pocit, že praktický lékař není dostatečně erudován, přístup k ambulantním specialistům není nijak regulován) a ambulantní specialisté pacienty neodmítají, často je zvou na pravidelné (zbytečné) kontroly – jednoduchý zdroj příjmů.

5.1.3. Zubní lékaři

V roce 1997 Česká stomatologická komora⁵⁴ prosadila samostatný sazebník stomatologických výkonů a samostatné ocenění stomatologické péče. Výkony nejsou bodově ohodnoceny, ale jsou přímo korunově vyjádřeny. Vedle těchto výkonů obsahuje sazebník i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které si pacient hradí sám, nebo na které si sám přispívá. Přijetím zákona č. 48/1997 Sb. a jeho příloh č. 1⁵⁵ a č. 4⁵⁶ bylo stanoveno, jaká část

⁵³ Příloha č. 3 k vyhlášce č. 619/2006 Sb.

⁵⁴ Více o České stomatologické komoře na <http://www.dent.cz/cs/csk/>

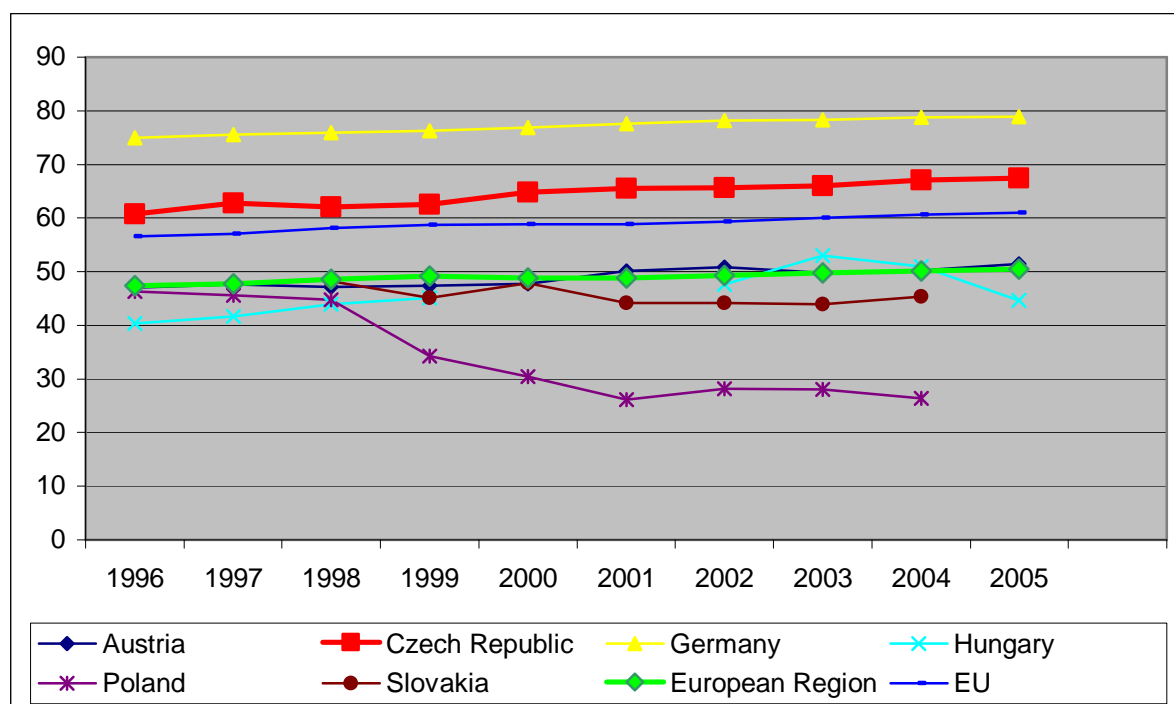
⁵⁵ V příloze č. 1 jsou vyjmenovány výkony, které nejsou vůbec hrazeny ze zdravotního pojištění nebo pouze za určitých podmínek.

zubní péče není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Standardní stomatologické ošetření je tedy hrazeno zdravotní pojišťovnou ze zdravotního pojištění, na některé nadstandardní výkony si pacient sám přispívá a některé hradí zcela sám.

Hodnocení výkonového způsobu úhrad stomatologů

Současný systém financování stomatologické péče je možno označit za nejlepší možné řešení. Systém je již relativně dlouhou dobu stabilní. Je otázkou, zda by se nedal aplikovat i na jiné obory lékařské péče, především pak pokud se jedná o ambulantní specialisty. Těžko by se však mohl zavést na financování lůžkové péče. Každopádně by tento systém odstranil složité výpočty jak na straně lékařů, tak na straně zdravotních pojišťoven⁵⁷.

Graf č. 6: Zubní lékaři na 100 000 obyvatel v ČR, vybraných zemích, průměr v EU a evropském regionu v letech 1995 – 2005⁵⁸

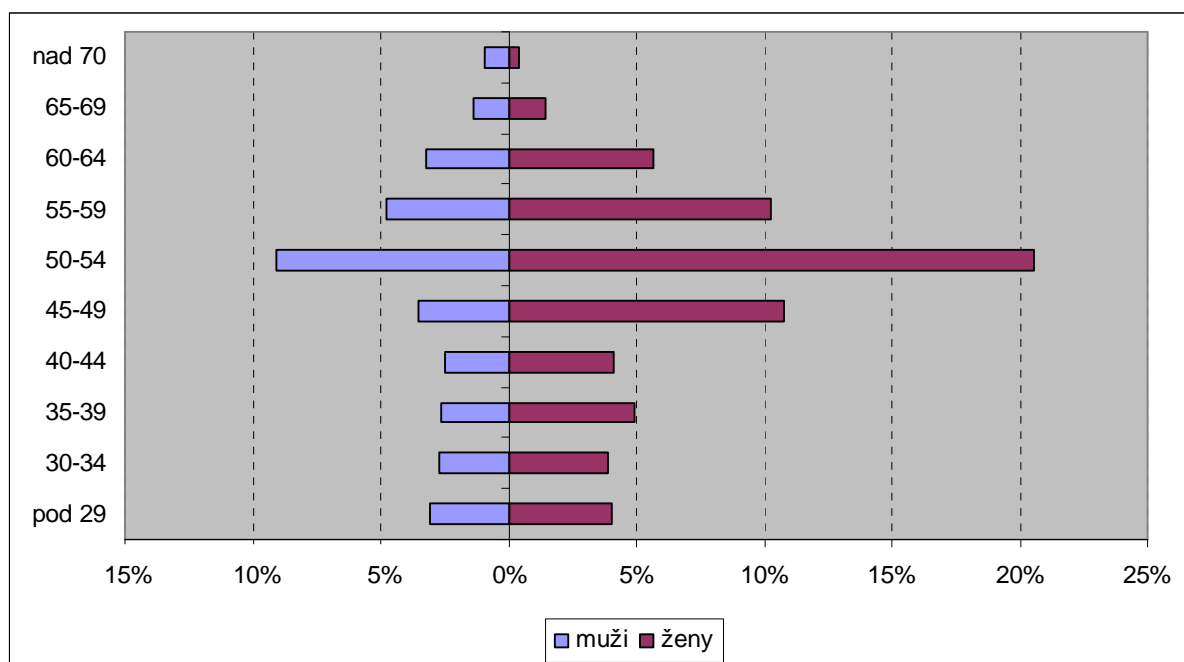


⁵⁶ Příloha č. 4 uvádí seznam stomatologických a ortodontických výrobků plně hrazených, částečně hrazených a nehrazených zdravotními pojišťovnami, včetně podmínek úhrady. Dostupnost: http://www.dent.cz/cs/csk/c_uhradypece/c_primezaklad.htm

⁵⁷ Gladkij, I. (2003) *Management ve zdravotnictví*. Brno : Nakladatelství Computer Press, str. 119

⁵⁸ WHO. *European health for all*. Staženo 15.dubna 2007 z <http://data.euro.who.int/hfad/>

Graf č. 7: Věková struktura zubních lékařů v ČR⁵⁹.



Pozn.: Evidenční počet zubních lékařů % vyjadřuje podíl daného pohlaví v dané věkové skupině na celkovém počtu zubních lékařů.

5.1.4. Laboratoře

Zdravotní péče poskytovaná laboratořemi je upravena vyhláškou Ministerstva zdravotnictví⁶⁰. Zdravotní péče je hrazena paušální sazbou a pro 1. a 2. pololetí 2007 se paušální úhrada stanoví ve výši 101 % objemu úhrady za zdravotní péči zdravotnickým zařízením vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v příslušném pololetí 2006.

Po vyhodnocení celkového objemu poskytnuté zdravotní péče v příslušném pololetí 2007 zdravotní pojišťovna provede úpravu paušální úhrady takto:

- a) pokud zdravotnické zařízení vykáže v příslušném pololetí 2007 počet bodů, který zdravotní pojišťovna uzná, v rozpětí 98 – 102 % referenčního počtu bodů, výše paušální úhrady se nemění;
- b) pokud zdravotnické zařízení vykáže v příslušném pololetí 2007 počet bodů, který zdravotní pojišťovna uzná, nižší než 98 % referenčního počtu bodů, paušální úhrada se upraví vynásobením koeficientem změny výkonnosti, který se vypočte jako podíl

⁵⁹ UZIS. *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2005*. Staženo 15.dubna 2007 z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Lékaři®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

⁶⁰ Příloha č. 4 k vyhlášce č. 619/2006 Sb.

vykázaného a uznaného počtu bodů v příslušném pololetí 2007 a referenčního počtu bodů;

- c) pokud zdravotnické zařízení vykáže v příslušném pololetí 2007 počet bodů, který zdravotní pojišťovna uzná, vyšší než 102 % referenčního počtu bodů, upraví zdravotní pojišťovna paušální úhradu takto:

$$UPS = PS + [(PS \times \frac{PB}{RPB} - PS) \times PK_{vn}]$$

UPS upravená paušální úhrada

PS paušální úhrada ve výši 101 % objemu úhrady za zdravotní péči zdravotnickým zařízením vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou v příslušném pololetí 2006

PB počet zdravotnickým zařízením vykázaných bodů za příslušné pololetí 2007 zdravotní pojišťovnou uznaných

RPB referenční počet bodů

PK_{vn} průměrný koeficient variabilních nákladů. Koeficient PK_{vn} se stanoví ve výši 0,4 a pro odbornost 809 (radiodiagnostika) ve výši 0,6.⁶¹

U zdravotnických zařízení, kde je výrazně proměnlivý objem poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a kde není možné stanovit paušální sazbu za porovnávací období, je poskytnutá zdravotní péče hrazena podle seznamu výkonů. Hodnota bodu je v současné době stanovena ve výši 0,87 Kč.

Hodnocení způsobů úhrad laboratoří

Tomuto systému úhrad lze vytknout především složitost, pracnost a časovou náročnost jak pro pojišťovny, tak pro zdravotnická zařízení, která musí kromě finančních hodnot sledovat také hodnoty bodové. Efektivnější by pravděpodobně bylo zavést přímé platby za provedené výkony při zohlednění regulačních mechanismů pojišťoven.

⁶¹ Příloha č.4 k vyhlášce č. 619/2006 Sb.

5.1.5. Domácí zdravotní péče

Úhrada zdravotní péče je prováděna podle seznamu výkonů na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovny podle vyhlášky⁶² ministerstva zdravotnictví. Hodnota bodu je stanovena pro sestru domácí péče ve výši 1,07 Kč, pro zdravotní sestru ve výši 0,90 Kč a pro porodní asistentku ve výši 1 Kč. Hodnoty bodu však platí do 110% vypočteného objemu: Tento objem se vypočte takto:

$$P_{Bro} \times \frac{PO_{Pho}}{PO_{Pro}}$$

P_{Bro} celkový počet zdravotnickým zařízením vykázaných a zdravotní pojišťovnou uznaných bodů za příslušné pololetí 2006

PO_{Pho} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2007

PO_{Pro} celkový počet unikátních pojištěnců ošetřených zdravotnickým zařízením v příslušném pololetí 2006

V případě poskytnutí zdravotní péče nad 110 % objemu vypočteného se hodnotou bodu snižuje.

5.1.6. Fyzioterapie

Úhrada zdravotní péče je u fyzioterapie prováděna podle seznamu výkonů na základě smlouvy mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovny podle vyhlášky⁶³ ministerstva zdravotnictví. Hodnota bodu dle vyhlášky je stanovena ve výši 0,99 Kč a v případě poskytnutí zdravotní péče nad vypočtený objem se hodnota bodu snižuje na 0,59 Kč. Nadstandardní služby, jako například masáže nebo preventivní rehabilitace si pacient hradí přímo sám.

⁶² Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁶³ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

5.1.7. Lékařská služba první pomoci

Způsob úhrady za poskytnutou zdravotní péči lékařskou službou první pomoci je upraven vyhláškou ministerstva zdravotnictví.⁶⁴ Podle v současně době platné vyhlášky je lékařská služba první pomoci hrazena podle seznamu výkonů, kde hodnota bodu byla stanovena ve výši 0,92 Kč. Dříve byla pro výši úhrad stanovena maximální výše, což bylo značně nevýhodné například v obdobích chřipkových epidemií, kdy pacienti přirozeně navštěvovali tato zdravotnická zařízení častěji a tato zařízení tak mohla vydělat více peněz. Problém byl v tom, že pojišťovny jim tyto prostředky neproplácely. Stanovení finančních stropů je problematické v jakémkoli odvětví zdravotnictví, ale u lékařské služby první pomoci to bylo obzvláště nevhodné. Z těchto důvodů byly maximální úhrady zrušeny a dá se říci, že od té doby se systém relativně stabilizoval a funguje bez větších problémů.⁶⁵

5.1.8. Zdravotnická záchranná služba

Zdravotní péče poskytovaná v rámci zdravotnické záchranné služby může být hrazena dvojitým způsobem⁶⁶:

- a) paušální úhradou za poskytnutou zdravotní péči;
- b) podle seznamu výkonů a hodnota bodu je stanovena ve výši 1,03 Kč dle vyhlášky⁶⁷ ministerstva zdravotnictví.

5.1.9. Zdravotní doprava

Zdravotní doprava může být hrazena dvojitým způsobem⁶⁸:

- a) paušální úhradou za poskytnutou zdravotní péči;
- b) úhradou za zdravotní výkony podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami dle vyhlášky⁶⁹ ministerstva zdravotnictví takto:
 - ve výši 0,91 Kč vynásobené indexem 1,03 pro zdravotnická zařízení poskytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu,
 - ve výši 0,91 Kč vynásobené indexem 0,97 pro zdravotnická zařízení neposkytující zdravotní péči v nepřetržitém provozu.

⁶⁴ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁶⁵ Gladkij, I. (2003) *Management ve zdravotnictví*. Brno : Nakladatelství Computer Press, str. 120

⁶⁶ Vyhláška č.618/2006 Sb.

⁶⁷ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁶⁸ Vyhláška č.618/2006 Sb.

⁶⁹ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

5.2. Ústavní péče

5.2.1. Nemocnice

Nemocnice jsou financovány paušální úhradou a to již od roku 1997. Výše paušální úhrady byla stanovena na základě údajů z minulého roku, tedy roku 1996, kdy úhrady probíhaly platbou za provedené výkony. Systém paušálních plateb je projevem představy, že většina nákladů nemocnic je fixních a do jisté míry nezávislá na počtu ošetřených pacientů nebo prováděných výkonů. Z celkového počtu nákladů na provoz nemocnice je průměrně 75% stálého charakteru. V roce 1997 tedy byla stanovena výše paušálů pro jednotlivé nemocnice, jejichž výše se samozřejmě lišila.

Na rok 2007 jsou paušální úhrady pro nemocnice stanoveny takto⁷⁰:

- a) úhrada ve výši 104 % celkové úhrady náleží zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za rok 2006, pokud počet vykázaných a uznaných hospitalizací za rok 2007, vynásobeného indexy příslušných skupin vztažených k diagnóze, do kterých tyto hospitalizace patří podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁷¹, ve výši alespoň 95 % vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací za rok 2006 vynásobeného indexy příslušných skupin vztažených k diagnóze;
- b) pokud dojde k vykázání a uznání počtu hospitalizací za rok 2007, vynásobeného indexy příslušných skupin vztažených k diagnóze, ve výši alespoň 93 % vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací za rok 2006, vynásobeného indexy příslušných skupin vztažených k diagnóze, paušální úhrada zdravotnickému zařízení se pro rok 2007 stanoví ve výši 102 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za rok 2006;
- c) pokud dojde k vykázání a uznání počtu hospitalizací za rok 2007, vynásobeného indexy příslušných skupin vztažených k diagnóze, menšímu než 93 % vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací za rok 2006 vynásobeného indexy příslušných skupin vztažených k diagnóze, paušální úhrada zdravotnickému zařízení se pro rok 2007 stanoví ve výši 100 % celkové úhrady náležející

⁷⁰ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁷¹ Sdělení ČSÚ č. 427/2005 Sb., o zavedení Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR – DRG:International Refined Diagnosis Related Groups, casemixový hospitalizační systém vybraný pro použití v ČR).

zdravotnickému zařízení za zdravotní péči poskytnutou, vykázanou a zdravotní pojišťovnou uznanou za rok 2006;

Do počtu hospitalizací podle písmena a) až c) se nezapočítávají hospitalizace, které nelze zařadit do skupin vztažených k diagnóze.

- d) pokud zdravotnické zařízení v roce 2007 poskytne objem zdravotní péče menší, než je 90 % bodů za zdravotní výkony vykázané zdravotnickým zařízením v roce 2006 a uznané zdravotní pojišťovnou, výše paušální úhrady se snižuje o stejný počet procentních bodů, o jaký nebylo dosaženo 90 % bodů za zdravotní výkony vykázané zdravotnickým zařízením v roce 2006 a uznané zdravotní pojišťovnou.

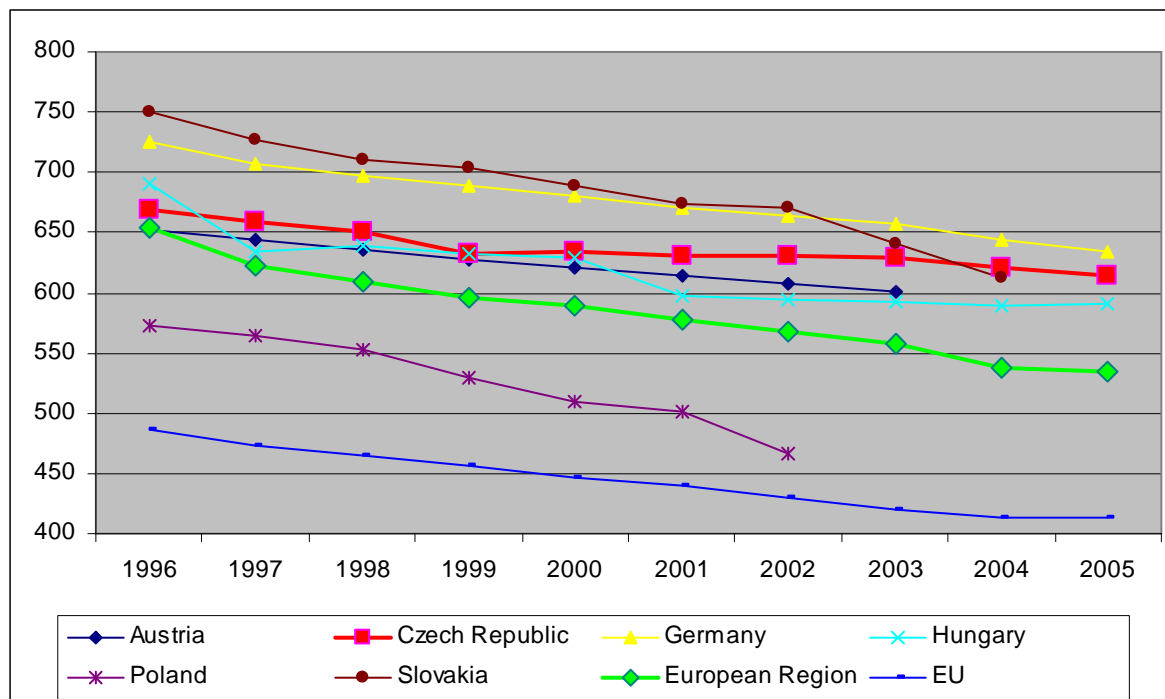
Případná mimořádně nákladná zdravotní péče poskytnutá v roce 2007, zohledněna zdravotní pojišťovnou, bude uhrazena podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 0,82 Kč.⁷² Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěnci, jejíž částka přesáhne 1 000 000 Kč.

Hodnocení způsobů úhrad nemocnic

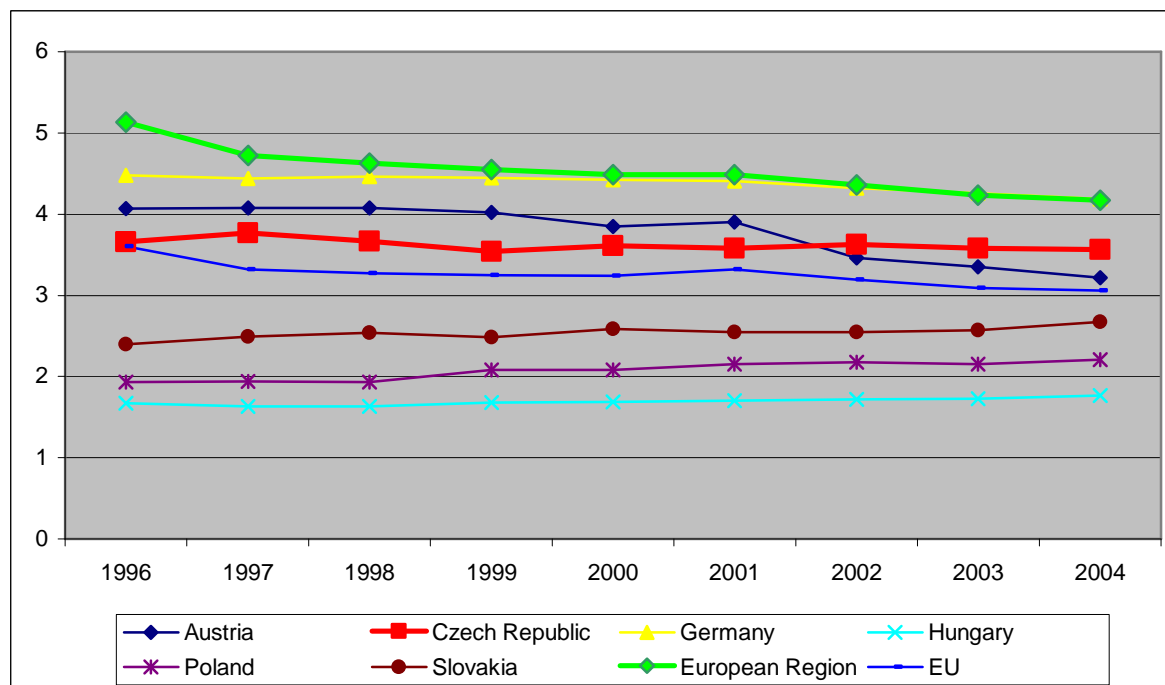
Současný systém financování nemocnic je podobný mnoha systémům fungujícím ve vyspělých evropských státech, kde jsou nemocnice převážně neziskové organizace. Pozitivně především hodnotím, že financování paušální úhradou je závislé na počtu hospitalizací se zohledněním diagnóz (IR-DRG) v porovnání s předchozím rokem, případně na objemu poskytnuté zdravotní péče v předchozím roce. Také možnost výkonové platby v případě mimořádně nákladné péče nemocnice se mi zdá správná.

⁷² Vyhláška č. 619/2006 Sb.

Graf č. 8: Akutní nemocniční lůžka na 100 000 obyvatel v ČR, vybraných zemích, průměr v EU a evropského regionu v letech 1995 – 2005⁷³



Graf č. 9: Počet nemocnic na 100 000 obyvatel v ČR, vybraných zemích, průměr v EU a evropského regionu v letech 1995 – 2005⁷⁴



⁷³ WHO. *European health for all*. Staženo 15.dubna 2007 z <http://data.euro.who.int/hfad/>

⁷⁴ WHO. *European health for all*. Staženo 15.dubna 2007 z <http://data.euro.who.int/hfad/>

5.2.2. Odborné léčebné ústavy a léčebny dlouhodobě nemocných

Zdravotní péči poskytovanou v odborných léčebných ústavech (OLÚ) a léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN) je možno hradit podle seznamu výkonů, paušální úhradou či paušální sazbou za jeden den hospitalizace.⁷⁵

Odborné léčebné ústavy jsou určeny k poskytování komplexní zdravotní péče osobám s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh; zdravotní péče v nich poskytovaná obvykle navazuje na zdravotní péči poskytovanou v nemocnicích a ve zdravotnických zařízeních ambulantní péče. Odbornými léčebnými ústavami jsou léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí, které jsou určeny pro nemocné s tuberkulózou a respiračními nemocemi, jejichž stav vyžaduje dlouhodobou ústavní péči, psychiatrické léčebny, které jsou určeny k poskytování ústavní péče osobám s duševními poruchami, u nichž je nezbytná specializovaná péče, popř. osobám, kterým je uloženo povinné léčení, rehabilitační ústavy, které jsou určeny k poskytování komplexní rehabilitační ústavní péče, další odborné léčebné ústavy, které jsou určeny k poskytování specializované ústavní péče v některém z lékařských oborů.

Léčebny pro dlouhodobě nemocné jsou určeny pro poskytování specializované ústavní péče, zaměřené především na ošetrovatelskou a rehabilitační péči.

5.2.3. Zařízení hospicového typu

Ve zdravotnických zařízeních hospicového typu je možno hradit zdravotní péči podle seznamu výkonů, paušální úhradou či paušální sazbou za jeden den hospitalizace.⁷⁶

Financování hospiců bývá více zdrojové, obdobně jako je tomu u hospiců v jiných zemích. V našich podmínkách pokrývají platby zdravotních pojišťoven zpravidla 25 až 40 % celkových provozních nákladů. Zbytek je nutno zajistit z jiných zdrojů, např. z dotací jiných institucí (zejména ministerstva práce a sociálních věcí), dále z vlastních prostředků zřizovatele, z darů, příp. z výnosů vlastní hospodářské činnosti. V zahraničí je určitá část provozních nákladů kryta i z odkazů pacientů, kteří v hospici zemřeli. Tato praxe se u nás zatím příliš neujala.⁷⁷

⁷⁵ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁷⁶ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁷⁷ Filec V. *Hospicová péče v České republice*. Staženo 5. května 2007 z <http://hospice.cz/hospiccr.html>

Hospicovou⁷⁸ péčí se rozumí komplexní paliativní léčba a péče, zohledňující potřeby pacienta v preterminálním nebo terminálním stavu, u něhož byly vyčerpány možnosti kauzální léčby, ale pokračuje léčba s cílem minimalizovat bolest a zmírnit obtíže související se základním onemocněním. Je součástí následné lůžkové péče nebo zvláštní ambulantní péče.

5.3. Lázeňská péče a péče poskytovaná v ozdravovnách

5.3.1. Lázeňská péče

Lázeňská péče je podle vyhlášky⁷⁹ ministerstva zdravotnictví hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

Typy úhrad lázeňské péče u VZP⁸⁰

Nejčastějším typem je komplexní lázeňská péče, která představuje ve VZP ČR zhruba 80% z celkového počtu odléčených pacientů a to včetně dětí a dorostu. Poskytuje se například po úrazech, po provedených operacích, po srdečních infarktech, při onemocnění diabetem, ale i při některých chronických chorobách. Při komplexní lázeňské péči hradí VZP ČR náklady na léčení, ubytování a stravování ve standardní úrovni nasmlouvané s poskytovateli lázeňské péče.

Druhým typem je příspěvková lázeňská péče, která za VZP ČR činí přibližně 20 % odléčených pacientů. Zde se hradí pouze standardní léčení a ostatní výdaje za lázeňský pobyt si pacient platí sám. Příspěvková lázeňská péče se většinou poskytuje u chronických onemocnění, kde se předpokládá opakování lázeňské léčby. Na oba zmíněné typy lázeňského léčení musí být návrh schválen revizním lékařem.

Třetím typem je lázeňská péče, která se ze zdravotního pojištění nehradí. Jde o samoplátce, kteří si pobyt v lázních hradí sami a není schvalován revizním lékařem.⁸¹

⁷⁸ Použití pojmu hospice k označení institucí zabývajících se péčí o umírající zavedla poprvé paní Jeanne Garnier, která založila tyto útulky v roce 1842 v Lyonu ve Francii. Irské charitativní sestry otevřely v Dublinu ženský hospic v roce 1879 a v Londýně útulek sv. Josefa v roce 1905. První moderní hospic, který nese jméno sv. Kryštofa vznikl z iniciativy Cecilly Saundersové opět v Londýně v roce 1969. Stal se příkladem pro mnoho obdobných zařízení, kterých je ve světě v současné době více než 2000.

⁷⁹ Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁸⁰ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR

⁸¹ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Staženo 5. května 2007 z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Lazne/index.html#Jak>

5.3.2. Ozdravenská péče

Ozdravenská péče je podle vyhlášky⁸² Ministerstva zdravotnictví hrazena podle smluvního ujednání mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

Úhrada ozdravenská péče u VZP

Ozdravenská péče se poskytuje dětem od 3 do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci, jejichž zdravotní stav nevyžaduje léčbu v dětské lázeňské nebo v dětské odborné léčebně. Ozdravný pobyt navrhuje ošetřující lékař dítěte (praktický lékař pro děti a dorost) na základě zdravotního stavu dítěte a schvaluje revizní lékař.

Náklady na zdravotní péči v dětských ozdravovnách jsou plně hrazeny VZP (náklady za ubytování, stravování a ozdravný program). Pobyt průvodce při ozdravenské péči a doprava na ozdravný pobyt se ze zdravotního pojištění nehradí.⁸³

⁸² Vyhláška č. 619/2006 Sb.

⁸³ Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Staženo 5. května 2007 z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Klienti/Lazne/index.html#Jak>

Tabulka č. 9: Možné způsoby úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění v České republice v roce 2007 (dle vyhlášky č.619/2006 Sb. a 618/2006 Sb.)

Poskytovatel zdravotní péče		Způsob úhrady				
		Platba za výkon	Kapitační platba	Paušální úhrada	Paušální sazba za jeden den hospitali.	Úhrada dle ujednání mezi ZP ⁸⁴ a ZZ ⁸⁵ .
Ambulantní zdravotní péče	Praktičtí lékaři	přibližně 1/3 příjmu	přibližně 2/3 příjmu			
	Ambulantní specialisté					
	Zubní lékaři					
	Laboratoře					
	Domácí zdravotní péče					
	Fyzioterapie					
	Lékařská služba první pomoci					
	Zdravotnická záchranná služba					
	Zdravotnická doprava					
Ústavní péče	Nemocnice	mimořádně nákladná zdrav. péče		běžná zdravotní péče		
	Odborné léčebné ústavy a léčebny dlouhodobě nemocných					
	Zařízení hospicového typu					
Lázeň. a ozdra. péče	Lázeňská péče					
	Ozdravenská péče					



možný způsob úhrady zdravotní péče

⁸⁴ Zdravotní pojišťovna

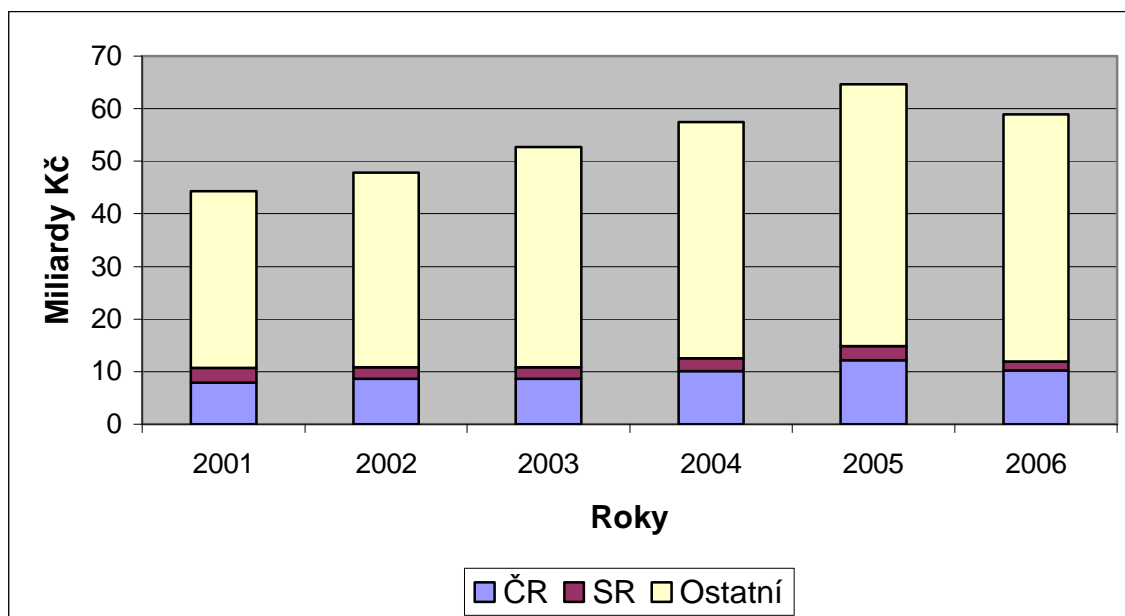
⁸⁵ Zdravotnické zařízení

5.4. Lékárny

Lékárny fungují jako samostatný ekonomický subjekt. Lékárny nakupují léky a zdravotnické prostředky od farmaceutických firem ze svých vlastních finančních zdrojů a následně je pak pacientům vydávají trojím způsobem. Pokud se jedná o lék na lékařský předpis a tento lék je plně kryt ze zdravotního pojištění, vydávají ho lékárny pacientům zdarma. Lékárně proplatí lék zdravotní pojišťovna pacienta. V případě, že zdravotní pojišťovna neuhradí plnou cenu léku, musí pacient část ceny léku uhradit sám. Poslední možností je výdej povolených léků bez receptu, které si musí pacient uhradit zcela sám.

Spotřeba léků v České republice v posledních letech neustále stoupala. Tento jev je nejen odrazem zdravotního stavu pojištěnců, ale také činnosti lékařů. Pojišťovny proto hledají různé cesty ke stanovení limitů či opatření k regulaci spotřeby léků.

Graf č. 10: Objemy finančních prostředků vynaložených na léčivé přípravky (podle země původu) distribuované v letech 2001 – 2006⁸⁶



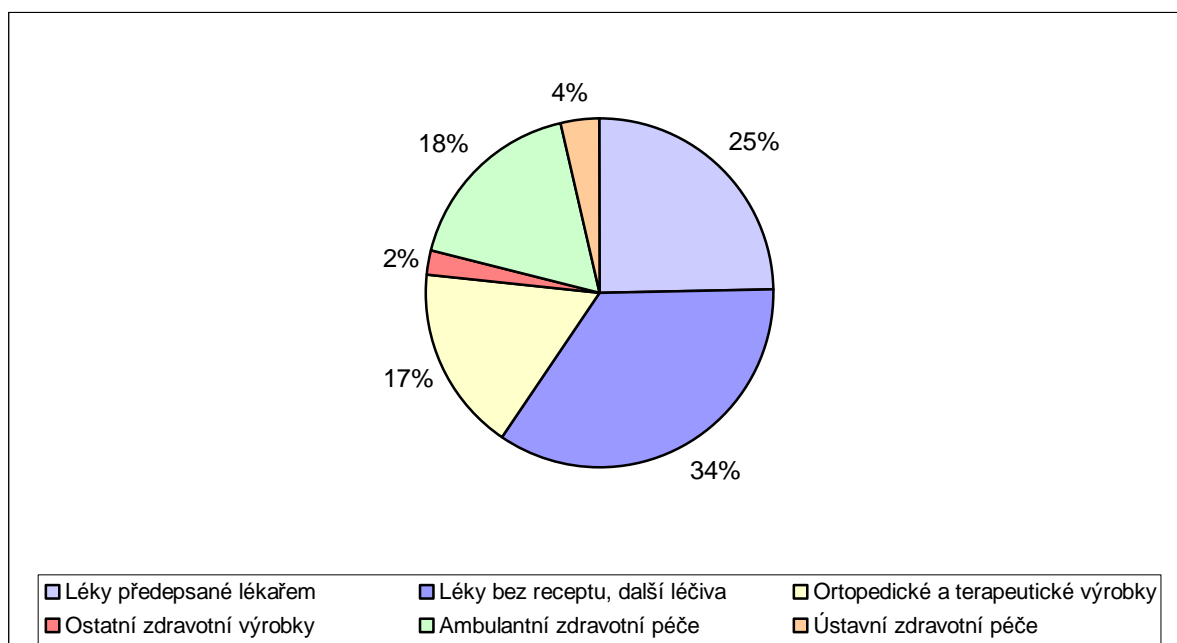
V případě finančních výdajů byl mezi roky 2005-2006 zaznamenán meziroční pokles o 8,67 %. Zaznamenán byl také největší pokles počtu distribuovaných balení od roku 2001. Na celkovém poklesu objemu léčivých přípravků dodaných do zdravotnických zařízení se pravděpodobně podílela úsporná opatření v oblasti léčivých přípravků (vyhláška MZ ČR

⁸⁶ SÚKL. *Spotřeba léčiv v České republice v roce 2006*. Staženo 3.dubna 2007 z <http://www.sukl.cz/cs38spotrebalec/cs38spotrebalec.htm>

č. 550/2005 Sb.), která měla zásadní vliv zejména na vývoj prvního a částečně i druhého čtvrtletí. Celkové finanční výdaje v roce 2006 kalkulované metodikou SÚKL činily 58,97 mld. Kč, což představuje významný pokles proti předchozímu roku, avšak v souladu s celosvětovým vývojem lze předpokládat, že trh opět poroste.

Výdaje na léky předepsané lékařem a na léky bez receptu představují v současné době přibližně 60 % všech peněžních výdajů na zdravotní péči placenou přímo obyvatelstvem.

Graf č. 11: Struktura peněžních vydání na zdravotní péči přímo placených obyvatelstvem v roce 2005⁸⁷



Konstrukce ceny léků v lékárnách - maximální obchodní přírážka

Základem pro výpočet obchodní přírážky je cena výrobce. K té se připočítává společná obchodní přírážka, a ke všemu se připočítává DPH. Teprve výsledný součet je cenou, za kterou léčivý přípravek kupuje pacient.

V průběhu roku 2006 došlo k několika změnám. Cenovým výměrem č. 03/2006 MF ČR došlo k snížení obchodní přírážky pro 1. a 2. čtvrtletí a měsíc červenec z původních 32 % na 29 %. V průběhu roku v důsledku změny předpisů MF ČR se maximální obchodní přírážka od měsíce srpna roku 2006 změnila na tzv. diferencovanou přírážku dle následující tabulky:

⁸⁷ ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. Staženo 2.dubna 2007 z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomické%20informace®ion=100&kind=1&mn_u_id=5300

Tabulka č. 10: Diferencovaná přírážka⁸⁸

Základ pro maximální obchodní přírážku-cena od tuzemského výrobce nebo zahraničního dodavatele v Kč	Maximální obchodní přírážka
od 0 do 150,-	33 %
od 150,01 do 300,-	49,50 Kč + 32 % ze základu přesahujícího 150,- Kč
od 300,01 do 500,-	97,50 Kč + 28 % ze základu přesahujícího 300,- Kč
od 500,01 do 1000,-	153,50 Kč + 25 % ze základu přesahujícího 500,- Kč
od 1000,01 do 2500,-	278,50 Kč + 22 % za základu přesahujícího 1000,- Kč
od 2500,01 do 5000,-	608,50 Kč + 18 % ze základu přesahujícího 2500,- Kč
více než 5000,-	1058,50 Kč + 10 % ze základu přesahujícího 5000,- Kč

Jak již bylo uvedeno, základem ceny léku je cena výrobce. V ní jsou zahrnuty náklady na vývoj a výzkum (pokud nejde o generický přípravek, který je „kopií“ původního po vypršení patentové ochrany), dále také marketingová a reklamní kampaň nutná pro zavedení léku na trh a podobně. Cena výrobce tvoří největší část konečné ceny léku.

Od ceny výrobce se odvíjí přírážka distributora a lékárny. Rozdělení mezi distributora a lékárnu se liší. Jakou část využije distributor se liší například podle obratu lékárny, její platební schopnosti (často bývá špatná z důvodu opožděných plateb pojišťovny) či podle typu léku.

Ceny výrobce jsou regulované ministerstvem financí, které stanovuje maximální cenu výrobce a dovozce, ale není výjimkou, že reálné ceny na trhu jsou nižší než je maximální cena ministerstva financí.

⁸⁸ SUKL. Staženo 20. května 2007 z <http://www.sukl.cz/cs38spotrebalec/cs38rok2006.htm>

6. Reforma zdravotnického systém ČR - problematika financování a úhrad

6.1. Věková skladba obyvatelstva

Český systém veřejného zdravotního pojištění patří k průběžně financovaným systémům. Je financován odvody z příjmů výdělečně činných osob a příspěvkem státu přímo ze státního rozpočtu za ostatní občany. To znamená, že se snižujícím se počtem výdělečně činných občanů dochází k nižšímu výběru pojistného a k zvyšování příspěvků státu ze státního rozpočtu za ostatní občany do systému.

Graf č. 12: Věková skladba obyvatelstva v roce 2050⁸⁹



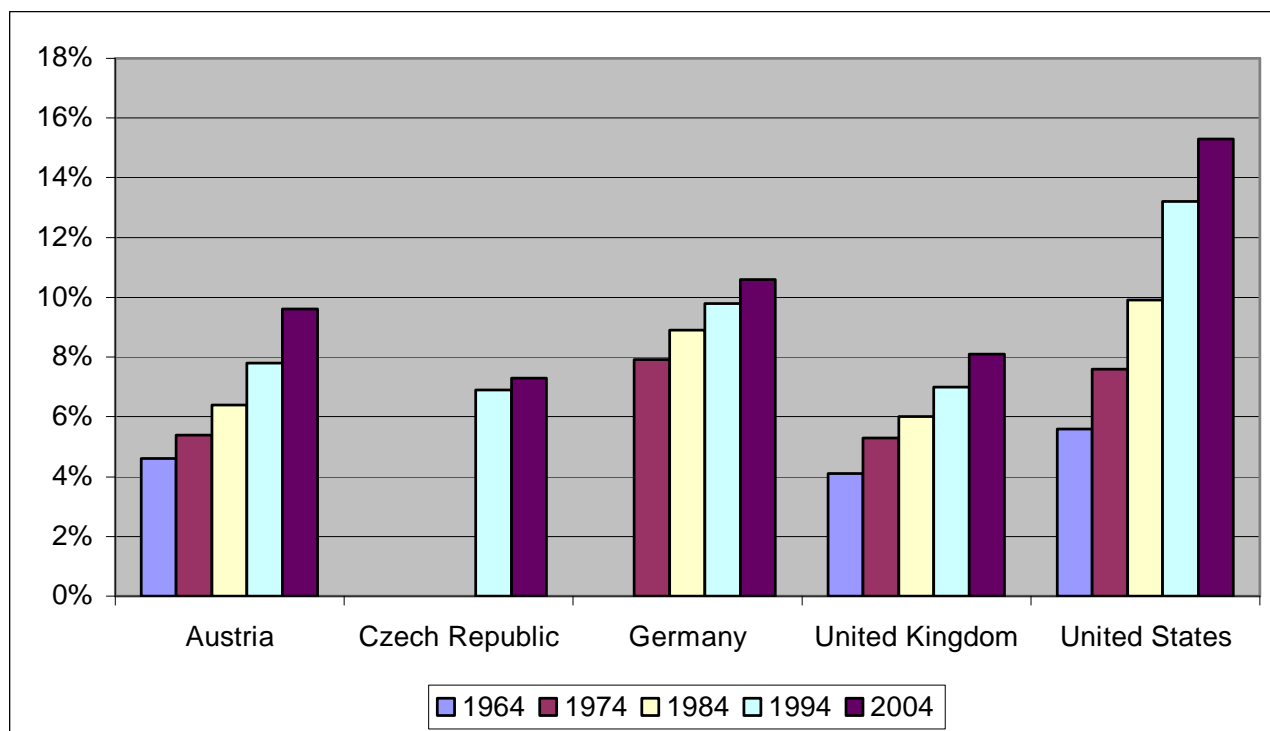
Graf zobrazuje předpokládané složení obyvatelstva v roce 2050. Stárnutí obyvatelstva bude mít vliv na finanční bilanci českého zdravotnictví. Dojde k růstu výdajů na zdravotnictví v důsledku početnější skupiny starších občanů, kteří potřebují více zdravotní péče a k snížení objemu vybraných peněz na veřejné zdravotní pojištění ve spojitosti s úbytkem lidí v produktivním věku.

⁸⁹ CZSO. Staženo 4.května 2007 z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050

6.2. Růst výdajů na zdravotnictví

Zdravotnictví je dynamický sektor, který, měřeno podílem výdajů na zdravotnictví k hrubému domácímu produktu (HDP), dlouhodobě roste.

Graf č. 13: Podíl výdajů na zdravotnictví k HDP ve vybraných zemích OECD v letech 1964 – 2004⁹⁰



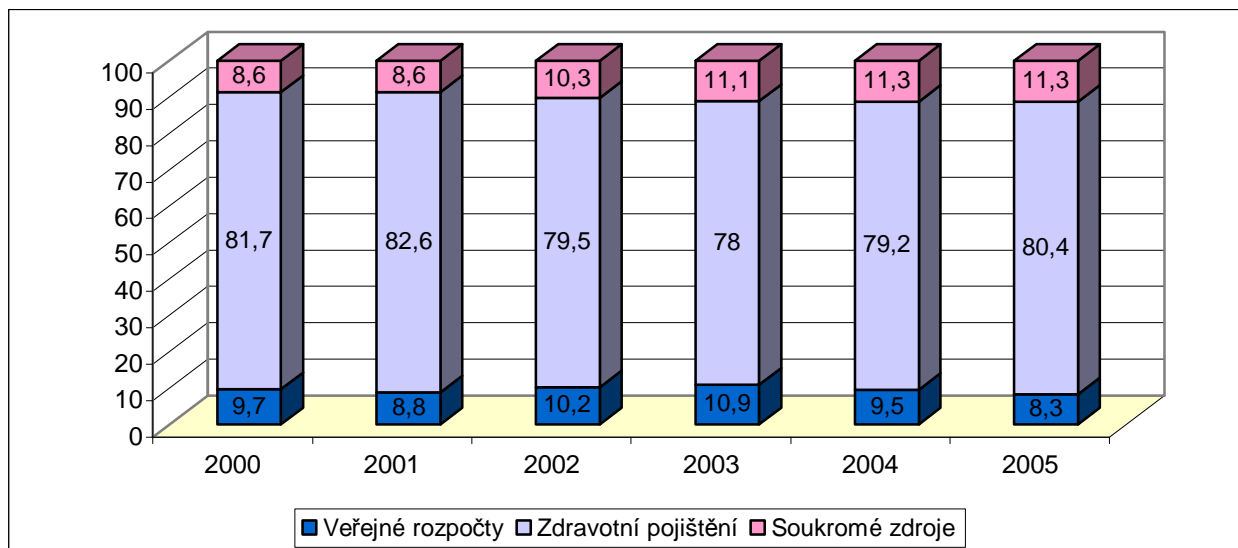
Poptávka po zdravotních službách roste v souvislosti s vývojem společnosti, rozšiřující se nabídkou nových medicínských postupů a zvyšujícími se očekávanými občanů. Tento trend lze očekávat i v následujících letech.

6.3. Podíl veřejných výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví

V České republice je téměř 90 % zdravotní péče hrazeno z veřejných peněz. Díky rozsahu veřejného zdravotního pojištění a absenci spoluúčasti občanů na platbách je naprostá většina zdravotní péče bezplatná v okamžiku spotřeby, což vede k jejímu nadužívání.

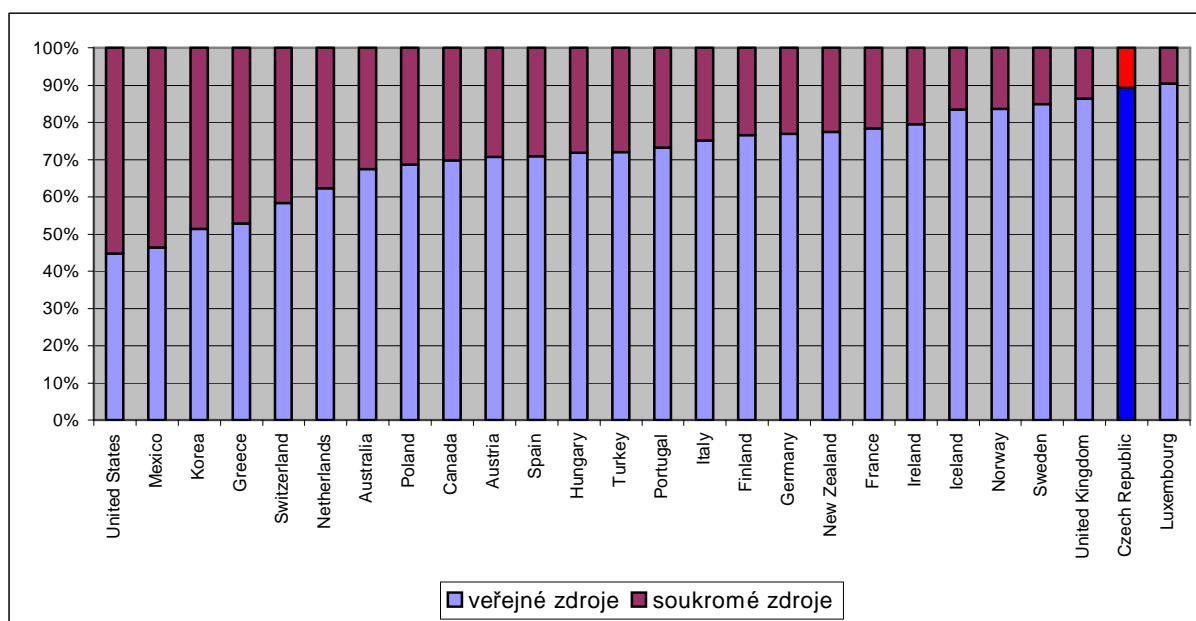
⁹⁰ OECD Health Data 2004. Staženo 2. května 2007 z http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

Graf č. 14: Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %) v letech 2000-2005⁹¹



V porovnání s ostatními státy, nejen se státy OECD, se Česká republika řadí k zemím s vyšším podílem veřejných výdajů k celkovým výdajům na zdravotnictví. Současné uspořádání vede ke zbytečně vysoké daňové zátěži s negativním vlivem na trh práce a nedostatečnému využití soukromých zdrojů při financování zdravotnictví.

Graf č.15: Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích ve zdravotnictví v zemích OECD v roce 2004⁹²



⁹¹ ÚZIS ČR. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. Staženo 2.dubna 2007 z

http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomick%C3%A9%20informace®ion=100&kind=1&mn_u_id=5300

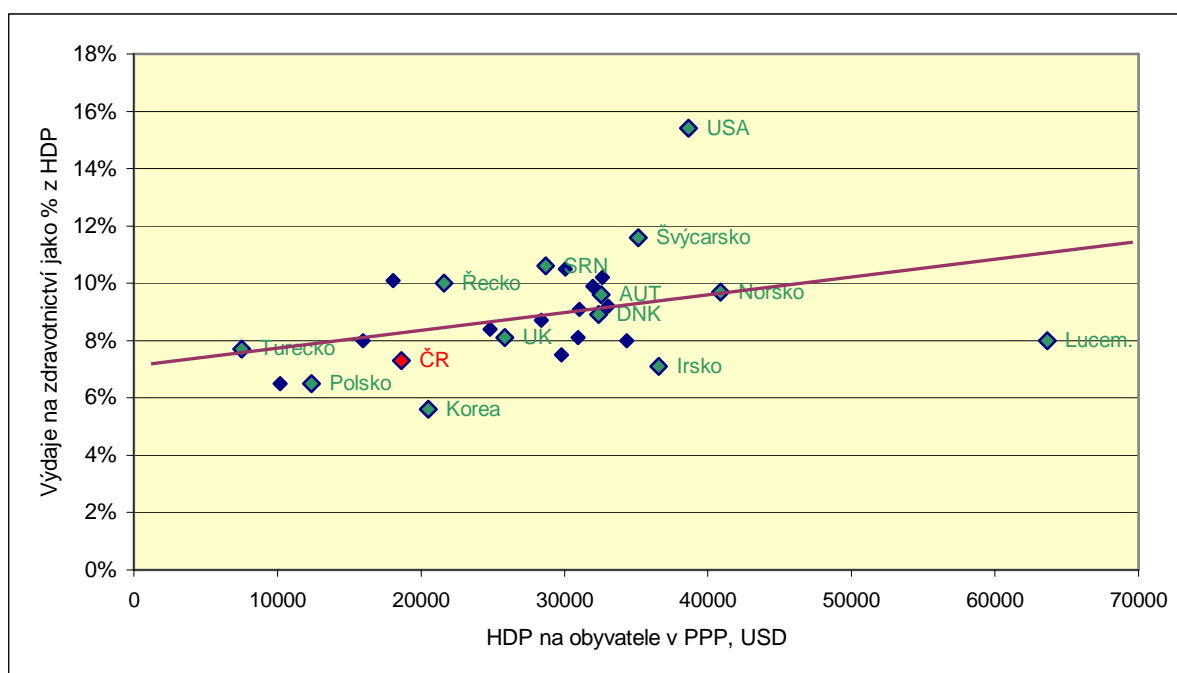
⁹² OECD Health Data 2004. Staženo 2. května 2007 z

http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

6.4. Výše celkových výdajů na zdravotní péči na jednoho obyvatele

Množství peněz určených na zdravotnictví se v jednotlivých zemích liší. Je to dáno uspořádáním systému zdravotní péče, preferencemi obyvatelstva a také výkonností ekonomiky. Což znamená, že jednotlivé státy si nemohou dovolit vydávat na zdravotní péči více, než jim dovoluje výše jejich hrubého domácího produktu. Pozice jednotlivých států uvedených v grafu č. 16 se vyskytují nad nebo pod znázorněnou regresní přímkou. Státy které se vyskytují nad křivkou, vydávají relativně více na zdravotnictví a státy pod touto křivkou spíše méně. Optimální pozice je co nejbližší uvedené křivce. Pro větší přesnost jsou srovnávané údaje v grafu přepočteny na US dolary dle parity kupní síly (PPP).

Graf č.16: Výdaje na zdravotnictví vůči HDP na obyvatele v roce 2004⁹³



Z grafu je patrné, že české zdravotnictví v mezinárodním srovnání je částečně podfinancováno, a je tedy možné zvýšit výdaje na zdravotnictví a to i na úkor jiným odvětvím. Peníze by však měly přijít spíše ze soukromých zdrojů než ze zdrojů veřejných jak signalizuje graf č. 15.

⁹³ OECD Health Data 2006. Staženo 5.května 2007 z http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx?datasetcode=SNA_TABLE1

6.5. Úhrady za zdravotní péči

Pojišťovny jako nákupčí zdravotní péče pro občany by měly plnit dvě role: přebírat finanční rizika a nakupovat zdravotní služby. Nákup zdravotní péče by se pak měl uskutečňovat na základě potřeby, kvality a ceny nabízených služeb. V současné době jsou však zdravotní pojišťovny v pozici, která se omezuje na pouhé financování zdravotních služeb bez možnosti ovlivňovat jejich účelnost, kvalitu a cenu. Příkladem může být akreditace zdravotnických pracovišť. Akreditace je investicí do pověsti konkrétního poskytovatele. Akreditace představuje určité náklady, pokud však existuje jenom jedna úředně stanovená cena, která nečiní rozdíl mezi akreditovanými a neakreditovanými pracovišti, poskytovatelé ztrácejí motivaci o akreditaci usilovat. Náklady s akreditací nejsou vyvážené možností dosáhnout lepšího finančního ohodnocení. Pokud by byla dána pojišťovnám možnost individuálního přístupu při vyjednávání o cenách zdravotních služeb, v závislosti na jejich prokázané kvalitě, došlo by k velice silné motivaci pro zlepšování a zkvalitňování všech zdravotních služeb.

6.6. Navrhované změny financování

Vzhledem k výše uvedenému očekávanému růstu výdajů na zdravotní péči je třeba uvažovat o určitých opatřeních. Ty by zajistily stabilní a finančně udržitelný systém zdravotnictví při zachování všeobecné dostupnosti zdravotních služeb. V současné době se uvažuje o rozdělení rozsahu péče kryté stávajícím veřejným zdravotním pojištěním na dvě části: základní a doplňkové zdravotní pojištění. Základní zdravotní pojištění by mělo být povinné pro všechny občany a pokrývalo by především péči, která je nákladná a jejíž potřeba je rovnoměrně rozložena mezi občany. Doplňkové zdravotní pojištění, jehož pořízení by bylo významně podporováno veřejným příspěvkem na osobní zdravotní účet, by sloužilo ke krytí nákladů zdravotnických služeb mimo základní zdravotní pojištění. Vznik osobních zdravotních účtů by měl umožnit individualizovat část veřejných peněz a ponechat tak na občanovi, zda se rozhodne tyto peníze použít na zakoupení doplňkového pojištění nebo si je ponechá na zaplacení nákladů zdravotních služeb nekrytých základním pojištěním přímo u lékaře. Osobní zdravotní účty dovolují transparentním způsobem spojit veřejné zdroje se soukromými financemi jednotlivců. Tím se otevírá prostor pro větší samostatnost občanů-pacientů i pro jejich větší zodpovědnost za jejich náklady na zdravotní péči. Osobní zdravotní účty by umožnily občanům volbu vyhovující jejich individuálním potřebám – kdo chce, bude se sám rozhodovat a platit si část zdravotní péče přímo z osobního účtu, jiní mohou předem svěřit toto rozhodování zdravotní pojišťovně a zakoupit si doplňkové pojištění dle svého výběru.

Občané by byli motivováni k úspornému čerpání zdravotní péče a sami by rozhodovali o svých penězích, byť účelově vázaných na financování zdravotní péče, ale s vidinou, že po dosažení určité hranice úspor bude možno finanční prostředky vybírat. Osobní zdravotní účty by dále měly napomoci při přechodu od průběžného financování zdravotnictví k systému alespoň částečně založenému na úsporách a tím snížit dopad stárnutí obyvatelstva na financování zdravotnictví. Spoření na zdravotních účtech může být podporováno státem, například podobným způsobem jako je dnes podporováno penzijní připojištění, tj. pomocí státní podpory nebo ohraničených daňových úlev.⁹⁴

Financování základního pojištění a osobních zdravotních účtů by mělo probíhat takto⁹⁵:

1. Veřejný příspěvek na základní zdravotní pojištění (jednalo by se o první část veřejných zdrojů vybraných na základě povinných odvodů a platby státu, která je, po přerozdělení podle rizika, poukázána přímo zdravotním pojišťovnám a plně kryje náklady základního zdravotního pojištění).
2. Veřejný příspěvek na osobní zdravotní účet (jednalo by se o druhou část veřejných zdrojů vybraných na základě povinných odvodů a platby státu, která je, rovněž po přerozdělení podle rizika, poukazována na jednotlivé osobní zdravotní účty občanů).
3. Povinný soukromý příspěvek na osobní zdravotní účet (fixní, pro všechny stejný a povinný příspěvek poukazovaný bez přerozdělení přímo na osobní zdravotní účet dotyčného).
4. Dobrovolné soukromé příspěvky na osobní zdravotní účet (příspěvky poukazované na osobní zdravotní účty samotnými účastníky systému nebo jinými soukromými osobami např. zaměstnavateli).

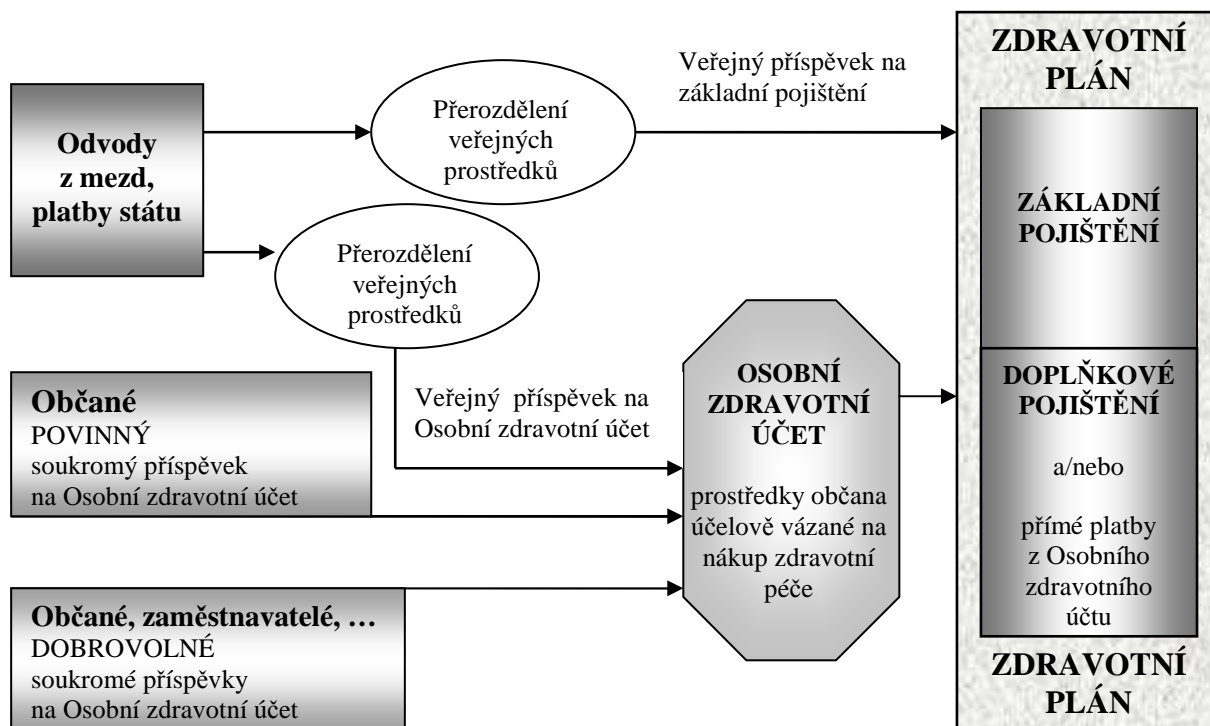
⁹⁴ Hroboň, P., Macháček, T., Julínek, T., (2005) *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století*. Staženo 6. května 2007 z

http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf

⁹⁵ Hroboň, P., Macháček, T., Julínek, T., (2005) *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století*. Staženo 6. května 2007 z

http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf

Schéma č. 10: Finanční prostředky v systému - návrh



Zdroj⁹⁶: Hroboň, P., Macháček, T., Julínek, T., (2005) *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století*.

⁹⁶ Hroboň, P., Macháček, T., Julínek, T., (2005) *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století*.
 Staženo 6. května 2007 z
http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf

Závěr

Jedním z cílů práce bylo hodnocení současných zdravotnických systémů. Hodnotil jsem tři typy systémů, v současné době používaných ve většině vyspělých států. Konkrétní fungování daného systému zdravotní péče jsem přiblížil na příkladech, z nichž jsem odvodil dále uvedené poznatky.

System národního zdravotního pojištění je typem garantované zdravotní péče. System byl popsán na příkladu Německa. Jasně definovaná úloha státu a veřejných institucí, které dbají na to, aby se zdravotní péče dostala všem, svobodná volba lékaře, vyhovující síť zdravotnických zařízení a návaznost služeb, podpora primární zdravotní péče, to vše jsou klady tohoto systému. Z pohledu financování existuje v Německu zákonné pojištění ve dvou typech – povinné a dobrovolné. Finanční spoluúčast pacientů se pohybuje okolo 23 %.

System národní zdravotní služby fungující ve Velké Británii je rovněž typem systému, kde je garantována zdravotní péče – zdravotní péče je základním občanským právem. Zdravotní péče je poskytována kvalitně, komplexně a pozornost je věnována i návaznosti služeb. System je relativně levný, avšak má i svá slabá místa, mezi která patří především dlouhé čekací doby a omezená volba praktického lékaře podle místa bydliště. Zdravotní péče je hrazena z větší části z daní, částečně pak ještě z národního zdravotního pojištění a soukromých zdrojů.

Tržní system, konkretizován na Spojených státech amerických, je založen na svobodě a odpovědnosti jednotlivce. Na zdravotní péči se nahlíží jako na zboží, přičemž jednotlivcům nic nebrání, aby si vlastními investicemi zajistili lepší péči než mají ostatní. Solidarita se slabými není státem garantována s výjimkou programů Medicare a Medicaid. Nejvyšší kvalita medicínského výzkumu, akceptace myšlenky zdravého životního stylu, to vše mluví pro preferování tohoto systému zdravotní péče. Avšak je třeba vidět i jeho negativa, jako je nerovná zdravotní péče, narušení vztahů mezi lékařem a pacientem přímým působením finančních motivů, vysoké administrativní výdaje na financování zdravotní péče a skutečnost, že system patří k nejdražším systémům ve světě. V USA je zdravotní péče hrazena z veřejných zdrojů přibližně z 45 %, ostatní zdroje jsou soukromé.

Na základě indikátorů využívaných ve zdravotnictví, jsem při komparaci zdravotnických systémů dospěl k tomuto hodnocení: System národního zdravotního pojištění je možno

pokládat z hlediska dostupnosti a sociální akceptability za nejlepší. Z hlediska kvality péče, ekonomické nákladnosti, výkonnosti a rovnosti (ekvity) pak za průměrný. Systém národní zdravotní služby vyniká ekvitou a nízkou ekonomickou nákladností, slabým místem je však kvalita péče. Nejlepší kvality péče je naopak dosahováno v tržním zdravotnictví, avšak tento systém se potýká s nízkou výkonností, nerovností přístupu a vysokou ekonomickou nákladností.

Systém zdravotní péče v ČR se za posledních sto let několikrát změnil. V letech 1990 - 1991 došlo k výrazné liberalizaci dříve centralizované zdravotní péče a systém se začíná měnit směrem k modelu povinného pojištění, kdy zdravotní pojišťovny zajišťují úhradu zdravotní péče na základě smluv.

Mezi největší problémy současného systému zdravotní péče ČR patří nerozvinuté více zdrojové financování, zadlužení nemocnic, nedostatečně vymezený rozsah garantované zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, konflikty mezi zdravotními pojišťovnami, profesními organizacemi a zástupci poskytovatelů zdravotní péče. Přes výše uvedené problémy však existují i pozitiva, jako např. vysoká profesní úroveň zdravotnických pracovníků, dostatečně hustá síť zdravotnických zařízení a zlepšování populačního zdraví.

Poměrně snadné bylo popsat a hodnotit základní typy používaných úhrad. Mnohem složitější by však byla diskuse o výhodách a nevýhodách jednotlivých typů úhrad, pokud jsou doplněny dalšími rozšiřujícími nebo omezujícími nástroji a postupy, které upřesňují vztahy mezi plátcem a poskytovatelem zdravotnických služeb. Žádný z typů úhrad zdravotnických služeb není zcela ideální ať již z pohledu státu, pojišťoven, poskytovatelů nebo občanů/pacientů, avšak jednotlivé typy úhrad a způsoby jejich realizace významně ovlivňují náklady, kvalitu, efektivnost a dostupnost zdravotnických služeb.

V současné době je v ČR činnost praktických lékařů hrazena platbou za výkon a kapitační platbou. Služba ambulantních specialistů, zubních lékařů, domácí zdravotní péče, fyzioterapie a lékařské služby první pomoci je hrazena platbou za výkon. U laboratoří, zdravotnické záchranné služby a zdravotnické dopravy se používá platba za výkon a paušální úhrada. Nemocnice jsou financovány paušální úhradou. Výše paušální úhrady je závislá na počtu hospitalizací se zohledněním diagnóz (IR-DRG) v porovnání s předchozím rokem, případně na objemu poskytnuté zdravotní péče v předchozím roce. Výkonové platby se v případě nemocnic užívá u mimořádně nákladné péče. U odborných léčebných ústavů, léčeben

dlouhodobě nemocných a zařízení hospicového typu je možná úhrada platbou za výkon, kapitační platbou a paušální sazbou za jeden den hospitalizace.

Na základě hodnocení známých způsobů úhrad zdravotní péče mohu konstatovat, že ve způsobech úhrad zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění, používaných v současné době pro zdravotnická zařízení v ČR, nejsou výrazné nedostatky.

Při rozboru způsobů úhrad za poskytnutou zdravotní péči jednotlivými zdravotnickými zařízeními jsem se věnoval i porovnání počtu lékařů a lůžek jako jednomu z ukazatelů, užívaného při hlubších analýzách zdravotnictví a mezinárodní komparaci zdravotnických systémů. V počtu praktických lékařů se ČR rovná evropskému průměru. V počtu zubních lékařů, navzdory medializaci o nedostatku, je opak pravdou. Spolu s Německem dosahujeme nadprůměrného počtu. Problémem u zubních lékařů je spíše jejich vysoký věk, což v budoucnu povede k jejich úbytku. Počtem nemocnic se ČR drží evropského průměru, avšak v počtu lůžek je ČR nadprůměrná.

Zdravotní péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění zahrnuje i léky, jejichž distribucí se zabývají především lékárny. Lékárny fungují jako samostatné ekonomické subjekty a výdej léků uskutečňují trojím způsobem – bez doplatku, s doplatkem a za plnou cenu léku. Léky na recept a zdravotní pomůcky tvoří 25 % nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči. Jejich spotřeba, až na výjimky, každoročně roste. Z celkových peněžních výdajů na zdravotní péči přímo placenou obyvatelstvem, představují léky bez receptu 34 % a doplatky na léky předepsané lékařem 25 % výdajů, tedy téměř 60 % přímých plateb obyvatelstvem je vydáno za léky.

Stárnutí obyvatelstva v České republice, nové medicínské postupy a zvyšující se nároky občanů budou v následujících letech vyžadovat zvyšování objemu peněz plynoucích do zdravotnictví. Další zvyšování daňové zátěže (platby na zdravotní pojištění a platby státu za nepracující obyvatelstvo získané z daní) je však z hlediska makroekonomického neúnosné. Lepším řešením by bylo navyšovat podíl soukromých zdrojů na financování zdravotnictví způsobem, který zapojí občany do rozhodování o spotřebě zdravotní péče a zároveň jim předá částečnou odpovědnost za náklady na tuto péči.

Jak vyplývá z mezinárodního srovnání je české zdravotnictví v současné době částečně podfinancováno a je tedy možné zvýšit výdaje na zdravotnictví. Peníze by však měly být použity ze soukromých zdrojů.

Na straně úhrad vnímám jako největší nedostatek nemožnost pojišťoven, jako nákupčího zdravotní péče pro občany, nakupovat zdravotní péči na základě potřeby, kvality a ceny nabízených služeb. Věřím, že pokud by byla dána pojišťovnám možnost individuálního přístupu při vyjednávání o cenách zdravotních služeb v závislosti na jejich prokázané kvalitě (příkladem může být akreditace pracovišť), došlo by k velice silné motivaci pro zlepšování a zkvalitňování všech zdravotních služeb.

V závěru práce mohu jen potvrdit, na základě hodnocení fungování zdravotnických systémů ve světě a v České republice, oprávněnost úvah o zavedení nového systému financování zdravotní péče v ČR, tak, jak ho navrhuje ministerstvo zdravotnictví s ministrem MUDr. Tomášem Julínkem, který při zachování regionálních specifíků bude čerpat výhody všech dosavadních typů zdravotnických systémů.

Slovníček pojmů

Ekonomická nákladnost

Vyjadřuje spotřebu finančních prostředků resortem zdravotnictví a je popisována procentuálním podílem těchto nákladů z celkového hrubého domácího produktu dané země.

Hrubý domácí produkt (HDP)

Hrubý domácí produkt je celková peněžní hodnota statků a služeb, vytvořená za dané období na určitém území.

IR-DRG

Klasifikace IR-DRG (International Refined Diagnosis Related Groups - Mezinárodní zpřesněné skupiny vztažené k diagnóze) umožňuje klasifikovat pacienty v akutní nemocniční péči na základě jejich klinické podobnosti a srovnatelnosti nákladů na jejich nemocniční pobyt.

Jednicový pojištěnec

Pojištěnec věkové skupiny 15 - 19 let, která je považována za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče. Chceme-li přepočítat pojištěnce na jednicového, musíme jej vynásobit věkovým indexem dané věkové skupiny. Věkový index vyjadřuje poměr nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině vůči nákladům na pojištěnce ve skupině 15 - 19 let.

Degresní koeficient

Koeficient, který vypočte Kapitační centrum dle počtu jednicových pojištěnců všech ZP u jednoho lékaře nebo u jednoho smluvního zdravotnického zařízení a jedné odbornosti v závislosti na stanoveném, normovaném počtu jednicových pojištěnců. Hodnota tohoto koeficientu se snižuje se zvyšujícím se počtem pojištěnců, a to po překročení stanovené procentní meze počtu přepočtených registrovaných pojištěnců u jednoho lékaře nebo u jednoho smluvního zdravotnického zařízení a jedné odbornosti.

Medicaid

Program řízený na státní úrovni a částečně financovaný z federálních zdrojů. Zajišťuje zdravotní péči pro sociálně slabé skupiny populace. Byl uzákoněn v r. 1965 a zaměřuje se hlavně na etnické skupiny, preventivní péči o matku a dítě a také na zdravotní péči příjmově slabých rodin s dětmi.

Medicare

Federální program americké vlády pro zajištění zdravotní péče o populaci nad 65 let a definované skupiny chronicky nemocných, uzákoněn v r. 1965.

Nesmluvní zdravotnická zařízení

Nesmluvní zdravotnická zařízení nemají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, jejich činnost není financována z veřejných zdrojů mimo případy neodkladné péče. V současné době v České republice většina zdravotnických zařízení nemá uzavřenou smlouvu se všemi pojišťovnami, což znamená, že vůči pojištěncům jedné části zdravotních pojišťoven jsou ve vztahu smluvním a vůči části druhé ve vztahu nesmluvním.

OECD

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (zkráceně OECD z angl. Organisation for Economic Co-operation and Development) je mezivládní organizace 30 ekonomicky nejrozvinutějších států na světě, které přijaly principy demokracie a tržní ekonomiky.

Parita kupní síly

Parita kupní síly (anglicky Purchasing power parity, PPP) měny XY vyjadřuje počet jednotek národní měny, za který lze koupit stejné množství výrobků a služeb na vnitrostátním trhu jako za jednotku měny XY na vnitrostátním trhu měny XY.

Péče o zdraví

Péče o zdraví je soubor všech opatření ekonomických, kulturních, sociálních a zdravotnických v rámci hospodářské, kulturní a sociální činnosti společnosti, pokud tato opatření ovlivňují zdraví obyvatelstva.

Smluvní zdravotnická zařízení

Smluvní zdravotnická zařízení jsou taková, která mají uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou a jsou financována z prostředků zdravotního pojištění.

Unikátní pojištěnec

Pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v příslušném pololetí alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát.

WHO

Světová zdravotnická organizace Spojených národů (the World Health Organization) byla založena v roce 1948 jako součást organizace Spojených národů se 191 členskými zeměmi. Světová zdravotnická organizace zajišťuje technickou spolupráci mezi národy v oblasti zdravotní péče, provádí celosvětové programy pro kontrolu, odstranění a zabránění šíření různých onemocnění a snaží se zlepšit kvalitu lidského života.

Zdravotní péče

Obsahově užší pojem než péče o zdraví. Obsahuje aktivity zaměřené na léčení, tedy aktivity označované jako „ex post“. Zahrnuje ale i aktivity zaměřené na prevenci chorob, které mohou být a jsou zabezpečovány zdravotnickým systémem.

Zdravotnický systém - systém zdravotní péče

Lze definovat jako organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče

Zdravotní politika

Zdravotní politika je výrazem zájmu státu na zdravotním stavu obyvatelstva. Zdravotní politika vychází z hodnot a priorit konkrétní společnosti.

Zdravotnické služby

Nemateriální činnosti vykonávané výhradně zdravotnickými pracovníky, převážně ve zdravotnických zařízeních.

Literatura

CZSO. *Věková skladba obyvatelstva v roce 2050*. Staženo 4.května 2007 z http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/vekova_skladba_obyvatelstva_v_roce_2050

Durdisová, J. (2005) *Ekonomika zdraví*. Praha: Nakladatelství Oeconomica.

Filec, V., *Hospicová péče v České republice*. Staženo 5. května 2007 z <http://hospice.cz/hospiccr.html>

Gladkij, I., Strnad, L., (2002) *Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví*. Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci.

Gladkij, I. a kol. (2003) *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press.

Háva, P. a kol. (2003) *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomie.

Hit summary: *Česká republika* (2006). Staženo 25.dubna 2007 z <http://www.who.cz/PDF/Czech-summary%20HiT%20cz.pdf>

Hroboň, P., Macháček, T., Julínek, T., (2005) *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století*. Staženo 6. května 2007 z http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf

IZPE (2005) *Jak funguje rakouský systém výkonově orientovaného financování nemocnic?* Kostelec nad Černými lesy

IZPE (2004) *Německo I*. Sborník č.5/2004. Staženo 1.dubna 2007 z <http://www.ipvz.cz/vypis.asp?item=1114&>

IZPE (2004) *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností*. Kostelec nad Černými lesy

IZPE (2004) *Velká Británie I*. Sborník č.6/2004. Staženo 20. května 2007 z <http://www.ipvz.cz/vypis.asp?item=1114&>

Křížová, E. (1998) *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: Dvořák&Šebek

McKee a spol. (2002) *Hospitals in a changing Europe*. European Observatory

Medical Tribune (2006) *Změny zdravotnictví chtějí všude ve světě*. Staženo 10. dubna 2007 z <http://www.medical-tribune.cz/src/cs/archiv/mtr/79/2177>

Mousques, J., Paris, V. (2002) *Fungování nemocnic v šesti zemích*. Credes 2002, český překlad R. Goulli, K Vampalová, D. Neuwirthová, Kostelec nad Černými lesy: IZPE (2004)

Marhieu, R., Grignon, M., Chone, P., (2001) *Model regulace ve zdravotnickém systému – konkurence mezi operátory zdravotní péče*. Český překlad R. Goulli, K Vampalová, In: Analytická, hodnotová a koncepční východiska zdravotní politiky I., Kostelec nad Černými lesy: IZPE (2002)

Musílková, J. (2001) *Mohou být používány systémy úhrad za zdravotní péči*. Staženo 5.dubna 2007 z <http://cepin.cz/cze/prednaska.php?ID=179>

OECD (2004). *Health Data 2004*. Staženo 2. května 2007 z http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2825_495642_2085200_1_1_1_1,00.html

OECD (2006) *Health Data 2006*. Staženo 5.května 2007 z http://stats.oecd.org/wbos/default.aspx?datasetcode=SNA_TABLE1

OECD (2006). *Health Data 2006*. Staženo 10.května 2007 z <http://www.ecosante.org/OCDEENG/705.html>

Saltman R. B., Figueras J. (1997) *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. WHO, Regial Office for Europe, Copenhagen

SÚKL (2006). *Spotřeba léčiv v České republice v roce 2006*. Staženo 3.dubna 2007 z <http://www.sukl.cz/cs38spotrebalec/cs38spotrebalec.htm>

U.S.Census 2000. (Lešetický, O., 6MZ503 Ekonomika a financování zdravotní péče, přednáška 2006).

UZIS ČR (2005). *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2005*. Staženo 2.dubna 2007 z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=ekonomické%20informace®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

UZIS ČR (2005). *Lékaři, zubní lékaři a farmaceuti 2005*. Staženo 15.dubna 2007 z http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&search_name=Lékaři®ion=100&kind=1&mnu_id=5300

Vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví úhrady zdravotní péče hrazené ze zdrav. pojištění pro 1. pol. 2006

Vyhláška č.619/2006 Sb., kterou se stanoví hodnoty bodu, úhrady zdravotní péče hrazené z pojištění pro r. 2007.

Vyhláška č.618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy

Výměr MF č. 03/2006, který upravuje maximální výši obchodní přírážky u léčiv a dietních potravin pro zvláštní lékařské účely

VZP ČR (2000) *Systém DRG není jen platba za diagnózu*. Zpravodaj 3/2000. Staženo 10.dubna 2007 http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/DRG/DRGclanky_aprezentace/ZpravodajVZPCR/Zpravodaj3R2000A.html

VZP ČR. *Geograficko-demograficky nevýhodné (malé) praxe*. Staženo 25.dubna 2007 z <http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/Uhrady/male-praxe>

VZP ČR. *Pravidla pro vyhodnocování dokladů ve VZP ČR*. Praha říjen 2006. Staženo 25.dubna 2007 z http://www.vzp.cz/cms/internet/cz/Lekari/metodika/MDR/Pravidla_v62_28112006.pdf

WHO (2007). *European health for all*. Staženo 15.dubna 2007 z
<http://data.euro.who.int/hfad/>

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

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

Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích

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

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