

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Bc. Eva VAVŘINOVÁ

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA EKONOMICKO-SPRÁVNÍ

REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ V ČR

Bc. Eva Vavřinová

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2010

Univerzita Pardubice
Fakulta ekonomicko-správní
Ústav ekonomiky a managementu
Akademický rok: **2009/2010**

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Eva VAVŘINOVÁ**

Studijní program: **N6202 Hospodářská politika a správa**

Studijní obor: **Ekonomika veřejného sektoru**

Název tématu: **Reforma zdravotnictví v ČR**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Definování cíle práce.

Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii.

Zdravotnické systémy ve světě.

Veřejné zdravotní pojištění v ČR.

Vývoj reformy v ČR.

Celkový závěr se shrnutím a nástin možného vývoje.

Rozsah grafických prací: -
Rozsah pracovní zprávy: cca 50 stran
Forma zpracování diplomové práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

Malý, I.: Problém optimální alokace zdrojů ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno 1998. 114 s. ISBN80-210-2006-7

Gladkij, I.: Management ve zdravotnictví, Brno, Computer press 2003. 380 s. ISBN80-7226-996-8

Kuvíková, Murgaš, Němec :Ekonomía zdravotníctva. 1. vyd. Banská Bystrica, Phoenix 1995. 110 s. ISBN80-900563-1-8

Feldstein, P.J.:Health economics. 5th ed. Clifton Park, Delmar 2002. 627 s. ISBN0-7668-0699-5

Rektořík, J.:Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru, Praha: Ekopress, 2007. 309 s. ISBN978-80-86929-29-3

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Karel Šatera, Ph.D., MBA**
Ústav ekonomiky a managementu

Datum zadání diplomové práce: **18. června 2009**

Termín odevzdání diplomové práce: **30. dubna 2010**

loc. Ing. et Ing. Renáta Myšková, Ph.D.
děkanka

L.S.

Ing. Marcela Kožená, Ph.D.
vedoucí ústavu

V Pardubicích dne 18. června 2009

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 8.4.2010

Eva Vavřinová

ANOTACE:

Diplomová práce je zaměřena na vývoj zdravotnické reformy v ČR. V teoretické části je definováno zdraví a jsou zde nastíněny různé typy zdravotnických systémů ve světě a veřejného zdravotního pojištění v České republice. Praktická část se zabývá realizovanými i dosud nerealizovanými návrhy na reformu zdravotnictví v České republice. Hlavní pozornost je zde věnována regulačním poplatkům a doplatkům, jejich vývoji a změnám, kterými prošly od jejich zavedení a zhodnocení jejich přínosu pro systém zdravotní péče. Závěr obsahuje nástin možného vývoje českého zdravotnictví v dalších letech.

KLÍČOVÁ SLOVA:

Ekonomika zdravotní péče, reforma zdravotnictví, zdravotní péče, zdravotní pojišťovna, pojištěnec, model národní zdravotní služby, tržní model, regulační poplatky, zdravotně pojistný plán, univerzitní nemocnice, zdravotní záchranná služba, úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, specifické zdravotní služby, platba za výsledky, financování zdravotní péče, veřejné zdravotní pojištění, centrum doplatků a poplatků.

TITLE: The Health Care Reform in Czech republic

ANNOTATION:

The diploma work is intent on development of health care reform. There is defined health in the theoretic part and there are also outlined different types of health care systems and general health insurance in the Czech Republic. In the practical part are named realized and non realized proposals of health care reform in the Czech Republic. The main attention is devoted to the regulation charges and supplementaries to their development and changes which there have been done from their establishment. There is also evaluated contribution of regulation charges to the system of health care. The finish contains possible development of Czech health care in the next years.

KEY WORDS:

Health care economic, health care reform, health care, health insurance company, insured, model of national health service, market model, regulation charges, the schedule of the health insurance, university hospital, health rescue service, the office for supervision the health insurance companies, the specific health services, payment for performance, finance of health care, general health insurance, centre of supplementaries and charges.

OBSAH:

Úvod	8
1. Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii	10
1.1 Definice zdraví	10
1.2 Zdravotnictví a tržní mechanismus	10
1.3 Ekonomika zdraví	12
1.4 Použitelnost ekonomie ke studiu zdravotní péče	14
2. Zdravotnické systémy ve světě	16
2.1 Model s více zdravotními pojišťovnami	16
2.2 Model s jednou zdravotní pojišťovnou	20
2.3 Tržní model USA	21
2.4 Decentralizované systémy severských zemí	23
3. Veřejné zdravotní pojištění v ČR	26
3.1 Veřejné zdravotní pojištění	26
3.2 Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění	32
3.3 Zdravotní pojišťovny	33
4. Vývoj reformy v ČR	35
4.1 Zákon o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami	35
4.2 Zákon o zdravotních pojišťovnách	37
4.3 Zákon o univerzitních nemocnicích	40
4.4 Zákon o specifických zdravotních službách	40
4.5 Zákon o zdravotnické záchranné službě	42
4.6 Zákon o veřejném zdravotním pojištění – regulační poplatky	44
5. Závěr se shrnutím a nástin možného vývoje	60
6. Literatura	64
7. Seznam tabulek a grafů	66
8. Seznam příloh	67

Úvod – definování cíle práce:

Tématem mé diplomové práce je „Reforma zdravotnictví v ČR“. Výběr tématu nebyl náhodný. Jsem zaměstnancem Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR od roku 1994, a proto se mě toto téma dotýká nejenom jako občana, ale i díky mému povolání. Reforma zdravotnictví v ČR je v současné době velmi diskutované téma a já bych se ve své diplomové práci chtěla pokusit popsat změny, které nastaly v českém zdravotním systému.

Cílem mé diplomové práce je zanalyzovat zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii, popsat různé systémy zdravotní péče ve světě, ale především zanalyzovat situaci, která se týká reformy zdravotnictví v České republice, a zaměřím se především na regulační poplatky. Také se pokusím shrnout a nastínit možný budoucí vývoj našeho zdravotního systému.

Reforma zdravotnictví je palčivou otázkou, se kterou se musí potýkat politici napříč celým politickým spektrem, ale především se dotýká všech obyvatel naší země. Každý obyvatel chce mít po splnění povinností ke státu a ke zdravotním pojišťovnám zajištěnou dostupnou, ale především kvalitní zdravotní péči pro sebe a své blízké.¹

V současné době prochází naše země největšími změnami v oblasti zdravotní péče. Kolem reformních kroků je vedeno mnoho diskusí. Problém s financováním zdravotnictví však není jen problémem naší republiky, ale dotýká se všech států Evropské unie a současně také států ležících mimo Evropskou unii. Hlavním představitelem výše uvedených mimoevropských států jsou Spojené státy americké. Ve své diplomové práci bych se chtěla také zaměřit na reformy, které probíhají nebo již proběhly ve světě, případně na reformy, které jsou v současnosti připravovány. Na základě prostudovaných materiálů bych chtěla postihnout různé systémy zdravotního pojištění ve světě a porovnat je se systémem zdravotní péče v České republice.

Mým hlavním tématem bude veřejné zdravotní pojištění v České republice, popsání jeho hlavních principů, ale především změny, které se v našem zdravotním systému udály v poslední době. Chtěla bych popsat reformu zdravotnictví od návrhů, které byly na téma

¹ České zdravotnictví v roce 2050: Modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR, pracovní tým projektu Kulatý stůl, Praha, leden 2009

zdravotnické reformy vyřčeny, až po již uskutečněné reformní kroky. Dále bych chtěla pohovořit o návrzích, které zatím ještě uskutečněny nebyly, ale jsou stále v jednání.

Tématem, které je nejvíce diskutované, jsou regulační poplatky. Proto bude mým cílem věnovat se tomuto tématu trochu obšírněji. Mojí snahou bude podchytit všechny změny, které se udály od zavedení regulačních poplatků v lednu roku 2008 do konce roku 2009, případně uvést připravované změny, které by měly nastat ve vybírání regulačních poplatků v roce 2010.

1. Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii

Zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii je popsáno v mnoha učebnicích či knihách týkajících se ekonomiky zdravotnictví. Většinou se teorie od sebe příliš neliší. V teoretické části se budu opírat především o názory P. J. Feldsteina – kniha *Health care economics*, a J. E. Stiglitze – *Ekonomie veřejného sektoru*.

1.1 Definice zdraví

Zdravotnictví nebo respektive zdraví je v různých ekonomikách chápáno různým způsobem. V ekonomických teoriích, které kladou důraz na sociální politiku, je zdraví chápáno jako veřejný zájem. Oproti tomu v liberálních ekonomických teoriích je zdraví chápáno jako zájem soukromý.

Zdraví je zvláštní kategorií, protože nemá povahu statku, není předmětem koupě nebo prodeje na trhu.² Zdraví se velmi těžko definuje a měří. Zdraví bývá často definováno jako: „stav plné tělesné, duševní a sociální povahy, ne pouze jako stav bez přítomnosti nemoci či vady.“ V jiných ekonomických publikacích je zdraví vymezováno buď negativně – jako stav organismu bez přítomnosti choroby, nebo pozitivně. Zde existují dvě koncepce vymezení. První z nich je statické pojetí – výše zmíněná definice. Druhou z nich je dynamické pojetí zdraví, které je v současné době více upřednostňováno. Toto pojetí nechápe zdraví jako stav, ale jako proces. Zdraví lze definovat jako soubor schopností člověka vyrovnat se s nároky vnitřního a vnějšího prostředí bez narušení životních funkcí.³

1.2 Zdravotnictví a tržní mechanismus

Jaký je vlastně vztah zdraví či zdravotnictví k ekonomické teorii? Podíváme-li se na zdravotnictví z ekonomického hlediska, vidíme, že dochází ke klasickému střetávání nabídky a poptávky – tedy tržnímu mechanismu, ve kterém by měly fungovat všechny ekonomické zákonitosti. Poptávka je v tomto systému tvořena občany, kteří poptávají zdravotnické služby. Nabídka je tvořena sítí zdravotnických zařízení. Situace však není tak jednoduchá, jak by se na první pohled zdálo, protože do tohoto systému vstupují také

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

³ J. Durdisová: *Ekonomika zdraví*, Oeconomica, Praha 2005, 228 str., ISBN 80-245-0998-9

zdravotní pojišťovny, které fungují jako zprostředkovatel mezi občany a zdravotnickými zařízeními a také stát.

Vzhledem k existenci trhu, který není dokonalý, musíme předpokládat i tržní selhání. To je také důvod, proč stát zasahuje do systému zdravotnických služeb. Tržní selhání se ve zdravotnických službách projevuje díky nedokonalé konkurenci, asymetrickým informacím, externalitám vyplývajícím ze spotřeby a dále z povahy zdraví jako heterogenního statku. V následující části bych se pokusila trochu více nastínit každou z výše jmenovaných příčin tržních selhání.

Abychom však mohli sledovat příčiny tržních selhání, pokusíme se nejdříve porovnat standardní konkurenční trhy a trhy zdravotní péče a podchytit jejich rozdíly. Vezmeme-li podmínky požadované pro dobře fungující trh jako jsou: velké množství prodávajících, firmy maximalizující zisk, homogenní komodity, dobře informovaní kupující, přímo platící spotřebitelé, vidíme, že žádná z těchto podmínek není splněna u zdravotnických trhů.⁴

První příčinou jsou nedokonalé – asymetrické informace. Ve zdravotnických systémech existuje téměř vždy informační převaha na straně zdravotnického zařízení. Zatím co na standardních trzích má kupující určitou představu o kvalitě či jakosti výrobku, ve zdravotnických službách se musí plně spoléhat na lékaře, na jeho znalosti, ochotu učit se novým věcem, sledovat nový vývoj farmak atd. Dalším problémem jsou také informace, které dostávají kupující prostřednictvím masmédií. Ze svých zkušeností vím, že tyto informace jsou často zmatečné, nepodložené a velmi často zpolitizované. Příkladem takových informací může být také subjektivní hodnocení jednotlivých lékařů pacienty na internetu. Každý by si měl uvědomit, že takové hodnocení je velmi subjektivní a takto získané informace nemusí být pravdivé.

Druhou z příčin je nedokonalá konkurence. Jednou z podmínek dokonalé konkurence je volný vstup firem do odvětví. To ve zdravotnických službách není a ani nemůže být splněno, protože jsou vyžadovány určité předpoklady, které musí zdravotnické zařízení dodržet. Nejdříve musí splnit dané kvalifikační předpoklady, ale není to jediné omezení vstupu do odvětví. Dalším faktorem – omezením jsou požadavky zdravotních pojišťoven

⁴ J.E.Stiglitz: *Ekonomie veřejného sektoru*, Grada 1997, 664 str., ISBN 80-7169-454-1

na strukturu poskytovatelů zdravotních služeb. Ani to, že lékař splní všechna kvalifikační kritéria, mu nezaručuje, že s ním na tomto základě bude uzavřena smlouva. Dalším problémem je maximalizace zisku, která u zdravotnických zařízení není možná stejným způsobem jako u firem pohybujících se na standardních trzích.

Dalším projevem existence tržního selhání je existence externalit a to jak pozitivních, tak negativních. Pozitivní externalita znamená, že existuje nějaký skutek, ze kterého má subjekt prospěch, i když se nepodílel na jeho nákladech. Negativní externalita spočívá v tom, že subjekt se musí podílet na nákladech na odstranění nějakého stavu, na jehož vzniku nemá žádný podíl. V rámci zdravotnických systémů bychom za pozitivní externalitu mohli považovat například povinné očkování nebo preventivní prohlídky, protože například díky tomu může být člověk méně nemocen a podávat lepší pracovní výkony. Tím pádem vzniká pozitivní externalita na straně zaměstnavatele, který má prospěch z výše zmíněných situací, aniž by se na tom musel nějakým způsobem podílet. Na druhou stranu, kdyby člověk zanedbal povinné očkování a preventivní prohlídky, mohl by být více nemocen a mohla by tak vzniknout negativní externalita na straně zaměstnavatele, který musí vynaložit náklady, i když nemoc svého zaměstnance nezpůsobil.

Všechny výše jmenované faktory způsobují, že trh zdravotních služeb se může chovat zcela odlišně od standardních trhů⁵, kde je efektivnější konkurence, informace nejsou takovým způsobem asymetrické a existuje zde motivace výrobců ziskem.

Nejenom selhání trhu však vede ke státním zásahům. Druhým neméně závažným důvodem jsou obavy z následků nerovností v příjmech.⁶ Nikomu by neměl být odepřen přístup ke zdravotnickým službám, každý by měl mít nárok na určitou minimální – základní úroveň zdravotní péče, i když je to důvodný předpoklad vzniku neefektivností v takovémto systému.

1.3 Ekonomika zdraví

Ekonomika zdraví je neoklasická vědní disciplína, která se snaží najít způsoby, jak zlepšit kvalitu zdraví obyvatelstva a přitom minimalizovat náklady na zdravotní služby. Před

⁵ J.E.Stiglitz: *Ekonomie veřejného sektoru*, Grada 1997, 664 str., ISBN 80-7169-454-1

⁶ J. Rejtořík a kolektiv: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, Express, s.r.o., Praha 2007, 309 str., ISBN 978-80-86929-29-3

začátkem nového tisíciletí se tato vědní disciplína zaobírala spíše mikroekonomickou analýzou a obecnými teoretickými principy a nástroji. Na výchozí neoklasické modely navazovaly teorie předních ekonomů, filozofů, sociologů a politologů, jakými byli například W. Beveridge, H. Simon, R. Lucas, J.P. Newhouse, M. Drummond, atd.

Na počátku jednadvacátého století se však začínají uplatňovat makroekonomické přístupy, které umožňují prozkoumání dalších úrovní vztahů mezi produkčními funkcemi ve zdravotnictví a především jejich vztah k dalším ekonomickým procesům. Na základě toho pak mohou být vytvořena potřebná kritéria efektivnosti.⁷ Makroekonomická analýza umožňuje hodnocení vlivu financování zdravotní péče na ekonomickou rovnováhu, ekonomický růst, zaměstnanost, inflaci, zahraniční obchod atd.

Důležitým dokumentem, který je sestavován téměř ve všech vyspělých zemích, je národní účet zdraví – tzv. satelitní účet, který velkou měrou přispívá k hodnocení makroekonomické situace zdravotnictví a zdravotní politiky daného státu.

Velmi důležitým faktorem makroekonomické analýzy je vyjádření úplných nákladů a ztrát spojených s nemocemi a úrazy. Samotné vyjádření těchto nákladů a ztrát je velmi složité a uplatňují se zde 2 hlavní kritéria. Prvním z nich je určení, kdo nese náklady a druhým je určení, kdo pocítí ztrátu. Vyjádření úplných ztrát musí obsahovat ztráty, které pocítí postižené osoby či osoby na jejich výdělku závislé, náklady a ztráty vzniklé u zaměstnavatelů a také náklady a ztráty, které tímto vzniknou celé společnosti. Sem zahrnujeme například výdaje na zdravotní péči, výdaje na dávky sociálního systému, ztráty v příjmech sociálního a zdravotního pojištění atd.

Zatím není přesně daná metodika výpočtu těchto nákladů a ztrát. Můžeme je chápat jako reálné peněžní výdaje, nebo také jako nerealizované budoucí náklady příležitosti, nebo také peněžně vyčíslené náklady způsobených škod, které nejsou v současných systémech hrazeny. Z tohoto důvodu se do nákladů a ztrát zahrnuje i nevytvořený HDP jako nerealizovaný náklad příležitosti v důsledku absence nemocných, invalidity, případně smrti. Náklady a ztráty představují tedy nejenom ztráty a náklady v roce jejich vzniku, ale také ty, které budou v jejich důsledku vznikat i v následujících obdobích.

⁷ J. Durdisová: *Ekonomika zdraví*, Oeconomica, Praha 2005, 228 str., ISBN 80-245-0998-9

1.4 Použitelnost ekonomie ke studiu zdravotní péče

Tento vztah či souvislost zkoumá ve své knize Health care economics P. J. Feldstein a uvádí následující fakta o výše zmíněných vztazích.

Kritici zkoumali použitelnost ekonomie ke studiu zdravotnických služeb ze dvou hledisek. Prvním hlediskem bylo zkoumání přesnosti předpokladů ekonomického chování spotřebitelů a poskytovatelů zdravotní péče. Druhým hlediskem bylo zkoumání předpokládaných dopadů spotřebitelské suverenity, která ovlivňuje cíle, kterých má být dosaženo (tj. uspokojení spotřebitelů).

Kritici například tvrdí, že je chybné předpokládat, že spotřeba zdravotních služeb je racionální, a že je k dispozici dostatek informací, když se rozhoduje o využití služeb. Kritici také tvrdí, že zákazníci využívající zdravotní služby nejsou spotřebiteli, jako je tomu na trzích, které nejsou zdravotní, ale jsou osobami, které také mají finanční zájem na těchto službách. S ohledem na tradiční ekonomické předpoklady, které se týkají poskytovatelů zdravotních služeb, kritici tvrdí, že tito poskytovatelé jsou mnohem častěji organizováni jako neziskové organizace, a proto nemají stejnou motivaci jako ziskové firmy v jiných odvětvích. Dále kritici poukazují na to, že vzhledem k tomu, že hrozí nenávratné poškození pacienta, musí být prováděno mnohem více přísných kontrol na poskytování zdravotních služeb než na ostatní zboží a služby, které nesouvisí se zdravotnictvím.

Je také důležité rozlišit mezi kritikou přímé platnosti ekonomických předpokladů a kritikou použití ekonomických kritérií pro zhodnocení výkonu zdravotnických systémů. Pokud se používají ekonomické analýzy, závisí na daných předpokladech, které nám umožní předpovědět určitý přínos. Když je potom pozorované chování odlišné od toho, které je očekávané na běžném trhu, pak jsou předpoklady přezkoumány, aby bylo určeno, jestli různý předpoklad může vysvětlit rozdíl mezi očekávaným a skutečným chováním.

Jedním z faktorů (jak již byl zmíněno výše), který působí na výkon odvětví, je volný vstup nových firem do odvětví. Ekonomické analýzy mohou vyvolat předpoklad, že neexistují bariéry vstupu do odvětví například pro služby domácí péče. V závislosti na těchto předpokladech očekáváme určitý trend vývoje trhu. Vysoké zisky zařízení domácí péče budou vést ke vzrůstajícímu vstupu nových zařízení domácí péče, dokud nebudou zisky stejné jako

ty, které by mohly být vydělány v jiných oborech. Pokud to, co pozorujeme, je odlišné od toho, co jsme očekávali, potom zkoumáme, zda předpoklad volného vstupu do odvětví je správný. Politická omezení se pokoušejí o strukturální změny, například redukuje bariéry vstupu, což může přinést větší výkon než očekávaný. Přesto ekonomické analýzy izolují tyto předpoklady, aby byly přezkoumány, jestli rozdíly mezi očekávaným a pozorovaným chováním se staly jejich vinou. Pokud existují rozdíly - divergence mezi očekávaným a skutečným vývojem, jsou základní předpoklady přezkoumány, aby mohlo být vypočteno pozorované chování. Specifické předpoklady týkající se informací spotřebitelů, podmínky pro efektivnost a bariéry vstupu do odvětví jsou hodnoceny, aby se zjistilo, jaký efekt mají na ekonomický vývoj sektoru zdravotní péče, když se liší od teoretických předpokladů.

Připouští se, že zdravotní péče je jiná než ostatní trhy, protože zahrnuje velké množství požadavků na ochranu spotřebitele. Existují různé přístupy, jakým je ochrana spotřebitelů – pacientů zajištěna. Tyto alternativní přístupy, spolu s jinými možnými unikátními aspekty zdravotní péče jsou analyzovány s ohledem na jejich dopad na vývoj v sektoru zdravotní péče.

Je mnohem těžší řešit kritiku hodnot používajících ekonomická kritéria k hodnocení vývoje zdravotního systému. Jaká kritéria by měla společnost použít pro splnění tří základních rozhodnutí zdravotní péče? Zdravotní systém, který hodnotí ekonomickou efektivnost spotřeby a produkce, bude záviset na volbě kritéria uspokojení spotřebitelských preferencí, v poskytování služeb bude záviset na kritériu nejmenší ceny, v redistribuci zdravotních služeb bude záviset na kritériu preferencí zákazníků.⁸

⁸ P.J. Feldstein: Health care economics, 5th ed. Clinton Park: Delmar, 2002.xxiii, 627. ISBN 0-7668-0699-5, vlastní překlad

2. Zdravotnické systémy ve světě:

Různé státy mají různé zdravotní systémy. Přestože jsou systémy rozdílné, vykazují určité shodné rysy. Ve skutečnosti existuje ve světě několik systémů financování zdravotnictví. Některé prameny specifikují 3 hlavní systémy, jiné prameny uvádějí čtyři modely:

- a) tržní model - USA
- b) model s více zdravotními pojišťovnami - evropské státy
- c) model s jednou zdravotní pojišťovnou - Velká Británie
- d) model státní - Kuba

K těmto výše jmenovaným modelům můžeme přiřadit ještě další dva systémy. Prvním z nich je čistý komerční model a druhý je model zdravotnického systému rozvojových zemí.

2.1 Model s více zdravotními pojišťovnami

Tento model bývá také často nazýván Evropský (bismarckovský) pojišťovací model.⁹ Zakladatelem tohoto systému byl pruský kancléř Otto von Bismarck, který v roce 1883 zavedl povinné zdravotní pojištění pro sociálně slabé skupiny dělníků a jejich rodiny. Toto pojištění jim zaručovalo nárok na peněžní dávky od zaměstnavatele v době nemoci a krytí nejnižších nákladů na léčbu. Po roce 1888 se toto povinné zdravotní pojištění rozšířilo na všechny kategorie zaměstnanců. Vznikají první pojišťovny tzv. „Pokladny“.

Pro tento model je typické, že zde existuje několik zdravotních pojišťoven, které zabezpečují platby za zdravotní pojištění. Tyto zdravotní pojišťovny mohou být veřejné nebo soukromé. V České republice existují zatím jen veřejné zdravotní pojišťovny, ale v jiných státech např. v Německu existuje možnost připojištění u soukromých pojišťoven.

2.1.1 Německo

Je to typický představitel státu s národním zdravotním pojištěním. Tento systém má svou tradici v bismarckovském modelu z roku 1883, kdy bylo zavedeno povinné průběžně financované pojištění určené pro námezdní dělníky. V průběhu 20. století došlo k rozšiřování

⁹ Ing. Iva Brabcová: Management zdravotnických služeb, studijní opora

počtu osob, které byly zahrnuty do zákonného pojištění. Po sjednocení Německa převzaly tento systém i nové spolkové země.

V současné době probíhá v Německu stejně jako ve většině sousedních zemí reforma zdravotního systému. Měl by vzniknout centrální zdravotní fond, který má shromažďovat a následně přerozdělovat všechny prostředky zdravotního pojištění. Reforma počítá s tím, že zůstane zachován tzv. duální systém v rámci německého zdravotnictví. Vedle sebe bude nadále existovat veřejné zdravotní pojištění a soukromé zdravotní pojištění. Každý občan musí být pojištěn. Občané, jejichž příjem přesahuje státem stanovenou hranici, se mohou rozhodnout, zda budou pojištěni v rámci veřejného zdravotního pojištění nebo zda uzavřou pojistku v rámci soukromého zdravotního pojištění.

Další zásadní změnou této nové reformy je stanovení výše pojistného. Před zavedením reformy mohly pojišťovny určovat výši pojistného, po jejím zavedení je však výše pojistného pevně stanovena a to na výši 12% hrubého pracovního příjmu. Z toho 6,5% budou odvádět zaměstnanci a 5,5% zaměstnavatelé.

V Německu existovalo velké množství zdravotních pojišťoven. Jejich počet se však po roce 1990 snížil z 1150 na pouhých 250. Pojišťovny jsou buď spolkové, nebo zemské. Spolkové pojišťovny jsou otevřené pro celé Německo, oproti tomu zemské pojišťovny jsou otevřené pouze pro jednu nebo více spolkových zemí.

2.1.2 Nizozemsko

Nizozemsko nepřijalo tzv. „bismarckovský“ systém zdravotního pojištění, ale ubíralo se svou vlastní cestou. Teprve v roce 1941 bylo uzákoněno povinné nemocenské pojištění, z něhož se hradila lékařská péče. Do roku 2005 existoval duální systém zdravotního pojištění, podobně jako v Německu, ale v roce 2006 proběhla reforma¹⁰ zdravotnictví, která sloučila původní dvě složky v jedinou – univerzální systém zdravotního pojištění, který funguje na principu veřejného zdravotního pojištění.

¹⁰ Dutch Health Care Reform, Gelle Klein Ikink, oddělení zdravotního pojištění Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu Nizozemsko, [online], dostupné na: <http://www.kulatystul.cz>

V Nizozemsku funguje v současné době 21 zdravotních pojišťoven. Jsou to soukromoprávní subjekty, jež se řídí soukromým právem. Pojištěnec si může vybrat mezi dvěma způsoby plnění. Věcný způsob plnění spočívá v tom, že je pacient bezplatně nebo s určitou finanční spoluúčastí léčen ve smluvních zdravotnických zařízeních pojišťovny. Druhý způsob je tzv. finanční plnění, kdy si pojištěnec zaplatí částku sám a poté je mu pojišťovnou refundována.

Pojistné na zdravotní pojištění je složeno z více částí. První z nich tvoří pojistné na zdravotní pojištění odvislé z výše příjmů. Tato složka je stanovována jednotně pro všechny zaměstnance bez ohledu na vybranou zdravotní pojišťovnu. Sazba je stanovena na 6,5% z příjmu, kde zaměstnanec platí 3,25%, zbytek hradí zaměstnavatel. Pro všechny ostatní kategorie pojištěnců (OSVČ) stanovuje sazbu pojistného daňový úřad. Druhou složkou pojistného tvoří tzv. nominální pojistné. Výši tohoto pojistného si určují zdravotní pojišťovny samy nezávisle na ostatních zdravotních pojišťovnách. Výjimkou je nominální pojistné za osoby, za které platí pojištění stát. Tam výši nominálního pojištění stanovuje sám stát.

Reforma, která byla v Nizozemsku provedena v roce 2006, zavedla konkurenci nejenom mezi zdravotními pojišťovnami, ale také mezi zdravotnickými zařízeními. Pojišťovny již nemají povinnost kontraktace vůči poskytovatelům a začíná se ve způsobu financování přecházet k výkonové platbě. Od roku 2012 má dojít k úplnému uvolnění cen.

2.1.3 Rakousko

V Rakousku je zdravotní pojištění součástí sociálního pojištění.¹¹ Toto pojištění zahrnuje kromě zdravotního ještě důchodové a úrazové pojištění. Výkon agendy sociálního pojištění je přenesen ze státní správy na samosprávné korporace. V současnosti působí v Rakousku 21 zdravotních pojišťoven, které jsou buď regionální, nebo specifické pro určité profese (např. Rakouská hornická pojišťovna). Veškeré regulace ve zdravotnictví spadají do kompetence ústředních orgánů. Výjimku tvoří péče v nemocnicích, která spadá do kompetence jednotlivých spolkových zemí.

¹¹ Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Praha, leden 2009, ISBN-978-80-254-3776-6

Financování zdravotní péče je založeno na vícezdrojovém financování. První částí je povinné zdravotní pojištění, které má různé procentní částky z hrubého příjmu. Dalším zdrojem jsou spoluúčasti pacientů. Jedná se například o spoluúčast při hospitalizaci, poplatky za pobyt v lázních, poplatky na léčiva a prostředky zdravotnické techniky. Specifikem Rakouska je, že povinné zdravotní pojištění vzniká na základě bydliště či zaměstnání a z tohoto důvodu zde neexistuje konkurence mezi zdravotními pojišťovnami.

2.1.4 Francie

Zdravotní systém ve Francii se vyvíjel ze zaměstnaneckého zákonného pojištění. Tento systém vznikl v roce 1946 jako systém pro zaměstnance a jejich rodiny. V roce 1961 byl tento systém rozšířen také na osoby pracující v zemědělství a v roce 1966 dále na osoby samostatně výdělečně činné.

Dnes jsou ve Francii 3 hlavní zdravotní pojišťovny, které pojišťují více jak 95% obyvatelstva. První z nich je všeobecná pojišťovna – Régime général, u které jsou pojištění všichni zaměstnanci průmyslu a obchodu a jejich rodinní příslušníci. Dále k této pojišťovně spadají také všichni příjemci tzv. základního zákonného pojištění. Ve Francii bylo v roce 2000 zavedeno zákonné pojištění na základě trvalého pobytu. Druhou pojišťovnou je Zemědělská pojišťovna - Mutualité sociale agricole – ta pojišťuje asi 6% obyvatelstva a třetí je pojišťovna pro osoby samostatně výdělečně činné CANAM, u které je pojištěno asi 5% obyvatel.

Systém zdravotnictví ve Francii je od počátku postaven na spoluúčasti pacientů. Tato spoluúčast je především na léčivé přípravky na recept. Míra spoluúčasti je různá od 0 až do 85%. Další spoluúčast je vyžadována při úhradě lékařských služeb. Ambulantní péče a stomatologie vyžaduje spoluúčast 30%, laboratorní vyšetření a rentgeny 40%. Při pobytu se pak platí vyšší ze dvou částek 20% spoluúčasti nebo 15 EUR za den.

V porovnání s ostatními zdravotními systémy se tento francouzský vyznačuje velkou spoluúčastí pacientů. Tato spoluúčast bývá však často nějakým způsobem kompenzována. Někteří vážně nemocní pacienti jsou z placení vyloučeni úplně. Ve Francii hraje velkou úlohu také tzv. doplňkové pojištění, které má asi 90% Francouzů.

2.2 Model s jednou zdravotní pojišťovnou – Velká Británie

Tento model se také nazývá model národní zdravotní služby. Někdy je také tento model nazván podle bývalého ministerského předsedy Velké Británie, který se zasloužil o vznik tohoto systému – Beveridgeovský model.¹²

Zdravotnictví se ve Velké Británii vyvíjelo jako tzv. státní zdravotnictví, které bylo řízeno a financováno státem. Oproti ostatním středoevropským státům nevznikly ve Velké Británii zdravotní pojišťovny, které by platily zdravotnickým zařízením a současně také vybíraly pojistné od svých pojištěnců. V Británii byly tedy veškeré zdravotnické služby financovány z daňových příjmů státního rozpočtu. V současné době je ze státního rozpočtu financováno více než 80% zdravotních služeb přes kapitolu Ministerstva zdravotnictví institucí národní zdravotní služba (National Health Service – NHS). Struktura řízení zdravotnictví je tříступňová: skládá se z centrální úrovně, krajské úrovně a regionální úrovně.

V Británii není nikdo vyloučen z práva na zdravotní péči. Ta je poskytována všem bez ohledu na jejich platební schopnost. Vzhledem k tomuto faktu a také díky omezenosti zdrojů ze státního rozpočtu, musela být v Británii koncem 20. století provedena reforma zdravotnictví. V roce 2000 byl představen plán reformy zdravotnictví, který se opíral o tři hlavní pilíře. Prvním pilířem měla být rozšířená svoboda pacienta při volbě zdravotnického zařízení. Druhým pilířem by měla být větší rozmanitost mezi zdravotnickými zařízeními a třetím se mělo stát znovuzavedení tržní soutěže mezi poskytovateli zdravotní péče. Cílem této reformy bylo především snížení čekacích dob, zvýšení konkurenceschopnosti, ale především to vše mělo vést k vyšší efektivnosti. Později byl tento reformní plán ještě zdokonalován a jednotlivé pilíře upřesňovány.

V britském zdravotnictví se na základě reformy vyvinula zcela nová role pro praktické lékaře tzv. „gatekeeping“¹³. Tato jejich funkce spočívá v tom, že poskytují nejenom primární péči, ale starají se o své pacienty i dále tím, že jim zajistí odpovídající péči u specialistů, se kterými mají dohodu o péči. Těmto specializovaným pracovištím také praktičtí lékaři

¹² Ing. Iva Brabcová: Management zdravotnických služeb, studijní opora

¹³ Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Praha, leden 2009, ISBN-978-80-254-3776-6

poskytují úhradu za provedené úkony, protože od britského ministerstva zdravotnictví dostávají na tuto péči peněžní prostředky.

Další změnou, která se v průběhu reformy stala a významně ovlivnila systém britského zdravotnictví, je změna úhradových mechanismů. Tato změna financování zdravotní péče spočívá v postupném nahrazování kapitačních plateb za výkonové platby, což motivuje poskytovatele zdravotní péče k soutěži o pacienty.

Převratnou novinkou v oblasti financování zdravotní péče je také platba za výsledky – P4P (payment for performance). Je to platba, která motivuje zdravotnická zařízení k tomu, aby dodržovala stanovené postupy. Konečným cílem by mělo být zlepšení kvality zdravotní péče. Charakter tohoto způsobu financování spočívá v tom, že praktickým lékařům je poskytována finanční odměna za dodržování přesně daných postupů v péči o chronicky nemocné pacienty, dále za tzv. přínosnou péči (evidence based), za poskytování dalších speciálních služeb (např. péče o zdraví dětí či péče o těhotné ženy).

2.3 Tržní model - USA¹⁴

Charakteristikou tohoto modelu je, že zdravotní péče je financována přímo pacienty nebo pomocí soukromých pojišťoven či zaměstnaneckých pojišťoven. Typickým znakem tohoto systému je dobrovolnost pojištění. Pokud se pacient rozhodne, že si uzavře pojištění, pak si sjednává přesně vymezenou péči. I přes sjednané pojištění je zde většinou spoluúčast pacienta. Spojené státy americké nemají zdravotní politiku, která by zajišťovala pojištění pro všechny občany. Existují ale programy pro starší a sociálně slabé občany – Medicare a Medicaid.

Program Medicare¹⁵ je federální program, který byl zahájen v 60. letech jako program určený pro starší osoby a další osoby s určitým zdravotním postižením. Na Medicare má nárok každý od 65 let, u invalidů věk nerozhoduje. Tento program v sobě zahrnuje nemocniční platby, platby lékařům, řízenou péči, léky na předpis. Je největším zdravotním programem zdravotního pojištění ve Spojených státech. Zdrojem financování tohoto programu je daň ze mzdy, která je vedena jako část daně na sociální zabezpečení, ale její

¹⁴ Ing. Iva Brabcová: Management zdravotnických služeb, studijní opora

¹⁵ B. J. Fried, Přehled uspořádání a financování systému zdravotní péče v USA, sborník z konference Zahraniční zkušenosti při financování zdravotnictví, podzim 2006, dostupné na: <http://www.financovanizdravotnictvi.cz/>

výnos jde do Depozitního fondu nemocničního pojištění Medicare.¹⁶ Systému Medicare využívalo v roce 2006 přes 40 milionů obyvatel USA. Ale ani tento program nepokrývá veškerou zdravotní péči, jsou zde určité mezery. Tento program například hradí plně pobyt v nemocnici pouze na 60 dní nemoci a maximálně 100 dní domácího ošetřování, které následují bezprostředně po hospitalizaci v nemocnici. V současné době existuje možnost výběru v programu Medicare díky nově vytvořenému modelu Medicare advantaged.

Medicaid je program pro velmi chudé obyvatele. Je to vlastně více programů, které jsou spravovány jednotlivými státy a o náklady se státy dělí s federální vládou. Výše platby od federální vlády je v různých státech rozdílná. Po státech Unie se požaduje, aby zajistily mezi 20 - 50% prostředků fondů. Tohoto programu využilo v roce 2006 přes 38 milionů občanů. Podmínky, jež musí osoba splňovat, aby mohla být zařazena do programu Medicaid, si stanovuje každý ze států sám. Tento program se, jak již bylo řečeno, dotýká především velmi chudých obyvatel. Abych to lépe specifikovala, tak se tento program týká rodin s dětmi s extrémně nízkými příjmy, dětí do 6 let, zahrnuje i nevidomé občany, ženy vyživující nezletilé či závislé osoby s nízkými příjmy a dále také děti do 19 let, jejichž rodina je na hranici chudoby. Program Medicaid zahrnuje tuto zdravotní péči: pobyt v nemocnici, ošetření u praktického lékaře, laboratorní a rentgenová vyšetření, preventivní péči a domácí péči. Na rozdíl od programu Medicare je v programu Medicaid mnohem méně spoluúčasti na platbě za zdravotní péči.

Kromě výše zmíněných programů existují ještě další programy, které již nejsou tak velké. Jedním z nich je program pro chudé děti SCHIP a dále zde existuje také program pro veterány.

V současné době je velmi diskutovaným tématem v USA reforma zdravotnictví. Prezident Barrack Obama má určitou představu, ve které by chtěl přiblížit systém zdravotnictví v USA systémům v Evropě. Hlavní změnu vidí především v konci dobrovolnosti zdravotního pojištění. Chtěl by dosáhnout toho, aby v USA byli všichni občané pojištěni. V současné době je téměř 46 milionů obyvatel bez pojištění. Vzhledem k tomu, že v USA žije asi 300 milionů lidí, představuje to téměř jednu šestinu všech obyvatel. Prezident Obama vytyčil 3 hlavní zásady, které musí reforma obsahovat.¹⁷ Za prvé je to snížení výdajů,

¹⁶ J.E.Stiglitz: Ekonomie veřejného sektoru, Grada 1997, 664 str., ISBN 80-7169-454-1

¹⁷ Internetový článek ze dne 12. 9. 2009, [online], dostupný na:<http://www.novinky.cz/zahranicni/amerika/178596>

dále svoboda výběru vlastního plánu pro každého pojištěnce a třetí zásadou je záruka cenové dostupnosti a kvality pojištění pro všechny obyvatele Spojených států amerických. Tento jeden z hlavních programů prezidentské volební kampaně se pomalu stává skutečností, protože byla zdravotnická reforma schválena jak ve Sněmovně, tak v Senátu.

2.4 Decentralizované systémy severských zemí

Zdravotnické systémy v severských zemích se vyznačují především velkou mírou decentralizace a také jsou financovány z daní a to nejen státních, ale především z regionálních nebo místních.

2.4.1 Dánsko

Dánsko má jeden z nejstarších sociálních systémů. Existoval zde systém zdravotního pojištění, ale v 70. letech 20. století byly příspěvky na zdravotní pojištění zrušeny a byl zaveden všeobecný systém národní zdravotní péče financovaný z daní. Tento systém byl velmi decentralizován. Za poskytování služeb v oblasti zdravotní péče byly zodpovědné regionální a místní úřady. Decentralizace zdravotního systému však přinesla velké nerovnosti mezi jednotlivými regiony Dánska. Rozdíly spočívaly především v různě dlouhých čekacích dobách na vyšetření, v dostupnosti zdravotnické techniky, atd. Proto bylo v Dánsku v roce 2007 přistoupeno k reformě zdravotnictví, která se zaměřovala především na zajištění rovných podmínek zdravotní péče.

Tato reforma probíhala v několika etapách. Ve výsledku však přinesla především snížení počtu regionálních a místních orgánů zodpovědných za zdravotní péči, systém decentralizace však zůstal zachován.

V současné době působí v dánském zdravotním systému tři úrovně: centrální, regionální a místní. Na centrální úrovni je rozhodováno především o regulaci, financování a je vykonáván dohled. Na regionální úrovni zůstala odpovědnost především za chod nemocnic, starost o prenatální péči a psychiatrická centra. Místní úroveň hraje svou roli především v oblasti prevence, rehabilitace a podpory zdraví. Zdravotní péče je v současné době financována pomocí zdravotní daně (8% příjmu), která je pomocí blokových dotací

přerozdělována mezi kraje (regiony) a obce. Tyto blokové dotace představují asi 80% zdravotnických nákladů regionů. Bloková dotace se vypočítává podle vzorce, který zohledňuje očekávanou potřebu zdravotní péče v populaci. Úroveň potřeb je hodnocena kombinací věku a sociálně-ekonomického postavení obyvatel regionu. Dalších 5% zdravotnických nákladů regionu tvoří dotace podle výkonu nemocnice a zbylých 15% tvoří kombinace platby na obyvatele a příspěvků od obcí. Právě to, že obce přispívají na zdravotní péči, je důvodem pro to, aby obce raději věnovaly prostředky na prevenci, než aby pak musely dávat velké příspěvky na léčbu.

2.4.2 Švédsko¹⁸

Zdravotnictví ve Švédsku patří mezi univerzální systémy. Stejně jako v Británii je zajištěna zdravotní péče pro všechny obyvatele. Zdravotnictví je financováno vládou (především z daní) a je velmi decentralizované. Financování zdravotnictví je z 71% hrazeno z místních daní a daní krajů.

Systém zdravotnictví je organizován na třech úrovních: národní, krajské a místní. Na národní úrovni ústřední vláda stanovuje hlavní cíle a směry vývoje. Zodpovědnost za poskytování zdravotní péče leží na krajských radách (je jich celkem 21) a jednom regionálním úřadě. Krajské rady jsou vlastníky většiny nemocnic ve Švédsku. Krajské rady jsou zodpovědné především za nemocniční péči, za primární péči a dále také za prevenci. Místních úřadů je celkem 289 a jejich hlavní starostí je kontrola vzniku nových soukromých praxí, stanovování pravidel o počtu pacientů, kteří mohou být ročně ošetřeni. Co se týče reformních snah v posledních letech, tak hlavním cílem je především vyšší efektivnost systému. Hlavním z cílů je zkrácení čekacích dob a dalším je zlepšení kvality ošetrovatelské péče o seniory a některé další skupiny obyvatel.

Dalším významným bodem ve zdravotní péči jsou regulační poplatky. Švédsko patří k zemím s největší mírou spoluúčasti v EU. Jsou zde kombinovány klasické regulační poplatky s procentuální spoluúčastí za léčivé přípravky. Pokud převedeme jednotlivé regulační poplatky v poměru k průměrnému výdělku, pak odpovídají pro českého občana následujícím sazbám.

¹⁸ Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Praha, leden 2009, ISBN-978-80-254-3776-6

Poplatek za návštěvu praktického lékaře odpovídá 77,- Kč až 154,- Kč, při návštěvě ambulantního specialisty je to 62,- Kč až 231,- Kč a za návštěvu pohotovosti je to 154,- Kč až 231,- Kč. Za stomatologickou péči platí pojištěnci většinou plnou úhradu bez spoluúčasti či jenom malé účasti zdravotní pojišťovny.

Co se týká nemocniční péče, pak jeden den pobytu v nemocnici vyjde na 62,- Kč. Jeden pobyt v nemocnici je však omezen částkou 700,- Kč. To znamená, že pokud je například pacient hospitalizován celý měsíc, zaplatí pouze 700,- Kč místo 1 860,- Kč. Dalšími regulačními poplatky jsou poplatky za léčiva. Zde jsou udělána tzv. pásma. V prvním pásmu do 700,- Kč za rok si pacient hradí léčiva v plné výši. Ve druhém pásmu od 700,- Kč do 1 323,- Kč si pacient hradí léčiva ve výši 50%, ve třetím do 2 576,- Kč je to 25%, ve čtvrtém do 3 353,- Kč je to 10%. Nad 3 353,- Kč už jsou pacientovi proplácena léčiva v plné výši. Výjimku v placení poplatků mají děti a těhotné ženy.

3. Veřejné zdravotní pojištění v ČR

Veřejné zdravotní pojištění v České republice je upraveno následujícími zákony. Nejvýznamnějším je Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dalšími zákony, které upravují veřejné zdravotní pojištění, jsou: Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, Zákon 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a Zákon 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

3.1 Veřejné zdravotní pojištění¹⁹

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů se skládá ze 13 částí:

- 1) základní ustanovení
- 2) pojistné
- 3) práva a povinnosti plátců pojistného
- 4) práva a povinnosti pojištěnce
- 5) podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady
- 6) regulace cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely
- 7) zdravotní pojišťovny, informační centrum, kontrola
- 8) pokuty a přirážky k pojistnému
- 9) síť zdravotnických zařízení
- 10) společná ustanovení
- 11) ustanovení přechodná a závěrečná
- 12) změna a doplnění souvisejících zákonů
- 13) účinnost, vybraná ustanovení novel

3.1.1 Základní ustanovení

V první části výše zmiňovaného zákona jsou vymezeny osoby, které jsou dle tohoto zákona zdravotně pojištěny. Jsou to všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území České

¹⁹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

republiky. Dále jsou to osoby, které na území České republiky nemají trvalý pobyt, ale jsou zaměstnanci zaměstnavatele, který má sídlo nebo trvalý pobyt na území České republiky. V této první části je také specifikován vznik a zánik zdravotního pojištění. Vznik zdravotního pojištění je možný třemi způsoby: narozením (pokud se jedná o osobu s trvalým pobytem na území ČR), nástupem do zaměstnání nebo získáním trvalého pobytu na území ČR. Obdobným způsobem je třemi možnostmi určen i zánik pojištění. Je to úmrtím, ukončením zaměstnání nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR.

3.1.2 Pojistné²⁰

Druhá část je rozdělena do tří oddílů. V prvním oddíle jsou vymezeni plátcí pojistného. V ČR rozeznáváme tři skupiny plátců. První skupinou jsou pojištěnci, kam řadíme zaměstnance, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů. Druhou skupinou, která je plátcem pojistného, jsou zaměstnavatelé, kteří jsou povinni platit zdravotní pojištění za své zaměstnance. Třetí skupinou je stát, který platí pojistné za nezaopatřené děti, poživatele důchodů, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání, atd. V druhém a třetím oddíle je vymezena povinnost platit pojistné a výše a způsob placení pojistného.

3.1.3 Práva povinnosti plátců pojistného

Ve třetí části jsou vymezena práva a povinnosti plátců pojistného. Zde za nejdůležitější, ale málokdy dodržovanou povinnost, považují povinnost oznamovací. Všichni plátcí pojistného jsou totiž ze zákona povinni oznámit rozhodné skutečnosti týkající se zdravotního pojištění do 8 dnů příslušné zdravotní pojišťovně. Mnozí plátcí však tuto zákonem stanovenou lhůtu nedodržují a potom dochází k velice nepříjemným situacím, kdy díky nenahlášení určité změny přichází pojištěncům dopisy s vysokými dlužnými částkami a musí složitě dokazovat, že pojištění bylo opravdu placeno.

3.1.4 Práva a povinnosti pojištěnce

U čtvrté části bych se chtěla pozastavit trochu více. Tato část pojednává o právech a povinnostech pojištěnce. Prvním právem je právo na výběr zdravotní pojišťovny. Pojištěnec si může vybrat libovolnou zdravotní pojišťovnu dle svého uvážení a zároveň má právo jednou

²⁰ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

za dvanáct měsíců tuto pojišťovnu změnit a to vždy k prvnímu dni ve čtvrtletí. Výjimku tvoří situace, kdy je na pojišťovnu uvalena nucená správa. V tomto případě může pojištěnec změnit zdravotní pojišťovnu dříve a to vždy k 1. dni následujícího měsíce. V současné době dochází k velmi zvláštním praktikám při získávání pojištěnců. Především nově vznikající pojišťovny se snaží získat co nejvíce nových pojištěnců. Vytvářejí pro ně velmi lákavé nabídky, slibují určité bonusy. Tento způsob je dle mého názoru korektní, pokud ovšem jsou pojišťovny schopny hned při přeregistraci říci, které smluvní partnery mohou pojištěnci nabídnout. To se bohužel v mnohých případech nestává. Pacient při přeregistraci neví, zda jsou lékaři, které navštěvuje, smluvními lékaři jeho pojišťovny a pak je v ordinacích mnohdy čeká velké překvapení. Mnohem horší praktiky, které jsou v současné době aktuální, jsou praktiky některých náborových společností pracujících pro pojišťovny. Pracovníci těchto společností obcházejí domácnosti a vydávají se za zaměstnance určité zdravotní pojišťovny. Pod příslibem např. výměny zdravotních průkazů vylákají od pojištěnce rodné číslo a případně si nechají podepsat určitý dokument. Když pak po určité době jde pojištěnec k lékaři, zjistí, že byl přeregistrován k jiné zdravotní pojišťovně. Takovéto jednání považuji za podvodné a souhlasím s tím, aby tímto jednáním poškozené pojišťovny podávaly na tyto organizace trestní oznámení.

Dalším právem pojištěnce je právo na výběr lékaře či jiného pracovníka ve zdravotnictví, který je ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. Právo změnit lékaře je jednou za tři měsíce. O tom, že je pro pojištěnce dobré vědět, jakou síť smluvních poskytovatelů péče má jaká pojišťovna nasmlouvanu, jsem se zmiňovala již výše. Lékař musí daného pojištěnce přijmout do svého ošetřování. Jedinou výjimkou je situace, kdy by bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nového nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Další výjimkou je přílišná vzdálenost trvalého bydliště, kvůli které by nemohl lékař vykonávat návštěvní službu. Právo na změnu svého lékaře je sice dáno zákonem, ale někdy je opravdu těžké změnu provést. Mnoho lidí raději dále chodí ke svému lékaři, i když s ním nevychází příliš dobře, protože se bojí, že by nesehnali jiného ošetřujícího lékaře. Problém je ve velikosti sítě lékařů – některé obory jsou velmi dobře zastoupeny a hustota sítě je velmi dobrá. V některých oborech je však stále nedostatek lékařů. Jako dobrou službu pro pacienty vidím, když různé lékařské společnosti uveřejňují na svých stránkách seznam lékařů, kteří v dané oblasti přijímají pacienty a tímto pacientům usnadňují práci při hledání nového lékaře.

K dalším právům pojištěnce patří například právo podílet se na kontrole poskytnuté zdravotní péče. Pokud má pojištěnec určité pochybnosti o poskytnuté zdravotní péči, má několik možností, kam se obrátit. Za prvé může podat návrh na přezkoumání vedoucímu zdravotnického zařízení nebo jeho zřizovateli. Dále má právo obrátit se na svou zdravotní pojišťovnu nebo na příslušný orgán státní správy, který vydal rozhodnutí o registraci daného zdravotnického zařízení. Poslední možností je obrátit se na příslušnou komoru – lékařskou, stomatologickou, lékárnickou atd.

O dalších právech, kterými jsou právo na vystavení dokladu o zaplacení regulačního poplatku nebo o uhrazení částky přesahující limit pro regulační poplatky a doplatky, bych se chtěla více zmínit v následující kapitole reformy zdravotnictví v oddíle regulačních poplatků a doplatků.

Co se týče povinností pojištěnce, tak k těm základním patří již výše zmíněná oznamovací povinnost, povinnost hradit pojistné, poskytnout součinnost při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu, prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce, hradit zdravotnickému zařízení regulační poplatky atd.

3.1.5 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění²¹

V této části je vyjmenována zdravotní péče, která je hrazená ze zdravotního pojištění. Zároveň je zde také vyjmenována péče, která ze zdravotního pojištění hrazena není. Několik paragrafů je zde věnováno regulačním poplatkům a doplatkům, o kterých se budu zmiňovat dále. Jsou zde popsány způsoby, jakými je v ČR poskytována zdravotní péče. Máme dvě možnosti, je to buď ústavní péče, nebo ambulantní péče. Ambulantní péči se rozumí primární zdravotní péče, specializovaná ambulantní zdravotní péče, zvláštní ambulantní péče. Další péči, která je hrazena ze zdravotního pojištění je pohotovostní a záchranná služba, preventivní, dispenzární a lázeňská péče, závodní preventivní péče, péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách.

²¹ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

3.1.6 Regulace cen a úhrad léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely

Oddíl pojednává o funkci a úkolech Státního ústavu pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL), který má na starosti registraci nových léčiv, stanovování maximální úhrady léčivých přípravků atd. Další funkcí SÚKLu je zveřejňování a poskytování informací. Na svých stránkách SÚKL zveřejňuje aktuální číselníky léčiv a prostředků zdravotnické techniky, ve kterých každý může najít maximální výši úhrady za dané léčivo a údaje, jestli na tento léčivý přípravek existuje započitatelný doplatek či nikoli. V číselníku léčivých prostředků je přes 80 tisíc přípravků.

3.1.7 Zdravotní pojišťovny, informační centrum, kontrola²²

Zdravotní pojištění provádějí tyto zdravotní pojišťovny: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, resortní, oborové, podnikové, popřípadě další pojišťovny. Vzhledem k tomu, že hospodaření pojišťoven upravují další zákony, zmíním se o nich v následujících kapitolách.

Informační centrum je dalším z mnoha paragrafů tohoto oddílu. Spravuje ho Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a toto centrum slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků. V tomto centru jsou zpracovávány údaje o výkonech vykázaných všem zdravotním pojišťovnám daným zdravotnickým zařízením. Každý vykázaný výkon odpovídá určité časové hodnotě. Každý lékař či zdravotnický pracovník (dále jen nositel výkonu) může v daném čtvrtletí, za které se dané výkony zpracovávají, odpracovat určité množství hodin. V současné době je stanovena norma na 10 hodin na jeden kalendářní den (včetně sobot a nedělí). Nositelům výkonů se sečtou veškeré minuty za provedené výkony a vypočte se tzv. korekční nebo regulační koeficient – KORKO a REGKO. Pokud je tento koeficient menší než hodnota 1,00, potom jsou všechny výkony vykázané v souladu se zákonem a nemusí dojít k žádnému krácení. V opačném případě jsou výkony předmětného zařízení kráceny. Tímto způsobem má být zamezeno tomu, aby si nositelé výkonu účtovali péči v rozsahu, který není možný uskutečnit. Aby se například nemohlo stát, že nositel výkonu bude pracovat osmáct hodin denně včetně sobot a nedělí. Zvláštním typem korekčního koeficientu je hodnota 1,20, která znamená, že nositel výkonu nesplnil v daném čtvrtletí svou povinnost a není nahlášen v informačním centru. Takové opomenutí se dá opravit dodatečným přihlášením. Pro

²² Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

případnou opravu chyb, které mohou nastat, slouží tzv. reklamační protokoly. Může se například stát, že je u určitého zdravotního zařízení provedena revize zdravotní péče a výkony jsou mu odmítnuty zdravotní pojišťovnou. Proto je potřebné podat do informačního centra reklamační protokol, aby daný nositel výkonu nebyl regulován dvakrát: jednou pomocí korekčního koeficientu a podruhé pomocí revize. V informačním centru jsou o odmítnuté výkony sníženy vykázané časy a je přepočítán a snížen korekční koeficient.

Kontrola kvality poskytování zdravotní péče je prováděna revizními lékaři pojišťovny. Tito revizní lékaři mají na základě zákona povoleno vstupovat do zdravotních zařízení a provádět kontrolu správnosti předepisování a vykazování zdravotní péče, mají právo nahlížet do zdravotní dokumentace, ale samozřejmě pouze v rozsahu odpovídajícímu kontrole. Pokud zjistí určité nesrovnalosti ve vykazování, pojišťovna tuto péči neuhradí. Jak již bylo výše zmíněno, tyto výkony jsou revizní nebo kontrolní zprávou danému zdravotnickému zařízení odmítnuty.

3.1.8 Pokuty a přirážky k pojistnému²³

V této části jsou uvedeny výše pokut a přirážek k pojistnému, které může pojišťovna udělit na základě nesplnění určité povinnosti vůči pojišťovně (např. oznamovací povinnosti). Ale zároveň jsou zde uvedeny i pokuty, které mohou být uděleny zdravotním pojišťovnám, například když odmítnou uzavřít smlouvu se zdravotnickým zařízením.

3.1.9 Síť zdravotnických zařízení

O síti zdravotnických zařízení jsem se již ve své práci zmiňovala. V této části je však také zmíněno a uzákoněno, jakým způsobem je síť utvářena. Jsou zde určeny podmínky pro konání výběrového řízení, případně to, kdo se výběrového řízení účastnit nemusí. Dále jsou zde určeny podmínky vypsání výběrového řízení a vše s tím související. V současnosti, lépe řečeno na přelomu let 2008-2009, došlo v souvislosti s konáním výběrového řízení k velkým změnám. Při změně právní formy z fyzické osoby na právnickou nemuselo být dříve výběrové řízení konáno, ale v současné době se výběrové řízení konat musí. Toto ovšem neplatí, pokud jde o změnu právní formy v rámci právnické osoby.

²³ Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

3.1.10 Ostatní ustanovení

V dalších čtyřech závěrečných oddílech jsou obsažena ostatní, přechodná a závěrečná ustanovení. Je zde obsažena část týkající se rozhodování, dále také dlužného pojistného či výkazu nedoplatků. Jsou zde také uvedeny způsoby podávání námitek proti rozhodnutí pojišťovny.

3.2 Pojistné na všeobecné zdravotní pojištění²⁴

Dalším zákonem, který se týká veřejného zdravotního pojištění, je zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

3.2.1 Pojistné

Tato část upravuje především výši zdravotního pojištění. Ta představuje 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období. Rozhodné období, ze kterého je vyměřovací základ vypočítán, představuje kalendářní měsíc, za který je placeno pojistné. Jinak je tomu u osoby samostatně výdělečně činné, u které je základním vyměřovacím obdobím jeden rok. Zde je také nutno poznamenat, že pro první období od ohlášení živnosti je pojistné vypočteno z minimálního vyměřovacího základu, pokud si sama osoba výdělečně činná nestanoví zálohu vyšší. Dále jsou zde popsány způsoby úhrady a placení pojistného. Uzákoněna je platba v české měně a to třemi možnými způsoby: bezhotovostním převodem, v hotovosti prostřednictvím banky, přímo ve zdravotní pojišťovně osobě k tomu určené.

3.2.2 Penále

Kapitola určuje výši penále, která je zákonem stanovena ve výšin 0,05% dlužné částky za každý den. Pokud v jednom kalendářním roce nedosáhne penále výše 100,- Kč, poté se nepředepisuje. Co se týká způsobu jeho placení, vymáhání, promlčení a vracení přeplatku, platí stejné podmínky jako u pojistného.

²⁴ Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

3.2.3 Přerozdělování pojistného

Ve třetí části daného zákona je podrobně popsán systém přerozdělování vybraného pojistného podle nákladových indexů, které se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané věkové skupině podle věku a pohlaví, a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Dále jsou zde popsána pravidla hospodaření se zvláštním účtem.

3.2.4 Ustanovení společná, přechodná a závěrečná

Čtvrtá část upravuje kontrolu placení pojistného, nařizuje povinnost zachovávat mlčenlivost, upravuje povinnosti plátců pojistného, pokuty, doručování písemností, vedení evidence pojištěnců a tiskopisy.

3.3 Zdravotní pojišťovny

Vznik a hospodaření zdravotních pojišťoven upravují dva zákony. Prvním z nich je zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR. Druhým je zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

3.3.1 Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR²⁵

V tomto zákoně je popsáno hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen VZP ČR). Jsou zde popsány její příjmy a výdaje. Dále jsou zde vyjmenovány fondy, které může pojišťovna vytvářet. Dále je zde popsána tvorba a schvalování zdravotně pojistného plánu a kontrola hospodaření. Dvě části jsou věnovány organizační struktuře pojišťovny a orgánům pojišťovny.

²⁵ Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR

3.3.2 Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách²⁶

Stejně jako zákon o VZP ČR i tento zákon upravuje především hospodaření ostatních pojišťoven – tzn. resortních, oborových, podnikových atd. Zákon obsahuje 5 částí. V první z nich jsou identifikovány druhy zaměstnaneckých pojišťoven, podmínky vzniku a zániku zaměstnaneckých pojišťoven a rozsah jejich činnosti.

Druhá část upravuje organizační strukturu a orgány zaměstnanecké pojišťovny. Je zde vymezeno zastoupení pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu v orgánech zaměstnaneckých pojišťoven – každý z těchto skupin je zde zastoupena jednou třetinou. Zástupci zaměstnavatelů a pojištěnců jsou do orgánů voleni a způsob voleb stanoví volební řád příslušné zaměstnanecké pojišťovny.

Třetí část se zabývá hospodařením zaměstnaneckých pojišťoven, definuje jejich příjmy a výdaje, a také majetek. Jsou zde také určeny fondy zaměstnaneckých pojišťoven. Důležitým odstavcem je také zdravotně pojistný plán, který je každá zaměstnanecká pojišťovna povinna předkládat ministerstvu financí ČR. Dále je také povinna předkládat výsledky hospodaření za běžný kalendářní rok, které musí být ověřeny auditorem.

Čtvrtá část definuje informační systém a také požadavek mlčenlivosti pro všechny členy orgánů a pracovníky zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Závěrečná část obsahuje ustanovení společná, přechodná a závěrečná.

²⁶ Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

4. Vývoj reformy v ČR

Reforma zdravotnictví je velmi diskutované téma již několik desítek let. V posledních několika letech se však konečně přešlo od slov a návrhů k činům a o to se stalo téma reformy diskutovanějším. V následující kapitole bych se chtěla zaměřit na vývoj reformy v posledním období, vymezit jaké zákony jsou připraveny, které z nich se povedlo zrealizovat a které na svou realizaci zatím ještě čekají.

Existuje 7 reformních návrhů zákonů:

- 1) zákon o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami
- 2) zákon o zdravotních pojišťovnách
- 3) zákon o veřejném zdravotním pojištění
- 4) zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- 5) zákon o speciálních zdravotnických službách
- 6) zákon o zdravotnické záchranné službě
- 7) zákon o univerzitních nemocnicích

4.1 Zákon o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami²⁷

Jeden z návrhů zákonů, které zatím nevstoupily v platnost. Tento zákon by měl upravovat kontrolu činností zdravotních pojišťoven, dodržování zdravotně pojistných plánů a zajištění dostupnosti zdravotní péče. Důvodem pro vznik tohoto návrhu zákona je současný stav kontroly činností pojišťoven. Samotná kontrola je roztříštěna do mnoha předpisů a dohled vykonávají dva hlavní kontrolní orgány: Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí. V tomto návrhu je upraveno postavení dohledového orgánu, působnost úřadu, popsáno postavení předsedy, rozhodování úřadu a informační povinnost úřadu.

4.1.1 Postavení úřadu

Co se týče postavení výše uvedeného úřadu, tak by neměl podléhat přímému vlivu žádného ministerstva nebo jiného správního úřadu. Úřad by měl mít v souvislosti s postavením ústředního orgánu státní správy vlastní rozpočtovou kapitolu ve státním

²⁷ Zákon o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, dostupný na <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

rozpočtu. Přitom by ale neměl být na státním rozpočtu zcela závislý, protože jeho činnost bude financována také z příspěvků zdravotních pojišťoven. Výše příspěvků zdravotních pojišťoven bude stanovena zákonem o zdravotních pojišťovnách jako procentní část z příjmů zdravotní pojišťovny z pojistného po přerozdělování. Vzhledem k celkovému obratu zdravotních pojišťoven se bude jednat o částku, která by neměla ohrožovat finanční stabilitu zdravotních pojišťoven.

4.1.2 Působnost úřadu

Konkrétní kompetence úřadu lze členit do tří základních oblastí: oblasti povolovací, kontrolní a oblasti kompetencí.

- a) První oblast – povolovací - zahrnuje udělování licencí k provozování veřejného zdravotního pojištění, udělování a změny povolení k provozování zdravotních plánů, včetně schvalování jejich specifických podmínek, a další činnosti související se situacemi, v nichž je vyžadován předchozí souhlas úřadu.
- b) V rámci druhé oblasti – kontrolní - je předmětem dohledu úřadu zejména hospodaření a finanční zdraví zdravotních pojišťoven, plnění povinností zajišťovat dostupnost zdravotní péče a obecně dodržování povinností, které pro zdravotní pojišťovny vyplývají z právních předpisů České republiky upravujících veřejné zdravotní pojištění.
- c) Třetí oblast – kompetencí - spočívá v oprávnění působit nejen preventivně, ale v případě zjištění nedostatku či porušení některé ze zákonných povinností, na jejichž plnění úřad dohlíží, též vyžadovat nápravu nebo uplatnit sankce.

4.1.3 Předseda úřadu

Předseda by měl být jmenován prezidentem republiky, měl by být výkonným orgánem úřadu a měl by ho zastupovat navenek. Jedním z hlavních cílů tohoto zákona je apolitizovat dohled nad činností pojišťoven, nebo spíše získat politickou nezávislost. Toho by mělo být dosaženo tím, že volební období předsedy úřadu by mělo být pětileté a tudíž se nebude shodovat s volebním obdobím v poslanecké sněmovně. S politickou nezávislostí souvisí také zákonné požadavky, které musí předseda splňovat. Patří k nim vyloučení střetu zájmů, neslučitelnost s funkcí poslance, senátora, ve veřejné správě i politické straně, bezúhonnost a dosažení alespoň magisterského vzdělání.

4.1.4 Rozhodování

Úřad bude rozhodovat formou správního řízení. Z toho vyplývá velmi významné oprávnění dotčených subjektů v případě pochybností o správnosti postupu nebo výsledku využití opravných prostředků dle ustanovení zákona č. 500/2004 Sb., správního řádu, a zákona č. 150/2002 Sb., soudního řádu správního. Důležitá je zejména možnost soudní ochrany, a to proti nezákonnému rozhodnutí, zásahu, pokynu, donucení nebo nečinnosti úřadu jakožto správního orgánu.

4.1.5 Informační povinnost úřadu

Úřad bude mít informační povinnost ve vztahu k Poslanecké sněmovně, vládě a také ve vztahu k široké veřejnosti:

- a) každoročně bude předkládat Poslanecké sněmovně na vědomí zprávy o své činnosti, rozpočtu, vývoji systému veřejného zdravotního pojištění a o hospodaření zdravotních pojišťoven za uplynulý rok
- b) dvakrát za rok bude úřad předkládat vládě na vědomí zprávy o stavu a vývoji systému veřejného zdravotního pojištění a o hospodaření zdravotních pojišťoven
- c) veřejnost včetně zainteresovaných subjektů bude informována prostřednictvím Věstníku zveřejňovaném i způsobem umožňujícím dálkový přístup

4.2 Zákon o zdravotních pojišťovnách²⁸

Je dalším ze zákonů, které zatím nevstoupily v platnost. Ve svém návrhu tento zákon počítá s tím, že bude uzákoněn zákon o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Současné postavení a činnost zdravotních pojišťoven provádějících veřejné zdravotní pojištění jsou upraveny (jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole) zejména zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky (dále jen „zákon č. 551/1991 Sb.“), a zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách (dále jen „zákon č. 280/1992 Sb.“).

²⁸ Návrh zákona o zdravotních pojišťovnách, dostupný na <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

Současná právní úprava je považována za nedostatečnou, nevhodně zasazenou do právního rámce ČR a z hlediska dalšího rozvoje systému veřejného zdravotního pojištění a zvýšení jeho efektivity jako nevyhovující.

K hlavním problémům současné právní úpravy patří zejména:

1. Nestandardní právní forma zdravotních pojišťoven
2. Nedostatečné a nejasné vymezení podmínek pro vznik a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven
3. Nedostatečně vymezené podmínky fungování zdravotních pojišťoven
4. Nedostatečně upravené povinnosti vůči klientům
5. Nevhodné vymezení rolí a zodpovědností orgánů zdravotních pojišťoven

V návrhu zákona o zdravotních pojišťovnách jsou tedy upraveny všechny výše citované problémy a nedostatky. Já bych se chtěla zastavit u několika z nich.

4.2.1 Vymezení podmínek fungování zdravotních pojišťoven

V rámci tohoto návrhu zákona jsou upraveny následující podmínky fungování zdravotních pojišťoven: práva a povinnosti zdravotních pojišťoven při výběru odvodů, přerozdělování a provozování veřejného zdravotního pojištění, požadavky na organizaci zdravotní pojišťovny, požadavky na hospodaření - solventnost zdravotní pojišťovny, zákonné rezervy, účetnictví, k dalším požadavkům patří také spolupráce mezi zdravotními pojišťovnami.

Zdravotní pojišťovny musí hospodařit především efektivně v zájmu svých pojištěnců. V novém návrhu zákona o zdravotních pojišťovnách je definována solventnost pojišťovny. Každá zdravotní pojišťovna je povinna vytvářet fond minimální hotovostní rezervy ve výši nejméně 3% z celkového pojistného za předcházejících 12 měsíců, nejméně však 50 miliónů Kč.²⁹ V případě výjimečně nepříznivé finanční situace může zdravotní pojišťovna použít prostředky fondu minimální hotovostní rezervy. Použití těchto prostředků musí okamžitě ohlásit Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami spolu se zdůvodněním.

²⁹ Návrh zákona o zdravotních pojišťovnách, dostupný na <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

4.2.2 Spolupráce zdravotních pojišťoven

Dalším bodem, který je v návrhu zákona o zdravotních pojišťovnách definován, je spolupráce mezi zdravotními pojišťovnami. Zákonem jsou určeny činnosti, které by pojišťovny měly vykonávat společně - pomocí Kanceláře zdravotních pojišťoven, což by měla být povinně založená právnická osoba. Členství v této právnické osobě by mělo vzniknout automaticky dnem účinku zápisu do obchodního rejstříku. Na činnost této právnické osoby budou muset všechny zdravotní pojišťovny přispívat.

4.2.3 Upravení vzniku a zániku zdravotních pojišťoven

Vznik zdravotních pojišťoven je jednou ze zásadních změn ve veřejném zdravotním pojištění. Zdravotní pojišťovnou se totiž, podle tohoto zákona, rozumí právnická osoba se sídlem v České republice, založená jako akciová společnost, jejímž předmětem podnikání je výhradně provozování zdravotního pojištění. Aby tato akciová společnost mohla provozovat zdravotní pojištění, musí mít platnou licenci k provozování zdravotního pojištění a zároveň také platné povolení k provozování zdravotně pojistného plánu. Pro vydání licence a povolení musí být splněna celá řada předpokladů a podmínek. Jedním ze základních předpokladů pro udělení licence je, že zakladatel nebo zakladatelé doloží schopnost splnit věcné, finanční a organizační předpoklady pro činnost zdravotní pojišťovny a zároveň základní kapitál dosáhne výše nejméně 100 milionů korun. Pro povolení je nutné, aby pojišťovna provozovala nejméně jeden zdravotní plán se standardním rozsahem zdravotního pojištění. Zdravotních plánů však může pojišťovna provozovat i několik najednou a pojištěnec si vybere, ke kterému z nich chce být zařazen.

Novým zákonem je také upraven zánik zdravotních pojišťoven. Zánik může nastat odejmutím licence nebo odejmutím povolení. Stejně jako u vzniku může vést k odnětí povolení i licence několik důvodů. Pro odnětí povolení může být jedním z důvodů fakt, že v daném zdravotně pojistném plánu se po zákonem určenou dobu neregistroval žádný pojištěnec. Pro odnětí licence může být důvodem například to, že pojišťovna v průběhu 12 měsíců nemá registrovaný stanovený počet 40 tisíc pojištěnců nebo například v případě nečinnosti, opakovaného porušení, nedostatečné nebo opožděné realizace nápravy nebo vědomé a cílené úpravy způsobu přístupu pojištěnce ke zdravotním službám.

4.3 Zákon o univerzitních nemocnicích³⁰

Hlavním cílem navrhovaného zákona je nahradit existující fakultní nemocnice – fungující jako příspěvkové organizace – univerzitními nemocnicemi, které budou mít podobu akciových společností. Dalším cílem je také upravit právní vztahy těchto nemocnic a univerzit, kde z hlediska právní subjektivity bude univerzitní nemocnice plně oddělena od univerzity.

Navrhovaný zákon by se měl skládat z deseti částí. První částí jsou úvodní ustanovení, kde jsou univerzitní nemocnice definovány jako poskytovatelé vysoce specializovaných služeb, kteří se současně věnují vzdělávání a výuce zdravotnických pracovníků a dále také vědě a výzkumu. Druhou část představují definice jednotlivých pojmů, kterými jsou definice univerzitní nemocnice, univerzitního pracoviště, kliniky. Ve třetí části je detailně popsán vznik a založení univerzitních nemocnic. Jak již bylo řečeno, univerzitní nemocnice budou fungovat jako akciové společnosti, jejichž zakladatelem bude stát. Zákon by měl být založen na taxativním výčtu všech univerzitních nemocnic, přičemž v názvu této společnosti musí být uvedeno označení „univerzitní nemocnice“ a dodatek označující právní formu obchodní společnosti. Další dvě části se věnují akciím, základnímu kapitálu, fondům a zabývají se stanovami. Šestá část upravuje předmět činnosti a hospodaření. Následující oddíl pojednává o orgánech univerzitních nemocnic. Tyto orgány jsou valná hromada, představenstvo a dozorčí rada – stejně jako v obchodním zákoníku. Představenstvo a dozorčí rada budou mít dohromady 18 členů, v každém orgánu po 9 členech. Členové představenstva budou voleni valnou hromadou na návrh akcionářů. Osmá část specifikuje univerzitní pracoviště a následující určuje působnost Ministerstva zdravotnictví. Poslední částí je účinnost zmíněného zákona.

4.4 Zákon o specifických zdravotních službách

Zákon upravuje mimo poskytování specifických zdravotních služeb a s tím spojený výkon státní správy i práva a povinnosti pacientů a poskytovatelů zdravotních služeb – tato definice je také obsahem hlavy první daného zákona.

³⁰ Návrh věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích, dostupný na <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

Hlava druhá se zabývá zdravotními službami poskytovanými za zvláštních podmínek. Do této kategorie spadají následující služby:³¹

- a) asistovaná reprodukce
- b) umělé ukončení těhotenství
- c) sterilizace
- d) kastrace
- e) změna pohlaví transsexuálních pacientů
- f) psychochirurgické výkony
- g) genetické dědictví člověka
- h) odběry lidské krve a jejích složek, léčba krví nebo jejími složkami

Hlava třetí se věnuje ověřování nových postupů použitím metody, která dosud nebyla v klinické praxi na živém člověku zavedena – jednodušeji řečeno jsou zde specifikovány podmínky, které musí být splněny, aby se nová metoda mohla vyzkoušet na člověku. Pacient, který bude testovanou osobou, musí dát písemný souhlas s ověřováním nezavedené metody. Musí existovat předpoklad, že tato metoda bude mít příznivé účinky a ověření této metody není možné provést jiným způsobem než ověřením na pacientovi. Neméně důležitou je také podmínka, že nehrozí opodstatněné nebezpečí, že zkoumáním této nové metody dojde k dlouhodobému nebo vážnému poškození zdraví pacienta, který má testovat novou metodu. V samotném průběhu ověřování je důležitým prvkem také etická komise, kterou ustaví poskytovatel ověřované péče před samotným testováním. Etická komise je nezávislá a jejím úkolem je posuzovat testy z etického hlediska, vykonávat dohled nad jejich průběhem, a pokud zjistí porušení podmínek, musí to ihned oznámit poskytovateli a ministerstvu.

V hlavě čtvrté jsou definovány posudkové zdravotní služby a lékařské posudky, dále také pracovně lékařské služby a posuzování nemocí z povolání. V další části je popsáno lékařské ozáření a klinické audity.

V následující části je hlavním předmětem zájmu ochranné léčení, které je neustále velmi diskutovaným tématem. Ochranné léčení se vykonává na základě pravomocného rozhodnutí soudu o uložení ochranného opatření. Léčení může probíhat dvěma způsoby – formou lůžkových zdravotních služeb nebo formou ambulantních zdravotních služeb. Při výkonu ochranného léčení dochází pouze k takovému omezení lidských práv, která stanoví zákon

³¹ Vládní návrh zákona o specifických zdravotních službách, dostupný na <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

a v takové míře, která je nezbytná k dosažení účelu ochranného léčení, pokud tohoto účelu nelze dosáhnout jinak.³² Hlava sedmá řeší správní delikty a následující hlavu tvoří společná, přechodná a závěrečná ustanovení.

4.5 Zákon o zdravotnické záchranné službě

V úvodní části je definován předmět úpravy, základní ustanovení a vymezení pojmů. Předmětem úpravy tohoto návrhu zákona by mělo být poskytování zdravotnické záchranné služby, upravuje práva a povinnosti poskytovatele, stejně tak jako povinnosti poskytovatelů lůžkových zařízení k zajištění návaznosti jimi poskytovaných služeb na zdravotní záchrannou službu.³³ Sama zdravotnická záchranná služba je pak v zákoně definována jako služba, která je neodkladně poskytována osobám se závažným postižením na zdraví nebo v ohrožení života, a to na podkladě tísňové výzvy. Poskytovatelem těchto služeb může být pouze právnická osoba, která má na poskytování těchto služeb oprávnění.

Druhá část se zabývá hlavními a vedlejšími službami. Mezi hlavní služby patří zdravotnická záchranná služba a činnosti k připravenosti na řešení krizových situací. Pod pojem zdravotnická záchranná služba řadíme následující činnosti:

- a) nepřetržité kvalifikované přijímání tísňových zpráv na lince 155
- b) vyhodnocování stupně naléhavosti tísňového volání včetně rozhodnutí o řešení situace
- c) operační řízení výjezdových skupin během zásahu
- d) spolupráce s cílovým poskytovatelem lůžkových služeb
- e) poskytování telefonických instrukcí k zajištění první pomoci
- f) vyšetření pacienta a určení diagnózy
- g) převoz pacienta a zajištění základních životních funkcí během převozu, v případě potřeby i soustavná lékařská péče během převozu pacienta k cílovému poskytovateli lůžkových zdravotních služeb, a to až do okamžiku předání pacienta cílovému poskytovateli lůžkových zdravotních služeb
- h) třídění osob dle odborných hledisek urgentní medicíny při hromadných neštěstích

³² Vládní návrh zákona o specifických zdravotních službách, dostupný na <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

³³ Vládní návrh zákona o zdravotnické záchranné službě, dostupný na: <http://www.mzcr.cz>

Mezi činnosti k připravenosti na řešení krizových situací patří:

- a) činnosti, kterými jsou zajišťovány úkoly k přípravě na řešení mimořádných událostí a krizových situací pro oblast poskytování zdravotnické záchranné služby
- b) činnosti při společných zásazích složek integrovaného záchranného systému
- c) činnosti v rámci úkolů vyplývajících z dokumentace integrovaného záchranného systému

Vedlejšími službami jsou potom dopravní zdravotní služby, zdravotní služby poskytované v ambulancích akutního ošetření při vybraných výjezdových základnách a prohlídky těl zemřelých podle jiného právního předpisu. Poskytování vedlejších služeb však nesmí ohrozit poskytování hlavních služeb.

Třetí část upravuje práva a povinnosti poskytovatele zdravotnické záchranné služby a také organizaci zařízení zdravotnické záchranné služby. Zařízení zdravotnické záchranné služby vždy tvoří: územní středisko, zdravotnické operační středisko, výjezdové základny s výjezdovými skupinami, pracoviště krizové připravenosti. V části čtvrté je plán plošného pokrytí území České republiky výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby a především je zde řešena dostupnost zdravotnické záchranné služby. Ta je dána dojezdovou dobou výjezdové skupiny k pacientovi. Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou. Členové výjezdové skupiny jsou povinni vyjet nejpozději do 2 minut od převzetí pokynu k výjezdu. Dojezdová doba pro konkrétní oblast v České republice se stanoví do 5 až 20 minut v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech dané oblasti.

V dalších třech oddílech je řešeno označení poskytovatele a znak zdravotní záchranné služby, součinnost poskytovatelů lůžkových zdravotních služeb a poskytovatelů zdravotnické záchranné služby, oprávnění a povinnosti členů výjezdových skupin. Další část je jednou z nejdůležitějších, neboť řeší financování zdravotnické záchranné služby. To je možné ze tří základních zdrojů: z veřejného zdravotního pojištění, ze státního rozpočtu a z rozpočtů jednotlivých krajských úřadů. Ze státního rozpočtu jsou hrazeny především: činnost zdravotnického operačního střediska - výše úhrady se stanoví v závislosti na počtu operátorů zdravotnického operačního střediska, přičemž na každých započatých 150 000 osob s trvalým

pobytem na území příslušného kraje se hradí náklady na 5 operátorů; činnosti k připravenosti na řešení krizových situací - výše úhrady činí 10 Kč ročně na osobu s trvalým pobytem na území příslušného kraje; náklady na provoz vrtulníků pro činnost leteckých výjezdových skupin. V posledních třech oddílech jsou řešeny správní delikty, působnost ministerstva a krajů, poslední kapitolou jsou ustanovení společná, přechodná a závěrečná.

4.6 Zákon o veřejném zdravotním pojištění – regulační poplatky

Regulační poplatky a započitatelné doplatky na léčiva jsou tématem, které se nejen při svém zavádění stalo velmi diskutovaným. V následující kapitole bych se chtěla pokusit zachytit vývoj, kterým regulační poplatky prošly. Ačkoliv jsou regulační poplatky zavedeny dva roky, změn, které se do dnešního dne podařilo uskutečnit, bylo opravdu hodně.

4.6.1 Vývoj regulačních poplatků – leden 2008

Dnem 1. 1. 2008 se v České republice začaly vybírat regulační poplatky. Byly zavedeny 4 typy regulačních poplatků:

- a) 30,- Kč za návštěvu lékaře spojenou s klinickým ošetřením
- b) 30,- Kč za položku na receptu
- c) 60,- Kč za den pobytu v nemocnici nebo jiném lůžkovém zařízení
- d) 90,- Kč za návštěvu pohotovostní služby

Vzhledem k tomu, že regulační poplatky byly pro české pacienty úplnou novinkou, bylo vydáno několik příruček, které jim měly pomoci při orientaci v platbách. Z příručky, kterou pro své pojištěnce vydala Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR v roce 2008 pod názvem Příručka pacienta – Průvodce patientskými právy, vybírám definice případů, kdy je nutné regulační poplatek zaplatit.

Regulační poplatek 30,- Kč se platí za:

- a) klinické vyšetření u praktického lékaře
- b) klinické vyšetření u dětského lékaře
- c) klinické vyšetření u gynekologa
- d) klinické vyšetření u ambulantního specialisty
- e) klinické vyšetření u klinického psychologa
- f) klinické vyšetření u klinického logopeda
- g) klinické vyšetření u stomatologa
- h) návštěvu ordinace praktického lékaře či pediatra v obydli pacienta nebo v zařízení sociálních služeb
- i) při výdeji léků na předpis, které jsou plně nebo částečně hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a to za každou položku na receptu (pozn. položky na receptu mohou být pouze 2, netýká se to počtu balení)

Regulační poplatek 60,- Kč se platí:

- a) za den strávený v nemocnici, přičemž počáteční a poslední den hospitalizace jsou brány jako jeden den
- b) za den strávený v odborných léčebných ústavech (tzv. OLÚ)
- c) za den strávený v léčebnách dlouhodobě nemocných (tzv. LDN)
- d) za den strávený v lázeňských zařízeních
- e) za den strávený v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách

Regulační poplatek 90,- Kč se platí za:

- a) lékařskou službu první pomoci
- b) pohotovostní službu u stomatologa
- c) pohotovostní služby vykonané v bytě pacienta
- d) ošetření u stomatologa, pokud u něj není pacient registrován (vyjma vzájemných zástupů stomatologů)
- e) ústavní pohotovostní službu – v sobotu a neděli, ve svátky a v pracovních dnech v době od 17-7 hod

Stejně tak, jako bylo definováno, kdy je povinností pacienta zaplatit regulační poplatky, tak bylo i vymezeno, kdy se tyto poplatky neplatí.

Regulační poplatek 30,- Kč se neplatí:

- a) pokud nebylo provedeno klinické vyšetření
- b) při preventivní prohlídce
- c) při provedení výkonu na žádost pacienta (potvrzení ke studiu atd.)
- d) za povinná očkování, která jsou hrazena ze zákona z veřejného zdravotního pojištění
- e) za laboratorní a diagnostické vyšetření
- f) za naplánované výkony ve stomatologické péči
- g) za zvláštní léčebné úkony (dispensární péče, hemodialýza, dárčovství krve)
- h) za výdej léků předepsaných na recept, pokud nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění
- i) za výdej zdravotnických prostředků na poukaz

Regulační poplatek 60,- Kč se neplatí

- a) za pobyt ve stacionáři
- b) za poskytnutí jednodenní péče na lůžku
- c) pokud je u pacienta vykázána kategorie – pacient na propustce

Regulační poplatek 90,- Kč se nehradí

- a) při následné hospitalizaci pacienta

Regulační poplatky dále nehradí:

- a) pacienti, kteří předloží potvrzení o hmotné nouzi (toto potvrzení vydává obecní úřad a nesmí být starší než 1 měsíc)
- b) pacienti umístění v dětských domovech a výchovných ústavech
- c) pacienti, kterým soud nařídil ochrannou léčbu

Ochranný limit

Spolu s regulačními poplatky vznikl také tzv. ochranný limit. To je maximální částka, kterou pacient bude platit za regulační poplatky a doplatky za předepsaná léčiva. Od 1. 1. 2008 byl tento limit určen pro všechny pojištěnce ve výši 5 000,- Kč. Do tohoto ochranného limitu se však nezapočítávají všechny regulační poplatky a všechny doplatky, které pacient v lékárně zaplatí.

Regulační poplatky, které se započítávají do ochranného limitu, jsou všechny regulační poplatky ve výši 30,- Kč – tj. regulační poplatek za návštěvu lékaře a regulační poplatek za položku na receptu. Naopak do ochranného limitu se nezapočítávají regulační poplatek ve výši 60,- Kč za pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení a regulační poplatek ve výši 90,- Kč za využití pohotovostní či ústavní pohotovostní služby.

Trochu obtížnější situace je v oblasti započitatelných doplatků na předepsané léčivé přípravky. Do ročního limitu se totiž nezapočítává doplatek za celý léčivý přípravek, ale pouze částka, která je rovna výši doplatku na nejlevnější existující lék, který obsahuje stejnou účinnou látku a má stejnou cestu podání, kterou měl i předepsaný léčivý přípravek. V praxi to znamená, že pacient může na svůj lék dopláct určitou finanční částku, ale vzhledem k tomu, že existuje jiný druh léku, který má stejnou účinnou látku a je bez doplatku (plně hrazen pojišťovnou), nezapočítá se pacientovi do ochranného limitu žádný doplatek. Výjimkou je případ, kdy lékař na receptu vyznačí, že předepsaný léčivý přípravek nelze nahradit. V tom případě bude pacientovi započítán do ochranného limitu celý doplatek, i když existuje přípravek, u kterého je doplatek nižší, nebo který je plně hrazen pojišťovnou. Rozhodnutí o tom, zda bude vyznačena nezaměnitelnost přípravku, je zcela v rukou lékaře, ale musí mít medicínské opodstatnění. Kontrolu takto označených receptů je oprávněna provádět zdravotní pojišťovna.

V souvislosti s ochranným limitem bylo také často diskutované téma o situaci, která nastane, když pacient tzv. ochranný limit překročí. V této situaci vstupují do hry zdravotní pojišťovny. Ty jsou ze zákona povinny do 60 dnů od uplynutí čtvrtletí, ve kterém byl překročen ochranný limit, uhradit pojištěnci částku, o kterou byl limit překročen. Pojišťovna je povinna vést o každém svém pojištěnci tzv. poplatkový a doplatkový účet, ve kterém jsou zaznamenány veškeré doplatky a poplatky, které byly na daného pojištěnce vykázány

zdravotnickými zařízeními v daném období. Pacient má právo požádat svou pojišťovnu jedenkrát ročně o výpis z poplatkového a doplatkového účtu (vzor tohoto výpisu je přiložen v příloze mé diplomové práce). Z tohoto výpisu může zjistit, jakým způsobem na něj zdravotnická zařízení vykazovala regulační poplatky a doplatky. V případě nesrovnalostí může pacient proti tomuto vyúčtování podat námitku - například zjistí, že určité zdravotnické zařízení nevykázalo regulační poplatek a on může doložit stvrzenkou, že poplatek byl vybrán. V takovém případě je pojišťovna povinna tuto námitku uznat a přepočítat ochranný limit. Vzhledem k tomu, že pojištěnec může změnit během roku zdravotní pojišťovnu, musí původní pojišťovna informovat nově zvolenou pojišťovnu o výši vybraných regulačních poplatků a doplatků tohoto pojištěnce. V případě úmrtí pojištěnce je částka, o kterou byl překročen ochranný limit, součástí dědického řízení.

4.6.2 Vývoj regulačních poplatků – srpen 2008

Již po sedmi měsících fungování systému výběru regulačních poplatků a doplatků došlo k prvním změnám. Regulační poplatky v této době již nemuseli platit novorozenci, dárce orgánů a pacienti, kterým byla nařízena léčba. Také byla u Ústavního soudu řešena otázka ústavnosti vybírání regulačních poplatků.

V této kapitole bych se chtěla trochu zastavit u tématu placení regulačních poplatků u novorozenců. Bylo to v té době jedno z velmi diskutovaných témat. Především se jednalo o děti, které se narodily předčasně a musely zůstat v lůžkovém zdravotnickém zařízení delší čas. Na jedné straně chápu rodiče, kteří museli vynakládat velké částky na regulační poplatek spojený s pobytem v lůžkovém zdravotnickém zařízení. Na druhou stranu si myslím, že částka za např. 2 měsíce pobytu v nemocnici, pokud by tam dítě bylo hospitalizováno společně s matkou (tj. 7 200,- Kč), je zanedbatelná oproti tomu, pokud dítě bude zdravé.

4.6.3 Vývoj regulačních poplatků – duben 2009

V dubnu roku 2009 došlo asi zatím k nejvýznamnější změně, která se týkala regulačních poplatků a jejich vybírání. Ochranný limit ve výši 5 000,- Kč byl pro děti do 18 let věku včetně a pojištěnce starší 65 let včetně snížen na 2 500,- Kč.

Další změna, a to dost zásadní, nastala také v placení regulačních poplatků. Děti do 18 let nemusí platit poplatky za návštěvu lékaře. Zůstávají však poplatky za návštěvu u klinického psychologa nebo klinického logopeda. Také nadále musí děti do 18 let platit poplatek 60,- Kč za pobyt v lůžkovém zdravotnickém zařízení a také 90,- Kč za pohotovostní službu. Změna nastala také v započitatelných doplácích u pacientů nad 65 let. U těchto pacientů se od 1. 4. 2009 nově započítávají doplatky na částečně hrazené léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely obsahující léčivé látky určené k podpůrné nebo doplňkové léčbě předepsané na recept. Změnila se také částečně platba za léčivé přípravky v lékárnách. Poplatek za položku na receptu zůstal v nezměněné podobě. Doplatek na částečně hrazené léčivé přípravky je však snížen o 30,- Kč zaplaceného regulačního poplatku. Doplatek a regulační poplatek musí být vždy nejméně 30,- Kč.

Od tohoto data byly také od placení poplatků osvobozeny další skupiny pacientů. Osvobozeny od poplatků byly děti, které jsou na základě rozhodnutí soudu v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc nebo děti svěřené do pěstounské péče. Další osvobozenou skupinou se staly osoby, kterým jsou poskytovány sociální služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech se zvláštním režimem, domovech pro seniory nebo ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, pokud by jim po úhradě za ubytování a stravu zbylo méně než 800,- Kč nebo pokud nemají žádný příjem (potvrzení o tom jim dá příslušný poskytovatel sociálních služeb).

4.6.4 Dopad regulačních poplatků

V následující kapitole bych se alespoň dílem chtěla pokusit zanalyzovat dopad vybíraných regulačních poplatků na zdravotní systém v České republice. Vzhledem k tomu, že je velmi složité získat data související s vybranými regulačními poplatky, jsou v následujících tabulkách použita data pouze Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (dále jen VZP ČR). Vzhledem k tomu, že se jedná o největší zdravotní pojišťovnu v ČR, která pojišťuje více jak 60% všech obyvatel České republiky ve všech věkových skupinách, považuji tyto údaje za relevantní a vypovídající o celkovém stavu.

Pro vytvoření určité představy o objemu vybraných regulačních poplatků a dopláců bych chtěla nejdříve zpracovat tabulku, ve které jsou podle typů regulačních poplatků uvedeny údaje o celkových částkách vybraných na výše zmíněné poplatky a doplatky

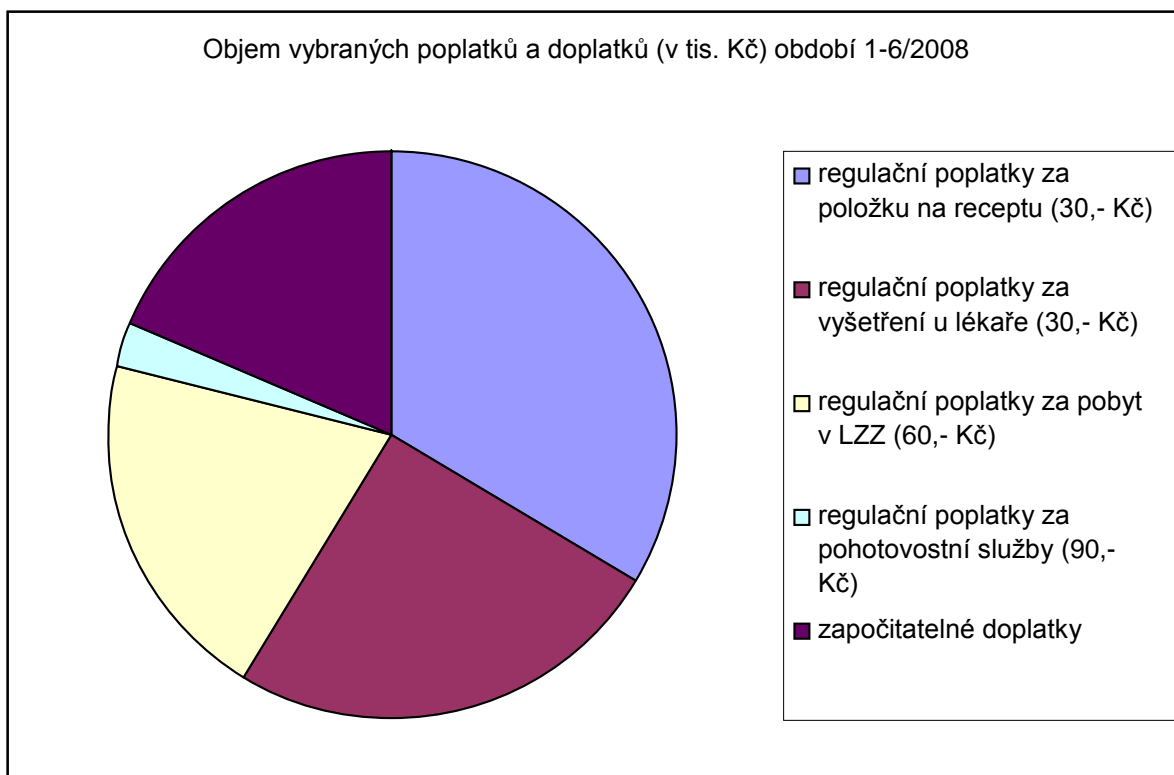
u pojištěnců VZP ČR. Vzhledem k tomu, že rok 2009 ještě není vyhodnocen jako celek, byly do tabulky použity údaje porovnávací 1. pololetí roku 2008 a 2009.

Vybrané regulační poplatky a započitatelné doplátky u pojištěnců VZP ČR		
Typ	Objem vybraných poplatků a doplátků (v tis. Kč)	
	Období 1-6/2008	Období 1-6/2009
Regulační poplatky za položku na receptu (30,- Kč)	788 632	875 337
Regulační poplatky za vyšetření u lékaře (30,- Kč)	581 506	565 296
Regulační poplatky za pobyt v LZZ (60,- Kč)	476 258	447 391
Regulační poplatky za pohotovostní služby (90,- Kč)	57 312	59 064
Mezisoučet za poplatky	1 903 708	1 947 088
Započitatelné doplátky	435 265	474 471
C e l k e m	2 338 973	2 421 559

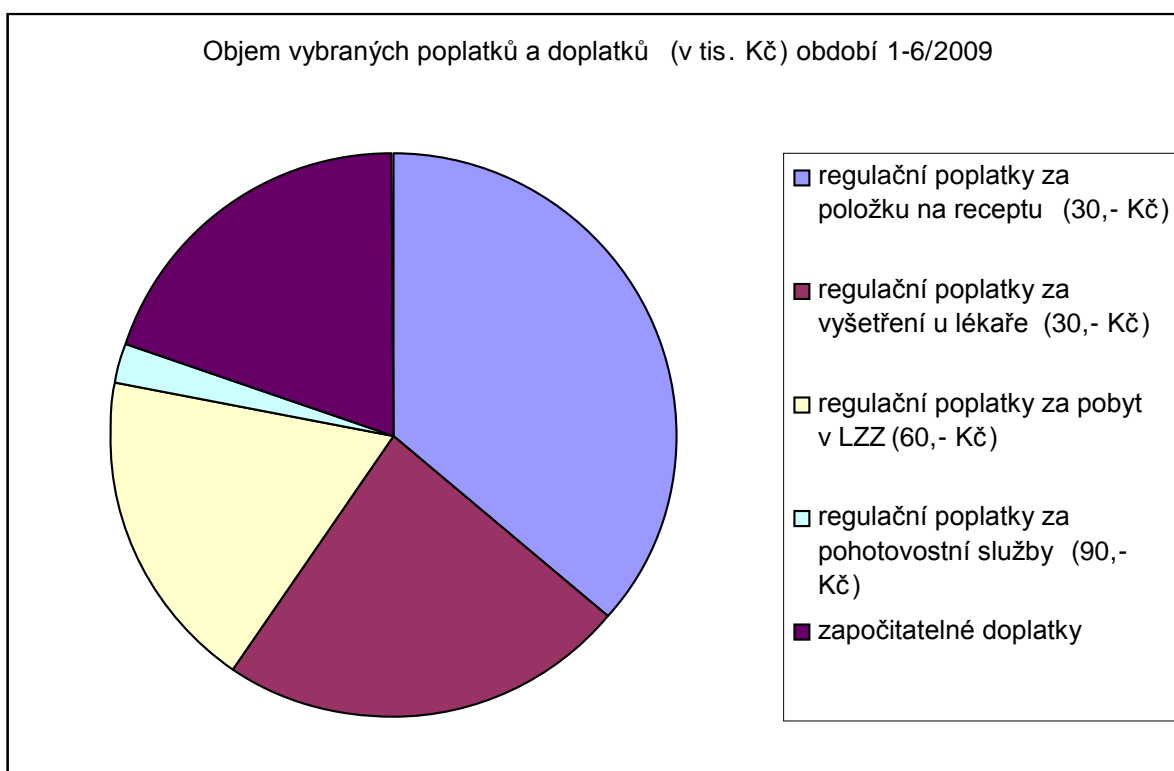
Tab. č. 1: Vybrané regulační poplatky a započitatelné doplátky u pojištěnců VZP ČR³⁴

Z výše uvedené tabulky zjistíme, jaký byl celkový výnos z jednotlivých typů regulačních poplatků a také jakou výši představovaly započitatelné doplátky. Vybrané regulační poplatky dosahují v každém z hodnocených pololetí výše téměř 2 mld. korun. Započitatelné doplátky představují částku kolem 0,5 mld. Kč v každém z hodnocených pololetí. Pro lepší názornost, jakým dílem se podílí jednotlivé regulační poplatky a započitatelné doplátky na celkovém objemu, budou data z výše uvedené tabulky převedena do dvou výšečových grafů. V prvním z nich je znázorněno 1. pololetí roku 2008 a ve druhém z nich 1. pololetí roku 2009.

³⁴ Zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>



Graf 1: Objem vybraných poplatků a doplatků za 1. pololetí 2008



Graf 2: Objem vybraných poplatků a doplatků za 1. pololetí 2009

Porovnáme-li oba výšečové grafy, můžeme si povšimnout, že v obou sledovaných obdobích byl procentní poměr mezi sledovanými typy regulačních poplatků a doplatků

na stejné úrovni. V každém ze sledovaných období tvoří největší podíl na celkovém součtu regulační poplatky za položku na receptu. Ty spolu se započítatelnými doplatky na léčivé přípravky představují více jak polovinu celkového součtu. V 1. pololetí roku 2008 je to 52% a v 1. pololetí 2009 je to téměř 57%. Druhou největší položku tvoří regulační poplatky za návštěvu lékaře, které představují 24,8% (1. pololetí 2008), respektive 23,3% (1. pololetí 2009).

V další části budu zkoumat dopad vybírání regulačních poplatků na počet ošetrovacích dnů v lůžkových zdravotnických zařízeních. Opět budu vycházet z dat VZP ČR. Porovnávat budeme roky 2007 a 2008. Vzhledem k tomu, že pro porovnání vlivu regulačních poplatků na ošetrovací dny existují na Ústavu zdravotnických informací (dále jen ÚZIS) zpracovaná data za všechny zdravotní pojišťovny, budu moci porovnat relevantnost dat VZP ČR. V tabulce č. 2 je zobrazen dopad regulačních poplatků na počet ošetrovacích dnů v zařízeních akutní lůžkové péče - nemocnicích. Jsou zde porovnány roky 2007 a 2008 a to v jednotlivých odbornostech lůžkové péče.

Pokud se na data podíváme pozorně, zjistíme pokles počtu ošetrovacích dnů téměř ve všech odbornostech a to v průměru o 6%. Existují odbornosti, kde pokles ošetrovacích dnů je více než 15%, jako je tomu například u otorinolaryngologie nebo u dermatovenerologie. Značný 12% pokles je také zaznamenán u pediatrie a psychiatrie. Existují také odbornosti, kde nejen, že nedošlo k poklesu počtu ošetrovacích dnů – např. neonatologie, ale vidíme zde i nárůst – např. u kardiologie. Tento nárůst však může být spjat také se změnou způsobu financování operací kardiostimulátorů a kardioverterů - ICD v roce 2008, kdy tyto byly hrazeny nad rámec paušální sazby nemocnic. Obecně však můžeme říci, že u ošetrovacích dnů v zařízeních akutní lůžkové péče došlo v souvislosti s vybíráním regulačních poplatků ke snížení počtu v roce 2008, což byl také jeden z cílů navržené reformy zdravotnictví.

Dopad regulačních poplatků na počet ošetrovacích dnů - standardní lůžková péče			
Odbornost	2007	2008	Index
Interní lékařství	2 227 712	2 092 889	0,94
Chirurgie	1 460 930	1 365 345	0,93
Gynekologie a porodnictví	773 016	719 324	0,93
Neurologie	512 165	493 203	0,96

Ortopedie	437 335	434 846	0,99
Pediatric	406 109	356 002	0,88
Neonatologie	331 061	332 562	1,00
Tuberkulóza a respirační nemoci	273 962	255 165	0,93
Urologie	266 570	241 614	0,91
Fyziatrie a rehabilitační lékařství	224 958	228 077	1,01
Psychiatrie	228 558	200 330	0,88
Otorinolaryngologie	204 946	172 162	0,84
Přenosné nemoci	178 567	167 254	0,94
Dermatovenerologie	172 942	147 712	0,85
Kardiologie	130 982	140 270	1,07
Radioterapie a radiační onkologie	151 803	136 832	0,90
C e l k e m	7 983 623	7 485 595	0,94

Tab. č. 2: Dopad regulačních poplatků na počet ošetrovacích dnů – standardní lůžková péče³⁵

Abychom mohli zhodnotit lůžkovou péči jako celek, musíme se také zaměřit na zařízení standardní lůžkové péče jako jsou léčebny dlouhodobě nemocných, odborné léčebné ústavy a ošetrovatelská lůžka. (viz. tabulka č. 3)

Dopad regulačních poplatků na počet ošetrovacích dnů - následná lůžková péče			
	2007	2008	Index
LDN - léčebny dlouhodobě nemocných	2 963 379	2 812 567	0,95
Ošetrovatelská lůžka	830 359	824 004	0,99
OLÚ - odborné léčebné ústavy	3 355 614	3 226 221	0,96

Tab. č. 3: Dopad regulačních poplatků na počet ošetrovacích dnů – následná lůžková péče

Jak jsme si mohli ověřit také v zařízeních standardní lůžkové péče, došlo k poklesu počtu ošetrovacích dnů. Pro zkoumání relevantnosti dat nyní použijí data, která jsou dostupná na stránkách ústavu zdravotních informací. V následující části jsou data všech ošetrovacích dnů zařízení lůžkové péče. Dle ÚZIS ČR bylo celkem v roce 2007 ošetrovacích dnů

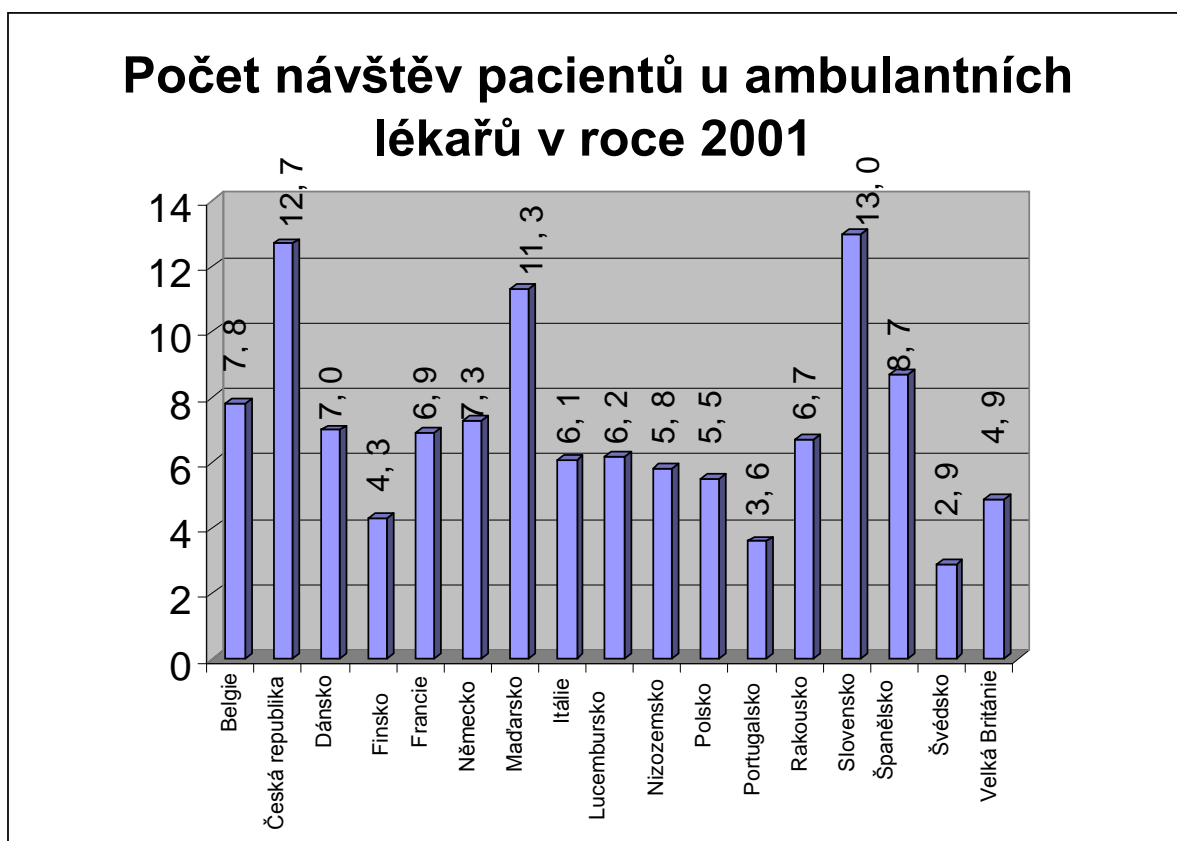
³⁵ Zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>

v lůžkových zařízeních 26 609 640, v roce 2008 to bylo téměř o jeden milion ošetrovacích dnů méně – celkem 25 501 139 ošetrovacích dnů. Pokud porovnáme celková data z ÚZIS ČR a data VZP ČR, zjistíme, že indexy 08/07 jsou si velmi podobné. Pro další rozborů budu tedy i nadále předpokládat, že data VZP ČR jsou vypovídajícím vzorkem.

Počet ošetrovacích dnů	2007	2008	Index 08/07
VZP ČR	15 132 975	14 348 387	0,95
Celkem v ČR (dle ÚZIS)	26 609 640	25 501 139	0,96

Tab. č. 4: Porovnání dat VZP ČR a ÚZIS ČR – počty ošetrovacích dnů v letech 2007-2008³⁶

Vybírání regulačních poplatků se samozřejmě muselo promítnout i do počtu ošetřených pacientů. Jak dokládá následující graf, Česká republika byla v roce 2001 na jednom z předních míst v počtu návštěv pacientů u ambulantních lékařů. Podle dostupných údajů připadalo na jednoho obyvatele ročně více jak 12 návštěv.³⁷

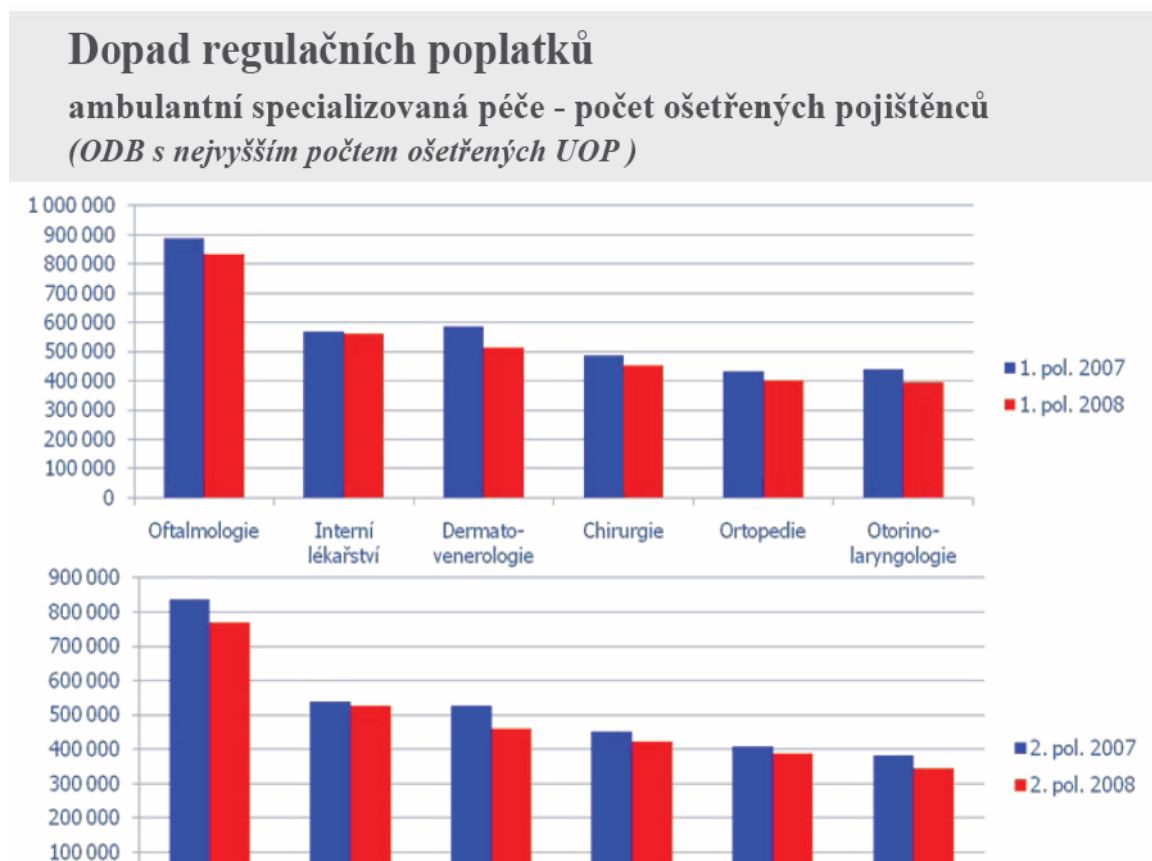


Graf č. 3: Počet návštěv pacientů u ambulantních lékařů v roce 2001

³⁶ Zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>, ÚZIS ČR, dostupný na: <http://www.uzis.cz>

³⁷ P. Hroboň, T. Macháček, T. Julínek: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Praha 2005, VIDI s.r.o.

Bohužel nemám k dispozici dostatek dat, abych mohla provést hlubší analýzu, proto přikládám pouze jeden graf, který dokumentuje pokles ošetřených unicitních pojištěnců v zdravotnických zařízeních ambulantní specializované péče – jedná se o odbornosti, kde je tradičně ošetřováno nejvíce unicitních pojištěnců. Unicitní rodné číslo – takové, které je v daném období (většinou pololetí) započteno do celkového počtu pouze jedenkrát, i když daný pacient navštívil hodnocené pracoviště více jak jednou.



Graf č. 4: Dopad regulačních poplatků na počet ošetřených pojištěnců – ambulantní specializovaná péče³⁸

Vzhledem k tomu, že regulační poplatky za položku na receptu a započitatelné doplátky na léčivé přípravky představují více jak 50% z celkového množství vybraných regulačních poplatků a započitatelných doplátků, chtěla bych se jim v následujícím srovnání věnovat trochu hlouběji. Jedním z cílů reformních snah bylo také zamezení zbytečnému plýtvání s léčivými přípravky. V následujících tabulkách je přehled volně prodejných léčivých přípravků s nízkou prodejní cenou, ve kterých by se zavedení regulačních poplatků mělo projevit nejvíce.

³⁸ Zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>

Volně prodejná léčiva do ceny 60 Kč - nákladově nejvýznamnější						
Název	Náklady v tis. Kč					Index 1. pol. 2009 /1. pol. 2007
	1. pol. 2007	2. pol. 2007	1. pol. 2008	2. pol. 2008	1. pol. 2009	
Ascorutin	8 003	8 272	4 016	4 154	4 304	0,54
Ibalgin 400	5 664	5 140	842	602	509	0,09
Paralen 500	3 258	2 499	193	192	230	0,07
Hylak forte	2 804	2 124	1 793	218	24	0,01
Magnesii lactici 0,5 tbl medic.	1 914	1 846	1 152	1 053	969	0,51
Tussin	1 863	1 171	630	398	605	0,32
Ambrobene 30 mg	1 787	395	98	85	110	0,06
Magnesium 250 mg pharmavit	1 638	630	975	1 219	948	0,58
Heparoid léčiva	1 490	1 152	383	343	365	0,24
Clotrimazol al 1%	1 428	1 274	797	741	727	0,51
Ambrosan	1 336	259	71	55	73	0,05
Anopyrin 400 mg	1 071	1 149	397	359	357	0,33
Dolmina gel	1 041	686	194	163	140	0,13
Dolgit krém	1 040	896	316	284	257	0,25
Panadol	825	562	54	45	47	0,06
Olfen	820	793	404	395	356	0,43
Mucosolvan	812	138	2	1	0	0,00
Indobene	802	690	278	244	211	0,26
Flector ep gel	795	659	262	235	222	0,28
Fungicidin léčiva	659	641	269	244	263	0,40
Veral gel	646	524	175	151	145	0,22
Ophtalmo-septonex	580	487	88	60	62	0,11
Candibene 100 mg	557	486	402	271	303	0,54
Spofax	511	501	383	333	377	0,74
Ibuprofen al 400	500	460	80	62	67	0,13
Suspensio zinci oxydati hbf	492	273	174	128	134	0,27
C e l k e m	42 336	33 707	14 428	12 035	11 805	0,28

Tab. č. 5: Nákladově nejvýznamnější volně prodejná léčiva do 60,- Kč³⁹

³⁹ Zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>

Volně prodejná léčiva do ceny 60 Kč - nejčastěji předepisovaná na recept						
Název	Počet balení v tis. Kč					Index 1. pol. 2009 /1. pol. 2007
	1. pol. 2007	2. pol. 2007	1. pol. 2008	2. pol. 2008	1. pol. 2009	
Paralen 500	453	347	31	31	36	0,08
Ascorutin	380	392	215	223	231	0,61
Ibalgin 400	370	336	55	39	33	0,09
Anopyrin 400 mg	116	114	45	41	40	0,34
Panadol	114	78	8	6	7	0,06
Ambrobene 30 mg	106	23	6	5	7	0,07
Heparoid léčiva	83	78	26	23	25	0,30
Ambrosan	79	15	5	3	4	0,05
Magnesii lactici 0,5 tbl medic.	55	54	34	31	28	0,51
Hylak forte	54	41	35	4	0	0,00
Ibalgin 200	54	36	4	2	2	0,04
Tussin	50	34	18	12	18	0,36
Clotrimazol al 1%	45	43	27	25	25	0,56
Ambrobene 15 mg / 5 ml	40	7	1	1	2	0,05
Faktu	33	26	2	1	3	0,09
Ibuprofen al 400	33	30	5	4	4	0,12
Paralen 100	32	22	2	1	1	0,03
Dolmina gel	30	21	6	5	4	0,13
Dolgit krém	30	28	10	9	8	0,27
Magnesium 250 mg pharmavit	29	11	18	22	17	0,59
Ophtalmo-septonex	27	22	4	3	3	0,11
Fungicidin léčiva	25	24	11	10	11	0,44
Bromhexin 8 km kapky	24	6	1	1	1	0,04
Flector ep gel	24	22	9	8	7	0,29
Olfen	23	24	12	12	11	0,48
Indobene	23	21	9	7	6	0,26
Acylpyrin	22	24	2	2	2	0,09
Celkem	2 354	1 879	601	531	536	0,23

Tab. č. 6: Volně prodejná léčiva nejčastěji předepisovaná na recept do 60,- Kč⁴⁰

⁴⁰ Zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>

V tabulkách byly porovnávány nejčastěji předepisované léčivé přípravky. Je zde viditelný pokles v předepisování těchto léčivých přípravků na recept. Lidé raději tyto léky zaplatí, neboť předepsání na recept by pro ně znamenalo větší finanční zátěž, než když si tato léčiva budou plně hradit. Vzhledem k tomu, že pokles je konstantní ve třech po sobě následujících hodnocených pololetích (rok 2008 a 1. pololetí 2009), můžeme data považovat za průkazná. Není zde příliš patrný vliv předzásobením se léky na konci roku 2007.

Abychom mohli lépe zanalyzovat finanční zátěž těchto léčiv pro pacienta, vytvořím u deseti vybraných léčiv z předcházejících tabulek porovnání, jakým způsobem by byla léčiva hrazena před zavedením regulačních poplatků a srovnám to se skutečností. V tabulce budou pro toto porovnání použity hodnoty z číselníku léčiv platného od 1. 1. 2010.

Porovnání finanční nákladnosti léčiv pro pacienta						
Název	Úhrada ZP	Cena MF	Maximální úhrada bez reg. poplatků	Maximální úhrada s reg. poplatkem	Rozdíl	Procent. nárůst
Paralen 500	8,10	17,76	17,76	39,66	21,90	123%
Ascorutin	17,39	29,86	29,86	42,47	12,61	42%
Ibalgin 400	14,23	60,92	60,92	76,69	15,77	26%
Anopyrin 400 mg	7,40	21,39	21,39	43,99	22,60	106%
Panadol	8,10	45,00	45,00	66,90	21,90	49%
Ambrobene 30 mg	15,81	25,13	25,13	39,32	14,19	56%
Heparoid léčiva	13,67	38,07	38,07	54,40	16,33	43%
Ibalgin 200	7,11	30,82	30,82	53,71	22,89	74%
Bromhexin 8 kapky	12,58	44,92	44,92	62,34	17,42	39%
Acylpyrin	8,10	24,32	24,32	46,22	21,90	90%

Tab. č. 7: Porovnání finanční nákladnosti léčiv⁴¹

⁴¹ Číselník léčivých přípravků s platností od 1. 1. 2010, dostupný na: <http://www.sukl.cz>

Podíváme-li se na poslední sloupec tabulky č. 7, vidíme, kolik procent navíc by musel pacient zaplatit, pokud by si daný léčivý přípravek nechal předepsat na recept. Můžeme si povšimnout, že někdy je to až o více jak 100% více. Vrátime-li se zpět do tabulky č. 5 a 6, zjistíme, že například u léčivého přípravku paralen 500 došlo díky zavedení regulačních poplatků k rapidnímu snížení počtu předepsaných balení a finančních nákladů zdravotní pojišťovny. Konkrétně u tohoto léčivého přípravku se jedná o částku 3 mil. Kč, porovnáme-li 1. pololetí roku 2007 a 1. pololetí roku 2009 (údaj pouze za VZP ČR).

Myslím, že tímto se dostáváme k podstatě zdravotnické reformy v oblasti léčiv. Zdravotní pojišťovny musí vrátet přeplatky nad rámec ochranného limitu, i když nemají žádné přímé příjmy z vybírání regulačních poplatků. Podstatou je, že pojišťovnám se sníží náklady v souvislosti s vybíráním regulačních poplatků. Předpokladem je, že se lidé budou chovat ekonomicky. Nemělo by již tedy docházet ke zbytečnému plýtvání s léky, jako tomu bylo zvykem v minulých letech. Toto tvrzení se však týká pouze levných léků, většinou těch, u kterých je úhrada zdravotní pojišťovnou nižší než 30,- Kč nebo těch, jejichž maximální úhrada je nižší než součet doplatku pacienta a regulačního poplatku.

U nákladnějších léčiv se vybírání regulačních poplatků na nákladech zdravotních pojišťoven neprojeví. Jedinou možnou variantou, která mne napadá a vyvrací toto tvrzení, je možnost, že by pacient vzhledem k zavedení regulačních poplatků zanevřel na zdravotnictví jako na celek, a raději se neléčil. Toto si myslím, že je jedno z kritických míst. Vzhledem k tomu jaká je v současné době ekonomická situace dochází k častým sporům ohledně finanční dostupnosti zdravotní péče především pro osoby důchodového věku.

5. Závěr se shrnutím a nástin možného vývoje

Zdravotnické reformy v současné době probíhají v mnoha zemích Evropy a také ve Spojených státech amerických. Hlavním účelem všech zdravotnických reforem je zvýšení dostupnosti, kvality a efektivnosti zdravotní péče. Cílem mé diplomové práce bylo zanalyzovat zdravotnictví ve vztahu k ekonomické teorii, popsat různé systémy zdravotní péče ve světě. Těmto tématům byly věnovány první dvě kapitoly.

Hlavním úkolem však bylo zanalyzovat situaci, která se týká reformy zdravotnictví v České republice, a zaměřit se především na regulační poplatky. Tento cíl byl splněn v kapitolách tři a především v kapitole čtyři, která je věnována zdravotnické reformě v České republice jako takové. Především je zde subkapitola (4.6), která se plně věnuje zavedení systému regulačních poplatků a doplatků a je zde vyhodnocen jeho průběh.

V této fázi je tedy třeba nastínit budoucí vývoj. Zhodnotit jaké kroky, které byly v rámci reformy uskutečněny, byly dobré a vyjádřit, jakým směrem by se měla reforma dále ubírat. Asi největším reformním krokem, který byl v nedávné době uskutečněn, bylo zavedení regulačních poplatků a doplatků. Vzhledem k tomu, že jsem tomuto tématu věnovala ve své diplomové práci velkou pozornost, chtěla bych s hodnocením a nastíněním budoucího vývoje začít právě u nich. Regulační poplatky a jejich zavedení byl velmi nepopulární krok. Existovalo a stále se kolem nich vede mnoho diskuzí. Dle mého názoru by jejich zrušení bylo velkou chybou. Považuji je za jednu z cest, kterou by se naše zdravotnictví mohlo i nadále ubírat. Nesouhlasím s nimi však docela a myslím, že by změna v jejich systému měla být provedena co nejdříve. Prvním z regulačních poplatků, který bych pozměnila, je poplatek za pobyt v zařízeních lůžkové péče. Dle mého názoru je poplatek 60,- Kč za jeden den hospitalizace nízký a mohl by být jistě navýšen. Vezmeme-li v úvahu, že o pacienta je z hlediska všech jeho biologických potřeb postaráno, mělo by to být odpovídajícím způsobem finančně oceněno. Zároveň by však mělo být přesně určeno, na co má být tento poplatek použit. Formulace poplatku za jeden den hospitalizace mi nepřijde příliš přesná. Druhým poplatkem, který by měl projít určitou změnou je poplatek za položku na receptu. U tohoto regulačního poplatku bych určitě preferovala variantu regulačního poplatku za recept nikoli za položku na něm. Výši 30,- Kč bych zachovala i pro tuto variantu. Největším, ale dle mého názoru nejdůležitějším krokem, by mělo být zahrnutí regulačních poplatků do systému

zdravotního pojištění. Regulační poplatky by neměly nadále být příjmem zdravotnických zařízení a lékáren (vyjma poplatku za hospitalizaci, který bych ponechala jako příjem nemocnic), ale měly by se stát součástí veřejného zdravotního pojištění a tyto prostředky by pak mohly být vynaloženy na nákladnou léčbu například onkologicky nemocných pacientů, nebo by mohly být věnovány na prevenci. Hlavní problém vidím v úsilí najít určitou společnou politickou vůli, protože bez ní není možné změny uskutečnit.

Další směr, kterým by se naše zdravotnictví mělo ubírat nebo spíše v čem já vidím jeden z velkých problémů je financování zdravotní péče. Každý rok je vydávána nová úhradová vyhláška, která upravuje, jakým způsobem bude v následujícím roce financována zdravotní péče. Tato vyhláška vždy přinese nějakou změnu oproti té minulé. Nemyslím, že jsou tyto každoroční změny příliš vhodné. Tento stav není příliš vhodný pro poskytovatele zdravotní péče, vzhledem k tomu, že nemají přehled, jak bude financována zdravotní péče v následujícím období. Doporučila bych vydat jednu úhradovou vyhlášku například na pět let, kde by bylo jasně stanoveno, které období bude pro potřebu výpočtu péče stanoveno jako referenční, ale především jakým způsobem bude péče v určité dané odbornosti financována. Vzhledem k tomu, že pětileté období je docela dlouhý časový úsek, mohlo by třeba ve dvouletých intervalech docházet k přehodnocení hodnoty bodu, ale způsob úhrady by zůstal zachován. Dle mého názoru by se tak financování zdravotnictví stalo mnohem více přehledným a nedocházelo by ke zbytečným sporům a dohadům. Došlo by k velké časové i finanční úspoře, kterou v současné době stojí dohadovací jednání mezi odbornými společnostmi na straně jedné a zdravotními pojišťovny na straně druhé.

Jedním z faktorů, které taky významně ovlivňují kvalitu a dostupnost zdravotní péče je tzv. síť zdravotnických zařízení. Myslím, že v určitých specifických kvalifikacích je síť velmi dobře naplněna, ale vidím zde velké problémy především v oblasti základní zdravotní péče poskytované praktickými lékaři a především stomatology. Bohužel se ve své praxi často setkávám s pacienty, kteří hledají praktického nebo zubního lékaře. V těchto oblastech je situace velmi složitá. Za velmi přínosný považuji seznam praktických lékařů, kteří registrují nové pacienty. Tento seznam je publikován na webových stránkách Sdružení praktických lékařů ČR. Obdobný seznam mají také stomatologové a nalezneme jej na webových stránkách České stomatologické komory. V oblasti specializované péče vidím budoucnost našeho zdravotnictví ve vytváření specializovaných center. V současné době je tento systém dá se říci na začátku, ale dle mého názoru je to krok kupředu. Toto téma je nyní velmi diskutované

v souvislosti se zveřejněním kardiologických center ve Věstníku Ministerstva zdravotnictví. Zde byla na konci roku 2009 uveřejněna všechna kardiologická centra, která mohou provádět složité implantace kardiostimulátorů a kardioverterů. S těmito centry by pak měla být zdravotními pojišťovnami nasmlouvána zdravotní péče. Bohužel se však stalo, že některá zařízení, která tuto péči pojištěncům poskytovala, nebyla do tohoto seznamu znovu zařazena a situace v některých oblastech ČR byla z hlediska dostupnosti výše jmenované péče velmi složitá. Myslím, že vytvoření určitých center je krok správným směrem, ale podmínky pro jejich vznik by měly být jasně stanoveny. Důležité je také stanovit datum, kdy tato péče bude převedena pouze na specializovaná pracoviště. Vzhledem k relativně dlouhým objednacím lhůtám některých pracovišť není určitě dost dobře realizovatelné ukončení provozu během jednoho měsíce, jako tomu mělo být v případě kardiologických center. Pokud by se o této variantě mělo uvažovat, doporučila bych nejméně jednoletou až dvouletou lhůtu pro ta zdravotnická zařízení, která nesplní požadavky, aby nebyla narušena dostupnost zdravotní péče. S touto dostupností také souvisí nutnost propracovat systém specializované ambulantní péče, která bude na centra navazovat. Předpokládám, že pokud bude pojištěnec objednan na plánovanou operaci do určitého centra, nebude pro něj problém překonat i větší vzdálenost z místa svého bydliště. Pravidelné kontroly by však již témuž člověku určité problémy činit mohly, a proto je potřebné navázat na péči vysoce specializovaných center sítí dalších specializovaných ambulantních zdravotnických zařízení, která by zajišťovala dodatečnou péči v regionu, který by byl pro pacienta z hlediska dostupnosti vhodnější. Nemělo by se tedy dojít k tomu, aby byl pacient brán jako rukojmí v tom smyslu, že by ho specializované pracoviště v rámci regionu poslalo zpátky do centra s prohlášením, že by měl jít tam, kde mu byla provedena operace.

Posledním aspektem zdravotnické reformy, u kterého bych se chtěla krátce zastavit je možnost zvolit si vlastní druh pojištění – vybrat si jednu z variant, kterou bude nabízet má zdravotní pojišťovna. Toto téma je velmi komplikované. Já sama bych určitě chtěla mít možnost výběru. Považuji za reálné zachovat určitou základní sazbu – základní program péče, ale jsem pro zavedení další varianty pojištění, kterou bych si já jako občan mohla zvolit. Problém však vidím v tom, aby nedošlo k situaci, že by jiné varianty pojištění byly pouze pro osoby s vyššími příjmy. Jako dobrý nápad se mi jeví uplatňování bonusů a malusů. I v tomto případě bychom se mohli dostat do řady polemik, ale dle mého osobního názoru by měli lidé, kteří se o své zdraví starají, dbají na prevenci, navštěvují pravidelně preventivní prohlídky, podrobují se očkováním atd., být zvýhodněni oproti těm, kteří se svým zdravím hazardují

a mnohdy nejen se zdravím svým, ale i ostatních. Existuje na toto celá řada názorů pro a proti, ale já jsem v tomto příznivcem změny.

Závěrem bych chtěla podotknout, že cíl vytyčený v úvodu mé diplomové práce byl splněn. Byla zde provedena analýza současného stavu reformy zdravotnictví a byl zde proveden určitý nástin možného vývoje v dalších letech.

Důležitým faktorem, který však reformu zdravotnictví v dalším období výrazně ovlivní, bude politická vůle. Bez určité jednoty v politických názorech nebude možné náš zdravotnický systém posunout. Dle mého názoru by se lidé – politici měli poučit ze změn, které zde byly provedeny, měli by je vyhodnotit a navrhnout nějaký další směr, kterým by se naše zdravotnictví mělo ubírat.

6. Literatura

Monografie:

- 1) České zdravotnictví v roce 2050: *Modely finanční udržitelnosti zdravotnictví v ČR*, pracovní tým projektu Kulatý stůl, Praha, leden 2009
- 2) Ing. Iva Brabcová: *Management zdravotnických služeb*, studijní opora
- 3) J. Durdisová: *Ekonomika zdraví*, Oeconomica, Praha 2005, 228 str., ISBN 80-245-0998-9
- 4) J. Rektořík a kolektiv: *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*, Express, s.r.o., Praha 2007, 309 str., ISBN 978-80-86929-29-3
- 5) J. E. Stiglitz: *Ekonomie veřejného sektoru*, Grada 1997, 664 str., ISBN 80-7169-454-1
- 6) Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, Praha, leden 2009, ISBN-978-80-254-3776-6
- 7) P. J. Feldstein: *Health care economics*, 5th ed. Clinton Park: Delmar, 2002.xxiii, 627. ISBN 0-7668-0699-5, vlastní překlad
- 8) P. Hroboň, T. Macháček, T. Julínek: *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*, Praha 2005, VIDI s.r.o.

Zákonné normy, interní předpisy:

- 1) Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- 2) Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- 3) Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění
- 4) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Internetové zdroje:

- 1) B.J. Fried, *Přehled uspořádání a financování systému zdravotní péče v USA*, sborník z konference Zahraniční zkušenosti při financování zdravotnictví [online], podzim 2006, [cit. 2009-11-05], dostupné na <http://www.financovanizdravotnictvi.cz/>
- 2) *Dutch Health Care Reform*, Gelle Klein Ikkink, oddělení zdravotního pojištění Ministerstvo zdravotnictví, sociálních věcí a sportu Nizozemsko, [online], [cit. 2009-11-05], dostupné na: <http://www.kulatystul.cz>

- 3) Číselník léčivých přípravků s platností od 1. 1. 2010, [online], [cit. 2010-03-02], dostupný na: <http://www.sukl.cz>
- 4) Internetový článek ze dne 10. 9. 2009: *Konec hrátek, je čas akce, hájil Obama před Kongresem reformu zdravotnictví*, [online], [cit. 2009-11-05], dostupný na: <http://www.novinky.cz/zahranicni/amerika>
- 5) M. Ambrožová: *Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví* [online], ©2009, [cit. 2010-03-27], dostupný na: <http://www.inmed.cz>
- 6) *Návrh zákona o zdravotních pojišťovnách* [online], [cit. 2010-03-12], dostupný na: <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>
- 7) *Návrh věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích* [online], [cit. 2010-03-12], dostupný na: <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>
- 8) *Statistické ukazatele ÚZIS ČR*, [online], [cit. 2010-04-01], dostupný na: <http://www.uzis.cz>
- 9) *Vládní návrh zákona o specifických zdravotních službách* [online], [cit. 2010-03-12], dostupný na: <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>
- 10) *Vládní návrh zákona o zdravotnické záchranné službě* [online], [cit. 2010-03-18], dostupný na: <http://www.mzcr.cz>
- 11) *Zákon o úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami* [online], [cit. 2010-03-12], dostupný na: <http://www.financovanizdravotnictvi.cz>

7. Seznam tabulek a grafů

7.1 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: <i>Vybrané regulační poplatky a započitatelné doplatky u poj. VZP ČR.</i>	50
Tabulka č. 2: <i>Dopad regulačních poplatků na počet OD – standardní lůžková péče.</i>	53
Tabulka č. 3: <i>Dopad regulačních poplatků na počet OD – následná lůžková péče.</i>	53
Tabulka č. 4: <i>Porovnání dat VZP ČR a ÚZIS ČR – počty OD v letech 2007-2008.</i>	54
Tabulka č. 5: <i>Nákladově nejvýznamnější volně prodejná léčiva do 60,- Kč.</i>	56
Tabulka č. 6: <i>Volně prodejná léčiva nejčastěji předepisovaná na recept do 60,- Kč.</i>	57
Tabulka č. 7: <i>Porovnání finanční nákladnosti léčiv.</i>	58

7.2 Seznam grafů

Graf č. 1: <i>Objem vybraných poplatků a doplatků za 1. pololetí 2008.</i>	51
Graf č. 2: <i>Objem vybraných poplatků a doplatků za 1. pololetí 2009.</i>	51
Graf č. 3: <i>Počet návštěv pacientů u ambulantních lékařů v roce 2001.</i>	54
Graf č. 4: <i>Dopad reg. poplatků na počet ošetřených pojištěnců – amb. spec. péče.</i>	55

8. Seznam příloh

Příloha č. 1 - Výpis z centra doplatků a poplatků VZP ČR – rok 2009

Příloha č. 2 - Léčiva na recept počet balení

Příloha č. 3 - Léčiva na recept – rozložení dle výše úhrady

Příloha č. 4 - Rozložení počtu pojištěnců VZP ČR dle výše uhrazených regulačních poplatků a započitatelných doplatků za léky

Přílohy

Parametry: Číslo pojistěnce: 7658213332, Datum od: 01.01.2009, Datum do: 31.12.2009

Datum	Kód	Název	Množství	Vykázaný poplatek [Kč]	Poplatek [Kč]	Doplatitelné [Kč]	Celkem [Kč]
-------	-----	-------	----------	------------------------------	------------------	----------------------	----------------

ČP: 7658213332

ZP: 111 VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ČESKÉ REPUBLIKY

ICZ: 65001000 Pardubická krajská nemocnice, a.s. IČP: 65001869 Oddělení úrazové chirurgie-ambulace

30.03.2009	09543	REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN	1,00	30,00	30,00	0,00	30,00
------------	-------	--	------	-------	-------	------	-------

ICZ: 65008000	MUDr. Josef Pála	IČP: 65008073	Soukromá ruční ordinace
---------------	------------------	---------------	-------------------------

15.04.2009	09543	REGULAČNÍ POPLATEK ZA NÁVŠTĚVU -- POPLATEK UHRAZEN	1,00	30,00	30,00	0,00	30,00
------------	-------	--	------	-------	-------	------	-------

Poplatky vykázané celkem: 60,00

Započítatelné poplatky celkem: 60,00

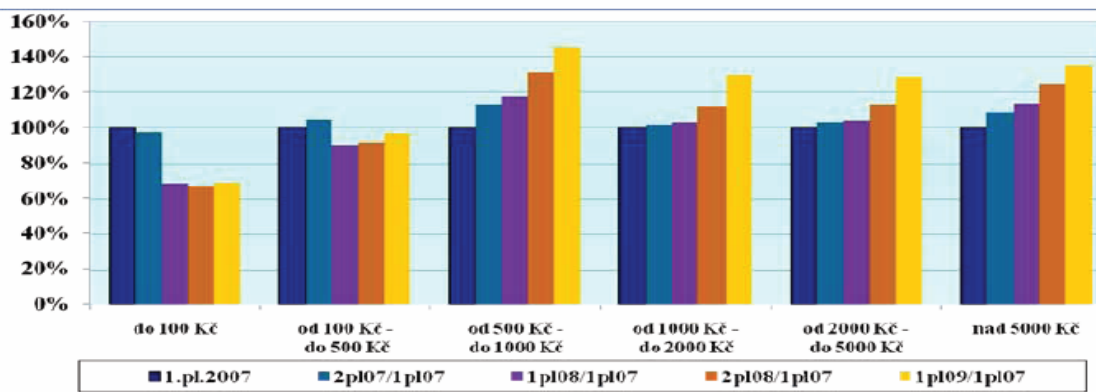
Započítatelné doplatky vykázané celkem: 0,00

Započítatelné doplatky a poplatky celkem: 60,00

KONEC

Léčiva na recept – počet balení

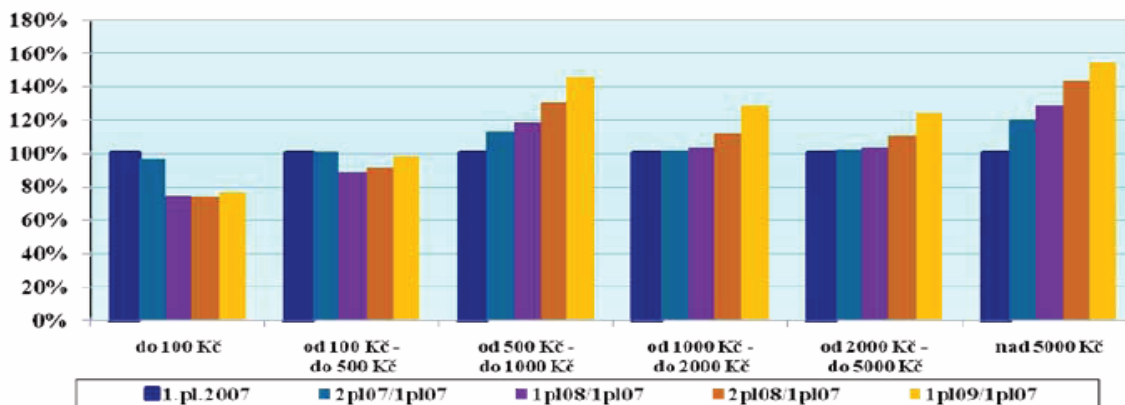
Úhrada (dle číselníku Léky v Kč)	Počet balení v tis.ks				
	1.pl. 2007	2.pl. 2007	1.pl. 2008	2.pl. 2008	1.pl. 2009
do 100	36 035	35 028	24 802	24 286	24 924
od 100 - do 500	24 791	25 808	22 384	22 765	23 987
od 500 - do 1000	1 834	2 072	2 157	2 413	2 673
od 1000 - do 2000	1 099	1 117	1 132	1 229	1 423
od 2000 - do 5000	301	309	313	339	386
nad 5000	64	70	72	80	86



Příloha č. 2 - Léčiva na recept - počet balení, zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>

Léčiva na recept – rozložení dle výše úhrady

Úhrada (dle číselníku Léky v Kč)	Náklady v tis Kč				
	1.pl. 2007	2.pl. 2007	1.pl. 2008	2.pl. 2008	1.pl. 2009
do 100	1 631 325	1 582 666	1 217 303	1 212 574	1 253 093
od 100 - do 500	4 905 240	4 960 486	4 376 160	4 484 174	4 841 250
od 500 - do 1000	1 287 493	1 461 458	1 524 820	1 689 719	1 880 671
od 1000 - do 2000	1 430 879	1 454 544	1 480 702	1 606 010	1 843 742
od 2000 - do 5000	951 194	972 252	983 418	1 053 539	1 186 097
nad 5000	774 325	928 003	999 343	1 111 616	1 198 986



Příloha č. 3 – Léčiva na recept – rozložení dle výše úhrady, zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>

Příloha č. 4 – Rozložení počtu pojištěnců VZP ČR dle výše uhrazených regulačních poplatků a započitatelných doplatků za léky, zdroj: M. Ambrožová: Finanční krize – hrozba i příležitost pro české zdravotnictví, dostupný na: <http://www.inmed.cz>

Rozložení počtu pojištěnců VZP ČR dle výše uhrazených regulačních poplatků a započitatelných doplatků za léky

interval v Kč	pojištěnci se ZRP a DL *				průměr na 1 pojištěnce se ZRP a DL v Kč	
	Období 1-6/2008		Období 1-6/2009		za období 1-6/2008	za období 1-6/2009
	počet pojištěnců k 30.6.2008	procento z celkového počtu pojištěnců	počet pojištěnců k 30.6.2009	procento z celkového počtu pojištěnců		
0	1 083 256	16,6%	1 078 399	17,0%	0	0
do 100	1 563 587	24,1%	1 620 291	25,5%	55	54
101 - 500	2 534 898	38,9%	2 362 078	37,3%	257	255
501 - 1000	903 471	13,9%	860 416	13,6%	700	703
1001 - 2000	367 572	5,7%	369 801	5,8%	1 329	1 330
2001 - 5000	56 833	0,9%	49 959	0,8%	2 587	2 501
nad 5000	717	0,01%	522	0,01%	7 118	6 810
celkem	6 510 334	100,0%	6 341 466	100,0%	277	302