

Masarykova univerzita v Brně
Ekonomicko-správní fakulta

Studijní obor: Veřejná ekonomika
Předmět: Ekonomika veřejného sektoru



ZDRAVOTNICTVÍ

Seminární práce

Datum odevzdání práce:
29.12.2009

Autoři:
Veselý Josef, Podloucký Jan

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 3 |
| 1. Modely financování a poskytování zdravotní péče | 4 |
| 1.1. Tržní model | 4 |
| 1.3. Bismarckův pojišťovací model | 4 |
| 2. Organizační struktura zdravotnictví..... | 5 |
| 2.1. Krajské úřady | 6 |
| 2.2. Krajské hygienické stanice | 6 |
| 2.3. Profesní zdravotnické komory | 6 |
| 2.4. Zdravotní pojišťovny | 6 |
| 2.5. Poskytovatelé zdravotní péče..... | 7 |
| 3. Historický vývoj zdravotnictví v ČR | 7 |
| 3.1. Industrializace společnosti | 7 |
| 3.2. První republika | 8 |
| 3.3. Období po druhé světové válce..... | 8 |
| 3.4. Sjednocovací zákony z let 1951-1953 | 8 |
| 3.5. Období do roku 1990 | 8 |
| 3.6. Období po revoluci 1989 | 8 |
| 4. Současný systém zdravotnictví v ČR a jeho financování | 9 |
| 4.1. Způsoby plateb poskytovatelům zdravotní péče zdravotními pojišťovnami: | 10 |
| 4.1.1. Kapitačně-výkonová platba: | 10 |
| 4.1.2. Platba za výkon: | 10 |
| 4.1.3. Regulační poplatky: | 11 |
| 5. Aktuální problémy a hodnocení efektivnosti zdravotnictví ČR | 11 |
| 5.1. Nevyrovnanost rozpočtů zdravotních pojišťoven | 12 |
| 5.2. Zbytečná navštěvovanost specialistů a vysoké náklady na léčiva | 12 |
| 5.3. Vysoký počet akutních lůžek v přepočtu na obyvatele..... | 13 |
| 5.4. Postavení lékárníků a zdravotních sester | 13 |
| 5.5. Problematika vnímání českého zdravotnictví veřejností | 13 |
| 6. Porovnání českého zdravotnictví s Dánskem | 14 |
| Závěr | 15 |
| Přehled základní legislativy | 16 |
| Seznam literatury a internetových zdrojů | 17 |
| Literatura a periodika | 17 |
| Internetové zdroje | 17 |

Úvod

Zdravotnictví je bezpochyby jedním z vůbec nejdůležitějších odvětví veřejného sektoru. Je tomu především proto, že na stavu zdraví závisí celá existence jedince a jeho fungování ve společnosti, stejně tak, jako fungování společnosti jako celku. Pojem zdraví můžeme chápat jako „stav plné tělesné a duševní pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“¹

Zdraví „tvoří významnou složku životní úrovně a zdravotní stav populace bývá často používáno i jako měřítko vyspělosti společnosti. Zdraví je tedy současně zdrojem i cílem fungování lidské společnosti“.² Dokladem tohoto tvrzení je samotná Listina základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR, která každému občanu přisuzuje právo na zdravotní péči.

Poruchy zdraví vedou naopak k celé řadě negativních socioekonomických dopadů. Celkově špatná zdravotní úroveň, nízká střední délka života, nebo naopak vysoká úmrtnost dětí, mají celkově vliv na ekonomickou situaci země. Proto vyvstává otázka, jakým způsobem a na jakém principu financování by měla být zdravotní péče poskytována.

V naší seminární práci se nejprve zaměříme na různé modely financování a poskytování zdravotní péče. Dále shrneme organizační strukturu zdravotnictví.

Další oblastí, na kterou se zaměříme bude stručný historický vývoj zdravotnictví v ČR a popíšeme současný systém u nás, včetně jeho financování.

Následně pak zhodnotíme efektivnost našeho zdravotnictví, poukážeme na jeho další problémy a v závěru práce provedeme srovnání s dánským systémem a stručně nahlédneme i na legislativu.

¹ Definice podle Světové zdravotnické organizace

² REKTORÍK, J. a kolektiv, *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, str.181., 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o, 2007, 309 s., ISBN 978-80-86929-29-3

1. Modely financování a poskytování zdravotní péče

1.1. Tržní model

Princip je založen na tržním poskytování statku, kde cenu zdravotnictví stanovuje střet poptávky a nabídky. Na výši cen má tedy výrazný vliv konkurence. V případě, že je více, stejně kvalitních poskytovatelů zdravotní péče (ať už soukromé, či státem zřízované lékařské ústavy), dochází ke konkurenčnímu boji, který může ceny tlačit dolů. V opačném případě však dochází k opačnému efektu a ceny statků rostou.

Úhrady za lékařskou péči jsou prováděny přímou platbou nebo úhradami prostřednictvím soukromých zdravotních pojišťoven. Rizikem tohoto systému mohou být především vysoké ceny statků, které se potom stávají pro mnoho lidí nedostupné a dochází k znevýhodnění rizikových skupin, tedy lidí, kteří jsou často nemocní (děti, staří lidé, chronicky, či závažně nemocní). V takovém případě je řešením regulace státu, či systém sociální pomoci pro sociálně slabé vrstvy.

Na druhou stranu je třeba podotknout, že tržně poskytovaná lékařská péče může být kvalitnější, než v jiných systémech, ale toto tvrzení nemusí vždy platit.

1.2. Systém národní zdravotní služby (Beveridgeovský model)

Zdravotní systém je z podstatné většiny hrazen ze státního rozpočtu, který finance pro zajištění systému získává prostřednictvím zdanění (daň z příjmů) a z menší části také z doplňkové platby do národního pojištění. Některé léky, nadstandardní zákroky či zdravotní pomůcky jsou zatíženy spoluúčastí, avšak tento systém je velice solidární a příjmově slabší občané jsou od platby daní osvobozeni, stejně jako od zmíněných spoluúčastí.

„Přednostmi tohoto systému je všeobecná dostupnost pro obyvatele, avšak na druhou stranu tento systém nepodporuje konkurenční prostředí a v období ekonomické recese může způsobit nedostatek prostředků na své profinancování.“³

1.3. Bismarckův pojišťovací model

Pro tento model je typické povinné veřejné pojištění, které je stanoveno jako procento z příjmu (buď jako konstantní sazba, nebo se jeho výše může měnit, podle zvolené pojišťovny), v kombinaci s platbami ze státního rozpočtu. Tyto prostředky jsou doplněny o přímé platby a platby ze soukromého zdravotního pojištění. U některých léků, zdravotních pomůcek a zákroků (např. nestandardní zubní výplně u zubařů, nebo ošetření fraktur speciálními dlahami) je vyžadována spoluúčast pacienta.

³ DOLANSKÝ, HYNEK, *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, 1.vydání, Opava 2008, 133 s., ISBN 978-80-7248-482-9

„Charakteristickým rysem je také existence více zdravotních pojišťoven, kterým jsou poskytovány platby pojištěnců skrze státní rozpočet. Jako poskytovatelé zdravotní péče vystupují soukromé, státní a regionální zdravotnická zařízení.“⁴ „V uvedeném modelu hraje role státu svoji význačnou roli. Jednak stát hradí za své státní zaměstnance zdravotní pojištění, dále za nezaměstnané, děti, studenty, důchodce, osoby ve výkonech trestu, případně další. Stát rovněž financuje s převahou investice, zejména v oblasti lůžkové péče.“⁵

Tento systém má podobné výhody, jako systém předchozí, avšak má i značné nevýhody a to především vysoké administrativní náklady - část plateb „spolkou“ samotné pojišťovny - a v neposlední řadě může dojít k tomu, že se pojišťovny mohou dostat do nepříznivé finanční situace, na kterou doplatí právě jejich klienti.

V praxi jsou zřídka používány samostatně jednotlivé systémy a většinou dochází k jejich kombinaci.

2. Organizační struktura zdravotnictví

Na centrální úrovni působí jako nejvyšší orgán Ministerstvo zdravotnictví ČR, které zodpovídá za následující funkce:

- „Vytváření strategických koncepcí vývoje zdravotnictví
- Tvorbu legislativních norem
- Koordinaci a součinnosti subsystémů ve zdravotnictví
- Zdravotní informační systémy
- Výkon ochrany veřejného zdraví (prostřednictvím Státního zdravotního ústavu a hygienických stanic)
- Kontrolu léčiv, zdravotnické techniky a léčebných technologií
- Zdravotnické školství a další vzdělávání lékařů a farmaceutů
- Investiční politiku ve zdravotnictví
- Garanci solventnosti fondu zdravotního pojištění
- Regulaci počtu přijímaných studentů na lékařské fakulty
- Řízení a financování rozpočtových a příspěvkových organizací, které zřídilo

⁴ ŠEĎOVÁ, RADKA, *Komparace systémů financování zdravotní péče v ČR a ve vybraných zemích EU*, Diplomová práce, Ekonomicko-správní fakulta MU, Brno 2006

⁵ DOLÁNSKÝ, HYNEK, *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, 1. vydání, Opava 2008, 133 s., ISBN 978-80-7248-482-9

- Péči o rozvoj lékařské vědy a o výzkumnou činnost v oboru zdravotnictví; zabezpečuje pohotové převádění výsledků vědy do praxe tak, aby zdravotní péče byla poskytována na co nejvyšší dosažitelné úrovni“⁶

Na úrovni krajů je státní správa ve zdravotnictví vykonávána prostřednictvím odborů krajských úřadů a krajských hygienických stanic.

2.1. Krajské úřady

Jsou v první řadě zřizovateli zdravotnické záchranné služby a řídí provoz nemocnic, které byly převedeny do jejich působnosti. Dalšími funkcemi krajských úřadů jsou také organizace výběrových řízení na poskytování zdravotnické péče a v neposlední řadě jsou místem, kde se registrují zdravotnická zařízení.

2.2. Krajské hygienické stanice

Z pravomoci, která jim byla udělena ministerstvem zdravotnictví, se starají o ochranu veřejného zdraví. „Ke konkrétním cílům jejich působnosti patří mimo jiné vydávání protipandemických opatření a ochrana obyvatelstva před infekčními nákazami. Pod jejich kontrolu spadá také kontrola rizik v životním a pracovním prostředí.“⁷

Dalšími z významných zdravotnických institucí patří také stavovské komory a zdravotní pojišťovny, jejichž funkcemi a posláním se budeme zabývat v následujícím textu.

2.3. Profesní zdravotnické komory

Lékařská, farmaceutická a stomatologická komora byly „ustavené na základě zákona č.220/1991 Sb. Komory jsou samosprávnými nepolitickými stavovskými organizacemi sdružujícími všechny lékaře, stomatology a lékárníky zapsané v seznamech vedených komorami. Jedná se o nezávislé profesní orgány, které dbají na odbornou a etickou úroveň práce zdravotnických pracovníků. Zejména udělují licence k provádění praxe.“⁸

2.4. Zdravotní pojišťovny

Fungují jako prostředník při platbách zdravotní péče od svých klientů. Finance jsou jim přerozdělovány podle počtu pojištěnců skrze státní rozpočet, do kterého jsou odváděny

⁶ REKTORÍK, J. a kolektiv, *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, str.191., 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o, 2007, 309 s., ISBN 978-80-86929-29-3

⁷ JANEČKOVÁ, JANA. HNILICOVÁ, HELENA, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1. vydání, Praha: Portál, 2009, 296 s., ISBN 978-80-7367-592-9

⁸ REKTORÍK, J. a kolektiv, *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, str.182., 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o, 2007, 309 s., ISBN 978-80-86929-29-3

platby pojištěnců. Mimo tuto hlavní funkci je jejich úkolem kontrolní funkce nad hospodárností vynakládání pojistného.

2.5. Poskytovatelé zdravotní péče

2.5.1. Primární péče:

Jedná se o péči praktických lékařů pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, zubních lékařů a gynekologů. Občan má právo si lékaře svobodně vybrat, zaregistrovat se u něj a svobodně změnit. Tato péče není podmíněná předchozím doporučením. Platba za primární péči probíhá kapitačně-výkonovou platbou.

2.5.2. Ambulantní specializovaná péče (sekundární péče):

Tato péče je poskytována pacientům soukromými specialisty nebo na ambulantních oddělení nemocnic. Specializovaná péče je obvykle podmíněná doporučením praktického lékaře, avšak není to podmínkou, neboť si může občan svobodně volit i bez doporučení.

2.5.3. Ústavní lůžková péče v nemocnicích a odborných ústavech (terciární péče):

„Jedná se o nejnákladnější a nejobornější poskytovanou lékařskou péči, která klade největší nároky na odbornou způsobilost lékařů. Je poskytována fakultními nemocnicemi, které i po privatizaci zůstaly ve vlastnictví státu, krajskými nemocnicemi a specializovanými psychiatrickými a rehabilitačními centry.⁹“

3. Historický vývoj zdravotnictví v ČR

3.1. Industrializace společnosti

S industrializací společnosti, kdy docházelo k velkému nárůstu migrace do měst a kdy stále více lidí začalo pracovat v průmyslu se stávalo pro rodiny fatálním, když přišel živitel rodiny k úrazu, či onemocněl, neboť to znamenalo dočasnou a nečíslnou ztrátu příjmů rodiny. S pokrokem v medicíně rostla i cena lékařských služeb. „Podle německého vzoru (bismarkovský model) bylo v celém Rakousku-Uhersku zavedeno povinné nemocenské pojištění pro horníky a námezdní pracovníky.“¹⁰

⁹ JANEČKOVÁ, JANA. HNILICOVÁ, HELENA, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1. vydání, Praha: Portál, 2009, 296 s., ISBN 978-80-7367-592-9

¹⁰ DOLANSKÝ, HYNEK, *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, 1. vydání, Opava 2008, 133 s., ISBN 978-80-7248-482-9

3.2. První republika

V období první republiky docházelo k šíření povinného zaměstnaneckého nemocenského pojištění i do veřejného a státního sektoru a vznikala doplňkový systém soukromého pojištění. Zdravotní péče pro chudé a nezaměstnané byla poskytována obecními a obvodními lékaři za finanční pomoci obcí.

3.3. Období po druhé světové válce

Po druhé světové válce, v roce 1948 došlo ke sjednocení důchodového a nemocenského pojištění pod jeden povinný systém.

3.4. Sjednocovací zákony z let 1951-1953

„Sjednocovací zákony z let 1951-1953 (zákon č.103/1951 Sb. o jednotné léčebně-preventivní péči) však znamenaly zrušení systému národního pojištění a převedení veškeré zodpovědnosti za poskytování, řízení a kontrolování zdravotní péče na stát, tedy na ministerstvo zdravotnictví a národní výbory“.¹¹

3.5. Období do roku 1990

Do roku 1990 by se dal systém československého zdravotnictví charakterizovat existencí těchto bodů :

- „Direktivního řízení státem
- Centrálního plánování a financování zdravotnických služeb
- Jednotné soustavy zdravotnických zařízení (Ústavů národního zdraví) na jednotlivých územněsprávních stupních
- Výrazně omezených možností svobodné volby lékaře
- Formálně bezplatného přístupu občanů k službám“¹²

3.6. Období po revoluci 1989

„Po roce 1989 vyvstala nutnost reformovat celý systém. Bylo nutné znovu liberalizovat celý zdravotnický systém a obnovit veřejné zdravotnické pojištění, neboť stávající systém byl stejně, jako celá ekonomická situace v zaostalém a neudržitelném stavu.

¹¹ JANEČKOVÁ, JANA. HNILICOVÁ, HELENA, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1. vydání, Praha: Portál, 2009, 296 s., ISBN 978-80-7367-592-9

¹² REKTOŘÍK, J. a kolektiv, *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, str.185., 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o, 2007, 309 s., ISBN 978-80-86929-29-3

Dále bylo nutné odstátnit zdravotnická zařízení a umožnit vedle státních a regionálních zdravotnických zařízení, vznik soukromých.¹³

V roce 1991 došlo ke znovunastolení povinného veřejného zdravotního pojištění a v roce 1992 byla zprovozněna Všeobecná zdravotní pojišťovna, jejíž provoz byl však stimulován ze státního rozpočtu.

„Plný provoz byl zahájen v roce 1993 už za asistence zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Zaměstnaneckým zdravotním pojišťovám byla dána možnost hradit ze zákonného zdravotního pojištění i nadstandardní péči.“¹⁴

„Následný nárůst kvality zdravotní péče a zlepšení technické vybavenosti lékařských zařízení však vedl k prudkému nárůstu výdajů na zdravotnictví, který nevyhnutelně vedl k nutnosti reformy, který se uskutečnila v roce 1997, kdy byl přijat zákon č.48/1997 Sb., který upravil podmínky poskytování bezplatné zdravotní péče a ostatních podmínek týkajících se zdravotní péče.“¹⁵

4. Současný systém zdravotnictví v ČR a jeho financování

Zdravotnictví v ČR vytvořeno na základě modelu národního zdravotního pojištění, jehož rysem je velká úloha státu založená na principu solidarity, jak již bylo zmíněno v úvodu práce. Základním principem je povinné pojištění, které je stanoveno ve výši 13,5 % z vyměřovacího základu (úhrn příjmů, které jsou předmětem daně). Procentní částka je rozdělena na dvě části a to 9 % vyměřovacího základu, kterou za zaměstnance automaticky odvádí jeho zaměstnavatel a 4,5% kterou odvádí zaměstnanec sám. Další složkou jsou platby ze státního rozpočtu, přímé platby pacientů (za nehrazenou a nadstandardní péči) a spoluúčast pacientů ve formě regulačních poplatků.

Veškeré uvedené platby jsou prostřednictvím státního rozpočtu rozdělovány zdravotním pojišťovám, které následně proplácejí výkony poskytovatelům zdravotní péče. Jedná se tedy o systém, kde zdravotnická zařízení poskytují pacientům bezplatnou péči na základě zákona o zdravotním pojištění.

¹³ JANEČKOVÁ, JANA. HNILICOVÁ, HELENA, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1. vydání, Praha: Portál, 2009, 296 s., ISBN 978-80-7367-592-9

¹⁴ DOLANSKÝ, HÝNEK, *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, 1.vydání, Opava 2008, 133 s., ISBN 978-80-7248-482-9

¹⁵ JANEČKOVÁ, JANA. HNILICOVÁ, HELENA, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1. vydání, Praha: Portál, 2009, 296 s., ISBN 978-80-7367-592-9

4.1. Způsoby plateb poskytovatelům zdravotní péče zdravotními pojišťovnami:

4.1.1. Kapitačně-výkonová platba:

„Jedná se o takový způsob plateb, kdy lékař dostává placeno za každého svého pacienta bez ohledu na to, zda lékařskou péči čerpá, či nikoliv. Tento způsob úhrady je typický pro praktické lékaře. Do kapitace patří standardní úkony na základě odbornosti lékaře.“¹⁶ Může být kombinován i s výkonovým systémem a to v případě provádění dodatečných úkonů např. očkování apod. Gynekologové a stomatologové jsou placeni kompletně podle výkonů.

4.1.2. Platba za výkon:

Tento způsob platby je typický pro ambulantní specialisty. „Jednotlivé úkony jsou ohodnoceny podle náročnosti. Každý bod představuje předem schválenou hodnotu, který je výsledkem vyjednávání mezi zástupci jednotlivých zdravotních pojišťoven a zástupci jednotlivých profesních komor.“¹⁷

„V akutní, plánované nebo dlouhodobé lůžkové zdravotní péči může pojišťovna hradit těmito způsoby:

- Ve formě rozpočtu, kdy se objem poskytnutých finančních prostředků odvíjí od kalkulace podle předchozích rozpočtových období, tedy podle tzv. historických výdajů
- Platbou za diagnózu (DRG-diagnostic related groups), případně skupinu příbuzných diagnóz, kdy je každý pacient po přijetí zařazen do příslušné diagnostické skupiny, k níž je přiřazena cena péče
- Platbou za nakoupené plánované výkony (např. implantace umělých kolenních nebo kyčelních kloubů), za balíčky služeb nebo za plánovaný počet odléčených náročných pacientů ve specializovaných centrech (např. onkologicky nemocných pacientů s roztroušenou sklerózou)
- Platbou za lůžko/den (počet dnů, kdy je lůžko obsazeno pacientem)¹⁸

¹⁶ GRYGAROVÁ, MICHAELA, *Financování zdravotnictví*, Bakalářská práce, Právnická fakulta MU, Brno 2009

¹⁷ REKTOŘÍK, J. a kolektiv. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, 2. vydání, Praha: Ekopress, s.r.o., 2007, 309 s., ISBN 978-80-86929-29-3

¹⁸ JANEČKOVÁ, JANA. HNILICOVÁ, HELENA, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, Str. 130 – 131, 1. vydání, Praha: Portál 2009, 296 s, ISBN 978-80-7367-592-9

4.1.3. Regulační poplatky:

„Od roku 2008 je každý pojištěnec povinen platit poskytovatelům zdravotní péče za poskytnuté zdravotnické služby tzv. regulační poplatky, které jen nutné uhradit v hotovosti.

Existují tři kategorie těchto poplatků:

1) 30 Kč

za každou návštěvu u některého z lékařů v ambulantní péči, tj. u praktických lékařů pro děti i pro dospělé, u gynekologů, u zubních lékařů a u všech ambulantních specialistů. Poplatek se platí vždy, pokud bylo provedeno jakékoliv klinické vyšetření/ošetření, za každou položku na receptu, tj. předepsaný lék, který je plně nebo částečně hrazen ze všeobecného zdravotního pojištění.

2) 60 Kč

za každý den pobytu v nemocnici; za každý den pobytu v lázních, ozdravovnách, léčebnách, pokud se jedná pobyt hrazen ze všeobecného zdravotního pojištění. Den přijetí a den propuštění ze zařízení se počítají dohromady jako jeden den pobytu.

3) 90 Kč

za poskytnutí neodkladné péče, včetně péče poskytnuté lékařskou službou první pomoci a zubní pohotovostní službou, za využití nemocniční pohotovosti v sobotu, v neděli a ve dnech pracovního volna; v pracovních dnech v době od 17 00 do 7 00, pokud není vyšetřená osoba následně hospitalizována.

Poplatky se neplatí za preventivní prohlídky, za dialýzu, za soudem nařízenou ochrannou léčbu (např. u alkoholiků nebo drogově závislých) a v případě povinného léčení infekčních nemocí. Od placení poplatků jsou osvobozeny osoby ve hmotné nouzi, což však je nutné prokázat. Celková výše poplatků je limitována na 5.000 Kč za jeden rok. Do tohoto limitu se nezapočítávají hospitalizační poplatky, poplatky za pohotovostní služby a doplatky na léky, které přesahují cenu ekvivalentního plně hrazeného léku.¹⁹

5. Aktuální problémy a hodnocení efektivnosti zdravotnictví

ČR

V této části seminární práce se pokusíme zhodnotit problémy týkající se efektivnosti zdravotnictví a další, na základě subjektivního hodnocení problému, na které jsme v průběhu zpracování práce narazili:

¹⁹ Zdravotnický systém v ČR [online]. C2009.poslední revize 27.12.2009.dostupné z <http://mighealth.net/cz/index.php/Zdravotnick%C3%BD_syst%C3%A9m_v_%C4%8CR>

5.1. Nevyrovnanost rozpočtů zdravotních pojišťoven

Nejvýznamnější postavení mezi zdravotními pojišťovny v ČR zaujímá Všeobecná zdravotní pojišťovna a to z důvodu, že byla v průběhu transformace české ekonomiky vytvořena jako první a měla tak v budoucnosti ‘pevné základy’. Status veřejné pojišťovny s největším počtem pojištěnců jí zůstal i po vytvoření dalších osmi veřejných zdravotních pojišťoven.

Se stárnutím populace narůstá již nyní vysoký počet nejvíce nákladných pojištěnců, kterými jsou starší lidé. Proto se VZP stává pojišťovnou, která má nejvyšší počet těchto pojištěnců. Státní přerozdělování prostředků veřejným pojišťovnám tyto faktory sice zohledňuje, ale vzhledem k neustále rostoucím nákladům je otázkou, do jaké míry. Toho jsou si ostatní pojišťovny vědomi a svojí politikou cílí především mladé lidi, jakožto nejméně nákladné. Tím se VZP dostává do stále svízelnější situace.

Řešením by byl citlivější způsob rozdělování pojistného veřejným pojišťovnám, ale na úkor vyšších administrativních nákladů.

5.2. Zbytečná navštěvovanost specialistů a vysoké náklady na léčiva

S možností volby návštěvnosti specialistů, i bez doporučení praktického lékaře se spojilo někdy zbytečné zatěžování lékařů a nárůst nákladů na zdravotní systém. Často však může zdravotní problémy vyřešit praktický lékař. Tento problém byl zavedením regulačních poplatků částečně zmírněn, ale nabízí se svázání návštěvnosti specialistů, doporučením praktických lékařů

Podobný problém je spojen se zbytečnými návštěvami lékaře kvůli předepsání běžných léků, které jsou dostupné i bez předpisu. Opět je tento problém částečně řešen regulačními poplatky, ale možné je, že pravý efekt se změní až se změnou mentality lidí, u kterých stále převládá myšlení z dob komunismu, kdy byla veškerá zdravotní péče poskytována bezplatně.

Dalším významným faktem je častý odchod na nemocenskou, kdy zaměstnanci v mnoha případech zneužívají návštěvu lékaře, s mnohdy banálními příznaky nemoci, jen proto, aby se vyhnuli práci. ČR hrála v této ‘kategorii’ prim v celé Evropě. Avšak tento stav již není natolik aktuální - podařilo se ho zmírnit přijetím zákona č. 261/2007 Sb. o stabilizaci veřejných rozpočtů, vycházejícího z Usnesení vlády ČR č. 323/2007, jehož součástí je i změna čerpání nemocenské a to až od třetího dne nemoci. Množství jednodenních ‘nemocí’ následně rapidně pokleslo.

5.3. Vysoký počet akutních lůžek v přepočtu na obyvatele

Tento tradiční problém způsobuje nárůst nákladů na zdravotní systém, který je možné alespoň částečně zmírnit přehodnocením potřeby celkového stavu akutních lůžek v nemocnicích.

5.4. Postavení lékárníků a zdravotních sester

Současným trendem je nedostatek zdravotních sester v nemocnicích, které v současné době musejí pro práci bez dozoru absolvovat vzdělání na vyšších odborných školách. Takto kvalifikované sestry potom raději odcházejí do zahraničí, kde jim je nabídnuto lepší platové ohodnocení a větší profesní uplatnění. Řešením by bylo přenesení části odpovědnosti z lékařů na zdravotní sestry, při zlepšení platového ohodnocení.

Postavení lékárníků ještě více nedocenené, neboť v České republice znamená lékárník „prodáváč léku“, přičemž farmaceut studuje stejně dlouhou dobu, jako lékař a je na rozdíl od lékaře specialistou na léčiva. Příkladem nám může být Skotsko, kde lékař působí jako diagnostik a určení vhodné léčby je v rukou farmaceuta, který je na rozdíl od žalostného finančního ohodnocení u nás, náležitě placen. Navíc, se zavedením regulačních poplatků, kdy lékárně, potažmo lékárníkovi, jsou tyto poplatky hrazeny, vznikají mýty o nadměrném obohacování lékárníků. „Hrubý zisk lékárny je 17 Kč ze 100 Kč - tedy nic zvláštního, a přesto jsou lékárníci osočováni z nadstandardních zisků.“²⁰

5.5. Problematika vnímání českého zdravotnictví veřejností

Nejedná se až tak o problém samotného systému zdravotnictví, ale spíše o to, jak lidé pohlíží jeho funkčnost, jak jsou spokojeni s poskytovanými službami a financováním. Dobré vnímání veřejností jakéhokoliv resortu je výbornou vizitkou.

Následující data pochází z tiskové správy Sociologického ústavu AV ČR²¹, která se týká názorů veřejnosti na problematiku zdravotnictví a jeho financování.

Ze zprávy vyplývá že přibližně 2/3 lidí jsou nespokojeny se stavem českého zdravotnictví (zejména v oblasti financování veřejného zdravotnictví, fungování pojišťoven a hospodaření s léky). Asi 85% zúčastněných si je vědoma potřeby reformy. Ovšem v otázce financování dochází k trochu kuriózní situaci, kdy 53% respondentů si přeje zvýšení plateb do zdravotnictví ze státního rozpočtu, přičemž zhruba stejné procento je proti zvýšení

²⁰ Server Protesty-lekarniku.cz, Článek: *Lži, omyly a mýty versus realita* [online], c. 2009, [poslední revize 27.12.2009]. Dostupné z <<http://www.protesty-lekarniku.cz/lzi-omyly-myty/aktualni-problemy-lekarenstvi.html>>

²¹ Sociologický ústav AV ČR, Tisková zpráva: *Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování* [online], c. 2009, [poslední revize 27.12.2009]. Dostupné z <www.soc.cas.cz/download/151/Tiskova%20zprava.pdf>

zdravotního pojištění. K tomu zvýšení přímé spoluúčasti pacienta, jakožto další možnost profinancování oněch zvýšených plateb ze státního rozpočtu, odmítá 70% respondentů. Z těchto čísel je zjevné, jak slabé je povědomí nezainteresovaných občanů o problematice financování zdravotnictví. Provést kvalitní reformu, založenou na zvýšení výdajů státu a zároveň snížení jeho příjmů, aniž by došlo k omezení zdravotní péče (se kterou nesouhlasí naprostá většina dotázaných) je zcela nemožné.

6. Porovnání českého zdravotnictví s Dánskem

Dánský systém zdravotnictví je založen na modelu Beveringe. Je zde patrná vysoká míra decentralizace, kdy za dostupnost a poskytování zdravotní péče jsou zodpovědné jednotlivé provincie a Kodaňská nemocniční korporace. Převážná část nemocnic jsou nemocnice veřejné.

Co se financování týče, neexistuje povinné zdravotní pojištění. Systém zdravotnictví je zcela hrazen ze státního rozpočtu – z daně z příjmu. Věcné dávky jsou z 85% hrazeny z daní a to prostřednictvím okresních a krajských úřadů. Zbýlých 15% je hrazeno pojištěnci (jedná se zejména o doplatky na léky, úplné/částečné hrazení stomatologické a jiné péče).

Existují dva modely zdravotního pojištění, s tím že každý rezident má možnost jednou ročně zvolit:

1. Model s volným výběrem lékaře: Nemusí se každoročně obnovovat, platí stále. Je zde značná spoluúčast pojištěnce (ten platí přibližně 1/3 z ceny), zdravotní péče je hrazena jen částečně. Výhodou je, že si pojištěnec může libovolně zvolit specializovaného lékaře, aniž by potřeboval doporučení praktického lékaře. Také si může zvolit hospitalizaci v jakékoli veřejné nemocnici. Tohoto modelu využívá pouze 1,5% Dánů.
2. Model smluvního domácího lékaře: Volba lékaře se musí každoročně obnovovat – neplatí stále. Neexistuje zde žádná spoluúčast na nákladech lékaře nebo nemocnice. Specialistu je možné navštívit až na základě doporučení praktického lékaře. Tohoto modelu využívá 98,5% Dánů.

Další možností je sjednání privátního zdravotního pojištění, které funguje jako doplňkové pojištění k veřejnému.

Závěr

V úvodu práce jsme se seznámili se základními pojmy jako jsou zdraví a zdravotnictví. Poukázali jsme také na to, jaký má zdraví význam pro existenci jedince a jeho fungování ve společnosti, stejně jako fungování společnosti jako celku; dále pak negativní vlivy špatné zdravotní úrovně na ekonomickou situaci země.

Podrobněji jsme se seznámili s modely poskytování a financování zdravotní péče a s organizací struktury zdravotnictví, kde byly popsány úkoly jednotlivých účastníků, jako jsou Krajské úřady, Krajské hygienické stanice, profesní zdravotnické komory, zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče.

Další úlohou této práce bylo obeznámit s historickým vývojem zdravotnictví na našem území. Již za dob Rakouska-Uherska byl užíván bismarkovský model pojištění pro některé skupiny obyvatelstva, který se postupem času proměnil až v dnešní model národního zdravotního pojištění, jehož rysem je velká úloha státu založená na principu solidarity, povinné pojištění a od roku 2008 také regulační poplatky.

Práce obsahuje také pojednání o problémech českého zdravotnického systému a jeho efektivnosti, kde byla nastíněna i možná řešení.

V závěru se pak nabízí srovnání s jiným státem Evropské unie. Pro tento účel bylo vybráno Dánsko, na kterém je dobře vidět, jak rozdílné systémy financování zdravotnictví mohou existovat.

Přehled základní legislativy

- [1] Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů
- [2] Zákon ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, ve znění pozdějších předpisů
- [3] Zákon ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, ve znění pozdějších předpisů
- [4] Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení
- [5] Zákon ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, ve znění pozdějších předpisů
- [6] Zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách, ve znění pozdějších předpisů
- [7] Zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- [8] Zákon ČNR č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- [9] Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů
- [10] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (částečně), ve znění pozdějších předpisů
- [11] Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- [12] Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů

Seznam literatury a internetových zdrojů

Literatura a periodika

REKTOŘÍK, J. a kolektiv, *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, 2.vydání, Praha: Ekopress, s.r.o. 2007, 309 s., ISBN 978-80-86929-29-3

DOLANSKÝ, HYNEK, *Ekonomika zdravotnických a sociálních služeb*, 1.vydání, Opava 2008, 133 s., ISBN 978-80-7248-482-9

ŠEĐOVÁ, RADKA, *Komparace systémů financování zdravotní péče v ČR a ve vybraných zemích EU*, Diplomová práce, Ekonomicko-správní fakulta MU, Brno 2006

JANEČKOVÁ, JANA.HNILICOVÁ, HELENA, *Úvod do veřejného zdravotnictví*, 1. vydání, Praha: Portál 2009, 296 s., ISBN 978-80-7367-592-9

GRYGAROVÁ, MICHAELA, *Financování zdravotnictví*, Bakalářská práce, Právnická fakulta MU, Brno 2009

Internetové zdroje

Server Mighealth.net, Článek: *Zdravotnický systém v ČR* [online], c. 2009, [poslední revize 27.12.2009]. Dostupné z

<http://mighealth.net/cz/index.php/Zdravotnick%C3%BD_syst%C3%A9m_v_%C4%8CR>

Server Protesty-lekarniku.cz, Článek: *Lži, omyly a mýty versus realita* [online], c.

2009, [poslední revize 27.12.2009]. Dostupné z <[http://www.protesty-](http://www.protesty-lekarniku.cz/lzi-omyly-myty/aktualni-problemy-lekarenstvi.html)

[lekarniku.cz/lzi-omyly-myty/aktualni-problemy-lekarenstvi.html](http://www.protesty-lekarniku.cz/lzi-omyly-myty/aktualni-problemy-lekarenstvi.html)>

Sociologický ústav AV ČR, Tisková zpráva: *Reforma zdravotnictví: Názory*

veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování [online], c. 2009, [poslední revize 27.12.2009]. Dostupné z

<www.soc.cas.cz/download/151/Tisková%20zpráva.pdf>

<http://www.soc.cas.cz> - Sociologický ústav Akademie věd České republiky

<http://www.mzcr.cz> - Ministerstvo zdravotnictví ČR

<http://www.vzp.cz> - Všeobecná zdravotní pojišťovna

<http://www.clk.cz> - Česká lékařská komora