

Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví Ruská 85, 100 05 Praha 10

Škola veřejného zdravotnictví 2001 - 2003

# **ATESTAČNÍ PRÁCE**

**Systémy zdravotní péče ve vybraných zemích a jejich  
srovnání se systémem zdravotní péče v České republice.**

MUDr. Helena Fousková

Zásady pro vypracování:

- 1. Úvod**
- 2. Formy a modely zdravotní péče**
- 3. Aplikace jednotlivých typů systémů zdravotní péče ve vybraných zemích**
- 4. Zdravotní péče v České republice**
- 5. Srovnání České republiky a vyspělých zemí**
- 6. Závěr**

## **Obsah**

<b>1. Úvod</b>	<b>4</b>
<b>2. Formy a modely zdravotní péče</b>	<b>6</b>
<b>3. Aplikace jednotlivých typů systémů zdravotní péče ve vybraných zemích</b>	<b>9</b>
3.1 Systém zdravotní péče ve Spolkové republice Německo	9
3.1.1 Organizace systému zdravotnictví v Německu	9
3.1.2 Poskytovaná péče a výkony	12
3.1.3 Financování systému zdravotnictví	12
3.1.4 Současné trendy v německém zdravotnictví	16
3.2 Systém zdravotní péče v Dánském království	19
3.2.1 Organizace systému zdravotnictví v Dánsku	19
3.2.2 Poskytovaná péče a výkony	21
3.2.3 Financování systému zdravotnictví	23
3.2.4 Současné trendy v dánském zdravotnictví	27
3.3 Systém zdravotní péče ve Spojených státech amerických	29
3.3.1 Organizace systému zdravotnictví v USA	29
3.3.2 Poskytovaná péče a výkony	30
3.3.3 Financování systému zdravotnictví	33
3.3.4 Současné trendy ve zdravotnictví USA	36
<b>4. Zdravotní péče v České republice</b>	<b>39</b>
4.1 Organizace systému zdravotnictví	41
4.2 Poskytovaná péče a výkony	42
4.3 Financování systému zdravotnictví	44
4.4 Současné trendy v českém zdravotnictví	50

<b>5. Srovnání České republiky a vyspělých zemí</b>	<b>54</b>
5.1 Společné problémy v systémech zdravotnictví	55
5.2 Odlišnosti zdravotnických systémů	59
5.2.1 Hlavní způsoby financování zdravotní péče	59
5.2.2 Formy finanční účasti pacientů	61
5.2.3 Způsoby úhrady zdravotní péče lékařům	63
5.3 Shrnutí komparace systémů zdravotní péče	64
<b>6. Závěr</b>	<b>66</b>
<b>Seznam použité literatury</b>	<b>69</b>
<b>Seznam zkratk</b>	<b>73</b>
<b>Seznam příloh</b>	<b>74</b>

# 1. Úvod

*... život a zdraví člověka jsou největšími statky, na kterých téměř vše ostatní u něho závisí.....*

*..Jde-li o lidský život, o záchranu člověka, nechť není žádná oběť příliš těžká, lze-li jí zachránit život člověka, není-li ovšem touto obětí jiný život lidský, stejně cenný.*

*(Bernard Bolzano, O nejlepším státě, IX. kapitola)*

Zdravotnictví je citlivým systémem, odrážejícím celkový stav společnosti, a to nejen ekonomický a politický, ale také stav kulturní a mravní. V současné době, i když role zdravotnictví a zdravotní péče je již ve všech, alespoň vyspělých, státech akceptována, názory na obsah a formu se v jednotlivých zemích odlišují. Zastřešujícím prvkem je zde Světová zdravotnická organizace, jedním z jejích cílů je dosažení co nejvyšší možné úrovně zdravotního stavu obyvatel ve všech zemích světa.

Cílem této atestační práce je provést popis a analýzu systémů zdravotní péče ve třech vybraných zemích, kterými jsou Dánské království, Spolková republika Německo, Spojené státy americké a v České republice tak, jak fungují v současné době a následně provést srovnání hlavních rysů těchto systémů, nikoli však podat jejich vyčerpávající komparační analýzu.

Mezinárodní srovnání jednotlivých složek systémů zdravotní péče, jejich organizace, způsobu získávání finančních zdrojů k jejich činnosti, rozsahu jimi poskytovaných služeb a péče a dalších faktorů má svá omezení, a to zejména z těchto důvodů:

- Podobné či shodné termíny používané v různých zemích nebývají vždy označením pro stejnou věc, definování jednotlivých veličin není ve všech zemích stejné, což limituje jejich srovnatelnost.
- Přes hojnost sledovaných faktorů a veličin mnohé údaje o poskytování zdravotní péče chybějí, v časových řadách někdy zejí mezery.

- Systémy nejsou fixní, podléhají stálým změnám. Žádná země není se svým systémem zdravotní péče spokojena. Všechny tíží stále rostoucí finanční nároky související s prudkým rozvojem medicínských technologií. Ekonomicky vyspělé země se snaží systém zdravotní péče zlepšit novými reformami, které jsou ovlivňovány mnohdy krátkodobými politickými zájmy. Nové vlády ruší započaté reformy vlád dřívějších a zavádějí další, jejíž konečné realizace se většinou nedožijí. Proto velká část obyvatel není se systémem poskytování zdravotní péče spokojena, neboť reforma zdravotnictví patří k oblíbeným populistickým tématům předvolebního boje.
- Schématické rozdělení k vyhraněným modelům zdravotnických systémů má značná úskalí, reformy zdravotní péče probíhají prakticky nepřetržitě a informace o nich se dostávají do České republiky, zejména do rukou široké veřejnosti, se zpožděním a ne vždy odpovídají realitě.

Pro splnění stanovených cílů použiji metod popisu a analýzy jednotlivých systémů ve jmenovaných zemích a srovnávací analýzy vybraných aspektů těchto systémů.

## **2. Formy a modely zdravotní péče**

V teorii zdravotnictví se setkáváme s řadou pojmů, jako např. zdraví, zdravotnictví, zdravotnické služby, zdravotní politika, zdravotní péče aj. Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje *zdraví jako* „... stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady". **Zdravotnictví** je chápáno jako systém, který spojuje tyto prvky:

- zdravotnické služby,
- zdravotnickou výrobu,
- zdravotnické zásobování a odbyt,
- vědu, výzkum a výchovu ve zdravotnictví.

Kategorie **zdravotnické služby** se používá pro označení aktivit, které jsou podnikány s cílem obnovení, udržení a posílení dobrého fyzického a duševního stavu lidí. Člení se na:

- léčebně - preventivní služby,
- hygienicko - epidemiologické služby,
- zdravotnickou osvětu.

**Zdravotní politika** představuje souhrn cílů, nástrojů, rozhodovacích procesů a opatření zaměřených na zlepšování zdravotní situace obyvatelstva k minimalizaci výskytu poruch zdraví, jež způsobují zhoršení kvality života a hrozí předčasnou smrtí. Ze sledovaných kategorií je nejširší kategorií **zdravotní péče**. Rozumíme jí soubor všech ekonomických, kulturních a sociálních aktivit společnosti, které ovlivňují zdraví obyvatel.

V souladu s historickými podmínkami a tradicemi jednotlivých zemí a ve vazbě na jejich ekonomickou situaci, politický systém a s ním související sociální politiku vznikly ve světě v průběhu uplynulého vývoje různé systémy zdravotnictví. Na světě bychom těžko hledali dvě země se shodnými způsoby financování, organizace a řízení zdravotnictví. Předpokládá se ale, že při jistém zjednodušení by bylo možno každý ze systémů přiřadit k jednomu ze tří základních modelů

zdravotnických soustav vzniklých v závislosti na způsobu, jakým občané v dané zemi platí za zdravotnické služby.

***Základně lze rozlišovat především tyto tři modely:***

**a)** Prvním modelem systémů zdravotní péče je tzv. model lorda Beveridge, který byl iniciován zprávou lorda Beveridge z roku 1942. Ve Velké Británii vznikl v roce 1946. Je založen na financování zdravotnických služeb prostřednictvím státního rozpočtu, respektive prostřednictvím zdrojů vzniklých zdaněním a bývá označován též jako ***model veřejného zdravotnictví***. V tomto modelu se zdůrazňuje odlišnost zdravotní péče od jiných statků spolu se skutečností, že přístup ke zdravotní péči by neměl být kontrolován trhem. Posláním je zajistit zdravotní péči pro všechny občany bez ohledu na jejich platební schopnost. Model vyjadřuje přesvědčení, že zařizovat některé záležitosti pro občana, ke kterým patří právě i zdravotní péče, náleží především státu.

Tento model zdravotní péče se rozšířil i do dalších zemí mimo Velkou Británii a v modifikovaných formách je uplatňován v severských státech (např. v Dánsku, Norsku, Finsku, Švédsku, Irsku), v jihoevropských státech (např. v Itálii, Řecku, Španělsku, Portugalsku), ale také např. v Kanadě.

**b)** Dalším modelem systémů zdravotní péče je model soukromého zdravotního pojištění, označovaný také jako ***model tržního zdravotnictví***. Vychází z názoru, že péče o zdraví je záležitostí a osobní odpovědností každého jedince. Zdravotnické služby a péče jsou chápány jako druh *zboží*, které podléhá zákonům tržní ekonomiky a jehož financování probíhá převážně na komerčních zásadách prodeje a koupě. Využívá se především soukromého zdravotního pojištění občanů a přímé finanční úhrady za poskytnuté zdravotnické služby.

Tento model nachází uplatnění v USA, ale také např. v některých jihoamerických státech.

c) Posledním modelem je model založený na povinném zdravotním pojištění obyvatelstva. Vychází z německého sociálního zákonodárství z roku 1883 a bývá proto označován jako model bismarckovský. Je v něm zdůrazňováno právo na určité minimum zdravotní péče, stát se nezříká odpovědnosti za to, aby definovaný rozsah zdravotní péče byl všem občanům dostupný. Zdravotní péče je hrazena z fondů veřejného zdravotního pojištění, vytvářených z příspěvků zaměstnanců, zaměstnavatelů, případně státu. Pro tento systém bývá používáno též označení model hybridního zdravotnictví či **model veřejného zdravotního pojištění**.

Ve světě je tento model systému zdravotnictví uplatňován v různých modifikovaných formách. Jeho podstatné prvky jsou dnes realizovány v zemích střední a *západní* části evropského kontinentu (např. v Rakousku, v Německu, v Belgii, v Holandsku, v Lucembursku, v České republice), po I. světové válce je převzalo také Japonsko.

Ve skutečnosti žádný z výše uvedených modelů není zcela výstižný pro situaci v některém státě, systémů zdravotní péče existuje ve světovém měřítku celá řada. Modely zdravotnických systémů jsou základními teoretickými variantami fungování zdravotnictví. Praxe je ovšem bohatší, základní modely jsou vzájemně kombinovány. Například v Dánsku, které náleží k modelu beveridgeovskému, využívá poměrně značná část populace (přibližně 20 %) systému soukromého zdravotního pojištění. Ve Spojených státech amerických, ačkoliv USA náleží k modelu tržního zdravotnictví, jsou aplikovány rozsáhlé veřejné programy, které soustavu zdravotní péče doplňují péčí o vybrané ohrožené skupiny populace. V Německu, které náleží k modelu povinného zdravotního pojištění, si určité skupiny osob mohou místo zákonného pojištění zajistit pojištění soukromé, což se týká asi 9 % obyvatelstva, případně se nemusí pojistit vůbec (asi 1 % populace).

Konkrétní aplikaci jednotlivých modelů zdravotnictví ve vybraných zemích je věnována třetí kapitola této práce.



### **3. Aplikace jednotlivých typů systémů zdravotní péče ve vybraných zemích**

Tato kapitola je věnována popisu konkrétních uplatnění systémů zdravotní péče ve třech vybraných zemích, kterými jsou Spolková republika Německo, Dánské království a Spojené státy americké.

#### **3.1 Systém zdravotní péče ve Spolkové republice Německo**

Systém zdravotní péče v Německu vychází z dlouholetých zkušeností. První povinné solidární zdravotní pojištění zde bylo zavedeno již v roce 1883, kdy byl přijat zákon o zdravotním pojištění. V roce 1884 následoval zákon o úrazovém pojištění a v roce 1891 zákon o pojištění invalidním. Za účelem větší jednoty v organizaci těchto tří různých zaměstnaneckých pojištění byl v roce 1911 vydán zákon o státním pojištění. Vycházelo se z principu, že za určení organizační struktury, obsahu a nákladů na lékařskou péči nesou odpovědnost jednak samosprávné nemocenské pokladny, v jejichž správních radách zasedali společně zástupci zaměstnavatelů a zaměstnanců a jednak samosprávné asociace lékařů (poskytovatelů zdravotní péče). Byla tak vytvořena tzv. Bismarckova soustava sociálního pojištění. Vyznačovala se povinným pojištěním pro určité skupiny pracujících a tím, že o její činnosti a finančním zajištění společně rozhodovali zaměstnavatelé a zaměstnanci.

##### **3.1.1 Organizace systému zdravotnictví v Německu**

V SRN mají jak federální orgány, tak státní orgány spolkových zemí a orgány místní samosprávy určitou úlohu v systému organizace zdravotnictví.

##### **Federální úroveň**

Federální spolkové orgány jsou tvůrci zdravotní politiky Německa a zákonného rámce pro oblast zdravotnictví v této zemi. Profesní regulace, financování nemocnic, věda a výzkum ve zdravotnictví a další oblastí byly vloženy do kompetencí ministerstva zdravotnictví, vytvořeného v roce 1990. Toto ministerstvo

také určuje vše, co se týká povinného zdravotního pojištění, což byl dříve úkol ministerstva práce a sociálních věcí (např. soubor lékařských výkonů krytých pojištěním, okruh povinně pojištěných osob, vzájemné vztahy mezi pojišťovny a lékaři aj.).

Důležitým orgánem je také Spolkový úřad zdraví, jehož hlavním posláním je včas poznávat rizika pro zdraví člověka a snižovat možnosti ohrožení zdraví a životního prostředí. Tomuto úřadu je podřízeno 7 výzkumných ústavů zabývajících se touto problematikou.

### **Úroveň jednotlivých států**

K úkolům vlád jednotlivých států Německa patří schvalování federální legislativy prostřednictvím druhé komory parlamentu (Bundesrat), dozor nad vyjednáváním mezi asociacemi lékařů a asociacemi nemocenských pokladen, nesou odpovědnost za plánování nemocnic, za správu nemocnic státních a za poskytování zdravotní péče obecně.

### **Místní úroveň**

Za konečnou exekutivu a organizaci zdravotní péče jsou zodpovědné orgány na místní úrovni. V každém okresním městě jsou součástí správních orgánů odbory zdravotnictví.

### **3.1.2 Poskytovaná péče a výkony**

Povinný systém zdravotního pojištění hradí veškerou zdravotní péči určenou pro léčení nebo zlepšení zdravotního stavu pojištěnců, a to za podmínky, že je tato péče užitečná, účinná a nutná.

### **Zdravotní péče primární**

Za primární péči se považuje veškerá péče poskytovaná ambulantně, tedy péče všeobecných lékařů, specialistů, stomatologů.

Ambulantní lékařské služby poskytují soukromě praktikující lékaři. Pojištěnci si svého lékaře svobodně vybírají tak, aby lékařem poskytovaný rozsah a náplň péče nejlépe odpovídal potřebám pacienta. Zákonně pojištění pacienti si nárokují ošetření a vyšetření na základě tzv. poukázkového systému. Jedna poukázka je určena na kvartální období, na rubu poukázky lékaři registrují své služby během všech návštěv pacienta. Pojišťovna smí lékařům uhradit jen ty výkony, ke kterým mají lékaři oprávnění. Protože celková suma příjmů svazu lékařů je pevně stanovena nemocenskými pokladnami, větší kvantum poskytovaných služeb automaticky neznamena vyšší příjem v průměru na jednoho lékaře. Za slabinu primární péče v SRN se pokládá přímá dostupnost odborných lékařů pacientům.

V oblastech *stomatologické péče* jsou pacientům jako věcné výkony hrazeny výkony konzervační terapie, preventivní péče, výkony při onemocnění či poranění čelisti, ošetřování paradentózy. Výkony jsou pro pojištěnce bezplatné, jsou poskytovány po předložení průkazu pojištěnce a vyúčtování probíhá přímo mezi svazy zubních lékařů a nemocenskými pokladnami. U výkonů souvisejících se zubními náhradami (protézy, korunky) směřují nároky stomatologů na úhrady nákladů k pojištěnci a jemu zase *zaplatí* pojišťovna podíl na těchto nákladech, který je povinna nést. U zubní protetiky mají pojištěnci 50 % spoluúčast. Tento osobní příspěvek však může být snížen na 40 % u pacientů, kteří navštěvovali pravidelný kurs preventivního ošetřování zubů. Sociálně slabí občané mají zubní protetiku zajištěnu zdarma.

Nárok na *léčiva* mají pojištěnci za podmínky, že nejsou uvedena na tzv. "negativních seznamech", vymezujících ty léky, které nelze prostřednictvím zákonného pojištění hradit za pacienty starší 18 let. Jedná se např. o léky proti nachlazení, projímadla, medikamenty proti nemocem z cestování apod. Horní meze prodejních cen léků v lékárnách, včetně vlastních marží lékáren, určuje zákon. Pro léky se stejným účinkem je jejich úhrada stanovena podle ceny generického léku. Nemocenské pokladny hradí plně generický lék, pro který byla vytvořena referenční cena. Zvolí-li si pojištěná osoba nákladnější lék, je povinna uhradit finanční rozdíl

proti referenční ceně sama. Pojištěnci jsou takto stimulováni, aby užívali levnější léky. U léků, pro které se nestanovila referenční cena, doplácí pacient ve výši 2,0 až 5,0 Euro za jednu položku dle velikosti balení. Od plateb jsou osvobozeni sociálně slabí občané.

### **Zdravotní péče ustavní**

Každý zákonně pojištěný nemocný má nárok na léčbu v nemocnici v případě, že to jeho choroba vyžaduje, nebo že nemůže být terapeutického cíle dosaženo péčí ambulantní. Pacienti mají svobodnou volbu nemocnice, jsou ale hospitalizováni jen na doporučení či po odeslání ambulantním lékařem, který při volbě nemocnice musí brát v úvahu, zda je nemocnice začleněna do zemských plánů sítě lůžkových zařízení se zárukou odbornosti, kvality a dohodnutých cen. Pokud pacient zvolí jiný ústav, než který mu určil lékař, mohou po něm nemocenské pokladny žádat doplatit rozdíl v ceně.

### **3.1.3 Financování systému zdravotnictví**

Financování zdravotní péče se v Německu opírá zejména o výběr povinného veřejného pojištění.

### **Zdroje finančních prostředků**

Zdrojem financování zdravotní péče v Německu je převážně většina příjmu ze zákonem stanoveného zdravotního pojištění. Současně je však zachován prostor pro soukromé zdravotní pojištění, které může plnit funkci doplňkovou k pojištění povinnému, ale může být také jeho substitutem. Model Německa kalkuluje i se spoluúčastí pacientů, byť jen v omezeném rozsahu. Celkové výdaje na zdravotní péči činily v roce 2000 přibližně 199 mld. USD, tedy asi 2 422 USD na 1 obyvatele, což znamená podíl 10,6 % na HDP. Porovnání HDP na jednoho obyvatele v USD v jednotlivých zemích v roce 2000 je zachyceno v příloze č.1. Celkové náklady na zdravotnictví jako % z HDP v roce 2000 zachycuje příloha č.2. Příloha č.3 uvádí celkové náklady na zdravotní péči na jednoho obyvatele v USD. Příloha č.4 uvádí

veřejné náklady na zdravotnictví na 1 obyvatele v USD a příloha č.5 zachycuje veřejné náklady jako % z celkových nákladů na zdravotní péči. Finanční spoluúčast pacientů na zdravotní péči byla v SRN v roce 2000 asi 25%, viz příloha č.6, která uvádí soukromé náklady jako % z celkových nákladů na zdravotnictví.

Povinné zdravotní pojištění je prováděno prostřednictvím zákonných zdravotních pojišťoven, tzv. nemocenských pokladen (Krankenkassen). V těchto pokladnách je evidováno asi 90 % obyvatelstva, z toho asi 75 % obligatorně. Zákonné zdravotní pojištění se vztahuje na všechny zaměstnance spadající pod stanovenou příjmovou hranici, na nezaměstnané, starobní důchodce, samostatně hospodařící zemědělce, na invalidní občany, studenty a umělce. Ti rodinní příslušníci pojištěnců, kteří nemají osobní příjem, mohou být pojištěni jako osoby závislé na pojištěnci ve stejné pokladně s ním, a to bez placení příspěvků. Pokladny jsou velice rozličné, protože tak je zformoval historický vývoj. Dodnes vedle sebe existuje těchto sedm typů nemocenských pokladen:

- Místní pojišťovací pokladna, hradící péči jednotlivcům s ohledem na zeměpisné hranice,
- Podniková pojišťovací pokladna, vznikající při velkých podnicích,
- Společná pojišťovací pokladna určená zejména pro dělníky a řemeslníky,
- Pojišťovací pokladna pro zemědělské pracovníky,
- Spolková pojišťovací pokladna pro horníky,
- Námořnická pojišťovací pokladna,
- Nezávislé schválené pojišťovací pokladny, tzv. zástupci pokladny, zajišťující péči lidem ze zvláštních zaměstnaneckých skupin.

Díky reformnímu zákonu o zdravotní péči z roku 1993 si pojištěnci mají možnost svou nemocenskou pokladnu svobodně zvolit. Tato svoboda volby neplatí pro osoby zaměstnané v zemědělství, v hornictví a v lodní dopravě, které jsou povinny se přidružit k jejich zvláštnímu vzájemnému zdravotnímu fondu. Přibližně 9 % obyvatelstva je pojištěno u soukromých komerčních pojišťoven.

Zákonné zdravotní pojišťovny a jejich sdružení jsou spravovány správní radou, vytvořenou ze zástupců zaměstnavatelů a pojištěnců. Obě skupiny jsou v radě zastoupeny rovným počtem svých členů. Pokladny jsou autonomní, samostatně řízené a s rozhodovacím oprávněním, nicméně se takto volně chovají jen v rámci zákonem určených hranic a kompetencí. Např. výši vybíraných příspěvků si jednotlivé nemocenské pokladny definují samy, ale pouze v intervalu schváleném Federálním úřadem pro pojištění. Např. v roce 2000 bylo ve výši pojistných sazeb rozpětí od 9 do 17,6 %. Celková výše odváděných příspěvků závisí jak na procentní sazbě, kterou si nemocenské pokladny stanoví, tak na výši vyměřovacího základu, kterým je hrubý příjem pojištěnce. Polovinu pojistného hradí zaměstnavatel a polovinu zaměstnanec. Svou roli v systému má také zákonně stanovený příjmový strop. Ten vymezuje jednak maximální příspěvek pojištěnců, jednak umožňuje osvobození od povinného zdravotního pojištění pro ty osoby, jejichž pravidelné pracovní výdělky tuto hranici překračují. Za zaměstnance s nízkým příjmem, který je stanoven jako příjem nižší než 10 % z této maximální příjmové hranice, musí zaměstnavatel uhradit celý příspěvek sám na své náklady. V případě osob samostatně výdělečně činných a dobrovolně pojištěných lidí jsou pojištěnci sami odpovědní za platbu celého příspěvku. Každý pojištěný má přitom právo na tentýž soubor zdravotních úkonů hrazených pojišťovnou, nezávisle na tom, v jaké výši platí své zdravotní pojištění.

***Soukromé zdravotní pojištění*** může nabídnout až plné pojištění zdravotní péče. Je alternativou pro osoby s příjmem převyšujícím příjmový strop pro pojištění obligatorní. Povinně pojištění také nejsou státní úředníci, soudci, vojáci z povolání. Nepojištěno zůstává jen necelé 1 % obyvatelstva, které platí za zdravotní péči přímo a hotově (lidé s velmi vysokými příjmy). U soukromých zdravotních pojišťoven je pojištěno přibližně 9 % obyvatelstva.

V německém systému hraje svou roli také ***zdravotní připojištění***, existují zde společnosti, které nabízejí doplňkovou ochranu navíc k povinnému zdravotnímu pojištění. Mezi jimi nabízené služby patří plné pojištění např. těchto rizik:

- denní platba v případě hospitalizace,
- denní platba v případě práce neschopnosti,
- plné zdravotní pojištění ambulantní péče,
- plné zdravotní pojištění péče o zuby,
- plné zdravotní pojištění hospitalizace.

***Přímá finanční spoluúčast pacienta*** je minimální. Lékařské výkony jsou pro pacienta po předložení průkazu pojištěnce bezplatné, přímá úhrada pacientem je požadována výjimečně např. u stomatologických výrobků do výše 50 % jejich ceny. V německých nemocnicích připlácí pacient částku 10 Euro za den, nejvýše však 14 dní ročně (údaje za rok 2001). Tato sazba je průběžně zvyšována. Vybrané prostředky se odvádějí nemocenským pokladnám.

### **Způsob úhrady zdravotní péče lékařům**

Způsob úhrady za zdravotní péči je v Německu odlišný pro oblast primární péče a pro zdravotní péči ústavní.

Ačkoliv zákon připouští různé způsoby úhrad za lékařskou primární péči, jako např.:

- úhradu jednotlivých výkonů (celostátně stanovené počty bodů za výkon jsou násobeny cenou bodu),
- paušální platby na osobu jejich výše jsou stanoveny pro celou federaci jednotně),
- paušální platby za případ,
- pevnou sazbu (skládá se z celkové úhrady v minulém roce a dohodnutého procentního nárůstu za rok stávající),

Smlouvy se zpravidla zakládají na platbě za výkon pomocí bodových hodnot. Pro honorování veškeré primární péče jsou důležité vztahy mezi nemocenskými pokladnami a svazy lékařů či zubařů, a to jak na zemské, tak na federální úrovni. V rovině federální se projednávají tzv. spolkové typové smlouvy mezi federálními svazy pokladen a federálními svazy pokladenských lékařů. Tyto typové smlouvy jsou platné celofederálně pro všechny smluvní lékaře. Obsahují například předpisy o

systemu vyúčtování mezi pojišťovny a svazy lékařů nebo jednotné měřítko ohodnocení lékařských výkonů, tedy smluvní seznam úhrad. Na zemské úrovni se uzavírají tzv. celkové smlouvy mezi zemskými pokladnami a zemskými svazy pokladenských lékařů. Tyto smlouvy jsou určeny k definování zvláštností jednotlivých spolkových zemí, jako tzv. doplňky spolkové typové smlouvy, pravidel pro úhradu a vyúčtování atd. Nemocenské pokladny určují v souladu s těmito smlouvami celkovou úhradu svazům smluvních lékařů. Tyto úhrady platí pokladny čtvrtletně jednotlivým svazům. Svazy pak rozdělují honoráře svým lékařům.

*Úhrada stomatologické péče* je sjednávána podobně jako proplácení nákladů u ambulantních lékařů prostřednictvím svazu stomatologů v jednotlivých zemích SRN. Nemocenské pokladny proplácejí účty zubařům čtvrtletně. Ve stomatologii však nedošlo ke stanovení horní hranice výdajů jako v ambulantních lékařských službách.

*Nemocnice jsou* financovány podle duálního principu. Zatímco investice jsou hrazeny z veřejných rozpočtů jednotlivých zemí, provozní náklady a náklady na ošetření kryjí nemocenské pokladny, či soukromé pojišťovny. Pojišťovací instituce mohou uzavírat smlouvy s veřejnými, charitativními i soukromými ústavami. Smluvní vztahy mezi pokladnami a nemocnicemi jsou však v Německu komplikované. Vychází se z globálních rozpočtů, od 1.1.1996 však zákon o zásadách financování nemocnic zavedl řadu nových regulačních opatření, zejména placení podle případových paušálů (obdobu našeho DRG) či užívání plateb za ošetrovací den, respektive kombinace těchto způsobů, které nejsou součástí rozpočtu.

Způsob placení lékařů z *fondů komerčního pojištění* se liší od placení pokladnami zákonného pojištění. Komerčně pojištěnému pacientovi vystavuje pokladenský lékař účet, který pojištěnec lékaři uhradí a následně jej předkládá k proplácení své komerční pojišťovně.

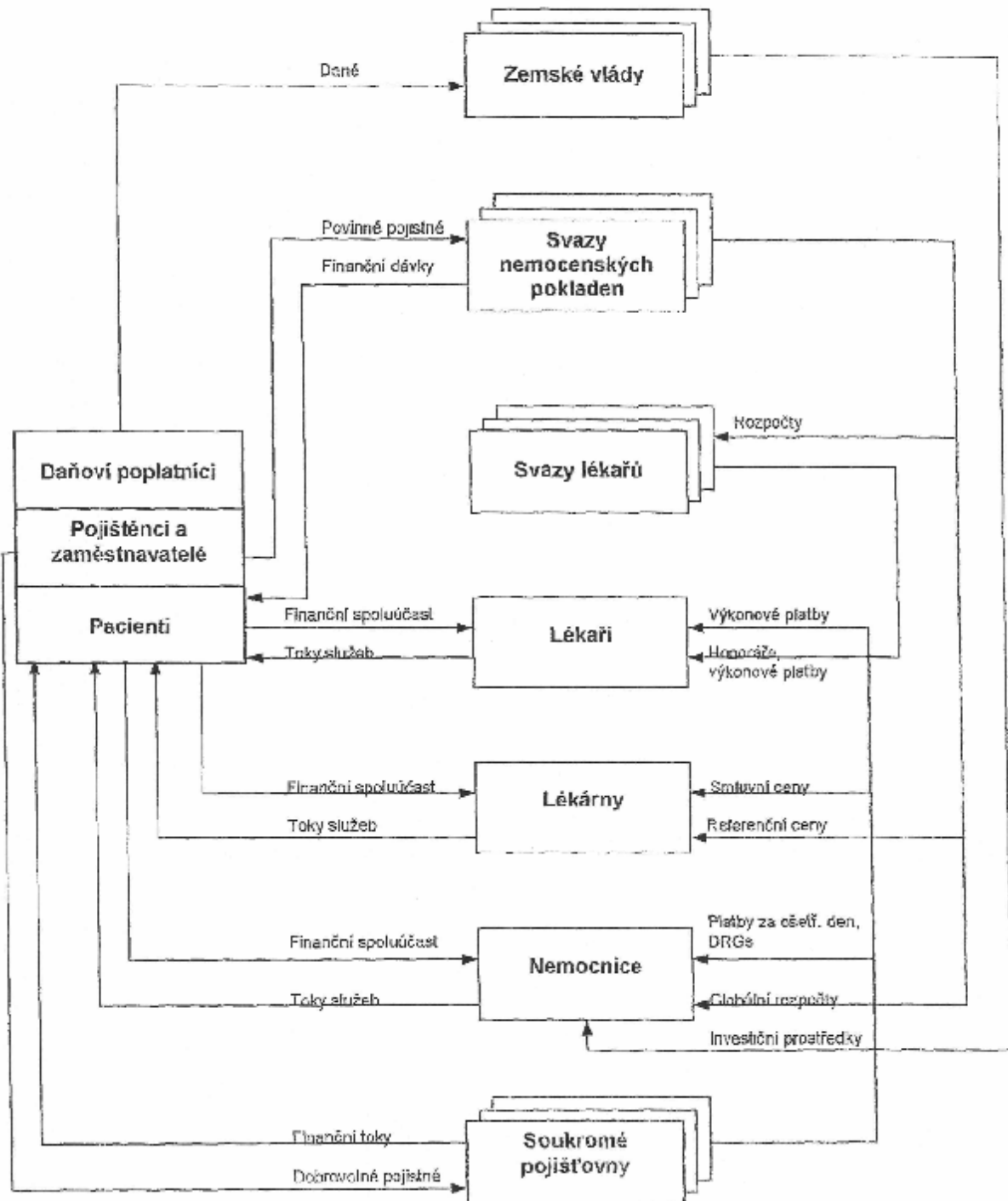
### **3.1.4 Současné trendy v německém zdravotnictví**

Reformní úsilí Německa probíhá od 70. let. Již tehdy byla přijata první opatření s cílem omezit a utlumit růst nákladů. Intenzita reformních tlaků ještě vzrostla na přelomu 80. a 90. let, po sjednocení Německa. V období let 1977- 1993



bylo přijato devět důležitých zákonů o omezování nákladů. Za nejdůležitější jsou pokládány zákon z roku 1989 (o reformě zdravotního pojištění) a zákon z roku 1993 (o struktuře zdravotního pojištění). Mimo jiné se v nich usiluje o vytváření souladu mezi růstem zdravotnických nákladů a růstem mezd a platů pojištěnců, z nichž se vypočítává výše pojistného, tedy výše příjmů nemocenských pokladen. Úkolem zákona je při stabilní výši pojistného snížit náklady na zdravotní péči bez ohrožení její kvality. Mimo otázku nákladů a zdrojů k financování zdravotnictví jsou v současnosti řešeny další problémy, jako např. vyrovnání rizik mezi pojišťovnami.

### Zjednodušené schéma systému zdravotní péče v Německu



Pramen: Časopis ČLK č. 9/1998, str. 9. MZ ČR ÚZIS ČR.  
Schéma zpracovala autorka atestační práce.

## **3.2 Systém zdravotní péče v Dánském království**

V roce 1892 byl v Dánsku poprvé přijat zákon, který upravoval financování a dostupnost zdravotní péče. Tento zákon předpokládal, že péče o zdraví obyvatelstva bude zabezpečena zdravotním pojištěním. Do roku 1973 byla většina dánských obyvatel pojištěna státem subvencovanými fondy zdravotního pojištění (neziskové zdravotní pojišťovny fungující na principu solidarity). Pouze menší část obyvatelstva s vyššími příjmy byla pojištěna u soukromých fondů zdravotního pojištění. Takto fungující systém byl koncem 60. a počátkem 70. let postupně přeměňován a rozšiřován, následkem čehož vznikla v roce 1973 celostátní Národní zdravotní služba jako jediný systém, který zabezpečuje veřejné zdravotní pojištění zcela financované z daňových prostředků. Vzorem pro její vytvoření byla v roce 1973 britská Národní zdravotní služba (National Health Service). Souběžně s jejím zavedením bylo sloučeno všech 13 doposud fungujících neziskových zdravotních pojišťoven v jeden právní subjekt - nekomerční zdravotní pojišťovnu Danmark Sygeforsikring. Jejím smyslem bylo a je doplňovat Národní zdravotní službu, tedy finančně krýt především tu péči, kterou Národní zdravotní služba nehradí. Společnou myšlenkou a cílem řady změn bylo zejména zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči pro všechny při stejných potřebách a zdravotních potížích, bez ohledu na sociální a ekonomický status jedince či na jeho zaměstnání.

### **3.2.1 Organizace systému zdravotnictví v Dánsku**

Organizace, řízení a správa zdravotnictví v Dánsku je silně decentralizována. Systém zdravotní péče jev Dánsku rozložen do tří politických a správních úrovní: národní, regionální a místní. Tyto tři úrovně však prokazují vzájemně úzkou spolupráci, čímž vytvářejí podmínky pro koherentní a dobře fungující systém péče o zdraví. Cílem je, aby odpovědnost za poskytování zdravotnických služeb ležela na nejnižší možné správní úrovni.

#### ***Národní úroveň***

K úkolům řešeným na této úrovni patří koordinace veškeré činnosti v oblasti

zdravotnictví, poradenství a definování záměrů a cílů národní zdravotní politiky. Ministerstvo zdravotnictví, spadající do této nejvyšší úrovně, je hlavní autoritou odpovědnou zejména za legislativu ve zdravotnictví. Mezi její úkoly patří zajištění legislativních úprav zdravotní péče, nemocnic a lékárenství, farmaceutických výrobků, očkování, péče o těhotné ženy a matky, péče o děti a práva pacientů. Ministerstvo ovlivňuje také práci regionálních a místních institucí působících ve zdravotnictví a pomáhá v procesech zvyšování produktivity např. rozšiřováním získaných profesních zkušeností a organizací profesionální výměny oborových informací.

Na této národní úrovni působí také několik ústředních institucí vybavených výkonnými, poradními či kontrolními funkcemi. Jsou jimi:

1. Národní rada zdraví,
2. Národní univerzitní nemocnice,
3. Národní agentura pro potravinářské výrobky,
4. Dánský institut pro klinickou epidemiologii,
5. Dánská etická rada,
6. Rada řešící stížnosti pacientů,
7. Rada pro politiku směřující k podpoře zdraví,
8. Dánská rada proti kouření,
9. Státní institut pro výrobu sér,
10. Vzdělávací centrum pro zdravotnické pracovníky.

### **Regionální úroveň**

Dánsko je rozděleno do 16 regionů (the Counties), včetně Kodaně a Frederiksbergu, v jejichž čele stojí volené rady (County Councils). Region v dánském pojetí svou rozlohou odpovídá několika okresům v ČR. Tyto územní jednotky jsou zplnomocněny k vybírání daní z příjmu od obyvatel žijících na jimi spravovaných územích, což činí v rámci centrálně stanovených pravidel, postupů a legislativy. Regionální rozdíly v daňových příjmech, které mohou být způsobeny

rozdílnou úrovní výše všech daňových zdrojů v regionu nebo demografickými aspekty, vyrovnává národní vláda.

Vybrané prostředky jsou používány mimo jiné právě na zabezpečení zdravotní péče. Vzhledem k tomu, že existence nemocnic vyžaduje ke své činnosti větší počet obyvatel, než jaký nabízejí obce či municipality, spadá tato problematika plně do kompetencí jednotlivých regionů. Ty tedy nesou odpovědnost za poskytování i financování jak primární, tak nemocniční péče. Výjimkou je vysoce specializovaná nemocnice v Kodani (Finsen Institut), která podléhá centrální vládě. Jednotlivé rady regionů zodpovídají rovněž za iniciativy a aktivity zaměřené na podporu zdraví.

### **Místní úroveň**

Dánských 273 municipalit má ve svém čele také volené orgány - místní rady. Municipality mají velký rozsah odpovědnosti, z nichž ale problémy zdravotní péče tvoří jen malou část. Odpovídají za poskytování domácí péče, dětské dentální péče, zdravotní péče ve školách, za programy prevence, dále také za plánování a zajišťování sociálně zdravotních služeb, jako např. péče o staré osoby.

#### **3.2.2 Poskytovaná péče a výkony**

Poskytovanou zdravotní péči v Dánsku lze základně rozdělit do dvou skupin na zdravotní péči primární a péči ústavní. Dánští občané jsou pro případ nemoci, mateřství a úmrtí zabezpečeni Národní zdravotní službou. Tato zastřešující instituce nabízí dva typy zdravotního pojištění, takže účastníci pojištění se přiřadí buď ke Skupině pojištěnců 1 nebo ke Skupině pojištěnců 2. Charakteristiky a zvláštnosti obou Skupin pojištěnců jsou rozebrány v kap. 3.2.3.

### **Zdravotní péče primární**

V současnosti je primární péče považována za páteř celého systému poskytování zdravotní péče v Dánsku. Od přelomu 80. a 90. let probíhají snahy o přesun zdravotní péče z nemocniční úrovně do úrovně primární (tj. prvního kontaktu).

Primární zdravotní péče zahrnuje zejména práci ambulantních lékařů a sester návštěvní služby. Centrální pozici v dánském systému poskytování zdravotní péče mají **všeobecní lékaři**, což je způsobeno tím, že pro většinu pacientů jsou právě oni prvními lékaři, které se svými problémy navštěvují. Provádějí řadu výkonů, které jsou u nás rezervovány specialistům, jako např. EKG, základní gynekologická vyšetření, prevenci u těhotných žen, péči o děti, vyšetření očního pozadí a jiné. Úkolem všeobecných lékařů je buď pacientům poskytnout potřebnou péči, nebo je doporučit k příslušnému specialistovi či k hospitalizaci do nemocnice, kam většina občanů při standardních situacích nemá přímý přístup (výjimkou mohou být např. náhlé a těžké choroby či zranění nebo účastníci Skupiny pojištěnců 2). Hlavním smyslem tohoto systému je zajistit, aby byla poskytována péče na úrovni, která je adekvátní potřebě nemocného a zabránit tak zbytečnému čerpání péče nemocniční a odborné. Všeobecným lékařům se díky jejich funkci omezování vstupu pacienta do jiných součástí zdravotnického systému říká „otevírací“ či „strážci bran“.

**Odborní lékaři** vyšetřují a léčí nemocné, které k nim odesílá praktický lékař. Výjimkou jsou osoby zaregistrované u Skupiny 2, které mohou odborné lékaře kontaktovat bez doporučení.

U **stomatologů** existují určité odlišnosti oproti všeobecným a odborným lékařům. Dánové, lhostejno, ke které Skupině patří, si svého zubaře mohou svobodně vybrat a k jeho návštěvě nepotřebují žádné doporučení. Dětem ve věku do 18 let, zdravotně postiženým, těhotným ženám a některým dalším skupinám obyvatelstva je dentální péče poskytována zcela bezplatně. U osob starších 18 let je péče zčásti hrazena Národní zdravotní službou a zčásti placena samotnými pacienty. S výjimkou kontrolních prohlídek činí spoluúčast u pojištěnců Skupiny 1 zpravidla 40 % a u pojištěnců Skupiny 2 dokonce 50 %. Na protetické výkony Národní zdravotní služba zpravidla nepřilácí vůbec.

Všechna **léčiva** jsou v Dánsku prodávána lékárníky, kteří mají pro svou činnost státní oprávnění. Ministerstvo zdravotnictví určuje počet lékáren a také jejich dislokaci. Náklady na léky poskytované v lékárnách a ošetřujícími lékaři jsou zčásti

hrazeny Národní zdravotní službou, z části je hradí přímo pacienti. Ministerstvo zdravotnictví třídí léky na ty, které řadí do tzv. "pozitivního seznamu" a ostatní.

V rámci pozitivního seznamu hradí Národní zdravotní služba některé léky z 50 % a některé ze 75 %. Zbytek si hradí pacient sám, případně prostřednictvím individuálního soukromého pojištění. Existují ještě další podmínky nároku na spoluúčasť Národní zdravotní služby - od 1. července 1989 jsou náklady na léky hrazeny jen v případě, když pacient v daném roce již sám za léčiva vydal stanovený obnos. U některých léků je poskytována úhrada nákladů Národní zdravotní službou jen tehdy, jsou-li předepsány v souvislosti s určitou diagnózou. Léky v nemocnicích a ošetrovatelských domech ale spoluúčasti pacienta nepodléhají. Také velké množství starých pacientů či pacientů s chronickými chorobami dostává léky zdarma.

### **Zdravotní péče ústavní**

Nemocnice jsou majetkem regionů, které je pevně řídí, spravují a také financují. Výjimkou je univerzitní nemocnice v Kodani, kterou řídí přímo ministerstvo zdravotnictví. Regiony musí zajistit poskytování bezplatné nemocniční péče. Od 1.1.1993 byla rozšířena svobodná volba nemocnice mimo vlastní region pacienta, čehož je však využíváno jen asi 3 - 4 % pacientů. Regionální orgány a nemocnice to kladně motivuje k udržování kvality a krátkých objednacích dob. Mezi regiony se péče totiž přeúčtovává a pro příslušné místo, tím hrozí odčerpání rozpočtu.

### **3.2.3 Financování systému zdravotnictví**

Kdybychom pro charakteristiku zdrojů peněžních prostředků určených na zdravotnictví v Dánsku použili zjednodušené schéma, skládalo by se ze dvou částí:

- a) ze zdrojů vzniklých zdaněním prostřednictvím všech druhů veřejných rozpočtů na jednotlivých úrovních (nepřímé zdroje),
- b) ze zdrojů vzniklých z plateb pacientů, včetně soukromého pojištění a finančních spoluúčastí na úhradách za poskytované služby (přímé zdroje).

### **Zdroje finančních prostředků**

Zdroje pro financování systému zdravotnictví tvoří v Dánsku téměř výhradně veřejné prostředky, vybírané od občanů formou daní na celostátní, regionální i místní úrovni. V roce 2000 se podílely veřejné výdaje na celkových výdajích na zdravotnictví asi 82 %, zbývající podíl placený pacienty se pohyboval kolem 18 %. Tyto ukazatele obsahuje příloha č.5 a 6. Ve většině systémů zdravotní péče hraje při jejich financování roli mimo pacienta a lékaře ještě další subjekt, tzv. třetí strana. Může jí být pojišťovací společnost, zdravotnický fond, veřejná, vládní instituce či jiné obdobné typy finančních společností. Pokud se týče veřejné části zdrojů prostředků určených pro financování zdravotnictví (2%), zmiňovanými třetími stranami jsou zde regionální či místní úřady. Ty financují zdravotnictví dílem z daní, které samy vybírají od svých občanů, dílem z grantů získaných od národní vlády. Tyto granty jsou vládou rozdělovány mezi regionální a místní úřady v závislosti na předem stanovených objektivních kritériích, mezi které mimo jiné patří demografická situace. Celkové výdaje na dánské zdravotnictví (tedy souhrnně jak výdaje veřejné, tak soukromé) činily v roce 2000 12,2mld. USD, což odpovídá přibližně 8,3 % HDP, tedy částku 2512 USD na jednoho obyvatele viz příloha č. 1, 2 a 3.

Všichni občané Dánska starší 16 let jsou povinně zahrnuti do systému **Národní zdravotní služby**. Do tohoto systému plynou prostředky vzniklé zdaněním, občané již za svou účast neplatí žádné účastnické poplatky ani příspěvky. V rámci Národní zdravotní služby existují dva typy pojištění. Občané se mohou svobodně rozhodnout pro jeden z nich. Volí tedy mezi subsystémy Skupina pojištěnců 1 a Skupina pojištěnců 2 (dále jen Skupina 1, Skupina 2). Děti mladší 16 let jsou evidovány ve stejném subsystému jako jejich rodiče. Je jistě zajímavé, že naprostá většina populace ( 97,6 % v roce 1995 ) si zvolila Skupinu 1, ostatní (2,4 % ) byli pro Skupinu 2.

Ti, kteří se rozhodli pro **Skupinu pojištěnců 1**, se musí zaregistrovat u jednoho všeobecného lékaře. Tuto registraci mohou změnit jen jednou v roce, mají však



právo na bezplatnou zdravotní péči u tohoto svého všeobecného lékaře. V případě, že se dočasně nacházejí mimo spádovou oblast svého lékaře a současně potřebují lékařskou péči z důvodů náhlé nemoci, zhoršení nemoci stávající či nehody a podobně, mají nárok na bezplatnou péči i u jiného všeobecného lékaře. Stejně tak mají nárok na bezplatnou péči u odborného lékaře, kterého však mohou kontaktovat jen na základě doporučení od svého lékaře všeobecného. Doporučení se nevyžaduje pouze v naléhavých případech. Hospitalizace v nemocnici je pro ně rovněž bezplatná (kromě např. pobytů v nadstandardních nemocničních pokojích apod.).

Občané, kteří si zvolí **Skupinu pojištěnců 2**, disponují plnou svobodou volby svého všeobecného lékaře, u kterého se mohou, ale nemusí zaregistrovat a mohou jej v průběhu roku též libovolně měnit. Sami si mohou vybrat také odborné lékaře, k jejichž návštěvě nepotřebují předchozí doporučení lékaře všeobecného. Výměnou za tuto větší svobodu musí občané patřící do této třídy pojištění přímo nést část nákladů za lékařské výkony jak u všeobecného lékaře, tak u specialisty. Za péči o Skupinu 2 jsou zpravidla účtovány vyšší poplatky než za péči o Skupinu pojištěnců 1. Náklady hrazené pacienty jsou rovny rozdílu mezi částkou účtovanou lékaři Skupině 2 a taxou uplatňovanou u pacientů Skupiny 1, která je hrazena Národní zdravotní službou.

Mimo Národní zdravotní službu jev systému úhrad nákladů za péči o občana Dánska vytvořen prostor také pro další formy zdravotního pojištění. Existuje zde jednak **nekomerční soukromá zdravotní pojišťovna** Dammark, jednak tři další komerční zdravotní pojišťovny. Pojišťovna Danmark nabízí služby doplňkové ke službám hrazeným Národní zdravotní službou. Využívá ji přibližně 20 % obyvatelstva, tedy něco přes 1 mil. osob. Skutečností je, že postupem času se stále více osob přehlasuje v rámci Národní zdravotní služby ze Skupiny 2 do Skupiny 1 (v roce 1974 měla Skupina 2 přibližně 19 % účastníků Národní zdravotní služby, v roce 1986 již jen 4,5 % a v roce 1995 dokonce jen 2,4 %) a pomalu vzrůstá zájem o připojištění u Danmark. V roce 1973 měla Danmark 215 000 pojištěnců, v roce 1980 přibližně 340 000 a v roce 1991 to bylo již 1 089 734 pojištěnců.

Vzhledem k tomu, že účast v Národní zdravotní službě je pro všechny Dány povinná a čerpání lékařské péče je u většiny osob bez doplatku, má soukromé zdravotní připojištění v Dánsku pouze vedlejší význam. Vedle Národní zdravotní služby a neziskového pojištění Danmark fungují v Dánsku tři pojišťovny, které poskytují **pojištění komerční**. Kryjí hlavně část výdajů za léky, stomatologickou péči, poplatky v soukromých nemocnicích a další. Výše pojistného se u těchto pojišťoven liší podle věku pojištěnce v době uzavření pojistky, po dosažení věku 60 let již tyto společnosti občany nepojišťují.

### **Způsob úhrady zdravotní péče lékařům**

Mechanismus financování za poskytnuté služby zdravotní péče, tedy způsob toku peněz z fondu Národní zdravotní služby k poskytovatelům zdravotní péče, jev Dánsku odlišný pro všeobecné lékaře, pro specialisty i pro nemocnice.

**Ambulantní lékaři**, kam patří všeobecní lékaři, stomatologové, odborní lékaři, fyzioterapeuté a další, jsou v tomto systému osobami samostatně výdělečně činnými. V rámci svých oborů si vytvářejí organizace, které je reprezentují při kolektivních vyjednáváních. Těchto vyjednávání se účastní také zástupci Národní zdravotní služby a zástupci Vyjednávacího výboru pro ochranu veřejného zdraví (The Negotiation Committee of Public Health Security). Tento výbor je reprezentován politiky jednotlivých regionů Dánska. Výsledkem takovýchto vyjednávání jsou kolektivní dohody určující služby, které budou lékaři provádět a ceny těchto služeb. Dále stanoví rozsah, v jakém bude Národní zdravotní služba hradit ten který lékařský výkon. V případě, že by jej Národní zdravotní služba nefinancovala zcela, je stanovena také výše peněžní částky, kterou bude doplácet pacient. Lékařům není dovoleno vybírat od pacientů částky vyšší, než které jsou ujednány v kolektivní smlouvě.

Mezi financováním všeobecných lékařů a ostatních ambulantních lékařů existují rozdíly. Všeobecní lékaři jsou placeni zčásti na základě počtu svých pacientů a zčásti na základě provedených výkonů (kombinovaná kapitačně výkonová platba). Odborní lékaři, stomatologové a ostatní jsou placeni podle provedených výkonů.

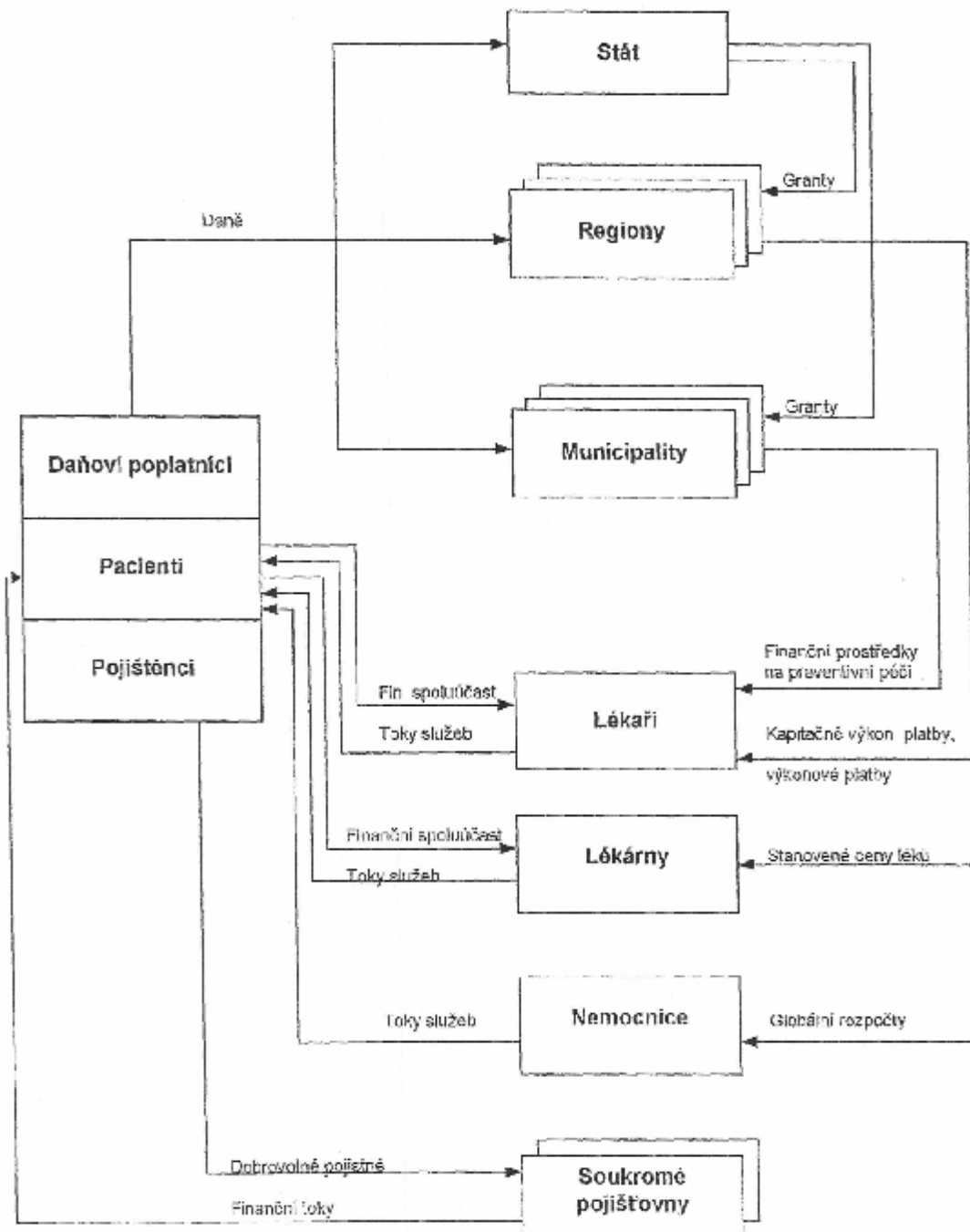
Zcela odlišný mechanismus je aplikován na *nemocnice*. Za jejich organizaci, správu a financování je zodpovědná regionální správa. Nemocnice hospodaří s globálním rozpočtem od místně příslušné regionální správy, zaměstnanci nemocnic jsou odměňováni mzdou, založenou na dohodnutých celostátních mzdových tarifech. Dánové mohou využít také péče privátních klinik a nemocnic. V případě, že těchto služeb využijí proto, že pouze tyto soukromé nemocnice poskytují nezbytnou péči pro pacienta, úhrada za ni je zajištěna prostřednictvím Národní zdravotní služby. V případech poskytování zbytné péče si pacient veškeré náklady vzniklé v soukromých nemocnicích hradí sám. Lůžkové kapacity soukromých nemocnic jsou skrovné, z celkového počtu nemocničních lůžek provozují cca 0,2 %.

#### **3.2.4 Současné trendy v dánském zdravotnictví**

S vývojem lékařské vědy se práce nemocnic stále více specializuje na obtížné případy, náročná vyšetření a na případy vyžadující k léčbě složitá zařízení. Souběžně s tímto trendem se také zkracuje průměrná délka pobytu pacientů v nemocnicích a zvyšuje se počet případů léčených v ambulancích. Dánský systém zdravotnictví čelí také dalším problémům, mezi které patří např. dlouhé objednací doby (tzv. pořadníky či seznamy čekatelů), zejména u závažnějších plánovaných výkonů.

**UPOZORNĚNÍ:** Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

## Zjednodušené schéma systému zdravotní péče v Dánsku



Pramen: Časopis ČLK č. 9/1998, str. 9, MZ ČR, ÚZIS ČR.  
Schéma zpracovala autorka atestační práce.

### **3.3 Systém zdravotní péče ve Spojených státech amerických**

V současnosti jsou Spojené státy americké jednou z mála vysoce průmyslově rozvinutých zemí, ve kterých doposud nebyl zaveden systém všeobecného zdravotního pojištění. Na podobě současného zdravotního systému v USA se podepsala řada faktorů, jakými např. jsou: demografická struktura, kulturní tradice, sociální faktory, vládní a politické uspořádání, ekonomická situace aj. Americký systém vlády spočívá na zásadách liberalismu, pravicových hodnotách a individualismu. Uznávány jsou charakteristiky jako podnikavost a volná soutěž, je zde již zakořeněný entusiasmus pro kapitalismus a jistá averze vůči socialistickým hodnotám. Existence takového prostředí se nutně odrazila také v modelu zdravotnictví. Dnešní forma tamějšího zdravotnictví představuje osobitou směs soukromého pojištění, pojištění veřejného, ale také miliónů občanů nepojištěných nebo pojištěných pouze nedostatečně.

#### **3.3.1 Organizace systému zdravotnictví v USA**

Ve Spojených státech neexistuje jeden systém zdravotní péče, ale mnoho odlišných systémů současně. Dokonce i stanovení standardů a cen zdravotní péče poskytované občanům je v různých státech různé, odlišné je dokonce i v rámci jednoho státu federace a závisí mimo jiné také na věku, majetku a zaměstnání jedince. Avšak navzdory této roztržitosti je v systému zdravotnictví USA angažována i vláda na všech svých úrovních - federální, státní i municipální.

##### **Federální úroveň**

Na úrovni federální vlády nese odpovědnost za zdravotnictví Odbor Spojených států pro zdravotnictví a služby lidu (The United States Department of Health and Human Services - DHHS), který se skládá ze dvou hlavních oddělení:

- Veřejné zdravotní služby,
- Úřadu pro financování zdravotnictví.

Veřejná zdravotní služba spravuje řadu federálních agentur a programů, týkajících se zdravotnictví. Např. Agentura na ochranu životního prostředí kontroluje mimo jiné znečištění řek a skladování toxických odpadů a vydává v tomto směru příslušné limity a nařízení. Obdobně Úřad pro potraviny a farmaceutika nese odpovědnost za ochranu hygienických standardů a testování léčiv. Z této úrovně rovněž vycházejí nařízení prevence před infekčními nemocemi aj. Úřad pro financování zdravotnictví zodpovídá za financování zdravotní péče zejména pro stárnoucí a nemajetné občany (programy Medicaid, Medicare).

Mimo tyto dvě hlavní sekce DHHS působí na federální úrovni také další oddělení, jako např. Oddělení obrany, které spravuje vojenské nemocnice, Oddělení práce, které se zabývá nemocemi z povolání, Správa veteránů, která pečuje o bývalý vojenský personál.

### **Úroveň jednotlivých států**

Vlády jednotlivých států mají také své úkoly. Zabezpečují zřizování nemocnic a sanatorií pro chronicky a mentálně nemocné, mají také funkci regulační, udělují žadatelům licence k provozování lékařské praxe.

### **Místní úroveň**

Odpovědnost za poskytování zdravotní péče neleží jen na federální a státní úrovni. Také municipální vlády řeší otázky související se zdravotnictvím. Např. zajišťují provoz klinik určených pro nejchudší vrstvy obyvatelstva či zodpovídají za realizaci ochrany životního prostředí před znečištěním prostřednictvím svých pravidel a nařízení.

### **3.3.2 Poskytovaná péče a výkony**

Ačkoliv je zdravotnictví USA doplňováno přívlastky "soukromé" či "tržní", nemalé části populace je poskytována zdravotní péče prostřednictvím speciálních programů, financovaných právě z veřejných prostředků.

### **Zdravotní péče primární**

Většina ambulantních lékařů pracuje ve svých soukromých ordinacích. Většina jich ale také má uzavřeny kontrakty s několika nemocnicemi, kam v případě potřeby své pacienty odesílají. Kontrakty většinou lékařům umožňují, aby svým pacientům poskytovali lékařskou péči i v těchto nemocnicích. Určité problémy jsou spojeny s geografickým rozmístěním lékařů. Ačkoliv průměrně připadá na 1 000 obyvatel asi 2,3 ambulantních lékařů, v některých venkovských oblastech to je jen 0,9 lékařů. Navíc se od roku 1980 projevuje určitý trend specializace lékařů, takže v roce 1989 tvořili všeobecní lékaři pouhých 33 % všech lékařů ambulantních. Pacienti k návštěvě specialisty nepotřebují žádné doporučení lékařem všeobecným. Výjimkou v tomto ohledu jsou tzv. organizace řízené péče (HMO), které s cílem snížit objem nadbytečné lékařské péče často po pacientech vyžadují absolvování první konzultace u všeobecného lékaře. Všeobecný lékař se tak ujímá funkce jakéhosi "gatekeepera". Organizace HMO jsou podrobněji rozebrány v kap. 3.3.3.

### **Zdravotní péče ústavní**

Spojené státy americké nabízejí vskutku heterogenní nemocniční síť. Nemocnice lze třídit dle různých kritérií. Dominujícím typem nemocnic jsou tzv. community hospitals. Jedná se o nefederální nemocnice poskytující akutní péči, z nichž asi 60 % je soukromých neziskových, 27 % nemocnic patří místní nebo státní správě a 13 % je soukromých ziskových. Neziskové nemocnice zpravidla prosazují university, náboženské společnosti, charitativní organizace apod. Ziskové nemocnice bývají zakládány nejčastěji obchodními společnostmi a korporacemi. Veřejné nemocnice vlastní a řídí státní či místní instituce a poskytují péči často pacientům nepojištěným.

Druhým hlavním typem jsou nemocnice federální. Jedná se zpravidla o instituce spravované některým z federálních programů určených pro zvláštní skupiny obyvatel, jako např. příslušníky armády, veterány, pro původní americké obyvatelstvo apod.

### **Programy Medicare, Medicaid a Správa veteránů**

Mezi nabídku poskytované zdravotní péče je ovšem nutno také *zařadit* zdravotní programy, na kterých se přímo podílí federální či státní vláda. Jedná se o programy Medicare, Medicaid a zdravotní program řízený Správou veteránů.

**Program Medicare** je jednotný národní zdravotní program pro staré a postižené občany. Spravuje jej federální vláda USA a kryje dnes okolo 13 % populace - jednak všechny osoby starší 65 let bez ohledu na jejich soukromé finanční a majetkové zajištění (přibližně 31 mil. lidí), jednak určité skupiny postižených občanů (asi 3 mil. lidí). Medicare se skládá ze dvou částí nemocničního pojištění a doplňkového zdravotního pojištění, jež platí za lékařské služby. K doplňkovému pojištění musí příjemce služby určitou finanční částkou přispět. Celý program Medicare je intergeneračním programem, financovaným z daní ekonomicky aktivních lidí a z celkových federálních příjmů.

**Program Medicaid** je programem zdravotního pojištění pro určité skupiny chudých lidí. Poskytuje péči pro přibližně 10 % populace (25 mil. lidí). Jedná se o pomoc chudým, starým, slepým, postiženým lidem, těhotným ženám či rodičům dětí s nízkými příjmy. Nejedná se o program federální, Medicaid je spravován na úrovni jednotlivých států, nicméně v rámci federálních nařízení týkajících se škály poskytovaných služeb, úrovní plateb poskytovatelům péče a cílových skupin tohoto programu. Medicaid je financován společně federální vládou a místními vládami jednotlivých států. Od států a místních samospráv se požaduje, aby na program poskytly ze svých finančních zdrojů 20-50 %, což záleží na velikosti důchodu na obyvatele v konkrétním státě.

Zdravotní péče o válečné veterány a ty, kteří byli během služby v armádě zraněni, je zajišťována zvláštním vládním zdravotním programem, který je přímo řízen **Správou veteránů**.



### **3.3.3 Financování systému zdravotnictví**

Systém zdravotnictví se v USA opírá převážně o soukromé financování, nicméně se zde můžeme setkat i s rozsáhlými programy péče o zdraví vybraných skupin obyvatelstva financovaných z veřejných prostředků.

#### **Zdroje finančních prostředků**

Spojené státy americké vydávají na zdravotnictví jak absolutně, tak relativně, vzhledem k HDP, největší objem finančních prostředků ze zemí OECD. V roce 2000 spotřebovalo zdravotnictví USA celkem 1 125 mld. USD, což představuje cca 13 % HDP, tedy částku 4 499 dolarů na 1 obyvatele, viz příloha č.1,2 a 3. Tyto finanční prostředky jsou hrazeny jak z veřejných rozpočtů (na federální, státních i municipálních úrovních), tak prostřednictvím soukromých pojištění a individuálních plateb občanů. Asi jen 1 992 USD zdravotní péče na 1 obyvatele bylo hrazeno ze základních fondů, což činí jen 44% z celkových nákladů, viz příloha č.4 a č.5. Finanční spoluúčast pacientů na zdravotní péči je vzhledem k absolutní částce velmi vysoká a byla v roce 2000 asi 56%, viz příloha č.6.

Ačkoliv jsou Spojené státy zemí, ve které byla provedena tržní liberalizace zdravotnictví a z evropské perspektivy se mohou jevit jako neochotné k jakémukoliv státnímu zásahu do systému zdravotní péče, přes 40 % z celkových finančních prostředků plyne do zdravotnictví právě z veřejných rozpočtů. Může jít jak o přímé financování zdravotnických služeb (např. programy Medicare, Medicaid, Správa veteránů), tak o financování nepřímé (úlevy z daní z příjmu).

Ve Spojených státech neexistuje jeden federální ***systém zdravotního pojištění***. Americká společnost jako celek nedospěla k celonárodní solidaritě, resp. k tomu, aby si komerční pojištění mohl občan zvolit pouze při dobrovolném rozhodnutí.

Většina obyvatel USA je pojištěna na zdravotní péči soukromě. Vyskytují se i kombinace více soukromých pojištění najednou nebo kombinace soukromého i veřejného pojištění souběžně. Pojistné podmínky jsou rozdílné - přibližně 1 400 soukromých společností nabízí rozmanité typy dávek za různých pojistných podmínek a při různých úrovních pojistného. Obyvatelé USA se mohou pojistit u

takovýchto soukromých zdravotních pojišťoven jak individuálně, tak hromadně, prostřednictvím svých zaměstnavatelů. Tuto formu hromadného soukromého pojištění užívá asi 80 % všech pojištěnců. Zaměstnavatelé si příspěvky, které platí svým zaměstnancům a jejich rodinám na zdravotní pojištění, zahrnují do nabídky svých sociálních programů. Stát motivuje zaměstnavatele k poskytování těchto příspěvků tím, že jim za ně nabízí **daňové zvýhodnění**. Prostředky, které zaměstnavatel vydá na zdravotní pojištění svého zaměstnance, se nepočítají jako zdanitelný příjem zaměstnance.

Druhou formou nepřímé pomoci státu je umožnění odpočtu zdravotních výdajů z daně z příjmu zaměstnavatele. Mohou být odečteny zdravotní výdaje přesahující 7,5 % příjmu jedince. Stát prostřednictvím těchto daňových úprav podporuje jak nákupy zdravotního pojištění zaměstnavateli, tak výdaje na zdravotní péči.

Relativně velký podíl populace tvoří občané USA, kteří nejsou pojištěni vůbec. Jedná se asi o 37 mil. občanů, což je přibližně 14 % obyvatelstva USA. Tento podíl je tvořen zejména těmito skupinami obyvatel:

- Lidmi zaměstnanými, ale nepojištěnými zaměstnavatelem, kteří vnímají zdravotní pojištění jako pro ně příliš drahé.
- Chudými občany, kteří tvoří asi třetinu nepojištěných.
- Mladými lidmi ve věku do 25 let, kteří zpravidla čerpají akutní zdravotní péči při úrazech a nehodách, která je ale značně nákladná.

Nicméně i této nepojištěné části populace bývá poskytována určitá zdravotní péče, i když v omezeném rozsahu např. prostřednictvím veřejných klinik a nemocnic, charitativních organizací apod. Vztahují se na ně také různé veřejné preventivní programy, např. očkování nebo preventivní lékařské vyšetření.

### **Způsob úhrady zdravotní péče lékařům**

Ve Spojených státech neexistuje jeden univerzální způsob úhrad lékařům a nemocnicím za poskytovanou zdravotní péči.

**Ambulantní lékaři** (všeobecní lékaři, specialisté, stomatologové) jsou nejčastěji odměňováni platbami za provedené služby (platby za výkony). Není výjimkou, že lékař kromě své soukromé ambulance působí na základě dohodnutých kontraktů i v několika nemocnicích. Jen velmi málo lékařů však pracuje v nemocnicích na základě zaměstnaneckého poměru za měsíční mzdu.

**Nemocnice** jsou také financovány za poskytovanou zdravotní péči různými způsoby plateb ze stran rozličných soukromých pojišťoven, z veřejných rozpočtů (programy Medicare, Medicaid aj.), z přímých finančních spoluúčastí pojištěných i nepojištěných osob. Metody úhrad nákladů jsou různé; retrospektivní úhrada nákladů, platby za služby, prospektivní platby za diagnosticky příbuzné skupiny případů a další.

Výsledkem úsilí o snižování nákladů na léčbu a zdravotní péči byl vznik tzv. **organizací řízené péče** (Health Maintenance Organizations, dále jen HMO). Jedná se o sdružení poskytovatelů lékařské péče (zdravotnických zařízení) a plátců za lékařské služby (pojišťoven) do jednoho subjektu. HMO vybírá pojistné a současně zaměstnává a kontrahuje lékaře, vlastní nemocnice, laboratoře, diagnostická centra, nebo má s nimi smlouvy. Takovéto organizace poskytují léčebnou péči občanům, kteří se u nich zaregistrují. Řízená péče tak poněkud omezuje princip svobodné volby lékaře, protože zaregistrovaní občané se *zavazují* čerpat lékařskou péči pouze u těchto organizací. Platí za to obvykle výhodnější sazbu pojistného, většinou nižší než u běžných komerčních pojišťoven. Protože jde o péči předplacenou, nabízí HMO pro poskytovatele jistotu klientely. Lékař, zaměstnanec je většinou placen mzdou, smluvní lékař je odměňován zpravidla na principu kapitace. HMO se zaměřují na úsporu finančních prostředků, redukují nadměrnou a zbytečnou péči, podporují více prevenci a šetří prostředky účelnější administrativou. Poslední vývoj ukazuje, že díky úspěchům v regulaci nákladů na spotřebované zdravotnické služby podíl péče poskytované v rámci organizací řízené péče roste.

### 3.3.4 Současné trendy ve zdravotnictví USA

V současné době věnují Spojené státy zvýšenou pozornost rapidně rostoucím finančním prostředkům, které jsou vynakládány na zdravotnictví. Ostatně stejný problém tíží také mnoho dalších zemí. Růst nákladů pochopitelně souvisí s řadou faktorů, jakými např. jsou: rozšířená nabídka služeb, vývoj nových a stále nákladnějších technologií, léků a technického vybavení, ale také fenomén stárnoucí populace. Stále větší podíl starých a potřebných lidí se zvláště citlivě promítá například do programu Medicare. Uvádí se, že v roce 1960 na jednoho občana, který čerpal dávky z Medicare, připadlo 5 ekonomicky aktivních, kteří se podílejí na financování programu. V roce 2000 to byli již jen tři pracující na jednoho potřebného a v roce 2040 to bude jen 1,9 pracujících na jednoho potřebného.

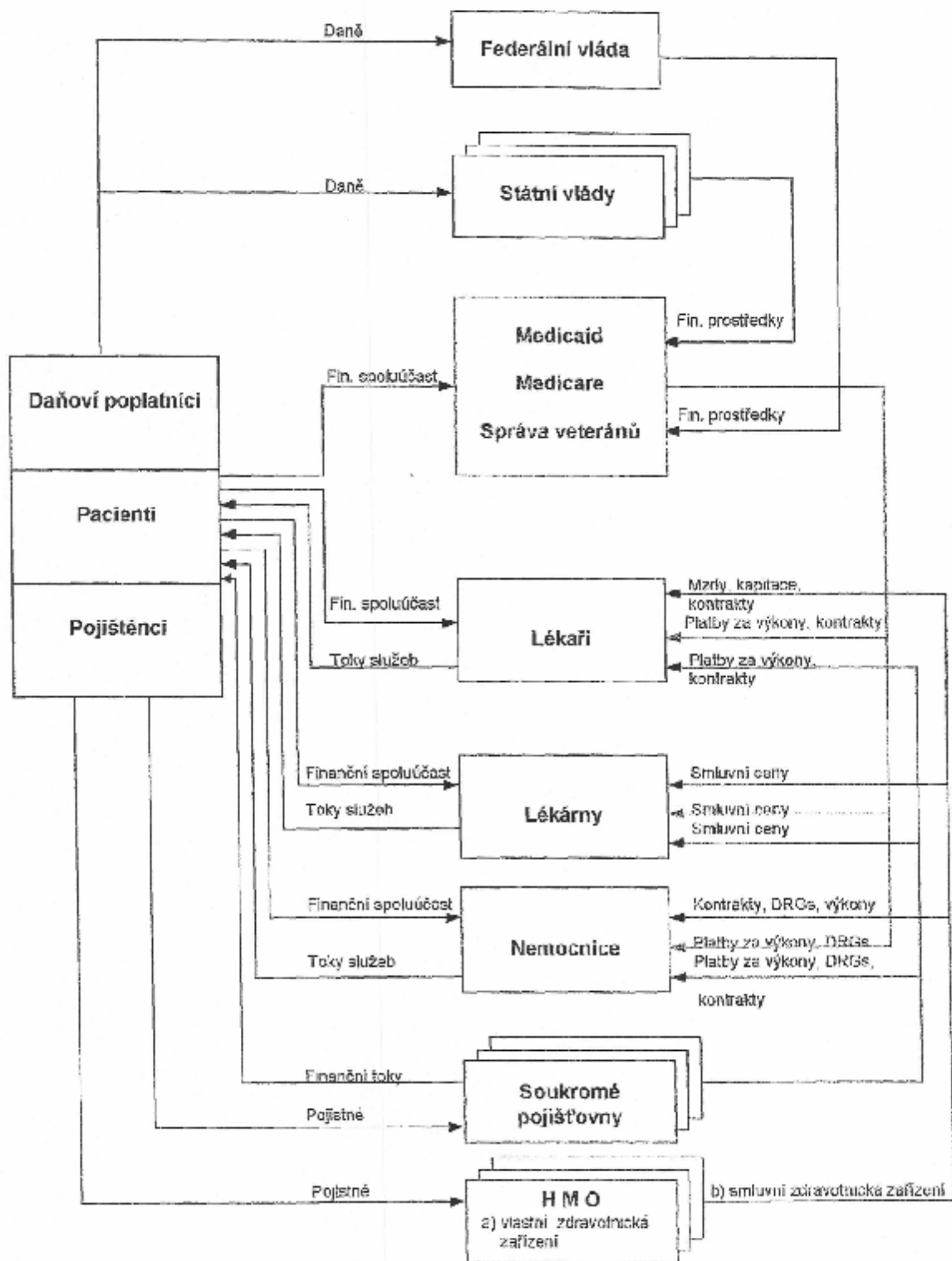
USA tak ukazují určitý paradox. Tkví v porovnání zásad tradičního kapitalistického modelu, podle něhož je omezování výdajů a zhodnocování peněz zajištěno prostou soutěží na volném trhu a realitou ve Spojených státech, kde výdaje navzdory volné soutěží neustále rostou. Bývalý americký prezident Clinton ve své předvolební kampani slíbil zavedení povinného zdravotního pojištění a levnější péči pro všechny občany. Na jaře 1994 představil návrh na rekonstrukci systému řešící dva základní problémy: neustále rostoucí tempo výdajů na zdravotnictví, které předstihuje růst v ostatních oblastech ekonomiky a nedostupnost zdravotní péče všem občanům USA. Clintonovy propozice znamenaly rozchod s americkými tradicemi v poskytování péče a současně velký krok k „socialised medicíně“, jak Američané nazývají obávané evropské zdravotnictví.

Prezidentův návrh však neprošel Kongresem, který ovládli svou většinou republikáni. Důvod selhání úsilí o reformu zdravotní péče je vysvětlován různě, ovšem problémy zdravotnictví každopádně přetrvávají. Zaváděný nový systém ale přesto stojí na základech Clintonova návrhu. Od 1.1.1997 jsou platné změny v zákoně COBRA (Consolidated Omnibus Budget Reconciliation Act) a dne 1.7.1997 vstoupil v platnost „Zákon o přenosnosti a odpovědnosti za zdravotní pojištění z roku 1996“. Tyto zákony přinášejí několik reforem, např. je díky nim vyloučena možnost

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

odepřít jednotlivcům zdravotní pojištění z důvodů již existujících zdravotních potíží. Zaměstnancům je umožněna změna zaměstnání bez rizika ztráty pojištění (dočasně nebo trvale propuštění zaměstnanci si mohou nadále sami platit zdravotní pojištění po dobu 18 měsíců). Došlo k posílení federálních pravomocí a zdrojů k boji proti zneužívání federálních programů, jako je Medicare a proti podvodům.

### Zjednodušené schéma systému zdravotní péče v USA



## 4. Zdravotní péče v České republice

První systém nemocenského a zdravotního pojištění na území dnešní České republiky byl uzákoněn v březnu 1888 v tehdejší Rakousko - Uhersku. Jednalo se o pojištění bismarckovského typu. Po roce 1918 pokračovala Československá republika ve zdokonalování této zděděné, značně rozdrobené soustavy, ve které existovaly stovky pojišťoven. V roce 1924 došlo ke zřízení Ústřední sociální pojišťovny, která plnila funkci dozorčího orgánu nad ostatními pojišťovnami. V roce 1948 byl přijat zákon o národním pojištění a došlo ke zřízení Ústřední národní pojišťovny. Národní pojištění se členilo na národní nemocenské pojištění, které zahrnovalo stejně jako předtím i zdravotní péči a na národní důchodové pojištění. Financování tohoto národního pojištění se neodlišovalo od předchozího systému placení pojistného z poloviny zaměstnancem a z poloviny zaměstnavatelem. Na počátku 50. let při reformě daně ze mzdy byly příspěvky na důchodové a nemocenské pojištění zrušeny a zahrnuty do zvýšených sazeb daně ze mzdy. Za financování, správu a poskytování zdravotní péče se stal zodpovědným stát.

Ke své historicky tradiční podobě systému zdravotního pojištění se Česká republika vrátila začátkem 90. let. Tradice je dána jednak vazbou na systém uplatňovaný u nás do roku 1952, jednak kulturní spojitostí s modelem bismarckovským. Transformace zdravotnictví znamenala zásadní změnu v tehdy existujícím systému. Spočívala v opuštění modelu centrálně řízené zdravotní péče financované ze státního rozpočtu. Centralistický model byl nahrazen modelem pluralitní zdravotní péče, která se opírá o povinné veřejné zdravotní pojištění a o svobodnou volbu lékaře. Podíl státního rozpočtu na financování zdravotní péče se snížil.

Součástí transformace zdravotnictví byl i proces privatizace s cílem odstranit monopol státu v poskytování zdravotní péče. Od programu odstátnění a privatizace lékaři očekávali vyšší příjmy, pacienti lepší výběr z řad poskytovatelů péče a díky konkurenčním vztahům mezi lékaři také vyšší kvalitu péče. V rámci procesu

privatizace byla v letech 1990 - 1991 ukončena činností ústavů národního zdraví. Privatizace ambulantní péče probíhala zejména v roce 1992. Když přišla na řadu velká zdravotnická zařízení, došlo k jistému zpomalení v tempu celého procesu. Na základě rozhodnutí vlády byla k 1.10.1998 dočasně pozastavena veškerá privatizace u těch zdravotnických zařízení, u nichž nebyly do tohoto data uzavřeny smlouvy o prodeji mezi nabyvatelem a Fondem národního majetku. Cílem tohoto opatření je dle ministerstva zdravotnictví (dále jen MZ ČR) získat přehled o majetkové struktuře zdravotnických zařízení.

Pro výběr pojistného a organizaci úhrad poskytovatelům zdravotní péče byla na základě zákona ČNR č. 551/1991 Sb. zřízena Všeobecná zdravotní pojišťovna (dále jen VZP) a poté byl legislativním opatřením umožněn vznik tzv. zaměstnaneckých pojišťoven (zákon ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách). Záměrem bylo vytvořit konkurenční prostředí v oblasti všeobecného zdravotního pojištění a tím dosáhnout efektivnějšího fungování systému. Postupně vzniklo 26 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, jejichž soustava se ale podle původních představ nevyvíjela. Některé pojišťovny nebyly schopny své závazky vůči zdravotnickým zařízením plnit. V průběhu let si svou pozici udržela zákonem zřízená VZP a spolu s ní dalších 8 zaměstnaneckých pojišťoven, jejichž stručnou charakteristiku uvádím v příloze č. 6. Transformace systému zdravotnictví v 90. letech byla provázena rychlým růstem výdajů (viz tab. 4.1). Za jednu z příčin tohoto růstu je považován nedostatečně regulovaný systém úhrad za zdravotní péči, a sice systém plateb za výkony. Vzhledem k negativním důsledkům tohoto systému (zejména nadprodukce výkonů, finanční deficit a další) došlo v polovině roku 1997 k přechodu na nové úhradové systémy (viz kap. 4.3). Hledání rovnováhy mezi zdravotními potřebami a disponibilními zdroji se zdá být nekončícím procesem.



## **4.1 Organizace systému zdravotnictví**

Organizace českého zdravotnictví je víceúrovňová. Státní správu ve zdravotnictví představuje ministerstvo zdravotnictví a okresní úřady se svými zdravotnickými referáty. Dalšími účastníky a nositeli odpovědnosti ve zdravotnictví jsou obce, zdravotní pojišťovny, stavovské komory.

### **Národní úroveň**

Organizace a řízení zdravotní péče a rozhodování o jejím výkonu je v ČR soustředěno do rukou ústředních orgánů, zejména pak ministerstva zdravotnictví, jak vyplývá ze zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu ve znění novely 2607/2001 Sb. Na této nejvyšší úrovni dochází k tvorbě státní zdravotní politiky a strategických koncepcí vývoje zdravotnictví. Stát garantuje dostupnost zdravotní péče v rozsahu stanoveném zákonem. K úkolům MZ ČR patří také příprava zdravotnické legislativy, meziresortní a mezinárodní spolupráce, řízení státní správy ve zdravotnictví a státních zdravotnických organizací, povolování vzniku a rozhodování o nucené správě a likvidaci zdravotních pojišťoven, péče o rozvoj lékařské vědy a výzkumnou činnost v oboru zdravotnictví aj. K odbornému usměrňování péče o vytváření a ochranu zdravých životních podmínek je ustanoven Hlavní hygienik ČR a krajsí hygienici, které jako orgán státní správy zřizuje a ruší MZ ČR. Při plnění úkolů jsou MZ ČR nápomocny odborné poradní sbory, ústavy pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků a jiné instituce.

### **Okresní úroveň**

Okresní úřady zodpovídají za rozvoj zdravotnictví na své úrovni, výkon státní správy zde představují zdravotnické referáty okresních úřadů. K jejich úkolům patří např. udělování oprávnění k provozování nestátních zdravotnických zařízení, registrace těchto zařízení a kontrola plnění podmínek registrace, sledování vytížení sítě poskytovatelů péče a zdravotnických zařízení aj. Za dozor při ochraně zdraví v

okresech jsou odpovědné okresní hygienické stanice, které jsou do funkce stanovovány a odvolávány okresními úřady.

### **Místní úroveň**

Poskytovateli zdravotní péče mohou být také obce a města podle zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Obecní či městské úřady tak zřizují a dofinancovávají zdravotnické služby v zařízeních zdravotní péče, která vlastní.

### **Samosprávné stavovské organizace**

Významného postavení užívají také profesní komory - Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora ustanovené zákonem ČNR č. 220/1991 Sb. Přebírají na sebe odpovědnost za odbornou úroveň pracovníků ve zdravotnictví, potvrzují splnění podmínek k výkonu lékařského, stomatologického a lékárnického povolání, zabývají se tvorbou etických norem a kontrolují jejich naplňování.

## **4.2 Poskytovaná péče a výkony**

Z veřejného zdravotního pojištění se pojištěncům hradí zdravotní péče, která je poskytnuta s cílem zachovat nebo zlepšit jejich zdravotní stav. Konkrétní rozsah a podmínky úhrady zdravotní péče stanoví zákon č. 48/1997 Sb. Jedná se o péči léčebnou, preventivní, diagnostickou, pohotovostní a záchrannou, dispenzární, lázeňskou, posudkovou a jinou. Zdravotní péče je poskytována formou ambulantní nebo formou ústavní zdravotní péče. Zákonem č. 48/1997 Sb., § 11 je pojištěnci dáno právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a také právo na výběr zdravotnického zařízení, které je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Toto právo mohou pojištěnci uplatnit jednou za tři měsíce.

### **Zdravotní péče primární**

Ambulantní péčí se v českých podmínkách rozumí primární zdravotní péče, specializovaná zdravotní péče a zvláštní péče poskytovaná pojištěncům v jejich vlastním sociálním prostředí (viz zákon č. 48/1997 Sb., § 19-22). Ambulantní péče může být u nás poskytována i v zařízeních ústavní péče.

Účastníkům veřejného zdravotního pojištění jsou poskytována léčiva a prostředky zdravotnické techniky buď přímo při výkonu léčebně preventivní péče, nebo jsou vydávána lékárnami nebo jinými zařízeními, která jsou k tomu určena.

Předepisovat léčiva a zdravotní pomůcky na účet příslušné zdravotní pojišťovny jsou oprávněni lékaři, kteří mají uzavřenu smlouvu s pojišťovnou pacienta. Léky a zdravotní pomůcky na účet pojištěnce jsou oprávněni předepisovat i lékaři poskytující zdravotní péči i v bezsmluvním vztahu k pacientově pojišťovně. Léčiva jsou předepisována na recepturní tiskopis, prostředky zdravotnické techniky se předepisují na tiskopis poukazu na léčebnou a ortopedickou pomůcku. Existují však také některá léčiva, jejichž výdej není na recept vázán. Jejich seznam je dán zmiňovanou vyhláškou, jedná se např. o léky ze skupiny antipyretik, analgetik aj. V příloze č. 2 zákona č. 48/1997 Sb. je také stanoveno, zda příslušný léčivý přípravek zdravotní pojišťovna hradí, případně jaké podmínky musí být splněny, aby příslušný lék pojišťovna uhradila (např. podmínka schválení receptu revizním lékařem aj.). Léky, které jsou poskytovány v zařízeních ústavní péče, žádné spoluúčasti pacienta nepodléhají. Provděcí vyhláška MZ ČR č. 57/1997 Sb. k zákonu č. 48/1997 Sb. ve znění pozdějších novel stanoví, která léčiva jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazena plně a kolik musí pojišťovna za příslušný lék uhradit.

### **Zdravotní péče ústavní**

V případech, kdy to vyžaduje zdravotní stav pojištěnce, se mu poskytne hrazená péče formou péče ústavní. Rozumí se jí péče v nemocnicích či v odborných léčebných ústavech. Do nemocnic pacienti přicházejí zpravidla na základě doporučení praktického lékaře či specialisty. Pro přijetí pacienta do odborných léčebných ústavů je návrh ošetřujícího lékaře nezbytnou podmínkou.

### 4.3 Financování systému zdravotnictví

Způsob financování zdravotnictví prošel řadou etap v důsledku měnící se hospodářské a politické situace. Od roku 1992 byl systém přímého financování zdravotnictví ze státního rozpočtu nahrazen financováním prostřednictvím Všeobecné zdravotní pojišťovny. Její činnost ale byla až do roku 1993 financována rovněž ze státního rozpočtu. Teprve od roku 1993 došlo k přechodu ze státního financování zdravotní péče na soustavu zákonem stanoveného povinného veřejného zdravotního pojištění, na které přispívá jak stát, tak zaměstnavatelé a pojištěnci.

#### Zdroje finančních prostředků

Zdravotní péče v ČR je financována jednak prostřednictvím zdravotních pojišťoven z vybraného veřejného zdravotního pojištění, jednak prostřednictvím veřejných rozpočtů. Ze státního rozpočtu je především financováno pojistné na veřejné zdravotní pojištění za neproduktivní skupiny občanů, ale také např. příspěvky zdravotnickým organizacím na vybrané činnosti, které zdravotní pojišťovny nehradí (lékařský výzkum, provoz léčeben pro dlouhodobě nemocné, výuka lékařů, problematika AIDS, protidrogový program aj.). V tab. 4.1 je zachycen vývoj výše jak celkových, tak veřejných výdajů na zdravotnictví.

Tab. 4.1: Výdaje na zdravotnictví v České republice

	Celkové výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)	Celk. výdaje na zdravotnictví na 1 obyv. (v Kč)	veřejné výdaje na zdravotnictví (v mil. Kč)
1970	8 730	890	8 430
1975	12 770	1 269	12 370
1980	15 680	1 518	15 180
1985	21 660	2 095	19 950
1990	31 250	3 016	30 050
1995	99 840	9 664	92 480
2000	145 150	14 500	125 850

Pozn.: Sledované údaje se ve všech letech vztahují k území dnešní České republiky.

Pramen: ÚZIS ČR.

V posledních letech také mírně vzrůstá spoluúčast pacientů, jak je vidět v tab. 4.2.

*Zdravotní pojištění* je v ČR chápáno jako převažující zdroj financování zdravotnictví. Bylo legalizováno zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a provádějí jej již zmiňované zdravotní pojišťovny. Smyslem veřejného zdravotního pojištění je chránit jednotlivce před rizikem obtížně předvídatelných velkých finančních výdajů spojených s poskytováním zdravotní péče v případě onemocnění. Podle tohoto zákona je veřejné zdravotní pojištění povinné pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR a pro všechny zaměstnance, jejichž zaměstnavatel má na území ČR své sídlo. Toto pojištění je prostředkem pro ekonomické zajištění zdravotní péče občanům na základě plateb pojistného a při respektování principu vzájemné solidarity. Výše pojistného závisí na příjmu pojištěnce, nezávisí na jeho zdravotním stavu. Jedná se o tzv. "nátura pojištění", kdy plnění pojišťovny nespočívá ve vyplacení finanční náhrady, ale přímo v zajištění zdravotní péče (ve věcných dávkách).

Na placení pojistného se podílejí pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Výši pojistného stanoví zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, a to jako určité procento (v současnosti 13,5 %) z vyměřovacího základu (tedy z definovaného příjmu za rozhodné období, viz zákon). Osoby samostatně výdělečně činné si hradí celé pojistné samy, zaměstnanci si platí 1/3 pojistného a zbylé 2/3 pojistného za ně hradí jejich zaměstnavatel. Za určité skupiny občanů hradí pojistné stát, jsou to např. nezaopatřené děti, důchodci, příjemci rodičovského příspěvku, ženy na mateřské dovolené, uchazeči o zaměstnání v evidenci úřadu práce, osoby konající základní nebo náhradní vojenskou službu a další. Zákon také stanoví úroveň minimálního a maximálního vyměřovacího základu.

Mezi VZP a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami byl zaveden mechanismus přerozdělování vybraného pojistného podle rizika (upraven je zákonem č. 592/1992 Sb., § 20 a 21). Jeho primárním cílem je provést vyrovnání rozdílu pojistného za státem placené osoby a za aktivní osoby. Přerozdělováno je 60 % pojistného vybraného jednotlivými zdravotními pojišťovnami spolu s pojistným za osoby, za něž je plátcem stát. Souhrn těchto dvou položek se rozpočítává na všechny

osoby, za něž je plátcem stát, přičemž každý pojištěnec ve věku nad 60 let se započítává třikrát. Podle tohoto klíče přerozděluje VZP, která za tímto účelem zřizuje zvláštní účet zdravotního pojištění, uvedený objem pojistného mezi jednotlivé pojišťovny. Veřejné zdravotní pojištění je odděleno od státního rozpočtu, není organizačně ani jinak funkčně propojeno ani s nemocenským pojištěním.

Vedle výše popsaného systému povinného zdravotního pojištění existuje v ČR prostor, byť zúžený, pro **komerční zdravotní pojištění**. Řídí se principem posouzení individuálních rizik a zásadami smluvního pojišťovacího práva. Komerční pojištění u nás poskytují jak pojišťovny, které nehopodaří s veřejným zdravotním pojištěním (např. Česká pojišťovna *Zdraví nabízí* pojištění nadstandardního vybavení pokoje při pobytu v nemocnici, pojištění stomatologické péče nehrazené veřejným zdravotním pojištěním aj.), tak např. pojišťovna VZP, která nabízí připojištění na nadstandard v případě hospitalizace.

Výše soukromých výdajů na zdravotnictví činila v roce 2000 12,3 mld. Kč, což odpovídá 8,6 % podílu na celkových výdajích na zdravotnictví. Vývoj soukromých výdajů na zdravotnictví v čase je uveden v tab. 4.2. Soukromé výdaje především zahrnují přímé platby pacientů za volně prodejná léčiva, za částečně hrazené léky a zdravotnické pomůcky na recept a za nadstandardní stomatologické výkony, platby za vyšetření a jiné zdravotní výkony, které nesledují léčebný účel. Jde o zdravotně kosmetické výkony, lékařská potvrzení vyžádaná pojištěncem (např. pro řidičský průkaz). Další skupinu tvoří hygienické služby na objednávku fyzických nebo právnických osob - chemické rozbory, hodnocení škodlivých faktorů, očkování pro cesty do zahraničí aj.

Tab. 4.2: Vývoj soukromých výdajů obyvatel na zdravotní péči v ČR

	1975	1980	1985	1990	1995	2000
PSV	3,1	3,2	3,2	3,8	7,4	8,6
SVO	40	48	68	116	716	1 225

Vysvětlivky k tabulce:

PS V - podíl soukromých výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví (v

SVO - výše soukromých výdajů na zdravotnictví na 1 obyvatele (v Kč).

Pozn.: Sledované údaje se ve všech letech vztahují k území dnešní České republiky.

Pramen: Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy, Praha, ÚZIS ČR.

### **Způsob úhrady zdravotní péče lékařům**

Ačkoliv byla v 90. letech ve zdravotnictví zavedena pluralita vlastnických vztahů, tzn. vedle státních zdravotnických zařízení začala působit i zařízení soukromá a obecní, jsou všechna zdravotnická zařízení, bez ohledu na vlastnický charakter, do výše standardu financována ze stejného zdroje, a to ze zákonného veřejného zdravotního pojištění.

V období let 1992 až 1997 byl pro úhradu zdravotní péče lékařům užíván princip plateb za výkony. Jeho aplikace byla spojena s popsáním jednotlivých medicínských aktivit a jejich oceněním, což do té doby neexistovalo. Pro zajištění finanční rovnováhy fondu zdravotního pojištění bylo zavedeno relativní ohodnocení výkonů v bodech. Bodové ocenění bylo závazné, MZ ČR je publikovalo formou vyhlášky (Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami). Množství výkonů provedených jedním lékařem nebylo nijak limitováno. Oproti tomu celkové množství finančních prostředků omezeno bylo, a sice výší vybraného pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Neexistovala minimální hodnota bodu, jeho výše se počítala vždy za uplynulé čtvrtletí. Zjednodušeně lze říci, že hodnota jednoho bodu se získala tak, že se disponibilní finanční částka vydělila počtem vykázaných bodů. Jestliže se zvýšil počet vykázaných bodů, peněžní hodnota bodu úměrně klesla. Jak bylo předvídáno, už během prvních měsíců 1993 byla zaznamenána "inlace" bodů hlášených zdravotním pojišťovnám. Lékaři a zdravotnická zařízení, ve snaze kompenzovat klesající "kurz" bodu, stále zvyšovali počet vykázaných výkonů. Tlak na finančních prostředky zdravotních pojišťoven rostl a bez podstatných úprav by tento cyklus bylo jen velmi obtížné zastavit.

V roce 1997 prošel systém úhrad za poskytovanou zdravotní péči další změnou. Po čistě výkonovém principu byly odlišeny způsoby financování pro jednotlivé druhy zdravotní péče.

Pro úhradu *zdravotní péče poskytované praktickými lékaři* existují v současnosti dvě varianty. Buď se lékař rozhodne pro financování prostřednictvím kombinované kapitačně výkonové platby, nebo zvolí variantu úhrady bodově ohodnocených výkonů, okleštěnou řadou regulačních mechanismů.

Kombinovaná kapitačně výkonová platba znamená, že praktický lékař dostává od zdravotních pojišťoven měsíčně za každého pojištěnce, který se u něj zaregistroval, pevný poplatek odstupňovaný podle věku pojištěnce bez ohledu na to, zda pojištěnec v daném měsíci lékaře navštívil či nikoliv. Kromě těchto pravidelných měsíčních poplatků za zaregistrované pojištěnce se lékařům proplácují určité výkony navíc. Jsou to např. domácí návštěvy pacientů či preventivní výkony. Platby za tyto služby se řídí vyhláškou MZ ČR č. 101/2002 Sb., kterou se vydává Seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami. Hodnota bodu na 1. a 2. čtvrtletí 2002 je stanovena věstníkem MZ ČR částka 13 z prosince 2002 ve výši minimálně 0,90 Kč.

Jinou variantou, byť v současnosti jen okrajově využívanou, je úhrada péče na základě vykázaných výkonů s bodovými hodnotami. V uvedené vyhlášce je hodnota bodu stanovena ve výši minimálně 0,46 Kč do limitu pracovního času lékaře 12 hod. na kalendářní den.

*Specializovaná ambulantní zdravotní péče* poskytovaná v ambulantních zdravotnických zařízeních je hrazena výkonovým způsobem za poskytnuté výkony a je limitována maximální úhradou pro zdravotnické zařízení, která se počítá pomocí poměrně složitěho kalkulačního vzorce. Princip kalkulačního vzorce spočívá v tom, že maximální úhrada pro zdravotnické zařízení je závislá na počtu ošetřených unicitních pojištěnců (každý pacient se v daném čtvrtletí počítá jen jedenkrát, bez ohledu na to kolikrát byl zdravotnickým zařízením ošetřen) a průměrném počtu vykázaných a uznaných bodů v referenčním období (za které se bere I. a II. čtvrtletí roku 2002) tyto dvě hodnoty se vzájemně násobí a celová šumaje násobena cenou bodu, která je pro I. pololetí 2003 stanovena na 1,02 Kč. Úhrada je pak dále limitována korekčním koeficientem tzv. KORKO, který nesmí přesáhnout hodnotu



1,0, viz zákon 48/1997Sb. Celková výše úhrady za zdravotní péči může být dále krácena, překročí-li zdravotnické *zařízení* průměrnou preskripci a vyžádanou péči (laboratorní vyšetření, RTG, lázně atd.). Konečné proúčtování provádí zdravotní pojišťovny do 100 dnů po skončení příslušného čtvrtletí.

*Úhrada stomatologické zdravotní péče* je prováděna podle pevně stanovených cen přesně definovaných stomatologických výkonů (viz zákon č.48/1997 Sb. a Věstník MZ ČR, částka 13, ročník 2002).

Jednotlivé způsoby úhrad za poskytnutou zdravotní péči jsou dále doprovázeny řadou podmínek a regulačních mechanismů, např. dodržení průměrné úhrady za léčiva a prostředky zdravotnické techniky na jednoho registrovaného pojištěnce předepsané konkrétním lékařem aj.

Úhrada v souvislosti s poskytováním *ústavní péče* se rozlišuje na dva základní typy této péče:

a) *Akutní lůžková péče*

Zdravotní péče poskytovaná v lůžkových zdravotnických zařízeních je financována paušální sazbou, která odpovídá 108% úhrady referenčního období. Pokud nemocnice vykáže alespoň 98% péče referenčního období - období loňského roku v opačném případě je paušální úhrada poměrně krácena.

b) *Lůžková zdravotní péče poskytovaná v odborných léčebných ústavech*

*nebo v léčebnách dlouhodobě nemocných a na ošetrovatelských lůžkách.*

Tato péče je hrazena paušální sazbou dle vyhlášky MZ ČR č. 532/2002 Sb.

I v případech financování ústavní péče jsou uplatňovány objemové regulace na předepsaná léčiva a prostředky zdravotní techniky a další omezení.

V roce 1996 začalo MZ ČR pracovat na novém způsobu financování nemocnic, a to na systému DRGs (Diagnosis Related Groups). Podstatou DRGs je roztřídění poruch zdraví do diagnostických skupin s určením jejich nákladové náročnosti. Na léčbu jednoho případu z určité diagnostické skupiny nemocnice dostane paušální částku. Zbylé prostředky z této částky po úhradě všech položek

spojených s léčbou pacienta zůstávají nemocnici. Na druhé straně, pokud například paušální platba nemocnici nestačí, hradí další péči ze svých prostředků. Tento způsob financování je od roku 1997 zaváděn do vybraných nemocnic jako pilotní projekt. V případě, že výsledky jeho zavedení potvrdí očekávané předpoklady, uvažuje se o postupném plošném zavedení tohoto systému v ČR.

#### **4.4 Současné trendy v českém zdravotnictví**

Od sametové revoluce do roku 2002 se na ministerstvu zdravotnictví vystřídalo deset ministrů, každý měl svou vizi kam směřovat české zdravotnictví, ale než stačil svou vizi realizovat byl vystřídán.

Např. v listopadu 1998 ministryně Roitová zveřejnila materiál, ve kterém se zabývá konsolidací a rozvojem sektoru zdravotnictví - restrukturalizace lůžkové péče, definice sítě ambulantních zdravotnických zařízení a vytvoření standardů zdravotní péče. Dosažení cílového stavu tak, jak je v materiálu popisován, se předpokládalo zhruba v roce 2002.

Do konce roku 1999 by měl být vypracován generální plán hierarchizované sítě zdravotnických zařízení a projekty jejich využití do roku 2005. Byly plánovány tři stupně zdravotnických zařízení.

- Nemocnice 1. typu by měly poskytovat neodkladnou péči, neplánované výkony a lůžka v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.
- Na úrovni 2. typu by měly poskytovat péči nemocnice pro území zpravidla nad 100 000 obyvatel v základních medicínských oborech (ortopedie, urologie, infekční, dětské, gynekologické, chirurgické, interní, kožní, ARO, ortopedické, oční aj. oddělení).
- Nemocnice 3. typu by měly připadat na několik okresů. K jejich dalším oddělením by měla patřit např. onkologické, neurochirurgické, kardiochirurgické aj. Pro celou síť *zařízení* mělo být charakteristické jasné vymezení spádových oblastí. Soustavu měly doplňovat stacionáře, agentury domácí péče, výzkumné ústavy aj.

Předpokládalo se zachování možnosti svobodné volby zdravotnického zařízení. Jako nevyhnutelně nutné byly chápány další kroky ke standardizaci technického a personálního vybavení. Zajištění kontroly kvality předpokládalo stanovení náležitých postupů z odborného hlediska (tzv. standardizaci diagnostických a terapeutických postupů).

V oblasti lékové politiky se zvažovala rozsáhlá opatření a úpravy např. v seznamu léčiv a zdravotnické techniky (zejm. snížení počtu skupin léků podle jejich účinků z 521 na 189), nebo v povinnost lékaře předepisovat plně hrazený lék, jestliže existuje (pouze s písemným souhlasem nemocného by mohl lékař předepsat lék jiný).

Ministerstvo dále předpokládalo vypracování koncepcí a perspektivních programů jednotlivých medicínských oborů. V rámci koncepce měly být řešeny takové otázky, jako např. typy a vybavení zdravotnických zařízení pro příslušný obor a rozsah jimi poskytovaných služeb, školení pracovníků v oboru, stanovení nákladů na výkon a predikce dalšího vývoje oboru.

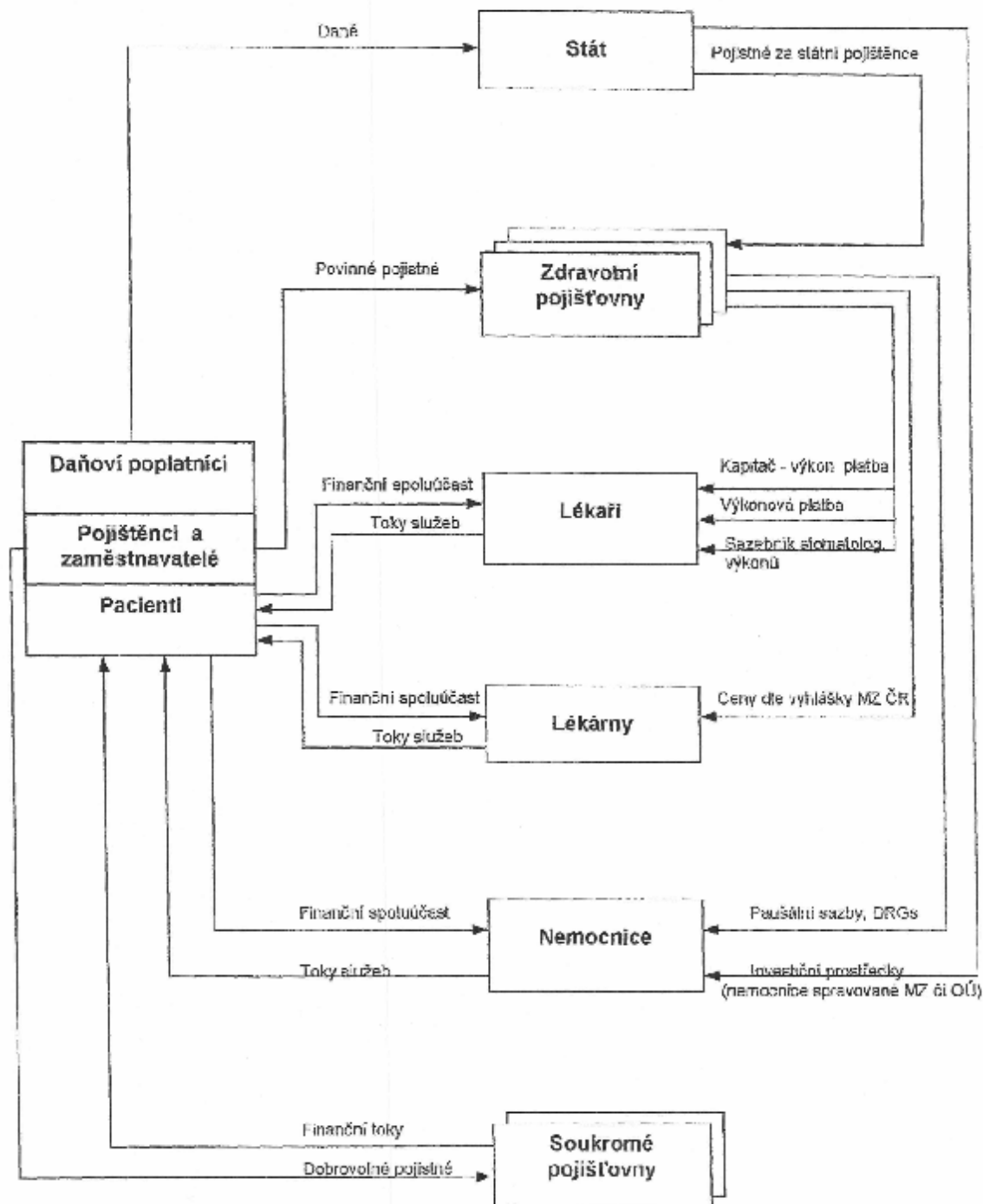
Ze zmiňovaného materiálu vyplývá předpoklad, že povinné zdravotní pojištění mělo pokrývat cca 80 % dosavadní standardní péče. Objem přímých plateb se neměl rozšiřovat a neměl by přesáhnout 10 % celkového rozsahu péče. Na zbývající části se měl podílet státní rozpočet (mimo pojistné za tzv. státní pojištěnce), rozpočty samosprávních orgánů, nadace, dary.

V nové „Koncepci zdravotnictví“ zveřejněné tiskovým oddělením MZ ČR dne 31.3.1999 (ministr David) je zdůrazňováno, že vláda chápe zdravotnictví jako veřejnou službu financovanou z veřejných prostředků, která musí být pod důslednou veřejnou kontrolou. Zdravotnictví se zabývá organizací zdravotní péče ve veřejném zájmu a za podmínek široké solidarity mladých se starými, bohatých s chudými a zdravých s nemocnými. Jako jeden z neaktuálnějších cílů je v materiálu označena obnova odborného řízení zdravotnictví na všech úrovních. MZ ČR ve své "Koncepci zdravotnictví" uvažuje také o zřízení Správy zdravotního pojištění, která by centralizovala informace a např. jednotně vymáhala dluhy po neplatičích.

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

Jak vyplývá z „Programového prohlášení vlády ČR“, zdraví občanů je veřejným zájmem, zdrojem a bohatstvím společnosti a podmínkou dobré kvality života, nikoliv pouze soukromým zájmem a statkem. Cíle, které Světová zdravotnická organizace stanovila pro evropské země, pokládá vláda ČR za závazné.

## Zjednodušeně schéma systému zdravotní péče v České republice



Pramen: Časopis ČLKč. 9/1998, str. 9. MZ ČR ÚZIS ČR.  
Schéma zpracovala autorka atestační práce.

## **5. Srovnám České republiky a vyspělých zemí**

Existují tři historicky rozdílná pojetí systému zdravotnictví, jeho financování a organizace. Odlišné systémy zdravotní péče vyjadřují odlišné kulturní, ekonomické a sociální rysy daných společností.

Německé zdravotnictví je pojato jako projev sociální solidarity společnosti se svými potřebnými členy. Každý na tuto solidaritu přispívá formou pojistného a má nárok na poskytnutí péče ve stanoveném rozsahu. I v tomto systému existuje prostor pro soukromý sektor ve financování zdravotní péče (komerční pojišťovny).

Dánské zdravotnictví je velmi decentralizovaným a převážně z daňových prostředků financovaným systémem. Funguje souběžně s existencí určité omezené výše finanční spoluúčasti pacientů, ale při plném respektování principu sociální solidarity.

Americké pojetí zdůrazňující individuální zodpovědnost předpokládá povinnost každého postarat se o pokrytí svých potřeb zdravotní péče, k čemuž slouží nabídka na trhu. Systém zdravotnictví je založen na premise, že každý obdrží péči úměrnou tomu, kolik *zaplatí*. Tyto skutečnosti vedly ke zdravotnímu pojištění založenému na ohodnocení individuálního rizika a z něho odvozeného pojistného (risk-related-premium). U tohoto přístupu ovšem část populace není schopna platit pojistné proto, že její příjem neumožňuje krytí individuálně vysokého rizika. Díky skutečnosti, že z různých příčin jsou právě příjmově chudší skupiny nemocnější a tedy rizikovější, dochází k sociálně problematické situaci nepojištění či podpojištění. Snahy o změnu zdravotního systému ve Spojených státech amerických se datují prakticky od začátku 20. století, neboť mnoho politiků si uvědomovalo, že systém založený na individuální zodpovědnosti, případně charitě či zaměstnaneckém principu pojištění znevýhodňuje část obyvatelstva a mnohdy neumožňuje přístup ke zdravotní péči občanům sociálně slabým, nezaměstnaným a důchodcům. Prvním prezidentem Spojených států, který prosazoval zavedení národního systému zdravotního pojištění, byl Franklin D. Roosevelt v průběhu období krize 30. let. Jeho

návrhy však nebyly realizovány. Teprve v roce 1965 prezident Lyndon Johnson podepsal Medicare and Medicaid Law, díky čemuž se *začaly* federálně i na úrovni vlád jednotlivých států řešit otázky solidarity vůči užší skupině obyvatelstva. Nicméně americká společnost jako celek nikdy k celonárodní solidaritě nedospěla. Systém si stále uchovává mnoho stránek volného trhu.

České zdravotnictví náleží k evropskému pluralitnímu zdravotnictví, založenému na zákonném zdravotním pojištění a smluvních vztazích mezi veřejnými zdravotními pojišťovnami a poskytovateli péče od státních zdravotnických *zařízení* po soukromě pracující lékaře. Je patrné, že se systém zdravotnictví České republiky ve svých základních charakteristikách velmi blíží modelu německému. Je zřejmé, že začátkem 90. let se Česká republika při rozhodování o podobě svého zdravotnictví vrátila ke své historicky dané tradici, která vycházela z bismarckovského modelu německého. Všechna tři evropská pojetí jsou založena na principu intergenerační solidarity, kdy ekonomicky aktivní generace přispívá na péči generace ještě neaktivní (dětí) a již neaktivní (důchodců).

U evropských systémů zdravotní péče, ač vycházejí z různých ideologií, docházelo na rozdíl od zdravotnictví fungujícího v USA ke stálému rozšiřování okruhu osob, jimž byla poskytována pomoc nebo nároková péče. Americké pojetí v sobě zahrnuje zejména uplatňování tržních systémů, zatímco u evropských převažuje princip sociální solidarity. Tržní přístup se zdá být daleko pružnější a citlivější k chování poptávky, avšak se zřetelem ke specifické povaze nabízeného zboží - péče o zdraví - bývá považován za asociální. Na druhé straně při uplatňování solidárního přístupu se občas vyskytují obavy z plýtvání finančními prostředky a ze značné ingerence státu, což může vést k přílišné byrokratizaci.

Nicméně i přes tyto rozdíly lze mezi systémy najít důležité podobnosti, jako např. společné problémy, kterým je třeba čelit.

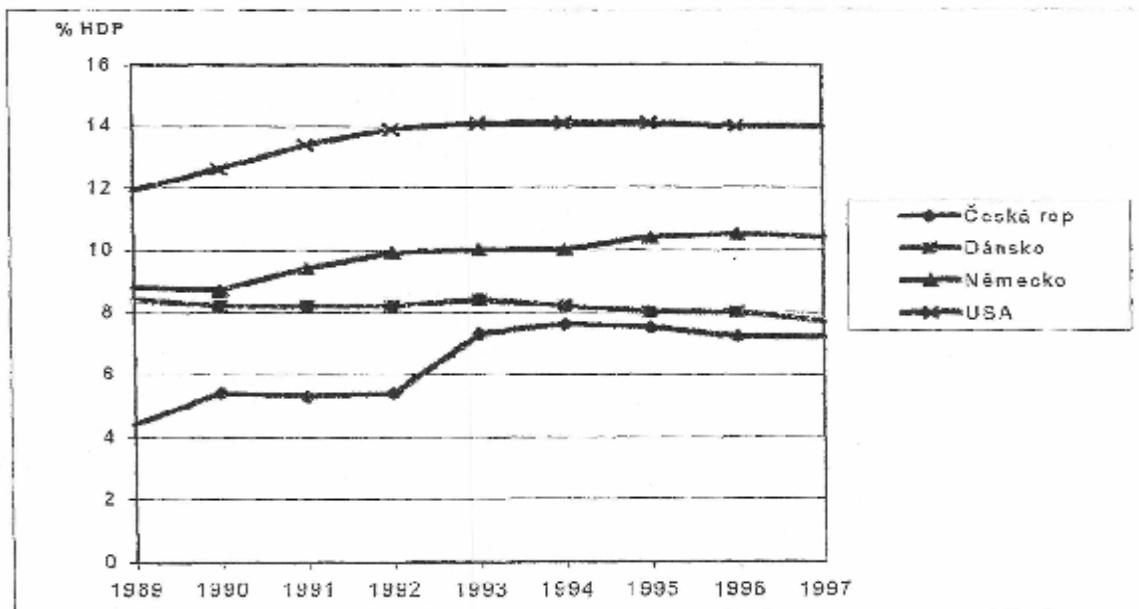
## 5.1 Společné problémy v systémech zdravotnictví

Společným problémem v popisovaných systémech zdravotní péče je zejména konfrontace omezených finančních zdrojů s potřebou stále rostoucích požadavků na rozsah i kvalitu poskytované péče. Příčiny lze hledat především:

- v demografických změnách projevujících se např. stárnutím populace,
- v technologickém pokroku, který plodí stále nákladnější péči,
- v objevech nových léčivých prostředků a v potřebě jejich distribuce k co nejširší části populace,
- ve vyšším výskytu chronických onemocnění, ve snižování imunity obyvatelstva, v růstu invalidity.

Protože je zdravotnictví sektorem, který je schopen vyčerpat jakékoliv prostředky, věnuje se v systémech zdravotnictví v zemích, sledovaných v této práci, mimořádná pozornost opatřením k udržení výdajů na zdravotní péči.

Graf 5. 1: Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP (v %)



Pozn.: Údaje za Českou republiku se ve všech sledovaných letech vztahují k území dnešní ČR.



Údaje za Německo se v letech 1989 a 1990 vztahují k bývalé NSR, od roku 1991 zahrnují již údaje za oba sjednocené německé státy. Pramen: ÚZIS ČR, WHO.

Vývoj podílu celkových výdajů na zdravotnictví na HDP v zemích sledovaných v této práci je naznačen v grafu 5.1, konkrétní hodnoty tohoto ukazatele jsou uvedeny v přílohách č. 2. Ve všech čtyřech sledovaných zemích od 70. let poměrně znatelně stoupal podíl výdajů na zdravotnictví na HDP, a to z průměrných přibližně 7,6 % v roce 1980 na zhruba 9,8 % v roce 2000, přičemž tento průměr je významně ovlivněn Spojenými státy.

V tabulce 5.1 je zaznamenán vývoj hodnot celkových finančních prostředků v přepočtu na jednoho obyvatele, které jednotlivé země vydaly na zdravotnictví.

Tab. 5.1 : Celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (v USD)

Roky / Země	Česká republika	Dánsko	Německo	USA
1970	---	195	149	357
1975	---	480	467	605
1980	102	1 129	913	1 086
1985	131	934	743	1 798
1990	143	2 069	1 650	2 799
1995	364	2 632	3 080	3 767
2000	358	2 428	2 754	4 499

Pozn.: Údaje za Českou republiku se ve všech sledovaných letech vztahují k území dnešní ČR.

Údaje za Německo se v letech 1970 - 1990 vztahují k bývalé NSR, od roku 1991 zahrnují již údaje za oba sjednocené státy německé státy.

Tab. 5.2: Výdaje na zdravotnictví

Země	% HDP vydaného na zdravotní péči		Index	Výdaje na jednoho obyvatele v USD		Index
	1990	2000		1990	2000	
ČR	5,4	7,2	133,3	143	358	250,3
Dánsko	8,2	8,3	101,2	2 069	2 512	121,4
Německo	8,7	10,6	121,8	1 650	2 422	146,8
USA	12,6	13,0	103,2	2 799	4 499	160,7

Pozn.: Údaje za Českou republiku se ve všech sledovaných letech vztahují k území dnešní ČR.

Údaje za Německo se v roce 1990 vztahují k bývalé NSR, v roce 2000 jsou již údaje vztaženy k sjednocené Spolkové republice Německo.

Pramen: ÚZIS ČR, WHO.

Základní údaje o výdajích na zdravotnictví jsou uvedeny v tab. 5.2. Z hodnoty indexu podílu HDP věnovaného na zdravotní péči v procentech je zřejmé, že v ČR byl v období let 1990 - 2000 růst hodnoty indexu nejvyšší, činil více než 33 %. Průměrný růst v ostatních sledovaných zemích byl 8,4 %. V roce 1990 činily výdaje na zdravotní péči v České republice cca 5,4 % z HDP, zatímco průměrná hodnota tohoto ukazatele v ostatních jmenovaných zemích byla 9,8 %. V roce 2000 byl průměr ukazatele ve sledovaných zemích (mimo ČR) 10,7 %, zatímco v České republice to bylo 7,2 % z HDP. Poněkud jiný pohled přináší srovnání dynamiky absolutních výdajů vynaložených na zdravotní péči na jednoho obyvatele. ČR v roce 2000 vydávala na zdravotní péči 358 USD na jednoho obyvatele, průměrná hodnota za země sledované v této práci byla 3 144 USD na jednoho obyvatele. USA s výdaji 4 499 USD na obyvatele vydávaly téměř dvojnásobnou sumu oproti Německu a Dánsku a více než dvanáctinásobnou sumu oproti České republice. Tato rozdílná absolutní výše výdajů na zdravotnictví v přepočtu na jednoho obyvatele je částečně způsobena i tím, že v různých zemích mohou být do celkových výdajů na zdravotnictví zahrnovány různé dílčí výdaje. Například v Německu se do výdajů na zdravotnictví započítávají také nemocenské dávky, což v jiných zemích nebývá vždy obvyklé. Přírůstek výdajů na jednoho obyvatele v jednotlivých zemích je dáván do souvislosti především se zaváděním nových medicínských technologií, léků, s fenoménem stárnutí populace a s dalšími vlivy.

Nicméně přímá souvislost mezi zdravím a výdaji na zdravotnictví zatím nebyla prokázána a tento vztah bývá definován jako značně volný. Hlavní význam pro zdraví populace je prisuzován oblastem mimo zdravotnictví, jako je např. životní styl obyvatelstva, vrozené dispozice organismu, stav životního i pracovního prostředí aj.

## **5.2 Odlišnosti zdravotnických systémů**

Ze základní ideologické volby, ovlivňované historickým vývojem a kulturní specifičností každé země, vyplývá většina významných odlišností mezi jednotlivými zdravotnickými systémy. Jedná se např. o odlišnosti ve způsobech financování zdravotní péče, ve způsobech úhrady nákladů pacienty, v systémech odměňování lékařů v jednotlivých zemích aj.

### **5.2.1 Hlavní způsoby financování zdravotní péče**

Systémy zdravotní péče mohou být financovány různými způsoby:

- prostřednictvím všeobecných daní,
- prostřednictvím pojištění, ať již povinného všeobecného pojištění, zaměstnaneckého či dobrovolného pojištění,
- formou charitativních příspěvků, sponzoringu,
- v neposlední řadě přímou finanční účastí pacientů.

Většina států využívá několika těchto metod současně, a sice v proporcích, kterými se jednotlivé země liší.

V Německu a v České republice převažuje povinné veřejné pojištění na zdravotní péči. Na pojistném se podílejí pojištěnci, zaměstnavatelé, případně za některé osoby, tzv. státní pojištěnce, i stát. Systém všeobecného pojištění respektuje rovněž společenskou solidaritu. Jednotlivci přispívají na zdravotní péči podle výše svého příjmu, ale přístup ke zdravotní péči je umožněn podle skutečné potřeby. Mimo zmiňovaný základní finanční zdroj existuje jak v Německu, tak v České republice možnost individuálního pojištění. V Německu je privátní pojištění rezervováno zejména pro nejvyšší příjmové skupiny obyvatel, které ze zákona nemusí být účastníky pojištění všeobecného. V České republice se jedná pouze o formu připojištění na některé nadstandardní služby, jako např. pojištění stomatologické péče nehrazené veřejným zdravotním pojištěním či pojištění nadstandardního vybavení pokoje v nemocnici.

V Dánsku jsou převažujícím zdrojem financování zdravotní péče všeobecné daně. Obyvatelstvu je umožněn univerzální přístup ke zdravotní péči. Systém je výrazem společenské solidarity zdravých s nemocnými, mladých se starými a bohatších s chudšími. Existuje zde také prostor pro formy zdravotního pojištění, kde se realizují soukromé zdravotní pojišťovny. Náplní jejich činnosti je zejména připojišťovat obyvatele na ty služby, které nejsou hrazeny ze základního zdroje.

Ve Spojených státech amerických je zaveden systém zdravotnictví opírající se převážně o soukromé financování. Soukromé pojištění je založeno na očekávaném riziku a vede k vyloučení závažné části populace USA ze systému zdravotního pojištění (asi 37 mil. obyvatel, tj. 14 % populace). Za účelem zabezpečení péče o vybrané skupiny obyvatelstva (občany starší 65 let a sociálně potřebné občany, tj. cca o 20 % obyvatelstva) byly v 60. letech v USA zavedeny dva federální a státní programy péče o zdraví financované z veřejných zdrojů (Medicare, Medicaid).

Ve všech čtyřech sledovaných zemích se objevuje finanční spoluúčast pacienta, a to v různém rozsahu. Této problematice je věnována kapitola 5.2.2.

Tab. 5.3: Zdroje financování zdravotnictví v jednotlivých zemích v roce 2000

	ČR	Dánsko	Německo	USA
Výdaje na zdravotnictví na 1 obyvatele (v USD)	358	2 512	2 422	4 499
Veřejné výdaje zdravotnictví (v %)	91,4	82,1	75,1	44,3
Soukromé výdaje zdravotnictví (v %)	8,6	17,9	24,9	55,7

Pramen: ÚZIC ČR, OECD Health Data 2000.

### Role státu v systémech financování zdravotní péče

Ačkoliv se úroveň angažovanosti a vlivu státu a jeho institucí ve zdravotnictví ve všech čtyřech popisovaných státech liší, jeho existence je zřejmá, ať se jedná o kteroukoliv zemi s jejím zdravotnickým systémem. Rozsah zapojení státu do řízení, financování, poskytování a regulace zdravotní péče je různý, což také ukazuje

procentní podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví, jak je vidět v tab. 5.3 a 5.4.

Tab. 5.4: Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví (v %)

Roky / Země	Česká republika	Dánsko	Německo	USA
1970	96,6	86,3	72,8	37,8
1975	96,9	91,9	79,1	42,1
1980	96,8	88,5	78,7	42,4
1985	92,2	88,2	77,5	40,6
1990	96,2	86,1	76,2	40,7
1995	92,5	86,1	78,2	45,9
2000	91,4	82,1	75,1	44,3

Pozn.: Údaje za Českou republiku se ve všech sledovaných letech vztahují k území dnešní ČR.

Údaje za Německo se v roce 1990 vztahují k bývalé NSR, v roce 1995 a 2000 jsou již údaje vztaženy k sjednocené Spolkové republice Německo.

Pramen: ÚZIS ČR, WHO

### 5.2.2 Formy finanční účasti pacientů

V různých zemích se můžeme setkat s různými způsoby úhrad zdravotní péče a s různým rozsahem přímé finanční spoluúčasti pacientů za poskytnutou péči. Většinou je spoluúčast chápána jako regulační nástroj zaváděný s cílem snížit poptávku po zdravotní péči. Jedná se o situaci, kdy pacient, i když je pojištěn, hradí část nákladů spojených s lékařskou péčí a výkony přímou platbou. Ta může mít několikero formu; v zásadě se může jednat o úhradu nákladů do určité maximální výše, paušální poplatek za návštěvu lékaře nebo úhradu procentní části nákladů.

V Německu je zdravotní péče financována především z prostředků povinného zdravotního pojištění. Lidé, jejichž příjem přesahuje stanovenou hranici, se mohou buď pojistit u soukromých pojišťoven (asi 9 % obyvatel), nebo nepojistit vůbec a platit za poskytovanou péči hotově (asi 1 % obyvatel). Existuje také možnost připojištění se k pojištění povinnému. Přímá finanční spoluúčast pacienta je v Německu požadována u stomatologických výrobků (do výše 50 % jejich ceny), některých léčiv (u léčiv vyjmenovaných na tzv. negativních seznamech hradí pacient

jejich plnou cenu sám, u ostatních léčiv je zákonem stanovena referenční cena pro generický lék, která je financována prostřednictvím zákonného zdravotního pojištění). V případě hospitalizace se pacient spolupodílí formou úhrady nákladů do určité maximální výše (v průběhu svého pobytu v nemocnici si denně přispívá pevně stanovenou finanční částkou, nejvýše však po dobu 14 dní v jednom roce).

Zdravotní péče veškeré populace v Dánsku je kryta z daňových prostředků. Více než 97 % občanů již není dále zatěžováno pojišťovacími poplatky ani finanční spoluúčastí. Pacient však nemá přímý přístup jak ke specialistům, tak do nemocnic. Dostupnost této zdravotní péče je podmíněna doporučením všeobecného lékaře. Přímá úhrada výkonů je po pacientech vyžadována u některých typů stomatologické péče (spoluúčast ve výši 40 - 50 % nákladů na některé stomatologické výkony, u protetických prací pacient nese veškeré náklady sám), u fyzioterapie a u poskytování léků (u léčiv zařazených na tzv. pozitivní seznam hradí pacient 25 %, případně 50 % z jejich ceny, za „nezařazené“ léky platí pacient jejich plnou cenu). Pacienti za tyto služby zpravidla platí přímo lékařům. Zbývá necelá 3 % obyvatel upřednostňují neomezenou svobodnou volbu lékaře a možnost přímého přístupu ke všem lékařům za cenu vyšší finanční spoluúčasti na lékařských výkonech. V Dánsku také existuje prostor pro zdravotní připojištění u soukromých společnostech, které nabízejí úhradu služeb doplňkových ke službám hrazeným ze základního zdroje. Této možnosti využívá přibližně 20 % obyvatelstva.

Asi tři čtvrtiny obyvatel USA jsou na zdravotní péči pojištěny soukromě, buď hromadně prostřednictvím svých zaměstnavatelů (cca 80 % pojištěnců), nebo individuálně. Pojišťovací společnosti mají velice pestrou nabídku svých služeb, stejně jako jejich pojistné podmínky jsou rozdílné. Na financování zdravotnictví se velkou měrou podílí také federální vláda i vlády jednotlivých států. Přibližně 14 % obyvatelstva zůstává nepojištěno. Podíl finančních prostředků plynoucích ze soukromých zdrojů do zdravotnictví, ať již formou soukromého zdravotního pojištění nebo prostřednictvím přímých plateb za zdravotní péči a služby, převládá nad veřejnými výdaji na zdravotnictví, což je patrné i z tab. 5.3. Konkrétní výše

finanční spoluúčasti pacientů je velmi individuální. Závisí na tom, zda má jedinec sjednáno zdravotní pojištění a na konkrétním rozsahu zdravotních výkonů a péče, na které se pojistka vztahuje. Pacienti mají svobodu ve volbě svého všeobecného i odborného lékaře, ke kterým nepotřebují žádné doporučení. Výjimkou v tomto ohledu jsou organizace řízené péče (HMO), které vyžadují po pacientech, aby první konzultaci absolvovali u všeobecného lékaře. Nejinak je tomu v rámci organizací HMO u nemocniční péče.

V České republice je hlavním finančním zdrojem pro financování zdravotní péče poskytované ve státních a nestátních zdravotnických zařízeních povinné veřejné pojištění. Existuje zde také možnost komerčního pojištění, které si vedle veřejného zdravotního pojištění může pojištěnec sjednat. Přímá finanční spoluúčast pacienta je v České republice vyžadována omezeně, např. u volně prodejných léčiv nebo léčiv hrazených jen částečně z veřejného zdravotního pojištění (příloha č. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění vymezuje, zda příslušný léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění), u některých stomatologických výkonů, u lékařských potvrzení vyžádaných pojištěncem a jinde. V rámci veřejného zdravotního pojištění mají pojištěnci právo na svobodný výběr zdravotní pojišťovny, na výběr všeobecného lékaře, specialisty, stomatologa i na výběr zdravotnického zařízení. Pouze u odborných léčebných ústavů je podmínkou pro přijetí pacienta návrh jeho ošetřujícího lékaře.

### **5.2.3 Způsoby úhrady zdravotní péče lékařům**

Teorie rozlišuje různé metody úhrady poskytnuté zdravotní péče. V ambulantní péči se můžeme setkat s platbami za registrovaného pacienta, platbami za výkon, mzdami. U úhrad za péči nemocniční existují možnosti plateb za ošetrovací den, plateb za případ (systém diagnosticky příbuzných skupin případů), celkových rozpočtů, rozpočtových položek a kontraktů. Nicméně praxe je bohatší, tyto základní metody bývají vzájemně kombinovány.

V Německu zákon připouští různé metody úhrad za primární péči, nejčastěji jsou užívány platby za výkon. Při financování nemocnic dochází ke kombinacím globálních rozpočtů a plateb za ošetrovací den nebo případových paušálů.

V Dánsku jsou všeobecní lékaři placeni kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, specialisté a stomatologové podle provedených výkonů. Nemocnice hospodaří s globálním rozpočtem od místně příslušné regionální samosprávy.

V USA jsou ambulantní lékaři nejčastěji odměňováni platbami za výkony, a ale existují i jiné varianty, jako např. kontrakty. Nemocnice jsou financovány různými způsoby úhrad (např. platby za výkony, platby za diagnosticky příbuzné skupiny případů, kontrakty) ze stran soukromých pojišťoven, ale i z veřejných rozpočtů (programy Medicare, Medicaid).

V České republice je úhrada všeobecným lékařům poskytována formou kombinované kapitačně výkonové platby, ambulantní specialisté a stomatologové jsou odměňováni platbami na výkony. Financování hospitalizační péče probíhá zejména prostřednictvím pevných finančních přidělů - paušálů, v několika nemocnicích byl zaveden úhradový systém DRGs. Vyhláška MZ ČR č. 134/1998 Sb. umožňuje také platbu za ošetrovací den.

### **5.3 Shrnutí komparace systémů zdravotní péče**

Otázka úhrady nákladů spojených s produkcí a poskytováním zdravotní péče je v jednotlivých zemích řešena rozmanitě. Jednotlivé systémy se od sebe liší podílem finančních zdrojů pocházejících z veřejného a soukromého sektoru na celkových výdajích i způsobem získávání veřejných prostředků (prostřednictvím daní, pojistného).

Také v účasti pacientů na nákladech zdravotní péče existují značné rozdíly. Způsoby a výše finanční účasti nemocného na zdravotní péči se v jednotlivých zemích liší v závislosti na postavení soukromého zdravotnictví v celém systému.

Ve všech třech sledovaných evropských zemích je podstatná část zdravotní péče poskytována pacientům bezplatně. Péče je financována prostřednictvím



povinných odvodů pojištěnců, ať již formou daní, nebo pojistného. Prostor pro přímou finanční spoluúčasť pacientů je ale zachován, byť v omezeném rozsahu.

Odlišná situace je ve Spojených státech amerických, kde se systém zdravotnictví opírá o existenci soukromého zdravotního pojištění, o činnost především soukromých zdravotnických zařízení, kde jsou zdravotnické služby zabezpečovány zejména na smluvní bázi. Občané financují zdravotní péči prostřednictvím svého soukromého pojištění nebo formou přímé úhrady.

Různé metody úhrad za práci lékařům vyvolávají odlišná chování I poskytovatelů péče a mají různé dopady např. na celkové výdaje, efektivnost, spokojenost pacientů, jejich zdravotní stav aj. Právě z důvodu snahy minimalizovat nevýhody každé metody a vytěžit maximum z výhod bývají tyto metody úhrad vzájemně doplňovány a kombinovány.

Zdravotní systémy sledovaných zemí se sice v mnohém liší, mají však také řadu podobností. Hlavním společným problémem je *otázka* zastavení růstu výdajů na zdravotnictví. S tím souvisí také problém rostoucí poptávky po zdravotní péči, problém zdůraznění prevence a celkové podpory *zdraví a* zdravého životního stylu, problém zvládnutí růstu podílu starých občanů v populaci. Snad ještě markantnější je podobnost cílů, jež si tyto odlišné systémy kladou. Spočívají ve snaze poskytovat přístup k nezbytné zdravotní péči, v soustavném zvyšování kvality zdravotní péče, ve zlepšování ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva, jakými jsou např. kojenecká úmrtnost či střední délka života, a to při respektování volnosti vztahu mezi finančními zdroji plynoucími do zdravotnictví a výsledky zdravotní péče.

## **6. Závěr**

Život společnosti s sebou nese neustálé změny jednotlivých jejích složek a vztahů mezi nimi. Z tohoto permanentního vývoje vyplývá nutnost přizpůsobovat se těmto měnícím se podmínkám, čemuž se nevymykají ani systémy zdravotnictví. Ve světě vznikla v průběhu vývoje v souladu s danými kulturně historickými, politickými a ekonomickými podmínkami jednotlivých zemí celá řada systémů zajišťování zdravotní péče, počínaje těmi, které staví v zásadě na soukromém provozování i vlastnictví praxe jednotlivých lékařů i lůžkových zařízení, s minimálně regulovaným trhem zdravotnických služeb a individuálním soukromým zdravotním pojištěním obyvatel až po systémy, ve kterých je úhrada zdravotní péče zajišťována prostřednictvím veřejných rozpočtů, naplněných ze všeobecných daní.

Cílem mé atestační práce bylo provést popis a analýzu systémů zdravotní péče v České republice a ve třech vybraných zemích, ve Spolkové republice Německo, v Dánském království a ve Spojených státech amerických a provést srovnání hlavních rysů těchto systémů. Zahraniční systémy tak, jak jsou aplikovány v jednotlivých zemích, jsem popsala a charakterizovala ve 3. kapitole, českému systému jsem se věnovala v kapitole 4. Ve všech sledovaných zemích jsem při jejich rozboru dodržovala vždy stejnou strukturu popisovaných a analyzovaných aspektů a rysů systémů, čehož jsem následně využila při komparaci v 5. kapitole. Domnívám se, že cíle, stanovené v úvodu této práce, se mi podařilo splnit. Rozdíly v podrobnosti popisu systémů zdravotnictví jednotlivých zemí jsou dány především rozdílným obsahem materiálů, jež mi byly k dispozici a jejich nejednotností, neboť nebyly zpracovány za účelem srovnání. Základními prameny mi byly publikace *Health Care Systems in Liberal Democracies* od autorky A. Wall a publikace *Markets and Health Care: A Comparative Analysis* od W. Ranade, doplňované u jednotlivých zemí materiály WHO a ministerstev zdravotnictví získanými prostřednictvím internetu. Významným zdrojem statistických dat použitých v této práci mi byl Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.

Z provedené komparace vyplývá, že žádný ze systémů popisovaných v této práci si nepřivlastňuje právo považovat se za systém ideální, ve všech výše sledovaných soustavách zdravotnictví se v současné době projevuje ve větší či menší míře potřeba určitých změn různého druhu, rozsahu a dopadu.

Hlavní odlišnosti jednotlivých systémů se projevují zejména v těchto aspektech:

- v úrovni podílu zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích,
- v intenzitě a formách státních zásahů,
- v existenci či neexistenci zdravotního pojištění a v jeho formách a rozsahu,
- v rozsahu přímé finanční účasti pacientů za spotřebované služby,
- ve způsobech úhrad nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb a v řadě dalších faktorů.

Přes tyto diference mají systémy zdravotnictví ve sledovaných zemích také určité podobnosti, spočívající např. ve společných problémech. Provoz zdravotnických soustav je v zemích popisovaných v této práci v posledních desetiletích stále nákladnější, odčerpává stále vyšší procento HDP jednotlivých zemí. Teprve v letech 1995 až 2000 se růst tohoto podílu zdravotnických výdajů na HDP podařilo ve všech čtyřech zemích zastavit.

V materiálech zabývajících se zdravotnickou tematikou je věnován značný prostor diskusím o problematice dalšího žádoucího vývoje systémů zdravotní péče. Tyto diskuse vznikají ve všech zemích bez ohledu na zásady, kterými se řídily při vzniku svých systémů zdravotnictví a stupně jejich rozvoje.

Každý systém zdravotní péče je nepochybně determinován ekonomickými možnostmi příslušné země, limitovanými materiálními, lidskými i finančními zdroji, které má země k dispozici, politickým vývojem v dané zemi, stejně jako i vlivy tradice, kultury aj. Cílem společným všem zemím by mělo být vytvoření takového systému zdravotnictví, který s prostředky přiměřenými ekonomickým možnostem země zajistí zdravotní péči adekvátní potřebám obyvatelstva a který bude schopen

včas reagovat na změny ekonomických možností i změny zdravotních potřeb obyvatel.

Přesto je z uvedeného srovnání českého zdravotnického systému s ostatními třemi systémy patrný jasný nepoměr mezi výdaji na zdravotní péči na jednoho obyvatele v USD v České republice a v ostatních státech. Buď je v ostatních sledovaných státech zdravotní péče tak marnotratná, což je vzhledem ke kontrolním mechanismům odvážné tvrzení, nebo v České republice je poskytování zdravotní péče podfinancováno, což je pravděpodobnější. Protože v České republice je v současné době poskytována zdravotní péče na vysoké evropské úrovni, pak toto podfinancování zdravotnictví jako celku musí nutně vést k rostoucímu vnitřnímu zadlužování oboru, které se může při neřešení projevit snížením zdravotních jistot občanů, k čemuž již dospělo zdravotnictví na Slovensku.

## **Seznam použité literatury**

1. Brdek, M. Vybrané kapitoly z mezinárodní komparace sociální politiky. Praha: VŠE, 1995.
2. Brdek, M., Jírova, H. Sociální politika v zemích EU a ČR. Praha: Codex Bohemia, 1998.
3. Dlouhý, M. Mezinárodní srovnání mohou být někdy ošidná. Zdravotnické noviny, 1997, 5.35, s. 10.
4. Dlouhý, M. Organizace a financování nemocniční péče. Praha: VŠE, 1997.
5. Dlouhý, M. Regulace v systému zdravotního pojištění v České republice. Praha: VŠE, 1996.
6. Drbal, C. Zdraví a zdravotnická politika. Brno: Masarykova univerzita, 1996.
7. Halásek, D., Fachinelli, H. Sociální politika. Ostrava: VŠB - TU, 1993.
8. Heger, L. Dánské zdravotnictví: úsporný, dobře fungující systém. Zdravotnické noviny, 1998, č. 38, s. 13.
9. Hlásenský, V. Německo: zdravotnictví v takzvané krizi. Časopis ČLK, 1998, č. 9, s. 9
10. Hnilicová, H., Janečková, H. Veřejné zdravotnictví ve Spojených státech amerických. Zdravotnické noviny, 1995, č. 49, s. 6.
11. Hóllgeová, M., Jaroš, J., Kastnerová, H. Zdravotnictví, zdravotní a úrazové pojištění ve Spolkové republice Německo. In: Sborník sociálního lékařství. Sv. 4. Praha : Ústav sociálního lékařství a organizace zdravotnictví, 1992.

12. Koudelka, V. Lobbying a reformy zdravotní péče v USA. Marketing pro zdraví, 1998, č.1,s. 9- 10.
13. Krebs, V., Durdisová, J., Poláková, O., Žižková, J. Sociální politika. Praha: Codex Bohemia, 1997.
14. Kružík, L. Soustava zdravotní péče evropských vyspělých kapitalistických zemí. Praha: ÚVTEI, 1989.
15. Kuvíková, H., Murgaš, M., Němec, J. Ekonomie zdravotnictva. Banská Bystrica: Phoenix, 1995.
16. Ošanec, F.R. Poskytování, financování a reformy zdravotní péče v pěti demokraciích. Praha: FSV UK, 1997.
17. Pieters, D. Introduction into basic principles of sociál security. Antwerpen - Apeldoorn: Maklu Uitgevers, 1993.
18. Pieters, D. Introduction into the sociál security law of the member states of the European Community. Antwerpen - Apeldoorn: Maklu Uitgevers, 1993.
19. Ranade, W. Markets and health care - a comparative analysis. New York: Addison Wesley Longman Limited, 1998.
20. Stiglitz, J.E. Ekonomie veřejného sektoru. Praha: Grada, 1997.
21. Sucharclová, I. Nový zákon o struktuře zdravotnictví ve Spolkové republice Německo. Zdravotnické noviny, 1993, č.8, s. 5.
22. Suchardová, I. Poločas reformy amerického zdravotnického systému. Zdravotnické noviny, 1995, č. 6, s. 6.

23. S0gaard, J. Finance and delivery of health care services in Denmark. Odense: Odense University, 1991.
24. Vepřek, J. Hlavní příčiny situace českého zdravotnictví. Zdravotnické noviny, 1996. č.1,s. 4-5.
25. Vepřek, P. Hlavní rysy reforem zdravotnictví v Evropě. Zdravotnické noviny, 1997. č. 4, s. 6-7.
26. Vostatek, J. Sociální a soukromé pojištění. Praha: Codex Bohemia, 1996.
27. Wall, A. Health care systems in liberal democracies. London: Routledge, 1996.

### **Další použité materiály**

1. Koncepce práce ministerstva zdravotnictví 1998 - 1999. Praha: MZ ČR, 1998.
2. Programové prohlášení vlády ČR. Praha: 1998.
3. Vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
4. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o *zdraví* lidu, v platném znění.
5. *Zákon* ČNR č. 220/1991 Sb., o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, v platném znění.
6. *Zákon* ČNR č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, v platném znění.
7. *Zákon* ČNR č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních, v platném znění.
8. *Zákon* ČNR č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších

zdravotních pojišťovnách, v platném znění.

9. Zákon ČNR č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, v platném znění.

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

11. Zákon č. 79/1997 Sb., o léčivech a o změnách a doplnění některých souvisejících zákonů, v platném znění.

12. Zdravotnická ročenka České republiky 1992 - 1997. Praha: ÚZIS ČR, 1993 - 1998.



## **Seznam zkratk**

ČR	Česká republika
DRGs	diagnosticky příbuzné skupiny (Diagnosis Related Groups)
HDP	hrubý domácí produkt
HMO	Organizace řízené péče (Health Maintenance Organizations)
MZ	ministerstvo zdravotnictví
OECD	Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (Organization for Economic Cooperation and Development)
OU	okresní úřad
SRN	Spolková republika Německo
USA	Spojené státy americké
USD	americký dolar
ÚZIS ČR	Ustav zdravotnických informací a statistiky ČR
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: HDP na 1 obyvatele v USD, 2000

Příloha č. 2: Celkové náklady na zdravotní péči jako % z HDP, 2000

Příloha č. 3: Celkové náklady na zdravotní péči na 1 obyvatele v USD, 2000

Příloha č. 4: Veřejné náklady na zdravotní péči na 1 obyvatele v USD, 2000

Příloha č. 5: Veřejné náklady jako % z celkových nákladů na zdravotní péči, 2000

Příloha č. 6: Soukromé náklady jako % z celkových nákladů na zdravotní péči, 2000

Příloha č. 7: Seznam zdravotních pojišťoven v ČR

## HDP na 1 obyvatele v USD, 2000

Příloha č. 1

Country	Ordered by Per capita GDP in international dollars, 2000
Luxembourg	47,057
Norway	30,344
Switzerland	30,161
Iceland	29,554
Denmark	29,143
Ireland	28,944
Netherlands	27,783
Austria	26,970
Belgium	26,054
Germany	25,996
Monaco	25,664
Italy	25,308
Finland	25,122
Sweden	24,819
France	24,702
United Kingdom	24,462
San Marino	23,518
Israel	21,552
Andorra	20,810
Spain	20,071
Portugal	17,981
Slovenia	16,927
Greece	16,843
Czech Republic	14,236
Hungary	12,493
Slovakia	11,654
Poland	9,590
Estonia	9,123
Malta	9,103
Russian Federation	7,621
Belarus	7,598
Croatia	7,390
Bosnia and Herzegovina	7,056
Lithuania	6,941
Latvia	6,888
Romania	6,475
Turkey	6,455
Kazakhstan	5,677
Turkmenistan	5,269
Bulgaria	5,021
The former Yugoslav Republic of Macedonia	5,001
Yugoslavia	4,242
Albania	3,727
Ukraine	3,689
Georgia	2,768
Azerbaijan	2,676
Armenia	2,546
Kyrgyzstan	2,426
Uzbekistan	2,333
Republic of Moldova	1,802
Tajikistan	1,154

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

## HDP na 1 obyvatele v USD, 2000

Příloha č. 1

Country	Ordered by Per capita GDP in international dollars, 2000
United States of America	34,637
Canada	27,956
Barbados	14,376
Bahamas	14,269
Argentina	12,791
Saint Kitts and Nevis	12,755
Antigua and Barbuda	11,408
Chile	9,623
Uruguay	9,266
Mexico	9,007
Trinidad and Tobago	8,948
Brazil	7,548
Costa Rica	7,460
Grenada	7,238
Colombia	6,394
Saint Lucia	6,363
Panama	6,048
Venezuela	5,973
Saint Vincent and the Grenadines	5,962
Belize	5,897
Dominican Republic	5,642
Dominica	5,519
Peru	4,985
El Salvador	4,427
Suriname	4,347
Guatemala	4,075
Paraguay	4,061
Guyana	3,857
Jamaica	3,776
Ecuador	3,210
Cuba	2,712
Nicaragua	2,479
Honduras	2,440
Bolivia	2,368
Haiti	1,094

## Celkové náklady na zdravotní péči jako % z HDP, 2000

Příloha č.2

Country	Ordered by Total expenditure on health as % of GDP, 2000
San Marino	11.7
Israel	10.9
Switzerland	10.7
Germany	10.6
France	9.5
Iceland	8.9
Malta	8.8
Belgium	8.7
Croatia	8.6
Slovenia	8.6
Sweden	8.4
Denmark	8.3
Greece	8.3
Portugal	8.2
Italy	8.1
Netherlands	8.1
Austria	8.0
Andorra	7.9
Norway	7.8
Spain	7.7
Armenia	7.5
Monaco	7.4
United Kingdom	7.3
Czech Republic	7.2
Georgia	7.1
Hungary	6.8
Ireland	6.7
Finland	6.6
Estonia	6.1
Kyrgyzstan	6.0
Lithuania	6.0
Poland	6.0
The former Yugoslav Republic of Macedonia	6.0
Latvia	5.9
Slovakia	5.9
Luxembourg	5.8
Belarus	5.7
Yugoslavia	5.6
Turkmenistan	5.4
Russian Federation	5.3
Turkey	5.0
Bosnia and Herzegovina	4.5
Ukraine	4.1
Bulgaria	3.9
Kazakhstan	3.7
Uzbekistan	3.7
Republic of Moldova	3.5
Albania	3.4
Romania	2.9
Tajikistan	2.5
Azerbaijan	2.1

**UPOZORNĚNÍ:** Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

## Celkové náklady na zdravotní péči jako % z HDP, 2000

Příloha č.2

Country	Ordered by Total expenditure on health as % of GDP, 2000
United States of America	13.0
Uruguay	10.9
Suriname	9.8
Colombia	9.6
Canada	9.1
El Salvador	8.8
Argentina	8.6
Brazil	8.3
Bahamas	8.0
Paraguay	7.9
Panama	7.6
Chile	7.2
Cuba	6.8
Honduras	6.8
Bolivia	6.7
Barbados	6.4
Costa Rica	6.4
Dominican Republic	6.3
Saint Vincent and the Grenadines	6.3
Dominica	6.1
Antigua and Barbuda	5.5
Jamaica	5.5
Mexico	5.4
Saint Kitts and Nevis	5.2
Trinidad and Tobago	5.2
Guyana	5.1
Haiti	4.9
Grenada	4.8
Peru	4.8
Guatemala	4.7
Venezuela	4.7
Belize	4.6
Nicaragua	4.4
Saint Lucia	4.3
Ecuador	2.4

## Celkové náklady na zdravotní péči na 1 obyvatele v USD, 2000

Country	Ordered by Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2000
Switzerland	3,573
Norway	2,832
Iceland	2,729
Luxembourg	2,514
Denmark	2,512
Germany	2,422
Sweden	2,179
San Marino	2,127
France	2,057
Israel	2,021
Belgium	1,936
Netherlands	1,900
Austria	1,872
Monaco	1,837
United Kingdom	1,747
Ireland	1,692
Finland	1,559
Italy	1,498
Spain	1,073
Andorra	953
Greece	884
Portugal	862
Malta	807
Slovenia	788
Czech Republic	358
Croatia	353
Hungary	315
Poland	246
Estonia	218
Slovakia	210
Lithuania	185
Latvia	174
Turkey	150
The former Yugoslav Republic of Macedonia	106
Russian Federation	92
Bulgaria	59
Belarus	57
Turkmenistan	52
Bosnia and Herzegovina	50
Yugoslavia	50
Romania	48
Kazakhstan	44
Albania	41
Georgia	41
Armenia	38
Uzbekistan	30
Ukraine	26
Kyrgyzstan	16
Azerbaijan	14
Republic of Moldova	11
Tajikistan	4

## Celkové náklady na zdravotní péči na 1 obyvatele v USD, 2000

Country	Ordered by Per capita total expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2000
United States of America	4,499
Canada	2,058
Bahamas	880
Argentina	658
Uruguay	653
Barbados	606
Antigua and Barbuda	562
Saint Kitts and Nevis	447
Chile	336
Mexico	311
Costa Rica	273
Panama	268
Trinidad and Tobago	268
Brazil	267
Dominica	247
Venezuela	233
Grenada	212
Saint Lucia	202
Saint Vincent and the Grenadines	190
Colombia	186
Suriname	186
El Salvador	184
Cuba	169
Jamaica	165
Belize	158
Dominican Republic	151
Paraguay	112
Peru	100
Guatemala	79
Bolivia	67
Honduras	62
Guyana	48
Nicaragua	43
Ecuador	26
Haiti	21



## Veřejné náklady na zdravotní péči na 1 obyvatele v USD, 2000

Country	Ordered by Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2000
Norway	2,412
Luxembourg	2,310
Iceland	2,304
Denmark	2,061
Switzerland	1,988
San Marino	1,822
Germany	1,819
Sweden	1,685
France	1,563
Israel	1,534
United Kingdom	1,415
Belgium	1,379
Austria	1,305
Ireland	1,283
Netherlands	1,283
Finland	1,171
Italy	1,103
Monaco	883
Andorra	824
Spain	750
Slovenia	621
Portugal	614
Malta	553
Greece	491
Czech Republic	327
Croatia	299
Hungary	238
Slovakia	188
Poland	171
Estonia	167
Lithuania	134
Turkey	107
Latvia	104
The former Yugoslav Republic of Macedonia	90
Russian Federation	66
Belarus	47
Bulgaria	46
Turkmenistan	44
Bosnia and Herzegovina	34
Kazakhstan	32
Romania	31
Albania	26
Yugoslavia	26
Uzbekistan	24
Ukraine	18
Armenia	16
Kyrgyzstan	10
Republic of Moldova	9
Azerbaijan	6
Georgia	4
Tajikistan	3

## Veřejné náklady na zdravotní péči na 1 obyvatele v USD, 2000

Country	Ordered by Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$), 2000
United States of America	1,992
Canada	1,483
Bahamas	488
Barbados	393
Argentina	362
Antigua and Barbuda	337
Uruguay	304
Saint Kitts and Nevis	265
Costa Rica	187
Panama	186
Dominica	175
Cuba	150
Grenada	149
Mexico	144
Chile	143
Trinidad and Tobago	136
Venezuela	134
Saint Lucia	125
Saint Vincent and the Grenadines	124
Brazil	109
Colombia	104
Suriname	104
El Salvador	79
Jamaica	78
Belize	72
Peru	59
Bolivia	48
Paraguay	43
Dominican Republic	42
Guyana	40
Honduras	39
Guatemala	38
Nicaragua	22
Ecuador	13
Haiti	10

## Veřejné náklady jako % z celkových nákladů na zdravotní péči, 2000

Country	Ordered by General Government expenditure on health as % of total expenditure on health, 2000
Luxembourg	91.9
Czech Republic	91.4
Slovakia	89.6
Andorra	86.5
San Marino	85.7
Norway	85.2
Turkmenistan	84.9
Croatia	84.6
The former Yugoslav Republic of Macedonia	84.5
Iceland	84.4
Belarus	82.8
Republic of Moldova	82.4
Denmark	82.1
United Kingdom	81.0
Tajikistan	80.8
Slovenia	78.9
Bulgaria	77.6
Uzbekistan	77.5
Sweden	77.3
Estonia	76.7
France	76.0
Israel	75.9
Ireland	75.8
Hungary	75.7
Finland	75.1
Germany	75.1
Italy	73.7
Kazakhstan	73.2
Russian Federation	72.5
Lithuania	72.4
Belgium	71.2
Portugal	71.2
Turkey	71.1
Ukraine	70.1
Spain	69.9
Austria	69.7
Poland	69.7
Bosnia and Herzegovina	69.0
Malta	68.5
Netherlands	67.5
Romania	63.8
Albania	62.1
Kyrgyzstan	61.7
Latvia	60.0
Switzerland	55.6
Greece	55.5
Yugoslavia	51.0
Monaco	48.1
Azerbaijan	44.2
Armenia	42.3
Georgia	10.5

## Veřejné náklady jako % z celkových nákladů na zdravotní péči, 2000

Country	Ordered by General Government expenditure on health as % of total expenditure on health, 2000
Cuba	89.2
Guyana	82.7
Bolivia	72.4
Canada	72.0
Dominica	70.9
Grenada	70.1
Panama	69.2
Costa Rica	68.4
Saint Vincent and the Grenadines	65.4
Barbados	64.8
Honduras	63.1
Saint Lucia	62.1
Antigua and Barbuda	59.9
Peru	59.2
Saint Kitts and Nevis	59.2
Venezuela	57.4
Suriname	56.1
Colombia	55.8
Bahamas	55.5
Argentina	55.0
Nicaragua	51.7
Trinidad and Tobago	50.7
Ecuador	50.4
Haiti	49.3
Guatemala	47.9
Jamaica	47.0
Uruguay	46.5
Mexico	46.4
Belize	45.5
United States of America	44.3
El Salvador	43.0
Chile	42.6
Brazil	40.8
Paraguay	38.3
Dominican Republic	28.0

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

## Příloha č.6

### Soukromé náklady jako % z celkových nákladů na zdravotní péči, 2000

Country	Ordered by Private expenditure on health as % of total expenditure on health, 2000
Georgia	89.5
Armenia	57.7
Azerbaijan	55.8
Monaco	51.9
Yugoslavia	49.0
Greece	44.5
Switzerland	44.4
Latvia	40.0
Kyrgyzstan	38.3
Albania	37.9
Romania	36.2
Netherlands	32.5
Malta	31.5
Bosnia and Herzegovina	31.0
Austria	30.3
Poland	30.3
Spain	30.1
Ukraine	29.9
Turkey	28.9
Belgium	28.8
Portugal	28.8
Lithuania	27.6
Russian Federation	27.5
Kazakhstan	26.8
Italy	26.3
Finland	24.9
Germany	24.9
Hungary	24.3
Ireland	24.2
Israel	24.1
France	24.0
Estonia	23.3
Sweden	22.7
Uzbekistan	22.5
Bulgaria	22.4
Slovenia	21.1
Tajikistan	19.2
United Kingdom	19.0
Denmark	17.9
Republic of Moldova	17.6
Belarus	17.2
Iceland	15.6
The former Yugoslav Republic of Macedonia	15.5
Croatia	15.4
Turkmenistan	15.1
Norway	14.8
San Marino	14.3
Andorra	13.5
Slovakia	10.4
Czech Republic	8.6
Luxembourg	8.1

**UPOZORNĚNÍ: Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

**Příloha č.6**

**Soukromé náklady jako % z celkových nákladů na zdravotní péči, 2000**

Country	Ordered by Private expenditure on health as % of total expenditure on health, 2000
Dominican Republic	72.0
Paraguay	61.7
Brazil	59.2
Chile	57.4
El Salvador	57.0
United States of America	55.7
Belize	54.5
Mexico	53.6
Uruguay	53.5
Jamaica	53.0
Guatemala	52.1
Haiti	50.7
Ecuador	49.6
Trinidad and Tobago	49.3
Nicaragua	48.3
Argentina	45.0
Bahamas	44.5
Colombia	44.2
Suriname	43.9
Venezuela	42.6
Peru	40.8
Saint Kitts and Nevis	40.8
Antigua and Barbuda	40.1
Saint Lucia	37.9
Honduras	36.9
Barbados	35.2
Saint Vincent and the Grenadines	34.6
Costa Rica	31.6
Panama	30.8
Grenada	29.9
Dominica	29.1
Canada	28.0
Bolivia	27.6
Guyana	17.3
Cuba	10.8

## Seznam zdravotních pojišťoven v České republice

(stav k 31.12.2002)

Název pojišťovny	Kód	Druh	Působnost
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	111	všeobecná	celostátní
Vojenská zdravotní pojišťovna	201	resortní	celostátní
Hutnická zdravotní pojišťovna	205	oborová	regionální
Oborová zdravotní pojišťovna bank a pojišťoven	207	oborová	celostátní
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	209	podniková	lokální
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	211	resortní	celostátní
Revírní bratrská pojišťovna	213	oborová	regionální
Zdravotní pojišťovna METAL - ALIANCE	217	oborová	celostátní
Česká národní zdravotní pojišťovna	222	mezioborová	celostátní

Pramen: MZ ČR