

9 Financování zdravotní péče

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

V dnešních vyspělých ekonomikách je otázka úhrady nákladů spojených s produkcí a poskytováním zdravotní péče řešena velice rozmanitě. Prakticky bychom těžko hledali dvě země se stejným systémem organizace a financování zdravotnictví. Jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, intenzitou a formami státních zásahů, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovování cen a řadou dalších faktorů.

Problematika financování zdravotní péče je dosti složitá a vyžaduje k pochopení znalost rozsáhlého pojmového aparátu. Cílem této kapitoly je vybavit vás znalostí základních pojmů, orientovat se ve formách a modelech financování zdravotnictví a získat širší přehled o možných způsobech financování zdravotnických zařízení. Měli byste být schopni samostatně promýšlet důsledky různých alternativ způsobů úhrad, identifikovat jejich „silné“ i „slabé“ stránky. To je elementární předpoklad schopnosti hodnotit současný stav a navrhnout případná zlepšení. Ekonomické a finanční pohnutky sice nejsou zdaleka jediným motivem pro chování poskytovatelů, plátců a pacientů, jejich význam by však bylo velice nerozumné podceňovat. Svědčí o tom bezpočet příkladů z historie i současnosti u nás i v zahraničí.

Pokud si po prostudování této kapitoly uvědomíte, že neexistuje žádný optimální a obecně dokonalý systém, jak stanovit výši úhrady za poskytnutou zdravotní péči zdravotnickým zařízením, budete na polovině cesty k úspěchu.

KLÍČOVÁ SLOVA

veřejné pojištění	fee-for-service
národní zdravotní služba	kapitace
platby „třetí stranou“	DRGs
globální rozpočet	HMOs
platby za výkony	ošetřovací den

9.1 Formy financování

Různé formy financování zdravotnických služeb se dají třídit následujícím způsobem (podle třídění, které uvádí Abel-Smith 1984):

Nepřímé financování

1. prostřednictvím veřejných rozpočtů: státních a místních (municipálních),
2. povinné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č. 1,
3. dobrovolné pojištění, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č. 1,
4. zaměstnanecké pojištění, příspěvky pojištěných se pokládají za formy 2 nebo 3,
5. dobročinnost, charita, přičemž jakákoli finanční účast státu (obcí) se pokládá za formu č. 1,
6. zahraniční pomoc (zejména u rozvojových zemí).

Přímé financování

1. platby příjemců služeb s výjimkou placení pojistného, ale včetně finanční spoluúčasti na úhradách za služby poskytované v rámci forem 1-4.

9.2 Modely financování

Teoreticky jsou možné libovolná kombinace v intervalu mezi čistě tržní formou poskytování zdravotnických služeb, s přímými platbami až po tzv. „bezplatnou“, netržní formu, kdy jsou zdravotnické služby hrazeny ze zdrojů pocházejících ze všeobecného zdanění. V praxi se vyskytují zásadně různé kombinace zmíněných forem, které odrážejí zdravotní politiku jednotlivých zemí. Podle toho, která forma převažuje, lze rozlišovat především tyto tři modely:

- a) Tzv. liberální model - financování převážně na základě soukromého (v tomto případě zejména zaměstnaneckého) pojištění doplněného o státní transferové a redistribuční programy řešící nejzávažnější selhání trhu (typickým příkladem je USA);
- b) Model kontinentální, resp. Bismarckův - převaha povinného veřejného pojištění, pokrývající většinu populace a základní rozsah zdravotní péče, doplněného přímými

platbami, soukromým pojištěním i státními rozpočtovými prostředky (typické pro evropské kontinentální státy např. Holandsko, Německo, Belgie);

- c) Model Národní zdravotní služby (NHS), resp. Beveridgův - financování zdravotnických služeb prostřednictvím státního rozpočtu resp. ze zdrojů vzniklých zdaněním (Velká Británie).

Ve většině západoevropských zemí (včetně ČR) převažuje model s převahou veřejného pojištění. Model vychází z principu solidarity a dělení rizika. Většinou má podobu základního povinného pojištění pro všechny občany, nebo alespoň významné skupiny populace. Prostředky na financování zdravotnictví jsou odděleny od státního rozpočtu a soustřeďují se ve zvláštních pojistných fondech. V porovnání s modelem financování zdravotnictví prostřednictvím veřejných rozpočtů bývají různými autory (např. Štěpán 1990; Křížová 1998) uváděny tyto výhody a nevýhody:

Výhody

1. Zvyšuje se transparentnost finančních toků, odpadá každoroční boj mezi kapitolami rozpočtu. Možnost větší předvídatelnosti vydatnosti zdrojů.
2. Je usnadněn přechod na financování podle poskytnutých služeb - je vytvořen specializovaný orgán, ekonomicky zainteresovaný na hospodaření s prostředky.
3. Je systémově umožněno neutrální financování různých forem poskytování zdravotní péče (privátní, církevní, obecní, státní)
4. Legislativně je identifikována úroveň poskytovaných služeb, ať se již jedná o standard nebo o určité státem garantované minimum
5. Je umožněna existence konkurence plátců, což má bezprostřední vliv na kontrolu růstu nákladů.

Nevýhody

1. Administrativní náklady u zdravotního pojištění jsou zpravidla vyšší než u financování prostřednictvím veřejných rozpočtů. Odhady udávají, že u britské NHS je cca 5% z celkových výdajů určeno na administrativu, kdežto v USA je to více než 20%
2. Pojištění ve spojení s financováním podle poskytnutých služeb (výkonů) může stimulovat růst množství výkonů nad společensky užitečnou mez (inflace výkonů)

3. Pojišťovací systém je zaměřen především na kurativní činnosti. Obecně platí, že nedostatečně stimuluje prevenci
4. Zůstává problematickou otázkou financování investičních nákladů
5. Při špatném odhadu pojistného hrozí na jedné straně kolaps zdravotní péče a na straně druhé neúměrný nárůst daňového zatížení obyvatelstva, nebo jeho skupin.
6. Bez finanční spoluúčasti na úhradě služeb se problém příliš vysoké poptávky stejně neřeší.

9.3 Metody financování "třetí stranou"

Už jsme si v minulých kapitolách ukázali, že tím, kdo na trzích se zdravotnickými službami platí za službu, je většinou tzv. „třetí strana“. Tedy nikoliv sám pacient či jeho domácnost, ale prostřednictvím rozpočtů stát či místní komunita, zdravotní pojišťovna apod. Význam plateb prostřednictvím „třetí strany“ v uplynulých desetiletích vzrostl i v tradičně tržně orientovaných zdravotnických systémech, jako je např. USA. V našich podmínkách (a podobně i v celé řadě dalších evropských zemí) mají tyto platby již velmi dlouho naprosto majoritní roli. Literatura zabývající se ekonomikou zdravotnictví spatřuje v tomto faktu jeden z hlavních důvodů prudké akcelerace výdajů na zdravotnictví (vedle pokroku v medicíně, celkově stárnoucí populace resp. zhoršování životního prostředí). Různé mechanismy plateb, které „třetí strany“ používají, se snaží tento problém řešit. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb (!) v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů.

V tabulkách 8-1 a 8-2 jsou uvedeny rejstříky možných metod plateb. V první tabulce se nachází seznam výkonových ukazatelů, které mohou být použity jako základny pro platby. Nemá za cíl uvádět vyčerpávající výčet. Slouží jako inspirace a ukázka pestrosti. V podmínkách vícezdrojového financování zdravotnických služeb je možné, že jeden poskytovatel je placen různými plátcí různě. Další podstatnou otázkou je způsob stanovení ceny zvolené výkonové báze. O tom podrobněji pojednává druhá tabulka. Představuje seznam metod, kterými se stanovují ceny, nebo náklady použité pro tvorbu rozpočtů. Ačkoli existují některé tradiční kombinace (např. počet výkonů lékařů plus náklady na obslužné služby za

den hospitalizace), je možné vytvořit schéma proplácení nákladů kombinací libovolné základny plus metody jejího stanovení. Mohou se pochopitelně vyskytovat i různé přechodné typy, takže ani zde se rozhodně nejedná o taxativní výčet.

Tabulka 5. Výkonové ukazatele jako základny pro financování

Základna	Výklad	Příklad
Poskytované služby		
a. Kus	Jednotlivá nákladová položka služby	Lékařovy úkony, léky, pomocné služby, prádlo, strava...
b. Příklad	Všechny služby spojené s jednotlivým léčebným režimem	soubor úkonů (péče o matky) DRGs
c. Den, běžné	Všechny běžné služby spojené s obslužnými službami poskytovanými v souvislosti s hospit.	Obvyklá základna u nemocnic a sanatorií
d. Den, včetně	Všechny služby (obslužné i léčebné) poskytované za den hospitalizace	některé nemocnice v USA
Počet pacientů		
a. Léčených	Stejná základna bez ohledu na rozdíly v použitých zdrojích	jen vzácně např. péče pro chudé podle starých britských zák.)
b. Vyléčených	platí se jen za uzdravení	v současnosti se nevyskytuje: honoráře starých Čínských lékařů
c. Zaregistrovaných	Ať již bylo nebo nebylo poskytnuto léčení	HMOs, prakt.lékaři v Británii
Čas		
a. Doba léčení	Skutečná odpracovaná doba v minutách či hodinách	kalkulační vzorec bodu u nás
b. Připravenost k léčbě	Smluvně dohodnutá doba, specifikovaná jako prac. hodiny týdně, či týdnů ročně	základ pro platy zdrav. pracov.

Zdroj: s využitím Rapoport 1982: s. 301

Tabulka 6. Různé metody určení výše úhrady

Úhrada podle:	Výklad
Ceny (poplatku, honoráře)	
Jednotlivého poskytovatele služby	Ceny stanovené lékařem nebo zařízením
Tržní	Ceny dány nabídkou a poptávkou v daném území nebo stanoveny jako určitý percentil z cen individuálních poskytovatelů služeb
Administrativní	Ceny stanoveny státem resp. plátcem, nebo výsledkem dohádovacího řízení
Relativní hodnotou	výkony jsou oceněny body, násobeno hodnotou bodu dává výslednou cenu
Nákladů	
historických, jednotlivého poskytovatel	Prověřované náklady za určité minulé období (rok)
očekávaných, jednotlivého poskytovatele	Historické náklady promítnuté do budoucnosti podle nějakého stanoveného vzorce
rozpočtovanych, jednotlivého poskytovatele	Forma určování budoucích nákladů poskytovatele založená na rozpisu jednotlivých rozpočtových položek
normativy	Platby jsou svázány s nákladovými ukazateli zařízení tříděných dle geografického rozložení, druhů nabízených služeb, nebo dalších charakteristik

Zdroj: s využitím Rapoport 1982: s.302

Při platbách za služby lékařů, případně i jiných zdravotnických pracovníků se obecně mohou uplatňovat tyto tři základní přístupy:

- 1) platby za provedené služby
- 2) platby na základě počtu pacientů
- 3) platby podle odpracovaného času

9.3.1 Platby za provedené služby (*fee-for-service*)

Obecně se dá říci, že v dnešní době jde ve světě o nejčastěji používaný způsob plateb. Za předpokladu, že příjmy za jednotlivou službu převyšují náklady na její poskytování, vytváří přirozené pohnutky k tomu, aby poskytovatelé produkovali stále více a více služeb.

Při popisování jednotlivých typů plateb je klíčovou otázkou, jakým způsobem se určuje výše platby. Podle tohoto kritéria existuje několik dosti odlišných typů plateb za služby. Nejjednodušším typem je tzv. účtovaná cena (*billed charge*). Lékař sám určuje výši poplatku a účtuje ho přímo pacientovi. Pokud je do této transakce zapojena „třetí strana“, pak pouze jako subjekt, který provádí určité odškodnění pacienta (např. na základě soukromé pojistky), nikoliv jako účastník nějakého formalizovaného procesu, který by stanovoval výši platby. Tato forma se uplatňuje zejména v USA u lékařů, kteří nejsou zapojeni ve velkých programech soukromého nebo veřejného pojištění. Určitá svoboda při stanovování cen je v jejich případě poněkud kompenzována rizikem, že se nedomohou proplacení všech účtů, které vydali. Nedobytné pohledávky snižují příjmy a způsobují růst faktických nákladů.

Toto riziko, i náklady spojené s vymáháním plateb, jsou nižší, pokud je do mechanismu plateb zapojena i „třetí strana“. **Nejstarší formou jsou platby na základě pevného sazebníku služeb.** Jde o formu často používanou jak v USA, tak i v Evropě. Sazebníky mohou uvádět jednoduše seznam proplácených služeb a výši plateb, které za ně bude „třetí strana“ proplácet všem zúčastněným lékařům. Mohou se vyskytovat i složitější systémy, které rozlišují sazebníky podle různých skupin lékařů (specialisté a praktičtí lékaři) geografické polohy apod. Samotné platby se mohou uskutečňovat jednak ve formě úplného, nebo (častěji) částečného proplácení pacientových výloh, nebo formou přímých plateb poskytovateli služby. V prvně jmenované formě si tedy lékaři mohou určovat vlastní ceny a účtovat i služby nekryté plátcí. Pacienti jsou pak odpovědní za proplacení celé účtované částky a dodatečně si nechávají proplácet svá vydání ve výši stanovené sazebníkem.

Pevné sazebníky byly vždy oblíbené mezi plátcí. Jejich správa je poměrně jednoduchá. Jejich hlavní výhodou, z hlediska plátců, je, že umožňují plátcům jistou kontrolu nad cenami. To na druhé straně vysvětluje, proč je tato metoda nepopulární u lékařů. Hlavní nevýhodou pevných sazebníků je, že rychle zastarávají, neboť neobsahují mechanismus, který by výši plateb upravoval podle růstu nákladů a průběhu inflace.

Tento nedostatek do určité míry řeší **platby, založené na tzv. „obvyklých“, „převládajících“ resp. „přiměřených“ cenách.** Pracují s nimi, mimo jiné, i velké americké veřejné zdravotnické programy *Medicare* a *Medicaid*. Podstata tohoto přístupu spočívá v tom, že lékaři si sestavují své vlastní, soukromé ceníky a plátcí soustřeďují informace o cenách účtovaných za každou službu či úkon všemi zúčastněnými lékaři. Na základě této činnosti se dá po jistém čase zkonstruovat diagram, znázorňující, jaké ceny účtoval daný praktický lékař za určitý typ služby. Cena, odpovídající mediánu (střední hodnotě), je potom označena jako

cena **obvyklá**. Vzhledem k tomu, že dochází ke stálému doplňování o nová data, obvyklá cena sleduje trend aktuálně účtovaných cen.

Obvyklé ceny tvoří základnu pro určování tzv. **převládající** ceny. Obvyklé ceny všech lékařů, kteří danou službu poskytují, seřazeny od nejnižší po nejvyšší, vytvoří tzv. profil převládajících cen. Každý plátec, který používá tuto metodu, si pro sebe stanovuje, který percentil (stou část) bude považovat za převládající cenu a bude ji používat jako maximální částku používanou při platbách smluvním lékařům.

Za **přiměřenou** cenu bývá označována ta, která je z trojice - aktuálně účtovaná, lékařova obvyklá a percentilním limitem stanovená - nejnižší.

Fungování způsobů financování založených na takto stanovených cenách je nepochybně daleko dražší než u pevných sazebníků. Pro lékaře je výhodné, že výše úhrad se automaticky přizpůsobuje účtovaným cenám, plátcí ovšem ztrácejí kontrolu nad růstem cen.

Model založený na **seznamech služeb (výkonů) oceněných relativními hodnotami** do značné míry řeší nevýhody výše zmíněných forem plateb. Jeho správa je relativně jednoduchá a levná a přitom je dostatečně flexibilní. Jde o model, který je použit při transformaci českého zdravotnického systému. Nejde o výlučně naši, českou záležitost, model založený na relativních hodnotách se uplatňuje například i v Kalifornii.

Základem je, stejně jako u pevného sazebníku, seznam výkonů (služeb). Každý výkon je oceněn příslušným počtem jednotek relativní hodnoty (u nás body). Jednotka relativní hodnoty je obecně arbitrárně vytvořené číslo, umožňující porovnávat jednotlivé služby mezi sebou podle jejich časové náročnosti, nebo podle stupně kvalifikovanosti, který je pro jejich poskytování nutný. Může jít i o kombinaci těchto hledisek a přidělený počet jednotek (bodů) může zohledňovat i další kritéria. Celkový příjem lékaře je potom dán hodnotou této jednotky (bodu) vyjádřené v penězích. Případný nárůst cen vstupů, inflaci apod. lze tak zohlednit změnami v hodnotě bodu. V některých systémech, které využívají systém relativních hodnot, nemusí být "cena bodu" po všechny lékaře stejná. Může se lišit podle různého stupně specializace a forem provozované praxe, geografických charakteristik spádové oblasti apod. **Výhody** tohoto přístupu jsou zřejmé. Je dostatečně pružný a při dostatečně odladěném relativním hodnocení jednotlivých služeb se případné dohodovací procesy mezi lékaři a plátcí značně zjednodušují, neboť místo celého balíku jednotlivých výkonů stanovují pouze hodnotu bodu. Plátcí neztrácejí kontrolu nad růstem svých nákladů. Mezi **nevýhody** patří, že při stanovování relativních hodnot může lehce dojít k relativnímu nadhodnocení resp.

podhodnocení některých služeb nebo výkonů a tím může dojít k nežádoucím deformacím jejich nabídky.

9.3.2 Platby na základě počtu pacientů

Pokud existuje alternativa financování lékařů podle poskytnutých služeb, pak je to nepochybně financování „podle hlav“ (angl. *capitation*), resp. podle počtu zaregistrovaných pacientů. Dalo by se také hovořit o paušálních platbách. Poskytovatel služby vybírá a někdy i stanovuje poplatky, které pacientovi dávají nárok na jakékoliv požadované množství platbami zabezpečených zdravotnických služeb. (Nerozhoduje tedy, zda jde pacient na prohlídku jednou nebo desetkrát za měsíc.) Tento způsob se uplatňuje především ve Velké Británii, kde jsou podle něj částečně placeni praktičtí lékaři.

Platby podle počtu zaregistrovaných osob jsou pravděpodobně jedním z nejjednodušších způsobů financování služeb, poskytovaných všeobecnými lékaři. Musí být splněny pouze dvě podmínky. Jednak musí existovat skupina osob, která předem souhlasí s tím, že bude ambulantní služby požadovat od určitého lékaře, a jednak jsou stanoveny pevné, obvykle měsíční, poplatky za jednu osobu.

Pro lékaře je tento způsob do jisté míry riskantní, neboť jeho příjem není žádným přímým způsobem vázán na skutečné provozní náklady. Zastánci paušálních plateb tvrdí, že takové riziko je zdravé, neboť nutí lékaře myslet ekonomicky a „hlídat“ si náklady a také brzdí poskytování zbytečných služeb. Odpůrci naopak poukazují na to, že metoda způsobuje, že množství poskytovaných služeb je nedostatečné a že jsou zbytečně zatěžováni lékaři-specialisté a zdravotnická zařízení, jejichž služby jsou podstatně dražší. Oba názory mají zřejmě v určité míře pravdu. Jednou z možností, jak tuto metodu vylepšit, je rozlišovat při paušálních platbách mezi skupinami pacientů (např. podle věku) nebo brát v úvahu rozdílné provozní náklady u různých druhů soukromých praxí lékařů. Riziko, kterému jsou lékaři vystaveni, lze dále redukovat tím, že lze lékařům umožnit, aby některé druhy služeb (např. večerní a víkendové návštěvy) účtovali zvlášť.

9.3.3 Platby podle odpracovaného času

Hovoříme-li o způsobech, kterými jsou placeni lékaři, měli bychom se alespoň zmínit i o platbách podle odpracovaného času. Pro lékařské povolání je sice obecně typický jeho svobodný výkon v rámci soukromé praxe, ale i tak se nachází značný podíl lékařů v pracovním poměru vůči různým zdravotnickým zařízením. V podmínkách českého

zdravotnictví jde o naprostou většinu, i když proces privatizace s sebou již přináší první soukromé praxe.

Mzdy, založené v podstatě na odpracovaném času, představují metodu, prostřednictvím které je placena většina zdravotnických pracovníků, pokud bychom je brali jako jeden celek (včetně sester a dalšího personálu). Jedná se o metodu, která je z hlediska praktického lékaře ve srovnání s ostatními nejméně riziková. Provozní náklady i riziko nese zaměstnavatel.

9.3.4 Financování lůžkových zdravotnických zařízení

Zpětné proplácení nákladů

Největší význam pro financování zdravotnických zařízení mají metody, založené nějakým způsobem na úhradě **nákladů** spojených s poskytováním zdravotnických služeb. V různých modifikacích se používají ve všech třech modelech, zmíněných v části druhé. Plátcí - ať již se jedná o zdravotní správy, zdravotní pojišťovny, nemocenské pokladny, správce veřejných projektů apod. - jsou postaveni před klíčovou otázkou - jak se dobrat "příměřených" nákladů, resp. jak určit množství zdrojů, dostatečných pro zajištění úkolů zařízení a přitom se vyhnout plýtvání. Pokud se přitom setkáváme s pojmem historické náklady, mají se většinou na mysli **historické náklady na poskytované služby**, nejčastěji **ošetřovací den**. Při určování příměřených nákladů vycházejí plátcí většinou z těchto principů:

- o nákladech by měl se zpětnou účinností rozhodovat veřejný audit
- náklady na pracovní sílu, spotřební materiál a menší přístroje by měly být u konkrétní položky započítávány v nákupních cenách
- náklady na budovy a přístrojové vybavení by se měly rozložit na celou dobu životnosti těchto aktiv
- započitatelné náklady se musí příměřeným způsobem vztahovat na péči o pacienty
- náklady spojené s nehranými službami, nadbytečnou péčí a experimentálními medicínskými postupy nelze uznat
- náklady by neměly překročit to, co by opatrný kupec zaplatil za stejné zboží či službu při ne zrovna přátelské transakci.

Hlavní problémy při naplňování těchto principů vznikají většinou v otázkách spojených s účetnickými metodami a způsoby provádění odpisů a také v souvislosti s výkladem poněkud vágních pojmů „vztahující se k pacientovi“ a „medicínsky nezbytné“.

Stanovování výše úhrad předem

Tato forma financování znamená, že celkové příjmy zdravotnického zařízení vznikají součtem úhrad (plateb) od různých plátců, přičemž **výše úhrad je stanovena předem, bez ohledu na skutečně vynaložené náklady**. Tím vzniká prostor pro ekonomické chování financovaných subjektů. Pokud budou jejich skutečné náklady vyšší než součet úhrad, utrpí ztrátu, pokud na nákladech ušetří, mohou inkasovat přebytek. Základním **cílem** všech způsobů financování, používajících předem stanovené výše úhrad, **je omezování růstu nákladů**.

Subjekty, které určují výši budoucích plateb jednotlivým zařízením, se v různých modelech liší. Tam, kde převažuje financování ze soukromých zdrojů, se nejčastěji uplatňují různé nezávislé agentury, které ve vztahu mezi zařízením a plátcem fungují jako arbitři, běžná je i smluvní forma dohody, zvláště v případech, kdy různých plátců není mnoho. V modelech s převahou veřejného pojištění jsou obvyklá pravidelná dohodovací řízení mezi zástupci plátců a poskytovateli služeb, přičemž důležitou roli většinou sehrává i stát.

Dopady na chování poskytovatele služby se u formy financování založené na předem stanovené výši úhrad podstatně liší od tradičních metod založených na proplácení nákladů nebo od systému účtovaných cen. Všeobecně se soudí, že poskyvatelé služeb jsou zainteresováni na tom, aby udrželi náklady pod úrovní, která je hrazena platbou. Pravdou však je, že není zcela jasné, jak silná tato pohnutka je, tj. nakolik lze počítat s automatickou reakcí subjektů. Vždy tu je jisté riziko, že dosažením výrazných úspor ohrozí nemocnice do budoucna "cenu" svých služeb. Rolí stimulu pro dosahování úspor a přebytku zřejmě sehrávají faktory jako: a) snaha rozšířit okruh poskytovaných služeb, b) zvýšit kvalitu a úroveň služeb, c) získat nákladná zařízení nezbytná pro odborný růst lékařů. Tím vším se zvyšuje míra seberealizace, prestiž i jméno lékařů a konec konců i managementu nemocnice.

Některé metody stanovování budoucích úhrad se zaměřují na náklady na jednotku výkonu, čímž zdůrazňují snahu po dosahování ekonomické efektivity u poskytované služby. Jiné přistupují k nákladům zařízení jako k agregovanému ukazateli a porovnávají jejich vývoj s celkovou ekonomickou efektivitou zařízení anebo s jeho užitečností, případně s tím, nakolik zařízení plní funkce, pro které bylo zřízeno

Systémy, založené na předem stanovených úhradách, lze rozlišovat podle **základny**, ke které jsou platby vztaženy. Ta může mít podobu buď výkonových ukazatelů (počet pacientů, ošetřovacích dnů apod.), nebo za ni může v nějaké formě sloužit dosavadní rozpočet. Většinou se jedná o tyto ukazatele:

1. Celkový rozpočet zařízení
2. Počet přijatých pacientů
3. Ošetřovací den
4. Jednotlivé druhy služeb
5. Počet zaregistrovaných pacientů

Celkový rozpočet

Typický scénář uplatnění tohoto přístupu vypadá asi takto: Nemocnice předkládá svůj rozpočet orgánu (nezávislé agentuře, úřadu, ministerstvu atd.), který posoudí přiměřenost jejich finančních požadavků prostřednictvím prověření předložených očekávaných nákladů. Hodnotící orgán může při prověřování výše nákladů vycházet např. z porovnání s náklady jiných podobných nemocnic (v podstatě metoda normativů), nebo může sledovat vývoj jednotlivých položek a požadovat vysvětlení, pokud u nich dochází k výraznému nárůstu skokem. Postupným sblíživáním stanovisek by pak mělo dojít k dohodě o výsledné podobě rozpočtu na příští rozpočtové období. Výsledná dohoda by měla být přijatelná pro obě strany, pokud se nachází v určitém přijatelném intervalu, nebo je výsledkem určité institucionální podoby projednávání. Přijatý rozpočet se stává závazný pro všechny "třetí strany", které využívají služeb dané nemocnice. Ty jsou pak povinny platit svůj podíl na rozpočtových výdajích, bez ohledu na to, jaké náklady v rozpočtovém období vzniknou.

Výhodou této metody je její bezkonkurenční jednoduchost a poměrně velká odolnost proti inflačním tlakům a růstu výdajů na zdravotnictví. Nevýhodou je, že je prakticky vyloučeno ekonomické chování poskytovatelů, jsou zakonzervovány rozdíly mezi nimi, převládá rovnostářství a v podstatě neexistují ekonomické pobídky pro zvyšování výkonů.

Počet přijatých pacientů

Počet přijatých pacientů je typické výkonové kritérium používané při financování prostřednictvím předem stanovené výše úhrady. Existuje několik způsobů, jak určit výši úhrady za jednoho pacienta (P). Pravděpodobně nejsnadnější je vydělit schválené rozpočtové náklady (TC) předpokládaným počtem pacientů (N):

$$P = \frac{TC}{N}$$

Takto stanovená výše úhrady za jednoho přijatého pacienta by však byla příliš hrubá. Rozdíly v nákladech na jednotlivé pacienty mohou být značně vysoké. Výši úhrady lze zpřesnit

relativně velmi snadno - rozdělením pacientů do skupin podle nějakého zvoleného kritéria (*b*), které by pokud možno odráželo pravděpodobné náklady spojené s jejich léčením. (Pacienti mohou být klasifikováni např. podle délky léčení, druhu diagnózy, vážnosti zdravotního stavu apod.)

$$P_b = \frac{TC}{N_b}$$

DRG

Pokud za kritérium rozdělení pacientů slouží druh diagnózy a vážnost zdravotního stavu, hovoříme o metodě založené na „diagnosticky příbuzných skupinách“, dále jen *DRGs* (podle anglického *diagnosis-related groups*).

Na počátku vzniku DRG, jehož vývoj byl zahájen na Yaleově univerzitě koncem šedesátých let, snaha vytvořit nástroj, který by umožnil přímo porovnávat výkonnost a efektivnost provozu různých zdravotnických zařízení. Rozdíly ve výši nákladů mezi jednotlivými zařízeními bývají zjevné. Vzniká logicky otázka, nakolik se jedná o důsledky ne hospodárního provozu a do jaké míry je to způsobeno jinou strukturou ošetřovaných případů (případovou směsí). Porovnávání a analýza nákladů nemocnic mají smysl pouze tehdy, pokud jsou náklady přepočteny tak, aby byly vzaty v úvahu i rozdíly v závažnosti léčených případů.

Vytváření skupin podle příbuzných diagnóz spočívá v homogenním seskupování pacientů, kteří podle názoru lékařů vyžadují přibližně stejné režimy péče, a proto spotřebovávají podobné množství zdrojů nemocnic. Měřítkem využití zdrojů je průměrná doba hospitalizace.

DRGs nejsou zdaleka jediným nástrojem vyvinutým pro přímé měření složitosti případové směsi. V odborných studiích lze nalézt řadu alternativních přístupů, např. index závažnosti onemocnění (*Severity of Illness Index*) a jiné (viz např. Plomann 1982 nebo Horn et al. 1986). DRGs se však od ostatních odlišují tím, že jich od roku 1983 začalo být prakticky používáno ve velkém rozsahu jako základny pro stanovení reálné výše úhrady nemocnicím. Šlo o součást zásadní změny ve způsobu veřejného financování zdravotní péče o osoby starší 65 let v rámci programu Medicare ve Spojených státech. DRG je používáno i v ČR.

Financování podle počtu přijatých pacientů obecně, může podporovat předčasné propouštění pacientů. Opakované přijetí pacienta totiž může být posuzováno jako přijetí *dalšího* pacienta a nese s sebou i nárok na finanční úhradu. Naopak, při léčení delším, než stanovuje předem dohodnutá výše úhrady, jdou náklady na vrub nemocnice.

Ošetřovací den

Ošetřovací den je při financování neambulantních zdravotnických zařízení pravděpodobně nejčastěji používaným výkonovým kritériem. Obvykle bývá doplňován různými nástroji, které brání tomu, aby nemocnice prodlužovala pobyt pacientů nad nutnou hranici. V sazbách za ošetřovací den mohou být zohledněny celkové náklady zařízení, nebo jen vybrané nákladové položky. První přístup má tu nevýhodu, že nemocnice, která nespekuluje a drží pacienta jen po nutnou dobu, na tom bude hůře než jiné. Křivka průměrných nákladů na pacienta totiž klesá, neboť většina nákladných procedur (vstupní vyšetření, laboratorní testy, operace apod.) se obvykle koncentruje do prvních dnů léčení. Proto bývá při financování nemocnic oblíbenou kombinací spojení „ošetřovací den plus (některé) jednotlivé služby“. V sazbě ošetřovacího dne jsou potom zahrnuty fixní náklady zařízení a z nákladů variabilních jen ty, které nejsou spojené s poskytováním vybraných služeb (typicky laboratorní testy, různé druhy vyšetření a chirurgické zákroky).

Jednotlivé druhy služeb

Způsob financování zdravotnických zařízení, ve kterém jsou stanoveny předem "ceny" resp. sazby za jednotlivé služby daného zařízení se v základních principech svého fungování prakticky shoduje s již popsáním způsobem plateb lékařům podle poskytnutých služeb. Také v tomto případě vycházejí finanční vztahy mezi plátcem a poskytovatelem služby (nemocnicí) ze seznamu služeb, resp. výkonů, který může udávat výši úhrady za jednotlivou službu absolutně, v peněžních jednotkách, nebo může služby hodnotit relativně (např. prostřednictvím bodů). Určitou nevýhodou je ovšem to, že nemocnice poskytuje pacientům - a následně pak účtuje plátcům - řádově stovky druhů jednotlivých služeb. V praxi je nemožné posuzovat individuálně u každé nemocnice "odůvodněnost" jejich celkových nákladů a korektnost jejich promítnutí do jednotlivých sazeb, zvláště je-li nemocnic i plátců velký počet. Při obligatorním plošném uplatnění stejných sazeb za stejné služby, které je typické pro situaci, kdy je plátcem stát nebo jiný veřejnoprávní subjekt, může dojít velmi lehce k tvrdostem, které neodpovídají společenskému zájmu. Ztráty totiž mohou vykazovat i ta zařízení, u nichž dochází k vyšším než arbitrárně stanoveným nákladům z objektivních důvodů, jejichž odstranění mnohdy nemusí být ani v pravomoci ani v silách samotného zařízení.

Zaregistrovaní pacienti

U systémů financování, které používají metodu výpočtu příjmů podle zaregistrovaných pacientů, je výkonem v podstatě **připravenost k poskytnutí péče**. Tato metoda se nejčastěji objevuje ve spojitosti s *HMOs* (*Health Maintenance Organizations*). *HMOs* poskytují všeobecnou zdravotní péči na základě **fixního periodického předplatného**. Na rozdíl od pojišťovacích společností, součástí *HMOs* jsou i kontrahovaná zdravotnická zařízení, která přímo provádí zdravotnické služby. Každé takové zařízení souhlasí s poskytováním potřebné péče pro zaregistrované osoby a za to obdrží pevně ročně stanovenou částku za jednu osobu. Zastánci *HMOs* věří, že tento druh organizace zdravotní péče nejvíce motivuje subjekty k aktivitám podporujícím zdraví a k preventivním procedurám, neboť *HMOs* dosahují finančního přebytku pouze tehdy, když se náklady na uspokojování jejich smluvních závazků dostanou pod předplacené příjmy.

SHRNUTÍ

Kapitola představila formy financování, modely financování a metody úhrad poskytnuté péče. Těm byla věnována i největší pozornost. Z pozice poskytovatele zdravotnických služeb v podstatě není rozhodující, zda prostředky plynou z veřejných či soukromých zdrojů, či zda jsou tvořeny v rámci pojištění nebo rozpočtu. To, samo o sobě, má jen malý vliv na jejich chování. Daleko důležitější jsou konkrétní metody proplácení nákladů spojených s poskytováním zdravotnických služeb. Ony totiž mohou bezprostředně ovlivňovat chování a preference poskytovatelů služeb. Nejobvyklejšími principy jsou různé varianty plateb za výkony a financování prostřednictvím více či méně fixních rozpočtů. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali odpovídající, dostupnou, a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Abel-Smith, B. 1984 Improving cost-effectiveness in health care. World Health Forum, 5(1984):88-90 převzato z Health care - who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.6-9
- Abel-Smith, B. 1986 Funding health for all - is insurance the answer. World Health Forum, 7(1986):3-32, převzato z Health care - who pays? (Sborník článků přetištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.55-63

- ENTHOVEN, A.C. (1987): Economic incentives for consumers and health insurance - the U.S. health care economy: from guild to market in ten years. Health Policy, 7(1987):241-251 Elsevier Science Publishers B.V.
- KRÍŽOVÁ, E. (1998) Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání. Vlastním nákladem. ISBN 8023809377, s.133
- MALÝ, Ivan. Platba za případ - diagnosticky příbuzné skupiny reálnou alternativou. Praha: CaC, 1996. Marketing pro zdraví.
- RAPOPORT, J., ROBERTSON, R., STUART, B. (1982): Understanding Health Economics. Aspen Publication, Rockville, Maryland 1982

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Které modely financování znáte? Čím se odlišují?
- Čemu se říká kapitační platba? Jaký je její smysl? Jde o variantu výkonového financování nebo jeho opak?
- Co je principem tzv. DRGs?
- K čemu slouží tzv. dohodovací řízení?
- V čem spočívá největší riziko *fee-for-service* úhrad?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Jedním z klíčových problémů financování zdravotnictví je nalezení takového způsobu úhrad, který by byl současně motivační pro poskytovatele k tomu, aby poskytovali odpovídající, dostupnou, a kvalitní péči a na druhé straně by nevedl k deficitům celého systému zdravotního pojištění. Zamyslete se nad nástroji, které se používají/mohly by se používat k tomu, aby se celý finanční systém choval na makroúrovni jako „uzavřený“ a přesto by působil motivačně na „mikroúrovni“ (na jednotlivé poskytovatele).
2. Rozeberte postavení a role „třetích plátců“ u nás. V čem selhávají?
3. Diskutujte, zda by cena za DRG měla existovat jednotná pro všechny poskytovatele péče, či zda by měla odrážet nějaké dodatečné faktory mající vliv na průměrné náklady.

10 Zdravotní pojištění a organizace zdravotnictví v ČR

CO JE CÍLEM KAPITOLY?

Doposud jsme se zabývali téměř výlučně obecnými teoretickými souvislostmi. Je čas na seznámení se se systémem veřejného zdravotního pojištění a subjekty, které se ho účastní v České republice. Důraz je kladen především na postavení zdravotních pojišťoven. Jedním z cílů této kapitoly je, abyste získali rychlou orientaci v klíčových institucích způsobu úhrad za zdravotní péči.

KLÍČOVÁ SLOVA

zdravotní pojištění	zdravotnická zařízení
VZP	úhradová vyhláška
zaměstnanecké pojišťovny	dohodovací řízení
přerozdělování pojistného	rámcové smlouvy

10.1 Systém veřejného zdravotního pojištění: charakteristika, účastníci²⁴

Systém veřejného zdravotního pojištění je jedním ze základních sociálních veřejnoprávních systémů v České republice. Stejně jako v naprosté většině ostatních evropských zemí je i v České republice zřízen veřejně garantovaný systém zajišťující přístup k nutné zdravotní péči pro obyvatele České republiky. Český systém zdravotního pojištění patří k těm s nejširším osobním i věcným rozsahem plnění krytého veřejným pojištěním.

Český systém veřejného zdravotního pojištění je zřízen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění. Tento zákon provádí příslušné ustanovení Listiny základních práv a svobod jako českého ústavního dokumentu, který garantuje každému právo na čerpání zdravotní péče bez přímé úhrady v systému všeobecného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění je systémem svou povahou pojistný. Je tedy založen na příspěvcích jeho účastníků, které zásadně nejsou vázány na výši čerpání věcných dávek z tohoto systému. Z pojistného je tedy shromažďován určitý fond, ze kterého jsou následně hrazena plnění poskytnutá účastníkům systému. Je to dále systém s povinnou účastí. Zákonem a předpisy

²⁴ Zpracováno dle podkladů k DP: Hrozby fungování ZP při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví. Autor Mgr. Radek Toman.

Evropských společenství je přesně vymezeno, kdo je jeho účastníkem. Z pohledu českých národních předpisů je jeho účastníkem prakticky celá populace obývající Českou republiku, protože povinnou účast v něm zakládá status trvalého pobytu na území ČR nebo zaměstnání na území ČR. Jde o nejširší představitelný osobní rozsah tohoto systému a v mnoha jiných i evropských zemích nejsou národní zdravotní systémy takto všeobecně povinné. Na základě právních předpisů Evropských společenství jsou v našem veřejném zdravotním systému pojištění také všichni občané EU, kteří zde vykonávají relevantním způsobem ekonomickou činnost (zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné) a dále ti občané EU, kteří zde mají skutečné bydliště (tzv. těžiště zájmů).

Systém je charakteristický významnou mírou solidarity, která se vyznačuje neobyčejně širokým rozsahem nárokového plnění věcných dávek zdravotního pojištění bez přímé úhrady (tedy hrazeného solidárně z veřejného pojištění), významnými rozdíly ve výši pojistného jednotlivých kategorií pojištěnců a naopak nulovými rozdíly v nárocích na věcná plnění s ohledem na výši pojistného a dále poměrně nízkou spoluúčastí konkrétního pojištěnce při úhradě jeho zdravotní péče ze společného systému. Významné prvky solidarity se projevují také v institucích přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami a úhradách nákladů zdravotní péče pro zvlášť nákladné pojištěnce.

Veřejný pojistný systém je prováděn zdravotními pojišťovnami, které jsou specifickými právníckými osobami (tedy osobami s vlastní právní identitou) nezávislými na státu. Zdravotními pojišťovnami jsou Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále jen „VZP ČR“) a tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (viz tabulka 9-1).

Tabulka 7. Seznam zdravotních pojišťoven a počty pojištěnců

Zdravotní pojišťovna	Počet pojištěnců
Všeobecná zdravotní pojišťovna	5 980 000
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky	1 237 000
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	1 203 000
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	727 000
Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	685 000
Revírní bratrská pokladna	428 000
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	139 000

Zdroj: <http://www.programypojistoven.cz/informace-o-pojistovnach.html>

VZP ČR se řídí vlastním zákonem a provádí veřejné zdravotní pojištění pro většinu české populace (necelých 6 milionů pojištěnců na počátku roku 2014) a vybírá tak většinu pojistného v celém systému (v roce 2013 zhruba 144 miliard korun). VZP ČR má zcela

specifické postavení. Vedle provádění veřejného pojištění pro většinu populace také provádí a koordinuje některé aktivity společně všem zdravotním pojišťovnám. Ačkoliv je právně formálně VZP ČR oddělena od státu, má v ní stát prostřednictvím některých institutů (zejména ustavování celé správní rady VZP ČR státem) významný vliv. VZP ČR je považována za určitého garanta fungování celého systému a za stávající situace je prakticky nemožné, aby z důvodů nepříznivých ekonomických jevů zanikla či byla jinak ohrožena její existence. Zákon jí upravující ani nepočítá s právním zánikem této zdravotní pojišťovny a v případě ekonomických obtíží je jí státem pomáháno.

Vedle VZP ČR existuje k dnešnímu dni dalších šest tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Ty vznikly ve valné většině v první polovině devadesátých let. V té době při zřizování systému veřejného zdravotního pojištění v nových ekonomických podmínkách ještě před privatizací národního hospodářství ústřední orgány státní správy zakládaly zdravotní pojišťovny podle jednotlivých oblastí národního hospodářství a do těchto zdravotních pojišťoven byli převáděni jako pojištěnci zaměstnanci těchto odvětví. Zdravotních pojišťoven takto vznikly desítky (až 27). V průběhu následujících let však došlo k zásadní redukci jejich počtu vzájemným slučováním a zanikáním z ekonomických důvodů. Trend slučování zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven pokračuje i v současné době. Co do metody provádění veřejného zdravotního pojištění není však mezi VZP ČR a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami rozdíl.

Zdravotní pojišťovny

Každá zdravotní pojišťovna má určitý okruh svých pojištěnců, jimž má povinnost zajistit zdravotní péči ve svých smluvních zdravotnických zařízeních. Zdravotní pojišťovna od svých pojištěnců vybírá pojistné v zákonem předepsané výši, přičemž disponuje i autoritativními prostředky vymození tohoto pojistného. Ve vztahu ke svým pojištěncům tak zdravotní pojišťovna vystupuje v roli subjektu nadaného veřejnou mocí a způsobilého vynutit plnění zákonných povinností pojištěnce. Na druhou stranu je pak zdravotní pojišťovna povinna vytvořit kvalitní síť svých smluvních zdravotnických zařízení, ve kterých je jejím pojištěncům poskytována zásadně bezplatně zdravotní péče. Tato péče je smluvním zdravotnickým zařízením hrazena právě zdravotní pojišťovnou.

Vztah mezi zdravotními pojišťovnami navzájem je snad nejspecifičtější rysem českého systému veřejného zdravotního pojištění. Teoreticky jsou zdravotní pojišťovny schopny si konkurovat. Prakticky k tomu však nemají ani nástroje, ani příliš mnoho důvodů. Zdravotní pojišťovny především nemohou nabízet pojištěnci odlišný produkt. Rozsah věcných dávek

hrazených z veřejného pojištění je přesně předepsán a nemůže být ani rozšiřován ani zužován. Možnost konkurence je omezena na poskytování nadstandardního plnění z fondů prevence zdravotních pojišťoven, které však obsahují zcela marginální množství financí. Zdravotní pojišťovny dále nemají ani dostatek prostředků na konkurenční boj a vytváření a realizaci konkurenčních strategií. Veškeré provozní fondy zdravotních pojišťoven jsou tvořeny zákonem limitovaným odvodem ze základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny, který je souhrnem vybraného pojistného. Jde o konečné množství financí, jehož odčerpáním na konkurenční boj se zdravotní pojišťovna připravuje o znovu neziskatelné prostředky na vlastní správu.

Zdravotní pojišťovna nemá vlastníka ani jakoukoliv jinou osobu v obdobném postavení (podílníka, společníka, akcionáře apod.), v jehož prospěch by generovala zisk. Ostatně zdravotní pojišťovna ani zisk vytvořit nesmí, resp. její přebytekový hospodářský výsledek je vždy odveden do rezervního fondu. Zdravotní pojišťovna je tak zcela specifickou právnickou osobou, která není nikým jakoukoliv formou vlastněna či ovládána a negeneruje zisk. Zdravotní pojišťovna tak vlastně existuje jen za tím účelem, aby v daném roce s co nejvyšší kvalitou z vybraných prostředků zajistila a uhradila svým pojištěncům zdravotní péči. Způsob činnosti zdravotní pojišťovny tak určuje výhradně její management a zaměstnanci.²⁵

Růst pojišťovny představovaný růstem počtu jejích pojištěnců znamená větší absolutní částku vybraného pojistného a tedy větší odvod do provozních fondů. To je zřejmě jediný motiv ke konkurenčnímu chování pojišťoven. K zásadním přesunům pojištěnců však v poslední době mezi zdravotními pojišťovnami nedocházelo. Vedle navyšování počtu pojištěnců by ještě mohla být užita metoda výběru ekonomicky atraktivnějších pojištěnců, tedy pojištěnců, kteří přinášejí na osobu vyšší pojistné. Jenže i smysl takové činnosti je oslaben, a to institutem přerozdělování pojistného. Celková částka vybraného pojistného je totiž mezi zdravotními pojišťovnami podle klíče nákladovosti pojištěnců přerozdělována tak, že pojišťovnám s nákladnějšími pojištěnci (kteří zároveň přinášejí méně pojistného) je odváděna část pojistného vybraného zdravotními pojišťovnami s méně nákladnými pojištěnci. Tento systém byl zaveden zejména za účelem ochrany VZP ČR.

Zdravotní pojišťovna hospodaří podle zdravotně pojistného plánu, což je vlastně rozpočet zdravotní pojišťovny. Návrh zdravotně pojistného plánu na další kalendářní rok je

²⁵ Někteří kritikové tohoto řešení poukazují na to, že k výkonu jejich práce nejsou dány standardní ekonomické motivy (tedy motiv zisku či naopak srozumitelný a veřejně deklarovaný neziskový motiv).

v návaznosti na termíny zpracovávání státního rozpočtu předkládán Ministerstvu zdravotnictví. To jej spolu s Ministerstvem financí posoudí s ohledem na soulad s právními předpisy a s veřejným zájmem a buďto jej vrátí zdravotní pojišťovně k přepracování či jej postoupí Vládě ČR. Spolu s návrhem zdravotně pojistného plánu je takto podávána také účetní závěrka za předcházející rok, výroční zpráva a výrok auditora. Vláda zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven na další rok předkládá ke schválení Poslanecké sněmovně PČR. Pokud není zdravotně pojistný plán schválen Poslaneckou sněmovnou, hospodaří zdravotní pojišťovna v režimu rozpočtového provizoria, které stanoví Ministerstvo zdravotnictví a financí.

Kontrolu činnosti zdravotních pojišťoven vykonává Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Průběžná kontrola je realizována několika způsoby. Zdravotní pojišťovny především ze zákona čtvrtletně vypracovávají zprávy o svém hospodaření pro stát. Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí taktéž provádějí periodicky kontroly přímo ve zdravotních pojišťovnách.

Zjistí-li tato ministerstva závažné nedostatky v činnosti zdravotní pojišťovny, jsou oprávněna:

- požadovat, aby zdravotní pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu nebo
- zavést nucenou správu.

Nucená správa je již velmi závažným zásahem do činnosti zdravotní pojišťovny. Nucená správa může trvat nejvíce rok a po tuto dobu všechna rozhodnutí orgánů zdravotní pojišťovny podléhají schválení nuceného správce, který je zaměstnancem Ministerstva zdravotnictví nebo financí. Stát tak na omezenou dobu přebírá kontrolu nad chodem zdravotní pojišťovny, přičemž má prostředky k vynucování provedení všech nutných nápravných opatření. Nucená správa byla uvalena v poslední době jen jednou, a to v případě Všeobecné zdravotní pojišťovny Ministerstvem zdravotnictví v té době vedeným ministrem Davidem Rathem.

Pluralitní versus unitární systém pojištění

Otázka postavení plátce (v ČR pojišťoven) ve zdravotním systému je často diskutovanou problematikou a to nejen v ČR. Jak je patrné z výše popsaného, v ČR byl zvolen tzv. pluralitní model systému veřejného zdravotního pojištění, jinými slovy, náš systém je charakteristický větším počtem pojišťoven než jedna. Existuje-li v systému jen jedna pojišťovna, mluvíme o systému unitárním. (v anglicky psané literatuře také často jako „single payer“).

Dlouhodobě se u nás vedou debaty o tom, zda má smysl současný pluralitní systém, či zda by neměla existovat jen jedna pojišťovna, zejména v zájmu snížení administrativních nákladů. Vývoj této debaty lze sledovat v podstatě od zahájení transformace českého zdravotnictví v návaznosti na listopadovou revoluci v roce 1989. Na počátku transformace byl zvolen pluralitní model zdravotního pojištění. Důvodem byla především snaha navázat na tradici první republiky a víra v pozitivní dopady konkurence plátců na ekonomickou situaci poskytovatelů a kvalitu služeb pro pojištěnce. Pojišťoven vzniklo zpočátku velké množství, postupně se některé začaly dostávat do finančních problémů (platební neschopnost). Některé zanikly, jiné fúzovaly. V druhé polovině devadesátých let jim zákon zakázal proplácet cokoliv nad rámec „standardního“ balíčku péče, prostor pro konkurenci tak byl významně zúžen. Na konci devadesátých let se počet pojišťoven na poměrně dlouhou dobu ustálil.

Přerozdělování pojistného

Pojistné vybrané jednotlivými zdravotními pojišťovnami podléhá přerozdělování. Přerozdělování bylo zavedeno s cílem zabránit případnému adversnímu výběru, tedy selekci pojištěnců s vyšší věkovou strukturou, na které ve většině případů plynou vyšší částky z prostředků zdravotních pojišťoven. Proces přerozdělování probíhá každý kalendářní měsíc přes zvláštní účet vedený u VZP. Mechanismus přerozdělování se v průběhu let několikrát změnil.²⁶

Od 1. 1. 1993 fungovalo přerozdělování 50 % a od 1. 1. 1994 do konce roku 2004 přerozdělování 60 % prostředků vybraných všemi pojišťovnami. Model přerozdělovací 60 % vybraného pojistného zohledňoval zdravotní riziko pouze velmi hrubým kritériem, které rozdělovalo populaci na dvě skupiny, a to do 60 let a nad 60 let. Nezvažovalo však všechny osoby, ale pouze ty pojištěnce, za které byl plátcem pojistného stát. Z celkové sumy vybraného pojištění si 40 % každá pojišťovna ponechávala a výši 60 % vybraného pojistného ohlásila VZP jako správci účtu. Přerozdělení podléhala celková platba státu za osoby, za které je plátcem pojistného stát, a 60% vybraného pojistného. Celkově se tak fakticky přerozdělovalo cca 68% pojistného. Každá pojišťovna získala zpětně z přerozdělení prostředky podle počtu registrovaných pojištěnců pojištěných státem, přičemž na takového pojištěnce ve věku do 60 let připadal jeden podíl a na pojištěnce od 60 let tři podíly.

²⁶ K přerozdělování v rámci veřejného zdravotního pojištění musely přistoupit téměř všechny země s více zdravotními pojišťovnami (Německo, Belgie aj.). Přerozdělovací mechanismus byl zaveden i ve švýcarském systému postaveném na komerčních pojišťovnách. V západoevropských zemích s konkurujícími si pojišťovnami je běžné přerozdělování ve výši 80-100 %.

Tento způsob přerozdělení nezohledňoval věk a zdravotní stav pojištěnců, umožňoval výběr „ziskových“ pojištěnců podle věku, příjmu a zdravotního stavu. VZP, u níž převládá počet pojištěnců státu, upozorňovala na nedostatečnou výši finančních zdrojů z přerozdělení. Kategorie pojištěnců – důchodci, zdravotně postižení a děti nízkého věku jsou finančně nejnákladnějšími skupinami pojištěnců, které spotřebovávají výrazně vyšší finanční částky, než jsou příjmy za tyto pojištěnce. Systém byl tedy výhodný pro zaměstnanecké pojišťovny na úkor VZP. Navíc v tomto systému chyběla kompenzace nákladů na velmi drahé pojištěnce (1 % nejdražších pojištěnců spotřebuje 20 až 30 % nákladů). Proto bylo navrženo nové přerozdělování, jehož kritériem je nákladovost pojištěnců dle věku a pohlaví. Zároveň byl zaveden systém kompenzace rizika.

Od 1. 1. 2005 bylo postupně zaváděno stoprocentní přerozdělování pojistného²⁷. Kritériem přerozdělování je počet všech pojištěnců, nikoliv jen státních, podle nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví. Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím nákladových indexů. Zavedlo se 36 věkových skupin v intervalu pěti let, a to zvlášť pro muže a zvlášť pro ženy. Byla stanovena míra podílu věkových skupin z hlediska jejich předpokládaného podílu na nákladech péče. Průměrné náklady na pojištěnce dané skupiny se vypočtou na základě údajů ze všech pojišťoven. Každá pojišťovna dostává platbu podle počtu pojištěnců. Roky 2005 a 2006 byly pro systém přechodné, kdy postupně zanikalo přerozdělování na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, a nabíhalo přerozdělování podle nákladových indexů věkových skupin. Od 1. 4. 2006 je již používáno 100 % přerozdělování v plné míře. Na novém systému „vydělala“ VZP s dosud největším podílem starých lidí a „drahých“ pacientů.

Mechanismus stoprocentního přerozdělení přináší také určité nevýhody. Především ruší jakoukoliv vazbu mezi výběrem pojistného a skutečnými příjmy zdravotní pojišťovny. ZP tedy mohou tímto opatřením ztratit motivaci k efektivnímu výběru pojistného. Z určitého pohledu znamená stoprocentní přerozdělování konec konkurence mezi pojišťovnami. Pojišťovny fungují ve stávajícím systému převážně jako přerozdělovatelé peněz. Do budoucna systém přerozdělování představuje obtížnou překážku možné individualizace ve zdravotním pojištění. Zamezuje se tím tvorbě alternativních diferencovaných zdravotně pojistných plánů založených na různé výši pojistného nebo zavedení bonifikace pojištěnců při nečerpání zdravotní péče, protože ZP musí všechny příjmy přerozdělit. Tento přerozdělovací

²⁷ Novelizací 123/2005 zákona č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

mechanismus tedy např. V očích Svazu zdravotních pojišťoven (SZP) výrazně nivelizuje systém veřejného zdravotního pojištění.

Od 1. 1. 2005 byly také zavedeny úhrady nákladné péče, což jsou příspěvky pojišťovnam na drahé pojištěnce. Jedná se o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, které by vedlo k finančním problémům pojišťovny. Zavedení fondu sdílení rizika umožní částečně kompenzovat náklady na mimořádně drahé případy. Tyto příspěvky jsou rozdělovány také z účtu přerozdělení.

10.2 Zdravotnická zařízení a úhrady péče

Zdravotnická zařízení jsou zařízení s licenci poskytovat zdravotní péči. Zdravotnickým zařízením je jak samostatně ordinující praktický lékař, tak také fakultní nemocnice zaměstnávající několik tisíc zdravotnických pracovníků a s obratem v řádu miliard korun. Ačkoliv je rozsah zdravotní péče hrazené ze systému veřejného pojištění velmi široký, nepokrývá samozřejmě veškerou zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. Ta tak obvykle vedle zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění poskytují také péči hrazenou přímo pojištěnci. Některá zdravotnická zařízení se do dokonce do systému veřejného zdravotního pojištění nezapojují, neuzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami a poskytují zdravotní péči výhradně za přímou úhradu. Činnost zdravotnického zařízení má obvykle povahu podnikání (existují však také mnohá nepodnikatelsky provozovaná zdravotnická zařízení) a mezi zdravotnickým zařízením a zdravotní pojišťovnou je dán vztah smluvní svobody. Je-li však smlouva se zdravotní pojišťovnou uzavřena, nesmí zdravotnické zařízení od pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny za poskytnutí zdravotní péče zákonem zařazené do rozsahu veřejného zdravotního pojištění vyžadovat přímou úhradu. Výjimkou jsou některé formy spoluúčasti typické zejména pro oblast léků (Toman, 2006).

Vybrané ukazatele vztahující se ke zdravotnickým zařízením je možno nalézt v následující tabulce.

Tabulka 8. Zdravotnická zařízení (ZZ) v číslech (rok 2013)

ZZ celkem	29 218
z toho samostatné ordinace	20 388
Státní ZZ	213
Nestátní ZZ	29 006

z toho zřizovaná krajem	149
z toho zřizovaná městem, obcí	156
z toho zřizovaná fyzickou osobou, církví, jinou právnickou osobou	28 700
Lékařů celkem	47 459
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	19,4%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	10,1%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	70,5%
z toho ambulantních	70,5%
Nelékařských pracovníků celkem	107 244
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	25,3%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	15,1%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	59,47%
z toho ambulantních	59,7%

Zdroj: ÚZIS (2014)

Úhrada zdravotních služeb bývá upravována každoročně tzv. **úhradovou vyhláškou** (aktuálně pro rok 2015 je to vyhláška č. 324/2014 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2015). Postup pro vydání úhradové vyhlášky upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů v ust. § 17 odst. 5. Úhradová vyhláška stanovuje hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení. Tato vyhláška vzniká na základě **dohodovacího řízení** zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů.

V případě, že dojde k uzavření dohody v rámci dohodovacího řízení jednotlivých skupin, postoupí se tato dohoda Ministerstvu zdravotnictví, které určí, zda je její obsah v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. V případě splnění všech náležitostí vydá Ministerstvo zdravotnictví dohodu ve formě právně závazné vyhlášky účinné od 1. 1. následujícího roku.

Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 120 dnů před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví dohodu vadnou, stanoví hodnoty bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení na následující rok samo prostřednictvím vyhlášky. Například vyhláška č. 428/2013 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2014 byla účinná od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014. Dohodovací řízení probíhalo v období od 20. 3. 2013 do 21. 8. 2013 a k dohodě došlo z jedenácti celkových oblastí pouze v segmentech všeobecné praktické lékařství, praktické lékařství pro děti a dorost, lázeňské léčebně rehabilitační péče, zdravotní péče v ozdravovnách a u specializované ambulantní péče v oborech gynekologie a porodnictví. Segment poskytovatelů laboratorních a radiologických služeb dosáhl parciální dohody. Referenčním (srovnávacím) rokem je rok 2012.

Úhradová vyhláška plynule navazuje na jiný významný právní předpis, a to tzv. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, jehož vydání ve formě vyhlášky předpokládá ust. § 17 odst. 4 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami není stejně jako úhradová vyhláška předmětem každoročního dohodovacího řízení. Současná vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, je v platnosti a účinnosti již od roku 1998 a její reflexi na rychlý vývoj ve zdravotnictví odráží mnoho novelizací.

Vyhlášky stanovující seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami a určující hodnoty těchto bodů, výši úhrad hrazených služeb a regulační omezení uvádějí do praktického života tzv. Rámcové smlouvy. Z nich vycházejí konkrétní smlouvy uzavřené mezi pojišťovnou a poskytovatelem zdravotní služby. Nutnost vydat rámcové smlouvy zakotvuje ust. § 17 odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Rámcové smlouvy jsou výsledkem dohodovacího řízení, které na rozdíl od dohodovacího řízení o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení neprobíhá každoročně. Poslední výsledky dohodovacího řízení jsou zakotveny ve vyhlášce č. 618/2006 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy. Rámcové smlouvy se dělí podle specializace poskytovatelů zdravotních služeb a v současné době jich je v přílohách vyhlášky zakotveno celkově devět.

SHRNUTÍ

V České republice je povinná účast v systému veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojištění odvádíme ve výši 13,5% z vyměřovacího základu. V roce 2014 existuje 7

zdravotních pojišťoven. VZP je největší pojišťovnou, ve které je pojištěno necelých 60% populace. Vztah VZP a ostatních (tzv. zaměstnaneckých pojišťoven) je jedním z nejspeciřičtějších rysů českého zdravotního systému. Jakkoliv je prostor pro konkurenci omezený, pojišťovny se přesto snaží odlišovat se. V ČR je přerozdělováno 100% vybraného zdravotního pojištění. Výše úhrad poskytnuté péče se stanovuje v tzv. dohodovacím řízení.

DOPORUČENÁ LITERATURA K DALŠÍMU STUDIU

- Toman R., Hrozby fungování zdravotních pojišťoven při centralizovaném řízení Ministerstva zdravotnictví, Diplomová práce, Brno 2010.
- ÚZIS, Zdravotnická ročenka 2013, dostupné na www.uzis.cz

KONTROLNÍ OTÁZKY

- Jaké je právní postavení zdravotních pojišťoven?
- Jaké důvody pravděpodobně vedly k přijetí principu plurality plátců v ČR?
- Co je důvodem přerozdělování pojistného?
- Co upravuje úhradová vyhláška?
- Kdo se účastní dohodovacího řízení? Co je jeho předmětem?

CVIČENÍ A TÉMATA K DISKUSI

1. Charakterizujte systém veřejného zdravotního pojištění v ČR. Srovnajte se systémy v jiných zemích a identifikujte jeho výhody a nevýhody.
2. Jaká je role zdravotních pojišťoven v českém zdravotním systému. Jakým největším problémům systém, dle Vašeho názoru, čelí?
3. Jaké nevýhody má systém stoprocentního přerozdělování vybraného zdravotního pojištění?
4. Vyhledejte v aktuální úhradové vyhlášce, jaké metody úhrad jsou v ČR používány pro ambulantní specialisty?
5. Jaké nástroje byste použili k zajištění finanční udržitelnosti systému veřejného zdravotního pojištění?
4. Diskutujte problematiku konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.