

**Masarykova univerzita
Ekonomicko-správní fakulta**

Studijní obor: Veřejná ekonomika

**KOMPARACE SYSTÉMŮ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ
PÉČE V ČR A VYBRANÝCH ZEMÍCH EU**

Comparison of healthcare financing in Czech Republic and particular countries
of European Union

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:
Ing. Zuzana Zigová

Autor:
Radka Sedřová

Brno, duben 2006



digitálně podepsáno
**středisko
vědeckých
informací**

Digitally signed
by SVI(Jiri
Polacek)
Date: 2006.12.15
14:52:19 +01'00'

Jméno a příjmení autora: Radka Sedřová
Název diplomové práce: Komparace systémů financování zdravotní péče v ČR a vybraných zemích EU
Název v angličtině: Comparison of healthcare financing in Czech Republic and particular countries of European Union
Katedra: Veřejná ekonomie
Vedoucí diplomové práce: Ing. Zuzana Zigová
Rok obhajoby: 2006

Anotace v češtině

Tato práce srovnává systémy financování zdravotnictví ve vybraných státech Evropské unie, jejich institucionální strukturu, způsoby tvorby zdrojů a úhrad zdravotní péče. Popisuje průběh reformy zdravotnictví v České republice a další alternativní reformní kroky. Na základě komparace se pak snaží navrhnout doporučení pro zefektivnění současného systému financování zdravotnictví v České republice.

Anotace v angličtině

This work compares the systems of healthcare financing in particular countries of European Union, their institutional structure, methods of sources creation and reimbursement of health care. It describes a course of healthcare reforms in Czech Republic and another alternative reforming steps. On the basis of comparison, it tries to suggest a recommendation for better effectiveness of the present system of healthcare financing in Czech Republic.

Klíčová slova v češtině: financování zdravotní péče, modely financování a systémy úhrad zdravotní péče, postavení aktérů v sektoru zdravotnictví, komparace systémů v ČR a vybraných zemí EU, alternativní přístupy k reformám

Klíčová slova v angličtině: financing healthcare, models of financing and systems of reimbursements of healthcare, positions of subjects in health sector, comparison of system in Czech Republic and particular countries of EU, alternative accesses to reforms

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Ing. Zuzany Zigové a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

V Brně dne 21. dubna 2006

vlastnoruční podpis autora

Ráda bych poděkovala Ing. Zuzaně Zigové za odborné vedení, rady a připomínky, které mi pomohly při zpracování této práce.

OBSAH

ÚVOD	7
OBECNÁ ČÁST.....	9
1. CHARAKTERISTIKA ZÁKLADNÍCH POJMŮ A POSTAVENÍ JEDNOTLIVÝCH AKTÉRŮ V SYTÉMU ZDRAVOTNÍ PÉČE	9
1.1. ZÁKLADNÍ POJMY	9
1.1.1. Zdraví.....	9
1.1.2. Péče o zdraví.....	9
1.1.3. Teorie veřejné ekonomie a zdravotnictví	9
1.1.4. Zdravotnictví.....	10
1.1.5. Zdravotnické služby	10
1.1.6. Ekonomika zdravotnictví.....	10
1.1.7. Zdravotní politika.....	10
1.2. JEDNÁNÍ A POSTAVENÍ JEDNOTLIVÝCH AKTÉRŮ VE ZDRAVOTNICTVÍ A VZTAHY MEZI NIMI	12
1.2.1. Stát.....	13
1.2.2. Provozovatelé zdravotnických institucí, poskytovatelé zdravotní péče.....	13
1.2.3. Zdravotní pojišťovny.....	13
1.2.4. Občané, pacienti, spotřebitelé, zaměstnavatelé	14
1.2.5. Profesní organizace lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků.....	14
1.2.6. Odborové organizace.....	14
1.2.7. Dodavatelé léků, zdravotnické techniky, zboží a služeb.....	15
1.2.8. Výchovné a výzkumné instituce	15
2. FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	16
2.1. FORMY FINANCOVÁNÍ.....	16
2.2. MODELY SYSTÉMŮ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	16
2.2.1. Beveridgeův model (systém národní zdravotní služby).....	17
2.2.2. Bismarckův model (pojišťovací).....	17
2.2.3. Americký liberální (tržní, pluralitní).....	18
2.2.4. Semaškovův sovětský typ.....	19
2.3. ZPŮSOBY ÚHRAD POSKYTOVATELŮM ZDRAVOTNÍ PÉČE	19
2.3.1. Úhrady lékařům	19
2.3.2. Úhrady zdravotnickým zařízením.....	20
VLASTNÍ ČÁST	23
3. ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ V ČR A NÁVRHY ALTERNATIVNÍCH REFORM.....	23
3.1. ČESKÁ REPUBLIKA – ANALÝZA SOUČASNÉHO STAVU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ	23
3.2. NÁVRHY NA REFORMU A REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ V ČR	28
3.2.1. Návrhy na reformu a dílčí opatření současného ministra zdravotnictví MUDr. D. Ratha	28
3.2.2. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě v 21. století – alternativa opozice	30
4. POPIS SYSTÉMŮ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH	33
4.1. NĚMECKO.....	33
4.2. RAKOUSKO.....	36
4.3. ŠVÝCARSKO	38
4.4. NIZOZEMÍ	41
4.5. SLOVENSKO.....	44
4.6. VELKÁ BRITÁNIE.....	46
4.7. FRANCIE	49
5. KOMPARACE VYBRANÝCH ZEMÍ, SOUHRN VÝSLEDKŮ A NÁMĚTY NA ZLEPŠENÍ SITUACE V ČR	53
5.1. KOMPARACE VYBRANÝCH ZEMÍ	53
5.1.1. Výdaje na zdravotnictví a jejich struktura	53
5.1.2. Systém zdravotního pojištění, přístup pacienta k lékařům a formy úhrad zdravotní péče	56

5.1.3.	<i>Hodnocení z hlediska kapacity nemocnic a počtu lékařů.....</i>	<i>58</i>
5.1.4.	<i>Hodnocení z hlediska kvality zdravotní péče</i>	<i>58</i>
5.2.	SOUHRN VÝSLEDKŮ A NÁMĚTY NA ZLEPŠENÍ SITUACE V ČR.....	61
5.2.1.	<i>Analýza současného stavu financování zdravotní péče a záměrů v oblasti reformy zdravotnictví v ČR.....</i>	<i>61</i>
5.2.2.	<i>Komparace systému financování zdravotnictví v ČR s vybranými státy EU.....</i>	<i>62</i>
5.2.3.	<i>Koncipování případných doporučení pro další směřování reformy zdravotnictví.....</i>	<i>62</i>
	ZÁVĚR.....	65
	SEZNAM LITERATURY.....	66
	SEZNAM TABULEK.....	69
	SEZNAM GRAFŮ	70

Úvod

Zdraví je dobro, o němž nevíme, dokud ho neztratíme.

Latinské přísloví

Zdraví patří k prioritním hodnotám jednotlivce, rodiny i společnosti. Je předpokladem jejich sociální a ekonomické úspěšnosti, podmínkou kvality jejich života. Ochrana a podpora zdraví je proto společným zájmem a odpovědností nás všech. Prostředky rozumně vynaložené na ochranu a podporu zdraví proto nechápeme jako výdaj, ale jako investici pro jednotlivce i stát.

Úroveň zdravotní péče ovlivňuje zdraví obyvatelstva přibližně dvaceti procenty. Je nedílnou součástí hospodářské politiky všech zemí a je tím komplexnější a citlivější, čím rozvinutější je ekonomická a kulturní úroveň v daném státě. Současně však platí, že ve světě neexistuje jednotný univerzálně aplikovatelný model péče o zdraví. Systémy poskytování zdravotní péče se uplatňují a rozvíjejí v jednotlivých zemích na základě historického, společenského, ekonomického a politického vývoje. Odlišnosti jsou dány tradicí, společenským vývojem, ekonomickou úrovní a politickými postoji.

Protože je zdravotní péče aktuálním tématem posledních let, vybrala jsem si ho i jako téma své diplomové práce.

České zdravotnictví je financováno na základě Bismarckova pojišťovacího modelu. Výdaje České republiky (ČR) do zdravotnictví tvoří zhruba 7 % HDP (hrubý domácí produkt) podobně jako v Rakousku či ve Velké Británii. Tyto země mají také přibližně stejný HDP na jednoho obyvatele. Z porovnání vyplývá, že čím je země bohatší, tím větší podíl zaujímají výdaje na zdravotnictví na HDP. Na základě toho je tedy možno říci, že do českého zdravotnictví plyne dostatečné množství finančních prostředků, které by měly být schopny zabezpečit jeho plynulý chod. I přesto jsou některé naše nemocnice zadlužené, problémy s financováním řeší i Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a stále se nedaří prosadit koncepci reformy zdravotnictví. Není tedy nutné, aby do systému plynulo větší množství finančních prostředků, ale je především třeba, aby prostředky, které jsou již ve zdravotnictví k dispozici, byly efektivně využívány.

Cílem mé práce je analyzovat současný stav financování zdravotní péče a záměrů v oblasti reformy zdravotnictví v České republice. Komparovat systém financování zdravotní péče v ČR se systémy financování zdravotnictví ve vybraných zemích Evropy s důrazem na metody úhrad a postavení jednotlivých zájmových skupin. Pro toto srovnání jsem si vybrala Německo, Rakousko, Švýcarsko, Nizozemí, Slovensko, Velkou Británii a Francii. Na základě tohoto porovnání nalézt prvky těchto systémů, které by bylo možno aplikovat ve zdravotnictví ČR. Tzn., že se budu na závěr snažit podat návrhy na celkové zefektivnění fungování sektoru zdravotnictví u nás.

Při tvorbě práce jsem postupovala takto: Nejdříve prostudovala odbornou literaturu na dané téma, analyzovala jsem současný systém financování zdravotní péče a alternativních přístupů k reformám v ČR a vybraných zemích EU. Poté jsem provedla jejich komparaci, identifikovala jsem odlišnosti a společné prvky. V poslední fázi jsem se snažila koncipovat případná doporučení pro další směřování reformy zdravotnictví v ČR.

Práci jsem rozdělila na obecnou část a vlastní část. Obecná část se nejprve věnuje charakteristikou základních pojmů, kde stručně popisují základní pojmy, jako je: zdraví, péče o zdraví, zdraví jako statek z pohledu veřejné ekonomie, zdravotnictví, zdravotnické služby, ekonomika zdravotnictví a zdravotní politika. Pokračuji popisem jednání a postavení jednotlivých aktérů ve zdravotnictví a vztahů mezi nimi.

Následující kapitola pojednává o základních modelech financování zdravotní péče, kterými jsou: Bismarckovský (pojišťovací), Beveridgovský (národní zdravotní služba), Americký liberální a tzv. sovětský systém. Tato kapitola dále obsahuje hlavní způsoby úhrad poskytovatelům zdravotní péče (lékařů a nemocnicím).

Práce pokračuje vlastní částí, ve které se snažím analyzovat současnou situaci financování zdravotnictví v České republice. Zmiňuji návrhy alternativních reforem, a to současného ministra zdravotnictví a opozice. Dále se zabývám charakteristikou zdravotnických systémů ve vybraných evropských zemích (Německo, Rakousko, Švýcarsko, Nizozemí, Slovensko, Velká Británie a Francie). Zajímavé by bylo i srovnání s USA, ale to jsem kvůli omezenému rozsahu práce neuváděla. Americký systém je také velmi odlišný od českého pojišťovacího systému a u nás by se dal jen stěží zavést.

Stěžejní kapitolou je komparace vybraných zemí, souhrn výsledků a náměty na zlepšení situace v ČR. Na základě komparace a návrhů alternativních reforem pro financování zdravotnictví v ČR navrhuji v závěru této poslední kapitoly některá doporučení pro ČR, která by podle mého názoru mohla přinést lepší efektivnost fungování našeho systému financování zdravotní péče.

Obecná část

1. Charakteristika základních pojmů a postavení jednotlivých aktérů v systému zdravotní péče

1.1. Základní pojmy

1.1.1. Zdraví

Zdraví je specifickou kategorií, neboť nemá povahu statku, není předmětem koupě či prodeje na trhu. Lze ho velmi obtížně definovat a ještě hůře měřit. Většinou se jím rozumí „stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Zdraví je významnou složkou lidského potenciálu. Je jednak předpokladem a nutnou podmínkou pro uplatnění, produktivitu i individuální uspokojení každého člověka, a jednak má charakter cílové potřeby. Tvoří významnou složku životní úrovně a zdravotní stav populace bývá často používán i jako měřítko vyspělosti společnosti.¹

Zdraví člověka, kromě úrovně zdravotní péče, závisí také na genetických předpokladech, vzdělání, výši příjmu, majetku, výživě, životním prostředí a životním stylu. Obecně se soudí, že vliv úrovně zdravotní péče na zdravotní stav populace se pohybuje mezi 10 – 20 %.

1.1.2. Péče o zdraví

Péče o zdraví je široce pojatý souhrn zdravotnických, organizačních, ekonomických, výchovných a dalších prostředků, opatření a aktivit, jejichž smyslem je chránit, upevňovat, rozvíjet a navracet lidem zdraví. Těžiště péče o zdraví spočívá v rodinách, školách a na pracovištích. Ty zdravotní problémy, jejichž řešení přesahuje možnosti běžné občanské veřejnosti, se stávají předmětem profesních zdravotnických aktivit.²

1.1.3. Teorie veřejné ekonomie a zdravotnictví

Teorie veřejné ekonomie prokázala, že zdraví a zdravotní péče, na rozdíl od ostatních statků a služeb tržně spotřebovávaných jsou statky zvláštního druhu, tzv. vyšší statky a statky produkující externality. Zdravotnictví produkuje převážně smíšené kolektivní statky. Jedná se o statky, u nichž je možné vyloučení ze spotřeby, jsou i dělitelné, ale existuje u nich vztah přímé závislosti mezi kvantitou spotřeby a kvalitou, která zůstává nedělitelná.

Trhy zdravotních statků tendují k neefektivnostem. Jedním ze zdrojů neefektivností jsou důsledky objektivních selhání trhů. Těmito důsledky jsou např. informační nerovnováha mezi

¹ REKTOŘÍK, Jaroslav a kol.. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, s. r. o., 2002, str. 144

² HOLČÍK, Jan a kol.. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví, Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně*, 2005, str. 9

poskytovateli a spotřebiteli zdravotní péče a s ní související nabídkou indukovaná poptávka, pozitivní externality spojené s některými druhy zdravotní péče, omezená konkurenčnost vlivem geografických podmínek, vysoká heterogenost produktů či ustálených zvyklostí, ovlivňujících chování poskytovatelů.

Selhání trhu a zejména existence externalit jsou důvodem pro státní zásahy. Ty ovšem způsobují jiné neefektivnosti, např. pobídku k nadměrné poptávce. Ta vzniká tím, že uživatel služby není bezprostředně vystaven nutnosti konfrontovat svou poptávku s nutnými náklady. Dalším důsledkem je omezenost vstupu do odvětví a rigidnost používaných technologií.

1.1.4. Zdravotnictví

Zdravotnictví je resortní systém obsahující soustavu odborných zařízení, orgánů a institucí (spolu s lidmi, vybavením, poznatky a metodami), které byly vytvořeny s cílem poznávat a uspokojovat zdravotní potřeby i oprávněné požadavky lidí. Zdravotnictví je subsystém široce pojímané péče o zdraví a představuje její odbornou, profesionálně vykonávanou a resortně pojímanou část.²

1.1.5. Zdravotnické služby

Zdravotnické služby jsou ty odborné aktivity, které jsou podnikány s cílem chránit, upevňovat a navracet zdraví lidí, omezovat negativní důsledky poruch zdraví, vést lidi ke zdravému způsobu života a zlepšovat kvalitu životního prostředí. Jsou jednou z částí zdravotnického resortu a v podstatě tvoří samostatné odvětví národního hospodářství. Vnitřně se člení na: zařízení hygienické služby, zařízení léčebně-preventivní péče, zařízení pro výchovu a výuku, pro další vzdělávání zdravotnických pracovníků, vědecko-výzkumná a vývojová pracoviště na úseku zdravotnictví.²

1.1.6. Ekonomika zdravotnictví

Ekonomika zdravotnictví je specifický obor hospodářství a zároveň jeden z významných sektorů veřejné ekonomie. Řeší problémy produkce a alokace statků zvláštního druhu (smíšených kolektivních statků), které jsou převážně financovány z veřejných prostředků. Řeší zdánlivý rozpor mezi ekonomikou a etikou, neboli medicínskou deontologií. Zkoumá jak dosáhnout lepšího individuálního nebo kolektivního zdravotního stavu na základě disponibilních prostředků finančního, lidského a technického druhu, nebo jinak: jak minimalizovat náklady na dosažení definovaného zdravotního stavu. Model maximalizace lze zapsat dvěma způsoby, a to: maximum zdraví za daný náklad nebo minimální náklad za dosažení či udržení daného zdravotního stavu.³

1.1.7. Zdravotní politika

Zdravotní politika je souhrnem politických aktivit, které mají vliv na zdraví a kvalitu života lidí i celé společnosti. Zahrnuje zamýšlené i nezamýšlené jednání veřejnosti, veřejných, soukromých i dobrovolných organizací a jedinců, jež mají vliv na zdraví lidí. Zdravotní politika musí být v každém státě koncipována na základě sociální, ekonomické a zdravotní situace a musí být tvořena celospolečensky, a to zejména proto, že důsledky zdravotní politiky mají vliv na celou společnost. Proto je předmětem trvalého zájmu nejen zdravotníků, ale i široké veřejnosti. Zdravotní politika je specifickou součástí celkové politiky státu. Tvorba zdravotní politiky je rozdělena do čtyř základních fází:

1. definování základních problémů daného systému a nalezení možných způsobů jejich odstranění
2. formulace cílů a postupů
3. implementace stanovených postupů
4. vyhodnocení postupů

Mezi faktory, které mohou ovlivňovat tvorbu zdravotní politiky, patří např. společenská kultura státu, tedy hierarchie společenských hodnot, právní a politická kultura, společenská morálka a etika, dále dosažený stupeň společensko-ekonomického vývoje, významnou roli hrají také masové sdělovací prostředky.

Hlavními nástroji při aplikaci a uplatňování zdravotní politiky v praktickém životě jsou:

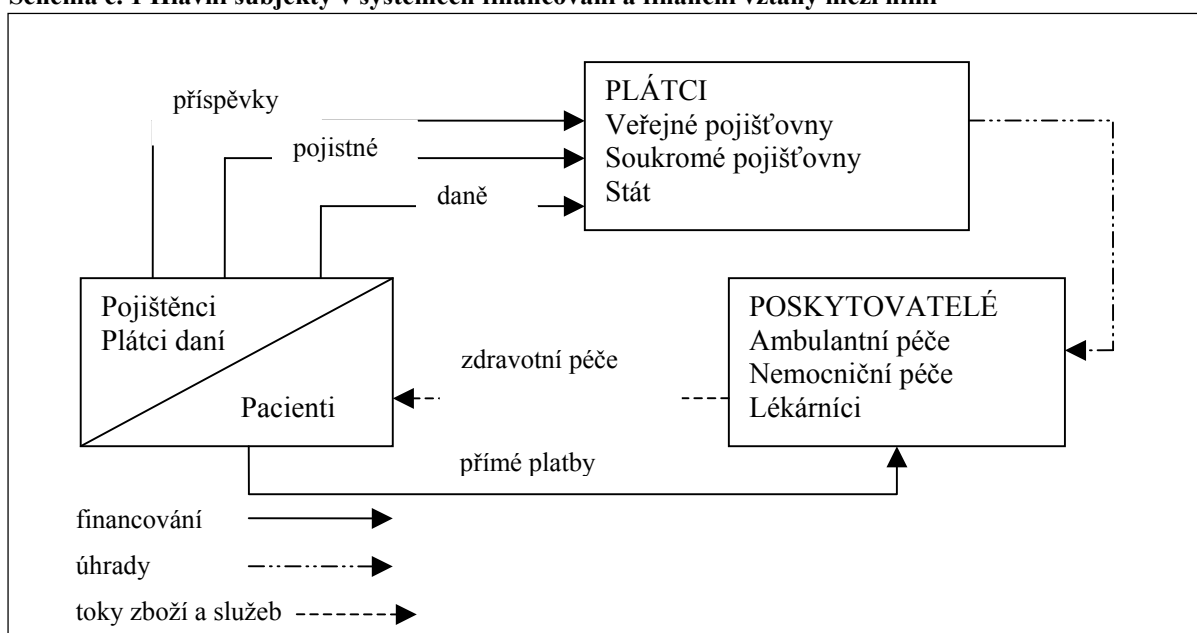
- zákony, normy a standardy
- finanční prostředky plynoucí do zdravotnictví a způsoby jejich umístění
- instituce
- informace
- způsoby vyjednávání mezi účastníky procesu zdravotní péče.³

³ GLADKIJ, Ivan a kol.. Management ve zdravotnictví, Computer Press, Brno, 2003

1.2. Jednání a postavení jednotlivých aktérů ve zdravotnictví a vztahy mezi nimi

Zdravotnické systémy, bez ohledu na jejich typ, tvoří složitou strukturu organizace s mnoha vzájemnými vazbami a rovněž s vazbami na prvky prostředí, ve kterých tyto organizace působí. Základ každého zdravotnického systému tvoří obecně tři subjekty. Jsou jimi pacienti (občané, spotřebitelé, plátcí pojistného), poskytovatelé zdravotní péče (lékaři, zdravotnická zařízení apod.) a tzv. třetí strana (plátcí), kterou mohou tvořit veřejné pojišťovny, soukromé pojišťovny a stát. Vztahy mezi jednotlivými subjekty zjednodušeně ukazuje následující schéma:

Schéma č. 1 Hlavní subjekty v systémech financování a finanční vztahy mezi nimi



Zdroj: HÁVA, Petr a kol.. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*

Uspořádání vztahů mezi plátcí, poskytovateli a pacienty se může odehrávat v zásadě na dvou základních principech. Těmito základními principy jsou volný trh a vládní regulace. Jednotlivé země se liší v tom, kolik prostoru a v jaké sféře jednotlivým mechanismům přenechávají. Všechny země se nacházejí v bodě kontinua, blíže k tomu či onomu pólu.

Trh a volná soutěž poskytuje prostor pro svobodnou směnu zdravotní péče, jejíž cena se utváří na základě nabídky a poptávky. Zdravotní pojištění je dobrovolné a soukromé. Existuje zde svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení. Existuje volná konkurence pacientů i plátců. Lékaři jsou soukromě podnikající subjekty. Obvyklá je platba za výkon. Nemocnice jsou soukromé, charitativní i ziskové. Převažuje zde zisková orientace. Zdravotní péče je drahá a kvalitní. Nedostatkem tohoto systému je:

1. Část populace, která zdravotní péči nejvíce potřebuje (důchodci, děti, chronicky nemocní, zdravotně postižení atd.), má nízké příjmy z důvodu svého sociálního postavení a nemůže si zdravotní péči dovolit. Jsou zařazeni do nejvíce rizikových skupin a jejich pojistné je značně vysoké. Tomuto jevu se říká „*adverzní výběr*.“
2. Pacient není tak medicínsky vzdělán jako jeho lékař. Musí mu proto v oblasti svého zdraví plně důvěřovat. Tento jev lze nazvat „*informační asymetrie*.“

3. Platí, že zvýšená nabídka vyvolá zvýšenou poptávku. V oblastech, kde je koncentrováno více lékařů, dochází ke spotřebě většího počtu zdravotních služeb. Tento jev představuje „*nabídkou indukovanou poptávku*.“
4. Další důvody proti jsou, že ceny zdravotní péče rostou rychleji než ceny v jiných odvětvích. Značná část péče je poskytována nadbytečně. Značné části obyvatel se zdravotní péče nedostává, neboť si ji nemohou koupit. Trh není schopen zajistit kontrolu objemu péče a vynaložených prostředků ani racionální strukturu sítě zdravotnických zařízení.

1.2.1. Stát

Všechny tyto skutečnosti vedou k názoru, že trh a jeho působení ve zdravotnictví selhává a je žádoucí, aby do systému zasáhl *stát a jeho regulace*. V Evropě je z historického hlediska zažitá role státu jako zajišťovatele základní zdravotní péče všeobecně dostupné pro všechny občany. Stát je v ekonomicky vyspělých zemích alespoň formálním garantem za komplexní zdravotní péči o obyvatelstvo, spoluzodpovídá za dostupnost péče a rovněž za efektivní využívání zdrojů ve zdravotnictví. Ve vztahu k jednotlivým prvkům vykonává funkce zákonodárné, ekonomické, regulační a kontrolní. Stát si tak vyhrazuje právo vstoupit do vztahu mezi poskytovateli, plátcí a pacienty např. tím, že stanoví maximální horní hranice cen zdravotnických služeb, stanoví maximální ceny léků, legalizuje povinné zdravotní pojištění, přispívá platbami ze státního rozpočtu, reguluje počet studentů a absolventů lékařských fakult, vykonává dohled nad činností veřejných zdravotních pojišťoven, kontroluje rozsah a strukturu zdravotnických zařízení, dohlíží na investice do technologického vybavení apod.

1.2.2. Provozovatelé zdravotnických institucí, poskytovatelé zdravotní péče

Jsou klíčovým prvkem zdravotnického systému, neboť jsou hlavními realizátory péče. V průmyslově vyspělých zemích existuje bohatá síť zdravotnických zařízení zpravidla více či méně regulovaná státními intervencemi a opírající se z části o vlastnictví státní (veřejné) a z části vlastnictví soukromé. V rámci typu vlastnictví zdravotnického zařízení se diskutuje o tom, zda a do jaké míry ovlivňuje typ vlastnictví ekonomiku a efektivnost zdravotní péče. Mezi provozovateli zdravotnických zařízení probíhá soutěž zpravidla orientovaná k získání klientů, kteří jsou schopni za služby platit hotově nebo jsou zajištěni pojištěním u spolehlivých pojišťoven. Provozovatelé při získávání klientů usilují o zavádění moderních medicínských technologií, vytváření příjemného prostředí, zkracování čekacích dob atp.; to vše vede ke zdražování zdravotnických služeb.

1.2.3. Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny významně ovlivňují ekonomické prostředí pro poskytování zdravotní péče. Na jejich solventnosti závisí v rozhodující míře ekonomická stabilita zdravotnických zařízení. Svou činností významně ovlivňují stupeň efektivního využívání zdrojů. Ze systémového hlediska je nutno brát v úvahu zejména tato kritéria:

- Počet zdravotních pojišťoven
- Počet pojištěnců
- Skladbu pojištěnců
- Spektrum hrazených zdravotnických služeb jednotlivými pojišťovnami

- Poměr mezi objemem prostředků vyplacených na krytí zdravotní péče pojištěnce a objemem prostředků spotřebovaných pro pojišťovnu jako instituci
- Schopnost pojišťovny uhradit z výběru pojistného a dalších vlastních příjmů náklady spojené s provozováním zdravotního pojištění pro pojištěnce dané pojišťovny
- Zda je výše pojistného závislá na endogenně určené sazbě pojistného nebo zda je možnost výši pojistného ovlivnit

1.2.4. Občané, pacienti, spotřebitelé, zaměstnavatelé

Z mnoha faktorů, ovlivňujících zdravotní stav jedince, hraje důležitou roli péče každého jedince o vlastní zdraví. Občané se mohou podílet na péči o zdraví těmito aktivitami:

- ochranou a posilováním vlastního zdraví, omezením nebo odstraněním osobního rizikového chování vedoucího k poškozování vlastního zdraví;
- sebezpečím a pečovatelstvím v rodinách;
- účastí ve svépomocných a charitativních organizacích (např. Červený kříž, ekologické organizace, organizace zdravotně ohrožených nebo postižených apod.);
- uplatňováním svých zájmů v oblasti zdravotní péče prostřednictvím zastupitelských orgánů;
- péčí o životní prostředí;
- dodržováním zásad bezpečnosti při práci, v dopravě, při rekreačním sportu;
- respektováním doporučení lékařů a dalších zdravotnických pracovníků, s jednáním podle jejich doporučení v případě nemoci;

Občané v pojišťovacích systémech hrají roli pojištěnce, tzn. plátce pojistného a spotřebitele zdravotní péče. V roli plátce jsou důležité tyto parametry: počet pojištěnců, poměr mezi plátcí a osobami, za které platí pojistné stát, výše příjmů (pojistného), rozsah přímých plateb atd. V roli spotřebitele jsou důležité tyto parametry: stupeň využívání zdravotnických služeb, věk, vzdělání, povolání, aktuální zdravotní stav, rizika, zdravotní uvědomění, rozsah sebezpeče, dostupnost zdravotnických služeb.

Zaměstnavatelé spolupůsobí na životní prostředí, především na vytváření pracovních podmínek. Přímou či nepřímou ovlivňují zdraví pojištěnců. Vedle toho spolurozhodují o úrovni mezd a platů a podílejí se podstatnou měrou na placení pojistného.

1.2.5. Profesionální organizace lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků

Hájí především skupinové zájmy dané profesí, pečují o odborný růst svých členů a v některých případech se podílejí na řešení etických problémů vznikajících v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Náleží k nim především lékařské komory, komory lékárníků, asociace nemocnic atd. V různých zemích mají tyto organizace různé právní postavení. V některých zemích je účast v těchto komorách povinná, v jiných dobrovolná. Obecně je možno pozorovat od představitelů těchto organizací snahu o získání co největšího vlivu na řízení a financování zdravotnictví.

1.2.6. Odborové organizace

Odborové organizace působí na principu pracovního poměru mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, mají za úkol hájit především oprávněné zájmy zaměstnanců, vyplývající z pracovněprávního zákonodárství a kolektivních smluv. Mohou krátkodobě narušit stabilitu

zdravotnického systému prosazováním nereálných požadavků, zejména prostřednictvím různých nátlakových akcí. Míra vlivu odborových organizací je velmi silná v liberálních modelech financování, silná v modelech používající povinné pojištění a slabší v systému národní zdravotnické služby.

1.2.7. Dodavatelé léků, zdravotnické techniky, zboží a služeb

Velmi významně ovlivňují ekonomiku zdravotnického systému a jeho celkovou spolehlivost. Je úkolem manažerů zdravotnických zařízení, aby spolupracovali s takovými dodavateli, kteří jsou spolehliví a uplatňují při obchodních kontaktech rozumnou cenovou politiku.

1.2.8. Výchovné a výzkumné instituce

Jsou reprezentovány především lékařskými a farmaceutickými fakultami, zdravotnickými školami, výzkumnými ústavy, postgraduálními vzdělávacími instituty atp. Tyto instituce vychovávají pro zdravotnictví kvalifikované pracovníky a z nich většinou vycházejí podněty pro zdokonalování a změny v medicínských technologiích. Je velmi důležité, aby existovala zpětná vazba mezi zdravotnickými zařízeními podílejícími se bezprostředně na zdravotní péči a těmito institucemi.⁴

⁴ GLADKIJ, Ivan. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého, Olomouc, 2002

2. Financování zdravotní péče

2.1. Formy financování

Způsob financování je v dnešních vyspělých tržních, resp. smíšených ekonomikách řešen velice rozmanitě. Jednotlivé způsoby se od sebe liší zejména podílem zdrojů pocházejících z veřejného sektoru na celkových výdajích, rozsahem přímých úhrad za spotřebované služby, existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem, formami proplácení nákladů poskytovatelům zdravotnických služeb, způsoby stanovení cen a řadou dalších faktorů.⁵

Různé formy financování zdravotnických služeb se dají třídit následujícím způsobem:

- **Nepřímé financování** – plátcem za péči je jiná osoba než pacient či jeho rodina. Existuje v zásadě pět typických forem:
 - Prostřednictvím veřejných rozpočtů: státních a místních (municipálních)
 - Povinné (veřejné) pojištění
 - Dobrovolné (smluvní) pojištění
 - Zaměstnanecké pojištění
 - Dobročinnost, charita, zahraniční pomoc
- **Přímé** – platby příjemců služeb.

2.2. Modely systémů financování zdravotní péče

V současné době existují tři základní modely financování: Bismarckův zaměstnanecký systém, Beveridgův univerzální systém a americký liberální (pluralitní) systém. V reálu se nepoužívají jejich čisté formy, nýbrž jejich různé varianty a kombinace. Vedle těchto systémů byl v bývalých komunistických zemích uplatněn tzv. Semaškovův sovětský systém.

V následujících tabulkách jsou syntetizovány základní ukazatelé a indikátory financování a fungování podle hlavních systémů.

Tabulka č. 1: Struktura financování ve zdravotnických systémech

Ukazatelé	Beveridgův systém	Bismarckův systém	USA
Výdaje v % HDP	6 - 8,5 %	7 - 10 %	14 %
Daně (D) nebo pojistné (P)	D = 80 - 90 % P = 5 %	D = 15 % P = 70 %	D = 40 % P = 30 %
Účast pacienta	5 - 10 %	10 - 15 %	30 %
Cena zdravotní péče	Sjednaná	Kontrolovaná	Vysoká
Objem spotřebované zdravotní péče	Slabý	Kontrolovaný	Vysoký
Počet poskytovatelů	Variabilní	Variabilní	Vysoký

Zdroj: Háva, P..Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad

⁵ MALÝ, I. Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče. ESF MU, Brno 1996

Tabulka č. 2: Naplnění nejdůležitějších indikátorů podle jednotlivých systémů

Indikátory zdravotnického systému	Tržní zdravotnictví	Národní zdravotní pojištění	Národní zdravotní služba - státní zdravotnictví
Dostupnost	+	+++	++D/Pozn.1
Kvalita	+++	++	+
Ekonomická nákladnost	+++ (nejvyšší)	++	+
Výkonnost	-	+	++
Rovnost	-	++	+++
Akceptabilita	+	+++	++/Pozn. 2

Pozn. 1 - Dostupnost primární péče ve státním zdravotnictví je v zásadě stejně dobrá, jako v systému národního pojištění, pouze spotřeba neakutní odborné péče je obvykle regulována pořadníky pacientů a objednávacími lhůtami. Přímý přístup je k praktickým lékařům, odborná specializovaná péče je sjednávána jejich prostřednictvím nebo si je pacient musí zaplatit sám.

Pozn. 2 - Ve státních zdravotnictvích je sice veřejností vysoce ceněno garantování zdravotní péče státem, vzhledem k nedostatkovému charakteru kvalitní zdravotní péče při omezených investicích státu však občané hledají alternativní cesty, jak si zajistit vyšší standard péče.

Zdroj: KRÍŽOVÁ, Eva. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání

2.2.1. Beveridgův model (systém národní zdravotní služby)

Používá financování zdravotnických služeb prostřednictvím státního rozpočtu, resp. ze zdrojů vzniklých zdaněním. Zdravotnická zařízení jsou vlastněna převážně státem, lékaři mají postavení samostatných podnikatelů či zaměstnanců, role profesních organizací je spíše slabá, převládá nepřímé placení služeb a úloha státu je přímá, centrální. Tento systém je využíván ve Velké Británii, skandinávských státech a ve státech jižní Evropy.

Výhody:

- obecná dostupnost kvalitních zdravotnických služeb
- dostatečná nabídka služeb
- podpora komplexní primární péče
- přiměřená pozornost návaznosti služeb
- podpora rozvoje nových medicínských technologií
- podpora ekvity při poskytování zdravotní péče
- přiměřené náklady péče

Nevýhody:

- dlouhé čekací doby na některé výkony
- nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
- podpora nesoutěživého klimatu
- nedostatek zdrojů pro rozvoj v případě ekonomické recese

2.2.2. Bismarckův model (pojišťovací)

Je charakteristický převahou povinného veřejného pojištění pokrývající většinu populace a základní rozsah zdravotní péče, doplněného přímými platbami, soukromým pojištěním i státními rozpočtovými prostředky. Je zde akceptován princip solidarity. Zdravotnická zařízení mohou být soukromá i veřejná, ambulantní lékaři jsou většinou samostatnými podnikateli a lékaři v lůžkových zařízeních jsou převážně zaměstnanci, role profesních organizací je silná, převládá nepřímé placení služeb, úloha státu je zpravidla významná, nepřímá. Tento systém je typický pro evropské kontinentální státy např. Holandsko, Německo, Belgie, Francie, Rakousko a postkomunistické státy ve střední a východní Evropě.

Výhody:

- vysoká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele
- dostatečně pestrá nabídka zdravotnických služeb
- vyhovující síť zdravotnických zařízení
- celkem vyhovující návaznost služeb
- podpora primární zdravotní péče
- přiměřené náklady

Nevýhody:

- část prostředků spotřebují zdravotní pojišťovny na svou činnost
- důraz je kladen na kurativní péči
- pojišťovny se mohou dostat z různých důvodů do finančních potíží, které se řeší na úkor poskytovatelů péče a klientů
- systém má značné administrativní náklady

Ve zdravotnických systémech pod dohledem státu (Bismarckovský model, Beveridgovský model) se setkáváme s jevem sociální solidarita. Mluvíme-li o solidaritě, rozumíme solidaritu bohatých s chudými, zdravých s nemocnými, mladých se staršími, jedinců s rodinami a ekonomicky aktivních s ekonomicky neaktivními. Sociální solidarita vyjadřuje, že zdravotní péče se má dostat těm, kteří ji potřebují, bez ohledu na jejich platební schopnost. Znamená to, že absolutní výše příspěvku na zdravotní péči není fixní, nýbrž má progresivní charakter a roste adekvátně se zvyšováním příjmu.

Sociální solidarita má však i záporné jevy jako je např. tzv. *morální hazard*, kdy bezplatné financování zdravotní péče vede ke ztrátě vědomí nákladů a ke snaze vyčerpat co nejvíce péče. Dalšími problémy je udržitelnost tohoto systému do budoucna. Ve vyspělých zemích je trendem stárnutí obyvatel a zvyšující se počet civilizačních chorob. To, vzhledem k nedostatku financí, vede k tlaku na snížení solidarity mezi mladými a starými a nemocnými a zdravými.

2.2.3. Americký liberální (tržní, pluralitní)

Jedná se o systém, ve kterém probíhá financování převážně na základě soukromého pojištění doplněného o státní transferové a redistribuční programy řešící nejzávažnější selhání trhu. Zdravotnická zařízení jsou jak soukromá, tak veřejná, ambulantní lékaři jsou většinou samostatní podnikatelé a lékaři v lůžkových zařízeních jsou buď zaměstnanci, podnikatelé nebo spolupodnikatelé, role profesních organizací je velmi silná, služby jsou placeny ze 30 až 40 % přímou platbou, úloha státu je spíše nepřímá. Typickým příkladem je USA.

Výhody:

- bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb
- podporuje rozvoj nových medicínských technologií
- podporuje soutěživost mezi poskytovateli zdravotní péče

Nevýhody:

- nízká dostupnost základní zdravotní péče pro všechny obyvatele
- nedostatečná preventivní péče
- nedostatečná návaznost péče
- vysoké náklady na péči
- vysoký podíl nákladů na administrativu systému

2.2.4. Semaškovův sovětský typ

Je to systém státního zdravotnictví, kde má stát hlavní roli. Celé zdravotnictví je financováno ze státního rozpočtu a stát také vlastní všechna zdravotnická zařízení.

Výhody:

- všeobecná dostupnost základní zdravotní péče
- prioritou je prevence
- návaznost péče
- racionální rozmístění sítě zdravotnických zařízení

Nevýhody:

- nízká výkonnost systému
- chronický nedostatek prostředků
- ekonomické brzdy v rozvoji medicínských technologií
- nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví
- zcela nesoutěživé prostředí mezi poskytovateli péče
- nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků

2.3. Způsoby úhrad poskytovatelům zdravotní péče

Existuje velké množství způsobů úhrad zdravotní péče. Jednotlivé způsoby úhrad se většinou nevyskytují ve zcela čisté podobě. Většinou existuje jeden převládající způsob úhrad, který je kombinován s ostatními formami.

2.3.1. Úhrady lékařům

- **Pevný plat (Salary)** – je používán v případech vytvoření pracovně-právního vztahu. Vede obvykle k šetrnosti a ke snížení kvality péče, k poklesu výkonů, snižuje celkové náklady.
- **Podle počtu pacientů (Capitation)** – jedná se o paušální, předem dohodnutou úhradu služeb za dohodnuté časové období za registrovaný počet pojištěnců bez závislosti na množství poskytnutých služeb. Tyto paušální platby mohou zohledňovat věk či rizikovou skupinu pacientů. Z hlediska plátců je snadná kontrola výdajů zdravotnických služeb, avšak pro pacienty skýtá možné riziko nedostatečného rozsahu poskytovaných služeb. Výhodou této formy úhrady je snaha lékaře udržet si pacienta. Většinou je tato platba částečně kombinována s výkonovou platbou. Tento způsob úhrady se používá např. ve Velké Británii, Dánsku, Irsku, Rakousku, částečně v Nizozemí, od roku 1997 také v ČR.
- **Podle výkonů (Fee-for-service)** – jedná se o specifickou platbu za jednotlivé poskytnuté služby. Vede k zainteresovanosti na straně poskytovatele, který má snahu maximálně vyjít vstříc svým pacientům, a to až s rizikem nadměrného rozsahu poskytovaných služeb. Existuje několik odlišných typů plateb za služby.

V ČR se používá model založený na *seznamu výkonů oceněných relativními hodnotami*. Každý výkon (služba) je zde oceněn příslušným počtem jednotek relativní hodnoty (u nás body). Příjem lékaře potom činí součet bodů za jednotlivé výkony násobený peněžním vyjádřením bodu. Výhodou je, že peněžní vyjádření bodu může

zohledňovat růst nákladů či inflace a také může být např. pro každou specializaci lékařské praxe stanoven odlišně. Důležité je správné stanovení hodnoty bodu.

- **Úhrada za návštěvu** – jde o paušál za jednu návštěvu pacienta.
- **Úhrada za dohodnutou práci (Flat-rate, Bonus-payment)** např. za očkovaní daného rozsahu.
- **Fond praktického lékaře** – umožňuje sledování nákladů jednotlivých lékařů. Pokud výdaje na určitého pojištěnce během roku překročí určitou hodnotu, nejsou do výdajů započteny skutečné náklady, ale tato hodnota.

2.3.2. Úhrady zdravotnickým zařízením

- **Úhrada za ošetřovací den (Per diem, Daily charge)** – jedná se o pevnou částku, kterou obdrží nemocnice od plátce zdravotní péče na pokrytí nákladů spojených s jednodenním pobytem pacienta v nemocnici. V základní variantě je vyplácená částka stejná pro všechny pacienty bez ohledu na jejich diagnózu a poskytnutou péči. Existují však modifikované formy této metody, které berou v úvahu i náročnost poskytované péče. Předností této metody je její administrativní jednoduchost a průhlednost. Nevýhodou je, že nemocnice je tímto způsobem úhrady motivována k prodlužování pobytu pacienta na lůžku, za účelem zvyšování svého příjmu.
- **Platba za výkon** – nemocnice je odměňována za každou provedenou službu. Aby tato metoda mohla být používána, je třeba vypracovat podrobný seznam jednotlivých výkonů a současně provést jejich kalkulaci. V praxi je však velmi složité hlídat opodstatněnost jednotlivých výkonů, protože nemocnice jich za danou dobu provede velké množství. Nevýhodou je vysoká administrativní náročnost, neprůhlednost a motivace k poskytování nadbytečné péče.
- **Platba za případ (Case payment)** – podstatou platby za případ je rozřídění pacientů do určitých diagnostických skupin se stanovením jejich nákladové náročnosti. Na léčbu jednoho případu z definované skupiny dostává nemocnice pevně stanovenou částku.

Nejznámějším systémem platby za případ je systém USA označovaný jako DRGs (Diagnostic Related Groups), kdy se přihlíží k typu diagnózy, stupni rozvoje nemoci, ovlivnitelnosti symptomů a výsledků léčby. Vlastní realizace je velmi obtížná a poměrně nákladná. Klade vysoké nároky na informační systém a průběžný výzkum. Správná aplikace však vede ve svém důsledku k vysoké efektivitě a kvalitě služeb. Kladem tohoto způsobu financování je zainteresovanost poskytovatele na minimálních nákladech, snadné získání dat, skupin není příliš mnoho, dobrá porovnatelnost mezi nemocnicemi, spojení odměny poskytovatele s produktem, který je vázán na pacienta. Rizikem je možnost předčasného propouštění pacientů a jejich opětovná hospitalizace, snaha získávat pacienty, jejichž náklady na hospitalizaci budou nízké, snaha diagnostikovat pacienty do výše placených kategorií, přecenění úhrady některých diagnostických skupin.

- **Celkový (globální) rozpočet (Global payment)** – tento rozpočet se stanovuje na základě dohody mezi příslušným odpovědným orgánem a zdravotnickým zařízením. Nemocnice nejprve předloží svůj rozpočet a orgán posoudí přiměřenost finančních prostředků. Bere v potaz náklady ostatních podobných zařízení a vývoj nákladů v předešlých obdobích. Přijatý rozpočet se stává závazným pro všechny „třetí strany“, které využívají služeb dané nemocnice. Ty jsou pak povinny platit svůj podíl na rozpočtových výdajích bez ohledu na skutečně vynaložené náklady. Výhodou tohoto

systemu je administrativní jednoduchost a to, že celkové výdaje na nemocniční péči jsou pod kontrolou správce fondu. Další výhodou může být to, že management nemocnic zná předem své příjmy, což umožňuje dlouhodobější vytváření koncepce rozvoje nemocnic.

Jednou z forem financování zdravotní péče (poskytované lékaři i zdravotnickými zařízeními) jsou přímé platby.

Přímé platby (Cost-sharing) – za jednotlivé zdravotnické služby mohou nabývat různých podob. Může se jednat např. o **spoluúčast na pojištění**, což je určitá procentní sazba, kterou pacient platí z ceny výkonu. Graficky je znázorněna na obrázku č. 1. Pacient platí šedou část obrázku.

Obrázek 1



Zdroj: FELDSTEIN, Paul. *Health care economics*.

Další možnou formou přímé úhrady může být tzv. **spoluplatba**, kdy si pacient platí pevnou částku vždy, když je mu poskytnuta zdravotnická služba. Tato situace je zobrazena na obrázku č. 2.

Obrázek 2



Zdroj: FELDSTEIN, Paul. *Health care economics*.

Pacient dále může platit pouze částku, která je nad určitý stanovený limit. Tato situace je znázorněna na obrázku č. 3.

Obrázek 3



Zdroj: FELDSTEIN, Paul. *Health care economics*.

Pacient dále může platit formou tzv. **balancované platby**, při které platí rozdíl mezi cenou pojišťovny a cenou poskytovatele. Posledním typem přímých plateb je **platba za výlučný výkon**, kdy pacient platí plnou částku za službu, kterou nehradí pojišťovna.

Výhodou spoluúčasti pacientů je posílení jejich odpovědnosti za zdravotní stav a zlepšení přehledu o cenách zdravotních služeb. Nevýhodou může být např. zanedbání prevence. Dalším problémem je nedostatečně zjištěný význam a charakter poptávky (velikost, struktura a hlavní nositelé). Předpokládá se, že hlavními nositeli poptávky po zdravotní péči jsou důchodci a rodiny s dětmi. Ti jsou ve většině případech vyloučeni z přímých plateb. Proto je výsledný efekt zavedení přímých plateb pacientů sporný. V některých případech se může stát, že administrativní náklady na zavedení přímých plateb překročí výnosy z těchto přímých plateb.

Vlastní část

3. Analýza současného stavu financování zdravotnictví v ČR a návrhy alternativních reforem

3.1. Česká republika – analýza současného stavu financování zdravotnictví

Historie

Počátky tvorby zdravotního systému sahají až do období Rakouska-Uherska, kdy bylo roku 1888 po vzoru Německa zavedeno povinné nemocenské pojištění pro průmyslové dělníky. Od roku 1918 až do roku 1945 bylo zdravotnictví na našem území financováno z rozpočtu Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy a přes systém zdravotních pojišťoven. V roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému, který spravovala Ústřední národní pojišťovna. Byly znárodněny lázně a zřídla a zestátněny nemocnice, léčebné ústavy a zdravotnický průmysl. Od roku 1951 byl zaveden sovětský systém zdravotnictví. V 70. a 80. letech se zdravotnictví začalo potýkat s nedostatkem financí. Celý systém byl neefektivní, těžkopádný a nereagoval flexibilně na potřeby občanů. Technické vybavení zaostávalo a bylo nahrazováno růstem počtu nemocničních lůžek a lékařů.

V roce 1989 nastal politický převrat, který měl vliv i na oblast zdravotnictví. Cílem transformace byla demokratizace, humanizace a zvýšení kvality poskytované péče. Bylo zavedeno veřejné zdravotní pojištění fungující na principu solidarity a bylo rozhodnuto o pluralitním systému zdravotních pojišťoven. V roce 1992 byla založena Všeobecná zdravotní pojišťovna a po ní ještě 26 dalších zdravotních pojišťoven. Všechny 27 pojišťoven mělo charakter ze zákona zřízených veřejnoprávních institucí. V roce 1992 byl zahájen proces privatizace (ambulantních zařízení, malých lůžkových zařízení, lázní a lékáren). V tomto období vznikly čtyři nejdůležitější zákony z oblasti financování zdravotnictví⁶. Občané získali možnost svobodné volby lékaře, zdravotní pojišťovny, nemocnic a dalších zdravotnických zařízení.

V polovině 90. let začaly vznikat nadměrné deficity některým nemocnicím a pojišťovnám částečně způsobené formou úhrad (platby za výkon) a nedostatečnou legislativou. V roce 1995 byl upraven veřejný dohled nad všemi zdravotními pojišťovnami. Z tohoto důvodu se řada pojišťoven dostala do vážných problémů a z 27 jich v roce 2001 zůstalo pouze 9. Od roku 1997 začala probíhat restrukturalizace zdravotní péče, která měla vést k úbytku lůžek akutní péče, k posílení počtu lůžek pro dlouhodobou péči a ke snížení počtu lékařů.

⁶ Zákon č. 550/1991 o všeobecném zdravotním pojištění (v roce 1997 nahrazen zákonem 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění,
zákon č. 551/1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně,
zákon č. 592/1992 o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění,
zákon č. 280/1992 o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

V letech 2000 až 2003 proběhla reforma veřejné správy, která měla za následek převod nemocnic ze státu do samostatné působnosti krajů. Kraje se od 1.1.2003 staly zřizovateli bývalých okresních nemocnic a spravují 79 nemocnic. Část nemocničních zařízení byla privatizována. Hlavním důvodem této reformy bylo převedení zhruba půl miliardového dluhu ze státu na kraje a soukromé vlastníky.

Od roku 1995 do roku 2005 bylo sestaveno nespočetně mnoho koncepcí a vystřídal se 13 ministrů zdravotnictví. Také problém financování zdravotnictví není dořešen. Jsou zde velké problémy se zadlužováním Všeobecné zdravotní pojišťovny a fakultních nemocnic.

Institucionální struktura

Za oblast zdravotnictví je na nejvyšší úrovni zodpovědné Ministerstvo zdravotnictví. To kontroluje instituce a osoby, které zajišťují ochranu veřejného zdraví. Pod jeho působnost spadá zdravotní péče, vědecký výzkum v oblasti zdravotnictví a správa nemocnic, které jsou přímo pod jeho vedením.

Další instituce zabezpečující systém zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny. Každý občan má svobodnou volbu zdravotní pojišťovny a právo ji změnit jedenkrát za 12 měsíců, a to vždy k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí. Zdravotní pojišťovny mají ze zákona nařizeno přijmout všechny žadatele o zdravotní pojištění. V systému nejdůležitější a největší je **Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)**. Řídí se zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Kryje zhruba 68 % populace. Její solventnost je garantována státem. VZP, stejně jako ostatní pojišťovny, sestavuje každoročně pojistné plány. Zdravotně pojistný plán, účetní závěrku a výroční zprávu všech pojišťoven za minulý rok schvaluje na návrh vlády Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR. Hospodaření VZP je ztrátové a deficit činil ke konci roku 2005 zhruba 9 miliard Kč. Příčinou tohoto deficitu by mohla být věková struktura pojištěných, nízké platby státu za státní pojištěnce, vysoký počet nevymahatelných pohledávek a pohledávek po lhůtě splatnosti, to, že průměrné výdaje na jednoho pojištěnce převyšují průměrné příjmy, nastavení úhrad za zdravotní péči a další. Vláda řešila problém nevymahatelných pohledávek jejich částečným odkoupením Českou konsolidační agenturou.

Ostatním pojišťovnám zajišťujícím pluralitní systém pojištění se říká **zaměstnanecké**. Tyto pojišťovny jsou upraveny zákonem č. 280/1992 Sb., O resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. V dnešní době jich je osm: Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra, Vojenská, Hutnická, Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví, Zaměstnanecká pojišťovna Škoda, Revírní bratrská pokladna, Metal Aliance a Česká národní zdravotní pojišťovna.

Na území ČR je zhruba 25.000 zařízení poskytujících zdravotní péči. Jsou jimi praktičtí lékaři pro děti a dorost, praktičtí lékaři pro dospělé, zubaři, gynekologové, odborní lékaři, nemocniční zařízení, ostatní lůžková zařízení, záchranná služba, pečovatelské domy, lékárny a lázně.

Dalším důležitým článkem jsou komory, jejich členství je povinné pro všechny lékaře pracující v lékařství a preventivní péči, zubaře, lékárníky, veterináře. Je zde i mnoho odborových a zájmových organizací, např. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, Svaz českých lékařů, Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků, Asociace nemocnic, Svaz pacientů ČR.

V dohodovacích řízeních mezi zástupci VZP a ostatních pojišťoven, příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče, se sestavuje seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Dojde-li k uzavření dohody, je předložena Ministerstvu zdravotnictví, které ji,

pokud neshledá žádné nedostatky, schválí a vydá jej vyhláškou. Pokud k dohodě nedojde nebo pokud není v souladu s právními předpisy či veřejným zájmem, stanoví seznam výkonů s bodovým ohodnocením Ministerstvo zdravotnictví.

Výdaje na zdravotní péči

Zdravotnictví v České republice je financováno z více zdrojů⁷. Těmito zdroji jsou veřejné rozpočty (státní a územně samosprávných celků), veřejné zdravotní pojištění, přímé platby občanů, resp. komerční připojištění a dary. V roce 2004 činily celkové veřejné výdaje na zdravotnictví 198.301 mil. Kč a tvořily tak 7 % HDP. Procentuální rozdělení celkových výdajů na zdravotnictví podle jednotlivých zdrojů bylo v roce 2004 následující:

Veřejné	91,2 %
• Z daní.....	10,3 %
• Povinné zdravotní pojištění.....	80,9 %
Soukromé	8,8 %
• Spoluúčast pacientů.....	8,8 %

O soukromém doplňkovém pojištění se mluví, ale ještě pro něj není vytvořena legislativa.

Z daní se hradí výdaje na státní i regionální úrovni. Na státní úrovni Ministerstvo zdravotnictví financuje kapitálové investice nemocenským zařízením, která jsou přímo pod jeho vedením. Dále financuje různé programy, např. prevence proti AIDS, kontrolu návykových látek, náklady na provoz v zařízeních s dlouhodobou péčí, výzkum a vzdělání v oblasti zdravotní péče.

Systém financování zdravotnictví

Veřejné zdravotní pojištění v České republice upravuje zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a zákon 592/92 o pojistném na v. z. p.. Veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny občany, kteří mají trvalý pobyt na území České republiky nebo jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo na území České republiky.

Plátcem pojistného jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Pojištěnec je plátcem pojistného, je-li zaměstnancem v pracovním poměru, osobou bez zdanitelných příjmů nebo samostatně výdělečně činnou osobou. Výše pojistného se vypočítá jako procentuální částka z vyměřovacího základu. Pro zaměstnance a zaměstnavatele je vyměřovacím základem měsíční hrubá mzda. Zaměstnanec platí 4,5 % a zaměstnavatel 9 %. Pro příspěvky na zdravotní pojištění je stanovena horní mez. U osob bez zdanitelných příjmů je vyměřovacím základem minimální mzda⁸ a u osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) je výše pojistného 13,5 % z 50 % (2006) z příjmů z podnikání snížených o náklady na jejich dosažení. Od roku 2004 je pro OSVČ stanoveno minimální měsíční pojistné⁹. Za některé pojištěnce platí pojistné stát, jsou to např. děti, studenti, ženy na mateřské, vojáci, nezaměstnaní, důchodci, vězni atd. Za státní pojištěnce je pojistné vyčísleno jako 13,5 % z vyměřovacího základu¹⁰.

Příspěvky na zdravotní pojištění jsou odváděny zdravotním pojišťovnám. Do roku 2005 se přerozdělovalo 60 % vybraného pojistného a přerozdělovalo se podle počtu pojištěnců a jejich věkové struktury. Pojištěnci byli rozděleni podle věku na skupinu pod 60 let a nad 60 let. Lidé

⁷ Zdroj Zdravotnická ročenka ČR 2004

⁸ Od 1.1.2006 je výše minimální mzdy stanovena na 7.570 Kč

⁹ Minimální měsíční pojistné pro OSVČ za rok 2006 je 13,5 % z dvanáctinásobku průměrné měsíční mzdy

¹⁰ Vyměřovacím základem pro státní pojištěnce je v roce 2006 částka 3.520 Kč

nad 60 let se při počítání nákladů na jednoho pojištěnce započítávali třikrát. Od 1.4. 2006 se ukládá na zvláštní účet zřízený VZP veškeré (100%) vybrané pojistné. Toto pojistné se dále přerozděluje mezi všechny zdravotní pojišťovny podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin. Věkové skupiny včetně indexů a podrobného výpočtu nákladů na pojištěnce jsou uvedeny v zákoně č. 592/1992 Sb.. Pojišťovnám se dále přerozdělují finance podle zvlášť nákladné péče, která je opět podrobně popsána v již zmiňovaném zákoně.

Z vybraného pojistného se hradí preventivní prohlídky, diagnostické procedury, ambulantní a hospitalizační péče, léky a zdravotní pomůcky, PTZ, lékařská doprava a lázeňský pobyt předepsaný lékařem. Léky jsou rozděleny do tří listů, první skupina je hrazena plně a u ostatních je požadováno doplacení určitého procentuálního podílu z ceny.

Spoluúčast pacientů

Pacienti si musí doplácet na některé léky, na vybrané zubařské služby, na výkony nehrazené ze všeobecného zdravotního pojištění a na zdravotnické pomůcky. Přímé platby činily v roce 2004 8,8 %. ČR má jeden z nejnižších podílů přímých plateb na celkových výdajích na zdravotnictví.

Soukromé pojištění

Soukromého pojištění se využívá převážně na připojištění do zahraničí a na úhradu některých kosmetických zákroků či zubařských výkonů. Na výdajích na zdravotnictví se podílí pouhým 0,1 %.

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

Primární péči zabezpečují praktičtí lékaři, zubaři a gynekologové. Každý občan má svobodnou volbu praktického lékaře a právo ho změnit každé tři měsíce. Praktičtí lékaři fungují jako tzv. gate-keepři, tzn., že své pacienty posílají k odborným lékařům či do nemocnic na základě jejich písemného doporučení. V primární sféře pracuje kolem 50 % všech lékařů a z toho 95 % má soukromé praxe. Na provozování činnosti potřebují povolení od České lékařské komory. Lékaři uzavírají smlouvy o financování jejich péče s jednotlivými pojišťovnami.

Praktičtí lékaři jsou placeni kombinovanou kapitačně-výkonovou platbou. Tzn., že za každého zaregistrovaného pacienta obdrží určitou pevnou částku. Tato částka je stanovena podle věku pacienta. Pacienti jsou rozděleni do 18 věkových skupin a každá z nich je násobena koeficientem podle nákladovosti. Počet pacientů je limitován a jeho překročení znamená menší platby za každého pacienta, který je navíc. K těmto fixním platbám jsou ještě připočítávány platby za jednotlivé výkony, kterými je nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace. Tyto výkony jsou ohodnoceny body podle „Seznamu výkonů.“ Výkonové platby tvoří zhruba 30 % příjmů lékařů. Od roku 2001 byl tento systém plateb doplněn o bonifikační systém, který slouží ke sledování vybraných nákladů na léčbu s cílem hospodárného a účelného využívání finančních prostředků.

Pokud má praktický lékař pro dospělé nebo děti a dorost menší počet jednicových registrovaných pojištěnců¹¹ než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců, má právo na dorovnání kapitace. Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 %

¹¹ Jednicovým registrovaným pojištěncem se rozumí pojištěnec určité věkové skupiny, který je považován za jednotku z hlediska spotřeby zdravotní péče.

kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových registrovaných pojištěnců.

Ambulantní specialisté jsou placeni výkonovými platbami. Odborní lékaři jsou omezeni pracovní dobou max. 12 hodin za kalendářní den a max. úhradou ve výši součinu počtu ošetřených pojištěnců v daném zařízení a průměrné úhrady na 1 ošetřeného pojištěnce za referenční období.

Stomatologická péče je hrazena paušálními částkami za jednotlivé výkony podle sazebníku „Úhrady standardní stomatologické péče.“ Tyto sazby mohou být navýšeny na základě vyjednávání mezi poskytovateli stomatologické péče a zdravotními pojišťovkami.

Nemocniční péče

Na nemocniční péči je vynakládáno zhruba 50 % výdajů na zdravotnictví. Pracuje zde okolo 40.000 lékařů a 110.300 ostatního zdravotního personálu. V roce 2004 působilo na našem území 184 nemocnic. Jejich struktura byla následující¹²:

- Přímě řízené Ministerstvem zdravotnictví..... 19
- Krajské..... 63
- Obecní a městské..... 26
- Soukromé a církevní..... 72
- Řízené Ministerstvem obrany..... 4

Oproti roku 2003 dosahovaly všechny nemocnice v roce 2004 kladného hospodářského výsledku, který byl použit na úhradu ztrát z minulých let, která činila souhrnně za všechny nemocnice zhruba 2,5 mld. Kč.

V letech 1993 až 1997 fungoval pro financování nemocnic systém založený na platbách za výkony. Tento systém byl od poloviny roku 1997 nahrazen paušálními sazbami. Ke každému výkonu byl stanoven počet bodů. Byly stanoveny dolní a horní hranice paušálních sazeb v porovnání s úhradou za stejné období v předcházejícím roce. Tyto hranice byly nazvány jako tzv. risk koridory. K této formě úhrad byly stanoveny ještě podmínky, a to: objemová regulace na předepsaná léčiva a prostředky zdravotnické techniky, součin počtu bodů a koeficient změny pojištěnců musel dosáhnout nejméně 90 % počtu bodů vykázaných v referenčním období.

Od roku 2001 jsou nemocnice financovány kombinovanou paušální platbou. Paušální sazby se vypočítávají zvláště pro čtyři typy zdravotní péče, a to: akutní lůžkové, ambulantní, zdravotnické dopravy a jiné. Paušální sazba se spočítá jako podíl v bodech vykázané péče za referenční období a počtu unicitních ošetřených pojištěnců za referenční období plus navýšení o určité procento. Celková úhrada nemocnicím je potom rovna součtu úhrad v jednotlivých druzích péče a úhrad za položky hrazené nad rámec paušální sazby.

Kapitálové investice univerzitních a krajských nemocnic jsou hrazeny státem. U obecních nemocnic hradí tyto výdaje obec. Nemocnice mohou také obdržet od státu, kraje či obce různé dotace.

Lékaři, jejichž zaměstnavatelem je stát, jsou ohodnoceni platem. Jeho výše je stanovena podle platové stupnice.

¹² Zdroj ÚZIS ČR 2004, Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a ČR

Problémy českého zdravotnictví

Mezi základní problémy současného českého zdravotnictví, které jsou příčinou jeho neefektivního fungování, patří zejména:

- *Neefektivní využívání finančních prostředků, které má resort zdravotnictví k dispozici.* Je třeba se zaměřit na snižování nákladů spojených s využíváním příliš drahých léků (často nejsou potřeba) i na omezování rostoucích nákladů, které vyplývají ze zavádění nových, investičně i provozně náročných lékařských technik a technologií i z neefektivního využívání svěřených prostředků.
- *Strukturální nerovnováha v systému.* Např. VZP a některé velké nemocnice mají deficity, zatímco většina pojišťoven a zdravotnických zařízení hospodaří s přebytkem.
- *Boj jednotlivých subjektů o získání finančních prostředků.* Snaha o navýšení výdajů do zdravotnictví, a ne snaha o jejich efektivnější využívání.
- *Existence skrytých toků a korupce.*
- *Podřizování racionálního rozhodnutí politickému zájmu.*
- *Nedostatečná podpora zdraví a prevence* – je třeba se zaměřit především na vzdělávání ke zdraví a předcházení vzniku chorob, protože následná léčba je vždy podstatně dražší než prevence.
- *Rostoucí výskyt civilizačních chorob* (např. kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění či HIV), které jsou spojeny se zvýšenými náklady na léčení.
- *Nedostatečná zainteresovanost občanů na úhradě zdravotní péče,* z čehož vyplývá tzv. „zdravotnická turistika“ (např. příliš časté návštěvy lékařů bez objektivních důvodů).
- *Nedostatečné ohodnocení zdravotnického personálu,* s čímž souvisí i odliv vysoce kvalifikovaného personálu do zahraničí.
- *Nedostatečná podpora výzkumu a vývoje v oblasti zdravotnictví u nás.*¹³

3.2. Návrhy na reformu a reformy zdravotnictví v ČR

3.2.1. Návrhy na reformu a dílčí opatření současného ministra zdravotnictví MUDr.

D. Ratha

Současný ministr zdravotnictví se údajně snaží stabilizovat zdravotnictví a snížit jeho zadluženost. Po nastoupení do funkce navrhnul okamžité *zvýšení platů lékařů pracujících v nemocnicích* na tři a půl násobku průměrného platu v ČR. Tím by se údajně platy lékařů

¹³ KLEMŠOVÁ, Z.. Moderní systémy financování veřejného zdravotnictví. Diplomová práce, Pardubice: Univerzita Pardubice, 2005

měly vyrovnat úrovní v Evropské unii. Tento návrh však vyvolal nepokoje u řady ostatních státních zaměstnanců a soukromých lékařů.

Dalším krokem ministra bylo **uvalení nucené správy na VZP**. Chtěl provést důkladnou kontrolu hospodaření a změnu řízení. Pro zlepšení hospodaření VZP navrhl opětovné odkoupení pohledávek z pojistného Českou konsolidační agenturou. Ta odkoupila v roce 2005 od VZP nedobytné pohledávky za 3 mld. Kč a od zaměstnaneckých pojišťoven za 0,8 mld. Kč.

Ve snaze snížit náklady na zdravotnictví byla **snížena prodejní marže lékáren**, o kterou se dělí lékárny s distributory léčiv. Marže byla snížena z 32 % na 29 %. Toto rozhodnutí vyvolalo stávky lékárníků. Ti tvrdí, že snížením marže dojde ke zdražení léků, protože začnou prodávat všechny léky za maximální možnou cenu oproti předešlému stavu. Ministr proto navrhoval, aby si pacienti kupovali léky v lékárnách ve fakultních či okresních nemocnicích, kde je jejich cena nižší. To opět vedlo k nespokojenosti pacientů a stížnostem lékáren.

Ministr chce prosadit v Poslanecké sněmovně **zákon o neziskových zdravotnických zařízeních**. Tato zařízení by byla právníckými osobami, které by byly evidovány v rejstříku veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních. Provozovala by zdravotní péči, a to převážně ústavní. Zřizovatelem těchto zařízení by mohl být stát, kraj, obec i fyzická či právnická osoba. Tato zařízení by musela použít svůj kladný hospodářský výsledek na financování své hlavní činnosti. Nezisková zdravotnická zařízení by ze zákona měla hospodařit hospodárně (tzn. s vyrovnaným rozpočtem) a řídit se zákonem o veřejných zakázkách. Dále by měla povinnost každé čtvrtletí zveřejňovat přehled o nakoupených službách, jejich cenách, objemu a dodavatelích. Zřizovatel a ministerstvo zdravotnictví by měli mít právo kontroly, a to jak finanční, tak po stránce kvality poskytovaných služeb. Účetní závěrka těchto zařízení by musela být ověřena auditorem.

Tato veřejná nezisková zdravotnická zařízení by měla výhodu oproti ostatním soukromým zařízením v tom, že by každá pojišťovna byla ze zákona povinna s těmito neziskovými zařízeními podepsat smlouvu o úhradách zdravotní péče a měla by i daňová zvýhodnění.

Všechna tato nezisková zařízení by spadala pod státem garantovanou síť zdravotnických zařízení. Ta by měla zajišťovat návaznost a dostupnost zdravotní péče na celém území ČR. V každém okrese by mělo být alespoň jedno veřejné zdravotnické zařízení.

Odměňování ředitelů těchto zařízení by fungovalo na principu bonusů a sankcí. Při vyrovnaném hospodaření, spokojenosti pacientů a lékařů by ředitel obdržel bonus v hodnotě několika stovek tisíc za rok. Při nesplnění předcházejících podmínek by byl ředitel potrestán finančními sankcemi.

Tento nový návrh zákona je hodně kritizován. Převážně za vzrůstající moc a zásahy státu. Jsou zde názory, že se ministr pokouší o zestátnění zdravotnictví.

V nedávné době se objevil další problém. Distributoři léčiv odmítli zásobovat tři fakultní nemocnice z důvodů zpožděných plateb za léky. Ministr se tuto situaci rozhodl řešit **oddlužením nemocnic**. Dluhy za nemocnice by měla zaplatit vláda. Ta mu přislíbila 1,6 mld. Kč.

Těmito opatřeními se ministerstvo zdravotnictví snaží stabilizovat zdravotnictví převážně snížením deficitu jak pojišťoven, tak nemocnic prostřednictvím dodatečných státních výdajů do zdravotnictví. Zvyšuje se úloha státu oproti tržnímu mechanismu. Návrh zákona o

neziskových zdravotnických zařízeních navrhuje zavést kontrolu kvality jednotlivých zařízení. Toto opatření bude však v praxi složité uplatnit a bude to vyžadovat spoustu času. Stejně tak je na tom opatření na zlepšení hospodaření nemocnic (bonusovo-sankční řád pro ředitele nemocnic). Podle mého názoru zvyšování výdajů do zdravotnictví není řešením dlouhodobým. Myslím si, že se současný ministr snažil stabilizovat zdravotnictví po dobu svého mandátu. Další vývoj zdravotnictví a jeho reformy bude záviset na programu vládní strany, která vyhraje nastávající volby.

3.2.2. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě v 21. století – alternativa opozice

Tento návrh reformy zpracovali Pavel Hroboň, Tomáš Macháček a Tomáš Julínek. Reforma reaguje na současný stav zdravotnictví, kdy dochází k zadlužování veřejného zdravotnictví. Ke konci roku 2004 činil deficit 9 mld. Kč a koncem roku 2005 vzrostl na cca 15 mld. Kč. To vede ke zpoždění v platbách poskytovatelům zdravotní péče, někdy i o několik měsíců. Porovnáme-li výdaje zdravotnictví v ČR a ostatních zemích, zjistíme, že by současné množství peněz plynoucích do zdravotnictví mělo být dostačující. V současné době je však stále větší tlak na zvyšování výdajů do zdravotnictví. Způsobuje to stárnutí obyvatel, nové medicínské postupy a zvyšující se nároky občanů. Současný systém financování a fungování zdravotní péče je neefektivní a nedokáže reagovat na současné problémy. Dalšími vadami jsou podle autorů např. to, že bezplatná zdravotní péče vede k jejímu nadužívání, je opomenuta klíčová role pacienta a je zde mnoho zařízení poskytující stejné služby za rozdílné náklady a v rozdílné kvalitě. Tato reforma navrhuje změnu institucí a změnu financování.

Změnou institucí autoři myslí změnu rolí a postavení jednotlivých subjektů v oblasti zdravotnictví. To by mělo systému přinést kvalitu a efektivitu. První změna by se měla týkat postavení zdravotních pojišťoven. Ty by měly provádět zdravotní pojištění a nakupovat jednotlivé služby zdravotní péče. Měly by se stát agenty svých pojištěnců a hledat pro ně co nejvhodnější poskytovatele zdravotní péče. Také by měly zajišťovat optimální návaznost v poskytování zdravotní péče. Mělo by dojít k uvolnění trhu zdravotního pojištění a k **posílení konkurence mezi pojišťovnami**. Zdravotní pojišťovny a poskytovatelé zdravotní péče by se měly stát rovnocennými partnery. Pojišťovna by si měla předem stanovit druh a kvalitu zdravotní péče a následně vyjednat s poskytovateli objem a cenu. Vše na smluvním základě bez zásahu státu.

Autoři této reformy dále navrhují změnu právní formy **zdravotních pojišťoven na akciové společnosti**. Argumentují tím, že nyní je ve správní radě mnoho členů (30) a to znemožňuje rychlé rozhodování, dále zde může docházet k politickému ovlivňování a pojišťovny nemají faktickou zodpovědnost za jejich chod. Chod zdravotních pojišťoven by byl upraven zvláštním zákonem o zdravotním pojištění. Pojišťovny by musely ze zákona vytvářet útvar vnitřní kontroly, účetnictví mít ověřeno externím auditem a podléhat finančnímu dozoru. Vedly by standardní účetnictví a měly by tvrdá rozpočtová omezení. Také by musely přijmout všechny zájemce o zdravotní pojištění a byl by nastaven systém kompenzace rizika (podobný současnému).

Další institucí, u které by se mělo změnit její postavení, by měl být stát. Jeho povinností by bylo: zajištění finanční dostupnosti zdravotních služeb pro všechny občany, zajištění dostupných a srozumitelných informací o kvalitě péče, podpora občana ve zdravotnictví, regulace trhu zdravotního pojištění a poskytování zdravotních služeb, ochrana veřejného zdraví a zajištění specifických zdravotních služeb. Stát by měl stanovit jasná pravidla

fungování zdravotního systému a dohlížet nad jejich dodržováním. Měl by jasně vymezit podmínky vydávání licencí pro samostatná státem regulovaná povolání. V zákoně by mělo být jasné vymezení dostupnosti zdravotní péče jak z časového hlediska, tak z geografického. Smluvní vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče by měly představovat samostatný obchodní vztah.

Měl by vzniknout tzv. **regulátor pro oblast zdravotnictví**, který by měl být začleněn do plánovaného jednotného finančního dozoru při České národní bance (ČNB). Náplní jeho činnosti by mělo být vydávání licencí a dozor nad financováním.

Pokud jde o zdravotnická zařízení, měl by jim být umožněn volný přístup na trh bez ohledu na jejich vlastníka či právní formu. Všechna zdravotnická zařízení by měla mít stejné podmínky. Podobně jako zdravotní pojišťovny by měly mít průhledné účetnictví, možnost moderního finančního řízení a efektivního výkonu. Dnešní forma příspěvkových organizací nezajišťuje předchozí požadavky. Také formu neziskových organizací navrhovanou současným ministrem zdravotnictví považují autoři za nevhodnou. Navrhují **převést všechna zdravotnická zařízení (i nemocnice přímo řízené státem) na akciové společnosti**.

K zefektivnění celého systému zdravotnictví je třeba provést i opatření na straně spotřebitelů zdravotní péče. Autoři této reformy navrhují zavedení **regulačních poplatků**, které by měly vést k zodpovědnějšímu chování pacientů. Vycházejí ze zkušenosti okolních evropských zemí (např. Slovenska, Německa). Regulační poplatky by se měly pohybovat v rozmezí 20 – 50 Kč a měly by se týkat: návštěvy ambulantního lékaře, návštěvy pohotovostní ambulance, denní hospitalizace v nemocnicích, výdeje léků na předpis a využití zdravotní dopravy.

Vedle změny institucí by měla proběhnout také změna financování, která by měla zajistit dlouhodobou finanční stabilitu českého zdravotnictví. Jak bylo zmiňováno v úvodu této kapitoly, změna financování zdravotnictví je nutná především kvůli stárnutí populace, rozvoji nových medicínských postupů a technologií a větším nárokům občanů na kvalitu zdravotní péče. V ČR se očekává snížení podílu ekonomicky aktivních lidí a zvýšení počtu seniorů. To by při současném systému financování znamenalo nedostatek financí a narušení mezigenerační solidarity.

Nový systém předpokládá **zvýšení podílu soukromých zdrojů a použití stávajících veřejných zdrojů efektivnějším způsobem**, tj. podle skutečných preferencí občanů. Autoři proto navrhují:

- Zachovat současný objem veřejných financí plynoucích do zdravotnictví ve smyslu jejich podílu na HDP.
- Rozdělit současné veřejné zdravotní pojištění na základní pojištění povinné pro všechny občany a plně financované z veřejných zdrojů a na dobrovolné doplňkové pojištění financované z veřejných a soukromých zdrojů.
- Zapojit občana do rozhodování o spotřebě zdravotních služeb a míře zdravotního pojištění pomocí osobních zdravotních účtů, které umožní transparentní kombinování veřejných a soukromých zdrojů a posílí suverenitu pacienta – spotřebitele a jeho odpovědnost za rozhodnutí o spotřebě zdravotních služeb.
- Nabídnout občanům široký výběr z možností doplňkového pojištění nabízených jejich zdravotní pojišťovnou, který bude vycházet vstříc jejich potřebám a preferencím.

Nový systém by měl být založen, stejně jako současný, na povinných odvodech jako procenta z příjmů. Nastala by pouze malá změna, a to u výše pojistného u zaměstnanců, kteří by odváděli pouze 3,5 %, tzn. o 1 % méně. Z celkového vybraného pojistného by část putovala na základní povinné zdravotní pojištění. Z něho by byla kryta nákladná péče a péče nerovnoměrně rozdělená mezi občany. Celá tato část by byla přerozdělena podle věku a počtu pojištěnců a odevzdána přímo jednotlivým pojišťovnám. Druhá část pojistného by byla převedena na **osobní účty** obyvatel, taktéž přerozdělena podle věku a pohlaví. Na tyto osobní účty by si občané museli povinně přispívat tzv. soukromý příspěvek. Ten nebude přerozdělen. Měl by činit zhruba 180 Kč měsíčně. Výdaje na povinný soukromý příspěvek jsou kompenzovány již zmíněným snížením sazby u zaměstnance o 1 %. Dále na osobní účty mohou být poukázány dobrovolné příspěvky jak od vlastníků osobních účtů, tak od jejich zaměstnavatelů. Pokud by vlastník účtu dosáhl minimální stanovené hranice peněz na účtu, měl by možnost si převyšující částku vybrat a naložit s ní dle vlastního uvážení. Také by byly stanoveny limity na roční výdaje z účtu. Pokud by byl tento roční limit překročen, byl by vlastníkovému účtu poskytnut úvěr, který by následně musel splácet.

Pojištěnec by měl možnost si u své pojišťovny zvolit takový **pojistný plán**, který by nejvíce vyhovoval jeho požadavkům. Všechny plány by musely obsahovat základní pojištění. Občané by měli možnost si u své pojišťovny zřídit i **doplňkové pojištění**, které by krylo léčbu nad rámec základního pojištění. Zbytek nákladů na zdravotní služby, které nekryje základní ani doplňkové pojištění, by platil přímo.

Osobní zdravotní účty tedy umožní individualizovat část veřejných peněz a ponechat tak na občani, zda se rozhodne tyto peníze použít na zakoupení doplňkového pojištění nebo si je ponechá na zaplacení nákladů zdravotních služeb nekrytých základním pojištěním přímo u lékaře. Účet poskytne majiteli přehled o zůstatcích na jeho účtu, o měsíčních platbách za jeho doplňkové pojištění a případně i o jeho výdajích spojených s přímou platbou. Bude mít také přehled, jaké výkony mu byly poskytnuty a jaká byla jejich cena. Vedle osobního účtu by měl mít každý občan ještě **čipovou kartu**, kde by byly zaznamenány jeho osobní údaje a údaje o jeho zdravotním stavu, pojišťovně atd. Peníze uložené na osobním účtu by byly podporované státem, jak je tomu např. u penzijního pojištění.

Tento návrh na reformu prosazuje tržní systém financování zdravotnictví, větší individualitu a menší solidaritu. Tato menší solidarita by se projevila u „běžných“ nemocí. To by znamenalo, že při přečerpání určitého ročního limitu na osobním účtu si budou muset pacienti, kteří chodí častěji k lékaři, doplatit částku nad limit. Solidarita v případě těžších nemocí, u kterých není v silách jednotlivce ani rodiny si léčbu hradit, by byla zachována. Převedením nemocnic a pojišťoven na akciové společnosti. U nemocnic má toto řešení podle mého názoru svá pozitiva v tom, že by byl management zainteresován na dobrém hospodaření a tím by se měla zlepšit celková efektivita. Nevýhodou převedením těchto subjektů by mohlo být: preference zisku před zdravím pacienta, podpora pouze ziskových oddělení, možnost konkurzu atd. U návrhu osobních účtů dojde podle mého názoru ke snížení solidarity, zvýšení administrativních nákladů, zvýšení odpovědnosti za své zdraví, zvýšení přehlednosti o nákladech na zdravotní péči jedince atd. Tento systém by však mohl vyřešit problém stárnutí populace. Např. tím, že by si ekonomicky aktivní občané spořili na svých osobních účtech i na období, kdy budou v důchodu.

4. Popis systémů financování zdravotní péče ve vybraných zemích

4.1. Německo

Historie

V Německu vznikl v roce 1883 v rámci systému komplexního sociálního zabezpečení tzv. Bismarckův model financování zdravotní péče, založen na povinném národním nemocenském pojištění a fungující na principu sociální solidarity. Toto pojištění ukládalo povinnost definovaným skupinám populace odvádět pevně stanovené procento ze mzdy do společného fondu, který spravovaly zdravotní pojišťovny. Ze začátku přispívali zaměstnanci 2/3 a zaměstnavatelé 1/3. Nejprve bylo pojištění povinné pro horníky pro případ pracovního úrazu a pracovní neschopnosti (1884), později se týkalo stále širší skupiny zaměstnanců, pokračovalo důchodové a invalidní pojištění (1889), pojištění v nezaměstnanosti (1927) a pojištění pro potřebu dlouhodobé péče (1994). Tento systém později převzalo mnoho okolních evropských států.

V současnosti je systém zdravotní péče založen na povinném nemocenském pojištění a na širokém sdílení rizika z nemoci v rámci velké většiny obyvatelstva.

Institucionální struktura

Struktura systému zdravotní péče v Německu je decentralizovaná a kopíruje politické uspořádání země. Spolkové země mají velké pravomoci a odpovědnost. Na spolkové úrovni spadá oblast zdravotnictví pod Spolkové ministerstvo zdravotnictví, dalšími orgány jsou Spolková rada zdraví, Spolkový výbor lékařů a zdravotních pojišťoven, Lékařská komora a další. Na zemské úrovni jsou v každé zemi ustanoveny zemské rady zdraví, zemský zdravotní úřad a na lokální úrovni zdravotní službu provádějí zdravotní úřady.

Výdaje na zdravotní péči

Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2002 činily 230 bilionů euro, tzn. 2.789 euro na jednoho obyvatele, tvořily zhruba 10,9 % HDP, z čehož veřejné výdaje činily 78,5 % z celkových výdajů na zdravotní péči¹⁴.

Financování zdravotní péče v Německu je vícezdrojové¹⁵. Podíly hlavních zdrojů financí na celkových výdajích na zdravotnictví byly v roce 2002 následující:

Veřejné zdroje.....	75,2 %
Z toho:	
• Daně.....	7,8 %
• Zákonné nemocenské pojištění.....	56,9 %
• Penzijní fondy.....	1,7 %
• Povinné úrazové pojištění	1,7 %
• Povinné pojištění pro dlouhodobou péči.....	7,0 %
Soukromé zdroje.....	24,7 %
Z toho:	

¹⁴ Zdroj: WHO, Country Health Indicators

¹⁵ Zdroj: WHO, Health Care System in Transition – Germany (Federal Statistical Office 2004)

- Spoluúčast pacientů..... 12,2 %
- Soukromé pojištění..... 8,4 %
- Zaměstnavatelé..... 4,1 %

Z daní se platí pojištění za státní zaměstnance, investiční náklady nemocnic, které jsou zahrnuty ve speciálně vytvořeném plánu, výzkum na univerzitních nemocnicích a vzdělávání doktorů, sester, lékárníků a ostatního zdravotnického personálu. Od roku 2004 se z federálního rozpočtu vyplácí zdravotním pojišťovnám fixní částka na příspěvky na mateřskou, na ošetřování člena rodiny atd.

Zdravotní pojištění

System zákonného zdravotního pojištění je značně decentralizován. V roce 2004 fungovalo na území Německa 292 nemocenských pokladen. Jsou to veřejnoprávní neziskové samosprávné instituce, které jsou odpovědné za vybírání zdravotního pojištění a vyplácení finančních prostředků poskytovatelům zdravotní péče (organizacím sdružující lékaře, se kterými mají uzavřené smlouvy). Nedostávají žádné příspěvky od státu, ale **mají možnost stanovit si sazbu povinného zdravotního pojištění**. Jednotlivé typy zdravotních pojišťoven vytvářejí sdružení na zemské a spolkové úrovni a reprezentují společné zájmy. Pojišťovny vyjednávají s partnery své úrovně smlouvy o cenách lékařských výkonů, rozpočtech na léky a rozpočtech nemocniční péče.

Do roku 1996 nebyla svobodná volba nemocenské pokladny, lidé byli přiděleni do nemocenské pokladny podle územního určení nebo druhu zaměstnání. Dnes si může každý **svobodně vybrat nemocenskou pokladnu**, které bude odvádět povinné zdravotní pojištění v intervalu 18 měsíců. V roce 1994 byl zaveden pro zákonné zdravotní pojištění princip **přerozdělování vybraného pojistného** podle struktury a míry rizika pojištěnců, který zajišťuje jednou ročně vyrovnání financí mezi zákonnými veřejnoprávními pojišťovnami podle věkové skladby pojištěných osob, příjmové skladby pojištěných osob, podle počtu spolupojištěných osob a podle pohlaví.

Povinné zdravotní pojištění platí zaměstnanci, jejichž hrubý příjem nepřekročí stanovený limit¹⁶. Pod toto pojištění spadá též jeho manželka (manžel), pokud vydělává méně, než je stanovený limit. Dále sem spadají děti, které jsou kryty pojištěním rodiče do 18 let (pokud studují na vysoké škole tak do 25 let). Osoby, které překročí tuto limitní částku, si mohou vybrat mezi setrváním v povinném zdravotním pojištění nebo přestoupením do soukromého pojištění. Pokud však plně přestoupí do soukromého pojištění, nemohou se opět vrátit do povinného zdravotního pojištění. Výše pojistného není dána zákonem a může se u jednotlivých pojišťoven odlišovat. Průměrná sazba povinného zdravotního pojištění byla v roce 2004 14,2 %, z toho polovinu platil zaměstnanec ze svého nezdaněného příjmu a polovinu pojistného platil zaměstnavatel. Pokud zaměstnancův příjem nepřesáhl 400 euro měsíčně (2004), platil za něj zdravotní pojištění zaměstnavatel ve výši 11 %. U důchodců zastupují roli zaměstnavatele penzijní fondy a část pojistného si důchodci platí ze svých důchodů. Za nezaměstnané odvádí pojištění Spolkový úřad práce.

Mezi služby, které pojišťovny zajišťují, patří na rozdíl od ČR, **finanční dávky nemocenské, mateřské a pohřebné**.

¹⁶ V roce 2004 to bylo do výše 3.487 euro měsíčně

Do povinného zdravotního pojištění spadá 88 % populace (78 % povinně a 10 % dobrovolně). Přibližně 10 % obyvatel je kryto soukromým pojištěním. Zhruba 2 % populace jsou státní zaměstnanci, jejichž zdravotní péče je hrazena z veřejných rozpočtů, a méně jak 0,2 % populace nemá žádné pojištění (osoby samostatně výdělečně činné, neregistrovaní nezaměstnaní, ilegální imigranti, bezdomovci).

Spoluúčast pacientů

Přímé platby pacientů v roce 2002 činily 12,2 % ze všech zdrojů na financování zdravotnictví. Spoluúčast pacientů má v Německu dlouholetou tradici a do budoucna se počítá s jejím zvyšováním. Důvodem je zvýšení příjmů na zdravotnictví, ale především podpoření odpovědného chování pacientů. V Německu se přispívá v rozmezí 5 až 10 euro na ambulantní lékařské služby, léky, zubařskou péči, dopravu do lékařských zařízení, nemocniční pobyt, lůžné atd.

Od spoluúčasti jsou osvobozeny speciální skupiny obyvatel, a to: chudí, lidé se speciálními zdravotními potřebami, děti do 18 let a těhotné ženy. Je zde stanoveno omezení, že spoluúčast může činit max. 2 % z hrubého ročního příjmu.

Soukromé pojištění

Soukromé pojištění je buď kompletní pojištění nahrazující povinné zdravotní pojištění (v roce 2002 platilo toto pojištění 9,3 % populace) nebo připojištění k povinnému zdravotnímu pojištění. V Německu je kolem 50 soukromých zdravotních pojišťoven sdružených v asociaci a dalších 45 malých regionálních zdravotních fondů. Soukromé pojištění využívají převážně tyto skupiny obyvatel: státní zaměstnanci (aktivní či v důchodu) např. učitelé, ministři, univerzitní profesori, další skupinou jsou osoby samostatně výdělečně činné, které byly vyloučeny z povinného zdravotního pojištění, a poslední skupinou jsou zaměstnanci, kteří se rozhodli vystoupit z povinného pojištění, protože překročili daný příjmový limit.

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

Ambulantní péče je převážně poskytována soukromými ziskovými poskytovateli. Pacient má *svobodnou volbu praktického lékaře*, zubaře, lékárníka, pečovatelské služby. Má v podstatě i svobodnou volbu specialisty, ale péče je hrazena pouze tehdy, když je specialista doporučen praktickým lékařem. Mezi praktickými lékaři je zhruba polovina tzv. *rodinných lékařů*. Při domovní návštěvě lékaře si pacient platí 50 % ceny. Za provedené výkony dostává lékař platbu od svazu lékařů, jehož je členem. Tyto *svazy lékařů vyjednávají každoročně se sdruženími zdravotních pojišťoven o vyšší rozpočtu, který od nich dostanou pro financování ambulantní péče*. Tento rozpočet bývá kalkulován jako násobek počtu pojištěných osob a disponibilní sumy prostředků na jednoho pojištěnce, která je ovlivněna příjmy pojišťoven z pojistného a dalších zdrojů. Na základě tohoto rozpočtu stanoveného kapitačním způsobem a podle počtu výkonů a jejich celkového bodového ohodnocení v předcházejícím období je vypočtena hodnota bodu. Znamená to, že pro každé období je vyčleněna konečná suma finančních prostředků. Provádění většího počtu výkonů či výkonů s vyšším bodovým ohodnocením povede automaticky ke snížení hodnoty bodu. Pokud jde pacient k soukromému lékaři, zaplatí celou částku za ošetření a jeho pojišťovna mu ji zpětně proplatí.

Nemocniční péče

Akutní a dlouhodobá péče je poskytována neziskovými nebo ziskovými poskytovateli. V jednotlivých zemích se sestavuje tzv. „Plán nemocnic,“ který obsahuje např. přehled všech nemocnic, lůžkovou kapacitu, schválená pracoviště nákladných zdravotnických přístrojů atd. V plánu jsou dále rozlišeny nemocnice plánem podporované a stojící mimo něj.

V roce 2002 bylo na území Německa 2.221 nemocnic, 547.284 lůžek (6,7 na 1.000 obyvatel), z toho 51 % lůžek patřilo veřejným nemocnicím, 35 % charitativním a dobročinným a 14 % soukromým nemocnicím.

Od roku 1972 existuje tzv. duální systém financování nemocnic. U nemocničních zařízení podporovaných plánem jsou *investice hrazeny z rozpočtu spolkových zemí* a provozní náklady jsou hrazeny zdravotními pojišťovnami a prostřednictvím přímých plateb od pacientů ve výši úměrné provedeným výkonům. Z historického hlediska byla nemocniční péče hrazena denním paušálem, který byl vyjednáán mezi pojišťovnami a jednotlivými spolkovými zeměmi. V roce 1994 byla v oblasti financování nemocnic zahájena celá řada reformních opatření. Nyní nemocnice dostávají úhradu za poskytnuté služby, která se skládá ze tří částí: denního paušálu, který zpravidla pokrývá tzv. hotelové komponenty, částí, která je přizpůsobena podmínkám konkrétní nemocnice a paušální částky, která je úhradou za standardní léčebné procedury. Od roku 1996 se používá zhruba u 1/4 výkonů financování prostřednictvím DRGs. Jeho plné zavedení se předpokládá v roce 2009.

4.2. Rakousko

Historie

První pokus o zavedení zdravotního pojištění vznikl za Rakouska-Uherska, kdy si zaměstnanci přispívali na pobyt v nemocnicích pro případ nemoci. V praxi však začalo fungovat až v roce 1868 ve Vídni. Ze zákona bylo zřízeno povinné všeobecné zdravotní pojištění dělníků a byly zřízeny fondy na podporu pracovní neschopnosti. V letech 1887 až 1888 byl zaveden program zdravotního pojištění po vzoru Německa (bismarkovské sociální politiky). Tento program se stal základem pro dnešní sociální systém v Rakousku.

Institucionální struktura

Spolková vláda je zodpovědná za oblast legislativy, formulaci zdravotní politiky a obecných nařízení, vzdělávání a kontroly systému sociálního zdravotního pojištění. Jednotlivé spolkové země jsou odpovědné za provádění nařízení, implementaci zákonů a politik. Hlavními institucemi zabývajícími se zdravotním systémem jsou: spolková ministerstva, státní a územní orgány, profesní komory (lékařů, lékárníků,..), dobrovolné asociace (psychiatrů, fyzioterapeutů...), veřejné nemocnice, soukromé zdravotní pojišťovny, soukromé nemocnice, nadace, církve, občanská sdružení.

Výdaje na zdravotní péči

V roce 2002 činily celkové výdaje na zdravotnictví 7,7 % HDP. Podíl jednotlivých zdrojů na celkových výdajích na zdravotnictví byl následující¹⁷:

Veřejné výdaje	69,9 %
• Daně.....	28,7 %
• Veřejné pojistné.....	41,2 %
Soukromé výdaje	30,1 %
• Přímé platby.....	17,5 %
• Soukromé pojištění.....	7,4 %
• Ostatní.....	5,2 %

¹⁷ Zdroj: WHO, Country Health Indicators

Zdravotní pojištění

V Rakousku je zdravotní pojištění, penzijní pojištění a pojištění pracovních úrazů součástí sociálního pojištění. Toto pojištění je povinné podle zákona o všeobecném povinném zabezpečení. V Rakousku funguje kolem 27 pojišťovacích fondů, mezi kterými není žádná konkurence. Fondy jsou rozděleny podle jednotlivých profesí a území (např. penzijní fond pro dělníky a kancelářské pracovníky, všeobecná pojišťovna pro zaměstnance, 9 regionálních fondů zdravotního pojištění, všeobecný fond pojištění pracovních úrazů, fond zdravotního pojištění a pojištění pracovních úrazů pro pracovníky ve státní službě, pojišťovací fond pro horníky a železničáře atd.).

Zhruba 90 % populace spadá do povinného zdravotního pojištění (výjimku tvoří např. notáři, vězni). Sazba pojištění se pohybuje od 6,4 % do 9,1 % (2003) podle typu fondu. Jednu polovinu platí zaměstnanec ze svého hrubého příjmu a druhou zaměstnavatel. OSVČ a státní zaměstnanci navíc k pojistnému hradí 20% spoluúčast za lékařskou péči. Pojistné se vztahuje i na osoby závislé na pojištěnci. **Nemocenské pojištění platí i důchodci**, a to zhruba 10 % z důchodu. Studenti platí jako pojistné fixní příspěvek. **Rakušané si nemohou dobrovolně vybrat pojišťovací fond**, ale je jim přidělen podle druhu jejich profese a bydliště.

Spoluúčast pacientů

Spoluúčast pacienta tvoří zhruba 25 % nákladů zdravotní péče. Následující data jsou za rok 2003. V oblasti primární péče jde o **zakoupení poukazů** za částku 3,63 euro, **které opravňují pacienta k návštěvě smluvního lékaře, doba platnosti poukazu je 3 měsíce**. U smluvního specialisty či na ambulantní klinice se přispívá 10,6 euro za tříměsíční poukázku. Pokud se jde ke specialistovi bez doporučení, zaplatí 18,17 euro. Maximální částka spoluúčasti je stanovena na 72,67 euro. U nesmluvního lékaře si zaplatí pacient celou část a pojišťovna mu proplatí 80 % nákladů, které by zaplatil u smluvního lékaře. U nemocniční péče si každý pacient přispívá během prvních 28 dnů kolem 8 euro denně (záleží na regionu). Nezaopatření rodinní příslušníci pojištěnce hradí 10 % z denní sazby. Na léky se přispívá 4,25 euro za předepsání. Dále se doplácí na lázně, rehabilitaci a další.

Soukromé pojištění

Důvodem soukromého pojištění jsou převážně nadstandardní služby v nemocnicích či u lékaře a krytí zdravotní péče, která není proplácena povinným zdravotním pojištěním. Soukromé pojištění má zhruba 40 % obyvatel. Z těchto lidí 1/3 platí nemocenský nadstandard a zbytek jiné soukromé pojištění, např. zubařské výlohy.

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

Zhruba 75 % lékařů má smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Úhrady se většinou skládají ze smíšených plateb, ale systémy se liší podle spolkové země. **Můžeme se setkat jak s kapitáčními platbami, tak s platbami za provedené výkony**. V tomto smyslu mají fondy zdravotního sociálního pojištění regulační funkci v geografickém rozložení, počtu lékařů a úhradách jejich služeb.

Primární zdravotní péče je poskytována převážně soukromými praktickými lékaři a specialisty, ambulantními zařízeními, která jsou provozována zdravotními pojišťovnami a ambulantními odděleními nemocnic, které mimo záchranné služby poskytují také akutní péči a preventivní zdravotní prohlídky..

Pacienti si mohou svého praktického lékaře vybrat sami, systém je založen na tzv. poukázkách k lékaři. Pacienti obdrží od své pojišťovny jednu poukázku za čtvrt roku, po této lhůtě mohou po dohodě se svou pojišťovnou změnit svého lékaře. Praktický lékař funguje jako tzv. **gate-keeper** a posílá pacienty ke specialistovi či na ambulantní kliniku. Lékaři jsou

placeni standardní platbou čtvrtletně bez ohledu na počet návštěv jednoho pacienta a dodatečnými platbami za výkon.

Nemocniční péče

Nemocnice se řídí „Plánem nemocnic,“ který např. upravuje počet lůžek, nemocnic atd. Do budoucna se plánuje snižování počtu lůžek.

Zhruba 30 % zařízení je financováno denní sazbou (např. psychiatrie), ale u ostatních zařízení se od roku 1997 používá **výkonově-orientovaná platba**. Tento systém je závislý na lékařských a ošetrovatelských výkonech poskytnutých pacientům na lůžku v nemocnici. Pro jeho zavedení byla nezbytná jednotná zdravotní dokumentace, která je normovaná a zakládá se na určitých sjednocených seznamech. Bylo stanoveno, že se nemoci budou vykazovat podle světově uznávané Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD 9, od 1.1.2001 ICD 10) Světové zdravotnické organizace (WHO). V oblasti lékařských a ošetrovatelských výkonů byl vyvinut vlastní katalog výkonů. Jádrem výkonově-orientovaných plateb jsou tedy nemoc a diagnóza. U některých nemocí se musel vzít v úvahu věk, jsou-li výkony vázány na speciální zařízení nebo když je zapotřebí kvalifikovaného personálu. Systém se zaváděl tak, že bylo vybráno 20 zkušebních nemocnic, kde byl způsob této platby zaveden a stanovil se tým expertů (lékařů, ekonomů, statistiků), kteří se podíleli na tvorbě jednotlivých paušálů.

V oblasti výkonově-orientovaných plateb jsou dvě hlavní skupiny, a to „skupina hlavních diagnóz“ a „skupina lékařských individuálních výkonů.“ Tyto skupiny se dále dělí a vznikají „skupiny případů orientovaných na výkon“ a „skupiny případů orientovaných na diagnózu.“ V roce 2003 existovalo 850 případových skupin. Za každou skupinu případů se vykáže jedna celková suma bodů, která představuje paušál za případ. Ten se skládá ze složky za dny a složky za výkon. Každému paušálu za případ se přiřadí charakteristická doba pobytu (od – do), ve které se uhrazuje plný počet bodů. V praxi je předpoklad, aby se mohl každý případ přiřadit k jednotlivé skupině případů. Po obodování případů vzniká tzv. hodnota paušálu, která je pro všechny nemocnice v Rakousku a pro každou skupinu případů stejně velká. Dále jsou v tomto systému zohledněny např. dodatkové body za delší pobyt (přirážka za den přesahující horní mez pobytu klesá s každým dnem nad limit), srážky bodů za kratší pobyty, přirážky za více výkonů a dodatkové body za pobyt na jednotce intenzivní péče.

4.3. Švýcarsko

Historie

Švýcarsko má dobře vyvinutou zdravotní soustavu. Její velký rozvoj začal po druhé světové válce. Ovšem první zákony týkající se zdravotnictví začaly vznikat v roce 1877. V roce 1890 se stanovil základní rámec pro oblast zdravotního a úrazového pojištění po vzoru Německa. Přijetí se dočkal až v roce 1911. Tento zákon stanovoval např. povinnou registraci zdravotních pojišťoven na Úřadu sociálního pojištění, určoval povinný rozsah poskytované péče. Zákon dále stanovoval, že pacienti spadali pod pojišťovny podle regionu nebo profese či zaměstnání, byl stanoven 10 % limit v rozdílu mezi příspěvkem na zdravotní pojištění mezi muži a ženami, pojišťovny měly zakázáno vytvářet zisk atd. Finanční situace pojišťoven se stále více zhoršovala, a proto byly zavedeny další zákony. V roce 1964 byl přijat zákon o revizi **přerozdělování finančních prostředků mezi zdravotními pojišťovnami** podle věku a pohlaví. V něm byly stanoveny povinné poplatky pacientů v rámci zákonného zdravotního pojištění pro všechny občany starší 20 let a povinnost konfederace přispívat pojišťovnám 30 % průměrných výdajů v předchozím roce. V roce 1996 proběhla reforma zdravotnictví, která se týkala posílení solidarity a kontroly růstu nákladů.

Institucionální struktura

Federální vláda nemá velký vliv na zdravotnictví, a to ani na nemocniční péči. Zabývá se otázkami boje s infekčním onemocněním lidí a zvířat, podporou pohybových aktivit a sportu, zdravotním pojištěním (je výhradním poskytovatelem invalidního a vojenského pojištění), zdravotnickými zkouškami a kvalifikacemi, podporou vědy, výzkumu a dalšího vzdělávání, genetickým inženýrstvím, statistikou atd.

Neexistuje jednotný systém zdravotní péče. Rozhodovací pravomoci mají kantonální vlády. Kantony jsou v oblasti zdravotnictví značně nezávislé. Do jejich kompetence spadá regulace v oblasti zdravotnictví, poskytování zdravotní péče, prevence nemocí a vzdělávání v oblasti zdraví a implementace konfедераčních zákonů.

Pojišťovny, veřejné i soukromé nemocnice a lékaři se sdružují v asociacích. Vztah mezi lékařem a pojišťovnami je dán „Smluvním ujednáním mezi lékaři a pojišťovnami,“ které každoročně uzavírá „Lékařská společnost“ příslušného kantonu se „Svazem zdravotních pojišťoven“ tohoto kantonu. .

Výdaje na zdravotní péči

Zdravotnická soustava je financována především prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Financování je vícezdrojové¹⁸. Celkové výdaje na zdravotnictví v roce 2002 činily 11,2 % HDP a jejich složení bylo následující:

Celkové veřejné výdaje	57,9 %
• Daně	17,9 %
• Povinné pojištění.....	40,0 %
Celkové soukromé výdaje	42,1 %
• Přímé platby.....	31,5 %
• Doplnkové (ziskové i neziskové) pojištění.....	9,6 %
• Ostatní.....	1,0 %

Z daní se platí konfедераční a kantonální dotace veřejným a soukromým nemocnicím, fondům sociálního pojištění v závislosti na počtu pojištěnců, domům s pečovatelskou službou, pojistné za příslušníky armády a výdaje v oblasti veřejného zdraví.

Mezi další povinné pojištění patří pracovní a mimopracovní úrazové pojištění, vojenské pojištění, starobní a invalidní pojištění.

Zdravotní pojištění

V roce 1999 bylo na území Švýcarska 109 zdravotních pojišťoven. Pojišťovny mohou nabízet i doplňkové produkty v různých oblastech, např. zaměstnanecké či nezaměstnanecké pojištění, úrazové pojištění, důchodové pojištění, pojištění pro případ invalidity, mateřské pojištění. Všechny zdravotní pojišťovny jsou členy Asociace švýcarských zdravotních pojišťoven.

Občan má *svobodnou volbu zdravotní pojišťovny* a právo ji změnit 2x ročně. Rozsah zdravotní péče hrazené z povinného zdravotního pojištění je stanoven zákonem, a proto spolu pojišťovny v rámci jednoho kantonu vzájemně soutěží o pojištěnce prostřednictvím různě vysoké částky pojistného. *Výši pojistného si každá pojišťovna vypočítává z předpokládaných nákladů.* Tyto výpočty jsou pod dohledem Švýcarského úřadu pro otázky zdravotního

¹⁸ Zdroj: WHO, Country Health Indicators

pojištění, který může nařídít snížení sazby, pokud je neoprávněně vysoká. Vláda Švýcarské konfederace a vlády jednotlivých kantonů dotují systém povinného zdravotního pojištění z daňových výnosů a to převážně podporou sociálně slabších občanů. **Mezi pojišťovnamí funguje mechanismus vyrovnávání rizika** podle věku a pohlaví.

Při placení pojistného se zde projevuje mnohem nižší sociální solidarita než jinde v Evropě. Pojištění je povinné a je stejné pro všechny pojištěnce v rámci určité pojišťovny jednoho kantonu nebo regionu. **Pojistné je obvykle fixní** (nezávislé na výši příjmu, ani na očekávané spotřebě zdravotní péče), je **individuální** (rodinní příslušníci nejsou obvykle pokryti pojištěním živitele) a často závisí na individuálním riziku pojištěnce (při uzavření pojistky se výše pojistného stanoví podle věku pojištěnce).

Spoluúčast pacientů

Přímé platby pacientů se podílejí na celkových výdajích na zdravotnictví měrou 27,6 %. Švýcarské zdravotnictví je charakteristické **vysokou mírou spoluplateb** a přímých plateb za služby, které nejsou kryty povinným zdravotním pojištěním. Pojištěnci platí k povinnému zdravotnímu pojištění ještě fixní částku, jejíž výše závisí na pojišťovně. Tuto částku nemusí platit děti do 18 let (u některých pojišťoven do 25 let). Vyšší fixní částka se odráží v nižší ceně pojistného.

Pojištěnci si dále doplácují 10 % na všechny služby v rámci povinného zdravotního pojištění. Horní limit byl 600 švýcarských franků, u dětí 300 švýcarských franků (1999). Spoluplatby se vztahují i na nemocniční dopravu, kde si občané platí 1/2 nákladů a na nemocniční péči, na kterou přispívali svobodní bezdětní pojištěnci částkou 10 švýcarských franků denně.

Soukromé pojištění

Soukromému pojištění se říká doplňkové zdravotní pojištění, které zahrnuje 1/4 populace a tvoří 11,2 % celkových výdajů na zdravotnictví. Jeho využívání má však klesající tendenci, jelikož se zdražuje povinné zdravotní pojištění a balík zákonem hrazené péče zahrnuje více služeb. Mezi doplňkovým pojištěním je nejoblíbenější to, které poskytuje svobodnou volbu lékaře a pokrývá nadstandardní služby v nemocnicích.

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

Ambulantní péči poskytují ve Švýcarsku převážně lékaři vlastníci soukromé nezávislé ordinace. Zhruba 56 % jich má soukromou ordinaci. 36 % z nich jsou praktičtí lékaři a 64 % tvoří specialisté. Lékaři jsou organizováni v lékařských asociacích, které vyjednávají s asociacemi pojišťoven. Členství v těchto asociacích není povinné. Každý občan si může svobodně zvolit svého praktického lékaře v rámci kantonu a má i volný přístup k ambulantním specialistům.

Ambulantní lékaři jsou převážně placeni platbou za výkon. Tyto platby jsou založeny na škálách relativní hodnoty bodu, stanovují se 1x ročně a jsou schvalovány Radou konfederace. Hodnota bodu je u všech pojišťoven stejná a je výsledkem vyjednávání mezi asociacemi zdravotních pojišťoven a asociacemi lékařů, jak na úrovni konfederace, tak na úrovni kantonu.

Nemocniční péče

Lůžková nemocniční péče je předmětem plánování na centrální úrovni a je podporována z veřejných zdrojů. Nemocnice jsou veřejné, zřizují je kantony, na jejichž území se nacházejí, asociace obcí, jednotlivé obce a nezávislé nadace. Dalším druhem nemocnic jsou nemocnice soukromé. Ty jsou buď zahrnuty v kantonálním seznamu nemocnic a mohou získávat platby

z povinného zdravotního pojištění a z veřejných rozpočtů, nebo nezahrnuté do seznamu, které jsou financovány z přímých plateb a z plateb od pojišťoven.

Nemocniční péče je hrazena zpravidla podle počtu ošetrovacích dnů. Paušál za ošetrovací den je výsledkem jednání mezi zástupci kantonů ve zdravotních pojišťovnách a nemocnicemi nebo skupinami nemocnic. Kantony financují nemocnicím kapitálové náklady a také 50 % provozních nákladů. ***Kantony mohou uplatňovat fixní rozpočet*** v rámci podpory veřejných a z veřejných prostředků financovaných nemocnic a domů s pečovatelskou službou. Způsob fungování fixních rozpočtů se v jednotlivých kantonech liší.

Do budoucna se uvažuje o pokusu zavedení globálních rozpočtů v ambulantní péči. Je zde snaha o zahrnutí jednodenní hospitalizace do nemocničního plánování. Projednává se zavedení způsobu financování nemocnic podle diagnostických skupin a diskutuje se o míře a rozsahu centralizace ve zdravotnictví a o dalších drobných reformách.

4.4. Nizozemí

Historie

Kořeny holandského zdravotního systému spadají až do 17. a 18. století. Původní systém fungoval na charitativním základě a dobrovolných neziskových organizacích. Proto i v současnosti je zde mnoho soukromých nemocnic. Důležitou roli v systému hraje soukromé pojištění..

Zákonný rámec zdravotnímu pojištění dala až vláda německých okupantů v roce 1941 Dekretem o veřejném zdravotním pojištění. Ten zahrnoval do povinného pojištění velkou část populace, stanovoval limitující část výdělku, ukládal zaměstnavatelům odvádět příspěvky na pojištění, které byly shromažďovány státem. Trh zdravotního pojištění se rozdělil do tří částí, a to na povinné sociální zdravotní pojištění pro zaměstnané lidi (a jejich rodiny), dobrovolné sociální zdravotní pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné a soukromé zdravotní pojištění pro zbytek populace. V roce 1968 vznikl Zákon o všeobecných minimálních výdajích na zdravotní péči, který upravoval pojištění proti tzv. vážným medicínským rizikům. Do tohoto pojištění spadala péče o staré lidi, duševně nemocné, psychicky či fyzicky hendikepované a domácí péče.

Institucionální struktura

Za tvorbu zdravotní politiky je zodpovědné Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu. Dohled nad systémem zdravotní péče vykonává Ministerstvo financí. Místní správa má odpovědnost např. za kontrolu infekčních onemocnění, obecnou hygienu, zdraví ve školách, veřejné vzdělávání v otázkách zdraví atd. Všechny tyto úkoly plní místní samospráva prostřednictvím tzv. Služeb zdravotní péče.

Příspěvky zdravotního pojištění se shromažďují v Centrálním fondu a jsou ***přerozdělovány jednotlivým pojišťovnám podle počtu pojištěných osob a rizikových skupin. Pojišťovny si mohou samy stanovovat výši fixních poplatků v rámci zdravotního pojištění.*** V roce 2004 bylo na území Holandska 22 zdravotních pojišťoven, které mohly být členy Asociace zdravotních pojišťoven.

Výdaje na zdravotní péči

Zdravotnictví je převážně hrazeno z veřejného a soukromého pojištění. Soukromým pojištěním je zajištěna větší část populace než je tomu v ostatních zemích Evropské Unie.

Celkové výdaje na zdravotní péči činily v roce 2002 43.041 milionů euro a podílely se 9,1 % na HDP. Z toho¹⁹:

	v mil.euro	% z celkových výdajů na zdravotnictví
Veřejné výdaje	34.446	80,1
• Daně	2.394.....	5,6
• Národní pojištění.....	16.733.....	38,9
• Veřejné zdravotní pojištění.....	15.319	35,6
Soukromé výdaje	8.596	20,1
• Soukromé pojištění.....	6.137.....	14,3
• Spoluúčast pacientů.....	2.459.....	5,8

Zdravotní pojištění

System pojištění je založen na tzv. duálním systému veřejného a soukromého pojištění a skládá se ze tří základních prvků, a to:

1. **Zákon o všeobecných zdravotních výdajích na zdravotní péči (The General Exeptional Medical Expenses Act AWBZ).** Toto pojištění je národní, což znamená, že všichni obyvatelé na něj musí povinně přispívat. Bylo vytvořeno za účelem pojištění všech obyvatel Nizozemí proti závažným zdravotním rizikům. Jedná se o vysoce nákladnou léčbu, která nemůže být kryta jedinci ani soukromým pojištěním. Patří sem např. ošetrovatelská a dlouhodobá péče o fyzicky či psychicky hendikepované, domácí péče, péče o duševně nemocné atd. Náklady jsou kryty z příspěvků na zdravotní pojištění (sazba činila 13,25 % zdanitelného příjmu v roce 2004 a platí ho pouze zaměstnanci), dotacemi od vlády a přímými platbami pacientů. Toto pojištění zahrnuje 100 % obyvatel Holandska a tvoří 41 % celkových výdajů na zdravotnictví.
2. **Povinné veřejné zdravotní pojištění** týkající se osob taxativně vymezených v zákoně o zdravotním pojištění (Health Insurence Act ZFW), státních úředníků a příslušníků policie. Dále sem spadá pojištění na základě zákona o přístupu ke zdravotnímu pojištění (the Access to Health Insurence Act WTZ) a soukromé pojištění. Toto povinné veřejné pojištění pokrývá standardní nezbytnou lékařskou péči. Náklady na něj jsou kryty z veřejného zdravotního pojištění, doplňkovým pojištěním, systémem pojištění pro státní zaměstnance a dotacemi od státu.

Dle zákona o zdravotním pojištění musí být povinně pojištěny tyto osoby: zaměstnanci, jejichž roční příjem nepřesáhl zákonem stanovenou hranici²⁰ a jejich nevýdělečně činní partneři a děti, příjemci dávek sociálního zabezpečení, důchodci nad 65 let²¹, samostatně výdělečné osoby, pokud jejich roční příjem nepřesáhl jistou částku²² a osoby na nich závislé, žijící v jedné domácnosti. Dále do této druhé kategorie spadají státní úředníci, jejichž pojištění je upraveno samostatnými zákony (patří sem státní úředníci a policisté). A v rámci soukromého pojištění jsou pojištěni ti, kteří nespádají do předchozího výčtu. Patří sem některé zákonem stanovené rizikové skupiny (staří lidé, občané, kteří získali povolení k pobytu, lidé, kteří ještě nebyli zdravotně pojištěni, ti, kteří ztratili oprávnění

¹⁹ Zdroj: WHO, Health Care Systemes in Transition – Netherlands 2004

²⁰ V roce 2004 činila tato hranice 32.600 euro

²¹ S příjmem do 20.750 euro ročně za rok 2004

²² 20.800 euro (2004)

účastnit se na veřejném zdravotním pojištění). Tito lidé jsou pojištěni soukromě podle Zákona o přístupu ke zdravotnímu pojištění (WTZ).

63 % populace je kryto veřejným zdravotním pojištěním (ZFW), 5 % pojištěním pro státní zaměstnance a 30 % je pojištěno soukromě (WTZ). Celkově tato druhá sekce zdravotního pojištění činí 53 % celkových nákladů na zdravotnictví.

Sazby zdravotního pojištění u veřejného zdravotního pojištění (ZFW) jsou pro zaměstnance 1,25 % zdanitelného příjmu a pro zaměstnavatele 6,75 %, celková částka je 8 %. Tuto celkovou 8 % platbu odvádí osoby samostatně výdělečně činné a důchodci. K procentuálním sazbám se platí navíc ještě fixní poplatek pohybující se mezi 239 až 390 euro na osobu za rok (2003). Procentuální sazby jsou každoročně stanovovány Ministerstvem zdraví, sociálních věcí a sportu a fixní částky si stanovují jednotlivé pojišťovny samy. Účastníci soukromého zdravotního pojištění (WTZ) platí kromě základního pojistného ještě tzv. povinný solidární příspěvek²³, který je upraven zákonem ve smyslu spolufinancování vyšších nákladů na zdravotní péči o staré lidi v systému veřejného zdravotního pojištění.

- 3. Dobrovolné doplňkové pojištění:** je provozováno na bázi dobrovolnosti a pokrývá některé typy péče, které nejsou hrazeny na základě standardního povinného zdravotního pojištění. Toto pojištění zahrnuje 4 % populace a tvoří 3 % výdajů na zdravotnictví. Z tohoto pojištění jsou hrazeny např. zubařské zákroky, brýle, vyšší standard služeb v nemocnicích a alternativní léčba.

V rámci prvního sektoru (AWB) je z pojištění hrazena tato péče: pomoc v domácnosti, osobní péče, poradenství, rehabilitace, ubytování ve speciálních zařízeních atd. Z pojištění na základě povinného zdravotního pojištění je kryta lékařská a chirurgická péče, prohlídky těhotných žen, zubařské výkony, léky, pobyt v nemocnicích, různé zdravotní pomůcky, doprava, péče v mateřství a jiné.

Spoluúčast pacientů

V rámci pojištění AWB si pacienti připlácí část domácí péče, bere se v potaz jejich sociální situace (ženy, počet dětí) a maximální částka činí 1.631 euro za měsíc (2003). U povinného zdravotního pojištění byla od roku 1999 zavedena spoluúčast na např. plastickou operaci prsou (180 euro za rok), ortopedickou obuv (51 až 102 euro za rok podle věku), naslouchací přístroje (454 euro za rok) a za paruky (252 euro za rok).

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

Primární péči vykonávají převážně rodinní lékaři. Ti léčí zhruba 90 % všech obtíží a jsou tzv. *gate-keeper*, tzn., že pacienti potřebují jejich doporučení ke specialistovi a do nemocnic. Přibližně 7 % ošetření vykonávají specialisté. V Nizozemí je v průměru 2.300 pacientů na jednoho rodinného lékaře a v roce 2000 mělo 43 % lékařů zřízeno soukromé ordinace. Zhruba 17 % všech návštěv se odehrává přímo doma u pacienta. Praktičtí lékaři musí být k dispozici 24 hodin denně a 7 dní v týdnu. **Praktičtí lékaři jsou placeni formou kapitálních plateb.** Ošetření soukromě pojištěných pacientů je placeno tzv. *free-for-services*, tzn. platbou za jednotlivé výkony a ošetření.

²³ Pojištěnci do 20 let platí měsíčně solidární příspěvek 5 euro a základní pojištění 16,40 euro měsíčně, mezi 20 a 64 lety platí solidární příspěvek 10 euro a pojistné 32,80 euro. Lidé starší 65 let platí pouze solidární příspěvek ve výši 8 euro měsíčně.

Nemocniční péče

Na státní úrovni se vypracovává tzv. „Plán nemocnic,“ který určuje např. počty a strukturu nemocnic, počty lůžek atd. Zhruba 90 % všech nemocnic je buď soukromých nebo neziskových. *Nemocnice jsou placeny na základě ročního rozpočtu retrospektivně.* Rozpočet nemocnic se skládá ze čtyř částí: věcných nákladů (vybavení, investice), fixních nákladů (stanoveny na základě počtu obyvatel v místě, kde se nemocnice nachází), semi-fixních nákladů (podle počtu lůžek a specializací) a ostatních nákladů (ovlivněny produktivitou nemocnice, např. počet přijetí, počet návštěv, počet ošetrovacích dnů atd.).

V roce 2005 byl zveřejněn nový systém financování nemocnic na základě tzv. Diagnosis Treatment Combinations (DBC). Tento systém by měl být plně zaveden v roce 2008. Oproti DRG systému jsou skupiny formulovány zpětně, pacient může být zařazen do několika skupin současně, skupiny vytvářejí zdravotní specialisté a platby lékařům budou zahrnuty v platbách DBCs.

4.5. Slovensko

Historie

Historie vývoje zdravotnictví Slovenska je totožná s Českou republikou

Institucionální struktura

Nejdůležitějším orgánem zodpovědným za oblast zdravotnictví je Ministerstvo zdravotnictví. To je odpovědné za oblast nakažlivých nemocí, zdravého a bezpečného pracovního a životního prostředí, za zdravou stravu, za vzdělávání zdravotnického personálu atd. Pod jeho přímé řízení spadají některé nemocnice a výzkumné instituce (např. Úřad pro kontrolu drog, Statistický zdravotní úřad). Ministerstvo též financuje kapitálové investice nemocnicím, které spadají pod jeho přímé vedení. Specifické postavení má Ministerstvo financí, které dohlíží nad vybíráním příspěvku na povinné zdravotní pojištění.

Důležitou roli v systému zdravotního pojištění hrají zdravotní pojišťovny, které vybírají příspěvky na zdravotní pojištění, hradí zdravotní péči a vyjednávají smlouvy s poskytovateli zdravotní péče. Ministerstvo zdravotnictví jim uděluje licence pro jejich fungování.

V roce 2003 proběhla reforma veřejné správy a některé z nemocnic byly převedeny na kraje či obce. Na obce přešlo 16 nemocnic, na kraje 28 nemocnic a 14 nemocnic se stalo neziskovými organizacemi.

Dalšími institucemi ve zdravotnictví mohou být různé lékařské komory (např. lékaři, zubaři, lékárníci, zdravotnický personál) a odbory.

Výdaje na zdravotní péči

Celkové výdaje na zdravotní péči činily v roce 2002 62.420 milionů Sk, což bylo zhruba 5,8 % HDP. Podrobnější složení výdajů v mil. Sk a v % z celkových výdajů na zdravotnictví bylo v roce 2002 následující:

Veřejné výdaje	55.594 mil. Sk.	89,1 %
• Z daní.....	1.995 mil. Sk.	3,2 %
• Povinné zdravotní pojištění.....	53.599 mil. Sk.	85,9 %
Soukromé výdaje	6.826 mil. Sk.	10,9 %
• Přímé platby pacientů.....	6.826 mil. Sk.	10,9 %
• Soukromé pojištění.....	-	-

Zdravotní pojištění

V roce 2004 zůstalo na trhu 5 zdravotních pojišťoven. Z toho je činnost dvou pojišťoven garantována státem a tři pojišťovny jsou soukromé. Mezi státem garantované pojišťovny patří Všeobecná zdravotní pojišťovna a „Společná zdravotní pojišťovna“ (ta vznikla sloučením Vojenské zdravotní pojišťovny, Zdravotní pojišťovny pro zaměstnance drah a Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra). Soukromými pojišťovnami jsou Apollo, ZP Dovera a Sideria-Istota. Jednotlivé pojišťovny zaujímaly v roce 2002 tento podíl na trhu:

- VZP..... 65,2 %
- Společná zdravotní pojišťovna..... 12,9 %
- Apollo..... 8,5 %
- Sideria..... 7,2 %
- ZP Dovera..... 6,2 %

Sazby zdravotního pojištění činily v roce 2003 celkem 14 % ze zdanitelného příjmu, z toho 10 % platí zaměstnavatel a 4 % zaměstnanec. Osoby samostatně výdělečně činné odvádí celých 14 % ze základu, který je vyměřen jako 50 % zdanitelného příjmu z předchozího roku. Zaměstnavatel za osoby se změněnou pracovní schopností odvádí pouze 2,6 % zdanitelného příjmu a zbytek doplácí stát. Minimální vyměřovací základ pojistného v roce 2003 činil 3.000 Sk a v roce 2004 byl stanoven minimální mzdou. Maximální vyměřovací základ činil 32.000 Sk v roce 2003 a v roce 2004 byl stanoven jako trojnásobek průměrné mzdy. Za ekonomicky neaktivní obyvatelstvo (děti, studenti, nezaměstnaní, ženy na mateřské, důchodci, invalidé atd.) platí pojistné stát, a to ve výši 2.890 Sk za pojištěnce na rok pro rok 2003. V roce 2004 se tato částka určuje jako 4 % průměrné mzdy.

Aby nedocházelo k tzv. „slízávání smetany,“ což znamená, že pojišťovny budou preferovat méně rizikové pacienty, dochází k tzv. *sdílení rizika*. 85 % všech vybraných příspěvků na zdravotní pojištění se shromažďuje u VZP a ta je zpětně přerozděluje podle míry rizika a počtu pojištěnců. V současné době je 17 rizikových skupin a každá z nich je ohodnocena koeficientem.

Spoluúčast pacientů

Přímé platby pacientů činily v roce 2002 6,83 bilionů Sk a tvořily 10 % celkových výdajů na zdravotnictví. Pokud se pacient rozhodne navštívit lékaře, který nemá smlouvu s jeho pojišťovnou, hradí si celé náklady své léčby. Na Slovensku byly v roce 2003 zavedeny tyto tzv. marginální poplatky:

- Návštěva praktického lékaře..... 20 Sk
- Návštěva specialisty..... 20 Sk
- Za 1 den pobytu v nemocnici..... 50 Sk
- Doprava za 1 km..... 2 Sk
- Platba za recept..... 20 Sk

Pro určité sociální skupiny existují výjimky uvedené v zákoně.

Soukromé pojištění

Soukromé pojištění nemá v systému zdravotní péče prozatím velký význam, není ani vyčíslena jeho výše ani procentuální podíl na celkových výdajích na zdravotnictví. Největší roli hraje připojištění do zahraničí a lze se také připojistit na krytí výdajů spojených se spoluúčastí.

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

Ambulantní lékaři vyšetřují, stanovují diagnózy, léčí, provádějí drobné zákroky a doporučují pacienty ke specialistům. Tzn., že jsou tzv. gatekeepery, a to ze zákona. Existují zde však výjimky např. oční, psychiatrie, genetika a léčení sexuálních poruch. Občan má právo na změnu praktického lékaře každých šest měsíců. Praktického lékaře si vybírá většinou podle místa bydliště nebo podle místa zaměstnání. V primární péči má 94 % lékařů zřízeno soukromé ordinace. Lékaři uzavírají smlouvy se zdravotními pojišťovnami, které jim proplácí jejich výkony. V roce 2002 působilo v primární sféře na území Slovenska 6.452 lékařů. Postupně dochází ke snižování jejich počtu.

Lékaři, jejichž zaměstnavatelem je stát, jsou odměňováni platem, který je stanoven podle platové stupnice. Ostatní lékaři byli od roku 1993 placeni několika různými způsoby. V roce 1993 bodovým systémem, v roce 1994 kapitačními platbami za zaregistrované pacienty, v roce 1995 byl zaveden kombinovaný systém, ve kterém tvořilo z celkového příjmu lékaře 60 % kapitační platby a 40 % bodové platby za výkon (zubaři byli placeni pouze za výkony). V roce 1998 se opět přešlo ke 100% kapitační platbě. Poslední změna proběhla v roce 2001, kdy byla zavedena *kapitační platba podle věkové struktury pacientů a platba za provedené výkony*. V roce 2003 činil průměrný plat lékaře 28.973 Sk.

Nemocniční péče

Financování nemocnic bylo během let 1993 až 2005 různé. V roce 1993 se používal systém plateb za výkony (fee-for-services) založený na bodovém ohodnocení. V roce 1994 se k tomuto systému přidaly ještě úhrady za tzv. lůžkodny. To však vedlo k neefektivnímu prodlužování pobytů pacientů v nemocnicích. Proto byl v roce 1999 zaveden systém očekávaných celkových rozpočtů. Tento rozpočet sestavovalo Ministerstvo zdravotnictví a byl založen na tzv. historických cenách. Ani tento systém se však neosvědčil a nemocnice se stále více zadlužovaly. V roce 2001 se nemocnice začaly financovat systémem *plateb za případ*, které byly stanovovány podle typu poskytovatele a specializace nemocnic (částečně jako u systému DRGs).

Reformy zdravotního systému v letech 2002 – 2004

V letech 2002 až 2004 proběhly na Slovensku zdravotní reformy. Byla upravena legislativa týkající se oblastí zdravotnictví (vznik šesti nových zákonů). Cílem reformy bylo zajistit stabilní podmínky na trhu zdravotních služeb, zastavit nárůst dluhů ve zdravotnictví (jak zdravotních pojišťoven, tak nemocnic), zvýšit odpovědnost občanů za své zdraví, přizpůsobit zdravotní systém více potřebám populace, zvýšit efektivnost vynakládání financí, zvýšit konkurenční prostředí mezi poskytovateli, klást větší důraz na prevenci a zajistit pokles korupce ve zdravotnictví.

Mezi jednotlivá opatření patřilo např. zavedení spoluúčasti občanů na platbách za ošetření a léky, pokračování v decentralizaci pravomocí na územně samosprávné celky, zavedení limitů na předepsané recepty atd.

4.6. Velká Británie

Historie

V dnešní době zajišťuje na území Spojeného království poskytování zdravotních služeb Národní zdravotnická služba (NHS). Počátek jejího fungování je spjat se Zákonem o národní zdravotnické službě z roku 1948. Tímto zákonem byla stanovena kolektivní odpovědnost státu za všeobecné zdravotnické služby, které měly být obyvatelům poskytovány bezplatně. Byl zde kladen velký důraz na rovnost.

V 70. letech se v rámci krize projevil tlak na snižování veřejných výdajů, což se dotklo i zdravotnictví. Koncem 70. let nastoupila konzervativní vláda (M. Thatcherová). Prosazovalo se zavedení pluralitního systému se silnějšími tržními prvky, který by se více opíral o zdravotní pojištění. V 80. letech byla zřízena „Pracovní skupina alokace zdrojů“, která zavedla rozdělení financí do krajů podle konkrétních zdravotních potřeb. Proběhla změna řízení (generální manažeři na úrovni krajů a okresů) a proběhla privatizace doplňkových služeb (prádelna, jídelna...). Byl zaveden tzv. vnitřní trh, ve kterém odpovědnost za nákupy služeb nesla zdravotní správa. Trusty NHS zabezpečovaly poskytování těchto služeb. Byly zavedeny fondy praktického lékaře, kdy praktický lékař spravoval prostředky na léčení svých registrovaných klientů. V roce 1997 vyhrála volby labouristická vláda, která kladla důraz na plánování, spolupráci a partnerství. Vnitřní trh zdravotní péče chtěli nahradit integrovaným systémem.

Institucionální struktura

Za služby v oblasti zdravotnictví odpovídá Ministerstvo zdravotnictví. V rámci ministerstva pracují státní tajemníci pro Skotsko, Wales a Severní Irsko, kteří mají oddělenou odpovědnost za dané oblasti. Za implementaci národní zdravotní politiky odpovídá osm krajských úřadů.

V rámci NHS je nejvyšším orgánem Exekutiva NHS a Krajské kanceláře. Pod nimi jsou na úrovni okresů správní úřady, které navrhují plány pro zlepšení zdravotní péče, a pod ně spadají skupiny primární péče. Skupinami primární péče se rozumí seskupení praktických lékařů v rámci geograficky vymezených oblastí. Pod krajské kanceláře spadají dále trusty NHS. Je to seskupení nemocnic, které dlouhodobě odpovídají za poskytování zdravotních služeb. V rámci zlepšení zdraví působí v této oblasti na úrovni krajů ještě místní správní úřady.

Dalšími organizacemi jsou: skupiny dobrovolníků a pacientů (Občanské zdravotní rady), profesní organizace (Britská zdravotní asociace lékařů, Britská zubní asociace, Všeobecná zdravotní rada), Královská rada (vede každou lékařskou specializaci).

Výdaje na zdravotní péči

V roce 2002 se podílely celkové výdaje na zdravotnictví 7,7 % na HDP. Podíl jednotlivých zdrojů financování zdravotnictví na celkových výdajích na zdravotnictví byl následující²⁴:

Veřejné výdaje	83,4 %
• Daně.....	83,4 %
Soukromé výdaje	16,6 %
• Přímé platby pacientů.....	9,3 %
• Soukromé pojištění.....	3,1 %

Systém financování zdravotnictví

NHS financuje centrální vláda z obecných daní společně s příspěvkem národního pojištění (ty jsou rovnocenné dani z příjmů). Tento systém financování vykazuje velmi nízký stupeň transparentnosti, protože občan netuší, kolik procent z jeho odevzdaných daní plyne na financování jeho zdravotních potřeb. Rozpočet NHS je sestavován každoročně jako součást celkového procesu plánování veřejných výdajů. V momentě vyhlášení celkového rozpočtu určí Ministerstvo zdravotnictví rozdělení financí mezi nemocniční a komunitní zdravotní služby a rodinné zdravotní služby (primární péče). A zároveň určí rozpočet pro NHS na další 3 roky dopředu. Peníze jsou dále rozdělovány z nemocniční a komunitní

²⁴ Zdroj: WHO, Country Health Indicators

zdravotní služby mezi krajské zdravotní správy a to podle velikosti populace, věkové struktury, struktury podle pohlaví a míry nemocnosti. Z rodinné zdravotní služby se peníze přerozdělují na nižší stupně podle počtu zaregistrovaných osob.

Nárok na poskytnutí zdravotní péče v rámci NHS mají ze zákona všechny osoby žijící na území Spojeného království. V zákoně však není definován explicitní seznam poskytovaných služeb. Tyto služby jsou až na drobné výjimky garantovány zdarma. Problémem jsou však čekací seznamy, kde je čekací doba až 18 měsíců. Ti občané, kteří nechtějí na zákrok čekat tak dlouho, se mohou nechat ošetřit soukromně v nezávislých nemocnicích.

Spoluúčast pacientů

Spoluplatby pacientů se pohybují kolem 9,3 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Pacienti si přispívají na předpisy. V roce 1998 si dopláceli 5,8 liber za každou položku na receptu (tato částka tvořila průměrně 57 % celkové ceny předpisu). Od těchto přímých plateb jsou osvobozeny některé skupiny, např. děti mladší 16 let, staří lidé, nízkopříjmové skupiny obyvatel, lidé se speciálními chronickými stavy a lidé se specifikovanou potřebou (např. antikoncepční pilulky). Pacienti si dále přispívali na zubní péči. Přímé platby činily v roce 1999 kolem 80 % celkové ceny ošetření až do maximální výše 348 liber. Doplácí se také za služby optiků. Spoluplatby se týkají i sociální péče. Jejich výše je stanovována podle výše příjmu a majetku. Poslední položkou přímých plateb je nadstandard v nemocnicích.

Soukromé pojištění

Možnosti dobrovolného připojištění využívalo v roce 1996 méně jak 11 % obyvatel (převážně z vysokopříjmových skupin) a podílelo se 3,5 % na celkových výdajích na zdravotnictví. Dobrovolné pojištění se člení na zaměstnavatelské, podnikové a soukromé. Tohoto pojištění se využívá převážně k úhradě nákladů akutní péče. V oblasti soukromého sektoru fungovalo 25 zdravotních pojišťoven, z toho bylo 7 neziskových a 18 komerčních.

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

U praktických lékařů je zaregistrováno 99 % obyvatel Spojeného království. Praktičtí lékaři poskytují 24hodinnový servis s celou škálou preventivních, diagnostických a léčebných služeb. ***Pacienti si mohou svého praktického lékaře vybrat sami.*** Volba je omezena pouze geografickou lokalitou. Vztah pacienta a praktického lékaře je většinou dlouhodobý. Lékaři v primární péči fungují jako tzv. „gatekeepři“, tzn., že posílají své pacienty s doporučením do nemocnic. Praktičtí lékaři jsou osobami samostatně výdělečně činnými, které poskytují služby NHS na základě smlouvy. Podmínky smluv jsou vyjednávány na národní úrovni mezi představiteli lékařů a vládou.

Příjem praktických lékařů se skládá z několika složek a to: z kapitačních plateb (pevná částka za každého zaregistrovaného pacienta), z dávek (finance na základní praxi, stanovené podle základních provozních nákladů na založení a udržení praxe), z platby na podporu zdraví (platby na různé vládní programy) a z položky plateb za služby (platby za určité vykonané služby).

Do primární péče patří také zubní lékaři, kteří mají uzavřenou dohodu o službách s místními zdravotními správami. Zubní lékaři jsou odměňováni na základě hrubé platby za položku služby a mohou si také soukromně přivydělávat. Jejich soukromá praxe činí 14 % z jejich celkových příjmů.

Nemocniční péče

Základním kamenem tzv. sekundárního a terciárního sektoru jsou všeobecné okresní nemocnice, které poskytují většinu péče. Vyskytují se však mezi nimi rozdíly v kvalitě i kvantitě poskytovaných služeb. Dalšími zařízeními v této sféře jsou zařízení s krajskou a nadregionální působností. Sem patří univerzitní nemocnice, které nabízejí navíc vysoce specializované služby. Dalšími druhy nemocničních zařízení jsou nízkokapacitní komunitní nemocnice sloužící praktickým lékařům k ošetření jejich pacientů. A posledním typem jsou soukromé nemocnice a kliniky. V 90. letech byl trend snižování nemocnic a lůžkových kapacit. To vedlo až k nedostatku lůžek v případě nouzových situací (např. chřipková epidemie). V roce 1991 se nemocnice staly trusty v NHS, což jsou neziskové organizace v rámci NHS, ale stojící mimo kontrolu okresní zdravotní správy.

Počátkem 90. let bylo financování nemocnic založené na smluvním systému mezi poskytovateli a nákupčími zdravotních služeb. Byly stanoveny druhy a objem služeb a termíny jejich poskytnutí. Vytvořily se tři druhy smluv. Blokované smlouvy, které zajišťovaly obyvatelům spadajícím pod určitou okresní zdravotní správu určitou službu za danou sumu peněz. Nákladové a objemové smlouvy, které vymezovaly poskytování určitého počtu ošetření nebo výkonů za předem sjednanou cenu. Pokud byl překročen limit výkonů, byly jednotlivé případy placeny částkou za jednotlivý výkon. Posledními smlouvami byly smlouvy plateb za výkon. Ty vycházely z jednotlivých případů, ale byly používány pouze okrajově. ***Současný systém financování NHS by se dal charakterizovat jako mix zahrnující celkové rozpočty s prvky platby za výkon.*** Tento systém byl založen na historických cenách a neodpovídal skutečným nákladům. Proto se vláda snaží zavést systém financování podle tzv. zdravotních skupin. Tento systém by byl podobný systému DRGs.

4.7. Francie

Historie

Současný systém financování zdravotnictví je založen na systému sociálního zabezpečení po vzoru Německa a vznikl v roce 1945. K formování tohoto systému přispěla potřeba sociální solidarity. Ta je výsledkem otevřeného boje revoluční třídy, který vedl ke vzniku Francouzské republiky. Sociální zabezpečení v sobě zahrnuje i zdravotní pojištění. Toto pojištění se vztahuje na pojištění pro případ nemoci, mateřství, stáří, pracovní neschopnosti a smrti.

Institucionální struktura

Hlavní úloha ve správě a řízení zdravotnického systému náleží státu, který je garantem zajištění veřejného zájmu a podpory zdravotního stavu obyvatelstva. Národní vláda odpovídá za regulaci následujících oblastí: financování, krytí a přístup k celému francouzskému systému sociální ochrany (do nějž zdravotnictví spadá), kvalita a kvantita vzdělání zdravotnických profesí, kvalita zdravotnických služeb a financování veřejných nemocnic, personální a infrastrukturní rozvoj. Další institucí je Národní zdravotní konference, která navrhuje priority ve zdravotnictví a další směry ve zdravotní politice. Regionální zdravotní konference analyzuje potřeby ve zdravotnictví na lokální úrovni a na této úrovni stanovuje priority ve veřejném zdravotnictví. Na národní úrovni působí jménem státu ministr sociálních věcí a ministr zdravotnictví v oblasti zdravotnictví..

Výdaje na zdravotní péči

Francie vydávala v roce 2002 na zdravotnictví 9,7 % HDP. Sociální zabezpečení financovalo 73,5 % běžných výdajů na zdravotnické služby, stát a obce se na financování podílely 2,4 %. Doplňkové připojištění činilo 13,2 % a na přímé platby od domácností připadlo 9,8 %.²⁵

Sytém financování zdravotnictví

Sociální zabezpečení proti finančnímu riziku spojenému se vznikem onemocnění je v podstatě zajišťováno národním zdravotním pojištěním (odnoží Sociálního zabezpečení, které je zákonným zařízením pod poručnictvím státu). Organizace vzájemného zaměstnaneckého pojištění a soukromé pojišťovny nabízejí doplňkové pojištění. 84 % populace je kryto všeobecným sociálním zabezpečením. To pojišťuje zaměstnance v obchodě a průmyslu včetně jejich rodiny. Dalším druhem pojištění je pojištění pro zemědělské pracovníky zahrnující 7,2 % obyvatel Francie, které zajišťuje Vzájemná zemědělská sociální pojišťovna. Posledním druhem pojištění je pojištění pro osoby samostatně výdělečně činné, které provozuje Národní zdravotní pojišťovna pro osoby s nezávislým povoláním. Speciální pojištění existuje také pro některé vládní zaměstnance, lékaře, studenty, vojáky, horníky, duchovní atd.

Francouzský systém zdravotního pojištění je založen na kombinaci zdravotních pojišťoven, jejichž výběr se řídí *podle povolání* a sekundárně podle bydliště, doplněný neziskovými pojistiteli nebo vzájemnými doplňkovými poskytovateli a financováním ze státní kasy. Jelikož se příjmy i výdaje jednotlivých pojišťoven od sebe liší, je zaveden komplexní demografický *vyrovnávací systém dotování pojišťoven, které mají deficit*

V roce 1999 se v rámci reformy zavedlo univerzální zdravotní pojištění, které zajišťuje všem osobám možnost pojištění v povinném režimu zdravotního pojištění jako zabezpečení proti nemoci. Osoby jsou zařazeny do všeobecného režimu pojištění na základě trvalého nebo alespoň pravidelného pobytu. *Ti, jejichž příjem je nižší jak 6.600 euro za rok, nemusí platit příspěvky a jsou automaticky zařazeni do všeobecného pojištění.* Jedná se zhruba o 1,8 % populace.

Výše příspěvků na zdravotní pojištění u zaměstnanců se odvozuje od jejich platu. Zaměstnanec odváděl v roce 1997 6,8 % z hrubé mzdy a zaměstnavatel 12,8 %. V roce 1998 došlo ke snížení procenta u zaměstnanců na pouhých 0,75 %. V roce 2001 byly zavedeny nové sazby a to: 5,25 % z výdělků, kapitálu a výher, 3,95 % z penzí a pravidelných příjmů. V roce 1999 byly uvaleny speciální daně na společnosti s ročním obratem vyšším jak 50 milionů franků a na společnosti znečišťující zdravotní prostředí. Dalšími daněmi sloužícími k financování zdravotnictví jsou daně z alkoholu, tabáku a automobilů a daně uvalené na farmaceutický průmysl. V roce 2000 byla skladba zdrojů na financování zdravotnictví následující²⁶:

- Zaměstnanci..... 3,4 %
- Zaměstnavatelé..... 51,1 %
- Daně uvalené na společnosti..... 34,6 %
- Daně z tabáku, alkoholu, automobilů..... 3,3 %
- Daně na farmaceutický průmysl..... 0,8 %
- Státní kompenzace..... 4,9 %
- Vyrovnání v systému zdravotních pojišťoven..... 0,3 %

²⁵ Zdroj: WHO, Country Health Indicators

²⁶ Zdroj: Health Care Systems in Transition – France 2004

- Ostatní..... 1,6 %

Z těchto zdrojů putuje 84,9 % na úhradu nákladů spojených se zdravotní péčí, 15,1 % na dávky v mateřství, v nemoci, na krytí pracovních úrazů a na invalidní důchody.

Spoluúčast

Finanční spoluúčast pacienta představuje jeden ze základních principů francouzského systému sociálního zabezpečení. Tato spoluúčast se zakládá na nutnosti převést na pacienta odpovědnost za spotřebu zdravotní péče a zdravotnických statků. Ze zákona by měl pacient zaplatit přímo poskytovateli zdravotní péče celkovou částku nákladů za poskytnutou zdravotní péči a později obdržet zpravidla dílčí úhradu těchto výdajů od zdravotní pojišťovny, ke které patří. Ve skutečnosti je mnoho případů, kdy pojišťovna přímo zaplatí léčebné výdaje v příslušné výši. Částky hrazené pacientem jsou vypočteny podle sazeb nebo podle smluvních cen a to procentuálně. Jsou zde tři typy pacientů osvobozených od spoluúčasti: 1. osoby trpící jednou ze 30 specifických dlouhodobých nemocí, 2. těhotné ženy, oběti pracovního úrazu, váleční vysloužilci, 3. osoby hospitalizované v nemocnici, jejichž pobyt je delší jak 30 dní, jejichž spoluúčast je určena podle koeficientu specializovanosti jejich léčby.

Zdravotní pojišťovny hradí v průměru 75 % nákladů za návštěvu lékaře, 34,9 % za zubařskou péči, 79 % za lékařské pomocné prostředky, 73,3 % za laboratorní výkony, 61,5 % za léky uvedené v seznamu léků a 90,2 % za nemocniční péči. Při hospitalizaci v nemocničním zařízení platí pacient pevné denní částky 10,67 euro za náklady spojené s ubytováním. Pacient si dále přispívá na léky, kde je spoluúčast odvozena podle druhu léku.

Soukromé pojištění

Jelikož je výše spoluúčasti ve Francii dosti vysoká, zřizují si pacienti ještě doplňkové pojištění. Toto pojištění zahrnuje zhruba 86 % populace. Doplňkové pojištění může vzniknout na základě individuální smlouvy, ale nejčastěji je pojištěným nabídnuto kolektivně v rámci jejich profesní činnosti. Existují tři typy organizací doplňkového pojištění: vzájemné zaměstnanecké pojišťovny (neziskové společnosti pod dohledem státu), soukromé pojišťovny a pojišťovací organizace sociální péče (řízené odbory a zaměstnavateli).

Péče poskytovaná praktickými a odbornými lékaři

Pacienti mají *svobodnou volbu jak praktického lékaře tak specialisty*. Úlohou praktického lékaře není nasměrovat pacienta k odbornému lékaři, jak je tomu v mnoha evropských zemích. Existuje však malý sektor lékařů, kteří fungují jako tzv. gatekeepři. Do této sféry spadá 10 % praktických lékařů a jejich služeb využívá pouze 1 % populace. Tito lékaři dostávají zvláštní kapitační platbu za zaregistrovaného pacienta, která činila v roce 2001 46 euro. Pro každého uživatele zdravotního pojištění byla zavedena zdravotní knížka, která je zpřístupněna pouze oprávněným lékařům. V roce 1999 nahradila tuto knížku magnetická karta nazvaná karta Vitale, která obsahuje informace o pojištění a lékařské informace.

Proplácení úkonů lékařů se dělí podle toho, v jakém sektoru daný lékař působí. Lékaři z prvního sektoru dostávají platby podle sazebníku a souhlasí s tím, že nebudou účtovat žádné další částky výměnou za určité úlevy od vlády, například zdravotní pojištění zdarma. Lékaři, kteří si zvolí druhý sektor a ostatní, kteří si mohou účtovat zvláštní poplatky, nemají přístup k vládním výhodám, ale mohou účtovat mnohem vyšší poplatky. Ve druhém sektoru působí zhruba 27 % lékařů.

Všeobecní lékaři tvořili v roce 1998 49,3 % a lékaři specialisté 50,7 %. 75 % praktických lékařů a 68 % odborných lékařů pracovalo na základě samostatné praxe v soukromých ordinacích.

Odměňování samostatných lékařů probíhá na základě **platby za výkon**. Lékaři mohou vykonávat soukromou praxi a pracovat zároveň jako zaměstnanci. Pokud provádí soukromý lékař některé výkony v soukromých nemocnicích, odvádí jim za pronájem prostor určité poplatky. Lékaři uzavírají smlouvy, ve kterých je stanovena minimální regulace plateb. Tyto smlouvy se uzavírají mezi hlavními zdravotními pojišťovny a zaměstnaneckými odborovými svazy. Lékaři, pracující jako státní zaměstnanci, jsou placeni platem, který se odvíjí podle odpracovaných hodin a služebního věku. Univerzitní lékaři mají plat rozdělen na položku za vyučování nastávajících lékařů a na položku za provedené výkony.

Nemocniční péče

Organizaci nabídky nemocniční péče provádějí Regionální nemocniční agentury. Ve Francii existují tři typy nemocnic: veřejné nemocnice, které tvoří zhruba 1/4 všech nemocnic a soukromé nemocnice, které mohou být neziskové a ziskové.

Do roku 1983 byly nemocnice financovány paušální platbou za den. Tento systém byl nahrazen systémem **globálních rozpočtů**, který se týkal zařízení spadajících do **veřejné** nemocniční služby. Tento rozpočet sestavuje vláda. Při jeho sestavování se řídí podle rozpočtu z předcházejícího roku, který upravuje procentuální sazbou růstu. Vláda také bere v potaz rozpočty, které si každá nemocnice sestavuje. Tyto rozpočty obsahují provozní náklady a výnosy. Mezi výnosy nemocnic patří denní sazby účtované pacientům za pobyt v nemocničních zařízeních, platby za extra konzultace, za prodej léků vyhrazených k nemocniční distribuci atd. Rozpočet vyplácí nemocnicím pojišťovny na začátku roku.

Soukromé ziskové nemocnice jsou **financovány fixními platbami za den**, které kryjí náklady na ubytování, péči sester, rutinní péči, opotřebení technického zařízení a léky. Dále jsou financovány specifickými tarify založenými na uskutečněných operacích a léčbách a použití technického zařízení. Tyto tarify se mohou pohybovat od 46 až 76 euro podle povahy a rozsahu procedur. V roce 2000 byla ziskovost nemocnic 1,2 %.

Soukromé neziskové nemocnice se mohou a nemusí účastnit na veřejných nemocničních službách. Když ano, jsou placeny jako veřejné nemocnice. Pokud se na veřejných službách neúčastní, mohou si vybrat financování formou rozpočtů či formou sazeb za den plus speciální tarify.

Vláda do budoucna uvažuje o financování nemocnic podle systému DRGs.

5. Komparace vybraných zemí, souhrn výsledků a náměty na zlepšení situace v ČR

5.1. Komparace vybraných zemí

5.1.1. Výdaje na zdravotnictví a jejich struktura

Financování je významnou charakteristikou systémů zdravotní péče a jednou z vlastností, která se vyznačuje značnou variabilitou. Základními zdroji financování ve sledovaných zemích bylo povinné zdravotní pojištění, daně, soukromé pojištění a přímé platby pacientů. Jednotlivé země se liší měrou, jakou se tyto zdroje podílejí na financování a kolik finančních prostředků se vydá na financování zdravotnictví celkem.

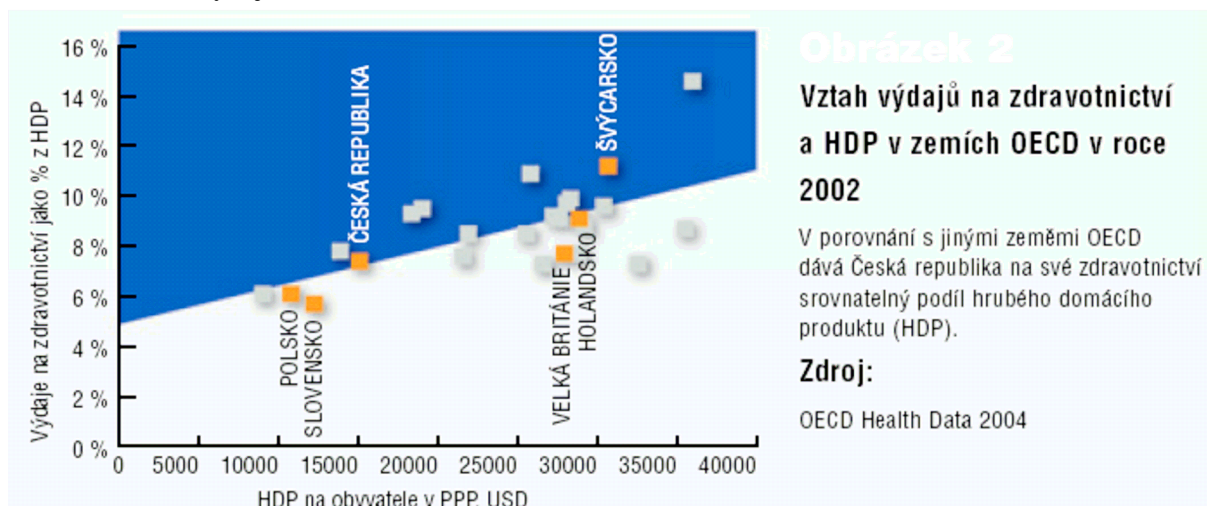
Tabulka č. 3: HDP a celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyv. v roce 2002

	HDP na 1 obyv. v mezinárodních dolarech	Výdaje na zdravotnictví na 1 obyv. v mezinárodních dolarech
Česká republika	16 020	1 118
Německo	25 842	2 817
Rakousko	28 843	2 220
Švýcarsko	30 723	3 446
Nizozemí	28 983	2 817
Slovenská republika	12 257	723
Velká Británie	27 959	2 160
Francie	28 094	2 736

Zdroj: WHO

Z tabulky č. 3 vyplývá, že podle HDP na hlavu je nejbohatší zemí Švýcarsko, za ním Nizozemí, Rakousko a Francie. ČR je až na předposledním místě. V převedení výdajů na mezinárodní dolary, vydává na zdravotnictví nejvíce Švýcarsko, Nizozemí, Německo a Francie. ČR je na předposlední místě. Tyto údaje však nejsou zcela dobře porovnatelné, protože některé země (např. Německo a Rakousko) zahrnují do výdajů na zdravotnictví i nemocenské dávky, které se např. v ČR hradí ze systému sociálního zabezpečení.

Graf č. 1: Vztah výdajů na zdravotnictví a HDP v zemích OECD v roce 2002



Zdroj: *Reforma zdravotnictví pro ČR v Evropě 21. století*

Tento graf zřetelněji poukazuje na závislost mezi HDP na obyvatele a výdaje na zdravotnictví jako procenta z HDP. Tento graf, pro lepší porovnání, zobrazuje nejen mnou vybrané země, ale země OECD. Z grafu vyplývá, že v porovnání s ostatními zeměmi vydává ČR na zdravotnictví srovnatelný podíl HDP.

Tabulka č. 4: Podíly jednotlivých složek výdajů na zdravotnictví na celkových výdajích a podíl celkových výdajích na HDP za rok 2002

	Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP v %	Podíl jednotlivých zdrojů financování na celkových výdajích na zdravotnictví v %					
		Veřejné výdaje	Daně	Povinné pojistné	Soukromé výdaje	Přímé platby pacientů	Soukromé pojištění
Česká republika	7	91,4	9,9	81,5	8,6	8,6	0
Německo	10,9	78,5	9,9	68,6	21,5	10,4	8,6
Rakousko	7,7	69,9	28,7	41,2	30,1	17,5	7,4
Švýcarsko	11,2	57,9	17,9	40,0	42,1	31,5	9,6
Nizozemí	8,8	65,6	4,1	61,5	34,4	8,4	18,0
Slovenská republika	5,9	89,4	6,5	82,9	10,6	10,6	0
Velká Británie	7,7	83,4	83,4	0	16,6	9,3	3,1
Francie	9,7	76,0	2,4	73,5	24,0	9,8	13,2

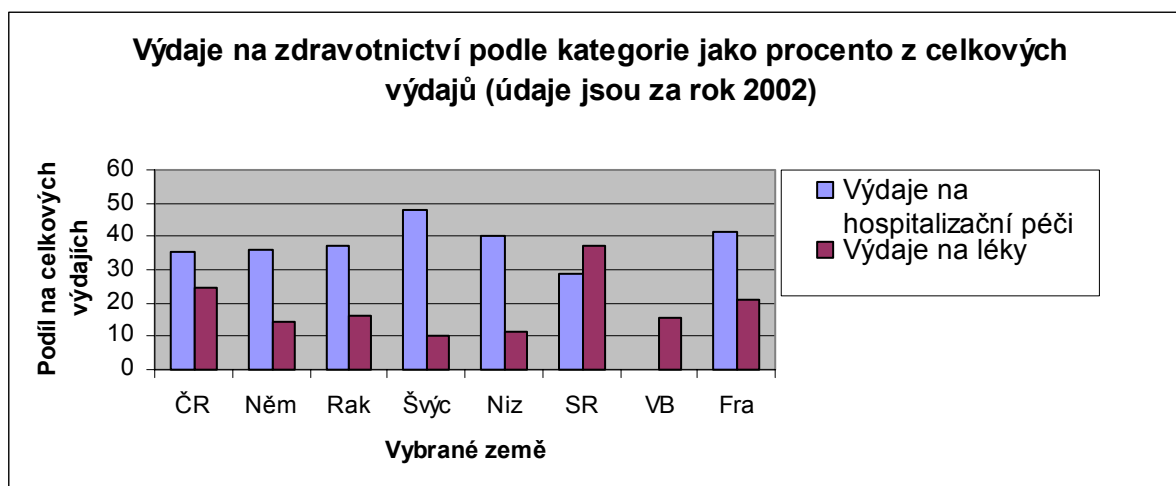
Zdroj: WHO, Country Health Indicators

Jak ukazuje tabulka č. 4, nejvíce se celkové výdaje na zdravotnictví podílejí na HDP ve Švýcarsku, Německu a Francii. Hodnoty v Rakousku, Velké Británii a České republice se pohybují okolo 7 %. ČR je na předposledním místě. Slovensko ze všech vybraných zemí vydává na zdravotnictví nejméně finančních prostředků.

ČR má nejvyšší podíl veřejných výdajů na celkových výdajích, z čehož převážnou část tvoří povinné zdravotní pojistné. Podobně je na tom i Slovensko. Vysokou část veřejných výdajů má i Velká Británie, kde je zdravotnictví financováno prostřednictvím daní. Veřejné výdaje v Německu i ve Francii dosahují téměř 80 % a jsou také převážně financovány z povinného zdravotního pojištění. V Rakousku už je o něco vyšší podíl daní na veřejných financích, a to 28,7 %. Švýcarsko má nejnižší podíl veřejných výdajů, a to kolem 58 %.

Švýcarsko má tudíž nejvyšší podíl soukromých výdajů. Švýcarsko je typické velmi vysokou mírou spoluúčasti pacientů. Vyšší míra soukromých výdajů je i v Nizozemí a Rakousku. V Nizozemí zaujímá značnou část soukromých výdajů soukromé pojištění. ČR má nejnižší míru soukromých výdajů ze všech vybraných zemí. Ve všech srovnávaných zemích je v zákoně definována skupina obyvatel, kteří jsou od spoluúčasti osvobozeni z důvodu nízkého sociálního postavení, špatného zdravotního stavu apod.

Soukromé pojištění je nejvíce rozšířené v Nizozemí a Francii. V ČR a na Slovensku je nulové.



Graf č. 2
Zdroj: WHO

Graf ukazuje strukturu výdajů na zdravotnictví z hlediska výdajů na hospitalizační péči a výdajů na léky. Údaje o výdajích na ambulantní péči se mi bohužel nepodařilo sehnat. Z grafu je patrné, že Slovensko i Česká republika mají nadprůměrné výdaje na léky. Tento jev by mohl být podmíněn nastavením míry a formy spoluúčasti pacientů na platbách za léky a také vysokým počtem návštěv lékařů. Švýcarsko má oproti tomu nejnižší náklady na léky, ale má nejvyšší míru nákladů na hospitalizační péči.

5.1.2. Systém zdravotního pojištění, přístup pacienta k lékařům a formy úhrad zdravotní péče

Tabulka č. 5: Komparace informací týkajících se pojištění

	Systém financování zdrv. v rámci celé země	Volba pojišťovny	Stanovení výše pojistného	Pojistné jako podíl ze mzdy	Platnost pojištění i na členy rodiny	Podíl pojistného připadající na zaměstnance a zaměstnavatele
Česká republika	centralizovaný	dobrovolná	vládou	ano	ne	více zaměstnavatel (4,5 %, 9 %)
Německo	decentralizovaný	dobrovolná	pojišťovnami podle fin. situace	ano	ano	1:1 (celkem v průměru 14,2 %)
Rakousko	centralizovaný	podle profese	vládou	ano	ano	1:1 (celkem mezi 6,4 - 9,1 %)
Švýcarsko	nemá jednotný systém	dobrovolná	pojišťovnami podle fin. situace	ne (fixní poplatek)	ne	-
Nizozemí	centralizovaný	dobrovolná	vládou, pojišťovny stanovují fixní poplatek	ano + fixní poplatek	-	více zaměstnanec (zhruba 14 %, 6,75 %)
Slovenská republika	centralizovaný	dobrovolná	vládou	ano	ne	více zaměstnavatel (4 %, 10 %)
Velká Británie	centralizovaný	dobrovolná	vládou - forma daně	ano (forma daně)	ne	-
Francie	centralizovaný	podle profese	vládou	ano	ano	více zaměstnavatel

Systém vybírání a stanovování pojistného je v každé zemi trochu odlišný. Dalo by se říci, že ve většině zemí je systém vybírání pojistného centralizovaný. Výjimku tvoří Německo, kde federální vláda stanoví základní legislativní rámec a konkrétní způsob stanovování pojistného patří do kompetence spolkových vlád. Další výjimkou je Švýcarsko, které nemá jednotný způsob financování zdravotní péče. Dalo by se územně rozdělit na německou, francouzskou a italskou část. V každém území je potom stanoven odlišný způsob stanovování pojistného.

Ve většině zemí je volba pojišťovny dobrovolná (svobodná). Pouze v Rakousku a Francii musí být pacienti registrováni u pojišťovny podle zaměření jejich profese. Většina zemí má také zaveden systém přerozdělení pojistného vybraného jednotlivými pojišťovnami.

Výše pojistného se převážně stanovuje pro všechny obyvatele stejná na úrovni Ministerstva zdravotnictví. V Německu si však jednotlivé pojišťovny mohou stanovit výši pojistného podle jejich současné finanční situace. Podobné je to i ve Švýcarsku. V Nizozemí si pojišťovny mohou samy stanovovat fixní část pojistného.

Převládá pojistné stanovené procentem ze mzdy. Pouze ve Švýcarsku je pojistné dáno fixní částkou a v Nizozemí je část pojistného stanovena procentem ze mzdy a druhou část tvoří fixní poplatek. Rozložení části pojistného mezi zaměstnance a zaměstnavatele je ve vybraných zemích také různé. V Německu a Rakousku platí zaměstnanec a zaměstnavatel stejnou část pojistného. V ČR, Slovensku a Francii platí větší část zaměstnavatel. V Nizozemí je to naopak, když se sečtou sazby povinného zdravotního pojištění, platí více zaměstnanec.

V některých zemích (např. v Německu, Rakousku, Francii) je ze zdravotního pojištění pojištěnce hrazena zdravotní péče také jeho rodinným příslušníkům (manželce, dětem). V některých zemích (např. Německo, Rakousko) si na zdravotní pojištění přispívají i důchodci ze svých důchodů. V ČR platí pojistné za tyto pojištěnce stát.

Ve

Tabulka č. 6: Přístup ke specialistům a úhrady zdravotní péče

	Přístup ke specialistovi	Úhrady lékařům	Platby nemocnicím
Česká republika	doporučení	GP - výkonově - kapitační Spec. - platba za výkon	založen na historických rozpočtech
Německo	volný ale dražší bez doporučení	prostřednictvím asociace lékařů za výkony	paušál + platba za případ
Rakousko	doporučení	kapitační, výkonově - různé podle oblastí	výkonově orientovaná platba
Švýcarsko	volný	platba za výkon	ošetřovací dny + spec. doplatky
Nizozemí	doporučení	GP - kapitační Spec. - platba za výkon	prospektivní roční rozpočet
Slovenská republika	doporučení	výkonově - kapitační	platba za případ
Velká Británie	doporučení	kapitační + speciální dávky	celkové rozpočty s prvky plateb za výkon
Francie	volný	platba za výkon	veřejné - globální rozpočet soukromé - platba za den + tarify

většině zemí jsou praktičtí lékaři převážně soukromými lékaři. Někde plní funkci rodinných lékařů (např. Německo)

K praktickým lékařům je ve všech zemích volný přístup. Pouze ve Velké Británii si obyvatelé musí zvolit praktického lékaře podle svého bydliště. Pacienti se většinou musí u svého praktického lékaře zaregistrovat. Ve Švýcarsku a Rakousku se pacienti u praktického lékaře registrovat nemusí. V Rakousku mají pacienti přístup k praktickému lékaři na základě tříměsíčního poukazu a ve Švýcarsku je přístup k praktickému lékaři naprosto volný.

Ve většině zemí je přístup ke specialistům podmíněn doporučením od praktického lékaře. V některých zemích jsou určeni odborní lékaři, ke kterým je stejný přístup jako k praktickému lékaři (např. v ČR zubaři, gynekologové). Ve Švýcarsku a Francii mohou pacienti navštívit odborného lékaře volně, bez doporučení. V Německu lze jít k odbornému lékaři také bez doporučení, ale náklady na zdravotní péči jsou potom mnohem vyšší.

V úhradách lékařů převažují kapitační nebo výkonové platby a nebo jejich kombinace. Konkrétnější údaje o úhradách zdravotní péče lékařům jsou uvedeny podrobněji v popisu systému financování zdravotnictví jednotlivých zemí. Lékaři, kteří pracují v nemocnicích v pracovním poměru, jsou ve všech vybraných zemích odměňováni platem.

Způsob úhrady zdravotnickým zařízením je v jednotlivých zemích rozdílný. Podrobné charakteristiky jsou uvedeny v tabulce a opět v předchozím popisu jednotlivých zemí. Společným znakem všech zemí by snad mohlo být, že do budoucna diskutují o možnosti financování zdravotnických zařízení na základě DRGs nebo podobného systému.

5.1.3. Hodnocení z hlediska kapacity nemocnic a počtu lékařů

U kapacitních položek jednotlivých států se mi bohužel nepodařilo nalézt údaje shodné za stejné období. Proto porovnávání těchto parametrů bude trochu zkreslené.

V počtu lékařů na 1.000 obyvatel jsou vybrané země téměř vyrovnané. Údaje se pohybují v rozmezí 3,1 až 3,6. Počty praktických lékařů už se v jednotlivých zemích značně liší. Nejvyšší počet má Francie, Rakousko a Německo. Je to dáno postavením praktických lékařů, kteří vykonávají funkci tzv. rodinného lékaře a jsou hodně všestranně zaměřeny. To znamená, že své pacienty posílají k odborným lékařům až v krajních případech.

V počtu nemocnic na 100.000 obyvatel je ČR zhruba uprostřed. Velmi nízký počet nemocnic má Nizozemí a nejvyšší počet nemocnic má Francie.

ČR, Německo a Rakousko mají nejvyšší počet nemocničních lůžek na 100.000 obyvatel. Je zajímavé, že naproti tomu mají nejnižší počet nemocnic na 100.000 obyvatel. Z toho se dá usuzovat, že je v těchto zemích vysoký počet velkých nemocnic oproti ostatním zemím.

Nejvyšší podíl akutních lůžek na 1.000 obyvatel z celkového počtu lůžek má Velká Británie. Znamená to, že jí nezbyvá příliš mnoho lůžek na dlouhodobou hospitalizaci. Počet lůžek dlouhodobé „následné“ péče by mohl být nedostatečný např. při chřipkových epidemiích a podobných chorobách. Nejnižší podíl akutních lůžek má Francie, a to 43 %. ČR je na tom v podílu akutních lůžek ku celkovému počtu lůžek na 1.000 obyvatel obdobně jako ostatní zbývající země.

Pokud jde o kontakty s lékaři v ambulantní sféře, je situace v ČR velmi nadprůměrná. Oproti ostatním zemím až trojnásobná.

Tabulka č. 7: Údaje o počtu lékařů, lůžek, délce hospitalizace a kontaktů s lékaři za rok 2002

	Lékaři na 1 000 obyv.	Praktičtí lékaři na 100 000 obyv.	Nemocnice na 100 000 obyv.	Lůžka ve všech nemocnicích na 1000 obyv.	Průměrná délka pobytu ve všech nemocnicích	Lůžka akutní péče na 1 000 obyv.	Kontakty s lékaři v ambulantní sféře na 1 obyv.
Česká republika	3,5	72,42	3,63	8,6	11,3	6,3	15,0
Německo	3,4	105,18	4,32	8,9	10,9	6,6	6,5 ¹⁹⁹⁶
Rakousko	3,4	140,75	3,48	8,4	8,1	6,0	6,7 ²⁰⁰¹
Švýcarsko	3,6	66,98	4,99	5,9	12,7	3,9	11,0 ¹⁹⁹²
Nizozemí	3,1	50,2	1,24	4,6	12,5 ²⁰⁰¹	3,2	5,6 ²⁰⁰²
Slovenská republika	3,1	44,47	2,55	7,7	9,4	5,9	13,0
Velká Británie	3,2	62,84	2,72 ¹⁹⁹¹	4	9,8 ¹⁹⁹⁶	3,7	5,4 ¹⁹⁹⁸
Francie	3,4	163,09	5,27	7,8	10,8 ¹⁹⁹⁷	3,4	6,5 ¹⁹⁹⁶

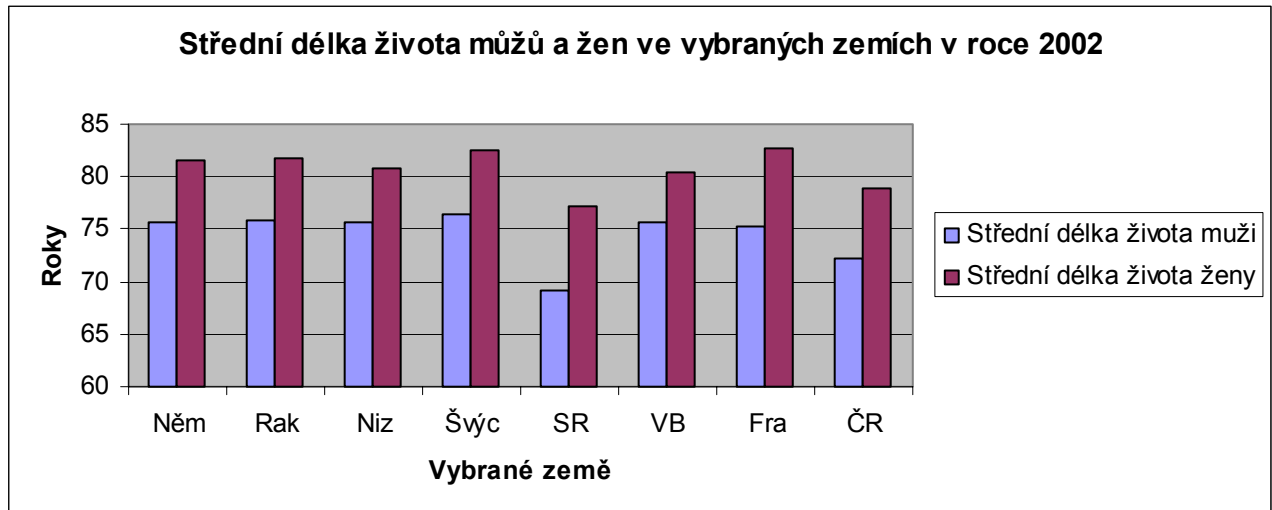
Zdroj: WHO, Regional Office for Europe

5.1.4. Hodnocení z hlediska kvality zdravotní péče

Systémy financování zdravotnictví se dají jen velmi těžko porovnávat z hlediska kvality poskytované zdravotní péče. Zemím totiž chybí jednotný systém hodnocení kvality, např. na

základě určitých standardů kvality. Kvalita zdravotní péče částečně závisí na bohatství země, tedy na tom, kolik peněz do zdravotnictví plyne. Kvalitu péče bych chtěla porovnat podle zdravotního stavu obyvatelstva, a to podle střední délky života a kojenecké úmrtnosti, a dále podle spokojenosti pacientů s poskytováním zdravotních služeb a podle počtu hospitalizovaných osob.

Graf č. 3

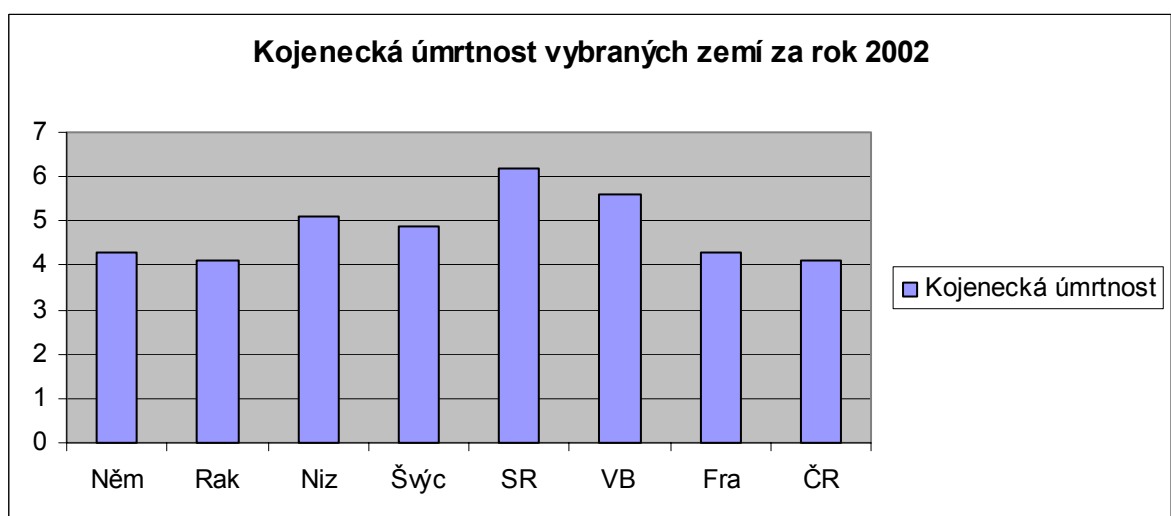


Zdroj: DP

* Údaje za Švýcarsko jsou z roku 1998

Graf č. 3 ukazuje, že nejdelší střední délku života mají ženy ve Švýcarsku a Francii. Nejnižší střední délku života mají muži na Slovensku. Tento ukazatel v sobě zahrnuje kromě kvality zdravotní péče také životní styl a genetické vloh.

Graf č. 4

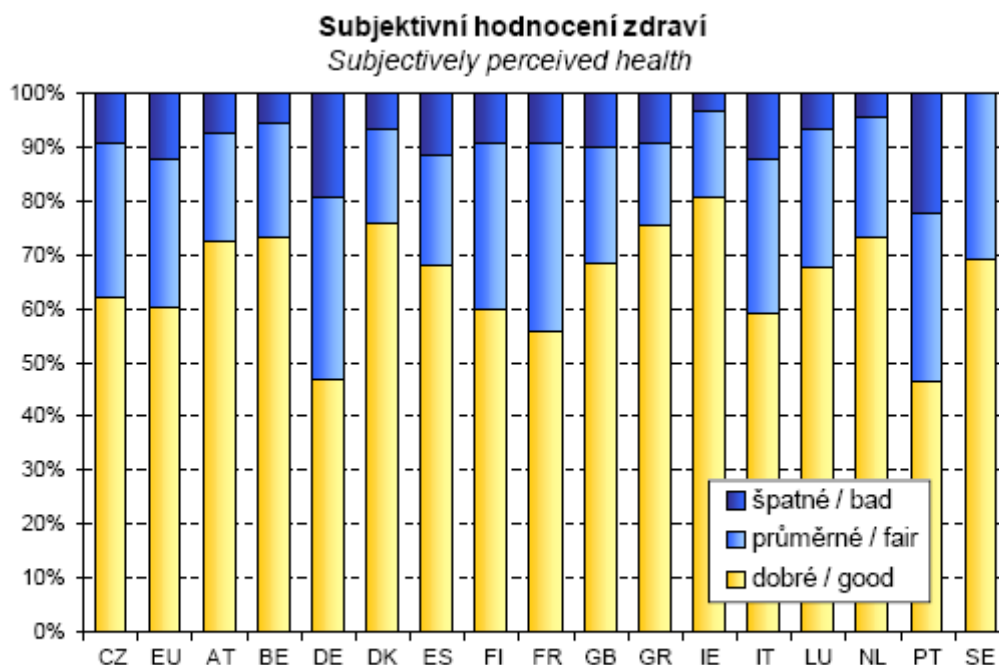


Zdroj: DP

V porovnání s ostatními zeměmi má ČR jednu z nejnižších kojeneckých úmrtností.

Následující graf zobrazuje subjektivní hodnocení zdraví. V grafu jsou údaje za státy Evropské unie. 80 % obyvatel Irsku hodnotí své zdraví za dobré. Mezi 70 až 80 % obyvatel v Dánsku, Řecku, Belgii a Rakousku hodnotí svůj stav také za dobrý. Hůře vyšli z porovnání Portugalsko, Německo a Francie.

Graf č. 5

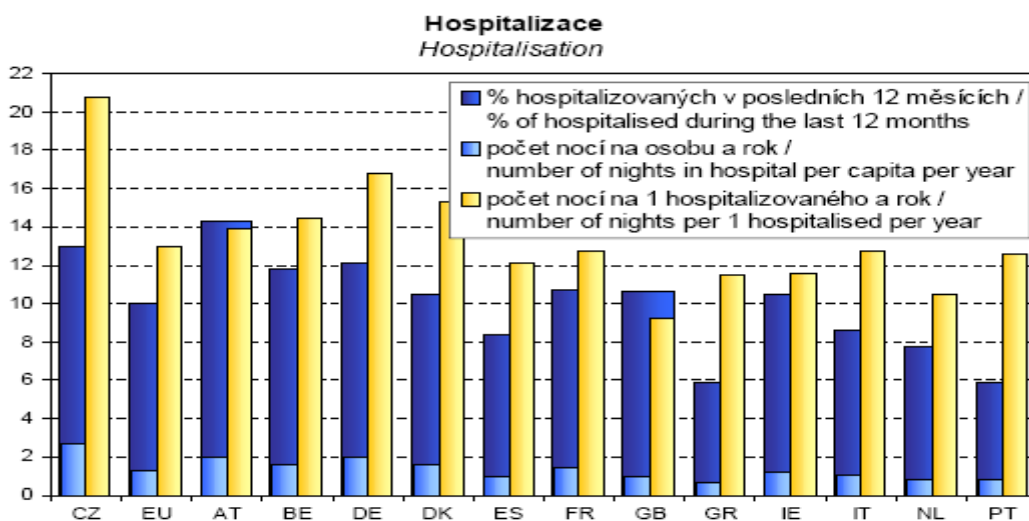


Zdroj / Source: ECHP 1998, Health statistics - Key data on health 2002

Pozn. / Note: Údaje za FI a LU se vztahují k roku 1998 / Data on FI and LU relate to 1998

V následujícím grafu lze vidět, že ČR má velmi vysoký počet nocí na jednoho hospitalizovaného a rok.

Graf č. 6



Zdroj / Source: ECHP 1998, Health statistics - Key data on health 2002, Health in Europe, EUROSTAT 2003

5.2. Souhrn výsledků a náměty na zlepšení situace v ČR

5.2.1. Analýza současného stavu financování zdravotní péče a záměrů v oblasti reformy zdravotnictví v ČR.

Zdravotní systém v ČR je financován prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Tento systém je velmi rozšířený i v ostatních evropských zemích. ČR vydává na financování zdravotnictví kolem 7 % HDP, což je porovnatelná částka např. s Rakouskem. Rakousko má také porovnatelný HDP na jednoho obyvatele. Ovšem oproti Rakousku a ostatním srovnávaným zemím trpí zdravotní systém ČR neefektivním využíváním finančních prostředků a velkými strukturálními nerovnostmi.

Podle mého názoru se na vzniku neefektivního využívání finančních prostředků podílí např. hospodaření VZP, které je málo průhledné, deficitní a není vyloučena existence skrytých toků a korupce. Koncem roku 2005 byla VZP zadlužená zhruba 9 mld. Kč. Oproti tomu většina zaměstnaneckých pojišťoven hospodařila s přebytkem. Nevýhoda VZP oproti ostatním pojišťovnám je ve struktuře jejich pojištěnců. Má totiž velký počet státních pojištěnců, za které odvádí pojistné stát. Toto pojistné se však ukázalo jako nedostatečné, a tak tomto směru došlo k některým nápravám. Od 1.4. 2006 bylo zavedeno 100% přerozdělování vybraného pojistného podle věku a rizikovitosti jednotlivých skupin a byla zvýšena platba pojistného za státní zaměstnance. Dalším problémem VZP jsou nevymahatelné pohledávky. Tento problém se stát snaží řešit odkupem těchto pohledávek Českou konsolidační agenturou.

Dále je podle mého názoru neefektivní hospodaření některých velkých nemocnic. Celý sektor nemocnic má sice kladný výsledek, ale jsou tam velké disproporce mezi dobře hospodařícími a zadluženými nemocnicemi. Příčinou deficitů velkých fakultních nemocnic by mohlo být špatné nastavení úhrad za poskytnutou zdravotní péči, zpožděné platby od pojišťoven či neodborný management. Tato skutečnost vedla k situaci, kdy některé z fakultních nemocnic nemohly platit za léky svým distributorům. Distributoři léčiv proto přestali těmto nemocnicím léky dodávat. I tento problém se vláda snažila vyřešit, a to dotací těmto nemocnicím ve výši 1,6 mld. Kč.

V České republice jsou v současnosti dva hlavní návrhy na reformy zdravotnictví. Prvním návrhem jsou opatření současného ministra zdravotnictví. Ten se snaží prosadit zákon o veřejných neziskových zdravotnických zařízeních. Podle tohoto návrhu zákona, by měla na území ČR fungovat síť veřejných zdravotnických zařízeních. Nemocnice v této síti by byly ze zákona preferovány oproti ostatním nemocnicím např. tím, že by pojišťovny měli ze zákona povinnost uzavřít s těmito nemocnicemi smlouvy a tato zařízení by byla i daňově zvýhodněna. Dalším opatřením v tomto návrhu zákona je např. zvýšení zainteresovanosti managementu nemocnic pomocí bonusově-sankčního řádu a zajištění jisté úrovně kvality. Zavedení těchto posledních opatření je podle mého názoru velmi časově náročné a i výsledky nemusí vést k lepšímu fungování nemocnic. Myslím si, že návrhy současného ministra zvyšují státní regulaci a také výdaje do zdravotnictví. Mají podle mého názoru pouze krátkodobý efekt.

Opačný názor na reformování zdravotnictví má opozice. Ta navrhuje mnohem liberálnější řešení. Chtěla by prosadit převedení nemocnic a pojišťoven na akciové společnosti. Zavést

větší konkurenci na trhu se zdravotním pojištěním. Dalším návrhem je např. zavedení osobních účtů atd.

5.2.2. Komparace systému financování zdravotnictví v ČR s vybranými státy EU.

Nelze jednoznačně určit, který ze zdravotnických systémů vybraných zemí je nejlepší. Zdravotnické systémy z hlediska financování lze porovnávat např. podle toho, kolik % z HDP vydávají na zdravotnictví, kolik z celkových výdajů tvoří veřejné a kolik soukromé výdaje. Dále pak zda je část systému financována i doplňkovým pojištěním a přímými platbami atd. O něco hůře lze systém porovnávat z hlediska efektivity a kvality. K porovnání kvality chybí společné standardy kvality zavedené ve všech zemích.

Většina mnou vybraných zemí (Slovensko, ČR, Francie, Německo, Nizozemí, Rakousko a Švýcarsko) používá Bismarckův systém financování zdravotní péče prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Pouze Velká Británie financuje své zdravotnictví prostřednictvím daní. Ve všech zemích převládá platba tzv. třetí stranou. Jednotlivé země se značně liší v tom, kolik procent tvoří soukromé a veřejné výdaje na celkových výdajích na zdravotnictví. Např. Švýcarský systém je charakteristický vysokou mírou spoluúčasti pacientů. Nizozemí je známo vysokým podílem doplňkového soukromého připojištění.

ČR má oproti vybraným státům nízký podíl soukromých výdajů. Ty tvoří 8,6 % z celkových výdajů na zdravotnictví. Naopak máme nejvyšší podíl povinného zdravotního pojištění na celkových výdajích na zdravotnictví. V ČR není legislativně upravena možnost doplňkového připojištění. Česká republika se od ostatních porovnávaných zemí odlišuje také vysokými výdaji za léky, vysokým počtem kontaktů a lékaři v ambulantní sféře, podprůměrnou střední délkou života a nízkou kojeneckou úmrtností.

5.2.3. Koncipování případných doporučení pro další směřování reforem zdravotnictví.

Po předchozím prostudování fungování vybraných evropských systémů financování se pokusím navrhnout možná řešení pro zlepšení efektivity fungování systému financování zdravotnictví v ČR.

A. Státu by měla být ponechána určitá odpovědnost za zdravotnictví, protože stát je jediný subjekt, který je schopen zabezpečit poskytování zdravotní péče pro všechny občany. Stát by tedy měl vytvářet legislativu a podmínky pro fungování zdravotního trhu. Ponechala bych tedy povinnost občana být pojištěn v rámci zdravotního pojištění u jím zvolené zdravotní pojišťovny. Oproti současné situaci bych však změnila regulační a kontrolní funkci státu. Tyto funkce by měly být přesněji zacíleny tam, kde je to žádoucí. Stát by měl např. zajistit optimální územní rozmístění zdravotních zařízení a udržovat určitou míru výdajů na zdravotnictví např. prostřednictvím stanovování úhradových vyhlášek atd. Také by se měl snažit o důslednou kontrolu hospodaření poskytovatelů zdravotní péče a zdravotních pojišťoven a o udržení určité míry kvality v poskytování zdravotní péče. Nesouhlasím ovšem s návrhem ministra zdravotnictví, který by výrazně preferoval veřejná zařízení v rámci sítě a diskriminoval by tím ta ostatní. Stát by měl, jak navrhuje opozice, zřídit „regulátora“ v oblasti zdravotnictví. Ten by měl mimo jiné dohlížet nad kontrolou hospodaření zdravotních pojišťoven a nemocnic a nad poskytováním určitého stupně kvality a nad dodržováním zákonů.

B. Velkým nemocnicím bych nechala formu veřejnoprávních institucí. Malé nemocnice by mohly mít formu akciových společností. Podle mého názoru je riziko spojené s formou akciových společností příliš velké. Hrozila by možnost bankrotu, preference ziskových oddělení a zisku celkově. V rámci ošetření by mohli být preferováni lépe pojištění či bohatší pacienti atd. Forma veřejnoprávních institucí, podle mého názoru, znamená pro pacienty „jistotu,“ že jim bude zajištěna dostupná a kvalitní péče.

C. V současné době je na trhu devět zdravotních pojišťoven, z toho VZP má zvláštní postavení. Její existence a hospodaření jsou garantovány státem a její činnost je upravena samostatným zákonem. VZP pojišťuje kolem 68 % obyvatel. Její hospodaření, jak již bylo zmíněno je ovšem ztrátové. Její garance státem jí staví do jiného postavení oproti ostatním zaměstnaneckým pojišťovnám. To znamená, že je zde omezena konkurence mezi VZP a zaměstnaneckými pojišťovny. Zaměstnanecké pojišťovny si mezi sebou konkurovat mohou, ale pouze omezeně. Jejich jednotlivé podíly na trhu jsou však téměř bezvýznamné oproti VZP. Proto bych se snažila navrhnout některá opatření, která by převedla část pojištěnců z VZP do zaměstnaneckých pojišťoven. Takovým opatřením by mohlo být různé doplňkové připojištění a individuální pojistné plány. Základní zdravotní péče by však musela být zajištěna ve všech pojistných plánech.

Pokud jde o právní formu pojišťoven, ponechala bych VZP jako veřejnoprávní instituci. Pokud by se vytvořila důkladná legislativa, která by formulovala podmínky vzniku a fungování zaměstnaneckých pojišťoven ve formě akciových společností, mohly by být zaměstnanecké pojišťovny převedeny na tuto formu. Legislativa by však měla být nastavena tak, aby nedocházelo k bankrotům či špatnému hospodaření s pojistným v těchto pojišťovnách.

D. V oblasti úhrad zdravotní péče se mi jeví dosavadní způsob financování praktických lékařů (kapitačně-výkonová platba) a odborných lékařů (platba za výkon) jako dostačující. Ve vybraných evropských státech také převažuje kapitační nebo výkonová platba. Nastavení kapitačně-výkonových plateb u praktických lékařů v sobě zahrnuje výhodu, že se lékař snaží udržet co největší množství zaregistrovaných pacientů prostřednictvím kvalitních služeb. Tato výhoda však závisí na množství ordinací praktických lékařů na daném území. Pokud je toto množství malé, pacienti jsou nuceni se registrovat u nejbližšího lékaře, protože dojíždění na větší vzdálenosti je pro pacienty nepohodlné a finančně náročné. Lékař má tedy jistotu určitého počtu zaregistrovaných pacientů a nemusí konkurovat větší kvalitou. Kombinace s výkonovou platbou by při správném nastavení mohla zajistit poskytování preventivně důležitých výkonů (např. očkování), preventivních prohlídek atd.

U výkonových plateb specialistům by se mohla zlepšit kontrola stávajícího systému zavedením osobních účtů, na kterých by si pacienti mohli ověřit druh a počty prováděných výkonů a tím by se mohla zlepšila průhlednost této metody úhrad a mohlo by dojít ke snížení poskytování nadbytečných výkonů či ke snížení výkonů, které byly proplaceny, ale nebyly provedeny.

E. Současné financování nemocničních zařízení se mi jeví jako neefektivní. Nevystihuje skutečné náklady nemocnic a nenuť je k efektivnímu využívání finančních prostředků. Nejvhodnější metodou pro financování nemocnic je podle mého názoru metoda DRGs. Tato metoda přesněji vystihuje skutečné náklady, motivuje poskytovatele zdravotní péče k hospodárnosti a zjednodušuje administrativu pro poskytovatele. Jelikož se tato metoda již v některých zemích používá, mohli bychom přejmout již nadefinované diagnostické skupiny. Tím by se nám usnadnila část administrativních prací. Rizikem této metody je předčasné propouštění pacientů. Pokud by se v legislativě upravila kontrola nad opětovným přijímáním předčasně propuštěných pacientů, byla by metoda DRGs téměř bez negativních účinků. Její

nevýhodou by bylo zvýšení administrativních nákladů, které by souvisely se zavedením tohoto nového systému, vytvořením nového IS atd.

F. V oblasti zdravotního pojištění se mi zdá zajímavý návrh opozice o zavedení osobních účtů. V tomto systému by část pojistného byla převedena do společného fondu, ze kterého by se financovaly nákladné zákroky atp. Zbytek pojistného by byl uložen na osobních účtech poplatníků. Ti by si na tyto účty ze zákona museli přispívat ještě určitou část, měli by stanoven určitý limit ročního výběru atd. Tento systém je již podrobně popsán v návrhu opozice na reformu zdravotnictví. Domnívám se, že by tento systém mohl částečně zprůhlednit financování zdravotní péče. Dále by umožnil pacientům mít přehled o nákladech na jejich zdravotní péči. Tím by se mohla zlepšit odpovědnost každého jednotlivce za své zdraví. Přispívání do systému by prostřednictvím dodatečných příspěvků jednotlivců či jejich zaměstnanců na osobní účty mohlo zvýšit počet finančních prostředků. Toto zvýšení by však podle mého názoru nehrálo v systému příliš velkou roli. Pokud by byl systém dobře nastaven, mohl by odstranit problém nedostatku finančních prostředků v rámci stárnutí populace. Lidé by si na těchto účtech spořili i na dobu, kdy půjdou do důchodu. V důchodu by si na tyto účty přispívali i ze svých důchodů. Zavedení tohoto systému osobních účtů by však bylo velice finančně náročné. Jelikož podobný systém nefunguje v žádné evropské zemi srovnatelné s ČR, je zavedení a fungování tohoto systému v ČR rizikové. Ovšem nápad je to zajímavý.

Závěr

Prvním cílem mé práce byla analýza současného stavu financování zdravotní péče a záměrů v oblasti reformy zdravotnictví v ČR. Řekla bych, že tento cíl se mi podařil naplnit. Celá oblast financování zdravotnictví je však velmi široká. Proto jsem se v práci zaměřila stručně na fungování celého systému, na jednotlivé zdroje financování zdravotnictví, na úhrady zdravotní péče lékařům a nemocnicím a na oblast soukromého pojištění a přímých plateb. V oblasti reformy jsem si vybrala hlavní návrhy reformy zdravotnictví, a to reformu zdravotnictví opozice a jednotlivá opatření a návrhy na reformu zdravotnictví současného ministra zdravotnictví Davida Ratha. Jsou zde i jiné názory na reformy zdravotnictví např. od svazů zastupujících pojišťovny, pacienty, lékaře apod.

Dalším cílem mé práce byla komparace ČR se systémy zdravotnictví ve vybraných zemích EU, s důrazem na metody úhrad a postavení jednotlivých zájmových skupin. Pro komparaci jsem si vybrala Německo, Rakousko, Švýcarsko, Nizozemí, Slovensko, Velkou Británii a Francii. Švýcarsko sice není členem EU, ale jeho systém zdravotnictví je velmi chválen a je typický vysokou mírou soukromých výdajů na zdravotnictví. Proto jsem ho zařadila do vybraných zemí. Podařilo se mi srovnání metod úhrad praktických lékařů a nemocnic. Dále srovnání jednotlivých zdrojů financování zdravotnictví, institucionální struktury a stručného fungování systému zdravotního pojištění. Naopak postavení jednotlivých zájmových skupin se mi nepodařilo. Nenašla jsem k tomu dostatečnou literaturu.

Posledním cílem bylo navrhnout možnosti celkového zefektivnění fungování sektoru zdravotnictví v ČR. Tyto návrhy jsou uvedeny v závěru poslední kapitoly. Inspirovala jsem se v nich spíše návrhy reformy zdravotnictví opozice a Jana Vepřeka a kolektivu. Také jsem navrhla financování nemocnic na základě DRGs, jelikož o tomto systému uvažuje většina srovnávaných zemí a v některých zemích tento systém již funguje.

Zdravotnictví ČR je, obdobně jako ostatní okolní státy, financováno prostřednictvím povinného veřejného zdravotního pojištění. Porovnáme-li výdaje na zdravotnictví jako procenta z HDP, je množství finančních prostředků vkládaných do zdravotnictví ČR na stejné úrovni s porovnávanými zeměmi. Musíme ovšem brát ohled na vyspělost země. Přesto však systém financování zdravotní péče jeví známky neefektivnosti. Ta se projevuje strukturálními nerovnostmi. Především deficitem VZP a deficitem ve financování některých fakultních nemocnic. Jednotliví poskytovatelé zdravotní péče a odborové organizace tlačí na navýšení prostředků do zdravotnictví. To ovšem není řešení. Řešením by bylo lepší hospodaření se současným objemem finančních prostředků ve zdravotnictví. Např. financováním nemocnic prostřednictvím DRGs, zlepšením trhu se zdravotním pojištěním, zlepšením státní kontroly, zvýšením informovanosti pacienta o nákladech na jeho zdravotní péči apod.

Doufám, že se mi podařilo naplnění všech stanovených cílů. Domnívám se však, že ke koncipování reálného a uskutečnitelného návrhu reformy zdravotnictví nemám zatím dostatek zkušeností a vědomostí z této oblasti.

Seznam literatury

Monografie

1. FELDSTEIN, Paul. *Health Care Economics*. 5. vyd. Clinton Park: Delmar, 1998. ISBN 0-7668-0699-5.
2. FERECHE, Matúš. *Analýza financování zdravotnictví v zemích EU*, diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2000.
3. GLADKIJ, Ivan a kol.. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, a. s., 2003. ISBN 80-7226-996-8.
4. GLADKIJ, Ivan, STRNAD, Ladislav. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Lékařská fakulta, 2002.. ISBN 80-544-0500-8.
5. HOLČÍK, Jan, KAŇOVÁ, Pavlína, PRUDIL, Lukáš. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. ISBN 80-7013-417-8.
6. KLEMPOVÁ, Zuzana. *Moderní systémy financování veřejného zdravotnictví*, diplomová práce. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2005.
7. KRÍŽOVÁ, Eva. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. 1998. ISBN 80-238-0937-7.
8. MALÝ, Ivan. *Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-2006-7.
9. REKTOŘÍK, Jaroslav a kol.. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Nakladatelství Ekopress, s r. o., 2002. ISBN 80-86119-60-2.
10. VEPŘEK, Jan, VEPŘEK, Pavel, JANDA, Jaroslav. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 2002. ISBN 80-247-0347-5.

Zákony

11. Vyhláška číslo 493/2005 Sb. ze dne 9. prosince 2005, kterou se novelizuje vyhláška číslo 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
12. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006. <http://www.mzcr.cz/index.php?kategorie=3>.
13. Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
14. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.
15. Zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění.
16. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně
17. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Internetové zdroje

18. Ministerstvo zdravotnictví - Bonusový a sankční řád. [online]. [cit. 2006-03-20]. Dostupné z <<http://www.mzcr.cz/index.php?clanek=1957>>.
19. BUSSE, Reinhard, RIESBERG, Annette. *Health Care Systems in Transition: Germany*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004. ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 9. [online]. [cit. 2005-10-05]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/Document/E85472.pdf>>.
20. den EXTER, André, HERMANS, Herbert, DOSLJAK, Milena, BUSSE, Reinhard. *Health Care Systems in Transition: Netherlands*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

- ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 6. [online]. [cit.2005-10-05]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/Document/E84949.pdf>>.
21. Forejtrová, Linda. *Financování zdravotnictví v České republice*. [online]. [cit. 2005-11-12]. Dostupné z <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/76.pdf>>.
 22. HÁVA, Petr. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2003. ISSN 1213-8096. [online]. [cit.2005-11-03]. Dostupné z <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/120.pdf>>.
 23. *Health Care Systems in Transition: Switzerland*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2000. AMS 5012667 (SWI), Target 19, 2000 (R). [online]. [cit.2005-10-05]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/document/e68670.pdf>>.
 24. *Health Care Systems in Transition: United Kingdom*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 1999. AMS 5001890, CARE 04 01 01, Target 19. [online]. [cit.2005-10-05]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>>.
 25. HLAVAČKA, Svatopluk, WAGNER, Robert, RIESBERG, Annette. *Health Care Systems in Transition: Slovakia*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2004. ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 10. [online]. [cit.2005-10-05]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/Document/E85396.pdf>>.
 26. HOFMARCHER, Maria, RACK, Herta. *Health Care Systems in Transition: Austria*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2001. ISSN 1020-9077 Vol. 3 No. 5. [online]. [cit.2005-10-05]. Dostupné z <<http://www.euro.who.int/document/E74466.pdf>>.
 27. HROBŇ, Pavel, MACHÁČEK, Tomáš, JULÍNEK, Tomáš. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. [online]. [cit. 2006-01-26]. Dostupné z <<http://tomasjulinek.cz/wh/index.php?p=8>>.
 28. IZPE. Sborník č. 4/2004 – Zdravotní politika a zdraví ve Švýcarsku. [online]. [cit. 2005-12-28]. Dostupné z <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/125.pdf>>.
 29. IZPE. Sborník č. 6/2003 – Rakousko I.: Úvodní pohled na Rakouské zdravotnictví a rakouskou zdravotní politiku. [online]. [cit. 2005-12-22]. Dostupné z <http://www.izpe.cz/files/vysledky/ceske_perexy/64.htm#highlights>.
 30. IZPE. Sborník č. 6/2004 – Zdravotní politika a zdravotnictví ve Velké Británii. [online]. [cit. 2005-12-22]. Dostupné z <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/127.pdf>>.
 31. IZPE. Sborník č. 8/2004 – Francouzský zdravotnický systém: analýza, účty, zdraví a komparace. [online]. [cit. 2005-12-22]. Dostupné z <<http://www.izpe.cz/files/vysledky/129.pdf>>.
 32. MALÝ, Ivan. *Optimalizace výkonů ve zdravotnictví*. 1996. [online]. [cit. 2006-03-27]. Dostupné z <https://is.muni.cz/auth/studium_spolec/studijni_materialy.pl?fakulta=1456;obdobi=3023;studium=86371;guz=187496>.
 33. MALÝ, Ivan. *Platba za případ: Diagnosticky příbuzné skupiny (DRGs) jsou reálnou alternativou současného způsobu úhrad za lůžkovou zdravotní péči*. [online]. [cit. 2006-03-27]. Dostupné z <https://is.muni.cz/auth/studium_spolec/studijni_materialy.pl?fakulta=1456;obdobi=3023;studium=86371;guz=187496>.

34. MALÝ, Ivan. *Pravděpodobné změny financování veřejného zdravotnictví z pohledu zkušeností z průběhu reformy zdravotnických systémů ve vyspělých zemích*. [online]. [cit. 2006-03-27]. Dostupné z https://is.muni.cz/auth/studium_spolec/studijni_materialy.pl?fakulta=1456;obdobi=3023;studium=86371;guz=187496.
35. MALÝ, Ivan. *Reforma českého zdravotnictví: cíle a prostředky*. Brno: Masarykova univerzita. [online]. [cit. 2006-03-27]. Dostupné z https://is.muni.cz/auth/studium_spolec/studijni_materialy.pl?fakulta=1456;obdobi=3023;studium=86371;guz=187496.
36. MALÝ, Ivan. *Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče*. Brno: Ekonomicko-správní fakulta MU, 1996. [online]. [cit. 2006-03-09]. Dostupné z http://www.econ.muni.cz/~ivan/xxx/subjects/zdrav_ek/skripta1.doc.
37. ROKOSOVÁ, Martina, HÁVA, Petr. *Health Care Systems in Transition: Czech Republic*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2005. ISSN 1020-9077 Vol. 7 No. 1. [online]. [cit.2005-10-05]. Dostupné z <http://www.euro.who.int/Document/E86823.pdf>.
38. SANDIER, Simone, PARIS, Valerie, POLTON, Dominique. *Health Care Systems in Transition: France*. Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policy, 2004. ISSN 1020-9077 Vol. 6 No. 2. [online]. [cit.2005-10-05]. Dostupné z <http://www.euro.who.int/document/e83126.pdf>.
39. Srovnání vybraných zdravotnických ukazatelů v EU a ČR. ÚZIS ČR 2004. [online]. [cit. 2006-02-09]. Dostupné z <http://www.uzis.cz>.
40. Systém zdravotního pojištění ve vybraných evropských státech. BusinessInfo.cz. [online]. [cit. 2006-02-09]. Dostupné z <http://www.businessinfo.cz/cz/clanky/podnikatelske-prostredi/systemy-zdravotniho-pojisteni-ve/1000520/13637/>.

Další internetové stránky

41. <http://www.mzcr.cz>
42. <http://www.who.int/about/regions/euro/en/index.html>
43. <http://www.who.int/en/>
44. <http://www.zdn.cz>
45. <http://sps.cz/>
46. <http://www.oecd.org/>

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Struktura financování ve zdravotnických systémech.....	16
Tabulka č. 2: Naplnění nejdůležitějších indikátorů podle jednotlivých systémů	17
Tabulka č. 5: HDP a celkové výdaje na zdravotnictví na 1 obyv. v roce 2002	53
Tabulka č. 6: Podíly jednotlivých složek výdajů na zdravotnictví na celkových výdajích a podíl celkových výdajích na HDP za rok 2002.....	54
Tabulka č. 7: Komparace informací týkajících se pojištění.....	56
Tabulka č. 8: Přístup ke specialistům a úhrady zdravotní péče	57
Tabulka č. 9:Údaje o počtu lékařů, lůžek, délce hospitalizace a kontaktů s lékaři za rok 2002	58

Seznam grafů

Graf č. 1: Vztah výdajů na zdravotnictví a HDP v zemích OECD v roce 2002.....	54
Graf č. 2: Výdaje na zdravotnictví podle kategorie jako procento z celkových výdajů.....	55
Graf č. 3: Střední délka mužů a žen ve vybraných zemích v roce 2002.....	59
Graf č. 4: Kojenecká úmrtnost ve vybraných zemích v roce 2002.....	59
Graf č. 5: Subjektivní hodnocení zdraví	60
Graf č. 6: Hospitalizace	60