

Seminární práce do předmětu

Ekonomika veřejného sektoru

Téma: Ekonomika zdravotnictví

Vypracovala: Marie Cenková, Kateřina Faltusová, Jana Kratochvílová

Datum odevzdání : 11. 12. 2004

OBSAH

<u>1</u>	<u>ÚVOD</u>	3
<u>2</u>	<u>DEFINICE POJMŮ</u>	3
<u>3</u>	<u>VÝVOJ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ OD R. 1918 DO SOUČASNOSTI</u>	5
<u>4</u>	<u>FAKTORY EFEKTIVNOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ</u>	7
4.1	<u>VNĚJŠÍ FAKTORY EFEKTIVNOSTI</u>	7
4.2	<u>VNITŘNÍ FAKTORY EFEKTIVNOSTI</u>	7
<u>5</u>	<u>FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR</u>	8
5.1	<u>ZPŮSOBY ÚHRAD ZDRAVOTNÍ PÉČE</u>	9
5.2	<u>FINANCOVÁNÍ SYSTÉMEM DRG</u>	10
<u>6</u>	<u>ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ</u>	11
<u>7</u>	<u>ZÁKLADNÍ ÚDAJE O SYSTÉMU ZDR. PÉČE VE VYBRANÝCH STÁTECH</u>	12
<u>8</u>	<u>REŠERŠE Z TISKU</u>	13
<u>9</u>	<u>LEGISLATIVA</u>	15
<u>10</u>	<u>ZÁVĚR</u>	16
<u>11</u>	<u>LITERATURA</u>	16

1 ÚVOD

Problematika veřejného zdravotnictví je velice komplikovaná záležitost. Svědčí o tom už jen to, že v poslední době se na postu ministra zdravotnictví objevilo už pět ministrů, avšak nikdo doposud nepředložil koncepci zdravotnictví, s níž by souhlasila alespoň většina odborníků. V podstatě jediná pořádná koncepce, která tady byla, už je léta stará a to je koncepce Miroslava Macka, kterou ale neprosadil ani ve vlastní straně. Cílem naší práce není najít východisko z této téměř neřešitelné situace, nebo navrhnout nějaký způsob, jak by zdravotnictví mohlo fungovat efektivněji. Na to se necítíme být dostatečně kvalifikované. Budeme se tedy snažit alespoň krátce shrnout, na jakých základních principech funguje odvětví zdravotnictví, jaký byl jeho vývoj a jaká je situace v současnosti. Věříme, že po napsání této práce, se budeme lépe orientovat v této problematice a budeme se moci zařadit mezi „informovanou laickou veřejnost“.

2 DEFINICE POJMŮ

Zdraví je jednou ze základních lidských hodnot. Dle definice WHO je zdraví „stav dokonalé fyzické, psychické a sociální pohody“. Z ekonomického hlediska se jedná o specifickou kategorii – stojí se před otázkou, zda je zdraví produktem odvětví zdravotnictví nebo zda je vstupem, tedy předpokladem pro společenské uplatnění? Obvykle se zdraví považuje za obojí, za jeden ze zdrojů a zároveň za produkt odvětví zdravotnictví. Je předpokladem a nutnou podmínkou pro společenské uplatnění, produktivitu i individuální uspokojení každého člověka a současně má charakter cílové potřeby.

Nabízí se otázka, zda se může zdraví považovat za veřejný statek nebo spíše zda může zdraví vůbec považovat za statek. Statkem se obvykle rozumí něco, co má schopnost uspokojovat lidskou potřebu a co je směnitelné. Zdraví samotné je spíše lidskou potřebou a v žádném případě není předmětem koupě či prodeje na trhu. Statkem je potom spíše péče o zdraví a uspokojuje potřebu zdraví.

Péči o zdraví se v „širokém“ slova smyslu rozumí komplex organizovaných a neorganizovaných činností, spočívajících v soustavě medicínských, zdravotně výchovných, ekonomických opatření, jejichž cílem je uchovat, rozvíjet, upevňovat, chránit a navracet lidem zdraví a pracovní schopnost, prodlužovat lidský život, činit jej aktivní, spokojený a šťastný a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací.

Zdravotnictví představuje odbornou část péče o zdraví. Nejčastěji bývá chápáno resortně jako soustava odborných zařízení, lidí, orgánů a institucí, jež společně vytváří na základě výsledků lékařských a jiných věd a jejichž posláním je poskytování odborných zdravotnických služeb. Spadá do kompetence Ministerstva zdravotnictví.

Veřejné zdravotnictví

Definicí pojmu veřejné zdravotnictví můžeme chápat buď jako soustavu institucí nebo obecněji jako soustavu pečující o rozvíjení zdraví společnosti.

Základním cílem veřejného zdravotnictví je přispívat k dosažení co nejlepšího zdraví lidí cestou normativních, technických, organizačních a politických opatření. Veřejné zdravotnictví se orientuje na zdravotní problémy populačních skupin a hledání politických, ekonomických a technických možností jejich řešení.

Veřejné zdraví (public health)

Veřejné zdraví je úsilím organizovaným společností k ochraně, rozvoji a navrácení zdraví lidí. Představuje souhrn poznatků, dovedností a myšlenek, který je orientován na udržení a zlepšení zdraví prostřednictvím skupinové nebo společenské činnosti. Zahrnuje programy, služby a instituce orientující se na prevenci nemocí a zdravotní potřeby populace jako celku.

Ekonomická podstata zdravotnických služeb

Z pohledu ekonomické podstaty existují tři základní kategorie statků:

- * Čisté kolektivní (veřejné) statky, jejichž základními atributy je nedělitelnost a nevyločitelnost ze spotřeby (např. národní obrana, veřejné osvětlení).
- * Smíšené kolektivní statky, u nichž je možné vyloučení ze spotřeby, jsou i dělitelné, ale existuje u nich vztah přímé závislosti mezi kvantitou spotřeby a kvalitou, která zůstává nedělitelná.
- * Privátní statky s absolutní dělitelností i vyloučitelností ze spotřeby.

Z ekonomické podstaty zdravotnických služeb vyplývá, že v zásadě mají charakter smíšených kolektivních statků, což se odráží i v reálně existujících způsobech jejich produkce, rozdělování a spotřeby v různých zemích. Ve všech hraje poměrně významnou roli stát, resp. veřejný sektor. Tržní mechanismus jako jinak standardní nástroj alokace statků je většinou buď nahrazen netržními způsoby (Velká Británie) nebo dosti podstatně regulován a doplňován veřejnými programy zabezpečující zdravotní péči pro široké skupiny obyvatelstva (USA).

Role státu a trhu

Zde si můžeme položit otázku, jak vymezit působnost státu (státních regulací a intervencí) a uplatnění tržních mechanismů. Zdravotnictví, jako ekonomický statek, má velmi specifický charakter. Zdravotní služby mají často povahu externalit (typickým příkladem je očkování nebo léčba infekčních onemocnění). Lze tedy zdravotnictví považovat za určitou formu přirozeného monopolu. Jednak ve smyslu vzdělanostním, jednak v historicko-lokálním (stojí-li někde nemocnice, těžko vedle ní budeme stavět druhou).

Je patrné, že tržní alokace je ekonomicky nejúspěšnější způsob rozdělování „zboží“. Konkurence s sebou přináší nižší ceny, vyšší kvalitu a efektivitu. Na druhou stranu tržní mechanismy selhávají v řešení dostupnosti služeb pro všechny podle zdravotní potřeby.

Státní instituce jsou úspěšnější v zajištění dostupných služeb podle zdravotní potřeby, lépe se jim daří zvládnout regulaci celkových výdajů. Průvodními jevy však jsou tendence k byrokracii a centralizaci, čekací seznamy, pomalejší zavádění inovací, neizainteresovatelnost poskytovatelů, nižší kvalita atd.

Veřejná kontrola ve zdravotnictví

Kontrolou v oblasti veřejné správy je tzv. veřejná kontrola. Ta sleduje dodržování zákonitosti, účelnosti, efektivnosti a hospodárnosti.

Veřejnou kontrolu rozlišujeme z hlediska profesionality na:

- Laickou – je důležitým zdrojem informací. Zajišťují ji občané a občanská sdružení, sdělovací prostředky aj., které posuzují, zda je chování kontrolovaného subjektu v souladu s přijatými zákony a vyhláškami.

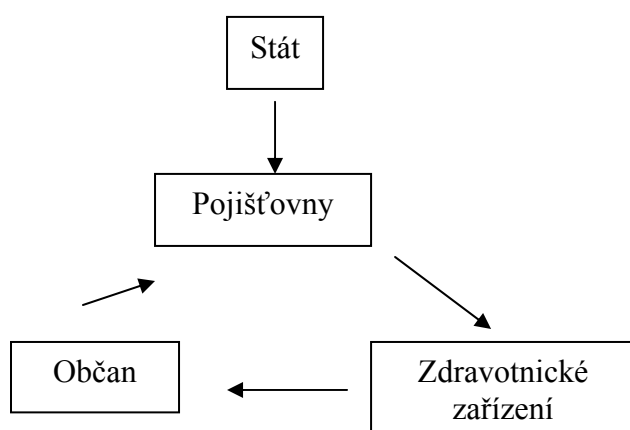
- Odbornou – je náročná na kvalifikovanost kontrolních orgánů. Představují ji odborní pracovníci z nezávislých kontrolních institucí a kontrolní inspekce. Odbornou kontrolu zdravotnictví tvoří:
 - Ministerstvo zdravotnictví – na centrální úrovni
 - Obecní a městské úřady, které vykonávají přenesenou působnost státní správy
 - Hygienické stanice
 - Stavovské komory (lékařská, stomatologická, farmaceutická)

3 VÝVOJ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ OD R. 1918 DO SOUČASNOSTI

Současná síť zdravotnických zařízení je výsledkem vývoje, který na našem území probíhal po několik uplynulých let.

Období po vzniku ČSR bylo obdobím průmyslového rozvoje a s ním spojených výrazných sociálních a politických jevů. Obyvatelstvo bylo postiženo doznívajícími následky 1. světové války. Byl uplatňován „Bismarkovský model“ systému péče o zdraví, který byl převzat z rozpadlého Rakouska-Uherska. Institucionální dohled vykonávalo od svého vzniku v listopadu 1918 Ministerstvo veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy.

Graf č. 1. Schéma „Bismarkovského modelu“



Základní pilíře „Bismarkovského modelu“ byly dva a to:

- síť veřejného zdravotnictví, zaměřená především na prevenci a potlačování infekčních chorob
- soustava veřejného solidárního pojištění jako prostředek k umožnění ekonomické dostupnosti zdravotnické péče.

Po ukončení 2. světové války bylo postaveno československé zdravotnictví před prvořadý úkol napravit škody na zdraví obyvatelstva. Různé představy o možnostech a způsobech odstranění nedostatků a zdokonalení zdravotnického systému byly vytvořeny pod politickým tlakem. Došlo ke znárodnění nemocnic, zestátnění zdravotnického průmyslu i výroby a distribuce léčiv. Vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ), jež představovaly základní nosnou kostru centralizované zdravotní soustavy, ale bohužel vedly k likvidaci svobodné volby lékaře, kdy všichni obyvatelé byli přiděleni k určitému praktickému lékaři, poliklinice a nemocnici. Dlouhodobě vedl tento systém k technickému i

odbornému zaostávání lékařské péče i k stále větší nespokojenosti občanů s kvalitou a obsahem zdravotní péče. Došlo k nárůstu korupce, byly nízké platy zdravotníků i celková společenská úroveň práce ve zdravotnictví. Nemocnice byly členěny do tří typů:

- Nemocnice I. druhu (místní nemocnice)
- Nemocnice II. druhu (okresní)
- Nemocnice III. druhu (fakultní a krajské)

Financování celé soustavy bylo založeno výhradně na rozpočtovém systému z všeobecných daní, nejdříve orgány státní správy, později pak cestou finančních odborů krajských a okresních národních výborů.

Česká republika (1989-1992)

První představy o povaze nového systému péče o zdraví byly vázány na nezbytnost existence demokratické společnosti a prosperujícího tržního hospodářství. Hlavními strategickými prostředky se měly stát:

- Odstátnění zdravotnických zařízení
- Znovuzavedení veřejného zdravotního pojištění
- Liberalizace pevně centralizovaného neflexibilního systému

Chyběla však jasná představa, jak pomocí těchto prostředků stěžejního cíle dosáhnout. V průběhu roku 1990-1992 došlo k určitým zásadním organizačním a legislativním opatřením. Byly přijaty zákony o:

- pojišťovnách
- nestátních zařízeních
- pojistném atd.

Došlo k přechodu od centralizovaného financování a řízení ke zdravotnictví decentralizovanému, financovaného ze zdravotního pojištění občanů. Byly zrušeny krajské a okresní ústavy národního zdraví. Došlo k rozpadu decentralizovaného systému na stovky nových právních subjektů, které se ocitly v atmosféře nejistoty, jež uvedla v chaos jejich odborné i ekonomické chování. Po období 1989 – 1992 bylo veřejné zdravotnictví financováno ze státního rozpočtu.

Česká republika (1992 - dodnes)

V tomto období bylo zavedeno povinné zdravotní pojištění, jako řešení, které nejlépe odpovídá tradicím země a potřebám doby. Od 1. 1. 1993 bylo zahájeno financování provozu zdravotnictví na základě tržního principu z úhrad zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojištění bylo ale úmyslně pojato jako jediný zdroj financování celého zdravotnictví. V průběhu doby se ukázalo, že tento specifický trh není schopen efektivně pracovat. Došlo k prudkému poklesu výkonů. Dalším důvodem byl značný počet zdravotních pojišťoven a jejich nezkušenost a některé končily platební neschopností a zánikem (např. Hornická pojišťovna).

Závažným problémem se stala skutečnost, že v průběhu tohoto období docházelo ke značnému růstu nákladů potřebných na provoz zdravotnických zařízení, které pojišťovny nebyly schopny krýt zvýšenými úhradami. To vedlo k zadlužení nemocnic.

Začal se stále naléhavěji objevovat rozpor mezi omezenými zdroji finančních prostředků a mezi rostoucími náklady na zdravotnickou péči. Následovala řada pokusů situaci řešit ale nepodařilo se najít vhodné řešení. Problémy vnášel i vývoj v oblasti dalšího strategického kroku transformace, tedy oblast odstátnění zdravotnických zařízení. Výsledkem byla vcelku úspěšně zvládnutá privatizace ambulantních ordinací praktických lékařů i specialistů.

Většina odborné veřejnosti se shoduje na potřebě striktně legislativně vymezené tzv. standardní péče hrazené ze zdravotního pojištění a stanovení hranic, kde bude začínat nadstandardní péče hrazená přímou platbou pacientem nebo pomocí jeho soukromého připojištění.

4 FAKTORY EFEKTIVNOSTI VE ZDRAVOTNICTVÍ

Při naplnění cílů zdravotní politiky je nutné identifikovat faktory efektivity, aby všechna opatření měla adekvátní dopad. Jak v celém veřejném sektoru, tak i ve zdravotnictví působí vnější a vnitřní faktory efektivity u daného regionu.

4.1 Vnější faktory efektivity

Politické uspořádání

Jedná se o stupeň demokratizace a možnost občanů účastnit se veřejné volby prostřednictvím volených zástupců a možnost veřejné kontroly nad využíváním veřejných prostředků

Fungování ziskového sektoru

Když budou mít občané v daném regionu vysoké příjmy, budou odvádět kraji vyšší daně a zdravotní pojišťovny vyberou více finančních prostředků na zdravotní pojištění. Kromě vyššího objemu zdrojů se ale zvýší i požadavky občanů na kvalitu zdravotní péče a způsob užití určitých služeb.

Konkurenční prostředí mezi institucemi

Možnost výběru mezi zdravotnickými zařízeními (státními i nestátními, existence standardních i nestandardních služeb).

Financování zdravotnictví podle jeho výkonů a užitků

Kvalitnější systém financování, odměňující na základě kvalitně poskytnuté péče a zohledňující reálné náklady spojené s jejím poskytnutím, je pro rozvoj zdravotnictví ideální faktor efektivity.

Zmíněné faktory jsou vnějšími právě proto, že kraj nemá přímé možnosti, jak je ovlivňovat. Kraj ale může ovlivňovat prostřednictvím aktivit v samostatné působnosti vnitřní faktory efektivity.

4.2 Vnitřní faktory efektivity.

Věda a technika

Investice do vědy, výzkumu a zavádění nových technologií je významný faktor efektivity pro oblast zdravotní péče. Technika může zkrátit čas, zvýšit kvalitu výkonu, ale podstatný je samozřejmě odborný úsudek a znalosti ošetřujícího lékaře a kvalita zdravotnického personálu a hlavně jejich schopnost s technikou zacházet.

Struktura veškerých činností

V oblasti zdravotnictví se při jeho hodnocení klade důraz na samotné zabezpečení zdravotní péče - zdravotnický personál, léky, prostory apod. a až následně nastává řešení otázek vzdělávání, dopravy, sociálních podmínek apod.

Všechny formy dělby práce

Dělba práce

- mezi regiony
- mezi odvětvími v rámci daného regionu (sociální a zdravotní)
- horizontální dělba práce mezi zařízeními ambulantní péče prostřednictvím přidělování spádové oblasti
- mezi jednotlivými úrovněmi samosprávy (kraje, mikroregiony, obce)

Kvalifikace pracovníků

Kvalifikovanost pracovníků ve zdravotnictví je daná zákonem č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu. Každý kraj by měl ve svém regionu podporovat vzdělávání v nových medicínských trendech.

Jsme si vědomy, že nebyly uvedeny zcela jistě všechny faktory ovlivňující efektivnost ve zdravotnictví, avšak tyto považujeme za ty nejdůležitější.

5 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR

Nový systém zdravotní péče zavedený po listopadu 1989 zcela změnil princip odměňování poskytovatelů. Neexistovala žádná souvislost mezi množstvím a kvalitou jejich práce a výší odměny, proto začala skupina expertů pod patronací Ministerstva pracovat na nové koncepci zdravotnického systému. Transformace spočívala především v privatizaci zdravotnických zařízení, zavedení pojišťovacího systému a provázání výkonů poskytovatelů s jejich příjmem. V České republice byl zaveden **model veřejného pojištění**. Vychází z principu solidarity a dělení rizika. Zákonem č. 550/1991 Sb. bylo zřízeno všeobecné (veřejné) zdravotní pojištění a postupně vzniklo až 27 zdravotních pojišťoven. **Od roku 1993** začal být systém **financován převážně z dávek pojistného na zdravotní pojištění**, které je povinnou platbou, na níž se podílejí zaměstnanci, zaměstnavatelé a stát. (blíže v dalším textu) Jedná se ekonomicky o zvláštní daň postihující důchod. Byla uskutečněna rozsáhlá privatizace, resp. odstátnění zejména služeb, které jsou poskytovány praktickými lékaři, ale i lázeňské péče, lékáren a částečně i malých lůžkových zařízení. K 1. 1. 2003 přešlo vlastnictví některých nemocnic na kraje a obce. Velké nemocnice většinou privatizovány nebyly, ale v současné době se o této možnosti hodně diskutuje. Současné zdravotnictví je financováno z těchto **zdrojů**:

- veřejné zdravotní pojištění
- státní rozpočet (přímé výdaje)
- přímá platba občanů
- rozpočty krajů a obcí
- dobrovolné (smluvní) pojištění
- příspěvky zaměstnavatelů

Rozhodující měrou je zdravotnictví financováno z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a to podílem více než 80 %, což překračuje míru obvyklou v zemích EU. Ze státního rozpočtu jsou financovány pouze příspěvky zdravotnickým organizacím na vybrané činnosti, které zdravotní pojišťovny nehradí (lékařský výzkum, výuku lékařů, problematiku AIDS, protidrogový program apod.), investice a příspěvky do sítě fakultních (superspecializovaných) zařízení. Příspěvky samospráv jsou zaměřeny na rozvoj těch zdravotnických zařízení, která jsou pro daný region klíčová a potřebují mimořádné investice či pokrytí mimořádných výdajů. Přímá úhrada péče nehrzené z veřejného zdravotního pojištění je v současné době tvořena především doplatky za léky, stomatologické materiály, či nadstandardní výkony, čili za výkony volitelné a vyžádané. Podíl přímých plateb občanů je asi 8,5 % celkových výdajů na zdravotnictví. Doplňkové smluvní pojištění se u nás zatím setkává s malým zájmem, i když roli zde sehrává i nízká nabídka placené nadstandardní péče. Současně zde působí vliv širokého spektra solidární zdravotní péče. Ve většině evropských států hraje smluvní pojištění podstatně větší roli než v ČR.

Podle zdrojů financování lze poskytovanou zdravotní péči rozdělit na:

- osobní spotřebu krytou z fondu všeobecného zdravotního pojištění, patří sem potřebná standardní zdravotní péče

- veřejnou spotřebu hrazenou ze státního rozpočtu a rozpočtu obcí, jde o činnost zdravotnických zařízení vykonávající státní zájem, např. činnost hygienické služby, Státní ústav pro kontrolu léčiv, zdravotně výchovné a preventivní programy
- osobní spotřebu nezdůvodněnou zdravotním stavem, většinou označovanou jako nadstandardní. Tuto péči si hradí pacient, který ji požaduje, z vlastních zdrojů.
- Institucionální spotřebu, zahrnující služby objednané právníky osobami (např. lázeňskou péči, rehabilitaci), tuto péči hradí instituce, která si ji vyžádala.

5.1 Způsoby úhrad zdravotní péče

Původně existující způsob úhrady zdravotní péče spočíval v ohodnocení náročnosti jednotlivých prováděných výkonů počtem bodů a stanovení hodnoty bodu v korunách. Podle typu péče byly různými způsoby propláceny vlastní výkony lékařů podle jejich bodového ohodnocení v sazebníku výkonů, ošetrovací dny na lůžku, zahrnující paušálně většinu činností souvisejících s hospitalizací, materiál spotřebovaný v přímé souvislosti s výkonem, léky apod. Tento způsob úhrady zdravotní péče platbou za jednotlivé vykazované výkony (zvaný fee-for-service) vedl k neadekvátně vysokému počtu kontaktů lékařů a pacientů spolu s neefektivně vysokým počtem provedených a vykázaných výkonů. Maximalizace poskytované péče vedla k tzv. inflaci bodu (= snižování korunové hodnoty bodu). Proto začalo od r. 1996 docházet ke změnám ve způsobu úhrady. V současné době jsou poskytovatelé zdravotní péče v České republice odměňováni několika typy úhrad, podle charakteru zdravotnického zařízení, kdy je rozlišen způsob úhrady mezi praktickými lékaři, ambulantními specialisty a nemocničními zařízeními.

AMBULANTNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

a) praktičtí lékaři

U praktických lékařů změna posílila jejich zodpovědnost za účelné vynakládání části prostředků na léčbu pacientů. Praktičtí lékaři jsou převážně samostatnými, privátními lékaři. Začali být financováni kombinovanou kapitačně výkonovou platbou.

Lékař uzavírá smlouvy s příslušnými zdravotními pojišťovnami v závislosti na výběru pojišťovny svými pacienty. Pravidelně každý měsíc pak příslušným pojišťovnám účtuje úhradu za poskytnutou péči. Pojišťovny mu posílají úhrady podle termínů určených ve smlouvě.

Lékař dostává část své odměny ve fixní formě, tj. ve formě měsíční úhrady za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, kterého má ve své registraci. Hlavním výkonovým ukazatelem se tu stal zaregistrovaný pacient, za kterého praktický lékař získává platbu, ať již tento pacient péči čerpá či nikoliv. Tato pevná část platby je závislá na věku pacienta, vykazuje se tzv. "Jednicový pojištěnec" neboli kapitační jednotka. Výše platby se vypočítává podle počtu registrovaných pojištěnců s příslušným věkovým indexem násobeným základní sazbou ve výši minimálně 33 Kč na měsíc (údaj pro 2. pololetí 2003, dle Věstníku MZ č. 7/2003). Koeficienty dle věku pacientů se liší podle nákladů na léčbu – pro starší věkové kategorie je koeficient vyšší.

Druhou složku plateb činí platby za určité úkony. Zdravotní pojišťovna předem zveřejňuje soupis hrazených úkonů. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví obsahuje Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, kdy hodnota bodu je vyhláškou pevně stanovena v Kč.

b) ambulantní specialisté

Péče poskytovaná těmito odbornými lékaři je v podstatě hrazena podle seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Hodnota bodu je v 2. pololetí 2004 1,04 Kč (dle Věstníku MZ č.6/2004). Významné omezení ovšem představuje limit času lékaře. Proplaceno je pojišťovnami jen tolik výkonů, kolik „se jich vejde“ do 12hodinového „pracovního dne“, posuzováno podle standardních (předem daných) časových limitů.

c) stomatologická péče

Stomatologové mají samostatný sazebník stomatologických výkonů, které nejsou ohodnoceny v bodech, ale přímo v korunovém vyjádření. Sazebník obsahuje i seznam nadstandardních materiálů a výrobků, které jsou hrazeny přímo pacientem nebo na ně připlácí, a to v hotovosti přímo lékaři.

LŮŽKOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

Financování nemocnic je vícezdrojové. Hlavní část příjmů nemocnic je tvořena platbami od zdravotní pojišťovny. Druhým nejvýznamnějším zdrojem jsou dotace resp. příspěvky od subjektů, který je zřizovatelem. Dalším zdrojem jsou příjmy z hospodářské činnosti nemocnic např. pronájem prostor v areálu nemocnic. Hotovostní platby za péči nehrazenou ze zdravotního pojištění a nadstandardní služby jsou minimální a mají velmi nízký podíl na celkových příjmech. Jsou tvořeny zdravotní péčí poskytovanou cizincům, nadstandardními službami (nesouvisící přímo s lékařskou péčí) a výkony nehrazenými ze zdravotního pojištění (plastické operace, potraty atd.)

Od roku 1997 byly nemocnice financovány tzv. **paušální platbou**. Výše paušálu se stanovovala podle finančních prostředků, které obdržela nemocnice ve stejném kalendářním období v loňském roce, ale navýšené o dohodnuté procento meziročního růstu. Nevýhodou tohoto systému bylo, že poskytovatel měl motivaci k tomu, aby paušál utratil za každou cenu, neefektivně, nebo aby šetřil a nakupoval nekvalitně. Tomuto systému chybí motivační prvky k provádění výkonů, vede spíše k jejich omezování vzhledem ke stoupajícím nákladům na tyto výkony, k přesouvání složitějších případů do zařízení vyššího typu. V těch pak docházelo k vytváření pořadníků na odkladné a plánované hospitalizace.

V 3. čtvrtletí 1999 byl proto zaveden nový přístup – tzv. **„úhrada na principu výkonové hodnoty bodu“**, která nahradila paušální platby. Tzv. „risk-koridor“ (procentuální vymezení nepodkročitelných a nepřekročitelných nákladů vzhledem k minulému období) přitom chrání plátce i poskytovatele zdravotní péče před dopady náhlých změn ve výši úhrad.

Do budoucna se připravuje postupný přechod na **úhrady za případy (tzv. DRGs)**. Objem platby bude záležet na diagnóze pacienta.

Výše ceny bodu a výše úhrad jsou obecně stanovovány v rámci tzv. dohodovacího řízení, které pololetně probíhá mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, zástupci ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče. Stát prostřednictvím MZ vyhláší výsledky dohodovacího řízení obecně závazným aktem.

5.2 Financování systémem DRG

Jednou z možností financování nejproblematictější oblasti, tedy nemocniční lůžkové péče, je zavedení financování metodou DRG (diagnosis related groups), tedy **platbou za diagnózu**, která sleduje nemocné na akutních lůžkách nemocnic. Tento systém vznikl v USA za účelem

sledování nákladů na poskytování zdravotnických služeb a jako nástroj řízení nemocnice. Odtud se rozšířil do řady zemí.

Podstatou DRGs je rozřídění poruch zdraví do klasifikačních diagnostických skupin (v ČR jich je 636) s určením jejich nákladové náročnosti. Na léčbu jednoho případu z určité diagnostické skupiny nemocnice dostane paušální částku. Zbylé prostředky z této částky po úhradě všech položek spojených s léčbou pacienta zůstávají v nemocnici. Na druhé straně, pokud například paušální platba nemocnici nestačí, hradí další péči ze svých prostředků.

Systém klasifikace pacientů (*Case mix*) jsou vlastně metody pro rozřídění pacientů do skupin podle určitých kritérií. V případě DRG jsou hlavním kritériem náklady vynaložené na léčení. Klasifikace resp. třídění pacientů probíhá podle demografických a diagnostických proměnných, tj. základní a vedlejší diagnózy, věku, pohlaví pacienta, základního chirurgického zákroku. Pacienti zařazení do jedné stejné skupiny by měli být podobní z klinického hlediska i z hlediska nákladů potřebných na léčení. Na základě klasifikací pacientů systémem DRG lze hodnotit složitost zdravotního stavu pacientů jednotlivých nemocnic. Příprava samotného systému DRG je poměrně složitá, na druhé straně vlastní užívání systému je mnohem snazší a administrativně méně náročnější než u výkonového systému.

Tento způsob financování se začal zkoušet v ČR na podzim 1997 jako pilotní projekt. Do pilotního souboru bylo zařazeno 19 nemocnic, z toho 3 velké fakultní a 16 malých nemocnic. Ohlasy nemocnic na tento projekt byly příznivé. Proto se v roce 2000 projektu zúčastnilo asi 60 nemocnic. O možnosti plošného zavedení DRG do českých nemocnic se diskutuje, ale uvedení do praxe je dlouhodobou záležitostí.

6 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ

Na počátku 90. let 20. století se čeští zákonodárci rozhodli zavést v České republice systém veřejného zdravotního pojištění s konkurujícími si pojišťovnami. Jako první vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna, u níž byli pojištěni v přechodném období pojištění všichni pojištěnci před vznikem ostatních zdravotních pojišťoven (ZP). Šlo tak bez větších problémů oddělit financování zdravotní péče od státního rozpočtu. Jeho zavedení bylo v podstatě úspěšné, i když v praktickém uplatnění se setkáváme s nejrůznějšími problémy. Někteří účastníci tohoto systému se mylně domnívají, že prostředky ze zdravotního pojištění převzaly funkci prostředků ze státního rozpočtu, a že úkolem zdravotního pojištění je především zajistit chod zdravotnických zařízení. Tak tomu ovšem není. Hlavním úkolem zdravotního pojištění je shromáždit od pojištěnců, organizací a státu finanční zdroje a pomocí nich zajistit kvalitní zdravotní péči.

Klíčovým prvkem toho systému je přerozdělování pojistného. Hlavním důvodem tohoto přerozdělování je vyvážení vznikající nerovnováhy mezi příjmy zdravotních pojišťoven z vybraného pojistného a výdaji na čerpané věcné dávky. Tím pojišťovny ztrácí motivaci konkurovat si výběrem „vhodnějších“ pojištěnců.

V ČR byl při vzniku zdravotních pojišťoven poměrně jednoduchý přerozdělovací mechanismus, který byl postupně upravován. Po několika letech jeho existence jej můžeme hodnotit jako poměrně dobře navržený, přičemž jednoduchost tohoto mechanismu je jeho obrovskou předností a může být snadno doplňován o pravidelnou korekci jeho hlavních parametrů, kterými jsou: 40% nepřerozdělovaného pojistného, jednonásobek výše dílu pro státní pojištěnce do 60 let, trojnásobek výše dílu na státem hrazené pojištěnce nad 60let.

Výše pojistného na všeobecné zdravotní pojištění činí 13,5% z vyměřovacího základu hrubé mzdy zaměstnanců nebo příjmů osob samostatně výdělečně činných. U zaměstnanců se částka pojistného rozděluje – 9% platí zaměstnavatel a 4,5% zaměstnanec. Za osoby bez vlastního

příjmu (děti, důchodci apod.) platí pojistné stát. Procentní výše pojistného je tedy pro každou příjmovou kategorii stejná.

Zdravotní pojišťovny (ZP) jsou organizace vzniklé ze zákona (Zákon č. 551/1991 Sb. O všeobecné zdravotní pojišťovně) a jsou koncipovány jako neziskové organizace se silnou vazbou na stát. Resortní ZP vznikají na základě žádosti o licenci (dříve to bylo nárokovou záležitostí, dnes je na posouzení zřizovatele). Resortní ZP jsou zaměstnanecké pojišťovny s vazbou na resorty (Vnitro, Obrany). Zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. VZP se v některých směrech od resortní ZP odlišuje – její ústřední ředitel je jmenován a odvoláván parlamentem, spravuje účet přerozdělení, finanční prostředky pro zřízení jí poskytl stát, je zřízena podle zvláštního zákona, je jedinou ZP, která nemůže na základě platné zákonné úpravy zaniknout.

Mezi základní principy zdravotního pojištění v ČR patří fakt, že ZP:

- jsou veřejnoprávní samosprávné organizace neziskové povahy
- z hlediska práva vystupují jako právnické osoby
- pojišťovny jsou organizace otevřené, pojištěncům je dána svobodná volba zdravotní pojišťovny

7 ZÁKLADNÍ ÚDAJE O SYSTÉMU ZDR. PÉČE VE VYBRANÝCH STÁTECH

Pro srovnání kvality a stavu českého zdravotnictví a zdraví jsme si vybraly pár ukazatelů vybraných zemí Evropy, které následují za textem.

Z tabulky je patrné, že přes mimořádné tempo růstu střední délky života v 90. letech Česká republika stále nedosahuje na hodnoty uvedených zemí v následující tabulce. Avšak v rámci zemí střední a východní Evropy zaujímá druhé místo za Slovinskem.

Velmi významný je rozdíl ve zdrojích, které máme ve zdravotnictví k dispozici. Velikost těchto zdrojů je do značné míry závislá na velikosti HDP připadajícího na jednoho obyvatele. Z následující tabulky je zřejmé, že v tom není naše situace nikterak skvělá (i když jsme na tom lépe než Maďarsko nebo třeba Polsko). Přitom přepočet výše HDP se provádí podle kurzu parity kupní síly, což je věrnější a pro nás příznivější, než by byl přepočet podle směnného kurzu. Ze zmíněné tabulky je také patrné, že bohatší země (Švýcarsko, Německo) si mohou dovolit věnovat na zdravotnictví větší část HDP než některé jiné. I když toto závisí i na kulturních zvyklostech populace. Velmi nepříznivá je pro nás i velikost částky věnované na zdravotnictví na 1 obyvatele, kde většina západních zemí má na obyvatele k dispozici – s výjimkou Velké Británie – dvakrát až třikrát větší částku. Opticky je tato situace poněkud lepší, jestliže do výdajů započteme i dávky v nemoci (1025 USD), které se v těchto zemích do dané částky započítávají. Z tabulky je též patrná relativně velmi nízká spoluúčast občanů na nákladech zdravotní péče v našem systému, kde pouze Velká Británie má podle údajů WHO spoluúčast menší.

Problémem u nás je zřejmě vysoký počet akutních nemocničních lůžek, který je v přepočtu na počet obyvatel u nás ze všech sledovaných zemí nejvyšší. Zarážející je velmi nízký počet akutních lůžek ve Velké Británii, kterému se blíží pouze nízký počet těchto lůžek v Holandsku. To má na druhé straně vysoký počet všech lůžek.

V oblasti využívání zdravotní péče je Česká republika na předním místě jak v četnosti hospitalizace, tak ve frekvenci ambulantních návštěv lékaře. Nejméně využívají lůžkovou a ambulantní péči obyvatelé jihoevropských států (Řecko, Itálie, Španělsko), nejvíce naopak Rakousko, Belgie, Německo. Preventivní péče je u nás, s výjimkou mamografie, poměrně častá. Obecně lze říci, že v oblastech, kde jsou zdravotnické služby více využívány, převládá spokojenost se zdravotnickým systémem. Naopak v zemích s nízkou frekvencí využívání těchto služeb převládá spíše nespokojenost.

Překvapivé jsou u nás relativně vysoké výdaje na léky, které v přepočtu dle parity kupní síly jsou dokonce absolutně vyšší než např. ve Velké Británii, Švýcarsku či Holandsku.

Ve srovnání s ostatními zeměmi je u nás velmi vysoký počet kontaktů občana s lékařem. V tom nás předbíhá jen Maďarsko, i když tam je rozdíl tak značný, že je otázkou, zda nejde o metodické nedopatření ve statistice.

Česká republika je v počtu lékařů jen mírně pod evropským průměrem a výrazně převyšuje země bývalého východního bloku (v počtu zubních lékařů již odpovídá evropskému průměru).

Počtem nemocničních lůžek je Česká republika výrazně nad průměrem států Evropské Unie, z části je to však způsobeno nedostatečným počtem lůžek ošetřovatelských a sociálních. Nedostatečná je dosud i síť zařízení domácí zdravotní péče, která umožňuje propustit pacienta do domácího ošetřování.

Jak je patrné z předešlého rozboru, je mnoho oblastí, ve kterých je na tom Česká republika hůře než většina zvolených zemí. Nezbývá nic jiného než doufat, že reforma ministryně Emmerové vše alespoň z části napraví.

	Belg.	Franc.	Hol.	Něm.	Rak.	Švýc.	VB	ČR	Maď	Pol.
Střední délka života - muži	74,8	74,6	75,2	74,5	74,7	76,5	74,8	71,1	66,1	68,9
Střední délka života - ženy	81,8	82,2	80,7	80,5	80,9	82,5	79,7	78,1	75,2	77,3
Výdaje na zdravotnictví jako % HPD	8,6	9,4	8,7	10,3	8	10,4	6,8	7,1	6,8	6,4
Výdaje na zdravot. Na 1 obyv. v USD	2050	2043	2150	2361	1894	2853	1510	937	717	524
Výdaje na zdravot. - spoluúčast v %	14,7	20,4	16,8	11,3	23,6	29,7	3,1	7,7	15,1	28,4
Počet všech lůžek na 1000 obyvatel	7,2	8,5	11,3	9,3	8,9	18,1	4,2	8,9	8,2	5,3
Počet akutních lůžek na 1000 obyvatel	4,6	4,3	3,7	6,5	6,3	5,6	2,4	6,7	6,4	??
Výdaje na léky na 1 obyv. v USD	318	447	232	300	??	217	229	239	190	??
Výd. na léky-podíl na celkových výd. na zdr.	16,1	21,9	10,8	12,7	12,9	7,6	16,3	25,5	25,6	??
Počet všech lékařů na 1000 obyvatel	3,6	3	2,9	3,4	3	3,3	1,7	3	3,1	2,3
Počet konzultací s lékařem na 1 obyv.	7,9	6,5	5,7	6,5	6,5	11	5,4	12,4	19,7	5,4

Upraveno dle : OECD Health Data 2000

8 REŠERŠE Z TISKU

Netrvalo dlouhou dobu, než jsme se rozhodly, jaké téma ze současné diskuze ve zdravotnictví je nejproblematictější, nejaktuálnější avšak také nejrozporuplnější. Zjistit informace o reformě zdravotnictví nebylo složité, horší bylo udělat si na danou problematiku vlastní názor, protože zprávy z této oblasti jsou často protichůdné, smyšlené a musíme přiznat, že pro laika někdy trochu odborné.

Hlavní roli v daném problému hraje ministryně zdravotnictví Milada Emmerová.¹

¹ Všechny šedé části textu jsou vykopírovány z internetových zpráv ČTK



Ministryně zdravotnictví Milada Emmerová
foto: PRÁVO/Michaela Říhová

PRAHA 1. listopadu (ČTK) - Ministryně zdravotnictví Milada Emmerová (ČSSD) představila deset hlavních bodů z koncepce, podle níž se má v budoucnu řídit české zdravotnictví. Desatero počítá mimo jiné s léčbou, jež bude pro všechny pacienty ekonomicky, místě i časově dostupná. Lékaři však zveřejněný materiál považují za příliš obecný a v příznivý efekt koncepce většinou nevěří. Zároveň ani nedoufají, že se Emmerové podaří koncepci prosadit. Desatero klade důraz na zajištění rovnocenné péče na celém území republiky, vytvoření sítě nemocnic či zajištění vyrovnaného vícezdrojového financování. Za hlavní cíl ministryně považuje vytvoření sítě lůžkových zdravotnických zařízení. Síť ambulancí je totiž podle ní již dávno hotová. Zdůraznila také, že praktičtí a nemocniční lékaři musejí více spolupracovat.

Koncepci Emmerová zveřejní 15. listopadu. Předložením desatera chtěla pouze zastavit dohady, které její vznik provázejí. Na veřejnost například proniklo, že návrh počítá se zestátněním nemocnic i soukromých ambulancí. Emmerová to však stále odmítá. Pod tlakem soukromých lékařů také doplnila text, který poskytla novinářům, o ujištění, že nehodlá žádným způsobem zasahovat do vlastnických práv privátních zařízení. Koncepci hodlá vypracovat sama. Distancovala se od materiálů, které jí předložila komise Lidového domu pro zdravotnictví a v níž se navrhovalo opětné převedení některých ordinací pod stát.

"Nic znárodňovat nechci," prohlásila rezolutně Emmerová v Právu, a totéž zopakovala i na svém setkání s prezidentem ČLK Davidem Rathem.

Obavy soukromých lékařů však nerozptýlila a nepřímě proto vyzvali občany, aby nevolili sociální demokraty. Lékaři začali vyvěšovat v ordinacích plakáty s velkým NE znárodňování a návratu ke státnímu socialistickému zdravotnictví.



Praktický lékař pro dospělé v Praze 6 Jan Jelínek ukazuje plakát s velkým NE znárodňování a návratu ke státnímu socialistickému zdravotnictví.
foto: ČTK/Michal Doležal

Přichází dlouho očekávaný 15. listopad

Koncepce zdravotnictví, kterou ministryně zdravotnictví Milada Emmerová předložila veřejnosti, obsahuje zásady, které před nedávnem tak rozlítily nejen zdravotnickou veřejnost - zejména však ty, kterých se to nejvíce dotýká: tedy soukromé ambulantní lékaře.

V koncepci, která je nepřehledným a zbytečně obsáhlým materiálem, je zcela jasně řečeno, že se počítá s integrací ambulantní péče s nemocničními organizacemi, s "globálními rozpočty" pokrývajícími péči ambulantních specialistů v rámci "integrovaného zdravotnického systému" a podobně. Je tedy jisté: se zestátnováním privátní sféry se nadále počítá, technika tohoto procesu je ale v materiálu úmyslně zatajena.

Není však těžké ji odhalit. Je obsažena v tomto vzkazu: Buď se, ty jeden zdravotnický kapitalistický vykořisťovateli, přidáš k nám, anebo zkrachuješ. A proč? Ti, kteří to myslí upřímně, ho totiž nehodlají nadále financovat z prostředků, který náš pracující lid každým měsícem naplňuje odvody na zdravotní pojištění.

ČTK Jan Šťastný - Autor provozuje praxi soukromého patologa

Dle našeho názoru by stát do budoucna zdravotnictví neměl řídit, ale pouze regulovat. Jen takový postup umožní fungování celého systému na běžných tržních principech, které nepovedou k dalším finančním ztrátám. Domníváme se, že role pacienta musí být posílena. Do hry o podobě systému péče musejí být vtaženi všichni: od pacienta přes lékaře a zdravotní pojišťovny. Stále dochází k tomu, že čeští pacienti nejsou bráni jako partneři, ale jen jako objekt péče. A to i přesto, že právě převážně občané zdravotnictví financují. Abychom mohli být zákazníci (stejně jako na trhu s hmotnými produkty), musíme mít trh, kde je možné vybírat. Trh zdravotních pojišťoven, trh zdravotnických prostředků a tak podobně. Koncepce ČSSD však staví občana na okraj, dělá z něj pasivního konzumenta, který bude fasovat to, co pro něj někdo nadaný vyššími znalostmi vymyslí.

Předchozí ministři zdravotnictví víceméně říkali, že chtějí bezplatné zdravotnictví, ale je třeba si uvědomit, že „žádný oběd není zadarmo“. Ani veřejné zdravotnictví. Je zajímavé, že poslední ministři zdravotnictví až těsně před tím, než měli odejít z vlády, připustili nutnost nepopulárních kroků. Vzpomeňme si na paní Součkovou, pak na jarního a poletního krále pana Kubinyho. Všichni najednou přišli na to, že ten systém je neudržitelný.

9 LEGISLATIVA

Jak již bylo napsáno, české zdravotnictví se po roce 1989 snažilo rychle přeorientovat ze systému státního zdravotnictví na systém zdravotního pojištění. Tato transformace měla pár nedostatků, mezi něž lze řadit i chyby v legislativě. Oblast zdravotnictví je upravována nespočtem zákonů, novel a vyhlášek, ve kterých se těžko orientují jak plátcí tak poskytovatelé zdravotní péče. Neutěšenou situaci dokumentuje zákon 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu, který je evidentně zastaralý, ale jedinou změnou této normy je několikanásobná novelizace. Posledním příkladem tohoto chaosu byla novelizace zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Platnost tohoto zákona byla omezena časově do 1. ledna roku 2000, protože zde byl předpoklad předložení nového kvalitnějšího návrhu. Žádný ale neprošel a paradoxně hrozilo, že jedinou právní normou, podle které by se určovaly výše a způsoby úhrad by byla Ústava. To by ale znamenalo kolaps celého systému zdravotního pojištění, protože veškerá zdravotní péče by byla bezplatná.

Mezi nejdůležitější zákony lze řadit:

* 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů

- * 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu
- * 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- * 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

10 ZÁVĚR

V této práci jsme analyzovaly systém financování, pojištění, rozebrali jsme důležité pojmy tohoto oboru, ale přesto si stále musíme přiznat, že jsme nenašly mnoho odpovědí na současné problematické otázky. Po napsání této práce jsme si ale uvědomily, jaký mají peníze ve zdravotnictví význam. Někdo říká, že není možné platit hotelové služby v nemocnicích a hradit každé kýchnutí ze solidárního systému. My si však myslíme, že můžeme mít úplně všechno, Včetně všech zbytečných vitamínů, které si výrobci potravinových výrobků vymyslí, můžeme cpát do lidí všechna zbytečná vyšetření. Ale musíme pak i říct, že to stojí takové a takové peníze a že je potřeba tyto peníze na to dát. Ty peníze budou lidem chybět jinde v životě a efekt takového systému na občana bude negativní. Lidé budou „více nemocní“, protože jim budou chybět peníze na sport, nebudou v dobré náladě, protože si nebudou moci koupit knížku nebo jít do kina. Je třeba si uvědomit, že zdraví není jen o medicíně. Je to o životním stylu. Ale u nás je ten systém nastaven tak, že se utrácí neskutečné miliardy za maličkosti a pak chybí peníze na to podstatné.

11 LITERATURA

- Vepřek, J. a kol.: *Zpráva o léčení českého zdravotnictví*. Grada Publishing, Praha 2002, ISBN 80-247-0247-5
- Gladkij, I. a kol.: *Management ve zdravotnictví*. 1.vyd. Computer Press, Brno 2003, ISBN 80-7226-996-8
- Strecková, Y.: *Reforma veřejné zprávy a veřejných financí a faktory efektivnosti rozvoje regionů*, ESF MU v Brně 2003, ISBN 80-210-3074-7
- Bahner, M.: *Zdroje financování zdravotnických zařízení*. Bakalářská práce 2003, BAK 1275
- Rektořík, J. a kol.: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, Ekopress Praha 2002, ISBN 80-86119-60-2
- <http://www.novinky.cz/04/38/86.html>
- Věstník MZ č. 6/2004 dostupný z http://www.mzcr.cz/data/c1073/lib/castka_6.rtf
- Věstník MZ č. 7/2003 dostupný z <http://www.mzcr.cz/print.php?clanek=731>
- Internetové stránky Ministerstva financí ČR <http://mfcr.cz/>