

Technická univerzita v Liberci

Hospodářská fakulta

Studijní program: 6202 – Hospodářská politika a správa

Studijní obor: Pojišťovnictví

**Analýza a způsob financování zdravotnictví
ve vybraných zemích**

**Analysis and process of financing healthcare
of selected countries**

DP – PO – KPO – 2004 40

JIRÍ TRUXA

Vedoucí práce: Ing. František Juřina (KPO)

Konzultant: Doc. Ing. Eva Ducháčková, CSc. (KPO)

Počet stran: 79 Počet příloh: 0

Datum odevzdání: 21. května 2004

UNIVERZITNÍ KNIHOVNA
TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI



3146072963

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

pro

Jiřího Truxu

Program č. M 6202 Hospodářská politika a správa
Obor č. 6202T034 Pojišťovnictví

Vedoucí katedry Vám ve smyslu zákona č. 111 / 1998 Sb. o vysokých školách a navazujících předpisech určuje tuto diplomovou práci:

Název tématu:

Analýza a způsob financování zdravotnictví ve vybraných zemích

Pokyny pro vypracování:

1. Způsoby financování a popis zdravotní péče
2. Financování a systém zdravotní péče v České republice
3. Financování a systém zdravotní péče ve vybraných zemích
4. Srovnání systémů zdravotní péče v České republice a ve vybraných zemích
5. Vývoj financování a systému zdravotní péče v budoucnosti

Rozsah práce: 60 – 70 stran

(do rozsahu práce nejsou započítány úvodní listy, přehled literatury a přílohy)

Seznam odborné literatury:

- Vostatek, J.: Sociální a soukromé pojištění, Codex Bohemia, Praha 2000
- Daněk, A.: Zdravotní pojištění, Linde Praha, 2003
- Ducháčková, E.: Principy pojištění a pojišťovnictví, Ekopress, Praha 2003
- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- European Observatory on Health Care Systems, Kodaň
- Fuchs, V.R.: The Future of Health Economics, J. Health Economics 2000

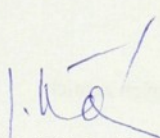
Vedoucí diplomové práce: Ing. František Juřina

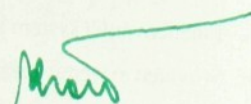
Konzultant: Doc. Ing. Eva Ducháčková, CSc.

Termín zadání diplomové práce: 31. října 2003

Termín odevzdání diplomové práce: 21. května 2004




prof. Ing. Jara Kaňoková, CSc.
vedoucí katedry


prof. Ing. Jiří Kraft, CSc.
děkan Hospodářské fakulty

Místopřísežné prohlášení

Byl jsem seznámen s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracoval samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

Datum: 19.5. 2004

Jméno: P. M. J. M.

Resumé

Cílem mé diplomové práce je přiblížení způsobu financování zdravotní péče a následné srovnání zdravotnických systémů v České republice, Rakousku, Švédsku a Francii.

První kapitolu tvoří teoretický popis zdravotnictví, možné způsoby financování zdravotní péče a analýza zdravotního pojištění. Druhá kapitola slouží k přiblížení struktury zdravotnictví a podoby systému financování v České republice. V následující třetí kapitole diplomové práce jsou podrobně popsány systémy financování v různých evropských zemích. Čtvrtá kapitola diplomové práce obsahuje srovnání českých, rakouských, francouzských a švédských zdravotních statistik a dat.

V páté, poslední kapitole je naznačen možný vývoj českého zdravotnictví, jeho financování a řízení.

Resume

The objective of my diploma work is a analysis and post evalution of health care financing systems of Czech Republic, Austria, Sweden and France.

The first chapter includes the theoretical description of helath care planning, possible modes of financing health care and analysis of the health insurance. The second chapter introduces czech system of financing health services, there is also described structure of health services. In third chapter is presentation of four foreign systems. In next chapter is described the comparison of czech, austrian, swedish and french health statistics and data.

Tha last, fifth chapter, includes the possible development of czech health services, financing system and health management.

ÚVOD..... 11

1 ZPŮSOBY FINANCOVÁNÍ A POPIS ZDRAVOTNÍ PÉČE	12
1.1 CHARAKTERISTIKA ZDRAVOTNICTVÍ	12
1.1.1 Hlavní znaky zdravotního stavu obyvatelstva a kvality zdravotní péče	12
1.1.2 Tvorba zdravotní politiky	13
1.1.3 Státní zásahy do spotřeby zdravotnických služeb	13
1.1.4 Modely organizace zdravotnictví	14
1.2 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ A ZDRAVOTNÍ PÉČE	15
1.2.1 Základní modely financování zdravotnictví	16
1.2.2 Zdravotní pojištění	16
1.2.2.1 Princip solidarity	18
1.2.2.2 Morální riziko	18
1.2.3 Rozdělení prostředků a úhrady zdravotnických služeb	19
1.2.4 Úhrady za zdravotnické služby	20
1.2.4.1 Typy úhrad ve zdravotnictví	21
1.2.4.1.1 Ambulantní péče	22
1.2.4.1.2 Lůžková péče	23
1.2.4.1.3 Léčiva a technologie	23
1.2.4.1.4 Investice	24
2 FINANCOVÁNÍ A SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE	25
2.1 VÝVOJ ZDRAVOTNICTVÍ	25
2.2 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ	26
2.2.1 Lůžková a ústavní zařízení	26
2.2.2 Ambulantní zařízení	27
2.3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE	27
2.3.1 Financování zdravotnických zařízení	29
2.3.2 Financování zdravotnických služeb	30
2.4 ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ	31
2.4.1 Plátcí pojistného na povinné zdravotní pojištění	31
2.4.2 Výše pojistného na zdravotní pojištění	32
2.4.3 Zdravotní pojišťovny	33

2.4.4	Vztahy ve zdravotním pojištění.....	36
2.4.4.1	Občan, pojišťovna a poskytovatel.....	36
2.4.4.2	Pojišťovna a lékař.....	37
2.4.4.2.1	Bodový systém.....	37
2.4.5	Úhrady zdravotní péče.....	38
2.4.5.1	Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění.....	38
2.4.5.2	Zdravotní péče částečně hrazená ze zdravotního pojištění.....	40
2.4.5.3	Zdravotní péče zcela nehrazená ze zdravotního pojištění.....	40
2.4.6	Komerční zdravotní pojištění.....	40
2.4.7	Úhrady v rámci Evropské unie.....	40
2.4.8	Zdravotnictví v České republice.....	41
2.4.8.1	Současný stav.....	41
2.4.8.2	Návrhy řešení pro optimalizaci financí.....	42
2.4.8.2.1	Optimalizace příjmů.....	42
2.4.8.2.2	Optimalizace výdajů.....	42
2.4.8.2.3	Optimalizace přerozdělování.....	43
3	FINANCOVÁNÍ A SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH.....	44
3.1	RAKOUSKÝ SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ.....	44
3.1.1	Historický vývoj.....	44
3.1.2	Organizace a řízení rakouského zdravotnictví.....	44
3.1.3	Zdravotnická zařízení.....	44
3.1.3.1	Zařízení primární péče.....	45
3.1.3.2	Zařízení sekundární péče.....	46
3.1.4	Financování zdravotní péče.....	46
3.1.4.1	Zdroje financování zdravotnictví.....	46
3.1.4.1.1	Úhrady ambulantní péče.....	47
3.1.4.1.2	Úhrady lůžkové péče.....	48
3.1.4.1.2.1	Kmenový systém LKF.....	48
3.1.4.1.2.2	Řízený systém LKF.....	48
3.1.4.2	Zdravotní pojištění.....	49
3.1.4.2.1	Sociálně zdravotní pojištění.....	49
3.1.4.2.2	Zdravotní pojišťovny.....	50

3.1.4.2.3	Vztahy mezi pojišťovnou a poskytovateli služeb	51
3.1.4.2.4	Sazba zdravotního pojištění	51
3.1.4.3	Spoluúčast pacienta	52
3.1.4.4	Komerční pojištění	53
3.2	ŠVÉDSKÝ MODEL ZDRAVOTNICTVÍ	53
3.2.1	Obecná charakteristika a historický vývoj	53
3.2.2	Organizační struktura zdravotnictví	53
3.2.2.1	Zdravotnická zařízení	54
3.2.3	Financování zdravotní péče	54
3.2.3.1	Zdravotní pojištění	55
3.2.3.2	Spoluúčast pacientů	56
3.2.3.2.1	Spoluúčast v kombinaci s veřejnými výdaji	56
3.2.3.2.2	Spoluúčast v kombinaci se zdravotním pojištěním	56
3.2.3.3	Soukromé pojištění	57
3.2.3.4	Veřejné rozpočty	58
3.3	FRANCOUZSKÝ SYSTÉM ZDRAVOTNICTVÍ	60
3.3.1	Obecná charakteristika	60
3.3.2	Zdravotnická zařízení	60
3.3.2.1	Ambulantní péče	60
3.3.2.2	Lůžková péče	61
3.3.3	Financování zdravotní péče	61
3.3.3.1	Zdravotní pojištění	62
3.3.3.2	Spoluúčast a přímé platby	62
3.3.3.3	Komerční zdravotní pojištění	63
4	SROVNÁNÍ SYSTÉMŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČR A VE VYBRANÝCH ZEMÍCH.....	64
4.1	NÁRODNÍ ÚČTY ZDRAVÍ	64
4.1.1	Harvardský model	64
4.1.2	Národní účty zdraví podle metodiky WHO	64
4.1.3	Systém zdravotních účtů	65
4.2	SROVNÁNÍ ČESKÉ REPUBLIKY A VYBRANÝCH ZEMÍ	65
4.2.1	Srovnání z hlediska kvality zdravotní péče	65
4.2.2	Výdaje na zdravotní péči	66

4.2.3	Různé přístupy k financování zdravotní péče	67
4.2.4	Další možné přístupy ke srovnání zdravotních systémů	69
5	VÝVOJ FINANCOVÁNÍ A SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE V BUDOUCNOSTI.....	71
5.1	MEZINÁRODNÍ PROGRAMY A STUDIE	71
5.1.1	Program WHO Zdraví 21	71
5.1.1.1	Posílení tržních mechanismů ve zdravotnictví.....	72
5.1.2	Studie OECD.....	73
5.2	REFORMY VE ZDRAVOTNICTVÍ	73
5.2.1	Návrhy na reformu českého zdravotnictví	74
5.2.1.1	Změny v oblasti pojištění	75
5.2.1.2	Změny v oblasti úhrad.....	76
5.2.1.3	Změny v lůžkové péči	77
<u>ZÁVĚR.....</u>		79

Seznam zkratek a symbolů

ASVG	Všeobecné sociální pojištění
CMÚ	Centrum mezistátních úhrad
CNAMTS	Národní zdravotní pojišťovna
ČR	Česká republika
ČSÚ	Český statistický úřad
DPH	Daň z přidané hodnoty
DRG	Diagnosis related groups
EU	Evropská unie
HDP	Hrubý domácí produkt
HFCA	Health Care Financing Administration
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
MF	Ministerstvo financí
mld	miliard
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MV	Ministerstvo vnitra
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
OECD	Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
OSVČ	Osoba samostatně výdělečně činná
PL	Praktický lékař
Sb	Sbírka
SDŽ	Střední délka života
SEK	Švédská koruna
USA	Spojené státy americké
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization

Úvod

Zdravotnictví je významnou součástí složky národního hospodářství. Celková úroveň zdravotní péče výrazně ovlivňuje zdraví obyvatelstva v jednotlivých státech. Ekonomická vyspělost země odráží stav a kvalitu poskytované zdravotní péče. Čím je ekonomická a kulturní úroveň vyšší, tím je poskytování zdravotnických služeb lepší a komplexnější. To znamená, že úroveň zdravotnických služeb je měřítkem celkové hospodářské i kulturní vyspělosti jednotlivých států.

Rozvoj zdravotní péče a ochrany zdraví je nutný nejen pro občany České republiky, ale i pro občany všech členských států Evropské unie. Občané vyspělých evropských zemí jsou historicky citliví na sociální rozměr každé politiky, zejména však ve zdravotnictví, školství a sociálním zabezpečení. Této skutečnosti odpovídá i vývoj různých systémů zdravotnictví. Každá změna, která ohroží sociální jistoty občanů, je vnímaná velmi negativně.

Cílem této diplomové práce je analyzovat a porovnat způsoby financování zdravotnických systémů v České republice a ve vybraných zemích.

V první části diplomové práce charakterizují základní body zdravotnictví a popisují teoretické způsoby financování. Další dvě kapitoly obsahují konkrétní popis zdravotnických systémů v České republice, Rakousku, Švédsku a Francii. Vybrané státy představují dva ze tří základních způsobů financování zdravotní péče. Navzájem se od sebe liší v různých přístupech. Srovnání hlavních ukazatelů výkonnosti a efektivnosti zdravotnictví je obsahem čtvrté části diplomové práce. V poslední kapitole je popsán možný vývoj systému zdravotní péče podle studií mezinárodních světových organizací. Diplomová práce končí návrhem reformy českého zdravotnictví.

Na tomto místě bych chtěl poděkovat panu ing. Františkovi Juřinovi, vedoucímu mé diplomové práce, za rady a poskytnuté konzultace při zpracování této diplomové práce.

1 Způsoby financování a popis zdravotní péče

1.1 Charakteristika zdravotnictví

Zdravotnictví je jedna z nejcitlivějších oblastí sociálních jistot a ovlivňuje každého z nás. Každý chce být v případě potřeby řádně ošetřen a přejde si dostat tu nejlepší péči, kterou současné zdravotnictví nabízí.¹

Nedílnou součástí hospodářské politiky každé země je úroveň zdravotní péče, která výrazně ovlivňuje zdraví obyvatelstva. Ekonomická vyspělost státu odráží stav a kvalitu poskytovaných služeb ve zdravotnictví.

Zdravotnictví v národním hospodářství lze charakterizovat jako systém, ve kterém je alokována a vynakládána práce zaměřena na udržení životního a pracovního prostředí z hlediska zachování úrovně rovnováhy mezi člověkem a jeho vnějším prostředím a na včasné odhalení vznikajících poruch zdravotního stavu.²

1.1.1 Hlavní znaky zdravotního stavu obyvatelstva a kvality zdravotní péče

Mezi hlavní rysy dnešního stavu populace patří především zvyšující se průměrná délka života (zpomalený proces stárnutí), rostoucí výskyt civilizačních chorob (rakovina, infarkt) a zhoršující se životní prostředí. Důsledkem dnešních stavů rostou nároky na množství a kvalitu poskytovaných služeb.

S vývojem lidstva se vyvíjí i nové technologie. Ve zdravotnictví se využívají neustále zdokonalené zařízení a nové lékařské postupy.

Díky těmto uvedeným aspektům se náklady na zdravotní péči celosvětově zvyšují. Růst výdajů na zdravotnictví ve většině vyspělých států je výraznější než inflační trendy.

¹ Peková J., Pilný J.: Veřejná správa a finance veřejného sektoru, ASPI Publishing, Praha 2002

² Kuvířová H., Murgaš M.: Ekonomika zdravotnictví. Banská Bystrica, Phoenix 1995

1.1.2 Tvorba zdravotní politiky

Každá země má vlastní tvorbu zdravotní politiky. Tím rozumíme především proces věcných a politických rozhodnutí, které ve velké míře závisí na historickém a politickém vývoji. Jsou to především rozdílné přístupy v organizaci a uspořádání zdravotnických služeb, jejich řízení a financování. Tvoří se individuálně právní normy, způsoby rozdělování finančních prostředků mezi jednotlivé segmenty, řeší se otázky dostupnosti, kvality a ceny zdravotnických služeb. Na programu zdravotní politiky se výrazně podílí představitelé státní správy a další spolutvůrci na centrální, regionální a lokální úrovni.

O rozsahu spotřeby zdravotnických služeb významně rozhoduje strana poptávky a strana nabídky. Stranu poptávky po zdravotních službách představuje především zdravotní stav populace, nemocnost a ostatní determinanty zdraví. Strana nabídky je tvořena subjekty a zdravotníky, kteří se přímo podílejí na poskytování péče o nemocné.³

1.1.3 Státní zásahy do spotřeby zdravotnických služeb

Mezi dva základní důvody, proč stát zasahuje do spotřeby zdravotnických služeb, především patří:

- a) *obava z následků nerovnosti v příjmech* – nikomu by neměl být odepřen přístup ke zdravotní péči z důvodu jeho nízkého příjmu
- b) *selhání trhu zdravotní péče* – může docházet k selhávání dostupnosti zdravotní péče z důvodu omezeného počtu poskytovatelů, nedostatečné informovanosti, možnosti vyloučení ze spotřeby, existence externalit (rozdílná úroveň kvality životního prostředí, rozdílné životní styly)

V ekonomickém zájmu země je zajistit spotřebu zdravotních služeb každému, neboť tak přispívá k udržování a zlepšování kvality pracovních sil. Záleží ovšem na historickém vývoji a hospodářské politice jednotlivých států (například v USA je odpovědnost přenášena na jednotlivce a zásah ze strany státu je minimální).

³ Forejtová L.: Financování zdravotní péče v České republice, Sborník číslo 2/2001

1.1.4 Modely organizace zdravotnictví

Způsoby financování zdravotnictví úzce souvisí s jeho organizací a řízením. Ve světě se uplatňuje řada modelů s různými kombinacemi. V zásadě lze rozlišit tři základní typy organizace zdravotnictví:

- evropské pluralitní zdravotnictví - bismarkův model
- národní zdravotní služba - beveridgův model
- tržní zdravotnictví

V devatenáctém století se v Německu začal vyvíjet bismarkův model, který spočívá v existenci nezávislých institucí (zdravotních pojišťoven), jež financují zdravotní péči poskytovanou obyvatelstvu (pojištěncům). V praxi se finanční prostředky získávají ze zákonně povinného zdravotního pojištění. Příspěvky od pojištěnců se shromažďují na zvláštních účtech, které spravují zdravotní pojišťovny. Do těchto fondů přispívají všichni občané, zaměstnavatelé a stát (za studenty, důchodce, atd.). Poskytovatelé zdravotnických služeb jsou samostatnými ekonomickými subjekty a mají smluvně upravený vztah s příslušnými pojišťovnami. Vzniká tak konkurenční prostředí. Jde v podstatě o nestátní zdravotnictví, za které však ručí stát. Tento systém je typický například pro Belgii a Holandsko.

Beveridgův model naopak organizaci a financování zdravotní péče nechává v kompetenci státu prostřednictvím specializované státní instituce, která je současně provozovatelem zdravotnických zařízení. Služby soukromých ambulantních lékařů jsou pro občany zajišťovány na základě smluvní báze a jsou bezplatné. Tento systém fungoval v dřívějších socialistických zemích a v současnosti je uplatňován například ve Velké Británii, Švédsku a Itálii.

Model tržního zdravotnictví je realizován v USA. Zásah státu do zdravotnictví je velmi malý a celý systém je postaven z velké části na komerčním pojištění (financováno většinou na dobrovolné vůli prostřednictvím zaměstnavatele). To znamená, že si občané musí potřebné zdravotní služby financovat sami podle svých možností. Stát přebírá

odpovědnost pouze ve výjimečných případech a je zřizovatelem různých programů (Medicare a Medicaide) pojišťující osoby starší 65 let a osoby sociálně slabé. Mnoho obyvatelstva však zůstává bez pojistného krytí.⁴

1.2 Financování zdravotnictví a zdravotní péče

Způsoby financování zdravotní péče jsou ve vyspělých zemích řešeny různě a liší se od sebe:

- různými procentními podíly veřejných zdrojů na celkových výdajích
- rozsahem přímých úhrad za služby pacientům
- existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem
- způsobem stanovení ceny za výkon (službu)

Ve zdravotnictví zpravidla splývá financování vlastních zdravotnických služeb a financování sociální péče. Příslušné náklady sociální péče jsou hrazeny z nemocenského pojištění místo zdravotního pojištění. Příkladem může být Česká republika, kde nemocenské pojištění je součástí povinného sociálního pojištění.

Financování zdravotnictví zahrnuje především výdaje na tři hlavní složky:

- zdravotnické služby
- zdravotnickou výrobu (léčiva)
- zdravotnickou výchovu, vědu a výzkum

⁴ <http://www.pfizerforum.com/english/belien3.shtml>, Private Insurance by Paul Belien

1.2.1 Základní modely financování zdravotnictví

Ve světě se uplatňuje řada modelů, které jsou spojeny s určitou ekonomickou vyspělostí země a politickými vlivy. Většina států zajišťuje občanům bezplatné a rovnocenné služby pro všechny. Finanční prostředky se získávají z různých zdrojů.

Mezi nejčastější zdroje patří:

- státní rozpočet (příjmy z daní)
- příspěvky na zdravotní pojištění (povinné i komerční)
- přímé platby od pacientů
- ostatní (dary, veřejné sbírky, sponzorství)

Zdravotnické služby jsou financovány převážně z veřejných prostředků. To znamená z daňových příjmů nebo daní podobných příspěvků, které jsou shromažďovány v samostatných zdravotnických fondech. Přímé platby a komerční pojištění představují jen doplňkovou a okrajovou formu financování.

V případě úplných přímých úhrad pacientem by došlo ke značným rozdílům dostupnosti zdravotnických služeb v důsledku rozdílu příjmů jednotlivých skupin obyvatelstva. Dalším významným faktorem je riziko, že poměrně velké náklady není jedinec schopen uhradit sám. Výskyt těchto rizik se snažíme eliminovat s využitím principů zdravotního pojištění.

1.2.2 Zdravotní pojištění

V každé vyspělé společnosti má občan základní práva, mezi které patří ochrana zdraví. Teoreticky je možné zvládnout riziko formou úspor, na základě charity nebo s pomocí rodiny. Pro stejnou dostupnost zdravotnických služeb je většinou zaveden zákonný způsob financování a úhrad zdravotní péče. Zdravotní pojištění je právě jedním z daných způsobů, jakým lze zvládnout riziko, které představuje výskyt nemoci a s ním spojené výdaje.

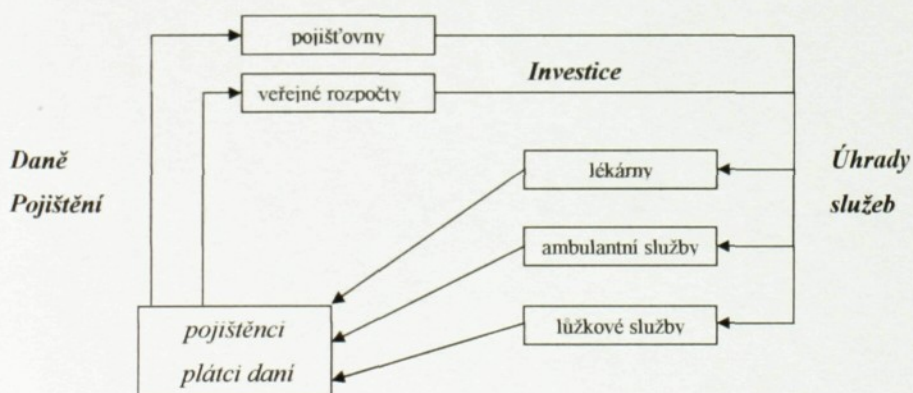
Jak v systému soukromého tak veřejného zdravotního pojištění jde o způsob zajištění finančních prostředků na léčbu. Riziko spojené s velkými rozdíly nákladů na léčení různých typů onemocnění je snižováno zvětšujícím se počtem pojištěnců.

- a) *soukromé (komerční) zdravotní pojištění* – je založeno na hodnocení individuálního rizika nebo rizika menších skupin (například výše pojistného roste s věkem, v závislosti na zdravotním stavu)
- b) *veřejnoprávní zdravotní pojištění* – je založeno na principu solidarity

Podstatný rozdíl mezi komerčním a veřejným zdravotním pojištěním je ve skutečnosti, že komerční pojištění je uzavíráno na principu dobrovolnosti, zatímco účast na veřejném zdravotním pojištění je povinná a vzniká na základě zákona.⁵

Ve většině zemích, kde je zavedeno povinné zdravotní pojištění, existuje také dobrovolné soukromé pojištění. Jeho význam je však nesrovnatelně menší a omezuje se na velmi malý okruh zdravotnických výkonů a léčiv nehrazených veřejným zdravotním pojištěním.

Příklad financování a úhrady zdravotnických služeb při existenci zdravotního pojištění



⁵ Daněk A., Glet J.: Zdravotní pojištění, Linde nakladatelství Praha 2003

1.2.2.1 Princip solidarity

Systém veřejného zdravotního pojištění je postaven na principu solidarity, tzn., že jednotliví plátcí přispívají na zdravotní pojištění rozdílnými částkami, ale mají garantováno rovné právo na poskytnutí potřebné zdravotní péče.

U veřejného zdravotního pojištění se uplatňují tři základní principy solidarity. Solidarita zdravého s nemocným, mladšího se starším (pojištěnec si předem platí na možná zdravotní rizika v budoucnosti) a solidarita bohatšího s chudším (každý občan platí výši pojistného jako určité procento ze svého příjmu bez ohledu na to, jakou léčbu potřebuje nebo bude potřebovat).

1.2.2.2 Morální riziko

Zdravotní pojištění je zatíženo morálním rizikem na straně pojištěnců i na straně poskytovatelů zdravotnických služeb.

Jestliže pojištěnci nejsou přímo zapojeni na úhradách za zdravotnické služby, může u nich docházet k nezodpovědnému chování (zbytečné nebo odvrátitelné poškození jejich zdravotního stavu, požadování nadměrného rozsahu léčby), a tím i ke zvyšování potřeby zdravotní péče.

Na druhé straně mohou poskytovatelé zdravotních služeb úmyslně předepisovat nadměrnou léčbu a zbytečně nákladnou péči.

Jedním ze způsobů, jak snížit morální riziko, je zapojit pacienty zavedením různých typů spoluplateb. U pacienta tím dochází k větší motivaci dostat informace o nutnosti zákroku a sám si vybírá, zda je nutný. Spoluplatby je ovšem možné využít pouze u zdravotních služeb, u kterých je tzv. vyšší cenová elasticita poptávky (ošetřovatelská péče, rehabilitace, některé stomatologické služby). S nižší cenovou elasticitou se vyznačují služby jako akutní chirurgické zákroky atd.

Elasticita poptávky znamená možnost volby u určité zdravotnické služby (není zde nutnost podstoupit zákrok). V případě akutní péče již rozhodnutí není na straně pacienta,

ale vše je plně v kompetenci lékaře. Zde spoluplatby ztrácejí smysl (zárok je nutný a spoluplatby neovlivní rozhodování pacienta).

1.2.3 Rozdělení prostředků a úhrady zdravotnických služeb

S financováním zdravotní péče úzce souvisejí úhrady a rozdělení finančních prostředků. V této rovině existuje mnoho mechanismů, které jsou dány historickým vývojem vztahů mezi poskytovateli služeb, plátcí a veřejnou správou. Způsoby úhrad velmi ovlivňují náklady, kvalitu, efektivnost a dostupnost zdravotnických služeb.

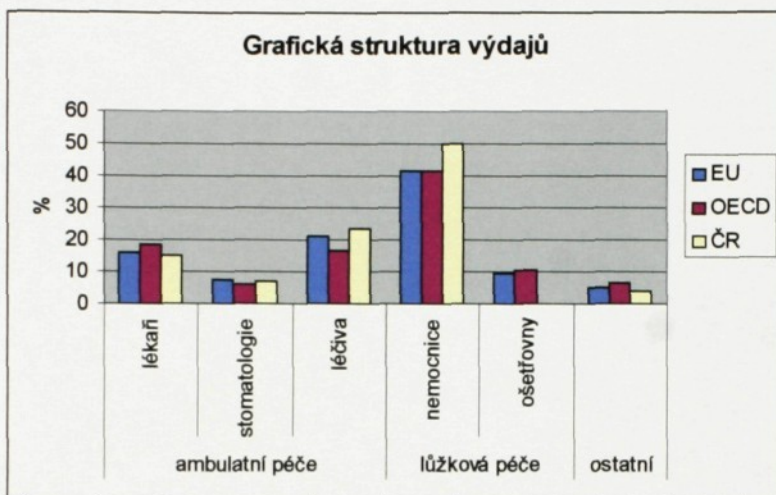
Analytický přehled o rozdělení prostředků do jednotlivých segmentů zdravotnických služeb představuje tabulka číslo 1.1 a následně i graf číslo 1.1. Předmětem je srovnání struktury celkových výdajů na zdravotnictví v EU, OECD a České republice (průměrné veličiny vyjádřené v %).

Mezinárodní srovnání struktury celkových výdajů na zdravotnictví v %

země	ambulantní péče			lůžková péče		ostatní
	lékaři	stomatologie	léčiva	nemocnice	ošetřovny	
EU	15,8	7,3	21,1	41,4	9,3	5
OECD	18,7	6,2	16,4	41,5	10,5	6,7
ČR	15,1	6,9	23,7	50,1		4,1

tabulka číslo 1.1

Zdroj: The European Observatory on Health Care Systems 2002



Graf číslo 1.1

Zdroj: The European Observatory on Health Care Systems 2002

1.2.4 Úhrady za zdravotnické služby

Ve vztazích mezi poskytovateli a plátcí jde o neustálé „soupeření“ v systému a způsobu úhrad za zdravotnické služby.

Poskytování služeb v daném limitujícím rámci přináší potřebu rozhodnout o rozsahu a kvalitě zdravotní péče. Poskytovatelé a plátcí se tak ocitají v situacích, kdy jim jsou v procesu zdravotní politiky tvořena určitá pravidla a omezení. Jde o tzv. implicitní a explicitní omezení v rozsahu poskytovaných služeb.⁶

- explicitní (zjevné, výslovné, zřetelné) omezení
- implicitní (nezjevné, neprojevené, blíže nevymezené) omezení

Explicitní omezení je z hlediska poskytovatelů jednodušší, protože určuje jasná pravidla. V praxi vede tento přístup ke stylu medicíny, kdy jsou poskytovány velmi

⁶ Stolínová J., Mach J.: Právní odpovědnost v medicíně, Galén, Praha 1998

náročné a nákladné zdravotnické služby i za okolností, kdy by při jiném přístupu (implicitním) bylo jejich použití zvažováno. Takový způsob je provozován např. v USA. Následkem tohoto omezení lékaři uzavírají velmi nákladná odpovědnostní pojištění. Jednou z hlavních příčin jsou žaloby pacientů za nedodržování léčebných postupů.

Implicitní omezení jsou z hlediska poskytovatelů složitější. V praxi samotní lékaři zvažují rozsah služeb na základě svých konkrétních znalostí a zkušeností. Jde o způsob určení, jak může danému pacientovi vzhledem k jeho věku a zdravotnímu stavu určitá další péče prospět nebo jej naopak poškodit.

Rozhodování o prioritách a omezeních se stávají základním principem tvorby zdravotní politiky. Současně je však nutné brát zřetel na etickou stránku věci. To je právě důvodem ke vzniku a uplatnění smluvních vztahů mezi plátcí a poskytovateli. Rozvoj smluvních vztahů dává možnost pro kvalifikované hodnocení potřeb, které se stávají impulsem pro zlepšení řízení zdravotní péče a snaží se minimalizovat náklady.

Základním předpokladem pro správné využití těchto stavů je v decentralizaci organizačního uspořádání plátců a v přenosu větší odpovědnosti na nižší úroveň, které mohou konkrétněji analyzovat a rozhodovat o „nákupu“ zdravotní péče. Decentralizací rozumíme přenášení funkcí a kompetencí z vyšší úrovně na nižší úroveň. Smyslem je, co nejvíce přiblížit rozhodovací proces místu realizace a přispět tak ke zvýšení účinnosti řídicího procesu.

Při centralizovaném rozhodování v oblasti pojistného plánování a hospodaření dochází k mnoha problémům. Plátcí zde působí spíše pasivně. Hradí pouze vystavené účty namísto aktivního přístupu k nákupu služeb (sledování nákladů, zdravotního stavu obyvatelstva, efektivnosti a účinnosti služeb, atd.).

1.2.4.1 Typy úhrad ve zdravotnictví

Úhrady za služby mohou být konstruovány na základě několika přístupů.

- a) *blokové kontrakty* – principem je např. roční rozpočet na dané služby

náročné a nákladné zdravotnické služby i za okolností, kdy by při jiném přístupu (implicitním) bylo jejich použití zvažováno. Takový způsob je provozován např. v USA. Následkem tohoto omezení lékaři uzavírají velmi nákladná odpovědnostní pojištění. Jednou z hlavních příčin jsou žaloby pacientů za nedodržování léčebných postupů.

Implicitní omezení jsou z hlediska poskytovatelů složitější. V praxi samotní lékaři zvažují rozsah služeb na základě svých konkrétních znalostí a zkušeností. Jde o způsob určení, jak může danému pacientovi vzhledem k jeho věku a zdravotnímu stavu určitá další péče prospět nebo jej naopak poškodit.

Rozhodování o prioritách a omezeních se stávají základním principem tvorby zdravotní politiky. Současně je však nutné brát zřetel na etickou stránku věci. To je právě důvodem ke vzniku a uplatnění smluvních vztahů mezi plátcí a poskytovateli. Rozvoj smluvních vztahů dává možnost pro kvalifikované hodnocení potřeb, které se stávají impulsem pro zlepšení řízení zdravotní péče a snaží se minimalizovat náklady.

Základním předpokladem pro správné využití těchto stavů je v decentralizaci organizačního uspořádání plátců a v přenosu větší odpovědnosti na nižší úroveň, které mohou konkrétněji analyzovat a rozhodovat o „nákupu“ zdravotní péče. Decentralizaci rozumíme přenášení funkcí a kompetencí z vyšší úrovně na nižší úroveň. Smyslem je, co nejvíce přiblížit rozhodovací proces místu realizace a přispět tak ke zvýšení účinnosti řídicího procesu.

Při centralizovaném rozhodování v oblasti pojistného plánování a hospodaření dochází k mnoha problémům. Plátcí zde působí spíše pasivně. Hradí pouze vystavené účty namísto aktivního přístupu k nákupu služeb (sledování nákladů, zdravotního stavu obyvatelstva, efektivnosti a účinnosti služeb, atd.).

1.2.4.1 Typy úhrad ve zdravotnictví

Úhrady za služby mohou být konstruovány na základě několika přístupů.

- a) *blokové kontrakty* – principem je např. roční rozpočet na dané služby

- b) *kontrakty, zohledňující objemy služeb* – v tomto uspořádání jsou dohodnuty náklady ve vztahu např. k počtu operací, výkonů, počtů registrovaných pacientů atd.
- c) *kontrakty ve vztahu k ošetření jednotlivých pacientů* – sem spadají úhrady za jednotlivé výkony podle typu nemoci pacienta (např. DRG)

Ve zdravotnictví se nejedná pouze o péči ambulantní nebo lůžkovou. Mnohdy se opomíjí výdaje na léčiva, technologie a investice. Je velmi důležité brát zřetel i na tyto výdaje a teoretické způsoby jejich financování.

1.2.4.1.1 Ambulantní péče

V ambulantní péči se můžeme setkat především s následujícími možnostmi plateb za poskytované služby:

- a) *kapitační úhrada* – platba stanovené částky v dohodnutém časovém období za registrovaného pacienta (obvykle upravena vzhledem k věku pacienta). Tento způsob úhrady se používá např. ve Velké Británii a Dánsku. Z hlediska plátců je snadná kontrola výdajů, pro pacienta však tento způsob může představovat riziko nedostatečného rozsahu poskytovaných služeb. Většinou je kapitační platba kombinována s částečnou výkonovou úhradou.
- b) *platba za jednotlivé výkony* – tato platba vede k zainteresovanosti na straně poskytovatele, který má snahu maximálně vyjít vstříc pacientům. Může docházet až k přehnanému rozsahu poskytovaných služeb. Existují zde vysoké administrativní náklady, protože lékaři musí pečlivě vykazovat všechny provedené výkony. Plátce musí stanovit doplňující regulační opatření, jejichž cílem je redukování rozsahu spotřeby na potřebnou míru.
- c) *úhrada formou mzdy* – takto definovaná platba je používána v případech, kdy je určen pracovně právní vztah, tj. poskytovatel zdravotnických služeb je zaměstnancem státu.

1.2.4.1.2 Lůžková péče

V rámci organizace poskytující lůžkovou zdravotní péči jsou zaměstnanci obvykle odměňováni formou mzdy. Výjimka je např. v USA, kde řada lékařů pracujících v nemocnicích nejsou v zaměstnaneckém poměru a jejich výkony jsou hrazeny přímo pojišťovnou. Mezi dva základní systémy financování lůžkové péče patří:

- a) *úhrada za ošetřovací den* – jedná se o paušální náhradu za jeden den poskytnuté lůžkové péče. Velmi nákladné typy ošetření jsou vyčleněny mimo tento rámec (např. transplantace, kardiochirurgické operace atd.).
- b) *platby za výkony* – jde o velice komplikovaný způsob stanovení nákladů (administrativně velmi náročné). Počátkem 80. let byla v USA do praxe zavedena platba za jednotlivé případy (case mix). Tento typ úhrady se postupně začal využívat v řadě dalších států. Systém seskupuje a standardizuje nákladově shodné nebo blízké skupiny diagnóz (Diagnosis Related Groups – DRG).⁷

V praxi se používají kombinace těchto systémů. Zejména starší věkové skupiny pacientů se vyznačují přítomností více diagnóz, a proto je systém DRG modifikován např. podle délky ošetřovací doby.

Každý systém úhrad vede ze strany poskytovatelů ke snaze hledat způsoby, jak dosáhnout vyšších výnosů, což na straně plátce vede k tvorbě různých regulačních opatření.

1.2.4.1.3 Léčiva a technologie

Při úhradě léčiv se setkáváme s protichůdnými zájmy u výrobců léčiv a pacientů. Zájmem výrobců a distributorů je co nejvyšší zisk a prosazení se na trhu s léčivy. Na druhé straně zájmem pacienta je dostupnost účinných léčiv za co nejnižší cenu. Podobný zájem jako pacienti by měli sledovat i lékaři, neboť existuje rozdělení celkových výdajů na

⁷ Háma P., Financování zdravotní péče

zdravotnické služby mezi segmenty ambulantních a lůžkových služeb na jedné straně a léčiva na straně druhé. Znamená to tedy riziko snížení finančního limitu pro jejich vlastní činnost. Z ekonomického hlediska jde o tzv. ztrátu příležitosti (opportunity costs).

Ve většině států je trh s léčivy pečlivě sledován a omezován. Využívají se regulované ceny a další možné nástroje jako například registrace počtu léčiv. Je otázkou, zda pomocí těchto regulací se daří snižovat výdaje na léčiva. Řada výrobců se zaměřila na přesun svých výrobků do oblasti volného prodeje nebo přestala úplně vyrábět.

V oblasti úhrad léčiv hraje významnou roli aplikace spoluplateb a současně také tzv. sociální klausule, tj. vymezení podmínek, za kterých ke spoluplatbě nedochází. Vztahuje se na skupiny obyvatelstva s nízkým příjmem nebo bez vlastního příjmu (děti, invalidé, starší osoby atd.).

Další významnou oblastí zdravotní péče je financování technologií. Podle její kvality dochází k ovlivnění nemoci nebo prvotně k prevenci jejího vzniku. Za nejefektivnější lze považovat technologii, která zabrání vzniku onemocnění (např. očkování) nebo ji úspěšně vyléčí. Méně efektivní technologií se rozumí postup, kterým se daří s nemocí soupeřit (např. transplantace, chemoterapie). Financování v oblasti technologie může být velmi účinné, neboť můžeme preventivně chránit před výskytem těžkých komplikací původně banálního onemocnění, a tím předejít vysokým nákladům na léčení.

1.2.4.1.4 Investice

Jedná se o náklady, které souvisí s výstavbou, rekonstrukcí a vybavením nemocnic. Například v bismarkově modelu jsou investice převážně financovány z veřejných rozpočtů a většinou nejsou zahrnuty do ceny za poskytované služby. V případě soukromého poskytovatele jsou náklady na investice zahrnuty do ceny, a tím vzniká nebezpečí, že při příliš rychlém investičním rozvoji nebudou zdravotní pojišťovny schopny uhradit rostoucí provozní náklady.

2 Financování a systém zdravotní péče v České republice

O zdraví se zmiňuje v první řadě ústava České republiky. Ta garantuje „právo občanů na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči v rámci veřejného zdravotního pojištění“ (článek 31 Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku) a definuje tři základní body, na kterých spočívá péče o zdraví občana.

- ochrana zdraví (předcházení nemocem)
- zdravotní péče (služba, když nemoc nastane)
- zdravotní pojištění (ekonomické zajištění prvních dvou bodů – financování)

Aby celý systém správně fungoval, stát vytváří příslušné legislativní prostředí (zákony, vyhlášky atd.) a kontroluje jeho dodržování.

Východiska právních norem spočívají v uplatnění principů solidarity a spravedlnosti. V tomto směru je zdravotnictví založeno na systému veřejných financí se zdravotním pojištěním jako základním zdrojem finančních prostředků.

2.1 Vývoj zdravotnictví

Na území bývalého Československa byl zaveden od dob Rakouska – Uherska bismarkův model, jenž byl po roce 1948 přerušen a nahrazen rigidním státním systémem řízení. Po roce 1989 začala novodobá reforma v českém zdravotnictví. Jedním ze základních pilířů reformy bylo znovuzavedení zdravotního pojištění bismarkovského typu jako dominantní způsob financování zdravotní péče, rozvolnění stávající rigidní struktury okresních ústavů národního zdraví a privatizace zdravotních zařízení zejména ambulantního typu. V letech 1990 až 1992 ukončily činnost Ústavy národního zdraví a jednotlivá zdravotnická zařízení získala právní subjektivitu. Financování zdravotní péče bylo v průběhu roku 1992 převedeno převážně do zdravotních pojišťoven, a to prostřednictvím povinného veřejného zdravotního pojištění. Úhrady nemocenských dávek

byly odděleny a převedeny do resortu MPSV. Ze zdroje zdravotního pojištění je financována převážná část veškerých činností smluvních zdravotnických zařízení.

Privatizace českého zdravotnictví se nejvíce projevila v ambulantních službách. Ve velké většině se jednalo o privatizaci činnosti, nikoliv majetku. Lékárny a zařízení lázeňské péče byly prodány soukromým subjektům. Privatizace lůžkových zařízení zatím není příliš rozsáhlá. Soukromé nemocnice jsou spíše menší a zajišťují často úzce specializovanou péči. Z hlediska občana byla nejvýznamnějším přínosem svobodná volba zdravotnického zařízení.

Podstatné kroky reformy byly učiněny do roku 1994. Tento systém přetrvává s určitými malými úpravami do dnešní doby. Současná forma sítě zdravotnických zařízení je výsledkem procesu decentralizace a částečné privatizace dřívější centralizované a administrativně řízené soustavy.

2.2 Zdravotnická zařízení

Zdravotnická zařízení v ČR se dělí na státní, která jsou zřizována Ministerstvem zdravotnictví nebo jinými resorty (obraný, vnitra, spravedlnosti), krajskými úřady a nestátní, k nimž patří zdravotnická zařízení zřizovaná nevládními organizacemi, soukromými subjekty a církví.

Sít' zdravotnických zařízení tvoří nemocnice, odborné léčebné ústavy, lázeňské léčebny, sanatoria, ozdravovny, polikliniky, sdružená ambulantní zařízení, zdravotní střediska, samostatné ordinace a laboratoře, kojenecké ústavy, dětská centra a stacionáře.

2.2.1 Lůžková a ústavní zařízení

Lůžkovou péči zajišťovalo v roce 2002 celkem 201 nemocnic se 66 668 lůžky (z toho 7 438 pro následnou péči), dále 157 odborných léčebných ústavů s celkem 22 400 lůžky a 63 lázeňských léčeben s celkem 22 194 lůžky. Proti roku 1994 klesla lůžková kapacita nemocnic téměř o 20 %.

2.2.2 Ambulantní zařízení

Systém primární péče je tvořen sítí praktických lékařů (PL) pro dospělé, praktických lékařů pro děti a dorost, ambulantními gynekology a stomatology. V roce 2002 bylo v resortu zdravotnictví evidováno 5 186 PL pro dospělé. Na jednoho lékaře tak připadalo 1 650 osob starších 14 let a více než 96 % PL pro dospělé pracovalo v privátním sektoru. PL pro děti a dorost bylo ke stejnému datu evidováno celkem 2 201 (97 % v privátním sektoru) a na jednoho lékaře připadalo v průměru 1 050 dětí. Ambulantních lékařů – gynekologů pracovalo v polovině roku 2002 celkem 1 185, na jednoho lékaře připadalo v průměru 4 400 žen a v privátním sektoru jich pracovalo více než 96 %. Stomatologů pracovalo 5 947 (99 % v nestátním sektoru), což představovalo 1 700 osob na jednoho stomatologa.

Specializovaná ambulantní péče je tvořena dvěma sítěmi zdravotnických zařízení. První síť tvoří 5 255 samostatných, většinou privátních ordinací, v nichž pracuje 5 321 odborných ambulantních lékařů a 5 968 osob středního zdravotního personálu. Druhá síť je tvořena ambulantními odděleními 201 nemocnic, v nichž pracuje téměř 7 000 lékařů a téměř 21 500 středních zdravotnických pracovníků.

Česká republika se v mezinárodním srovnání vyznačuje poměrně hustou sítí zdravotnických zařízení a tomu odpovídajícím počtem pracovníků. Počet lékařů na 1 000 obyvatel odpovídá průměru EU (přibližně 3,4 lékařů na 1 000 obyvatel).⁸

2.3 Financování zdravotní péče

Zdravotní péče je hrazena především z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a to zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojištění přitom činilo za rok 2003 83 % celkových výdajů na zdravotnictví. V malé míře (přibližně 7 %) hradí zdravotní péči přímo pojištěnci (např. příplatky na léky, zdravotní prostředky). Na zdravotnictví je také

⁸ Němec, J: České zdravotnictví v uplynulých devíti letech

vynakládán jistý objem finančních prostředků ze státního rozpočtu, zejména na vybrané investice a finančně nákladné zdravotnické projekty.

Základní formy financování lze rozdělit na:

- nepřímé financování
 - veřejné pojištění
 - veřejné rozpočty
 - dobrovolné (komerční) pojištění
 - příspěvky dobročinných institucí, zahraniční pomoci
- přímé financování
 - přímé placení za služby včetně spoluúčasti pacientů na úhradách zdravotní péče a léků

Celkové výdaje na zdravotnictví v České republice za poslední čtyři roky jsou vyjádřeny v tabulce číslo 2.1. Data jsou seřazena podle institucí, které financují náklady na zdravotnictví (podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v % za rok 2003 doposud nebyl přesně zveřejněn).

Celkové výdaje na zdravotnictví (v mld. Kč) v České republice

Výdaje	2000	2001	2002	2003
Celkové výdaje	142,4	159,9	168,2	177,7
Ministerstvo zdravotnictví	5,6	5,3	6,4	10,1
Ostatní ministerstva	1,1	1,2	1,7	1,6
Výdaje územních rozpočtů	8,2	8,8	9,1	4,8
Výdaje zdravotních pojišťoven	115,5	130,9	137,1	147,2
<i>Podíl výdajů zdr. poj. na celkových výdajích v %</i>	<i>81,1</i>	<i>81,9</i>	<i>81,5</i>	<i>82,8</i>
Platby v hotovosti občanů (včetně spoluúčasti)	12	13,7	13,9	14
<i>Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v %</i>	<i>6,61</i>	<i>6,84</i>	<i>7</i>	<i>-----</i>

tabulka číslo 2.1

Zdroj: Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví

2.3.1 Financování zdravotnických zařízení

Mezi hlavní typy zdravotnických zařízení v ČR patří ordinace soukromých lékařů, polikliniky, nemocnice a léčebné ústavy. Nemocnice hospodaří zpravidla jako příspěvkové organizace, pokud nejsou soukromé. Vzhledem k tomu, že nemocnice poskytuje služby pro celý region, je především financována:

- z rozpočtů zdravotních pojišťoven – dle vykázaných výkonů
- z rozpočtů místních správních celků
- z vlastní činnosti – např. výroba krevních derivátů
- z ostatních zdrojů – přímé platby, sponzoři, dary, sbírky

2.3.2 Financování zdravotnických služeb

Rozhodující zdroje financování zdravotní péče se soustřeďují ve zdravotních pojišťovnách (pojistné vybrané od plátců včetně státu za rok 2002 činilo 154,066 mld. Kč, což je přibližně 80% z celkových zdrojů). Mezi placené výdaje od zdravotních pojišťoven patří především:

- ambulantní, ústavní a stomatologická péče
- léky vydané na základě předpisu
- zdravotnické pomůcky na poukázky
- některá lázeňská péče
- dopravní zdravotní služba
- ostatní

Částečně se podílejí na financování zaměstnavatelé, kteří proplácí náklady za své pracovníky. Jedná se o:

- vstupní prohlídky do zaměstnání (při uzavření pracovního poměru)
- preventivní prohlídky pracovníků na rizikových pracovištích

V malé míře je zdravotní péče financována samotnými občany formou přímých plateb (nehradí zdravotní pojišťovna, ale je zde v určitých případech možnost využití komerčního pojištění). Jsou to především následující služby:

- zdravotní kosmetické úpravy
- umělé přerušení těhotenství
- vyšetření pro vydání řidičského průkazu
- stanovení alkoholu v krvi
- lékařské vyšetření v protialkoholní záchytné stanici
- ostatní (některé léky, zdravotní pomůcky)

Menší objem finančních prostředků než ze zdravotních pojišťoven proudí do sektoru zdravotnictví ze státního rozpočtu. Tyto prostředky jsou ale především směřovány na investiční akce.



Graf číslo 2.1

Zdroj: Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví

2.4 Zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění v ČR je určené k úhradě nákladů zdravotní péče. Plně jsou hrazeny nezbytné lékařské úkony, léky a zdravotnický materiál. Na některé léky a zákroky pacient připlácí, některé hradí zcela sám.

2.4.1 Plátcí pojistného na povinné zdravotní pojištění

Zákon o veřejném zdravotním pojištění rozlišuje tři skupiny plátců pojistného:

- a) *stát* – je plátcem prostřednictvím státního rozpočtu. Přibližně se jedná o 56% osob (např. děti, studenti do 26 let, matky na mateřské dovolené, vojáci základní služby, osoby ve výkonu trestu atd.).

b) *pojištěnec* – podle §5 zákona č. 48/1997 Sb. se pojištěncem rozumí:

- zaměstnanec v pracovním poměru
- osoba samostatně výdělečně činná (OSVČ)
- osoba s trvalým pobytem v ČR nespádající do uvedených kategorií a současně plátcem pojistného není stát

c) *zaměstnavatel* – zaměstnavatel je částečně plátcem pojistného za své zaměstnance a hradí pojistné ve výši dvou třetin

Existují mimořádné případy, kdy se pojistné na zdravotní pojištění neodvádí (při pracovním poměru). A to v případech dohody o provedení práce (§236 zákoníku práce), při práci nahodilé (práce trvající méně než 7 po sobě jdoucích kalendářních dnů - §5 a §6 zákona č. 54/1956 o nemocenském pojištění) nebo při zaměstnání, jehož obsahem je pracovní činnost, ve které příjem nepřesahuje 400 Kč měsíčně. Další skupinu tvoří pojištěnci, kteří neplatí plnou část pojistného z vyměřovacího základu. Jde o osoby, které mají výdělečnou činnost a zároveň za ně platí pojistné stát (např. studenti).

2.4.2 Výše pojistného na zdravotní pojištění

Pojistné zdravotního pojištění není založeno na pojistném principu, tudíž se neodvíjí od individuálního rizika.

Sazba pojistného je stanovena na 13,5% z vyměřovacího základu. Minimální vyměřovací základ je v současné době 6 700 Kč (minimální pojistné je 905 Kč). Pokud je pojistné hrazeno státem, sazba činí 13,5 % z vyměřovacího základu, který je předepsán zvláštním legislativním opatřením (v současnosti 13,5% z 3 520 Kč). Stát hradí měsíčně stanovenou částku (476 Kč) za každou osobu zdravotní pojišťovně, u které je osoba pojištěna. Pokud platí stát pojistné za pojištěnce a současně je pojištěnec v pracovním poměru, snižuje se plátcí vyměřovací základ o 3 520 Kč měsíčně.

V pracovním poměru hradí zaměstnanec jednu třetinu (4,5%) pojistného ze svého vyměřovacího základu, zbytek je hrazen zaměstnavatelem (9%).

U osob samostatně výdělečně činných (OSVČ) je stanoveno minimální pojistné na 13,5% z vyměřovacího základu. Minimální vyměřovací základ je brán ve výši 50% průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok, který dva roky předchází roku, pro který je vyměřovací základ stanovován. Výši průměrné mzdy vyhláší na základě údajů Českého statistického úřadu (ČSÚ) Ministerstvo zdravotnictví ve Sbírce zákonů. Dle Sdělení MZ číslo 485/2003 Sb. byla průměrná mzda v roce 2002 rovna částce 15 857 Kč, minimální vyměřovací základ OSVČ pro rok 2004 je tedy 7 929 Kč a minimální měsíční pojistné je 1 071 Kč.

OSVČ platí pravidelné měsíční zálohy na zdravotní pojištění ve výši vypočtené ze 40 % příjmů po odpočtu výdajů (vyměřovací základ) dosažených v roce 2003 (doposud to bylo 35 %), nejméně však zmíněných 1 071 Kč. Tuto částku platí rovněž OSVČ, které s výdělečnou činností začínají. OSVČ, za něž je plátcem pojistného stát, mohou u své zdravotní pojišťovny požádat o snížení zálohy s provedením vyššího odpočtu 3 520 Kč.

V praxi je spousta dalších výjimek a skutečností, které mají svá specifika ve zdravotním pojištění (více pracovních poměrů, zaměstnanec nedosahující minimální mzdy atd.).

2.4.3 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny začaly vznikat po roce 1990. Původně vznikla pouze jedna instituce, ale ve velmi krátké době vstoupily na pojistný trh další. Ještě v roce 1995 působilo v ČR 27 zdravotních pojišťoven, které soutěžily o klienty. Některé zdravotní pojišťovny poskytovaly úhrady za nadměrnou zdravotní péči (např. lázně), což zřejmě vedlo ke schodkům v hospodaření a následnému bankrotu řady z nich. V dnešní době funguje pouze devět institucí. Dá se říci, že po výrazné redukci působí jen „zdravé“ pojišťovny.

Podle zákona o veřejném zdravotním pojištění je každý občan povinen být zdravotně pojištěn. Pojistné je odváděno příslušné zdravotní pojišťovně, která z něj hradí zdravotní úkony a léky v určeném rozsahu základní zdravotní péče.

V tabulce 2.3 jsou uvedeny celkové počty pojištěných mužů a žen u jednotlivých zdravotních pojišťoven v roce 2001.

Rozdělení pojištěnců mezi zdravotní pojišťovny

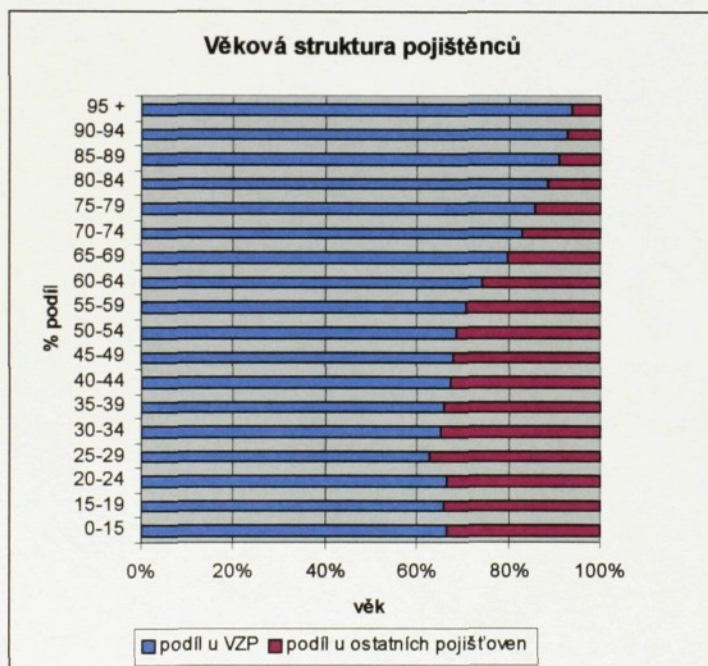
kód	zdravotní pojišťovna	2001		
		muži	ženy	celkem
111	VZP	3 428 994	3 635 941	7 064 935
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	322 098	246 543	568 641
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	149 580	158 665	308 245
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	185 265	226 800	412 065
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	56 169	61 397	117 566
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	433 389	452 204	885 593
213	Revírní bratrská pojišťovna	147 431	142 099	289 530
217	Zdr. poj. Metal Aliance	119 343	141 268	260 611
222	Česká národní zdrav. poj.	148 344	163 349	311 693
Celkem		4 990 613	5 228 266	10 218 879

tabulka číslo 2.2

Zdroj: Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví

Největší zdravotní pojišťovnou je Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), u které je pojištěna většina z nás. VZP vznikla jako první pojišťovna ze zákona a po určitou dobu u ní byli pojištěni všichni občané. VZP je povinna pojistit každého, kdo není pojištěn

u žádné jiné zdravotní pojišťovny (§2 odst. 1 zákona o VZP). Právě proto je také z grafu 2.2 patrné, že má nejméně vhodnou strukturu pojištěnců (např. pojištěnce se špatným zdravím, za které odvádí minimální pojistné stát – důchodci). Struktura pojištěnců je přitom pro zdravotní pojišťovnu důležitá. A to i přes fakt, že dochází k přerozdělování vybraného pojistného podle počtu osob, za které je plátcem stát. Účelem je do jisté míry vyrovnat rozdíly (vyrovnat rizika), které jsou na straně nákladnosti hrazené péče za pojištěnce. Do přerozdělovacího fondu je odváděno přibližně 60% vybraných finančních prostředků. Zpět jsou prostředky rozdělovány tak, že každé pojišťovně se vrací po jednom dílu za státního pojištěnce mladšího šedesáti let (méně rizikový pojištěnec) a po třech dílech za státního pojištěnce staršího šedesáti let (rizikový pojištěnec).



Graf číslo 2.2

Z grafu je vidět nevýhodná struktura pojištěnců VZP na rozdíl od ostatních pojišťoven. VZP má největší podíl pojištěnců v rizikových skupinách (pojištěnci nad 60 let).

Obecně nemají zdravotní pojišťovny mnoho možností jak ovlivnit své příjmy a výdaje. Sazba pojistného je dána legislativou a tudíž přijaté pojistné závisí především na počtu pojištěnců a výši jejich příjmu. Rovněž je pro pojišťovny zcela nemožné ovlivnit výdaje, neboť pojistná plnění jsou nahodilou událostí (právě výše těchto nákladů souvisí se strukturou pojištěnců). Kromě věkové struktury je také důležitá efektivita s jakou spravuje svěřené finanční prostředky (výše administrativních nákladů, atd.). Ze strany pojišťoven jde tak pouze o necenovou konkurenci na trhu, neboť výše pojistného je stejná u všech zdravotních pojišťoven a nárok na základní zdravotní péči má každý nehledě na zvolené instituci. Výhody může nabízet pojišťovna pouze v odlišných pojistných plánech (nabídka výhod nad rámec základní zdravotní péče).

Každý pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny (§11 zákona č. 48/1997 Sb.). Zde může nastat problém pro pojištěnce. Lékaři nemají povinnost mít uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče s vybranou pojišťovnou. V tomto případě musí občan poskytnutou péči hradit z vlastních prostředků (nejedná-li se o akutní poskytnutí péče).

2.4.4 Vztahy ve zdravotním pojištění

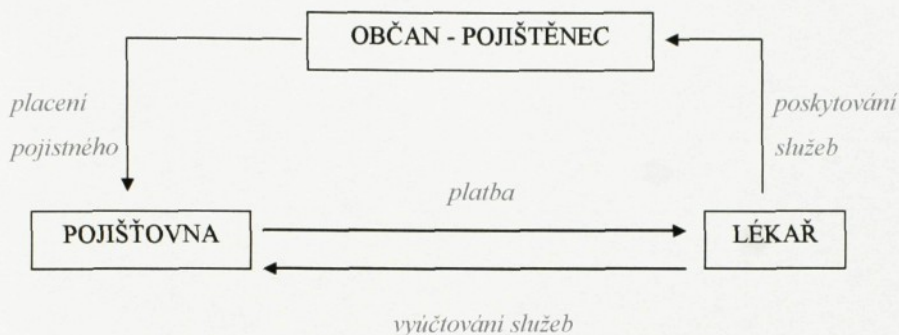
Při financování zdravotnických služeb pro obyvatelstvo vzniká důležitý vztah mezi třemi základními subjekty:

- občanem – jako spotřebitelem zdravotnické služby
- lékařem (zdravotnickým zařízením) – jako poskytovatelem zdravotnické služby
- pojišťovnou – jako správcem finančních prostředků přijatých a jako likvidátorem finančních nároků lékařů a zdravotnických zařízení

2.4.4.1 Občan, pojišťovna a poskytovatel

Vztah mezi občanem, pojišťovnou a poskytovatelem je tvořen na základě vzájemných dohod a smluv, které stát stanovuje prostřednictvím příslušných zákonů a nařízení.

Vztahy mezi občanem, pojišťovnou a lékařem



2.4.4.2 Pojišťovna a lékař

Pojišťovna platí lékařské služby dle uzavřené dohody. Služby jsou placeny buď formou paušálu nebo přímo za konkrétní lékařský úkon.

- placení paušálem – lékaři je vyplácena stanovená paušální částka podle počtu registrovaných pacientů (bez ohledu na poskytnuté služby); tento typ úhrady se využívá např. při placení zákroků pohotovostní lékařské služby
- platba za konkrétní výkon prostřednictvím bodového systému

2.4.4.2.1 Bodový systém

Zdravotnické výkony jsou ohodnoceny podle jejich materiálové náročnosti a stupně požadované kvalifikace personálu určitým počtem bodů. Pro realizaci tohoto způsobu platby byl sestaven seznam zdravotnických služeb, který obsahuje asi 4 000 definovaných úkonů. K nim je přiřazen určitý počet bodů. Největší problém však stále přetrvává, a to stanovení objektivní ceny za jeden bod. Finanční ohodnocení jednoho bodu se stanovuje čtvrtletně v dohodovacím řízení, které probíhá mezi VZP, ostatními pojišťovnami a sdružením poskytovatelů zdravotní péče.⁹

⁹ Háma P., Financování zdravotní péče

Výhody bodového systému:

- snadný výpočet výkonu
- flexibilita změny hodnoty bodu podle inflace

Nevýhody bodového systému:

- některé výkony mohou být nadhodnoceny, jiné podhodnoceny
- tendence poskytovatele udržovat pacienta co nejdéle nemocného a zvyšovat tím rozsah vykazovaných služeb

Stálým problémem financování je neustále nepřiměřený nesoulad mezi příjmy a výdaji. Jediným objektivním kritériem podle Světové zdravotnické organizace je posuzování přiměřenosti výdajů na zdravotnictví v porovnání s HDP. V ČR podíl celkových výdajů na HDP činil 7,2%, což nedosahuje úrovně vyspělých evropských zemí.

2.4.5 Úhrady zdravotní péče

V systému zdravotního pojištění zajišťují úhrady za péči v České republice především zdravotní pojišťovny, existuje ovšem také pouze částečně hrazená péče a nehrazená péče vůbec.

2.4.5.1 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Naprostá většina zdravotní péče poskytnutá pojištěncům je hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Právě do hrazené zdravotní péče se promítá zásada rovnosti a solidarity. Všichni pojištěnci mají nárok na stejnou zdravotní péči (není rozdíl v jaké výši platí pojistné).

Zdravotní péče, která je hrazená v plném rozsahu, je stanovena zákonem číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V platném znění zahrnuje zejména:¹⁰

- ambulantní a ústavní léčebnou péči
- pohotovostní a záchrannou službu
- dispenzární péči (soustavná péče pro osoby se závažnými chorobami)
- odběr tkání a orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi
- poskytování léčivých přípravků a stomatologických výrobků
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách
- dopravu nemocných
- prohlídku zemřelého pojištěnce
- ostatní

Ze zdravotního pojištění se hradí náklady na léčbu poskytnutou na území České republiky a též výdaje, které občané vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území České republiky. Od roku 2000 Česká republika uzavřela s několika státy (např. Chorvatsko) mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení, jejichž nedílnou součástí je poskytování nutné a neodkladné péče českým pojištěncům na území smluvního státu a naopak pojištěncům smluvního státu na území České republiky. V těchto zemích mají pojištěnci nárok na nutnou a neodkladnou péči na účet své české zdravotní pojišťovny.

Se vstupem do Evropské unie vzniká nárok na nutnou a neodkladnou péči všem občanům, jejichž stát je členem Evropské unie. Dle koordinačních pravidel je sociální zabezpečení osob pohybujících se v rámci EU upraveno Nařízením č. 1408/1971. Smyslem tohoto nařízení je zachovat pojištěnci jednoho státu nárok na dávky vyplývající z jeho pojištění i v ostatních členských státech a zamezit dvojímu pojištění. Toto nařízení je při vstupu České republiky přímo platné a účinné.

¹⁰ Daněk A., Glet J.: Zdravotní pojištění, Linde nakladatelství Praha 2003

2.4.5.2 Zdravotní péče částečně hrazená ze zdravotního pojištění

V porovnání s ostatními státy je v českém systému zdravotnictví velmi malá spoluúčast pojištěnce za poskytované služby. Jedná se především o doplatky některých léků, vybraných prostředků zdravotnické techniky a některých stomatologických výrobků.

2.4.5.3 Zdravotní péče zcela nehrazená ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění se nehradí zejména vyšetření, prohlídky a jiné výkony, které jsou provedeny v osobním zájmu nebo na žádost fyzických či právnických osob. Prohlídky a jiné zdravotní výkony provedené na dožádání soudu, státního zastupitelství, orgánů státní správy a orgánů Policie České republiky hradí subjekt, pro který se zdravotní výkony provádějí, a to ve výši stanovené seznamem zdravotních výkonů s bodovými hodnotami v souladu s rozhodnutím Ministerstva financí. Dále nejsou hrazeny estetické zákroky, výkony akupunktury atd.

2.4.6 Komerční zdravotní pojištění

Pacient nemá informace o kvalitě ani ceně poskytovaných služeb. Právě zaplacením určité části nákladů je motivován k lepší péči o zdraví, ke kontrole poskytnuté péče a kontrole cen. Podle analýzy World Health Organization (WHO) je v České republice stále malá finanční spoluúčast pacientů na poskytovaných službách (přibližně 7%). Průměr EU se pohybuje okolo 25%. I když v současné době není významný prostor pro vytvoření úspěšného produktu, dnes již vedle veřejného systému existuje. Jeho význam je však nesrovnatelně menší než v ostatních zemích EU a omezuje se na velmi malý okruh zdravotních výkonů a léčiv, které nejsou hrazeny veřejným zdravotním pojištěním. Jedná se například o připojištění na stomatologickou péči.

2.4.7 Úhrady v rámci Evropské unie

Mezinárodní smlouvy o sociálním zabezpečení jsou založeny na principu vzájemné důvěry. Zdravotní pojišťovna smluvního státu na sebe přebírá povinnost zdravotní pojišťovny druhého smluvního státu, a to především ve věci revize provedené zdravotní péče a její úhrady zdravotnickému zařízení. Zdravotní pojišťovny pak mají evidentní zájem, aby dostaly řádně a včas uhrazeny náklady spojené s ošetřením cizího pojištěnce.

Lze tedy očekávat, že revize bude prováděna důkladně, aby nevznikl pochyb o ceně a rozsahu poskytnuté péče.

Dalším důležitým principem je tzv. princip rovného zacházení, který znamená, že cizímu pojištěnci jsou poskytovány věcně dávky (zdravotní péče) za stejných podmínek a rovněž ve stejných cenách, jako místním pojištěncům. Princip rovného zacházení ovšem také znamená, že je-li ve smluvním státě za určité služby nebo léky předepsaná spoluúčast, vztahuje se tato povinnost i na pojištěnce z druhého smluvního státu.

Zdravotní pojišťovny samozřejmě zajímá způsob vzájemné úhrady nákladů. Realizace úhrad se řídí jistými pravidly. Zejména musí být zřízena speciální instituce, která zastupuje veřejný pojišťovací systém dané země. Prostřednictvím takové instituce pak probíhají v dohodnutých intervalech hromadné platby.

Za tímto účelem vzniklo v České republice Centrum mezistátních úhrad (CMÚ). Zakladateli a zároveň členy jsou všechny zdravotní pojišťovny činné v ČR. CMÚ zprostředkovává platby mezi českými zdravotními pojišťovnami a zdravotními pojišťovnami smluvních států.

2.4.8 Zdravotnictví v České republice

2.4.8.1 Současný stav

V současnosti vykazuje systém financování zdravotní péče mnoho negativních aspektů. Je to především deficitní finanční bilance systému. Ta se odráží z nerovnoměrného rozložení deficitu v rámci devíti zdravotních pojišťoven (VZP je deficitní, ostatní hospodaří vyrovnaně nebo přebytkově).

Jednou z mnoha příčin deficitu jsou nízké podíly úhrad za státem hrazené pojištěnce. V roce 1993 činil poměr platby státu za tyto osoby na celkově vybraném pojistném přibližně 29%, v současné době je to přibližně 23% (ovšem při zvýšení počtu

pojištěnců této kategorie na přibližně 56%). Výdaje na zdravotní péči za tyto pojištěnce činí přibližně 81% z celkových nákladů.¹¹

Zároveň dochází ke zvyšování objemu výdajů vlivem stárnutí populace, zvyšující se nemocností, zaváděním nových technologií, úpravou DPH atd.

2.4.8.2 Návrhy řešení pro optimalizaci financí

Možná řešení deficitního stavu financování jsou rozloženy do několika oblastí.

2.4.8.2.1 Optimalizace příjmů

- a) očekává se nárůst zdrojů za zaměstnance vlivem zvyšování nominálních mezd se vstupem do EU
- b) nutnost růstu pojistného u skupiny pojištěnců, za které je plátcem stát
- c) navýšení příjmů za OSVČ (změny vyměřovacího základu)
- d) uplatňování trestnosti při neplacení 9% pojistného (zaměstnavatel)
- e) zavedení vyšší spoluúčasti pacientů
- f) zavedení dokonalého komerčního pojištění
- g) odstranění odpočtů části pojistného u osob, za které je plátcem stát

2.4.8.2.2 Optimalizace výdajů

- h) zvyšování kvality poskytované péče
- i) poskytování preventivní péče (včasné zachycení vysoce nákladných onemocnění)
- j) změny sazeb DPH u některých léčiv
- k) redukce provozních nákladů zdravotních pojišťoven
- l) zrušení nadbytečných kapacit lůžkové péče
- m) lepší kontrola úhrad za neprovedené nebo nadbytečné úkony
- n) lepší kontrola investičních akcí
- o) optimalizace sítě zdravotnických zařízení
- p) zavedení systému DRG v oblasti úhrad

¹¹ Němec, J: České zdravotnictví v uplynulých devíti letech

2.4.8.2.3 *Optimalizace přerozdělování*

K naplnění rovnosti práv pojištěnců v solidárním systému slouží mechanismus přerozdělování pojistného. Současná právní úprava obsahuje přerozdělení 60% vybraného pojistného osob, za které je plátcem stát. Tyto pojištěnce členíme na dvě věkové kategorie: kategorie pojištěnců do šedesáti let a nad šedesát let.

Výše vybraného pojistného je však výrazně nižší než pojistné u ostatních pojištěnců. Dosavadní systém přerozdělování nekompensuje průměrné náklady na pojištěnce ve starší věkové kategorii (existuje poměrně vysoká nemocnost). V praxi se vytvářejí skupiny významně ztrátových a naopak významně ziskových pojištěnců, což poskytuje pojišťovnám motivaci k preferenci pojištěnců s malým rizikem (ohrožení základního principu solidarity a ohrožení svobodné volby zdravotní pojišťovny). Dosavadní přerozdělování způsobuje nerovnoměrné rozložení finančních prostředků. Objem finančních prostředků, který jednotlivým zdravotním pojišťovnám stávající způsob přerozdělování přiznává, není v souladu s potřebami úhrad zdravotní péče jejich pojistného kmene. V pojišťovnách s výhodnější skladbou pojištěnců dochází ke kumulaci prostředků, v pojišťovnách s nevýhodnou skladbou pojištěnců chybí potřebné zdroje.

K vyrovnaní rozdílů v příjmech pojišťoven je možné řešení přerozdělit všechny vybrané prostředky podle rizikové skupiny, kterou je například věk. Tím by se zajistila kompenzace rizika vyplývajícího z věkové struktury pojistného kmene a byla by vyloučena motivace pojišťoven vybírat si výhodné věkové skupiny. V tomto případě však vzniká otázka, zda je v systému nutná existence více zdravotních pojišťoven. Možným řešením je zrušení jednotné výše pojistného. Stát by mohl stanovit pouze horní a dolní mez a více by do sazeb nezasahoval. Jednotlivé pojistné by bylo plně v kompetenci zdravotních pojišťoven. Je to základní prvek, jak vytvořit prostor pro konkurenci zdravotních pojišťoven.¹²

¹² Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví

3 Financování a systém zdravotní péče ve vybraných zemích

V následující kapitole jsou popsány zdravotní systémy jednotlivých zemí a způsoby jejich financování. Mezi vybrané země patří Rakousko, Švédsko a Francie. Tyto země jsou zástupci bismarkovského a beveridgova modelu.

3.1 Rakouský systém zdravotnictví

3.1.1 Historický vývoj

Vývoj zdravotnické soustavy v Rakousku úzce souvisí s budováním sociálního státu již od doby Rakousko – uherské monarchie. V roce 1888 bylo zavedeno úrazové a zdravotní pojištění zaměstnanců podle vzoru bismarkovské sociální politiky. To také tvoří základní strukturu dnešního systému sociálně zdravotního pojištění (zákon 189/1955). V roce 1948 byl založen Hlavní svaz sociálního pojištění, který sjednotil zdravotní, úrazové a důchodové pojištění. Cílem bylo založení národního pojištění (Volksversicherung). Péče o zdraví a řízení zdravotnické soustavy je v Rakousku považováno za úkol veřejného sektoru.

3.1.2 Organizace a řízení rakouského zdravotnictví

Podle rakouské ústavy (spolková ústava) leží odpovědnost za většinu oblastí systému zdravotní péče (s určitými výjimkami stanovenými v zákonech) na federální vládě (kompetence spolku). Asi nejdůležitější výjimku představuje nemocniční sektor. V této oblasti vláda odpovídá za legislativu, ale odpovědnost za provádění zákonů je přenesena na devět zemských správ (spolkové země). Na základě státních smluv je federální vláda a jednotlivé spolkové země povinny oboustranně spolupracovat na zajišťování zdravotní péče v rámci svých kompetencí.

3.1.3 Zdravotnická zařízení

Veškerá zdravotnická péče je poskytována institucemi výhradně veřejného, soukromého a občanského neziskového sektoru.

3.1.3.1 *Zařízení primární péče*

Ambulantní služby jsou převážně organizovány na základě veřejnoprávních smluv mezi pojišťovnami a poskytovateli. V současné době existují tři provozovatelé zařízení primární péče:

- volně praktikující lékaři
- zdravotní pojišťovny
- nemocniční ambulance

Během posledních patnácti let vzrostl počet volně praktikujících lékařů více než dvojnásobně. V roce 2000 byl počet praktických lékařů 10 939 a odborných specialistů 18 069. Pro srovnání v roce 1975 byl počet specialistů 7 202 a praktických lékařů 5 506.¹³

Jako provozovatelé ambulantní péče vystupují i zdravotní pojišťovny. Od roku 1975 ovšem poklesl počet ambulantních zařízení o více než polovinu, což je důsledek snahy pojišťoven rušit malé a ekonomicky nevýhodné ambulantní praxe a soustředit pozornost spíše na větší a ekonomicky výhodné praxe. Zdravotní pojišťovny provozují především stomatologické, rentgenové, gynekologické ambulance a ambulance pro fyzikální medicínu.

Důležitou částí v rámci rakouské zdravotnické soustavy jsou nemocniční ambulance, kde je péče poskytována nepřetržitě. Je to výhodné z hlediska časové nezávislosti ze strany pacienta, protože nemusí dojíždět za péčí v omezených ordinčních hodinách. V současnosti je v provozu kolem 1 500 nemocničních ambulancí.

Rakušané si mohou vybrat svého všeobecného lékaře nebo specialistu zcela svobodně. Pacient může bez udání důvodu změnit svého lékaře, ale pouze jednou za čtvrtletí, a to pouze se souhlasem pojišťovny (fondu).

¹³ Das Gesundheitswesen in Österreich, BMSG 2002

3.1.3.2 *Zařízení sekundární péče*

Strukturu nemocnic můžeme rozdělit podle tří základních typů:

- všeobecné nemocnice
- specializované nemocnice
- specializované ústavy (zařízení pro chronicky nemocné, doléčovací ústavy, porodní domovy, sanatoria)

Celkem v systému zdravotní péče funguje 321 nemocnic s celkovým počtem 70 261 lůžek. Z toho je 118 všeobecných nemocnic, 98 specializovaných nemocnic a 105 specializovaných ústavů. Většina nemocnic patří do tzv. fondových nemocnic. Jejich provoz je hrazen převážně z veřejných prostředků. V roce 2002 fondové nemocnice tvořily 72% podílu na celkové lůžkové kapacitě.¹⁴

3.1.4 Financování zdravotní péče

3.1.4.1 *Zdroje financování zdravotnictví*

Zdravotnictví je přibližně ze dvou třetin financováno z příspěvků na zdravotní pojištění a daňových výnosů.

Veřejné výdaje na zdravotnictví představují přibližně 63%, z toho 48% zdrojů přichází ze zdravotního pojištění a zbylých patnáct procent je financováno z daňových příjmů.

Soukromé výdaje na zdravotnictví představují 37% z celkových nákladů, z toho 21% tvoří přímé platby a zbytek tvoří úhrady z komerčního pojištění. Největší podíl soukromých výdajů představuje spotřeba volně prodejných farmaceutických výrobků a zdravotnických pomůcek. Dále je spoluúčast představována poplatky za recept, podílem

¹⁴ The European Observatory on Health Care Systems, AUSTRIA 2002

na úhradě nákladů za prvních 28 dní pobytu v nemocnici a poplatkem při první návštěvě lékaře za nemocenský listek.¹⁵



Graf číslo 3.1

Zdroj: The European Observatory on Health Care Systems, AUSTRIA 2002

3.1.4.1.1 Úhrady ambulantní péče

Úhrady lékařům v ambulantních službách se skládají z řady složek. Honorář lékaře je sestavován na základě smluvního vztahu s příslušnou pojišťovnou. Zúčtování výkonů je sestaveno na základě kombinovaného systému úhrad, v němž vedle sebe stojí úhrady paušálů (úhrady za základní výkony) a úhrady jednotlivých výkonů (určité specifické druhy výkonů). Výše úhrady za základní výkony (paušál) se stanovuje v pravidelných jednáních zdravotních pojišťoven a zemských lékařských komor. Jejich výše je rozdílná v závislosti na odbornosti a na místě položení ordinace (podle spolkových zemí).

¹⁵ Das Gesundheitswesen in Österreich, BMSG 2002

V průměru jsou příjmy lékařů tvořeny:

- 22% za paušální případy
- 20% za specifické výkony
- 14% za návštěvy u pacientů
- 28% podle místa položení ordinace
- 16% za pohotovost, cestovní náklady, atd.

3.1.4.1.2 Úhrady lůžkové péče

Úhrady za lůžkovou péči jsou stanoveny na základě tzv. systému Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung (LKF). Systém se dělí na dvě části.

3.1.4.1.2.1 Kmenový systém LKF

Systém je povinný a jednotný pro celé Rakousko. Základem je DRG, podle kterého jsou přidělovány nemocnicím body za provedené výkony (DRG orientovaný výkonově). Každoročně se provádí revize systému z hlediska ekonomického i medicínského. V roce 2003 existovalo celkem 850 výkonově orientovaných DRG skupin. K tomuto systému je přidělena i úhrada stanovená na časové složce, která závisí na délce hospitalizace pacienta.

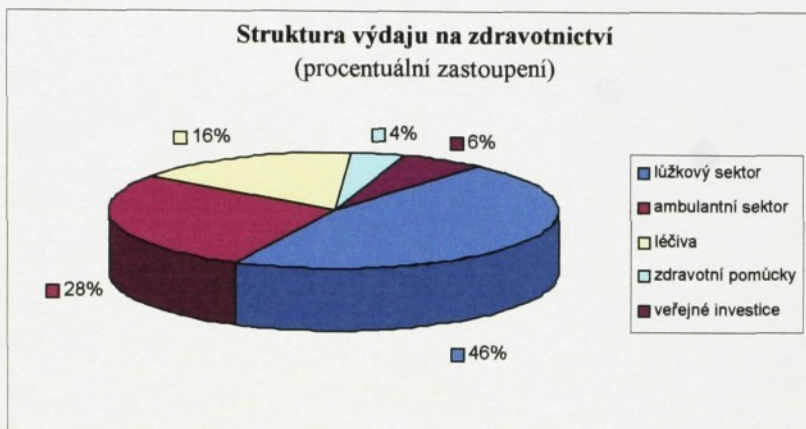
Systém DRG začal být testován v roce 1985. V roce 1997 byl zaveden již po celém Rakousku. Do té doby měly nemocnice povinnost zaznamenávat diagnózy a systém v celé podobě fungoval pouze u dvaceti referenčních nemocnic. V současnosti se začíná zvyšovat váha počtu DRG skupin odvozených za zdravotnický výkon a upouští se od DRG skupin odvozených od diagnóz. Využívá se tedy platby za výkon, nikoliv platby za diagnózu.¹⁶

3.1.4.1.2.2 Řízený systém LKF

Tento systém financování nemocnic není jednotný pro celé Rakousko. Určuje se individuálně v jednotlivých spolkových zemích a umožňuje zohlednění různých

¹⁶ Health for all DATABASE – WHO Regional Office Europe

specifických struktur nemocnic. Úhrady jsou odvezeny podle určitých kritérií jako například typ nemocnice, přístrojové vybavení, hotelové komponenty atd.



Graf číslo 3.2

Zdroj: The European Observatory on Health Care Systems, AUSTRIA 2002

3.1.4.2 Zdravotní pojištění

3.1.4.2.1 Sociálně zdravotní pojištění

Zdravotní pojištění je součástí sociálního pojištění zahrnující mimo něj také úrazové a důchodové pojištění. Právní úprava je obsažena v zákoně o všeobecném sociálním pojištění (ASVG) a ve speciálních zákonech upravujících pojištění některých osob. Podle zákona je pro všechny občany povinné. Kromě pojištěnce kryje i rizika u nezaopatřených členů rodiny.

Sociálně zdravotní pojištění je koncipováno jako povinné s prvky subsidiarity. Je tedy pojištěno téměř 100% obyvatelstva. Nároky a rozsah zdravotnických výkonů nejsou závislé na odvedených příspěvcích.

Zdravotní pojištění kryje především následující plnění:

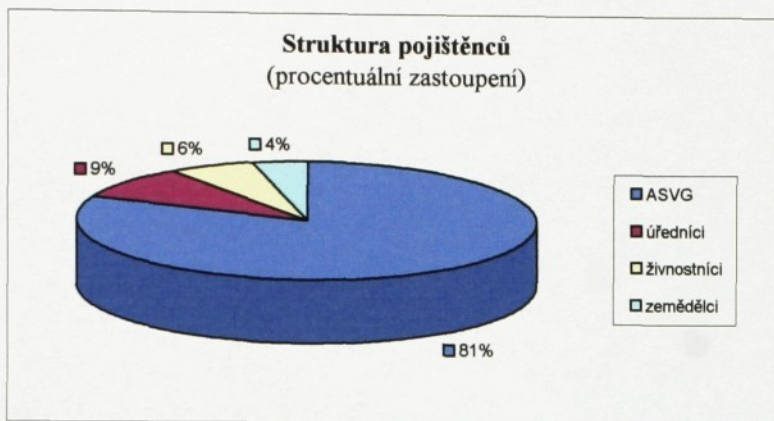
- primární zdravotní péči
- léky a zdravotnickou techniku
- stomatologickou léčbu
- nemocniční léčbu
- domácí péči
- dávky v nemoci a mateřství
- ochranu zdraví a prevenci
- lázeňskou péči
- převozní a cestovní náklady

3.1.4.2.2 Zdravotní pojišťovny

V současné době funguje 25 pojišťovacích fondů a všechny jsou sdruženy v Hlavním svazu nositelů sociálního pojištění. Existuje fond pro dělníky, kancelářské pracovníky, devět regionálních fondů, pojišťovací fond pro horníky, zemědělce, železničáře, fondy pro OSVČ, všeobecná úrazová pojišťovna, zaměstnanecké fondy, atd.

Příslušnost občana k pojišťovně je určena profesí nebo podle místa bydliště. Nositele zdravotního pojištění nelze tedy svobodně zvolit. Vyplývá z příslušnosti k profesi nebo trvalým bydlištěm.

Téměř 81% populace je pojištěna podle zákona o sociálním zabezpečení (ASVG), 9% osob je pojištěno na základě úřednického zdravotního a úrazového pojištění, 6% osob pojištěno podle sociálního pojištění živnostníků a 4% osob podle sociálního pojištění zemědělců.



Graf číslo 3.3

Zdroj: The European Observatory on Health Care Systems, AUSTRIA 2002

3.1.4.2.3 Vztahy mezi pojišťovnou a poskytovateli služeb

Vzhledem k tomu, že pojišťovací fondy jsou v určité míře také provozovateli ambulantních zařízení, můžeme definovat tři základní vztahy mezi poskytovateli služeb a fondy.

- *integrováný vztah* – pojišťovny jsou zřizovateli zařízení a financují veškerý provoz
- *částečně integrované* – pojišťovny z podstatné části financují běžný provoz nemocnic včetně mzdových nákladů
- *smluvní* – pojišťovny hradí náklady nemocnic na základě smluvních vztahů (podle výkonů)

3.1.4.2.4 Sazba zdravotního pojištění

Příspěvek na zdravotní pojištění se pohybuje v rozmezí 6,4% až 9,1% ze základu stanoveného podle výše příjmů (hrubý výdělek). Variabilní sazba je důsledkem rozdělení pojistných skupin podle rizikovosti (podle typu fondu). Placením zákonného příspěvku do

sociálních pojišťovacích fondů získávají občané právo na léčbu podle zákona. Příspěvky zaměstnanců, jichž se týká ASVG jsou hrazeny z poloviny zaměstnavatelem.¹⁷

3.1.4.3 Spoluúčast pacienta

Podíl spoluúčasti pacienta na nákladech tvoří v současné době přibližně 21% celkových výdajů na zdravotní péči. V oblasti primární péče jde například o tzv. poukazy (doba platnosti 3 měsíce), které si občan koupí za částku 3,63 eur, které jej opravňují k návštěvě smluvního lékaře podle svého individuálního výběru. Nemusí tak být odkázán pouze na svého lékaře. Smluvní lékař může pacienta poslat ke specialistovi nebo na ambulantní kliniku, kde pacient přispívá na péči 10,6 eur. Jde-li pacient ke specialistovi přímo, zaplatí 18,17 eur. U nesmluvního lékaře pacient zaplatí za ošetření celkovou výši nákladů a pojišťovací fond mu následně uhradí 80% poplatku, který by ovšem zaplatil u smluvního lékaře (poplatky u smluvních lékařů jsou výrazně nižší). Spoluúčast se běžně vyžaduje u zubních lékařů, terapeutů a psychologů.

U lůžkové péče každý pacient přispívá během prvních 28 dnů hospitalizace okolo osmi eur (jiné sazby pro každý region) denně. Nezaopatření rodinní příslušníci pojištěnce hradí 10% z denní sazby.

V oblasti léčiv se vyžaduje platba za vystavení receptu, která je ve výši 4,25 eur na jeden předpis. Spoluúčast je vyžadována i při potřebě lázeňské péče a rehabilitace. Některé výkony či prostředky si pacient hradí zcela sám. Jedná se například o stomatologické výkony (zubní můstky).

Zákonem je stanovena maximální hranice spoluúčasti, která nesmí přesáhnout 72,67 eur ročně. Pokud je v daném roce tento limit dosažen, pacient již neplatí žádnou spoluúčast.

Pro určité skupiny lidí (děti, důchodci) existují v placení spoluúčasti výjimky.

¹⁷ Das Gesundheitswesen in Österreich, BMSG 2002

3.1.4.4 Komerční pojištění

Doplňkové soukromé zdravotní připojištění kryje náklady na zdravotní péči, která není proplácena povinným zdravotním pojištěním a zároveň nabízí možnost krytí nadstandardní péče. Soukromým pojištěním je zajištěna téměř jedna třetina obyvatel.

Dobrovolné soukromé zdravotní pojištění se sjednává především k těmto případům:

- krytí nákladů na péči v nemocnicích (hotelové komponenty)
- pojištění denních poplatků v nemocnicích
- pojištění ambulantní lékařské péče
- pojištění nákladů na léčiva a zdravotní pomůcky

3.2 Švédský model zdravotnictví

3.2.1 Obecná charakteristika a historický vývoj

Švédsko je země, která cílevědomě a dlouhodobě prakticky aplikuje koncepci státu blahobytu. Tím se rozumí liberální koncepce se silnou angažovaností státu v sociální sféře. Švédsko je stát s velkým rozsahem veřejného sektoru a s vysokou mírou decentralizace. V sedmdesátých letech dvacátého století došlo k nastoupení cesty kombinující vysokou úroveň státu blahobytu a tržní ekonomiky. Princip spočíval ve vysoké úrovni zdanění. Tyto prostředky byly poté použity na široké spektrum sociálního zabezpečení. Hlavním cílem hospodářské politiky je zajistit bezplatnou a stejně kvalitní zdravotní péči pro všechny osoby s trvalým pobytem ve Švédsku.

3.2.2 Organizační struktura zdravotnictví

Švédský zdravotní systém je organizován na třech úrovních. Jedná se o centrální, krajskou a municipální úroveň. V právních normách je zakotveno, že základními jednotkami územní správy jsou municipality a kraje. Rozhodovací právo v rámci těchto jednotek mají volené orgány. K zajištění výkonu svých povinností mohou tyto správní jednotky ukládat daně. Výsadou centrální vlády je rozhodování o základních programech sociálního zabezpečení a kontrola správného fungování systému.

Municipality a kraje vykonávají aktivity, které jsou decentralizovány zákonem. Obecné stanovení odpovědností územních vlád řeší Zákon o územní vládě, který stanovuje, že municipality a kraje zajišťují obecné zájmy v jednotlivých oblastech veřejných služeb, včetně produkce, poskytování a financování. Hlavní odpovědnost za zabezpečování zdravotní péče přebírají krajské samosprávy, kterým je stanoveno, aby veškeré obyvatelstvo, které žije v jejich oblasti, mělo přístup k velmi kvalitní zdravotnické a lékařské péči.

Municipality a kraje vlastní a spravují nemocnice, zároveň vystupují jako zaměstnavatelé většiny personálu pracujícího ve zdravotnictví.¹⁸

3.2.2.1 Zdravotnická zařízení

Primární zdravotní péči zajišťují zdravotní střediska a nemocnice. Pacient si může zvolit svobodně poskytovatele primární zdravotní péče, ale pouze ve svém místě bydliště. Na zdravotní péči v jiné oblasti potřebuje doporučení od svého lékaře.

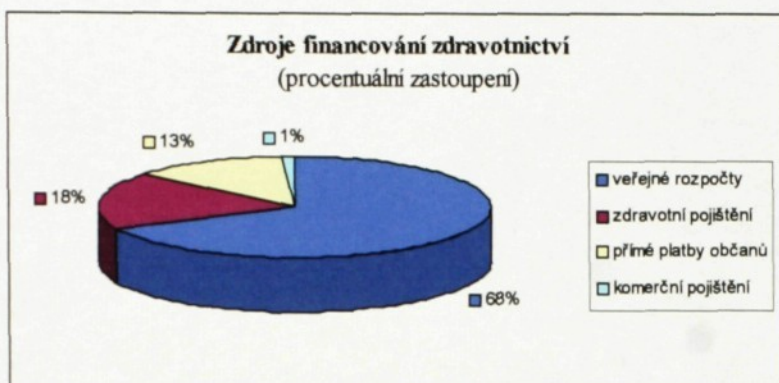
Každé zdravotnické zařízení, které poskytuje hrazenou zdravotní péči z veřejných rozpočtů musí mít smlouvu s krajem. V případě, že ji nemá, platí pacient zdravotní péči v plné výši.

3.2.3 Financování zdravotní péče

Ve švédském systému zdravotnictví jsou uplatňovány prvky Beveridgeova modelu financování zdravotní péče. Zdroje pro financování zdravotní péče jsou:

- zdravotní pojištění
- spoluúčast pacientů
- soukromé pojištění
- přímé platby státu do systému (z daňových příjmů)

¹⁸ The European Observatory on Health Care Systems, SWEDEN 2002



Graf číslo 3.4

Zdroj: The European Observatory on Health Care Systems, SWEDEN 2002

3.2.3.1 Zdravotní pojištění

I když je převážná zdravotní péče hrazená z veřejných rozpočtů, existuje systém povinného zdravotního pojištění. Ten se podílí na úhradách zdravotní péče přibližně 20% z celkových výdajů na zdravotnictví. Oprávněným orgánem pro výběr pojistného je Národní sociální pojišťovací úřad.

Hlavním plátcem pojištění je zaměstnavatel. Ten platí za zaměstnance pojistné ve výši 8,5% z hrubého příjmu. Za ostatní je placeno pojištění prostřednictvím státu z veřejných prostředků (osoby, které nejsou zaměstnány nebo je zaměstnavatelem stát). Zaměstnancům není strháváno z mezd žádné pojistné.

Vybrané pojistné slouží pouze na úhrady předepsaných léků, zubní péče (obojí ovšem se spoluúčastí pacienta) a především slouží jako nemocenské pojištění.

Všechny osoby žijící ve Švédsku, jejichž roční plat ze zaměstnání nebo samostatné činnosti činí minimálně 8 700 švédských korun (SEK), spadají do ustanovení všeobecného pojištění a mají v době nemoci nárok na peněžní náhrady.

Nemocenské plnění není vypláceno za první den pracovní neschopnosti (existují výjimky pro osoby s vícekrát se opakujícími onemocněními), za zbývající dny je vypláceno plnění ve výši 80% zdaněného ušlého příjmu. Neexistuje žádný limit stanovující maximální počet dní, po které je plnění vypláceno.¹⁹

3.2.3.2 *Spoluúčast pacientů*

Všechny kraje získávají od pacientů, kteří vyhledávají lékařskou pomoc, poplatky jako prostředky spolufinancování zdravotnických služeb. Pacientské poplatky se v jednotlivých krajích liší. Nejsou kryty zdravotním pojištěním, ale musí být zaplacený v podobě individuálního podílnického poplatku pacientem.

3.2.3.2.1 *Spoluúčast v kombinaci s veřejnými výdaji*

Tyto pacientské poplatky činí v současnosti 100 až 300 SEK za jednotlivou návštěvu lékaře. Je zde ovšem stanovena horní hranice. Pokud by pacient zaplatil během jednoho roku částku 900 SEK za ambulantní ošetření, již žádnou spoluúčast neplatí. Dětem a mládeži do dvaceti let je umožněno bezplatné ambulantní ošetření.

Při hospitalizaci v lůžkové péči se poplatky pohybují do maximální výše 80 SEK denně. Pro vyšší spoluúčasti je zákonem stanoven maximální roční limit. Určité skupiny obyvatel neplatí buď žádnou spoluúčast (děti do 18 let), nebo sníženou spoluúčast (důchodci a sociálně slabé skupiny obyvatelstva).

3.2.3.2.2 *Spoluúčast v kombinaci se zdravotním pojištěním*

Výjimečné postavení ve zdravotním systému má Národní společnost švédských lékařů. Je totiž monopolním vlastníkem všech lékáren. Spoluúčast u léčiv je proto jednotná a je rozdělena do několika kategorií.

Lékárny získávají platby za léky od pacientů formou spoluúčasti a zbytek ceny je hrazen ze zdravotního pojištění. Maximální spoluúčast u léků je 2 000 SEK ročně. Při zaplacení této částky již pacient žádné poplatky neplatí. Všechny děti v rodině se při

¹⁹ Health for all DATABASE – WHO Regional Office Europe

platbách spoluúčasti započítávají jako jedna osoba. Doplatky u léčiv uvádím v tabulce číslo 3.1.

Cena léku v SEK	Pacientova spoluúčast na ceně léčiv
0 až 1000	100%
1001 až 1900	50%
1901 až 3670	25%
3671 až 4780	10%
nad 4781	0%

tabulka číslo 3.1

V případě zubního ošetření jsou platby za péči financovány rovněž ze zdravotního pojištění s kombinací spoluúčasti pacienta. Za ošetření v zubní ordinaci zaplatí pacient 1 300 SEK. Pojištění kryje z této částky 35%. Pokud spoluúčast překročí 13 500 SEK ročně, přebírá pojištění 70% podílu na nákladech. Osoby do dvaceti let mají nárok na bezplatné ošetření poskytnuté zubní ordinací.

3.2.3.3 *Soukromé pojištění*

Dobrovolné zdravotní připojištění kryje většinou náklady na spoluúčast. Je ale poměrně drahé. Výši pojistného u společnosti Skandia uvádím v tabulce číslo 3.2.

Věková skupina	Roční cena pojištění v SEK
20 až 39	110 až 1880
40 až 64	2120 až 2870
nad 65 let	7540 až 15000

tabulka číslo 3.2

Vzhledem k tomu, že existují horní limity pro spoluúčast, počet pojištěných osob je minimální. Přibližně je pojištěno 100 000 obyvatel (1% populace). Na komerční pojištění dobrovolně přispívá většinou zaměstnavatel.

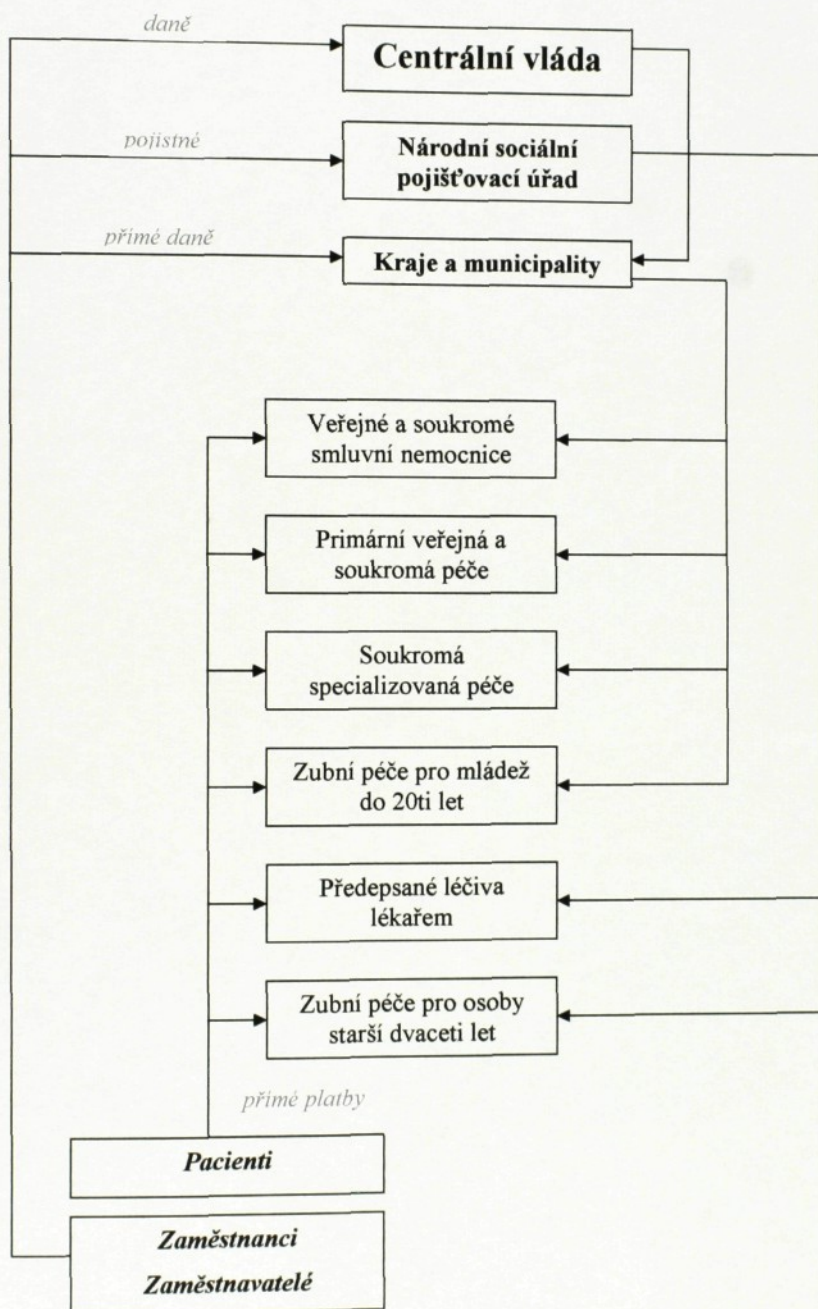
3.2.3.4 Veřejné rozpočty

Švédsko je charakterizováno jako země blahobytu s velkou mírou přerozdělování rozpočtových zdrojů. Odpovědnost za značné množství služeb přebírá národní vláda (stát) a místní vlády (kraje a municipality). Starají se o jejich strukturu, fungování a financování. Aby mohly všechny tyto povinnosti plnit, musí veřejný sektor získat příslušné prostředky prostřednictvím daní. Švédské daně jsou tím pádem relativně vysoké, ale jsou založeny na filozofii, že se plátcům vrací v podobě veřejných služeb. Do této oblasti samozřejmě spadá i zdravotnictví.

Švédský parlament určuje národní a státní daně. Nicméně kraje mají volnou možnost při rozhodování o výši daně z příjmu v jejich oblastech. Největší příjmy z daňových plateb jsou právě z daní přímých (přibližně 37% podílu na celkových daních).

Struktura daní ve Švédsku je poměrně složitá. Celková výše zdanění při průměrném příjmu fyzické osoby (tj. přibližně mezi 140 až 250 tisíci SEK ročně) je okolo 56%. Výdaje švédských vlád na zdravotnictví v roce 2000 byly ve výši 31,4 mld SEK.

Tok peněz ve švédském zdravotnictví



3.3 Francouzský systém zdravotnictví

3.3.1 Obecná charakteristika

Francie patří mezi země s velmi vysokou střední délkou života (SDŽ). V roce 2002 byla SDŽ při narození 74,6 let pro muže a 82,2 let pro ženy. Ve srovnání s ostatními státy OECD je přibližně o osm let větší u obou pohlaví. Určitou souvislost k vysoké míře SDŽ můžeme pozorovat z kvality francouzského zdravotnictví.

Francouzské zdravotnictví je založeno na systému národního zdravotního pojištění, které je univerzální a povinné pro všechny. Je vázané na zaměstnanost a je financované zaměstnavateli a zaměstnanci.

3.3.2 Zdravotnická zařízení

Ve Francii existuje princip svobodné volby zdravotní péče. Ten spočívá ve volném rozhodování pacienta navštívit specialistu nebo nemocnici bez doporučení svého lékaře.

3.3.2.1 Ambulantní péče

Ambulantní péči poskytují lékaři nejčastěji v soukromých ambulancích a je hrazena na výkonové bázi.

V rámci národního systému sociálního zabezpečení si lékaři mohou vybrat ze dvou schémat organizování. Buď souhlasí s vyjednanou formou úhrad od zdravotní pojišťovny (potom získají pro sebe zdarma penzijní program a osobní zdravotní pojištění a pro pacienty garanci úhrad nákladů ve smluvní výši zaručenou zdravotní pojišťovnou), nebo si stanoví vlastní schéma plateb (ovšem nemají žádné výhody). V tomto případě navíc hrozí nebezpečí nedostatečných úhrad od zdravotních pojišťoven s následnou vyšší spoluúčastí pacientů.

Praktičtí lékaři mají možnost neúčastnit se národního systému sociálního zabezpečení, tuto variantu si zvolila pouze 3% lékařů. Za jejich služby však pacient platí náklady v plné výši.

3.3.2 Lůžková péče

Nemocniční péči poskytují soukromé i veřejné nemocnice. Okolo 65% lůžek je ve veřejných nemocnicích. Stát si tak ponechává kontrolu nad fungováním nemocnic. Soukromé ziskové nemocnice tvoří okolo 20% celkové lůžkové kapacity. Poskytují především volitelnou a krátkodobou hospitalizaci. Tato péče je částečně hrazena národním systémem sociálního zabezpečení, a to na základě výkonového mechanismu. V soukromých neziskových nemocnicích je zbylých 15% celkové lůžkové kapacity. Úhrady za lůžkovou péči jsou financovány nejčastěji na denní bázi.²⁰

3.3.3 Financování zdravotní péče

K největším zdrojům financování zdravotní péče ve Francii především patří:

- národní zdravotní pojištění
- spoluúčast a přímé platby občanů
- komerční zdravotní pojištění
- veřejné rozpočty



Graf číslo 3.5

Zdroj: The European Observatory on Health Care Systems, FRANCE 2002

²⁰ Health for all DATABASE – WHO Regional Office Europe

3.3.3.1 Zdravotní pojištění

Výkonnou institucí pro správu systému povinného zdravotního pojištění je Národní zdravotní pojišťovna (CNAMTS), která má ve Francii 16 regionálních a 128 primárních pokladen. Její pojištěnci představují okolo 80% populace. Vedle CNAMTS jsou pro ostatní skupiny osob zřízeny specializované pojišťovny, například zdravotní pojišťovna pro zemědělce, pracovníky v zemědělství a jejich rodinné příslušníky (CCMSA) nebo zdravotní pojišťovna pro nezávislé profesionály (CANAM).

Poskytnutou zdravotní péči hradí pacienti přímo lékaři a teprve poté jim je tato platba proplacena jejich zdravotní pojišťovnou. Obvykle však není proplácena v celé výši. Pojišťovny si ponechávají část této úhrady jako spoluúčast (ticket modérateur). Zákon vymezuje kategorie onemocnění a skupiny obyvatel, které jsou vyjmuty z povinnosti platit spoluúčast (např. osoby se závažným onemocněním).

Výše příspěvku na zdravotní pojištění u zaměstnanců se odvozuje od výše jejich platu. Zaměstnanec odvádí 6,8 % a zaměstnavatel 13,6 % z hrubého příjmu zaměstnance. Pokud osoba nedosahuje příjmu 6.677 eur ročně, nemá povinnost platit pojistné.

Zdravotní pojišťovna proplácí pouze 70 % vynaložených nákladů. Zbytek je brán jako spoluúčast pacienta.

3.3.3.2 Spoluúčast a přímé platby

Náklady na každý zdravotnický výkon jsou hrazeny ze zdravotního pojištění (70%) a pacientem (30%).

V roce 2003 podle všeobecné dohody byla oficiální cena za základní vyšetření 20 eur, za důkladné vyšetření 26 eur, za vyšetření u specialisty od 23 do 25 eur (podle odbornosti lékaře). Zubní péči poskytují hlavně soukromí zubní lékaři, pacienti platí 70 % z ceny ošetření.

Pacienti platí přímo i v lékárnách za předepsané léky a teprve následně je jim tato částka zdravotní pojišťovnou částečně proplacena. Na léky se vztahují spoluplatby odvozené od výše nákladů daného přípravku. U základních léků je to okolo 35%, u komfortních léků až 70%.

Za pobyt ve veřejné nemocnici platí pacient paušální sazbu, která není hrazena z povinného zdravotního pojištění, ve výši 10,67 eur za den. Ostatní náklady na poskytnutou zdravotní péči hradí pojišťovna ve výši 80 %. Zbytek opět doplácí pacient.

Pro určité skupiny osob a osobám s potřebou sociální pomoci je zajištěna zdravotní péče bezplatně nebo s nižší spoluúčastí na základě zákonem stanovených podmínek.

3.3.3.3 Komerční zdravotní pojištění

Francouzské zdravotnictví patří k systémům s vysokou spoluúčastí pacienta. K pokrytí spoluúčasti požadované veřejným pojišťovacím systémem uzavírá přes 80% populace doplňkové zdravotní pojištění u některé z celé řady soukromých pojišťovacích institucí. V případě, že pacient má sjednáno doplňkové zdravotní pojištění, ve většině případů jsou náklady kryty v celé výši. Výše příspěvku doplňkového zdravotního pojištění je ve většině případech závislá na výši platu a činí kolem 2,5 % z hrubé mzdy.²¹

²¹ The European Observatory on Health Care Systems, FRANCE 2002

4 Srovnání systémů zdravotní péče v ČR a ve vybraných zemích

K hodnocení zdravotních systémů můžeme přistupovat různě. Ve světě se uplatňuje několik přístupů (přístup k financování, struktuře a organizaci, přístup národních účtů, hodnocení podle výsledné kvality zdravotní péče, atd.).

4.1 Národní účty zdraví

Sestavování národních účtů zdraví se stává normou ve většině vyspělých zemích a jedním ze základních dokumentů, který přispívá k hodnocení makroekonomické situace zdravotnictví a zdravotní politiky. Ve světě se dnes uplatňuje několik přístupů k národním účtům zdraví.

4.1.1 Harvardský model

Model vychází z metodiky Správy financování zdravotní péče v USA. (tzv. model HFCA – Health Care Financing Administration) a klade důraz na výdajovou oblast zdravotnictví. Velká pozornost je věnována vztahům objemu zdravotní péče, jeho cenám a může být doplněn důrazem na kvalitu výsledné produkce. Uplatňuje se v USA, zemích Latinské Ameriky, Holandsku, Francii, Německu a Norsku.

4.1.2 Národní účty zdraví podle metodiky WHO

Národní účty zdraví jsou souborem základních zdravotnických parametrů pro všech 191 členských zemí WHO. Jedná se o metodiku, která je schopna porovnávat potřebné údaje ze všech zemí. To ale představuje řadu problémů. Na jedné straně model umožňuje mezinárodní srovnání 191 zemí, na druhé straně je velmi obtížné získat potřebné údaje. Pro 2/3 členských zemí jsou údaje čerpány ze speciálních mezinárodních publikací, pro zbývající země se stanovují odhady za pomoci standardních odhadovacích technik. Model klade největší důraz na oblast financování, menší potom na oblast produkce zdravotní péče.

4.1.3 Systém zdravotních účtů

Tento model je vypracovaný podle metodiky OECD, který se pokouší o komplexní přístup. Je orientován na tři základní soubory otázek týkající se zdrojů financování, poskytovatelů a kvality zdravotní péče. Všechny tři soubory jsou zastoupeny rovnoměrně (stejný důraz).²²

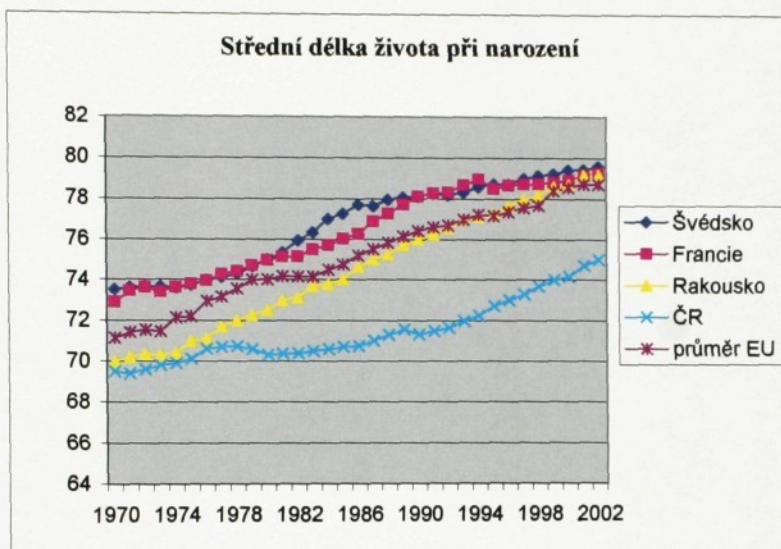
4.2 Srovnání České republiky a vybraných zemí

4.2.1 Srovnání z hlediska kvality zdravotní péče

Ke srovnání kvality zdravotní péče slouží především demografické statistiky (úmrtnost, střední délka života při narození apod.) a lékařské statistiky (informace o četnosti výskytu určitých nemocí nebo lékařských zákroků).

Ve vyspělých zemích se průměrná délka života stále zvyšuje, což svým způsobem odráží kvalitu poskytované péče. Moderní zařízení a technologie úspěšně prodlužují život. Otázkou zůstává, zda je tento vývoj z hlediska přírody žádoucí. Stoupající střední délka života je patrná z grafu číslo 4.1, který vyjadřuje hodnoty od roku 1970 po současnost (průměrný údaj za muže a ženy).

²² OECD Health Policy Studies IV, Reform of Health Care Systems



Graf číslo 4.1

Zdroj: OECD Health Data 2002

4.2.2 Výdaje na zdravotní péči

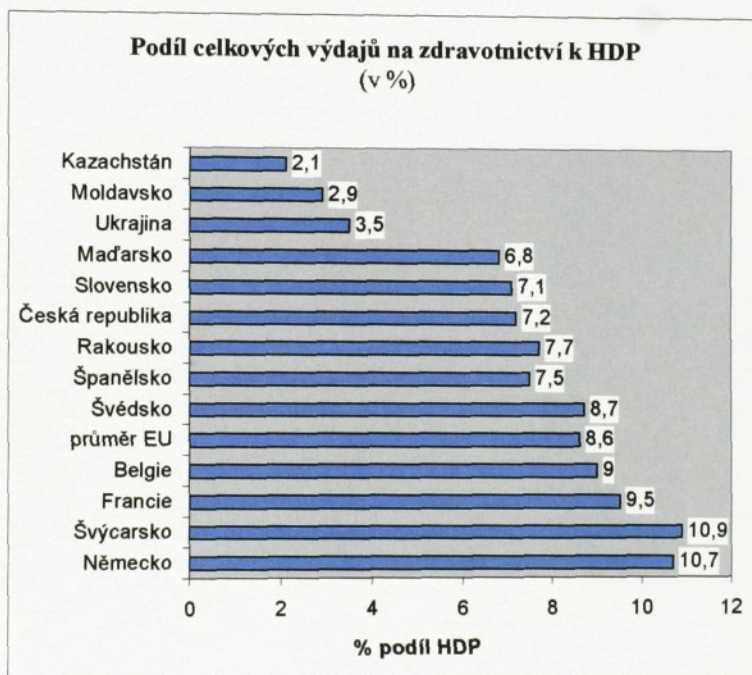
Celkem úspěšným hodnocením zdravotnických služeb je relace výdajů vyjádřená v různých modifikacích. Jedná se například o:

- celkové náklady na zdravotnictví jako procento z HDP
- výdaje na jednotlivé druhy zdravotní péče jako procento z HDP
- výdaje na zdravotnictví na osobu
- podíl veřejných a soukromých zdrojů na financování zdravotní péče

I když se jedná v každé zemi o jiné částky, má tento údaj podle OECD svoji vyjadřovací schopnost o přísunu zdrojů do zdravotnictví. Ve vyspělých zemích by se podle OECD měly výdaje na zdravotnictví pohybovat okolo 10% z HDP. Tento ukazatel může být ovšem velmi zavádějící. Ceny v soukromém zdravotnictví mohou až

několikanásobně převýšit ceny ve veřejném systému. V tomto případě pak ukazatel může být velmi rozdílný a zavádějící.

V grafu číslo 4.2 jsou zachyceny jedny z největších podílů celkových výdajů na zdravotnictví k HDP a jedny z nejmenších podílů členů WHO (včetně vybraných zemí).



Graf číslo 4.2

Zdroj: OECD Health Data 2002

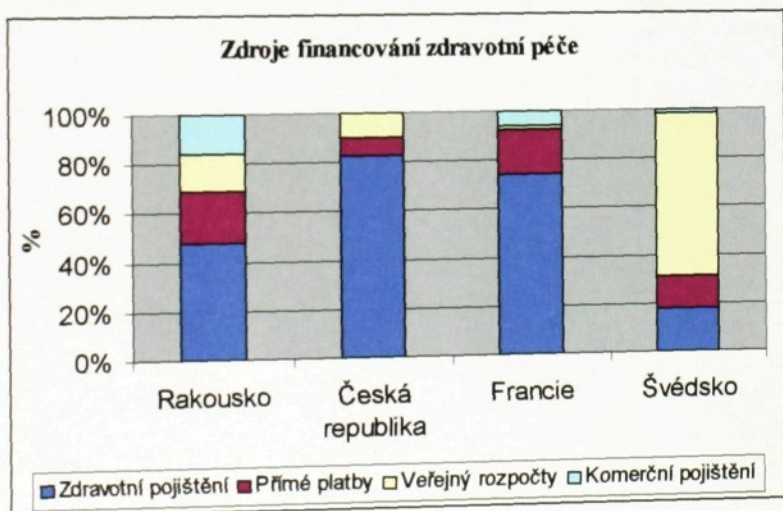
4.2.3 Různé přístupy k financování zdravotní péče

Zdravotnické systémy, které jsou popisovány, se ve většině zemí skládají podle způsobů financování převážně z veřejného systému a z komerčního systému. Veřejný systém zdravotní péče je financován převážně z veřejných zdravotních pojišťoven a ze

státního rozpočtu (popř. dalších veřejných rozpočtů), v menší míře pak z peněžní účasti pacienta (např. za léky, zdravotní pomůcky). Je univerzální, tzn., že kryje celý prostor poskytování zdravotní péče a žádný občan z něho není vyloučen. Vedle tohoto veřejného systému se jako doplňková forma vyskytuje komerční systém na bázi poptávky a nabídky mezi pojištěnci a komerčními zdravotními pojišťovnami. V malé míře se vyskytuje přímý vztah mezi pacientem a poskytovatelem služeb, a to přímou plnou úhradou poskytnutých služeb.

V současné době existují právě již dříve zmíněné tři systémy. Bismarkův zaměstnanecký systém, Beveridgeův univerzální systém a americký liberální (pluralitní) systém. Žádný z nich není v reálné hospodářské politice zcela čistý, v každém jsou obsaženy varianty a kombinace z jednotlivých systémů.

V následujícím grafu a tabulce jsou zobrazeny základní průměrné ukazatele financování podle systému zdravotnictví (pojistné se rozumí veřejnoprávní i komerční).



Graf číslo 4.3

Ukazatelé	Beveridgův systém	Bismarkův systém	Pluralitní systém
Výdaje v % HDP	6% až 8,5%	7% až 10%	14%
Daně	80% až 90%	15% až 20%	20%
Pojistné	5% až 10%	70%	40%
Účast pacienta	5% až 10%	10% až 15%	40%

tabulka číslo 4.1

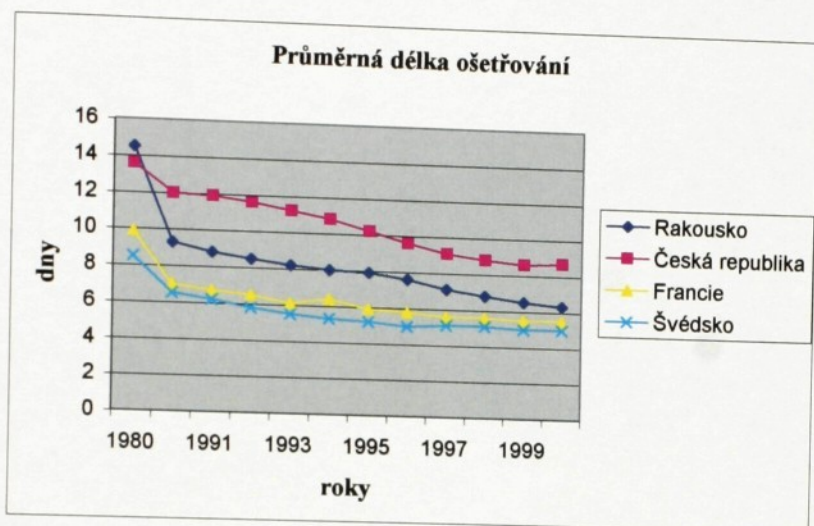
Zdroj: Koncepce střednědobé resortní politiky Ministerstva zdravotnictví

4.2.4 Další možné přístupy ke srovnání zdravotních systémů

Mezi další možné přístupy, které mají vliv na výdaje ve zdravotnictví patří například:

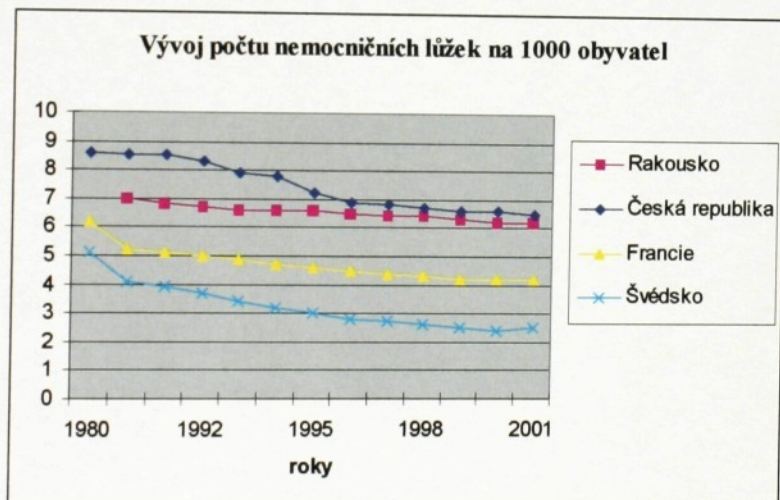
- počet lékařského personálu, podíl jednotlivých složek na populaci (podíl aktivně pracujících lékařů na celku populace, podíl aktivně pracujících stomatologů, počet diplomovaných sester, atd.)
- počet nemocničních lůžek a jejich podíl na 1000 obyvatel
- počet hospitalizací v nemocnicích a průměrná ošetrovací doba

Z následujících grafů můžeme pozorovat, že efektivita zdravotní péče se stále zvyšuje. Snižuje se průměrná délka ošetřování a současně dochází k poklesu počtu nemocničních lůžek. Tento stav je ovlivněn z určité části technickým a vědeckým pokrokem a zároveň snahou poskytovatelů o efektivnější využití výdajů (při zachování stejně kvalitní péče).



Graf číslo 4.4

Zdroj: OECD Health Data 2002



Graf číslo 4.5

Zdroj: OECD Health Data 2002

5 Vývoj financování a systém zdravotní péče v budoucnosti

Oblastí financování a úhrad zdravotní péče se dlouhodobě zabývá řada mezinárodních organizací. Jsou to především WHO a OECD, ale také i některé soukromé společnosti, jako např. americká konzultační firma NBER (National Bureau of Economic Research).

5.1 Mezinárodní programy a studie

5.1.1 Program WHO Zdraví 21

Na základě Ljubljanské charty, která byla přijata všemi členskými státy WHO v roce 1996, vznikl program Zdraví 21, který se týká reforem zdravotní péče. Podle tohoto programu systém zdravotní péče musí:²³

- respektovat princip lidské důstojnosti, spravedlnosti, solidarity a profesionální etiky
- mít jasný cíl týkající se přínosu pro zdraví obyvatelstva
- vnímat potřeby obyvatelstva
- soustředit pozornost na trvalé zlepšování kvality zdravotní péče
- zajistit finanční prostředky, které umožní všeobecnou a trvale udržitelnou dostupnost zdravotní péče

Reformy zdravotní péče jsou zaměřeny spíše na posílení tržních mechanismů ve zdravotnictví. Slouží především k ovlivnění poptávky po zdravotní péči (zdravotní připojištění, spoluplatby atd.).

²³ Němec, J: České zdravotnictví v uplynulých devíti letech

5.1.1.1 Posílení tržních mechanismů ve zdravotnictví

Jedním z klíčových aspektů reformy zdravotní péče v evropských zemích je právě žádoucí posílení tržních mechanismů a podnikatelského jednání. Pozornost tvůrců zdravotní politiky se v řadě zemí obrací na plátce zdravotní péče, kteří by měli být ekonomicky motivovanými nákupčími zdravotní péče.

Vytvoření konkurenčního prostředí mezi plátcí zdravotní péče lze dosáhnout pomocí čtyř hlavních mechanismů:

- svobodný výběr zdravotní pojišťovny a lékaře spotřebitelem
- flexibilní sazba pojistného a doplňkové programy zajišťující kvalitní zdravotní péči
- zlepšení procesu uzavírání smluv s poskytovateli
- sdílení rizika

V konkurenčním prostředí by pojišťovny měly nabízet pojištěncům nové produkty, programy zajišťující kvalitní zdravotní péči a rozlišovat pojistné podle rizikových skupin. Rozdíl v sazbě pojistného má velkou tradici v systémech soukromého zdravotního pojištění, zatímco v systémech sociálního pojištění je spíše výjimkou.

Dnešní zkušenosti ukazují, že je důležité soustředit se i na stranu nabídky (poskytování zdravotní péče). Zdravotní připojištění často narušuje princip spravedlnosti. Rozdělení pojištěnců do rizikových skupin vede právě ze strany pojišťoven v oblasti komerčního připojištění k výběru nejméně rizikových pojištěnců a ke snaze nepojistit ty rizikové (neúměrně vysoké pojistné). Musí proto být kladen důraz na možnou selekci „zdravých“ (nerizikových) a „nemocných“ pojištěnců, aby nevznikaly konflikty mezi krátkodobými zájmy plátců s dlouhodobými cíli zdravotní politiky.²⁴

²⁴ Vepřek J. a spol.: Koncepce reformy systému zdravotní péče v ČR po roce 2000

Zavádění a zesílení konkurence je žádoucí. Přináší určité zlepšení v oblasti kvality a efektivity. Je třeba ovšem najít vhodnou rovnováhu mezi tržními prvky a principem solidarity, aby byly maximalizovány pozitivní a minimalizovány negativní vlivy obou těchto přístupů.

5.1.2 Studie OECD

Studie OECD „*Reforma zdravotní péče: Kontrola výdajů a zvyšování efektivnosti*“ se zabývá faktory, které mají přímý vliv na reformy systémů zdravotní péče.

Cílem reformy by měla být spravedlnost (ekvita), mikroekonomická efektivita (maximalizace kvality péče a minimalizace nákladů) a makroekonomická kontrola nákladů (přiměřený podíl HDP). Jednotlivé země kladou cílům odlišnou váhu, především z důvodu historického vývoje a odlišné hospodářské politiky. Jednotlivé cíle musí být ovšem v určité rovnováze. Zdůraznění jednoho cíle může znamenat snížení úspěšnosti ostatních, a tím i celého zdravotnictví.

5.2 Reformy ve zdravotnictví

Zdravotnictví bývalých komunistických zemí bylo na konci osmdesátých let uspořádáno podle tzv. semashkova modelu. Většina států východní Evropy (Maďarsko, Polsko, Česká republika, atd.) měly systém v mnoha směrech obdobný. Podoba se lišila pouze v závislosti na ekonomické síle státu, jeho historii a možnostech. Zdravotnictví oficiálně nabízelo bezplatnou zdravotní péči na nejvyšší odborné úrovni pro všechny občany. Systém budoval mnoho nepotřebných nemocničních lůžek, technologicky zaostával a neexistoval formální trh mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče. Při pádu komunismu byla nutnost převratné reformy celého sektoru. Začala snaha převzít model zdravotnictví ze států EU bez velkých úprav a změn.

Zdravotnictví má v jednotlivých zemích své specifické individuální rysy. Ty se formulovaly po staletí. Každý systém má historicky vytvořené vnitřní vazby, regulace a mnoho obecně respektovaných pravidel, které nejsou ani právně upraveny. Je velmi

obtížné úplně a pravdivě dokonale popsat fungování kteréhokoli zdravotního systému, natož pak vytvořit zcela stejný model. Navíc i v současné době zdravotní systémy v EU stále ještě hledají svoji budoucí podobu, která by dlouhodobě zajistila dynamickou rovnováhu mezi náklady a zdroji a současně co nejlépe uspokojovala přání a potřeby obyvatel států EU.

Nedůvěra ve schopnosti státu efektivně řídit zdravotnictví, vedla v zemích východní Evropy k rozhodnutí oddělit financování zdravotnictví od státu a zavést systém sociálního pojištění bismarkovského typu. Většina zemí toto rozhodnutí s různou časovou prodlevou realizovala. V České republice, Slovenské republice a v Litvě vzniklo více zdravotních fondů (pojišťoven) operujících na jednom teritoriu. V Maďarsku a Slovinsku vznikla jedna sociální pojišťovna, v Polsku a Estonsku regionálně působící zdravotní fondy (pojišťovny). Změny, které probíhají ve zdravotních systémech rozhodně nejsou konečné. Problémy, které proces změn provázejí, jsou přirozené a vyplývají z jednotlivých reforem (např. zdravotní fondy mají v současnosti jen malou možnost ovlivnit své příjmy a kontrolovat výdaje na zdravotní služby – výši pojistného určuje stát a výdaje přímo ovlivnit také nemohou).

Při tvorbě zdravotní politiky musíme respektovat některé obecné zásady, které platí pro fungování lidské společnosti. Zdravotnictví je složitý systém, který je vystaven působení mnoha vnějších vlivů. Vzájemně se střetávají mnohdy velmi protichůdné zájmy a cíle.

5.2.1 Návrhy na reformu českého zdravotnictví

V České republice vznikla v posledních letech řada koncepčních materiálů. Jedním z prvních byl materiál s názvem „Návrh nového systému zdravotní péče“. Návrh obsahoval vybudování systému veřejného zdravotního pojištění, který by zachovával solidaritu, pacienty motivoval k zájmu o vlastní zdraví a poskytovatele ke kvalitní a efektivní činnosti. Dokument vytvořil komplexní pohled na zdraví a zdravotnictví. Podle jeho základu se začalo formovat zdravotnictví v ČR.

V posledních dvou letech vznikla v ČR řada návrhů k reformě zdravotnictví. Všechny počítají se zachováním dosavadního solidárního charakteru financování veřejného zdravotního pojištění.

5.2.1.1 Změny v oblasti pojištění

Základní návrhy kladou větší důraz na zodpovědnost. I ve zdravotnictví platí jedno ze základních pravidel ekonomiky, že zdroje jsou efektivně alokovány jen tehdy, pokud každý, kdo se na jejich alokaci podílí, je zainteresovaný na výsledku svých rozhodnutí. Zdravotnictví bude fungovat efektivně jenom tehdy, pokud občané, pojišťovny i poskytovatelé ponesou svůj cíl odpovědnosti. Ve zdravotnictví států EU se individuální odpovědnost dosud uplatňovala zejména v oblasti soukromého pojištění. Veřejné zdravotní pojištění zatím mnoho prostoru pro motivaci k odpovědnému chování nenabízí.²⁵

Stávající forma financování má již během doby fungování zakořeněné tradice, proto by se měla zachovat, v některých bodech pouze upravit a rozšířit možnosti.

Jedním z možných přístupů zlepšení efektivnosti a odpovědnosti je rozdělení dosavadního pojistného na dvě části:

- solidární (základní) část
- individuální (smluvní) část

Solidární část by byla pro všechny pojištěnce stejná (určité % z hrubé mzdy), výše individuální části pojistného by byla dána cenou za zvolený produkt (nikoliv individuálním rizikem pojištěnce). Státu by mělo být umožněno zasahovat v otázce o výši základního pojistného, o hranicích pro smluvní pojistné a o poměru mezi oběma částkami. Vybrané pojistné by podléhalo přerozdělování (ale pouze solidární část → 100% přerozdělení). Ze základního pojistného by měla být hrazená nutná péče (hospitalizace, zákonná prevence, katastrofická onemocnění včetně jejich ambulantních léčení, základní léčiva). Ze smluvního pojistného by mohla být hrazena například běžná ambulantní péče (s různou

²⁵ Forejtová L.: Financování zdravotní péče v České republice, Sborník číslo 2/2001

mírou spoluúčasti), lázeňská péče a ostatní léčiva. Zdravotní péče a služby, které by nebyly kryté pojištěním (základním nebo individuálním), by byly hrazeny přímou platbou pacienta.

Postavení zdravotních pojišťoven musí být rovnoprávné s možností různorodé formy vlastnictví. Udělování licencí na poskytování veřejného zdravotního pojištění musí být nárokové (na základě splnění předem stanovených podmínek).

5.2.1.2 Změny v oblasti úhrad

Dalšími důležitými kroky reformy je vytvoření jasných pravidel pro finanční účast státu (resp. krajů) na investicích, zavedení poplatku za vydaný recept a zanechání spoluúčasti na úhradě léčiv. U praktických lékařů by měla být uplatňována spoluúcast pacienta podle zvoleného pojistného plánu. Občan by měl být motivován k péči o své zdraví a informován o nákladech zdravotní péče.²⁶

Změny v systému úhrad se týkají ambulantní péče i nemocniční péče. K úhradám praktickým lékařům by mohla být používána kombinovaná kapitačně - výkonová platba, ambulantní specializovaná péče by měla být hrazena výkonovým úhradovým mechanismem a měla by být regulována podle typu individuálního pojistného produktu. Převažující formou poskytování nemocniční péče by měla zůstat veřejně prospěšná organizace. Na druhé straně ale i ziskové podnikatelské subjekty by měly mít možnost vstoupit na trh za stejných podmínek. Pro úhrady za nemocniční péči by mohl sloužit systém DRG. Mimořádně nákladná péče by měla být vyňata z péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Prostředky na úhradu této péče by spravoval určitý fond, do kterého by přispívaly jednotlivé zdravotní pojišťovny poměrnou částí pojistného.

²⁶ Návrh základních tezí koncepce Unie svobody k reformě zdravotnictví

5.2.1.3 Změny v lůžkové péči

Nemocnice jsou významnou součástí systému zdravotní péče a jsou středem reformních procesů. Jejich význam je dán několika skutečnostmi:

- jsou cílem značné části finančních prostředků určených na zdravotní péči
- jsou místem, kde poskytují své služby specialisté a významně přispívají ke zdraví populace
- musí rychle reagovat na změny ve skladbě nemocí a na vývoj lékařských znalostí a technologií

Nemocnici můžeme definovat jako organizaci, která poskytuje lůžka, jídlo a nepřetržitou péči svým pacientům, kteří zde podstupují léčbu zajišťovanou kvalifikovanými lékaři. Poskytováním těchto služeb nemocnice usiluje o navrácení zdraví pacientům.²⁷

V západoevropských zemích sílí tlak na zkrácení doby pobytu v nemocnici a na zvýšení využití nemocničních lůžek. Zkracování doby pobytu je kompenzováno rostoucím počtem hospitalizovaných. Výdaje na nemocnice i nadále tvoří nejvýznamnější podíl celkových výdajů na zdravotnictví.

Možným řešením, jak zredukovat výdaje na lůžkovou péči v ČR je zavedení tzv. regionálního zdravotnictví. Jedná se o redukci počtu nemocnic nebo lůžek nemocniční péče. V jednotlivých okresech by měla být pouze jedna nemocnice. Zrušením částí nebo celých nemocnic a koncentrací péče by bylo možné ročně ušetřit několik miliard korun. Samozřejmě za předpokladu, že pacientům se zaručí stejně kvalitní zdravotní péče i po tomto opatření. Méně nemocnic znamená méně provozních a investičních nákladů, méně technicko - hospodářských pracovníků, což komplexně snižuje náklady, které mohou být použity jinde (například investice, zvýšení platů zdravotnickému personálu).

²⁷ Daněk A., Glet J.: Zdravotní pojištění, Linde nakladatelství Praha 2003

Počet nemocnic a jejich kapacity jsou klíčovými problémy, bez jejich vyřešení nelze hospodaření nemocnic uvést do řádného stavu. Celková zadluženost se pohybuje okolo 4 miliard korun. Při stejném objemu finančních prostředků nelze dlouhodobě současné kapacity provozovat.

Částečná reforma v systému zdravotnictví v ČR je nutná. Cílem ovšem není napláňovat dokonalé zdravotnictví, ale určit základní pravidla, která budou jeho vývoj regulovat.

Závěr

Na problematiku financování a úhrad zdravotní péče lze nahlížet mnoha způsoby. Velmi zajímavý pohled nám dávají různé teoretické koncepty z oblasti ekonomie, veřejné politiky a sociologie. Neméně důležité jsou ovšem i mezinárodní srovnávací analýzy, které nám umožňují porozumět fungování systému v jiných zemích. Problémy, které jsou nuceni řešit a jimi používané metody nám mohou pomoci při tvorbě koncepce v oblasti financování a úhrad zdravotní péče.

Stávající systémy zdravotní politiky se stále vyvíjejí, vznikají nové koncepční návrhy. Pro celý systém zdravotnictví přichází řada doporučení od různých mezinárodních organizací.

Zdravotnictví se ve většině vyspělých zemí skládá podle způsobu financování převážně z veřejného systému, který je doplněn komerčním pojištěním. Všechny tyto systémy jsou univerzální, tzn., že kryjí celý prostor poskytování zdravotní péče a žádný občan z něho není vyloučen.

Podle mezinárodních srovnávacích ukazatelů je z popsanych států nejefektivnější francouzské zdravotnictví. Česká republika je uváděna jako pokračující stát s transformací zdravotního systému podle bismarkového typu. Dnešní situace veřejných zdravotních pojišťoven, krach několika z nich v průběhu 90. let a velká zadluženost nemocnic nesvědčí o racionalitě a efektivitě způsobu financování zdravotní péče.

Efektivní systém fungování může vzniknout jen tehdy, vzniknou-li odpovídající podmínky, nástroje a kontrolní mechanismy. Zcela jistě záleží i na tvůrci zdravotní politiky. Politická moc se snaží prosazovat svoje záměry a systémová doporučení. V každém případě by mělo pro zajištění stability systému dojít ke koncernu napříč celým politickým spektrem.

Seznam použité literatury

1. The European Observatory on Health Care Systems, AUSTRIA 2002
2. The European Observatory on Health Care Systems, SWEDEN 2002
3. The European Observatory on Health Care Systems, CZECH REPUBLIC 2002
4. The European Observatory on Health Care Systems, FRANCE 2002
5. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
6. Prof. Ing. Jaroslav Vostatek, CSc.: Sociální a soukromé pojištění v ČR, CODEX Bohemia2000
7. Daněk, A.: Zdravotní pojištění, Linde Praha 2003
8. Fuchs, V. R.: The Future of Health Economics, J. Health Economics 2000
9. Doc. Ing. Ducháčková Eva, CSc.: Principy pojištění a pojišťovnictví
10. Forejtová L.: Financování zdravotní péče v České republice, Sborník číslo 2/2001
11. Vepřek J. a spol.: Koncepce reformy systému zdravotní péče v ČR po roce 2000
12. Peková J., Pilný J.: Veřejná správa a finance veřejného sektoru, ASPI Publishing, Praha 2002
13. Stolínová J., Mach J.: Právní odpovědnost v medicíně, Galén, Praha 1998
14. World Development Report 1993, Investing in Health, Oxford 1993
15. Němec, J: České zdravotnictví v uplynulých devíti letech, Ministerstvo zdravotnictví