

Možnosti zlepšení systému financování a finanční kontroly poskytované zdravotní péče v České republice

Bc. Šárka Dubská

Diplomová práce
2012

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav regionálního rozvoje, veřejné správy a práva
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: Bc. Šárka DUBSKÁ
Osobní číslo: M10562
Studijní program: N 6202 Hospodářská politika a správa
Studijní obor: Veřejná správa a regionální rozvoj

Téma práce: Možnosti zlepšení systému financování a finanční kontroly poskytované zdravotní péče v České republice

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- Charakterizujte systém financování a finanční kontroly zdravotní péče v ČR.

II. Praktická část

- Provedte komparaci úhrad jednotlivých systémů zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven.
- Zpracujte průzkum názorů zdravotnických zařízení na současný systém financování zdravotní péče v ČR.
- Zhodnoťte systém financování a finanční kontroly poskytované zdravotní péče v ČR a navrhněte možnosti zlepšení současné situace.

Závěr

Rozsah diplomové práce: **cca 70**
Rozsah příloh:
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

- [1] JANEČKOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.
[2] PAPEŠ, Z. Finanční problémy současného zdravotnictví. Zdravotnictví a zdravotní pojištění. 1997, č. 1-2, s. 26-29. ISSN 1211-6289.
[3] VEPŘEK, J. et al. Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 229 s. ISBN 80-247-0347-5.
[4] ZLÁMAL, J. Ekonomika zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

Vedoucí diplomové práce: **Ing. Eliška Pastuszková, Ph.D.**
Ústav financí a účetnictví
Datum zadání diplomové práce: **26. března 2012**
Termín odevzdání diplomové práce: **2. května 2012**

Ve Zlíně dne 26. března 2012

prof. Dr. Ing. Drahomíra Pavelková
děkanka



RNDr. Oldřich Hájek, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že:

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹;
- diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému,
- na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²;
- podle § 60³ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;

¹ zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

- (1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.
- (2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
- (3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

² zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

- (3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

³ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odprá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

- podle § 60⁴ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že:

- jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použité informační zdroje jsem citovala;
- odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

26.4. 2012

⁴ zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

- (2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
- (3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k vyšší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tématem této diplomové práce jsou možnosti zlepšení systému financování a finanční kontroly poskytované zdravotní péče v České republice. Cílem je charakterizovat základní druhy financování zdravotní péče a zjistit, jaká je spokojenost se současným systémem financování a finanční kontrolou ze strany zdravotnických zařízení a navrhnout možnosti zlepšení současné situace. V teoretické části jsou definovány základní druhy financování dle segmentů. Dále je v této části charakterizována finanční kontrola jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak ze strany státních institucí. Praktická část se zabývá analýzou spokojenosti zdravotnických zařízení s jejich formou financování zdravotní péče a porovnáním úhrad zdravotní péče z hlediska jednotlivých zdravotních pojišťoven. V projektové části práce je zhodnocena situace a navržena opatření, která by vedla ke zlepšení současné situace financování ve zdravotnictví.

Klíčová slova: Pojistné, zdravotní pojišťovny, zdravotní péče, finanční kontrola zdravotní péče.

ABSTRACT

The topic of this thesis are Possibilities of improving the system of health care financing and financial control in the Czech Republic. The goal is to provide characteristics of basic types of health care financing and to find out what is the satisfaction level with the current financing system and current financial controls from the point of view of health care institutions. The goal of this thesis is also to propose possible improvements to the present situation. The theory part of this thesis provides analysis of the basic types of financing divided by various health segments. This part also outlines the characteristics of the financial control mechanisms of health insurance companies as well as the financial control mechanisms of government institutions. The practical part provides analysis of the satisfaction of the health care providers with the forms of health care financing. It also compares health care coverage from the point of view of individual insurance companies. The conclusion of this thesis provides overall evaluation of the present situation in health care financing and suggests measures that would lead to an improvement in this field.

Key words: the insurance premiums, health insurance companies, health care, financial controls in health care.

Ráda bych tímto poděkovala vedoucímu referátu ekonomiky zdravotní péče VZP ČR Šumperk, panu Ing. Rostislavu Pumprlovi, za jeho odborné rady, cenné připomínky a čas, který mně a mé práci věnoval.

Velké díky patří vedoucímu této práce, paní Ing. Elišce Pastuszkové, Ph.D., za ochotu a spolupráci.

Motto:

„Dobrý systém financování zdravotní péče povede k hospodárnosti zdravotnických zařízení, ke zlepšení finanční situace státu a s tím ruku v ruce ke spokojenosti pacientů.“

Zdroj: autorka

Prohlašuji, že odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC.....	13
1.1 ZÁKON Č. 48/1997 SB., O VEŘEJNÉM ZDRAVOTNÍM POJIŠTĚNÍ	13
1.2 VYHLÁŠKA MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČR Č. 396/2010 SB.....	14
2 HISTORIE A VÝVOJ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	16
3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V SOUČASNOSTI.....	19
3.1 ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY	19
3.2 SYSTÉM PŘEROZDĚLOVÁNÍ POJISTNÉHO	20
3.2.1 Principy přerozdělování platné od 1.1.1994 - model 60% přerozdělování.....	20
3.2.2 Principy přerozdělování platné od 1.1.2005 - model 100% přerozdělování.....	21
3.3 TYPY PLATEB	23
4 DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE	25
4.1 AMBULANTNÍ PÉČE.....	25
4.1.1 Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost	25
4.1.2 Mimoústavní gynekologická péče.....	27
4.1.3 Stomatologie	28
4.1.4 Ambulantní specialisté	28
4.1.5 Diagnostická péče	29
4.1.6 Zdravotnická záchranná služba, dopravní zdravotní služba.....	29
4.1.7 Domácí zdravotní péče.....	30
4.1.8 Fyzioterapie	30
4.2 FINANCOVÁNÍ LŮŽKOVÉ PÉČE	30
4.3 LÉKÁRNY	31
5 FINANČNÍ KONTROLA.....	33
5.1 FINANČNÍ KONTROLA ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN ZE STRANY STÁTU	33
5.1.1 Kontrola činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.....	33
5.1.2 Kontrola činnosti zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.....	34
5.2 KONTROLA HOSPODAŘENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ ZE STRANY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST	37
6 ANALÝZA FINANCOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ ZE STRANY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	38
6.1 PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DOSPĚLÉ A PRAKTICKÝ LÉKAŘ PRO DĚTI A DOROST	38
6.2 MIMOÚSTAVNÍ GYNEKOLOGICKÁ PÉČE.....	42
7 ANALÝZA SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ S	S

FINANCOVÁNÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE	45
7.1 OTÁZKY DOTAZNÍKU	46
7.2 CELKOVÉ VYHODNOCENÍ.....	47
8 ZHODNOCENÍ NÁVRHŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ.....	71
8.1 POKLADENSKÝ SYSTÉM	71
8.2 ZRUŠENÍ NEBO ZMÍRNĚNÍ REGULAČNÍCH MECHANISMŮ.....	72
8.3 PROBLEMATIKA POČTU ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN.....	73
8.4 REGULAČNÍ POPLATKY A DOPLATKY	74
9 NÁVRH NA ZLEPŠENÍ SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A SYSTÉMU KONTROLY	77
ZÁVĚR	84
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	86
SEZNAM OBRÁZKŮ	89
SEZNAM TABULEK.....	90
SEZNAM GRAFŮ	91
SEZNAM PŘÍLOH.....	92

ÚVOD

Tématem mé diplomové práce jsou možnosti zlepšení systému financování a finanční kontroly poskytované zdravotní péče v České republice. Uvedené téma jsem zvolila především proto, že problematika financování zdravotní péče je velmi diskutovaným tématem a velkým "problémem" současné doby.

Systém financování zdravotní péče je složitý mechanismus, do kterého je zapojeno několik činitelů. V první řadě je to stát, který vykonává moc zákonodárnou a vydává právní normy, na základě kterých je systém financování zdravotní péče v ČR postaven a také vykonává kontrolu. Dalším důležitým prvkem v tomto systému jsou zdravotní pojišťovny, které provádí financování zdravotní péče na základě zákona a jsou v přímé vazbě s dalšími dvěma velice důležitými prvky systému, a to zdravotnickými zařízeními, bez kterých by zdravotní péče neexistovala a samozřejmě pacienti.

Cílem této práce je analyzovat rozdíly ve financování jednotlivých segmentů, zjistit názory lékařů na současný systém financování a navrhnout možnosti zlepšení.

Práce je rozdělena na dvě části, teoretickou a na ní navazující část praktickou.

V teoretické části charakterizují základní právní normy, které souvisí s danou problematikou, popíší vývoj a současnou situaci financování zdravotní péče, dále charakterizují základní druhy zdravotní péče dle segmentů a jejich financování na základě platné legislativy a popíší kontrolu poskytované zdravotní péče jak ze strany zdravotních pojišťoven, tak ze strany státních orgánů.

V praktické části provedu analýzu spokojenosti zdravotnických zařízení s jejich formou financování zdravotní péče a porovnání úhrad jednotlivých segmentů ze strany zdravotních pojišťoven.

Pro zjištění názorů zdravotnických zařízení na danou problematiku připravím dotazník, který zašlu zdravotnickým zařízením tak, aby byly zastoupeny základní segmenty, kterými jsou praktický lékař, stomatologie, fyzioterapie, ambulantní specialisté a gynekologie.

Dalším cílem této práce je zjistit rozdíly ve financování jednotlivých segmentů ze strany zdravotních pojišťoven. Tuto analýzu provedu na základě dodatků ke smlouvě o poskytování zdravotní péče, které mi budou zapůjčeny od zdravotnických zařízení.

V rámci projektové části navrhnu možnosti zlepšení financování zdravotní péče v České republice, které by vedlo ke spokojenosti zdravotnických zařízení s ohledem na současnou finanční situaci.

Informace pro tvorbu diplomové práce budu čerpat především z platné legislativy, z odborných časopisů a literatury, z internetu a z dodatků a smluv o poskytování zdravotní péče od zdravotních pojišťoven.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 LEGISLATIVNÍ RÁMEC

Základním pramenem pro financování zdravotní péče je Listina základních práv a svobod ČR, kde je v článku 31 zakotveno: "Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon."

Druhým nejdůležitějším dokumentem, ze kterého vychází financování zdravotní péče, je zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen zákon č. 48/1997 Sb.), především ustanovení § 13, § 17, § 42 a § 43.

Financování poskytované zdravotní péče je pro rok 2011 podrobně upraveno Vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011 (dále jen Vyhláška č. 396/2010 Sb.).

Zdravotní pojišťovny mohou mít další podmínky pro financování zdravotní péče zakotveny ve smlouvách o poskytování zdravotní péče se zdravotnickými zařízeními. Každá zdravotní pojišťovna má jiný systém bonifikací i jiný motivační systém.

1.1 Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění

O financování poskytované zdravotní péče se v tomto zákoně hovoří zejména v § 13:

(1) Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.

Financování zdravotní péče se týká také § 17:

(1) Za účelem zajištění věcného plnění při poskytování zdravotní péče pojištěncům uzavírají Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a ostatní zaměstnanecké pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona, smlouvy se zdravotnickými zařízeními o poskytování zdravotní péče. Smlouvu o poskytování zdravotní péče lze uzavřít jen na ty druhy péče, které je zdravotnické zařízení oprávněno poskytovat. Smlouvy se nevyžadují při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče pojištěnci.

(6) Hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení

zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních zdravotnických zařízení. Svolavatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví ČR.

Kontrolu vykázané zdravotní péče zakotvuje § 42:

(1) Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců.

(2) Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů.

Kontrola zdravotních pojišťoven je uvedena v § 43:

(1) Zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky.

1.2 Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 396/2010 Sb.

V § 1 je uvedeno, že Vyhláška stanoví pro rok 2011 hodnoty bodu, výši úhrad zdravotní péče poskytované pojištěncům podle § 2 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a regulační omezení objemu této zdravotní péče pro způsoby úhrady:

- a) ve smluvních zdravotnických zařízeních ústavní péče,
- b) smluvními praktickými lékaři, a praktickými lékaři pro děti a dorost,
- c) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících specializovanou ambulantní zdravotní péči,
- d) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 603 a 604,¹
- e) smluvními zubními lékaři,
- f) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 222, 801, 802, 804, 805, 807, 809 a 822,²

¹ 603 - gynekologie a porodnictví; 604 - dětská gynekologie.

- g) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornostech 914, 916, 921 a 925,³
- h) ve smluvních ambulantních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči v odbornosti 902,⁴
- i) smluvními zdravotnickými zařízeními zdravotnické záchranné služby, smluvními zdravotnickými zařízeními poskytujícími dopravní zdravotní službu a lékařskou službu první pomoci,
- j) smluvními zdravotnickými zařízeními lázeňské péče a ozdravovnami,
- k) v rámci neodkladné zdravotní péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních.

Hodnoty bodu ve výše uvedených odbornostech upravují přílohy 1 až 10 Vyhlášky č. 396/2010 Sb.

² 222 - transfúzní služba; 801 - klinická biochemie; 802 - lékařská mikrobiologie; 804 - lékařská parazitologie; 805 - lékařská virologie; 807 - patologická anatomie; 809 - radiodiagnostika; 822 - mykologická laboratoř.

³ 914 - psychiatrická sestra; 916 - nutriční terapeut; 921 - porodní asistentka; 925 - domácí péče

⁴ 902 - fyzioterapie

2 HISTORIE A VÝVOJ FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE

Financování zdravotnictví prošlo zásadním vývojem. Do roku 1992 se veškerá zdravotní péče hradila prostřednictvím státního rozpočtu, veškeré finanční zdroje pro zdravotnictví tedy plynuly z výnosu daní. Od roku 1992 byl systém radikálně změněn a financování zdravotní péče bylo v majoritní části přesunuto na zdravotní pojišťovny, pouze malou část prostředků si ponechal stát. Významným prvkem reformy bylo oddělení plátců a poskytovatelů zdravotní péče díky vzniku zdravotních pojišťoven jako institucí plátců zdravotní péče.

V letech 1990 a 1991 byl zahájen proces postupného rozvolňování krajských a okresních ústavů národního zdraví. Toto období bylo charakteristické vznikem samostatných zdravotnických zařízení s právní subjektivitou. Zřizovateli zdravotnických zařízení mohly být nejen orgány státní správy, ale i samosprávné orgány. Řada zdravotnických zařízení byla zřizována okresními úřady, ale i městy nebo obcemi. Hlavním cílem bylo zavést tržní principy a liberální prostředí do zdravotnictví.

Důsledky uvolnění se začaly projevovat na straně nabídky zdravotnických služeb a na straně vstupů do zdravotnických zařízení. Docházelo k rozšiřování a zkvalitňování nabízeného sortimentu medicínských přístrojů, léčiv a dalšího zboží, a to z velké části z dovozu, což bylo spojeno s růstem průměrných cen vstupů a vedlo k růstu nákladů.

Dnešní situace českého zdravotnictví je z ekonomického hlediska obtížná, ale na druhé straně je však nutno připomenout, že zdravotní péče, která je dnes občanům poskytována, je na podstatně vyšší úrovni, než byla před rokem 1989.

Za revoluční rok pro české zdravotnictví lze označit rok 1993, kdy došlo k přechodu ze státního financování zdravotní péče na soustavu veřejného zdravotního pojištění.

Prostředky na zdravotní péči poskytovanou v rámci veřejného zdravotního pojištění byly a jsou i v současnosti limitovány výběrem pojistného, jehož celkový objem se zvyšuje v relaci k příjmům obyvatelstva a příspěvky státu na státní pojištěnce⁵.

Výrazný prospěch z příznivého finančního vývoje měli jak občané, tak i zdravotničtí pracovníci, a to přes to, že občas vznikaly problémy spojené s používáním různých systémů úhrad za zdravotní péči, nebo související s větší než reálnou spotřebou finančních prostředků získaných z výběru pojistného.

Zejména výkonový systém úhrad za zdravotní péči, dotovaný výrazně z dominantního finančního podílu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, umožnil privatizaci činností nebo i zdravotnických zařízení, vybavení ordinací, ambulantních i lůžkových zařízení novou diagnostickou i terapeutickou technikou a používání nových technologií, postupů a léčiv či zdravotnických prostředků.

Rok 2001 byl velice tíživý, co se týče financování zdravotní péče. Pro zlepšení finanční situace zdravotních pojišťoven sehrál významnou roli krok vlády České republiky iniciovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR, jímž bylo přijetí Usnesení vlády České republiky k postoupení pohledávek zdravotních pojišťoven Konsolidační bance, s.p.ú. Tímto krokem, spolu se zvýšením plateb za osoby, za které je plátcem pojistného stát, došlo ke zlepšení bilance zdravotních pojišťoven a k odstranění závazků zdravotních pojišťoven po lhůtě splatnosti vůči poskytovatelům zdravotní péče. Jak uvádí VZP ve své Výroční zprávě v roce 2001, představovalo zavedení bonifikací pro praktické lékaře novinku platnou od roku 2001. Tento mechanismus finančně podporoval takové jejich chování, které vedlo k racionálnímu a efektivnímu způsobu léčení pacienta.

V roce 2002 bylo financování zdravotní péče ovlivněno hospodářskou situací v České republice, která byla z hlediska makroekonomického nepříznivá. Financování bylo založeno na alokaci finančních prostředků mezi segmenty zdravotní péče, která umožnila přiblížení

⁵ Státní pojištěnci = pojištěnci, za které zdravotní pojištění hradí stát. Tyto osoby jsou konkrétně vyjmenovány v ustanovení § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, kdy se jedná například o nezaopatřené děti, poživitele důchodů, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání apod.

se k moderním evropským a světovým trendům založeným na podpoře významu prevence a preventivní zdravotní péče, na posílení vlivu a rozsahu primární zdravotní péče, na zaměření poskytované zdravotní péče na potřeby populace a na uskutečňování řízeného přesunu nemocných z nemocničních lůžek do péče stacionární či do domácí péče. (Výroční zpráva VZP ČR za rok 2002, 2003, s. 11-12)

V roce 2004 vstoupila Česká republika do Evropské unie. Významnou změnou byl dle Výroční zprávy VZP v roce 2004 postupný přechod na nový způsob přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami. Tento způsob byl nazývaný "stoprocentním přerozdělováním". "Starý" způsob přerozdělování byl založen na základě počtu pojištěnců, za které je plátcem pojistného stát, ve dvou věkových skupinách do 60 let a nad 60 let věku, používaného od roku 1994 do konce roku 2004. Nové přerozdělování je založeno na základě indexů nákladovosti skupin pojištěnců dle věku a pohlaví.

Současně byl zaveden systém tzv. hrazené zvláště nákladné zdravotní péče, který částečně rozložil mezi všechny zdravotní pojišťovny rizika vznikající s pojištěním klientů s velmi nákladnými diagnózami.

V roce 2008 byly zavedeny regulační poplatky a doplatky.

Od roku 2009 se Česká republika potýká s celosvětovou finanční krizí. Hospodářství České republiky ovlivňuje financování zdravotní péče. Makroekonomické ukazatele, jakým je například míra nezaměstnanosti, negativně ovlivňují příjmy zdravotních pojišťoven a ty se potom mohou dostat do platební neschopnosti.

3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V SOUČASNOSTI

Financování zdravotní péče je v České republice založeno na vybírání pojistného od občanů, přerozdělování pojistného mezi zdravotní pojišťovny a následné platby zdravotnickým zařízením za zdravotní služby.

3.1 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojišťovny jsou veřejnoprávní samosprávné organizace. Jedná se rovněž o tzv. otevřené organizace, neboť je pojištěncům umožněna svobodná volba zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou neziskové organizace. Platí, že veškeré uspořené či nevyčerpané finanční prostředky se vracejí zpět a použijí se ke zlepšení zdravotní péče poskytované pojištěncům dané pojišťovny.

V současné době existuje na trhu 8 zdravotních pojišťoven. Největší je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR, která byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky. Ostatní zdravotní pojišťovny jsou zaměstnanecké a byly zřízeny zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Seznam zdravotních pojišťoven v České republice:

- Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR
- Vojenská zdravotní pojišťovna
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna
- Oborová zdravotní pojišťovna
- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra
- Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance
- Revírní bratrská pojišťovna
- Zdravotní pojišťovna Škoda

3.2 Systém přerozdělování pojistného

Systém přerozdělování příjmů zdravotních pojišťoven byl stanoven dle zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění, ve znění pozdějších předpisů. S účinností tohoto zákona od 1.1.1993 se zavedl do praxe systém přerozdělování pojistného. Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR byla povinna zřídit „zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění“. Zvláštní účet sloužil k financování zdravotní péče plně nebo částečně hrazené zdravotním pojištěním na základě přerozdělování pojistného a dalších příjmů zvláštního účtu podle počtu pojištěnců, jejich věkové struktury, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin pojištěnců veřejného zdravotního pojištění.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR uvádí, že účelem přerozdělování je vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami, jak na straně solventnosti plátců, tak na straně výše nákladů na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění. Cílem přerozdělování je tedy udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými.

3.2.1 Principy přerozdělování platné od 1.1.1994 - model 60% přerozdělování

Tento systém přerozdělování byl založen na „valorizaci“ platby za pojištěnce, za které byl plátcem pojistného stát, a to o finanční částky označované jako finanční díly vypočtené každý měsíc ze součtu plateb od státu a části (60 %) pojistného vybraného všemi jednotlivými pojišťovnami. Zdravotní rizika těchto státních pojištěnců byla oceněna díly, které paušálně připadly na věkovou skupinu pojištěnců do 60 let a nad 60 let. Každá zdravotní pojišťovna každý měsíc získala za každého státního pojištěnce do 60 let jeden finanční podíl a za státního pojištěnce nad 60 let tři finanční podíly.

Model 60% přerozdělování pojistného se zaměřil pouze na valorizaci nízké sazby pojistného placeného státem. Ponechával pro úhradu různě vysokých výdajů na zdravotní péči, čerpanou osobami, které nebyly do 60% přerozdělování zahrnuty, tj. zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů, pouze 40 % vybraného pojistného, aniž byla zohledňována skutečnost, zda tato výše vybraného pojistného pokrývá náklady zdravotních pojišťoven spojené s čerpáním zdravotní péče těmito osobami nebo zda k pokrytí těchto nákladů by nestačilo méně než 40 % vybraného pojistného. Paušálně vázal pouze zdravotní rizika osob, za které byl plátcem pojistného stát.

60% model nedokázal v dostatečné míře kompenzovat zdravotním pojišťovnám za věkovou strukturu a zdravotní stav jejich pojištěnců, a umožňoval jim tak vybírat si "ziskové" pojišťovny podle příjmů, věku a zdravotního stavu. Nevýhodou tohoto modelu tedy bylo:

- nízký stupeň přerozdělování pojistného – mezi jednotlivými pojišťovnami existoval až 50% rozdíl v průměrném pojistném vybraném na jednoho ekonomicky aktivního pojištěnce, docházelo tak k výraznému znevýhodnění pojišťoven s pojištěnci s nižším příjmem,
- nepřesná kompenzace rizika spojeného s věkem pojištěnce – do 60 let a nad 60 let, a to pouze u státních pojištěnců,
- chyběla kompenzace nákladů na velmi drahé pojišťovny. Výskyt „rizikových“ pojištěnců v pojistném kmeni znamenal obrovskou zátěž pro bilanci zdravotní pojišťovny.

Všechny výše uvedené nedostatky motivovaly pojišťovny k výběru méně rizikových pojištěnců a vedly k nedokonalému přerozdělování veřejného pojištění. (Jurásková, 2008)

3.2.2 Principy přerozdělování platné od 1.1.2005 - model 100% přerozdělování

Zákonem č. 117/2006 Sb., se zavedlo 100% přerozdělování v plné míře od 1. 4. 2006.

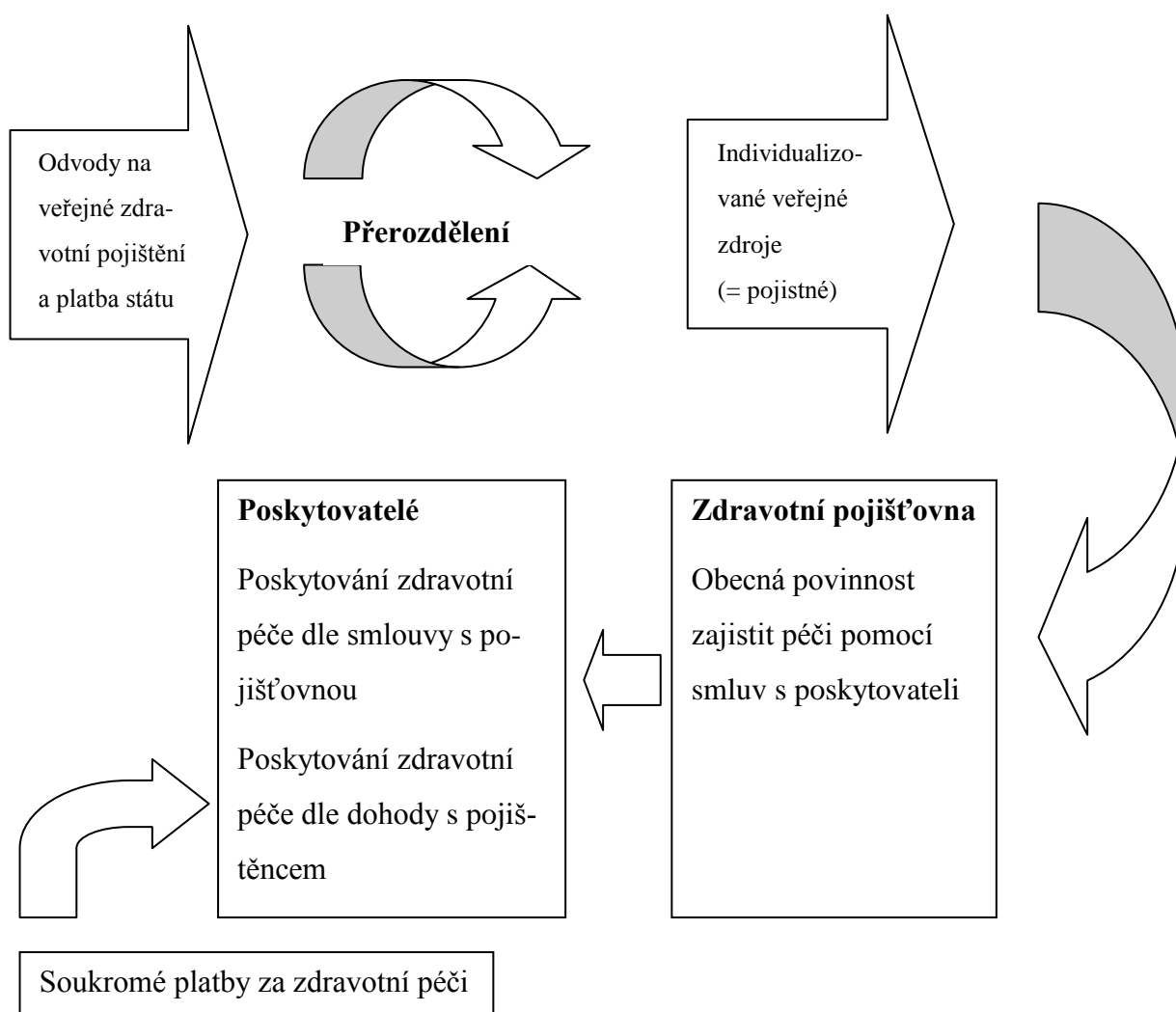
Zvoleným kritériem přerozdělování pojistného je počet všech pojištěnců podle:

- nákladovosti pojištěnců dle věku a pohlaví,
- počtu nákladných pojištěnců ve smyslu zákona č. 48/1997 Sb., – „nákladná péče“⁶ (fond sdílení rizika).

⁶ Nákladná péče je zdravotní péče hrazená veřejným zdravotním pojištěním poskytnutá na území ČR, u níž výše úhrady na jednoho pojištěnce překročila v období jednoho kalendářního roku částku odpovídající třicetinásobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění za poslední účetně uzavřený kalendářní rok.

Nákladovost pojištěnců je zohledňována prostřednictvím nákladových indexů. Zavedlo se 36 věkových skupin v intervalu pěti let, a to zvláště pro muže a zvláště pro ženy. (Info servis, číslo 15 ročník 2, VZP ČR, 2011, s. 1)

Zavedení úhrad nákladné péče je příspěvek pojišťovně na „drahé“ pojištění v rámci zdravotního stavu pojištěnců napříč věkovými skupinami. Jedná se o zajištění pojišťoven proti nadprůměrnému výskytu drahých pojištěnců, které by vedlo k finančním problémům pojišťovny. Zavedení fondu sdílení rizika umožňuje částečně kompenzovat náklady na mimořádně drahé případy. (Vepřek et al, 2002)



Obr. 1. Schéma současného systému financování zdravotní péče; Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR

Důsledkem zavedených pravidel pro tvorbu a přerozdělování zdrojů je, že neexistují stejné podmínky pro to, co si mohou dovolit hradit jednotlivé pojišťovny. Pojišťovna, která má relativně více zdrojů, může proplácet méně hospodárně, což je výhodné pro zdravotnická zařízení. Pojišťovna, která důsledně dbala na hospodárnost poskytovatelů, by neztrácela poskytovatele, ale naopak pojištěnce, kteří jsou primárně ovlivňováni právě osazenstvem zdravotnických zařízení. (Papeš, 1997, s. 26-29)

3.3 Typy plateb

Existuje konečný a vcelku nerozsáhlý počet způsobů, jak zdravotnické služby proplácet těm, kteří je poskytují. Každý z nich má své specifické vlivy na náklady zdravotní péče, kvalitu a administrativu.

a) Platba za výkon

Jde o platbu za jednotlivou položku zdravotní péče, tj. za jednotlivý úkon diagnózy, léčení, ošetřování, farmaceutických služeb apod. Výkony jsou popsány a oceněny přímo nebo prostřednictvím bodu. Seznam výkonů je zároveň ceníkem, podle kterého poskytovatel účtuje plátcí.

Použití: Praktičtí lékaři, specialisté, nemocnice, lékárny.

Vliv na náklady, kvalitu a administrativu: platba za výkon ovlivňuje produkci a vede k vyšším nákladům. Zároveň dává příležitost získat vyšší kvalitu služeb. Administrativní náklady jsou největší ze všech známých typů plateb.

b) Platba za diagnózu

Platí se soubor služeb u jednoho pacienta za jednu epizodu nemoci. Nejznámější jsou Diagnosis Related Groups (DRG).

Použití: DRG je typ určený pro nemocnice.

Vliv na náklady, kvalitu a administrativu: U DRG může poskytovatel maximalizovat svůj příjem tak, že:

- vytváří případy například tím, že přijímá do nemocnice, i když to není nutné, nebo pacienta propustí a přijme znovu - sníží kvalitu péče,
- nevýnosné případy posílá jinam.

Přesto je program DRG považován za výhodnější než výkonová platba. Náklady na administrativu jsou srovnatelné s výkonovou platbou.

c) Platba za ošetřovací den

Základní jednotkou jsou náklady na jednoho pacienta za jeden den péče. Právní norma nebo rámcová dohoda stanoví, co se do jednotky péče počítá, a odstupňuje cenu za jednotku podle kategorie nemocnic.

Použití: nemocnice a jiná lůžková zařízení, zařízení částečné hospitalizace (stacionáře). Lze ji použít i pro dlouhodobou ošetrovatelskou péči o chronické pacienty mimo nemocnici.

Vliv na náklady, kvalitu a administrativu: Platba za pacienta a den motivuje nemocnici k tomu, aby snížila náklady na jednotku. To může udělat buď zlepšením managementu, nebo snížením kvality. Administrativní náklady jsou nižší než u platby za výkon a platby za diagnózu.

d) Platba za hlavu (kapitace)

Proplácí se pacient registrovaný ve zdravotnickém zařízení po určitou dobu, bez ohledu na to, zda a jak je léčen. Kapitace bývá odstupňována podle věku.

Použití: praktičtí lékaři.

Vliv na náklady, kvalitu a administrativu: není motivace pro poskytování zbytečných nebo nadměrně intenzivních služeb, takže vliv na náklady je příznivý. Není ovšem motivace ani pro potřebnou kvalitu a intenzitu. Má-li pacient možnost lékaře změnit, má i lékař motivaci, aby se mu věnoval. Administrativní náklady jsou nízké.

e) Bonifikace

Jde o účelově vázanou platbu, která odměňuje dosažení určitého cíle. Cíl může být ekonomický (například nepřekročit průměrné náklady na léky) nebo medicínský (dosáhnout určitého procenta proočkovanosti nebo preventivních prohlídek).

Použití: lékaři i nemocnice, v podstatě všude tam, kde lze nějaký cíl stanovit. Je doplňkovým typem vedle nějakého hlavního typu platby.

Vliv na náklady, kvalitu a administrativu: záleží na formulaci cíle. Administrativní náklady jsou nízké.

4 DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Financování českého zdravotnictví prošlo poměrně značnou změnou. Po čistě výkonovém principu úhrad za poskytnutou zdravotní péči se začaly diferencovat způsoby financování pro jednotlivé druhy zdravotní péče. Každý segment je financován rozdílným způsobem.

Mezi základní druhy zdravotní péče patří:

- 1) AMBULANTNÍ PÉČE
 - a) Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost
 - b) Mimoústavní gynekologická péče
 - c) Stomatologie
 - d) Ambulantní specialisté
 - e) Diagnostická péče
 - f) Zdravotnická záchranná služba, dopravní zdravotní služba
 - g) Domácí zdravotní péče
 - h) Fyzioterapie
- 2) AKUTNÍ LŮŽKOVÁ PÉČE
- 3) LÉKÁRNY

4.1 Ambulantní péče

Mezi základní druhy ambulantní péče patří odbornosti: praktický lékař, gynekologie, stomatologie, ambulantní specialisté, diagnostická péče, záchranná služba, domácí zdravotní péče a fyzioterapie.

4.1.1 Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost

System financování praktických lékařů je odlišný od jiných segmentů, protože i povaha jejich práce je odlišná. Praktický lékař vykazuje málo výkonů spojených s nějakým materiálem nebo přístroji, daleko více než ostatní lékaři s pacientem komunikuje a vyšetřuje jej pohmatem či poslechem. (Hamouz, 2005, s. 10-11)

V segmentu praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost je v současné době zdravotní péče hrazena podle Vyhlášky č. 396/2010 Sb. a podle platné smlouvy mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením.

Existují tři varianty úhrady:

1. kombinovaná kapitačně-výkonová platba,
2. výkonová úhrada,
3. kombinovaná kapitačně-výkonová platba s dorovnáním kapitace – takzvané malé praxe.

1. Kombinovaná kapitačně-výkonová platba

Kombinovaná kapitačně-výkonová platba se skládá ze základní paušální platby a složky výkonové. Základní platba vznikla tak, že se nejfrekventovanější výkony zahrnuly do paušálu, ostatní, kterých je okolo 20 %, se vykazují zvlášť. Existuje ještě bonifikační složka, kterou pojišťovny oceňují lékaře za to, že se chová úsporně, a že ovlivňuje cestu svých pacientů systémem zdravotní péče. (Hamouz, 2005, s. 10-11)

Výše kapitační platby se vypočte podle počtu přepočtených pojištěnců⁷ příslušné zdravotní pojišťovny, násobeného základní sazbou stanovenou na jednoho registrovaného pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny na kalendářní měsíc. Výše základní sazby, popřípadě celková výše úhrady, může být navýšena při splnění podmínek stanovených ve smlouvě mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením. Základní sazba je stanovena platnou vyhláškou.

2. Výkonová úhrada

Pro zdravotní výkony nezahrnuté do kapitační platby a zdravotní výkony za neregistrované pacienty příslušného zdravotnického zařízení, zdravotnickým zařízením vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané, hrazené podle seznamu výkonů, se pro rok 2011 stanoví hodnota bodu ve výši 1,08 Kč.

3. Kombinovaná kapitačně-výkonová platba s dorovnáním kapitace

Dorovnání kapitace se poskytuje v případech, kdy praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost má, s ohledem na geografické podmínky, menší počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70 % celostátního průměrného počtu takových pojištěnců (celostátní průměr se stanoví vždy pro daný kalendářní rok podle údajů Centrálního registru pojištěnců, spravovaného Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR) a poskytování takové zdravotní péče je nezbytné ke splnění povinností zdravotní pojišťovny podle § 46 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb.

Dorovnání kapitace lze poskytnout až do výše 90 % kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet přepočtených pojištěnců registrovaných u příslušné zdravotní pojišťovny. Na dorovnání se podílí zdravotní pojišťovna, se kterou má zdravotnické zařízení uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče podílem, který odpovídá procentu jejich pojištěnců z přepočtených pojištěnců registrovaných tímto zdravotnickým zařízením. (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 396/2010 Sb.)

Velmi zajímavou součástí platby jsou bonifikace. Zdravotní pojišťovny je nazývají různě a rovněž k nim různě přistupují. (Hamouz, 2005, s. 10-11)

4.1.2 Mimoústavní gynekologická péče

Zdravotní péče poskytovaná v zařízeních specializované ambulantní zdravotní péče odbornosti gynekologie a porodnictví je v roce 2011 placena výkonově s hodnotou bodu ve výši 1,06 Kč s omezením maximální úhradou. (Macháčková, 2011, s. 1)

Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny objemu úhrady za odpovídající referenční období, nebo ve výši hodnoty zdravotnickým zařízením vykázané a uznané zdravotní péče za příslušný měsíc.

⁷ Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako počet zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách násobených indexem. Indexy dle věkových skupin pacientů upravuje Vyhláška č. 396/2010 Sb. - viz Příloha PI.

4.1.3 Stomatologie

Stomatologové jsou v České republice hrazení výkonovou úhradou. To znamená, že výkony a faktury, které vykazují v daném měsíci, jim jsou zaplacený v plné výši dle aktuálního ceníku. Neexistuje zde předběžná měsíční úhrada jako u gynekologů.

Vyhláška č. 396/2010 Sb., upravuje financování stomatologů v § 7, kde je uvedeno:

- (1) Pro zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, hrazenou podle seznamu výkonů, se hodnota bodu stanoví ve výši 0,95 Kč.
- (2) Zdravotní pojišťovna je oprávněna omezit výši úhrady zdravotnickým zařízením tak, aby celková výše nákladů zdravotní pojišťovny vynaložených na zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři nepřekročila celkovou výši těchto nákladů stanovenou ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny. Pokud by překročení celkové výše úhrady za zdravotní péči poskytovanou zubními lékaři, stanovené ve zdravotně pojistném plánu zdravotní pojišťovny na tuto zdravotní péči, bylo způsobeno poskytnutím většího objemu nutné a neodkladné zdravotní péče, zdravotní pojišťovna tento větší objem zohlední v úhradě.

Stomatologové nemají žádná omezení, žádné regulace ani žádné bonifikace.

4.1.4 Ambulantní specialisté

Ambulantní specialisté jsou financováni na základě Vyhlášky č. 396/2010 Sb., a Vyhlášky č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, a dále mají uzavřené cenové dodatky s jednotlivými zdravotními pojišťovnami. Dodatky jsou uzavírány na období jednoho roku.

Příkladem ambulantních specialistů jsou zdravotnická zařízení s odbornostmi:

interní lékařství, diabetologie, endokrinologie, hemodialýza, rehabilitace, alergologie, neurologie, psychiatrie, pracovní lékařství, chirurgie, ortopedie, foniatrie, oftalmologie, urologie, radiodiagnostika, domácí péče.

Výše úhrady se stanovuje podle seznamu výkonů úhradou za poskytnuté zdravotní výkony s hodnotou bodu, která je dána platnou vyhláškou.

4.1.5 Diagnostická péče

Diagnostická péče zahrnuje odbornosti:

- Mamografický screening - hodnota bodu je stanovena ve výši 1,10 Kč.
- Radiodiagnostika - hodnota bodu je stanovena ve výši 1,10 Kč (kromě vyjmenovaných výkonů, u kterých je hodnota bodu snížena na 0,70 Kč).
- Ostatní odbornosti, mezi které patří například klinická biochemie, lékařská mikrobiologie, bakteriologie nebo virologie, jsou hrazena hodnotou bodu ve výši 0,70 Kč.

Zdravotní péče poskytovaná v hodnoceném období se hradí hodnotou bodu do 100 % objemu zdravotnickým zařízením vykázaných bodů za referenční období. Nad tento objem se zdravotní péče hradí s hodnotou bodu 0,40 Kč.

4.1.6 Zdravotnická záchranná služba, dopravní zdravotní služba

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů vymezuje základní úkol **zdravotnické záchranné služby**, a to poskytování odborné přednemocniční neodkladné zdravotní péče, svěřuje do samostatné působnosti krajů zřizování zařízení zdravotnické záchranné služby a stanoví odpovědnost krajů za její organizaci a zajištění činnosti.

Zákon č. 48/1997 Sb., upravuje rozsah zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, která zahrnuje výkony provedené v rámci zdravotnické záchranné služby při poskytování odborné přednemocniční neodkladné zdravotní péče. Ostatní náklady na provoz zdravotnické záchranné služby jsou hrazeny z rozpočtu zřizovatele. (Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2007, s. 1)

Dle Vyhlášky č. 396/2010 Sb., je hodnota bodu stanovena na 1,06 Kč.

Dopravní zdravotní služba je hrazena výkonovým způsobem s uplatněním sestupné hodnoty bodu. Zdravotnická zařízení jsou rozdělena do dvou skupin:

- a) zdravotnická zařízení poskytující dopravní zdravotní službu v nepřetržitém provozu
- b) zdravotnická zařízení neposkytující dopravní zdravotní službu v nepřetržitém provozu

4.1.7 Domácí zdravotní péče

Cílem služeb domácí péče je umožnit lidem v době nemoci, stáří a při omezené soběstačnosti vést důstojný život v jejich přirozeném sociálním prostředí a zachovat vlastní životní styl. (Charita Šumperk)

Domácí péče je hrazena výkonovým způsobem s využitím sestupné hodnoty bodu, která je uplatňována při překročení 105 % stanoveného objemu péče.

Dle Vyhlášky č. 396/2010 Sb., je hodnota bodu stanovena ve výši 1 Kč.

Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením do 105 % vypočteného objemu se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu 1 Kč.

Zdravotní péče nad 105 % objemu se hradí s hodnotou bodu 0,70 Kč.

4.1.8 Fyzioterapie

Zdravotní péče poskytovaná segmentem fyzioterapie je hrazena výkonovým způsobem úhrady s aplikací sestupné hodnoty bodu.

Hodnota bodu je stanovena ve výši 0,80 Kč. Zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením nad vypočtený objem se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,50 Kč.

4.2 Financování lůžkové péče

Financování lůžkové péče je velice složitý mechanismus, který vychází především z úhradové Vyhlášky č. 396/2010 Sb., která upravuje ústavní péči v § 1 a následně v § 3, odst. 1 a v příloze 1 a příloze 9.⁸ Nemocniční zařízení představují i rozhodující podíl celkových nákladů na poskytování zdravotní péče.

"Jakmile pacient vyhledá lékaře nebo je přijat do nemocnice, stává se lékař tím, kdo určuje množství a druh poskytnuté péče. Lékařovo rozhodování a chování však může ovlivnit typ

⁸ Přesné znění úhradové vyhlášky č. 396/2010 Sb., Příloha 1. - viz Příloha PII této diplomové práce

organizace či způsob úhrady péče. Ekonomové vycházejí z předpokladu, že "racionální" poskytovatel maximalizuje zisk. Tento předpoklad není v žádném odvětví národního hospodářství splněn na sto procent. Ve zdravotnictví je ziskový motiv ještě méně dobrým předpokladem, neboť poskytování zdravotní péče má silný humanitární aspekt. To se projevuje i v tom, že ve zdravotnictví pracuje mnoho neziskových organizací. I tak však lze předpokládat, že výsledek hospodaření není poskytovatelům lhostejný. Nikdo nemůže být dlouhodobě ztrátový. Vedení nemocnice, které by věnovalo malou pozornost finančním otázkám, riskuje, že bude nahrazeno novým. Způsob úhrady poskytnuté zdravotní péče ovlivňuje celkové zdravotní výdaje, administrativní náklady, efektivitu poskytovatelů, spokojenost pacientů a dokonce i jejich zdravotní stav." (Dlouhý, 1997, s. 5)

Poskytnutá, vykázaná a uznaná zdravotní péče v nemocnicích je hrazena kombinovanou úhradou, která se skládá z těchto základních složek úhrady:

1. paušální složka úhrady za hospitalizační péči (PU_{hosp}),
2. úhrada formou případového paušálu (PU_{drg}),
3. ambulantní složka úhrady (UV_{amb}),
4. pohotovostní ústavní služba (PUS),
5. úhrada mimořádně nákladné péče (MNP),

s regulačními omezeními objemu zdravotní péče.

4.3 Lékárny

Financování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky upravuje zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu (dále jen zákon č. 20/1966 Sb.), a Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky. Výše úhrad léčiv a prostředků zdravotnické techniky příslušnou zdravotní pojišťovnou vyplývá ze seznamu léčiv a prostředků zdravotnické techniky. Úhrada léčivého přípravku odpovídá součinu úhrady jedné denní dávky léčivé látky včetně dalších látek obsažených v léčivém přípravku a počtu těchto dávek obsažených v léčivém přípravku.

Zásady hrazení léčiv a prostředků zdravotnické techniky zdravotní pojišťovnou

Zdravotní pojišťovny hradí pouze léčiva a prostředky zdravotnické techniky uvedené v jejich seznamu v rozsahu jím stanoveném.

V plném rozsahu hradí zdravotní pojišťovna pouze prostředky zdravotnické techniky v základním provedení, čímž se rozumí takové provedení, které pojištěnci funkčně plně vyhovuje a splňuje podmínky nejmenší ekonomické náročnosti. (Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 426/1992 Sb.)

5 FINANČNÍ KONTROLA

Finanční kontrola poskytované zdravotní péče je uskutečňována ve dvou rovinách.

- a) finanční kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu,
- b) kontrola hospodaření zdravotnických zařízení ze strany zdravotních pojišťoven.

5.1 Finanční kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu

Finanční kontrola zdravotních pojišťoven je upravena zákonem.

Kontrola Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR je upravena zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

Kontrola zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je upravena zákonem č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.

Zmínka o kontrole zdravotních pojišťoven je i v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v § 43, kde je uvedeno:

- (1) zdravotní pojišťovny podléhají kontrole státních orgánů České republiky,
- (2) zdravotní pojišťovna vede osobní účet pojištěnce jako přehled výdajů na zdravotní péči poskytnutou tomuto pojištěnci a zaplacených regulačních poplatků a doplatků za částečně hrazené léčebné přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely.

5.1.1 Kontrola činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

Kontrola Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR je upravena v zákoně č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR v § 7a, § 8.

§ 7a:

- (1) Kontrolu činnosti pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zjistí-li toto ministerstvo závažné nedostatky v činnosti pojišťovny, zejména nedodržování tohoto zákona, předpisů o všeobecném zdravotním pojištění nebo schváleného zdravotně pojistného plánu, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku
 - a) vyžadovat, aby pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu, zejména uvedla svou činnost do souladu s tímto zákonem, předpisy o všeobecném zdravotním pojištění a schváleným zdravotně pojistným plánem,

b) zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku.

§ 8:

(1) Pojišťovna je povinna vždy do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření. Způsob podávání těchto informací a jejich rozsah stanoví Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí prováděcím právním předpisem. V případě zjištění bilanční nerovnováhy je současně povinna předložit Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí návrh opatření. Ministerstvo zdravotnictví po projednání s Ministerstvem financí předloží návrh opatření vládě. Ministerstvo zdravotnictví informuje veřejnost o hospodaření pojišťovny prostřednictvím sdělovacích prostředků.

(2) V případě platební neschopnosti pojišťovny zaručuje uhrazení nákladů poskytnuté zdravotní péče po vyčerpání prostředků rezervního fondu státní rozpočet České republiky ve formě návratné finanční výpomoci.

(3) Objem návratné finanční výpomoci ze státního rozpočtu může činit nejvýše 50 % prokázaného nedostatku finančních prostředků způsobeného zvýšeným rozsahem poskytovaných zdravotnických služeb. O poskytnutí návratné finanční výpomoci rozhoduje vláda na návrh ministra zdravotnictví po dohodě s ministrem financí.

5.1.2 Kontrola činnosti zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven

Kontrola zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven je upravena v zákoně č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách v § 7:

(1) Kontrolu činnosti zaměstnanecké pojišťovny provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Zaměstnanecká pojišťovna je k tomu účelu povinna vždy do 60 dnů po skončení kalendářního čtvrtletí podat Ministerstvu zdravotnictví a Ministerstvu financí zprávu o svém hospodaření. Způsob podávání těchto informací a jejich rozsah stanoví Ministerstvo zdravotnictví prováděcím právním předpisem. Ministerstvo zdravotnictví v dohodě s Ministerstvem financí informuje veřejnost o hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven prostřednictvím sdělovacích prostředků. Zjistí-li Ministerstvo zdravotnictví závažné nedostatky v činnosti zaměstnanecké pojišťovny, je oprávněno podle povahy zjištěného nedostatku

a) vyžadovat, aby zaměstnanecká pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu, nebo

b) zavést nucenou správu na dobu nejvýše jednoho roku.

5.2 Kontrola hospodaření zdravotnických zařízení ze strany zdravotních pojišťoven

Zdravotnická zařízení jsou "pod dohledem" zdravotních pojišťoven, které kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče na základě zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. V zákoně je kontrola zdravotní péče zakotvena v § 42:

(1) Zdravotní pojišťovny kontrolují využívání a poskytování zdravotní péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců.

(2) Kontrolní činnost provádějí prostřednictvím informačních dat v rozsahu stanoveném zákonem a činností revizních lékařů.

(3) Revizní lékaři posuzují odůvodněnost léčebného procesu se zvláštním zřetelem na jeho průběh a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a na posuzování potřeby lázeňského pobytu jako součásti léčebné péče. Revizní lékaři a další odborní pracovníci dále kontrolují, zda

a) poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně,

b) byly vyúčtovány pouze ty výkony, léčivé přípravky a prostředky zdravotnické techniky, které je zdravotní pojišťovna povinna uhradit,

c) rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pojištěnce.

Pokud kontrola prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, zdravotní pojišťovna takovou péči neuhradí.

(4) Ke splnění úkolů uvedených v předchozích odstavcích jsou revizní lékaři a odborní pracovníci oprávněni vstupovat do zdravotnických zařízení. Výkon činnosti revizního lékaře a odborných pracovníků nesmí narušit prováděný léčebný výkon. Zdravotnické zařízení poskytuje zdravotní pojišťovně nezbytnou součinnost při výkonu kontroly, zejména předkládá požadované doklady, sděluje údaje a poskytuje vysvětlení. Přístup ke zdravotnické

dokumentaci se umožňuje pouze revizním lékařům nebo odborným pracovníkům; tito pracovníci mají přístup ke zdravotnické dokumentaci pouze v rozsahu odpovídajícím kontrole.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 ANALÝZA FINANCOVÁNÍ JEDNOTLIVÝCH SEGMENTŮ ZE STRANY ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN

Pro provedení analýzy z hlediska financování zdravotnických zařízení ze strany jednotlivých zdravotních pojišťoven a porovnání rozdílů ve financování, jsem požádala zdravotnická zařízení (odbornosti: praktický lékař, gynekologie a porodnictví, ambulantní specialisté a fyzioterapie) o poskytnutí úhradových dodatků ke smlouvám o poskytování zdravotní péče, které podepsala s jednotlivými zdravotními pojišťovami. K analýze jsem použila 6 největších zdravotních pojišťoven v České republice, kterými jsou Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP ČR), Oborová zdravotní pojišťovna (OZP), Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP), Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance (ZPMA) a Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZPMV).

Cílem analýzy je poukázat na rozdílnost přístupu jednotlivých pojišťoven k financování zdravotní péče.

Porovnáním jednotlivých dodatků jsem zjistila, že financování ambulantních specialistů a fyzioterapeutů je ze strany všech zdravotních pojišťoven upraveno totožně. Vychází z Vyhlášky č. 396/2010 Sb., a nemají žádnou další úhradu například ve formě bonifikací. Z tohoto důvodu neprovedu detailní popis financování těchto odborností.

Naopak velké odlišnosti ve financování jsem objevila u praktických lékařů a gynekologů. Detailní popis financování u těchto dvou odborností uvádím níže.

6.1 Praktický lékař pro dospělé a praktický lékař pro děti a dorost

Pro srovnání výše úhrad od jednotlivých zdravotních pojišťoven jsem použila dodatky ke smlouvě o poskytování zdravotní péče pro rok 2011 praktického lékaře pro dospělé X, který má ordinaci v Šumperku. Použila jsem dodatky zdravotní pojišťovny Metal-Alliance (ZPMA), Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP), Oborové zdravotní pojišťovny (OZP), Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR), Revírní bratrské pokladny (RBPZP) a České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP).

Výše kapitační platby je stanovena u každé zdravotní pojišťovny odlišně. Výkonovou úhradu mají všechny zdravotní pojišťovny stanovenou ve stejné výši dle Vyhlášky č. 396/2010 Sb.

Rozdíly jsem shledala v poskytování bonifikací. Některá zdravotní pojišťovna nabízí velké množství bonifikací a výhod pro zdravotnická zařízení, jiné zdravotní pojišťovny preferují spíše nižší bonifikace. Všechny bonifikace jsou poskytovány na základě splnění určitých požadavků.

Mezi nejčastější patří například:

- akreditace Ministerstva zdravotnictví ČR,
- vzdělávání nového praktického lékaře,
- ordinační hodiny
- bonifikace za celoživotní vzdělávání

Dle jednotlivých dodatků jsem vytvořila přehled kapitačních plateb pro zdravotnické zařízení X (viz Tab. 1), které získává měsíčně od jednotlivých zdravotních pojišťoven za přepočteného pojištěnce⁹. Jelikož jsou úhradové dodatky ke smlouvě o poskytování zdravotní péče mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními smluvním ujednáním mezi dvěma subjekty, nemohu zveřejnit konkrétní informace. Proto použiji pro zdravotní pojišťovny zkratky ZP 1 - ZP 6.

⁹ Počet přepočtených pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny se vypočte jako počet zdravotnickým zařízením registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v jednotlivých věkových skupinách násobených indexem. Indexy dle věkových skupin pacientů upravuje Vyhláška č. 396/2010 Sb. - viz Příloha PI.

v Kč	ZP 1	ZP 2	ZP 3	ZP 4	ZP 5	ZP 6
Základní sazba	50	47	49	47	52	49
Navýšení - akreditace	-	-	-	-	-	-
Ordinační hodiny	-	3	1	3	-	3
Objednávání pacientů	-	-	2	-	2	-
Vzdělávání nového PL ¹⁰	-	-	-	-	-	-
Kontinuální vzdělávání	-	1	-	-	-	3
Rychlotesty	-	-	1	-	-	-
Kvalita péče	4	-	-	-	-	-
Portál	-	1	1	-	-	-
eKlient	-	-	1	-	-	-
Preventivní péče	-	-	2	-	-	-
Hodnocení ZZ ¹¹	-	-	4	-	2	-
Chronické skupiny	-	-	5	-	-	-
Kapitace celkem (Kč)	54	52	66	50	56	55

Tab. 1. Bonifikace konkrétního praktického lékaře X; Zdroj: autorka

Nejvyšší úhradu poskytuje zdravotnickému zařízení X ZP 3 a to ve výši 66 Kč za přepočteného pojištěnce. Je to o 10 Kč více než druhá nejlépe placící zdravotní pojišťovna ZP 5. Nejmenší úhradu poskytuje ZP 4 ve výši 50 Kč za přepočteného pojištěnce.

¹⁰ PL = praktický lékař

¹¹ ZZ = zdravotnické zařízení

V případě, že by zdravotnické zařízení využilo všech možných bonifikací, byla by úhrada následující: (viz Tab. 2)

v Kč	ZP 1	ZP 2	ZP 3	ZP 4	ZP 5	ZP 6
Základní sazba	50	47	49	47	52	49
Navýšení - akreditace	2	2	2	1	1	1
Ordinační hodiny	-	3	1	3	-	3
Objednávání pacientů	-	-	2	-	2	-
Vzdělávání nového PL	2	4	2	-	4	5
Kontinuální vzdělávání	-	1	-	-	-	3
Rychlotesty	-	-	1	-	-	-
Navýšení - AKORD	4	-	-	-	-	-
Portál	-	1	1	-	-	-
eKlient	-	-	1	-	-	-
Preventivní péče	-	-	2	-	-	-
Hodnocení ZZ	-	-	4	-	2	-
Chronické skupiny	-	-	5	-	-	-
Kapitace celkem (Kč)	58	58	70	51	61	61

Tab. 2. Bonifikace v odbornosti praktický lékař; Zdroj: autorka

Největší úhradu poskytuje opět ZP 3 a to ve výši 70 Kč za přepočteného pojištěnce. Nejmenší úhradu poskytuje ZP 4.

Otázkou tedy je, jak je možné, že existují takovéto rozdíly? Je efektivní, aby praktický lékař byl hodnocen několika možnými variantami financování? Každé zdravotnické zařízení má snahu dosáhnout co největšího osobního ohodnocení. Důsledkem takovýchto rozdílů v úhradách je snaha praktického lékaře přeregistrovat pacienty k té zdravotní pojišťovně, od které má nejvyšší úhradu.

Jak je možné, že některé zdravotní pojišťovny mají tolik finančních prostředků, že mohou poskytovat tak vysokou úhradu za přepočteného pojištěnce? V době finanční krize, kdy jsou hlavním cílem úspory?

Tyto otázky jsem položila vedoucímu referátu ekonomiky zdravotní péče Územního pracoviště Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR Šumperk, Ing. Rostislavu Pumprlovi, který celou záležitost vidí takto:

Zdravotní pojišťovny považují praktické lékaře, gynekology a stomatology, tedy lékaře v tzv. primární péči, za velmi důležitý prvek v síti zdravotnických zařízení, který může

výrazně ovlivnit počet pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven. Pacient má silnější vazbu ke svému lékaři než ke zdravotní pojišťovně a tedy v případě, že má lékař výhrady k výši úhrad nebo k termínům úhrad od pacientovy zdravotní pojišťovny, může tzv. „doporučit“ pacientovi jinou zdravotní pojišťovnu, která se jeví pro lékaře momentálně výhodnější.

U praktických lékařů, kteří jsou financováni převážně kapitační platbou, se konkurenční boj projevuje v různé výši kapitační úhrady či jiných příplatků.

Dokladem takového počínání je postup nové ZP MÉDIA, která ve snaze získat přízeň praktických lékařů a jejich prostřednictvím co nejvíce pojištěnců, nastavila nejvyšší kapitační platbu ze všech zdravotních pojišťoven ve výši 55 Kč.

Významný vliv mají také gynekologové, neboť žena, ať již jako manželka či matka, často v rodině rozhoduje o tom, u které zdravotní pojišťovny budou rodinní příslušníci zaregistrováni. Proto zdravotní pojišťovna u gynekologů, kteří nemají kapitační úhradu, jako konkurenční výhodu zavedla bonifikační příplatek za nově registrovanou pojištěnku, která nebyla v posledních dvou letech v péči daného gynekologa.

Rozdílné sazby v těchto úhradách jsou tedy určitým projevem konkurenčního boje mezi zdravotními pojišťovnami ve snaze o získání přízně lékaře a jeho prostřednictvím o udržení pojištěnce u mateřské zdravotní pojišťovny nebo získání nového pojištěnce. Tento způsob je výhodný pro lékaře, na druhé straně soupeření zdravotních pojišťoven ve výši úhrad a zavádění nových bonifikací a příplatků zvyšuje náklady v celém systému veřejného zdravotního pojištění.

6.2 Mimoústavní gynekologická péče

Dodatky ke smlouvě o poskytování zdravotní péče mi byly zapůjčeny od zdravotnického zařízení X Hanušovice, odbornosti gynekologie a porodnictví.

Výše a nabídka bonifikací je ze strany zdravotních pojišťoven různá. Odbornost gynekologie je pro zdravotní pojišťovny velice důležitá, jelikož nově narozené dítě je automaticky pojištěné u stejné zdravotní pojišťovny jako matka a každá zdravotní pojišťovna usiluje

o maximální počet nových pojištěnců. Pro porovnání jsem použila dodatky zdravotní pojišťovny Metal-Alliance (ZPMA), Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP), Oborové zdravotní pojišťovny (OZP), Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP ČR), Revírní bratrské pokladny (RBPZP) a České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP). Stejně jako u praktických lékařů není možné konkretizovat zjištěné údaje. Proto použiji zkratky pro zdravotní pojišťovny ZP 1 - ZP 6.

Mezi nejčastější bonifikace gynekologů patří:

- bonifikace za provedení preventivní prohlídky,
- bonifikace za nově registrovanou pojištěnku, která nebyla doposud v péči daného zdravotnického zařízení,
- bonifikace za komplexní prenatální vyšetření a další péči o těhotnou pacientku,
- bonifikace za specializovanou způsobilost v oboru s vyšší kvalitou poskytované péče.

V případě těhotné pacientky je úhrada u ZP 2 a ZP 3 řešena balíčkovou metodou.

ZP 4, ZP 5 a ZP 6 mají oceněné komplexní prenatální vyšetření a jinak jsou hrazeny výkonově. ZP 1 hradí péči o těhotnou pacientku výkonově.

Úhrady za jednotlivé bonifikace a balíčky jsem shrnula do tabulky: (viz Tab. 3)

v Kč	ZP 1	ZP 2	ZP 3	ZP 4	ZP 5	ZP 6
Preventivní prohlídka	632	100	690	100	100	100
Nově registrovaná pojištěnka	200	200	-	-	-	500
Těhotenský balíček	-	x	x	-	-	-
Komplexní prenatální vyšetření	-	-	-	1 200	800	200

Těhotenské balíčky x						
TB 1	-	1 210	1 210	-	-	-
TB 2	-	2 200	2 200	-	-	-
TB 3	-	3 520	3 520	-	-	-
Bonifikace celkem (v Kč)	832	300	690	100	100	600

Tab. 3. Bonifikace v odbornosti gynekologie; Zdroj: autorka

Údaje v tabulce se vztahují na jednu unikátní pojišťovnu¹².

Když nebudu brát v úvahu úhradu za těhotné pacientky, je pro zdravotnické zařízení nejvýhodnější úhrada od ZP 1. Nejvíce hradí za preventivní prohlídky. Samozřejmě je tato úhrada vázaná na splnění určitých podmínek, které jsou přesně uvedené ve smlouvě s poskytovatelem zdravotní péče. ZP 3 je na druhém místě ve výši bonifikací gynekologů. ZP 4 a ZP 5 hradí bonifikace nejhůře.

Těhotenské balíčky jsou v některých případech výhodné, v některých případech je výhodnější výkonová úhrada. Záleží vždy na individuálním případě.

ZP 1, ZP 2 a ZP 4 mají navíc bonifikaci ve formě navýšení indexů. Jedná se o index nárůstu úhrad nebo index kvality zdravotnického zařízení. V případě splnění určitých kritérií, jako je ISO 9001 nebo dostupnost zdravotní péče, jsou tyto indexy navýšeny o určité procento. Výše indexů i navýšení jsou upraveny individuálně ve smlouvě s poskytovatelem zdravotní péče.

Ve financování gynekologické péče jsou rozdíly. Konkurenční boj mezi zdravotními pojišťovnami je v této odbornosti značný.

¹² Unikátním pojištěncem se rozumí dle Vyhlášky č. 396/2010 Sb., Přílohy 1, bodu 2 písm. b) jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny pouze jedenkrát.

7 ANALÝZA SPOKOJENOSTI ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ S FINANCOVÁNÍM ZDRAVOTNÍ PÉČE

Pro zjištění názorů zdravotnických zařízení na aktuální situaci ve zdravotnictví, která souvisí s financováním zdravotní péče a finanční kontrolou, jsem provedla dotazníkový průzkum, který probíhal v období července, srpna a září 2011.

Dotazník obsahuje 13 otázek a jednu doplňující, kde mohou zdravotnická zařízení sdělit svůj názor a popsat, jakým způsobem vidí zlepšení stávající situace.

Ze všech dotazníků jsem vybrala dva příklady, které jsou přílohou PIII této diplomové práce.

Každou otázku vyhodnotím a popíši výsledek. V případě možnosti sdělení vlastního názoru zdravotnického zařízení vypíši nejzajímavější odpovědi.

Vyhodnocení provedu celkově za všechna zdravotnická zařízení a pro zajímavost u některých otázek popíši počet odpovědí dle jednotlivých odborností.

Dotazník byl zaslán celkem 224 zdravotnickým zařízením, z toho 48 bylo ochotných k vyplnění dotazníku.

Dotazovaných zdravotnických zařízení celkem:	48
Dotazovaných praktických lékařů:	23
Dotazovaných stomatologů:	7
Dotazovaných gynekologů:	7
Dotazovaných ambulantních specialistů:	9
Dotazovaných fyzioterapeutů:	2

7.1 Otázky dotazníku

- 1) Jste spokojen(a) s formou financování Vašeho segmentu?
- 2) Je pro Vás financování zdravotní péče srozumitelné?
- 3) Byla by pro Vás výhodná metodická pomoc ze strany zdravotních pojišťoven?
- 4) Co Vám na současném systému financování zdravotní péče nejvíce nevyhovuje?
- 5) Jaký způsob financování vidíte jako nejlepší pro Váš segment?
- 6) Vyhovuje Vám existence 8 zdravotních pojišťoven?
- 7) Souhlasil(a) byste s existencí pouze jedné zdravotní pojišťovny? Pokud ano, které?
- 8) Je financování Vašeho segmentu ze strany zdravotních pojišťoven stejné?
- 9) Je pro Vás současný systém financování Vašeho segmentu motivující?
- 10) Přinesla Vám reforma zdravotnictví zavedením regulačních poplatků více příjmů?
- 11) Jak často je u Vašeho zdravotnického zařízení prováděna kontrola ze strany zdravotních pojišťoven?
- 12) Myslíte si, že jsou kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven nastaveny správně?
- 13) Myslíte si, že je kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu dostačující?

Váš názor na financování a kontrolu poskytované zdravotní péče a návrh změny, která by vedla ke zlepšení současné situace ve financování zdravotní péče:

7.2 Celkové vyhodnocení

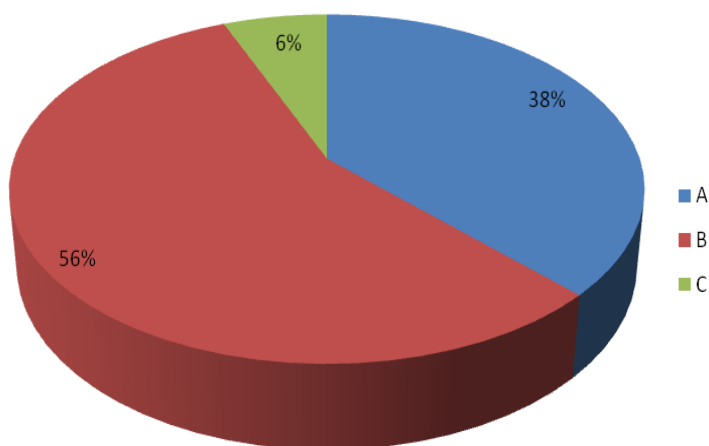
Na základě vrácených dotazníků jsem provedla vyhodnocení. Každou otázku jsem vyhodnotila individuálně a v některých případech uvádím i konkrétní vyjádření jednotlivých lékařů.

Otázka 1 - Jste spokojen(a) s formou financování Vašeho segmentu?

- a) Ano, vyhovuje mi
- b) Ne, v žádném případě mi nevyhovuje
- c) Nevím, nerozumím systému a nezajímám se o to

Tabulka odpovědí:

A	B	C
18	27	3



Graf 1. Spokojenost s financování daného segmentu; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

38 % dotazovaných zdravotnických zařízení je spokojeno s dosavadní formou financování zdravotní péče, 56 % není spokojeno a pouhých 6 % respondentů nerozumí systému finan-

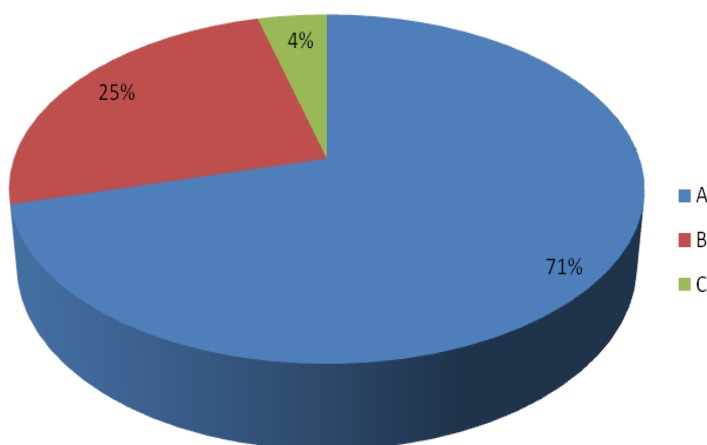
cování daného segmentu. Největší podíl na odpovědi za a, tedy "Ano, vyhovuje mi", mají praktičtí lékaři. Většina praktických lékařů je spokojena s formou úhrady především proto, že nepodléhají žádným velkým regulacím, mají jistou měsíční kapitační platbu, jejíž výše závisí pouze na počtu registrovaných pojištěnců a navíc mají výhodné bonifikační programy. Nejméně spokojená zdravotnická zařízení, tedy ta, která odpověděla za b, "Ne v žádném případě mi nevyhovuje", jsou odborností stomatology a ambulantní specialisté.

Otázka 2 - Je pro Vás financování zdravotní péče srozumitelné?

- a) Ano, není na tom nic složitého
- b) Ne, nevím si s tím rady
- c) Nevím, a ani nechci vědět

Tabulka odpovědí:

A	B	C
34	12	2



Graf 2. Srozumitelnost financování zdravotní péče; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

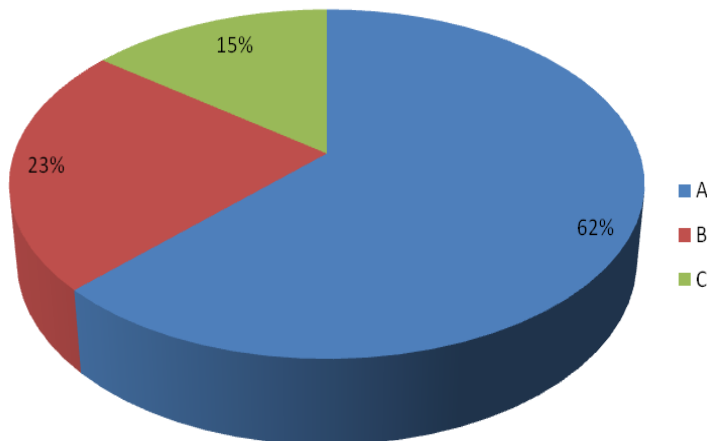
Pro většinu dotázaných zdravotnických zařízení není problém se srozumitelností financování zdravotní péče. Pouhých 25 % respondentů nerozumí systému financování zdravotní péče. Největší problém s porozuměním mají praktičtí lékaři a také ambulantní specialisté.

Otázka 3 - Byla by pro Vás výhodná metodická pomoc ze strany zdravotních pojišťoven?

- a) Ano, samozřejmě, takovou pomoc bych přivítal(a)
- b) Ne, nepotřebuji metodickou pomoc
- c) Nevím

Tabulka odpovědí:

A	B	C
30	11	7



Graf 3. Metodická pomoc ze strany zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

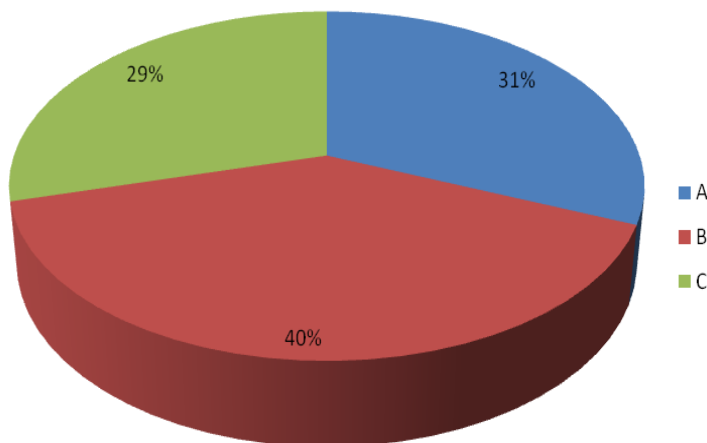
62 % respondentů by souhlasilo s pomocí ze strany zdravotních pojišťoven. Jednotlivá vyúčtování jsou pro lékaře nesrozumitelná a složitá. Stomatologové potřebují pomoc ze strany zdravotních pojišťoven nejméně.

Otázka 4 - Co Vám na současném systému financování zdravotní péče nejvíce nevyhovuje?

- a) Vše, celý systém je nevyhovující
- b) Nic, vyhovuje mi zcela
- c) Nevyhovuje mi

Tabulka odpovědí:

A	B	C
15	19	14



Graf 4. Nedostatky v systému financování zdravotní péče; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

31 % respondentů je naprosto spokojeno se současným systémem financování. Pro 40 % dotazovaných zdravotnických zařízení je současný systém zcela nevyhovující.

Odpověď "c" zadalo 29 % respondentů, kteří k dotazu přiložili svou odpověď.

Chtěla bych zde uvést některé zajímavé odpovědi:

- ★ Nevyhovuje mi změna pravidel financování během účetního období, někdy i se zpětnou platností, nepřehledné vyúčtování a stále se měnící informační systém zdravotních pojišťoven, který počítá s IT vzděláním lékařů. (*praktický lékař*)
- ★ Nevyhovují mi pozdní platby od zdravotních pojišťoven, stále nedostatečná cena bodu za výkon, s tím související starý seznam výkonů. Nedostatečná cena kapítace, kdy je v této ceně i spotřební materiál u různých výkonů, jehož cena stoupá. V segmentu praktických lékařů je stále velké omezení v preskripci, ve výkonech například malé chirurgie. (*praktický lékař*)
- ★ Nevyhovuje mi malá spoluúčast pacienta. (*praktický lékař*)
- ★ Když přijde soubor vyúčtování ze zdravotní pojišťovny, tak si začnu zoufat. Oznámení o validaci dávek - jasně srozumitelné, rozpis položek zúčtování - dá se pochopit, zápočty - tady už většinou člověk tápe, ke kterému rozpisu položek se co vztahuje, ke kterému měsíci, výpis z bankovního účtu - doplatky v řádu korun či desetikorun - než to najdu, pokud to najdu v rozpise položek, tak to pěkně trvá, platba za fakturu - pokud neseďí celá částka, tak aby čert našel, o kterou rozpisovou položku či zápočet byla snížena. (*praktický lékař*)
- ★ Nevyhovuje mi způsob regulace péče. Mám na mysli především regulaci indukované péče a léčiv, porovnání s průměrem praktických lékařů - řada jich pacienty zanedbává, sníží průměr, a lékaři, kteří skutečně poskytují lidem péči, toto dělají pod hrozbou sankce za svoji práci. (Oborová zdravotní pojišťovna sankce uplatňuje, Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR je vyčíslí, ale zatím neuplatňuje). Při tom "snaživý" praktický lékař nemá další finanční výhodu oproti tomu, který "rozesílá", pouze riskuje pokutu. (*praktický lékař*)
- ★ Jsou velmi problematické regulace lékařů, resp. následné pokuty za předepsaná léčiva, zdravotnické pomůcky a radiologické vyšetřovací metody. Lékař, který léčí

nemocného podle nových poznatků a pokroků v medicíně, za to zákonitě zaplatí, protože léky, nové léky, jsou drahé. Lékař, který se snaží odpovědně nemocného léčit, tj. pokud možno vyšetřit co nejlépe, tak za to zaplatí, protože moderní vyšetřovací metody - magnetická rezonance atp. jsou drahé. Chce-li postupovat zodpovědně, musí posílat nemocné na vyšetření, i když tato budou mnohdy negativní, protože není jasnovidec. Navíc, dnes je již nemocný dobře informován, jaké léky může dostat, jaká vyšetření lze použít a lékař má být tím, který nabízí to nejlevnější. (*ambulantní specialista*)

- ★ Nevyhovuje mi nepoměr mezi časovou regulací práce lékaře a velkým zájmem o vyšetření v ambulanci specialisty (vyšetření indikována praktickými lékaři), regulační omezení řídicí se referenčním obdobím.
- ★ Současný systém svými limity a regulacemi nutí zdravotnická zařízení se často chovat pokrytecky - z obav před regulacemi nemohou poskytnout adekvátní - často drahou - péči, ale pacient musí mít pocit, že dostává tu nejlepší péči. Lékař by měl mít možnost navrhnout pojištěnci pro pojištěnce nejlepší možný způsob léčby a bylo by na pacientovi, potažmo jeho smluvní zdravotní pojišťovně, jaký finančně náročný způsob léčby by si vybral. Ekonomická regulace by se měla řešit na úrovni pojišťovna - pojištěnec, a ne na úrovni pojišťovna - zdravotnické zařízení, kdy pojištěnec má pocit - a v tom ho pojišťovny utvrzují - že má nárok na tu nejlepší poskytovanou péči bez ohledu na to, zda zrovna končí pololetí. (*ambulantní specialista*)
- ★ Referenčním obdobím pro výpočet by měl být vždy uplynulý rok, výpočet je velmi složitý a není spravedlivý, zastarává seznam výkonů (nejsou podporovány nové technologie). (*ambulantní specialista*)
- ★ Protetika - plná úhrada zdravotní pojišťovnou - byla by dobrá každoroční valorizace naší práce dle míry roční inflace. (*stomatologie*)
- ★ Revizní činnost je nepřehledná. Vyúčtování chodí s několikaměsíčním zpožděním a není mi pak jasné, za co jsou peněžní srážky. (*stomatologie*)
- ★ Každá zdravotní pojišťovna má jiné nastavení, spíše mi nevyhovuje. (*gynekologie*)
- ★ Systém je nastaven na historické objemy péče, složitý výpočet různých bonifikací, obtížná kontrola ze strany poskytovatele. (*gynekologie*)

- * Chybí spoluúčast klienta, který poptává péči a pohybuje se tak zdarma celým systémem (30 Kč není ani litr benzínu). Všichni zúčastnění vědí, že spoluúčast je nutná, ale z politických důvodů je neuskutečnitelná a bude se oddalovat, dokud celý socialistický systém "všem všechno a stejně" nezkolabuje. Dosud reforma zdravotnictví vlastně dle mého názoru neproběhla. Jen se vytvořily zdravotní pojišťovny jako správci výběru zdravotní daně a ty přerozdělují prostředky podle toho, jak si lékaři vyfakturují a nemocnice naučtují. (*praktický lékař*)

Otázka 5 - Jaký způsob financování vidíte jako nejlepší pro Váš segment?

V této otázce měli respondenti prostor k vyjádření. Odpovědi jsem rozdělila dle segmentu zdravotní péče na odpovědi praktických lékařů, fyzioterapeutů, ambulantních specialistů, stomatologů a gynekologů. Vyjádření jednotlivých lékařů uvádím níže.

Odpovědi:

PRAKTIČTÍ LÉKAŘI:

- * *Stávající způsob - kapitace a výkony navíc (prevence) - to má motivační charakter.*
- * *Kapitačně výkonový systém vyhovuje, ale měla by být vyšší hodnota bodu za výkon a kapitace by se měla zvyšovat v souvislosti s novými technologiemi.*
- * *Možná by byl nejlepší způsob, jaký mají stomatologové.*
- * *Odbourání placení regulačních poplatků, zvýšit raději kapitační platbu, rozšířit placení za výkony, zvýšit spoluúčast pacienta. Úplně nejvýhodnější by bylo zavedení pokladenského systému.*
- * *Kapitačně-výkonová a spoluúčast pacienta.*
- * *Systém kapitační platby se mi zdá vyhovující.*
- * *Kombinovaná kapitačně výkonová platba za současných podmínek se mi jeví jako dobrá.*
- * *Úžasný by byl pokladenský systém... model prvorepublikový u nás.*

FYZIOTERAPEUTI:

- * *Stávající.*

AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ:

- * *Dosavadní.*
- * *Úhrada za skutečně provedený výkon ve zdravotnickém zařízení adekvátně personálně i materiálně vybaveném.*
- * *Za odvedenou práci bez regulačních mechanismů.*
- * *Přehledný, jednoduchý a srozumitelný bez nesmyslných regulací s ohledem na předchozí roky, kdy platila jiná pravidla a například i ceny léků.*
- * *Pokladenský systém - přímou úhradu od pacienta s vystavením dokladu o poskytnuté péči a následně zpětné proplacení pojišťovnou pacientovi dle mezi nimi uzavřené smlouvy.*
- * *Spoluúčast pacienta.*

STOMATOLOGOVÉ:

- * *Přímou platbu.*
- * *Pokladenský systém.*
- * *Více přizpůsobený oboru a více vycházející ze statistiky a zkušeností odborníků v oboru.*
- * *Pokladenský systém a přímé platby.*
- * *Bud' pokladenský systém, nebo alespoň skutečné pojištění. V každém případě však taková úhrada výkonů, která odpovídá alespoň prokazatelným nákladům.*

GYNEKOLOGOVÉ:

- * *Kombinace výkonové platby a kapitační platby (gynekologie a porodnictví je obor z velké části preventivně zaměřený).*

- * *Forma kapitační platby za rodné číslo se zvláštním účtováním některých vybraných výkonů, především s přístrojovým vybavením.*
- * *Forma balíčku za péči o gravidní + výkonově jako dosud, ale bez referenčních období.*
- * *Platby za vykázanou a skutečně provedenou práci bez regulací, protože vyšetření lékař musí provést, i když mu není zapláceno, platba dle vykázané péče každý měsíc a ne formou záloh s doplatkem až v květnu nebo červnu dalšího roku.*
- * *Za odvedenou práci výpočet v korunách, samozřejmě regulace objemu péče jest nutná.*
- * *Přímá platba.*

Vyhodnocení odpovědi:

Z odpovědi je zřejmé, že je hodně vyzdvihován pokladenský systém. Dalším velkým požadavkem zdravotnických zařízení je větší spoluúčast pacienta.

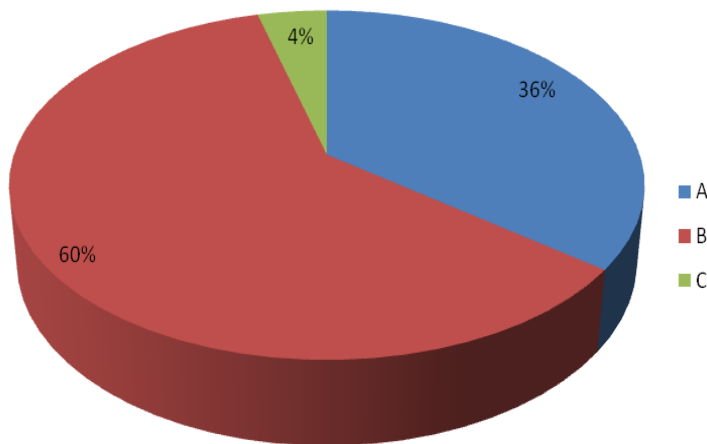
Praktičtí lékaři jsou spokojeni s kapitačně výkonovým systémem financování zdravotní péče. *Ambulantní specialisté* jsou pro zrušení regulačního systému. Pro ambulantní specialisty byl vyvinut speciální regulační systém KORKO. Každý výkon, který ambulantní specialista vykoná, má své časové ohodnocení. Například vytažení vody z kolene má časového nositele 15 minut. V případě, že lékař provede výkon za 10 minut a dalších 5 minut ošetřuje již jiného pacienta, spadá do KORKA. Je to systém krácení úhrady a vypočítává se každý kvartál. Tedy čtyřikrát za rok. *Gynekologové* preferují stejný systém financování, jaký mají praktičtí lékaři, tedy kapitační platbu s výkonovou úhradou. *Fyzioterapeuti* jsou dle odpovědi spokojeni se systémem financování. Tato odpověď je více méně zkreslená, jelikož na otázku odpověděl pouze jeden fyzioterapeut. Dotazovaných jich bylo celkem 14. Pro ujasnění názoru tohoto segmentu jsem požádala vedoucího ekonomiky zdravotní péče, Ing. Rostislava Pumprlu, o vyjádření. Ing. Pumprla k dané problematice uvedl, že segment fyzioterapeutů je financován podobně jako segment ambulantních specialistů, tudíž se na ně také vztahuje systém regulací KORKO. Fyzioterapeuté jsou dle Ing. Pumprly nespokojeni se systémem jejich financování a požadují stejně jako ambulantní specialisté zrušení systému KORKO. *Stomatologové* vyjadřují jednotný názor a to znovuoobnovení pokladenského systému.

Otázka 6 - Vyhovuje Vám existence 8 zdravotních pojišťoven?

- a) Ano, myslím, že 8 zdravotních pojišťoven je dostačující množství
- b) Nevyhovuje, 8 zdravotních pojišťoven je příliš
- c) Nevím, nezajímám se o to

Tabulka odpovědí:

A	B	C
17	29	2



Graf 5. Spokojenost s existencí 8 zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědí:

60 % dotazovaných zdravotnických zařízení zastává názor, že 8 zdravotních pojišťoven je příliš. Další názory:

- * *Nejlépe dvě zdravotní pojišťovny - stávající VZP a jedna "konkurenční" s možností soukromého připojištění.*
- * *3 - 4 pojišťovny by stačily.*
- * *Stačila by jedna zdravotní pojišťovna.*

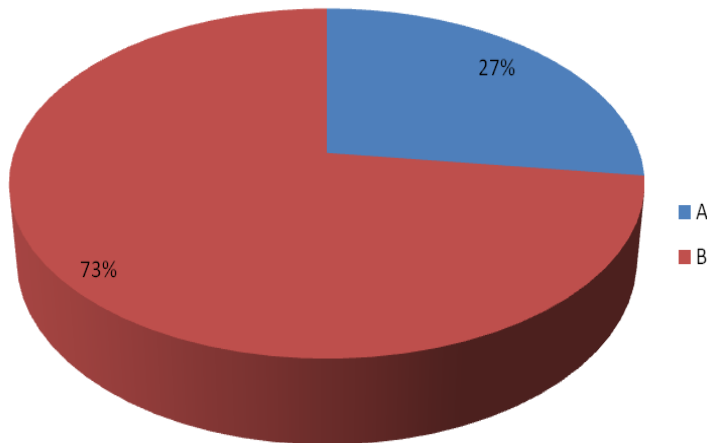
- * *Konkurenční prostředí je nutné, ale 8 pojišťoven se mi zdá zbytečné, navíc s ohledem na vysoké provozní náklady pojišťoven a tím mizející prostředky, které by měly jít přímo zdravotnickým subjektům.*
- * *Konkurence je správná, ale hodně pojišťoven je zbytečné.*
- * *Více pojišťoven vidím jako nutnost, ale měly by mít možnost si konkurovat v podstatnějších věcech než nyní.*
- * *Je v podstatě jedno kolik je pojišťoven, protože se musí chovat stejně.*
- * *Při daném způsobu financování zdravotní péče by stačila jedna zdravotní pojišťovna.*
- * *Stačily by tři zdravotní pojišťovny.*
- * *Základní pojištění + připojištění.*
- * *Optimum 4 si navzájem konkurující.*
- * *Možná by stačilo i trochu méně (4-5), ale výběr státem garantované pojištění a několika konkurenčních soukromých pojišťoven.*
- * *Nejvhodnější asi 4 velké pojišťovny.*
- * *Monopol je vždy špatný. Ale současný stav, kdy 8 zdravotních pojišťoven poskytuje totéž, je nesmysl. Více pojišťoven, ale mít možnost se připojistit podle specifických požadavků individua.*
- * *V situaci, kdy prakticky neexistují rozdíly v úhradách péče, není počet pojišťoven rozhodující. Z principu je však lépe, pokud je pojišťoven několik. (riziko monopolu 1 pojišťovny).*

Otázka 7 - Souhlasil(a) byste s existencí pouze jedné zdravotní pojišťovny? Pokud ano, které?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka odpovědí:

A	B
13	35



Graf 6. Postoj k existenci pouze jedné zdravotní pojišťovny; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědí:

27 % dotazovaných zdravotnických zařízení je pro existenci pouze jedné zdravotní pojišťovny. Z 11 odpovědí bylo 8 zdravotnických zařízení pro zachování Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, 1 zdravotnické zařízení by vybralo Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu a 2 dotazovaná zdravotnická zařízení nevybrala žádnou zdravotní pojišťovnu.

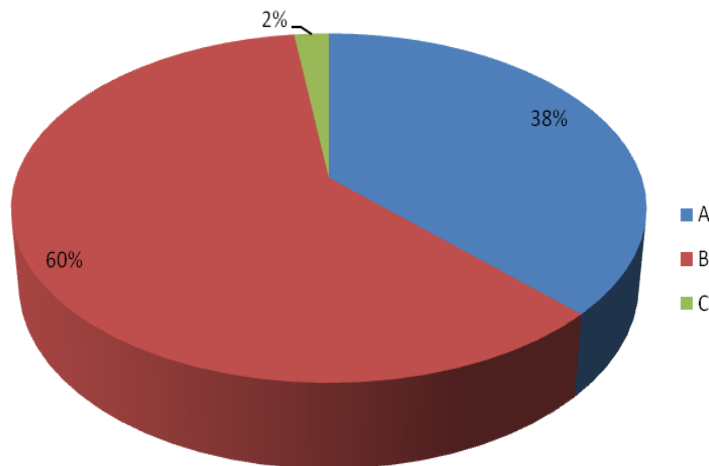
Z odpovědí je zřejmé, že respondenti by volili menší počet zdravotních pojišťoven, ale v převážné většině ne jen jednu jedinou.

Otázka 8 - Je financování Vašeho segmentu ze strany všech zdravotních pojišťoven stejné?

- a) Ano, všechny zdravotní pojišťovny hradí stejné množství poskytnuté zdravotní péče
- b) Ne, existují rozdíly ve financování mého segmentu
- c) Nevím

Tabulka odpovědí:

A	B	C
18	29	1



Graf 7. Rozdíly ve financování zdravotní péče ze strany všech zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

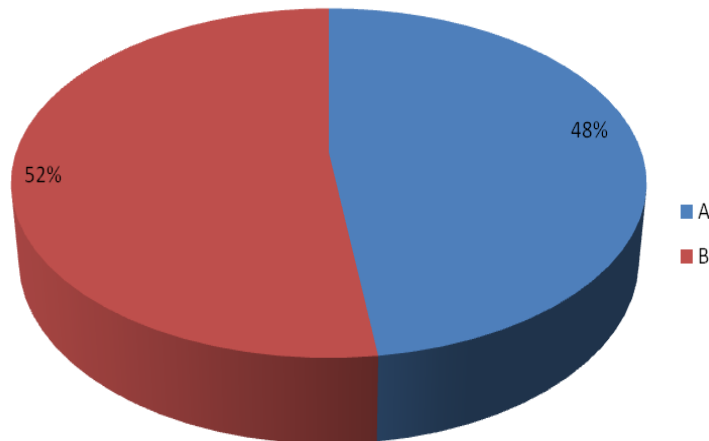
38 % respondentů je názoru, že jejich objem péče je hrazen všemi zdravotními pojišťovnami totožně. Tento názor sdílí především praktičtí lékaři, dále také 2 ambulantní specialisté a 3 stomatologové. Naproti tomu většina respondentů se domnívá, že existují rozdíly ve financování, což vyplynulo také z analýzy v předchozí kapitole. U některých odborností má každá zdravotní pojišťovna jiný systém bonifikací a tudíž není možné, aby bylo zdravotnické zařízení financováno totožně od všech zdravotních pojišťoven. U odbornosti gynekologie a praktických lékařů je tato možnost vyloučena.

Otázka 9 - Je pro Vás současný systém financování Vašeho segmentu motivující?

- a) Ano
- b) Ne

Tabulka odpovědí:

A	B
23	25



Graf 8. Současný systém financování a postoje lékařů k motivaci; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědí:

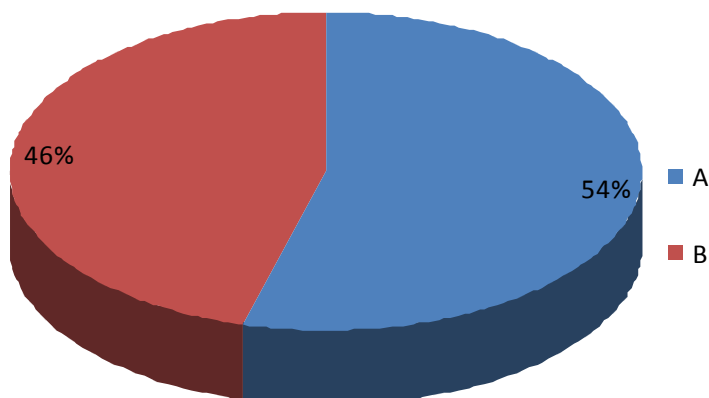
Pro 48 % dotazovaných zdravotnických zařízení je systém financování motivující. 52 % respondentů považuje systém financování za nemotivující. Všichni ambulantní specialisté, téměř všichni gynekologové a stomatologové nejsou současným systémem motivováni. U ambulantních specialistů a gynekologů jsou jasným vysvětlením pro nespokojenost regulační srážky. Motivováni jsou převážně praktičtí lékaři.

Otázka 10 - Přinesla Vám reforma zdravotnictví zavedením regulačních poplatků více příjmů?

- a) Ano, jsem rád(a) za příjmy ve formě regulačních poplatků
- b) Ne, nic mi to nepřináší

Tabulka odpovědí:

A	B
26	22



Graf 9. Reforma zdravotnictví, zavedení regulačních poplatků a doplatků; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

Tato otázka je podobně jako předchozí otázka zodpovězena zhruba z 50 % kladně a z 50 % záporně. Konkrétní názory jsou rozmanité:

- * *Krom jistého ekonomického přínosu (jinak by již lékaři volali po valorizaci a navýšení hodnot bodů) je zde efekt pedagogický - na veřejnost - není to regulační poplatek, ale je to zatím stále malá spoluúčast pacienta na péči, která není zadarmo!!!!*
- * *Existují velké rozdíly v poskytování stejně nasmlouvané péče, jejím vykazování a kvalitě, taktéž v ochotě poskytnout pacientům co největší komfort. Absolutní nedodržování pravidel u jiných subjektů - převážně odborných lékařů a nemocnic - neposkytování zpráv (oční, kožní), nepředepisování sanitek. Odborné ordinace nezajišťují předpis léčiv a spoléhají na praktické lékaře, kteří nemohou nechat pacienty bez léků, přitom jsou preskripčně omezeni. Zbytečná administrativa a dopisování zdůvodnění.*
- * *Nepovažují příjem zdrav. reg. poplatků za šťastné řešení.*
- * *Poplatky přináší příjem, ale po zdanění velmi malý, poplatky by se měly zvýšit nebo zcela zrušit.*

- * *Poplatky by se měly hradit i v pediatrii.*
- * *Regulační poplatky se promítly pozitivně co do zneužívání a současně mi přinesly více příjmů. Jejich zrušení vedlo k tomu, že o 80 % těchto peněz jsem přišla. Těch asi 20 % tvoří příjem z pokusů zdravotních pojišťoven nahradit nám ztráty, takže je myslím jasné, jak jsem spokojená.*
- * *Se zavedením regulačních poplatků došlo k mírnému nárůstu příjmu, ale na druhé straně se objevilo hodně problémů s pacienty.*
- * *Hlavně alespoň v minimálním měřítku regulují návštěvy u lékaře.*
- * *Vzhledem k tomu, že platba účetním se odvíjí od počtu položek, tak nakonec zbude opravdu málo na to, kolik času to stojí. Podstatnější než finanční efekt, je efekt regulační, kdy už tolik nechodí lidé stylu jdu právě kolem, tak jsem se zastavil.*
- * *Jsem praktický lékař pro děti a dorost, v našem oboru regulační poplatky platí pouze mladiství od 18 do 19 let, takže zanedbatelný příjem, v některém měsíci nedosahuje ani 100 Kč. Diskriminace praktických lékařů pro děti a dorost oproti praktickým lékařům pro dospělé.*
- * *Jsem rád za regulační poplatky, protože mi slouží k tomu, abych z nich zaplatil regulační srážky od zdravotních pojišťoven. Ale jinak nemají regulační poplatky smysl žádný, protože jsou všude stejné. Aby měly regulační smysl, musely by být odstupňovány. Například - praktický lékař 20 Kč, specialista 50 Kč, pohotovost 100 Kč.*
- * *Odborný lékař u dětí, kterých je v mé ordinaci většina, nevybírá žádný poplatek a není nastaveno navýšení.*
- * *Nevybrané regulační poplatky od pojištěnců do 18 let a pojištěnců v sociální tísni nikdo nedorovnává, přitom po zavedení regulačních poplatků klesla hodnota bodu.*
- * *Upřednostňuji návrat hodnoty bodu na předchozí úroveň. Případně změnu systému a spoluúčast ve větší míře (Francie).*
- * *Pokud je vybírá zdravotnické zařízení podle vyhlášky, tak to velký přínos nemá. Ve spoustě zařízení si vyhlášku přizpůsobí a pak je finanční zisk přínosem, viz nemocnice.*

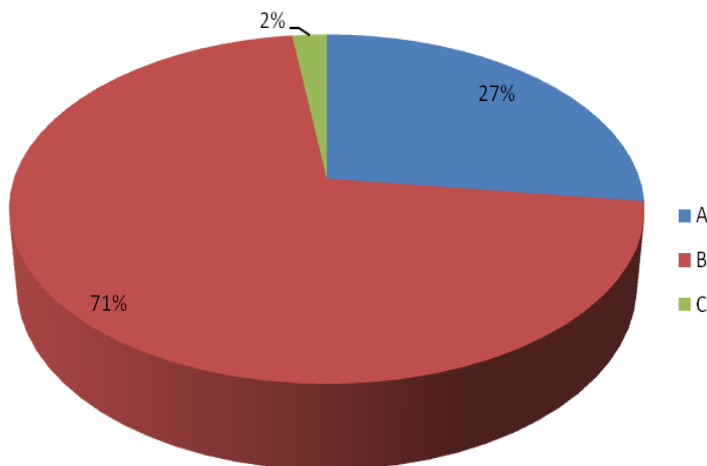
- * *Finanční výhoda je podružná, hlavní činnost přínos je v motivaci pacientů.*
- * *Poplatky jsou ve stomatologii naprosto zbytečné.*
- * *Více to obtěžuje, k faktické regulaci to nemotivuje.*
- * *V segmentu gynekologie je příjem z poplatků menší - za prevenci neplatí, ale pojišťovny platí bonus za prevenci.*
- * *Regulační poplatek za návštěvu u pacienta v návštěvní službě 30 Kč je demotivující a urážející...jedno euro? Často si návštěvy ani nevykazují a lidem si o peníze neřeknu. Je mi ponižující říkat si o jedno euro. Navíc návštěva u pacienta je dlouhodobě zcela podhodnocena... cca 70 Kč hrubého... v době, kdy například prosil známý o drobnou opravu a garantoval mu 1000 Kč na hodinu bez dokladu (zedník je OSVČ) a neměl čas.*
- * *Regulační poplatky vzhledem ke skutečným nákladům na poskytnutou péči nepřinášejí nic podstatného, jen mírně snižují ztráty.*

Otázka 11 - Jak často je u Vašeho zdravotnického zařízení prováděna kontrola ze strany zdravotních pojišťoven?

- a) Každý rok, někdy i vícekrát do roka
- b) Zhruba jednou za 2 roky, možná méně
- c) Doposud jsem neměl(a) žádnou kontrolu

Tabulka odpovědí:

A	B	C
13	34	1



Graf 10. Četnost kontrol ze strany zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

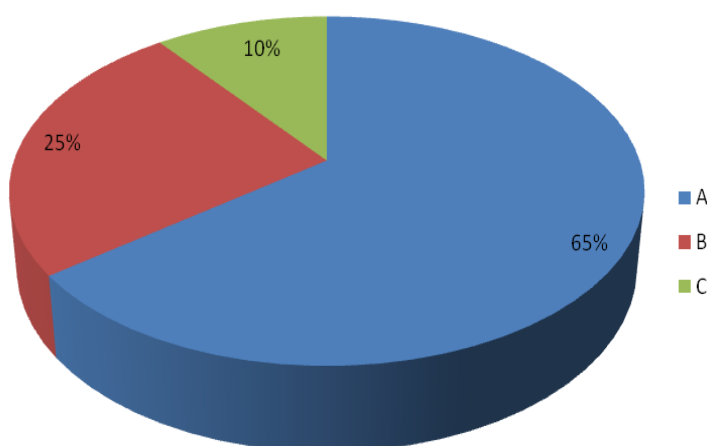
Kontrola ze strany zdravotních pojišťoven je nízká. 71 % dotazovaných zdravotnických zařízení má kontrolu revizních lékařů méně než jednou za dva roky. 27 % respondentů má kontrolu několikrát do roka.

Otázka 12 - Myslíte si, že jsou kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven nastaveny správně?

- a) Ano
- b) Ne, kontroly jsou nedostačující
- c) Nevím, zdravotní pojišťovny mají nějaké kontrolní mechanismy?

Tabulka odpovědí:

A	B	C
31	12	5



Graf 11. Kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven a jejich nastavení; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědi:

65 % respondentů zastává názor, že jsou kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven nastaveny správně. 10 % dotazovaných zdravotnických zařízení neví, že zdravotní pojišťovny mají kontrolní mechanismy.

Vlastní názor vybraných zdravotnických zařízení:

- * *Navrhla bych kontroly duplicity vyšetření, předávání výsledků mezi zdravotnickými ústavami, spolupráci odborných pracovišť, kontrolu odesílání pacientů k odborníkům, aby zásah mohl být včasný a účinný, kontrolu operantů (fyzicky namátkou vybrat pacienty a vyšetřit je znalcem, zda zákroky byly správně indikovány).*
- * *Kontroly musí být, ale přístup by měl být ve všech oblastech stejný.*
- * *Kontroly ZP mi nevadí, pokud mohu obhájit konkrétní, třeba nákladnější léčbu.*
- * *Současný systém nehodnotí kvalitu lékaře, zda léčí nebo je dispečerem pro odborné ambulance. Ten, který léčí, je regulován výší preskripce.*
- * *Jaká kontrola? Fyzická kontrola revizních lékařů, i relativně často, byla lepší, protože měl člověk šanci si vyjasnit to, co nebylo jasné z papírových metodik a eventuálně výkony, které se staly objektem revize, zdůvodnit. Elektronické kontroly probíhají stále a u všech pojišťoven. Aby přišel revizní lékař, to už je jiné.*

- * *Kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven jsou nastaveny paušálně, nerespektují pacienty s celkovými nemocemi, například pacient po ozáření nedostane větší šanci na hrazené výplně, přestože za destrukci chrupu nemůže. Pacient alkoholik má k dispozici transplantaci jater stejně jako pacient po destrující hepatitidě.*
- * *Navrhla bych kontroly duplicity vyšetření, předávání výsledků mezi zdravotnickými zařízeními, spolupráci odborných pracovišť, kontrolu odesílání pacientů k odborníkům, aby zásah mohl být včasný a účinný, kontrolu operantů (fyzicky namátkou vybrat pacienty a vyšetřit je znalcem, zda zákroky byly správně indikovány).*
- * *Myslím, že někteří lékaři zneužívají platby od zdravotních pojišťoven - ať už náklady na léky - zbytečně, nadměrnou péčí, dokonce znám případy, že si pacienti nechali vyjet vyšetření a zjistili, že byli vyšetřeni, i když u lékaře nebyli a zdravotní pojišťovna jim sdělila, že je to v podstatě nezajímá, když si stěžovali.*
- * *Opět je nutné také kontrolovat užívání zdravotní péče u pacientů. Vybízet národ, aby si nechal dělat hromadně výpisy z účtu svého pojištění a zjistil tak, kolik lékař vydělává a tímto pojišťovna kontrolovala lékaře, je úsměvné. Nejčastěji si nechají dělat výpisy lidé, kteří sami podvádějí a lidé, kteří závidí (tedy všichni Češi). Poté apelují na nepoctivost lékařů a to například ve chvíli, kdy si nechávají vypisovat ode mne lázně na bolestivý syndrom zad, aby se opět potkali se svou láskou na kolonádě, která má také co dva roky komplexní lázně pro běžné opotřebení kloubů.*
- * *Kontroly málo respektují nutnost léčit i finančně náročné pacienty a lékař potom musí složitě obhajovat, proč předepsal dražší léky či provedl náročnější vyšetření.*
- * *V našem segmentu (stomatologie) jsou tak dramatické rozdíly v rozsahu a kvalitě téhož kódu na různých pracovištích (finančně vyjádřeno - v několikanásobcích), že bez řádné kontroly téměř všech kódů není možné dojít ke spravedlivému financování jednotlivých pracovišť. Někde se přeplácí, někde silně podhodnocuje. ZP navíc ani nemá odborné kapacity schopné posoudit kvalitu a smysluplnost provedené léčby.*

Otázka 13 - Myslíte si, že je kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu dostatečná?

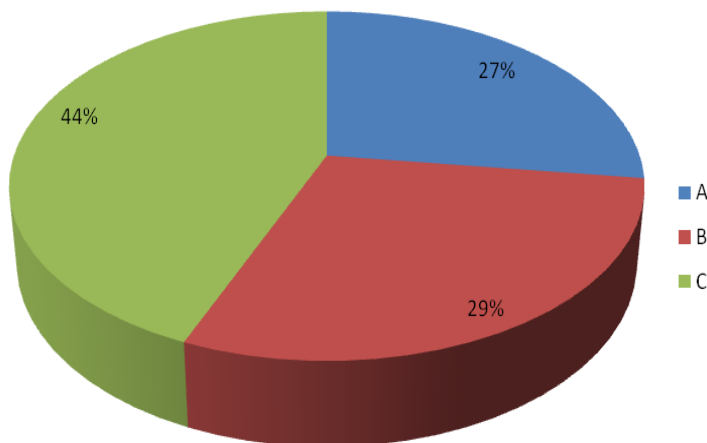
a) Ano

b) Ne, navrhl(a) bych jinou formu kontroly.....

c) Nevím

Tabulka odpovědí:

A	B	C
13	14	21



Graf 12. Kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu; Zdroj: autorka

Vyhodnocení odpovědí:

44 % respondentů se nezajímá o kontrolu zdravotní pojišťoven ze strany státu. Jinou formu kontroly by navrhlo 29 % respondentů. Navrhované řešení:

- * *Kontrola využívání plateb pojišťoven a účinnost hrazení různých reklamních akcí, tisků.*
- * *Je příliš velká provázanost managementu zdravotních pojišťoven a politiků, která neumožňuje kvalitní kontrolu hlavně "bič" na zdravotní pojišťovny. Ale korupce je v celé naší milované zemi tak zakořeněná a braná jako norma, že s tím dosavadní chabé pokusy o nápravu ni nezmohly.*
- * *Jedná se spíše o kontrolu systému (filozofie auditu). Vhodnější by bylo zaměřit se i na kvalitu léčby.*

- * *Kontrola ze strany pacienta. Komu se péče poskytuje a kdo ji platí, má největší zájem na kvalitě a rozsahu.*

Otázka 14 - Váš názor na financování a kontrolu poskytované zdravotní péče + návrh změn, která by vedla ke zlepšení současné situace ve financování zdravotní péče:

V této otázce měli respondenti uvést svůj názor na financování a kontrolu zdravotní péče a navrhnout změny, díky kterým by se současná situace zlepšila. Ze zajímavých odpovědí uvádím následující:

- Alfa omega celé reformy je mimo jiné to, že je potřeba navýšit platbu státu pojišťov-
nám za státní pojištěnce (důchodci, děti...). Tam je to léta podhodnoceno. Hledat jen
tzv. rezervy v systému je zavádějící a není to všelék. Vyspělé země dávají cca přes
deset procent HDP na zdravotní péči a u nás je to něco přes sedm. Poskytujeme zdra-
votní péči na úrovni Švýcarska za peníze rozvojových zemí za tu cenu, že to sponzo-
rují zdrav. pracovníci svými žalostnými mzdami. Někdy mi to připadá, že ministři
radí někdo, kdo o rezortu nemá ani páru. Je nutná vyšší spoluúčasť, nutno zrušit pla-
cení "Pampersek", zbytečných lání, odvozy sanitkami atd.
- Pravidla jsou stále složitější a náročnější na čas poskytovatelů. Také nutnost neustá-
lého studování mimooborových předpisů a návyků (IT, daňové, finanční) zabírá čas,
který by měli mít poskytovatelé ke studiu vlastního oboru. Nutnost dání do souladu
logické zvláštnosti poskytování péče hlavně v odborných ambulancích - například
kontroly po 4-6 měsících, ale léky lze napsat jen na 3 měsíce. Tím je zatěžován jiný
segment zdravotnictví. Bylo by vhodné zavedení postihů pacientů, pokud zanedbáva-
jí preventivní vyšetření, nechodí k očkování atd. Takto jsou postihováni poskytovate-
lé, přitom situaci mají možnost jen minimálně ovlivnit.
- Není politická vůle k prosazení důsledné reformy zdravotnictví.
- Bohužel jsem lékařka a ne ekonomka. Hodnotit by se mělo celkové zdraví pacientů
a to je snad neřešitelné.
- Nový sazebník výkonů v Kč, v nemocnicích DRG, u ambulantních specialistů výko-
nová platba vyhovuje, ale hodnocení v Kč je nedostatečné.

- Odměňovat finančně pacienty ne za vstup do zdravotní pojišťovny, ale za rozumné čerpání - aby si sami hlídali náklady na svou péči.
- Praktický lékař musí být rozhodujícím článkem další odborné péče. Pacient čerpá nadměrnou lékařskou péčí tím, že jako laik mnohdy chodí sám po odborných ambulancích a všude je ošetřen, včetně preskripce nepotřebných léčiv.
- Jasná jednoznačná pravidla, a to jak u financování, tak i u kontrol. Tak, aby nebyl možný výklad téhož naprosto rozdílný u jednotlivých pojišťoven či jejich poboček v různých krajích.
- Zaplatit u lékaře za provedenou službu na místě a po pojišťovně požadovat proplacení na základě účtenky od lékaře.
- Problém - regulační mechanismy při předpisu léků a vyšetření - pokud od začátku lékař šetřil, je nyní na tom špatně a trestán za to, že šetřil "odjakživa", "pokuta" za léky u mne 1x znamenala 6 měsíců práce zadarmo (Hutnická zdravotní pojišťovna).
- Nejlepší je pokladenský systém péče - pacient zaplatí za poskytnutou péči zdravotnickému zařízení a následně nárokuje u pojišťovny zpětné proplacení - podle konkrétní smlouvy mezi pacientem a pojišťovnou.
- Představuji si, že stomatolog předloží protetický plán pojišťovně k souhlasu s provedením práce. Pojišťovna tuto práci zaplatí a pacient je sanován na dobu 5-ti let. Tím se odstraní nevyhovující řešení, která se prodraží.
- Zlepšit kontrolu vydávání peněz za pacienty, spoluúhrada u abuzistů a závislých, volba individuální péče a více odbornosti lékařů, standardy stanovit u typizovaných procesů, ale volbu léčiv podle stavu psychiky pacienta a tolerance léčiv. Prostě zrušit paušalizaci a více odborných úvah a také motivovat lékaře tím, že se za ně v případě správného postupu pojišťovna postaví.
- Zrušení péče plně hrazené, zachování spoluúčasti s příspěvím pojišťovny + pokladenský systém.
- Je permanentně a dlouhodobě podfinancována zdravotní péče ze strany zdravotních pojišťoven. Nebere vůbec v úvahu trvale zvyšující se náklady zdravotnických zařízení (elektrika, plyn, voda, nájmy, cena nové kvalitnější přístrojové techniky). Financo-

vání zdravotnických zařízení by mělo brát v úvahu kvalitu a stav zdravotnického zařízení včetně přístrojů například ultrazvuku.

- Více do problematiky zapojit pacienta a jeho motivaci ke zdravému způsobu života. Ekonomicky zvýhodnit pacienty pravidelně navštěvující preventivní péči. Razantnější postup zdravotních pojišťoven v lékové politice (černý Petr prozatím vždy zůstává u lékaře). Ošetřující lékař může požádat o zvláštní úhradu u zdravotní pojišťovny a pacient třeba nebude doplácet za drahé léky nic. Nabídnout pacientům individuální smlouvy od zdravotních pojišťoven s využitím systému ekonomických pobídek forma bonus-malus v režii vztahů zdravotní pojišťovna - pacient. Zdravotnické zařízení odvede práci, za kterou má dostat zapláceno, o další finanční záležitosti se nemá zajímat, je to věc vztahu zdravotní pojišťovna - pacient. Spousta podnětů je identických jako při pojišťování vozidel - zákonná pojistka, havarijní pojištění, malus, bonus. Poskytování zdravotní péče je drahá záležitost a pacient je ujišťován na každém kroku, že vše je zdarma a všichni můžou dostat vše.
- Osobně si myslím, že by nebylo špatné, kdyby pacienti zaplatili vyšetření přímo u lékaře a po vystavení dokladu požadovali proplacení u své zdravotní pojišťovny, aby lékař nebyl zatížen někdy i vymáháním peněz za svou práci.
- Ceník práce v korunách, pokud budou peníze odtékat jinam než za pacientem asi to lepší nebude.
- Zvýšení platby za státní pojištěnce - nejvíce čerpají péči a stát za ně odvádí do systému nejméně peněz.
- Ke změně dojde až státním bankrotem!!! Cítím, že se musí také změnit postoj lékařů. Já sám se snažím být otevřenější k alternativním přístupům. Čistě mechanické myšlení a "evidence based medicine" není ta správná cesta. Zdravotnictví tak bude stále dražší, ale nebude afektivnější. Lékaři nenaslouchají pacientům, vytratila se snaha upřímně pomoci. Na druhou stranu pacienti mají nereálná očekávání. Jinak, co kdyby lidé byli správci svých peněz, které jsou ochotni za péči vynaložit?
- Dosavadní systém pouze penalizuje lékaře, neřeší plýtvání zdravotnickými prostředky ze strany pacientů - ti by měli přesně vědět, co jim zdravotní pojištění umožňuje a co ne, například dublování vyšetření, obcházení specialistů stejného oboru, vynucování si drahých vyšetření.

8 ZHODNOCENÍ NÁVRHŮ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Vybrala jsem některé zajímavé a nejvíce zdravotnickými zařízeními řešené problémy a pokusím se zhodnotit hlavní výhody a nevýhody navrhovaného řešení. Mezi nejčastější témata patří zavedení pokladenského systému, problematika regulačních mechanismů, počet a struktura zdravotních pojišťoven a také velmi mediálně diskutované téma - regulační poplatky a doplatky.

8.1 Pokladenský systém

Po zavedení tzv. pokladenského systému volají lékaři, zvláště ti v nestátních ambulantních zařízeních, opakovaně. Nejčastěji však v dobách, kdy nastává v systému financování zdravotní péče problém se včasností úhrad od zdravotních pojišťoven.

Výhodou pokladenského systému pro zdravotnické zařízení je jistě včasnost úhrady, neboť pacient by zaplatil ihned po provedeném ošetření. Jako další pozitivum přímé úhrady je její regulační a kontrolní efekt. Regulační v tom smyslu, že by pacient zvažoval, zda lékaře navštívit a dané vyšetření absolvovat, neboť by musel přímo vydat své prostředky, které by následně nějakým způsobem žádal refundovat u zdravotní pojišťovny. Regulační efekt by tak byl jistě výraznější než efekt, který způsobilo zavedení regulačních poplatků. Dalším kladem by byla zvýšená kontrola samotným pacientem, zda lékař provedl všechna vyšetření a výkony, za které by musel pacient přímo zaplatit.

Na druhé straně má pokladenský systém také své nevýhody, zvláště ve velké administrativní náročnosti. Nejprve by zdravotnické zařízení (lékař nebo zdravotní sestra) muselo vystavit pacientovi účet za provedená vyšetření, přijmout hotovostní úhradu do pokladny, vystavit příjmový pokladní doklad. To vše zabere několik minut času zdravotnického pracovníka. Následně by se musel pacient obrátit písemně či osobně na svoji zdravotní pojišťovnu a požadovat refundaci provedené úhrady. To vše znamená další náklady pro pojištěnce (poštovné, cestovné) a hodně vynaloženého času, zvláště při osobní návštěvě pojišťovny. Nakonec by museli pracovníci zdravotní pojišťovny provést úhradu. To znamená přijmout od pojištěnce účet o provedených vyšetřeních a doklad o úhradě, provést formální kontrolu správnosti těchto dokladů, stanovit výši refundace, provést příslušné účetní operace a úhradu buď pokladnou nebo na bankovní účet či poštovní složenkou. Tato činnost při milio-
nech vyšetření pacientů za rok by si vyžádala obrovské nároky na vybavení a personál zdravotních pojišťoven.

Tento způsob by také nesl riziko většího počtu konfliktů souvisejících s úhradou v ordinaci nebo při požadování refundací úhrad na pojišťovně.

Řešení pokladenského systému by mohlo být v zavedení platebních terminálů v ordinacích, používání platebních karet pacientů a elektronickém odeslání účtu přímo z ordinace do příslušné zdravotní pojišťovny pacienta. To je však vzdálená budoucnost. V současné době je pokladenský systém zvláště kvůli administrativní náročnosti nevýhodný a nebylo by vhodné jej v nejbližších letech zavádět.

8.2 Zrušení nebo zmírnění regulačních mechanismů

Druhým nejčastějším požadavkem zdravotnických zařízení, především ambulantních specialistů, je zrušení regulačních mechanismů. Otázkou je, z jakého důvodu existují regulační mechanismy a jaký by byl systém financování zdravotní péče bez těchto regulací.

Je zcela pochopitelné, že zdravotnická zařízení považují jakákoliv regulační či limitující opatření ze strany státu či zdravotních pojišťoven za omezující a problémová, neboť zdravotničtí pracovníci jsou povinni postupovat vždy "lege artis" bez ohledu na aktuální finanční situaci plátce zdravotní péče.

Na druhé straně však jakýkoliv systém, ať biologický, technický či ekonomický, potřebuje pro optimální činnost zpětnou vazbu a regulaci. U zdravotnických zařízení zpětná vazba spočívá v informacích o vývoji jejich výkonnosti a nákladech za zdravotní péči a léčivech. Při výrazném výkyvu ve sledovaném parametru pak nastupuje určitá forma regulace ze strany plátce.

Regulace může být preventivní nebo následná. Preventivní regulace vytváří takové podmínky, aby zdravotnické zařízení nebylo motivováno produkovat zbytečné výkony, které by zatěžovaly pacienta a znamenaly by zvýšenou úhradu za zdravotní péči. Mezi tuto formu regulace lze zařadit například kapitační úhradu u praktických lékařů nebo paušální úhradu u lůžkových zařízení. V kapitační úhradě je obsaženo definované spektrum výkonů, přičemž lékař obdrží kapitační úhradu, i když neprovede některý dílčí výkon z tohoto spektra, či dokonce, i když jej pacient v daném období vůbec nenavštíví. Lékař má tedy jistou úhradu, aniž by musel produkovat nadbytečné výkony. Obdobně je tomu při paušální úhradě u lůžkových zařízení, kdy takové zařízení obdrží od pojišťovny stanovenou paušální úhradu při splnění stanoveného množství výkonů v určitém výkonnostním rozpětí. Tím je

rovněž omezena motivace k nadprodukcí výkonů. Tato forma regulace je zdravotnickými zařízeními přijímána vesměs kladně.

Naopak kritizována je následná regulace, kterou uplatňují zdravotní pojišťovny po účetním vyhodnocení určitého období, a týká se většinou parametrů léčiv předepsaných ve zdravotnickém zařízení a vyžádané péče u jiného zdravotnického zařízení.

Tato regulace je žádoucí, byť problematická. Bez jakékoliv regulace na léčiva by lékaři mohli pod vlivem distributorů léčiv nebo i samotných pacientů, ovlivněných reklamou, nebo i dle svých poznatků, předepisovat bez uvážení nejmodernější a nejnákladnější léčiva. Velmi brzy by došlo k neufinancovatelnému růstu nákladů. Z pohledu lékaře a pacienta je však jakékoliv omezení, aby byl poskytnut nejlepší lék nepřijatelné. Pokud zdravotní pojišťovna realizuje regulační mechanismus a zdravotnickému zařízení je vypočtena regulační srážka ve smyslu úhradové vyhlášky a smluvních ujednání, má zdravotnické zařízení právo podat námitku a projednat s pojišťovnou oprávněnost jeho postupu při léčení. Ne vždy se však mezi zdravotnickým zařízením a pojišťovnou dosáhne shody a některé případy končí smířčím řízením či dokonce u soudu.

V této souvislosti je nutno zmínit verdikt Ústavního soudu ze září 2011, který uvádí, že pokud se jedná o náklady, které byly nezbytné a nutné v rámci zdravotní péče, pak v takovém případě je třeba tyto náklady zdravotní pojišťovnou uhradit. Toto rozhodnutí bude jistě znamenat zvýšené množství odvolání zdravotnických zařízení vůči regulačním srážkám nebo dokonce i zákonnou či smluvní úpravu regulačních mechanismů.

8.3 Problematika počtu zdravotních pojišťoven

Velká většina dotazovaných zdravotnických zařízení by byla pro existenci několika zdravotních pojišťoven. Hlavním důvodem, proč by neměla existovat pouze jedna zdravotní pojišťovna, je samozřejmě monopol. V případě, kdyby existovala jedna státní zdravotní pojišťovna, mohla by si určovat "vlastní pravidla", což by vedlo ke "zpohodlnění" zdravotní pojišťovny. Zavedla by si své ceny, jako je tomu například u Českých drah (do října 2011) a neměla by snahu jakkoliv se přizpůsobit. Nebyl by k tomu žádný důvod, protože pojištěnci zdravotní pojištění platit musí a nemohli by přejít ke konkurenci. Hlavní výhodou by byla zjednodušená práce vykazování zdravotní péče pro zdravotnická zařízení, lepší orientace ve vyúčtování, zdravotnická zařízení by nemusela řešit otázku příslušnosti pacienta ke zdravotní pojišťovně.

Naopak díky konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami jsou pojištěncům nabízeny různé výhody, příspěvky, programy, a každý pojištěnec má možnost vybrat si tu zdravotní pojišťovnu, která mu nejvíce vyhovuje. Také zdravotnická zařízení mají různé motivační pobídky, kdy za splnění určitých požadavků mohou získat finanční ohodnocení.

Dle mého názoru by byla nejefektivnější existence dvou státních zdravotních pojišťoven, kde by byla dána minimální výše pojistného, které by bylo vymahatelné na základě zákona, a několika soukromých zdravotních pojišťoven, které by nabízely různé "balíčky" podle individuálních potřeb pojištěnců.

8.4 Regulační poplatky a doplátky

Existence regulačních poplatků a doplátků je výhodná pro některé lékaře. Pro pacienty samozřejmě výhodná není a pro zdravotní pojišťovny také ne, jelikož v případě dosažení limitu regulačních poplatků hradí pacientům přeplatky zdravotní pojišťovna. Výhodou regulačních poplatků je mírný pokles návštěvnosti pacientů u lékaře a docílení uvědomění si, že zdravotní péče není zdarma. Nevýhodou je velká administrativní zátěž jak pro zdravotní pojišťovny, tak pro zdravotnická zařízení. V případě, že by se zavedl systém povinného zdravotního pojištění v minimální výši a k tomu volitelný balíček připojištění, nebyl by důvod k tomu, aby se vybíraly regulační poplatky. Každý člověk by si velice rozmyslel, zda takovou péči potřebuje nebo nikoliv a také by si za ni zaplatil.

Zhodnocení návrhů zdravotnických zařízení jsem pro větší přehlednost zpracovala do tabulky (viz Tab. 4).

č.	NÁVRH ZZ ¹³	VÝHODY	NEVÝHODY
1.	Pokladenský systém = <i>Přímá platba pacienta u lékaře a následné vyplacení zdravotní pojišťovnou přímo pacientovi</i>	<u>PRO ZZ:</u> * Včasnost úhrady. * Regulační a kontrolní efekt.	<u>PRO ZZ:</u> * Administrativní náročnost. * Vysoké riziko vzniku konfliktů mezi ZZ a pacientem.
		<u>PRO PACIENTA:</u> * Kontrola lékaře, zda provedl všechna vyšetření, za které by musel pacient zaplatit.	<u>PRO PACIENTA:</u> * Náklady při žádosti o refundaci ZP ¹⁴ - poštovné, cestovné. * Časová náročnost.
		<u>PRO ZP:</u> * Odpadla by kritika ZZ, že jim ZP hradí se zpožděním. * Odpadl by tlak ZZ na ZP o zvyšování úhrad.	<u>PRO ZP:</u> * Vysoké nároky na personál ZP. * Komplikovaný a zdlouhavý proces při šetření správnosti vykázaní a provedení zdravotní péče.
2.	Zrušení nebo zmírnění regulačních mechanismů = <i>ZZ považují jakákoliv regulační opatření ze strany státu či zdravotních pojišťoven za omezující a problémová, neboť zdravotničtí pracovníci jsou povinni postupovat vždy "lege artis" bez ohledu na aktuální finanční situaci plátce zdravotní péče.</i>	<u>PRO ZZ:</u> * Žádná omezení při vykazování provedené zdravotní péče a při předepisování léčivých přípravků nebo vyžádané péče.	<u>PRO ZZ:</u> * Postup vždy "lege artis" bez ohledu na výši nákladů
		<u>PRO PACIENTA:</u> * Možnost čerpání veškeré dostupné zdravotní péče bez omezení.	<u>PRO PACIENTA:</u> * Žádné nevýhody.
		<u>PRO ZP:</u> * Žádné výhody.	<u>PRO ZP:</u> * Neufinancovatelný růst nákladů. * Možnost zhroucení systému financování zdravotní péče.

¹³ ZZ = Zdravotnické zařízení

¹⁴ ZP = Zdravotní pojišťovna

3.	<p>Problematika počtu zdravotních pojišťoven</p> <p>= Velká většina dotazovaných zdravotnických zařízení by byla pro existenci několika zdravotních pojišťoven</p>	<p><u>VÝHODY EXISTENCE JEDNÉ ZP pro celý systém financování zdravotní péče:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Zjednodušená práce při vykazování zdravotní péče pro ZZ. * Lepší orientace ve vyúčtování zdravotní péče pro ZZ. * ZZ by nemusela řešit otázku příslušnosti pacienta k ZP. 	<p><u>NEVÝHODY EXISTENCE JEDNÉ ZP pro celý systém financování zdravotní péče:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Monopol - možnost nastavování vlastních pravidel - to by vedlo ke "zpoždění" ZP. * Nemožnost pacienta přejít ke konkurenci - ztráta motivace ZP. * Neexistence příspěvků a výhod ZP pro pojištěnce - nebyl by důvod je poskytovat, když by neexistovala konkurence.
4.	<p>Regulační poplatky a doplatky</p> <p>= nutnost úhrady poplatku při každé návštěvě lékaře, lůžkového zdravotnického zařízení. Výše je stanovena zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.</p>	<p><u>PRO ZZ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Mírné snížení nákladů na poskytovanou zdravotní péči. * Mírný pokles návštěvnosti pacientů a možnost věnovat se "opravdu nemocným" pacientům. 	<p><u>PRO ZZ:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Administrativní náročnost.
		<p><u>PRO PACIENTA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Žádné výhody. 	<p><u>PRO PACIENTA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Zvýšení nákladů na zdravotní péči.
		<p><u>PRO ZP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * Docílení uvědomění si, že zdravotní péče není zdarma. 	<p><u>PRO ZP:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> * V případě, že pojištěnec dosáhne výše limitu, která je dána zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, hradí ZP pojištěnci částku, která překračuje daný limit. * Administrativní náročnost.

Tab. 4. Zhodnocení návrhů zdravotnických zařízení, které vyplývají z provedené analýzy v kapitole 7 této diplomové práce. Zdroj: autorka

9 NÁVRH NA ZLEPŠENÍ SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE A SYSTÉMU KONTROLY

V této kapitole bych chtěla navrhnout změny, které by vedly ke zlepšení současné situace financování zdravotní péče a systému kontroly zdravotní péče v České republice.

Za základní změnu považuji redukci osmi zdravotních pojišťoven na dvě, a vytvoření neo-omezeného množství soukromých zdravotních pojišťoven, jak vyplynulo mimo jiné z analýzy provedené v kapitole 7 této diplomové práce.

S tímto návrhem také souvisí čerpání inspirací týkajících se systému zdravotnictví v různých státech Evropské unie, které mají již zavedený prosperující systém financování zdravotní péče.

Změnou, která by měla velký dopad na hospodaření zdravotních pojišťoven a která je velice důležitá pro další optimální fungování systému zdravotnictví, je zvýšení platby zdravotním pojišťovnám ze strany státu, který hradí zdravotní pojištění za osoby, které jsou uvedeny v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ustanovení § 7 odst. 1.

Z provedené analýzy vyplynulo, že zdravotnická zařízení nesouhlasí s regulačními mechanismy, na základě kterých jsou finančně krácena. Návrhem na zlepšení systému financování zdravotní péče, v souvislosti s touto problematikou, je zrušení nebo zmírnění regulačních mechanismů.

Dalším návrhem, který by vedl ke zlepšení systému financování zdravotní péče, je zrušení nedávno zavedených a neustále kritizovaných regulačních doplatků a poplatků.

V souvislosti se systémem kontroly zdravotní péče navrhuji provést celoplošnou kontrolu léčiv a prostředků zdravotnické techniky, která by vedla ke zprůhlednění finančních toků lékárnám.

Návrhy na zlepšení systému financování zdravotní péče a systému kontroly jsem pro větší přehlednost zpracovala do tabulky (viz Tab. 5).

č.	NÁVRH	DŮVOD	NÁSLEDEK
1.	Existence dvou státních zdravotních pojišťoven a několika soukromých pojišťoven	<ul style="list-style-type: none"> * možnost vzájemné konkurence a vyloučení monopolu * vzbuzení pocitu u pacientů, že zdravotní péče není zadarmo 	Každý občan by měl povinnost hradit ze zákona minimální výši pojistného státní pojišťovně, která by zaručovala ošetření v akutních případech, a dále připojištění u soukromé pojišťovny na konkrétní péči dle vyhovujících parametrů.
2.	Načerpání inspirace ve státech Evropské unie	* existence již zavedených, fungujících, propracovaných systémů financování zdravotní péče v různých státech EU	Zjednodušení systému reforem zdravotnictví, vyloučení nefungování systému financování zdravotní péče.
3.	Navýšení platby zdravotním pojišťovnám ze strany státu	<ul style="list-style-type: none"> * v případě existence soukromých pojišťoven by byly příjmy státních pojišťoven nižší * stát hradí zdravotní pojištění za osoby v důchodovém věku, nezaměstnaným lidem evidovaným na úřadech práce, atd. - těch v současné době přibývá 	Zvýšení příjmu státním pojišťovnám a podpoření tak například financování akutní lůžkové péče, na kterou jsou v současné době vymezeny pouze nízké prostředky a čekací doba je tak pro pacienty dlouhá, někdy i v řádech let.
4.	Zrušení nebo zmírnění regulačních mechanismů	* pokud by existovaly dvě státní pojišťovny pro úhradu neodkladné péče, následná regulace by nebyla nutná, naopak mírná preventivní regulace by byla žádoucí, jelikož pro dobré fungování jakéhokoliv systému je potřeba zpětné vazby a mírné regulace, aby jeho činnost byla optimální	Lékaři by měli sazebník výkonů, které souvisí s neodkladnou péčí a za provedenou práci by byli také hodnoceni. Soukromé pojišťovny by hradili nadstandard, který by si každý pojištěnec hradil individuálně.

5.	Zrušení regulačních poplatků a doplatků	* v případě existence soukromého připojištění ztrácí smysl * lékařům se touto cestou příjmy příliš nezvýšily a administrativně zatěžují	Kdyby si každý pacient musel za zdravotní péči zaplatit (soukromé připojištění), rozmyslel by si, zda-li půjde k lékaři, "když jde zrovna kolem", nebo ne.
6.	Provedení celoplošné kontroly předepisování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky	* miliardové úniky v této oblasti * baťůžkaření * zaměňování léčivých přípravků - nepřiměřená úhrada léku jiné hodnoty	Nalezení finančních úniků, které zatěžují celý systém financování zdravotní péče - stát, zdravotní pojišťovny a také zdravotnická zařízení, která jsou regulována za léčiva, která ani nepředepsala.

Tab. 5. Návrhy na zlepšení systému financování zdravotní péče a systému kontroly ve zdravotnictví. Zdroj: autorka

Systém financování zdravotní péče je velice složitý a provázaný mechanismus. Jedná se o hospodaření s finančními prostředky, a proto není možné vyhovět všem zúčastněným stranám. Nejrozumnějším řešením, jak jsem se již zmínila výše, by podle mého názoru byla **existence dvou státních zdravotních pojišťoven**, které by si mohly konkurovat a dále potom několika soukromých pojišťoven. Příjmy státních zdravotních pojišťoven by byly jednak od státu, od pojištěnců samotných a od zaměstnavatelů. Platba takového zdravotního pojištění by byla ze zákona povinná. Výdaje státní zdravotní pojišťovny by souvisely pouze s poskytováním nutné a neodkladné péče¹⁵. Pro další péči by se každý občan mohl připojistit u soukromé zdravotní pojišťovny podle individuálních potřeb. V případě neplacení soukromého zdravotního pojištění a potřeby preventivní prohlídky nebo jakékoliv péče, která nespadá pod pojem nutná a neodkladná, by občan musel takovou zdravotní péči uhradit zdravotnickému zařízení na místě ve výši dle platného sazebníku.

¹⁵ Nutná a neodkladná péče není definována žádným právním předpisem. Dle zdravotních pojišťoven se nutnou a neodkladnou péčí rozumí péče při stavech, které bezprostředně ohrožují život postiženého, mohou vést prohlubováním chorobných změn k náhlé smrti, působí náhlé utrpení a náhlou bolest, ohrožují postiženého nebo jeho okolí.

Navýšení platby státním pojišťovnám ze strany státu by bylo samozřejmě nevyhnutelné. Platby od státu představují důležitou část příjmové stránky zdravotních pojišťoven s ohledem na skutečnost, že osoby, za které stát pojistné platí¹⁶, představují více než polovinu populace. Výše nezaměstnanosti se v České republice v době hospodářské krize zvyšuje, občanů důchodového věku přibývá a příjmy zdravotních pojišťoven se v důsledku toho snižují. Platba za státního pojištěnce je v současné době 723 Kč za měsíc. Kdežto například v případě osoby samostatně výdělečně činné¹⁷ je povinná platba ve výši 1 697 Kč. To znamená, že platba od státu je o více než polovinu nižší. Ekonomickým důsledkem je pokles příjmů zdravotních pojišťoven a s tím související úhrady zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči se zpožděním nebo snižování finančního ohodnocení za provedené výkony. To má dopad i na samotné pacienty, kteří do systému financování zdravotní péče nevidí a jsou odkázáni na důvěru v lékaře. Ten je ale ovlivněný ekonomickou situací a v souvislosti s tím pacientovi neposkytuje tu nejlepší péči, nýbrž tu nejlevnější.

Podle mého názoru by bylo vhodné porozhlédnout se po "Evropě" a **načerpát inspiraci** v již zavedených a fungujících systémech financování zdravotní péče. Například v Německu existuje dvojí zdravotní pojištění. Povinné a dobrovolné. Zákonem je stanovená hranice příjmu, nad kterou nejsou občané povinni uzavřít zákonné pojištění, ale mohou si sjednat soukromé zdravotní pojištění nebo se nemusí pojistit vůbec. Soukromé pojišťovny doplňují činnost státních pojišťoven.

Zdravotnická zařízení volají po **zrušení regulačních mechanismů**, což vyplynulo z provedené analýzy v kapitole 7 této diplomové práce. Regulace může být dvojího druhu - preventivní a následná. Jak jsem již uvedla v kapitole 8 na straně 75 této diplomové práce, pro dobře fungující jakýkoliv systém je potřeba zpětné vazby a regulace. Preventivní regulace

¹⁶ Tyto osoby jsou konkrétně vyjmenovány v ustanovení § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění, kdy se jedná například o nezaopatřené děti, poživatele důchodů, ženy na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání apod.

¹⁷ OSVČ (osoba samostatně výdělečně činná) je termín používaný v českých zákonech o dani z příjmu, o sociálním zabezpečení a zdravotním pojištění pro takovou fyzickou osobu, která má příjmy z podnikání nebo z jiné samostatně výdělečné činnosti.

vytváří podmínky, za kterých zdravotnické zařízení není motivováno k produkci zbytečných výkonů, které by znamenaly zvýšení úhrady za zdravotní péči. Takováto regulace by měla i nadále v systému financování zdravotní péče existovat jako základní stimulátor mezi zdravotnickým zařízením, pacientem a zdravotní pojišťovnou. Velké kritice podléhá následná regulace, která se týká většinou parametrů léčiv předepsaných ve zdravotnickém zařízení a vyžádané péče u jiného zdravotnického zařízení. V případě, že by existovaly dvě státní pojišťovny, které by hradily pouze základní neodkladnou péči, nemusely by zdravotnická zařízení regulovat za předepsaná léčiva nebo vyžádanou péči. Takové náklady by hradila soukromá zdravotní pojišťovna na základě individuálního připojištění. Regulačním mechanismem by v tomto případě byl sám pojištěnec, který by se sám mohl rozhodnout, zda chce využít dražší či levnější alternativu léčby. Občan by byl více zapojen do procesu rozhodování o možnostech léčby a financování těchto nákladů.

Soukromé pojišťovny by nabízely "balíčky", které by byly individuální podle potřeb jednotlivých pojištěnců. Například stomatologický balíček, kde by byla měsíční výše, kterou by si hradil pacient sám. V případě, že by pacient přišel ke stomatologovi a neměl toto připojištění, musel by si péči uhradit sám. To by mělo také dopad na myšlení občanů - nikoliv "všechno je zadarmo a tak proč toho nevyužít".

Zdravotnictví je velice drahá záležitost, a pokud chceme, aby se zvyšovala úroveň zdravotnictví, není možné doufat v to, že se peníze na zdravotní péči nějakým způsobem někde objeví.

Regulační poplatky jsou dobrým mechanismem pro motivaci pacientů, ale současný systém považují za nevyhovující. Lékařům se touto cestou příjmy příliš nezvýšily a spíše administrativně zatěžují. Myslím si, že kdyby si každý musel za zdravotní péči zaplatit, zamyslel by si, zda-li půjde k lékaři, "když jde zrovna kolem", nebo ne. Z analýzy provedené v kapitole 7 vyplynulo, že dotazovaná zdravotnická zařízení jsou ze 46 % spokojena s příjmy z regulačních poplatků. Ale v případě existence úhrad od soukromých zdravotních pojišťoven by se jejich příjmy navýšily i bez přímé platby od pacienta a snížily by se jim náklady spojené s výběrem regulačních poplatků. Soukromé zdravotní pojišťovny by měly širší spektrum finančního ohodnocení pro lékaře, jednak z důvodu existence vysoké konkurence ze strany ostatních soukromých zdravotních pojišťoven, a také proto, že by jejich

příjmy nebyly závislé na platbách od státu. I v souvislosti s touto problematikou bychom se mohli inspirovat v zahraničí. Například v již zmíněném Německu jsou regulační poplatky řešeny jednorázovou platbou, která je v současné době 10 euro, a která se hradí jednou za čtvrt roku pouze u jednoho lékaře. V případě návštěvy dalších lékařů se již poplatek neplatí. Tato platba se nazývá "Praxisgebühr" a narozdíl od českých regulačních poplatků je odváděna v celkové výši zdravotní pojišťovně. Tedy nikoliv zdravotnickým zařízením.

Někteří odborníci komentují přímou platbu za zdravotní péči ze strany pacienta za porušení základních lidských práv. V Listině základních práv a svobod je v čl. 31 zakotveno: "Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon." Existencí státních jedné nebo dvou pojišťoven, které by hradily neodkladnou péči, by byl tento článek dodržen. Ostatní péče by byla v rukou samotného občana, který by se sám rozhodl, jaká péče je pro něj důležitá a kolik finančních prostředků je ochotný do zdravotní péče investovat.

Velkým problémem současnosti je záležitost týkající se kontroly léků. Navrhuji provést **celoplošnou kontrolu vykazování a předepisování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky**. V této ne málo diskutované oblasti by bylo podle mého názoru možné nalézt i miliardové úniky. Existují dva základní typy "podvodů", kdy dochází k okrádání zdravotních pojišťoven a obelhávání pacienta. Prvním z nich je takzvané "baťůžkaření". Lékárna se domluví se zdravotnickým zařízením na tom, že zdravotnické zařízení bude vydávat léky v ordinaci. Pacient přijde do ordinace, lékař mu poskytne lék, který si nemusí vybírat v lékárně, což je pro pacienta mnohem pohodlnější a levnější, jelikož nemusí hradit regulační poplatek. Lékař poté napíše recept, který odveze do sjednané lékárny a na který napíše jiné množství vydaného léku. Výsledkem je to, že pacient dostane například antibiotika, která zdravotní pojišťovna stojí v případě výběru léku v lékárně, 500 Kč, a lékárna místo jednoho léku, který vydala, vyúčtuje zdravotní pojišťovně léky tři. Obohatí se tím tedy o 1000 Kč, které si potom rozdělí s lékařem. Toto je běžná praxe. V případě, že zdravotní pojišťovna v rámci kontroly zjistí, že dochází k nepřiměřenému nárůstu receptů v některé z lékáren, a pacient, jehož lékař je ze Zlína, vybírá například léky v lékárně v Šumperku, nemá příliš šancí tuto skutečnost dokázat. Musel by být osloven pacient, který by dosvědčil, že dostal pouze jedno balení antibiotik a nikoliv tři, což je v

mnoha případech nemožné, jelikož pro pacienta je lékař "persona grata" a má obavy z toho, že by jej lékař neošetřil nebo by měl komplikace.

Dalším typem podvodů je zaměňování léčivých přípravků. Existují velice drahé léky, které jsou zaměnitelné s jinými, ještě dražšími, léky. V praxi se stává, že lékárna vydá pacientovi předepsaný lék v předepsaném množství, ale zdravotní pojišťovně účtuje lék obdobný, který ale místo 650 Kč stojí 2500 Kč. Zdravotní pojišťovna nemá šanci na toto přijít, jelikož každý měsíc přijímá několik tisíc receptů a není natolik personálně vybavena, aby mohla každý měsíc kontrolovat jednotlivé recepty s vykázanou skutečností.

Navrhuji tedy zpřísnit kontroly vydávání léčivých přípravků, které by spočívaly v celoplošné státní kontrole všech lékáren a ve všech zdravotních pojišťovnách.

Co se týče kontroly zdravotnických zařízení, myslím si, že současný systém je vyhovující.

V současné době již existují kontrolní mechanismy, které automaticky kontrolují množství vykázané péče zdravotnickým zařízením, omezení počtu vykázaných výkonů na daného pacienta a podobně.

ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo analyzovat rozdíly ve financování jednotlivých segmentů, zjistit názory lékařů na současný systém financování a navrhnout možnosti zlepšení systému financování zdravotní péče v ČR.

V teoretické části jsem se zabývala analýzou právních norem, které souvisí s danou problematikou, dále historickým vývojem financování zdravotní péče na území ČR, současným stavem systému a popisem forem financování jednotlivých segmentů zdravotní péče. Financování zdravotní péče má své základy v Listině základních práv a svobod, kde je v článku 31 zakotveno: "Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon." Dalšími důležitými právními dokumenty jsou zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a konkrétní vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR, která upravuje financování zdravotní péče "do hloubky".

V praktické části jsem provedla průzkum spokojenosti zdravotnických zařízení se systémem financování zdravotní péče v ČR. Pro zjištění názorů zdravotnických zařízení jsem použila dotazníkovou metodu. Dotazníky, kde byly otázky formulovány jednak k zaškrtování a jednak k vypsání vlastního názoru, jsem odeslala celkem 224 zdravotnickým zařízením formou e-mailu nebo písemně. 48 zdravotnických zařízení bylo ochotných k vyplnění dotazníku. Na základě získaných dat jsem provedla analýzu odpovědí a při porovnání jednotlivých názorů jsem vybrala nejčastěji se vyskytující názory a napsala vyjádření, tedy možné klady nebo záporny navrhovaného řešení. Z analýzy odpovědí vyplynulo, že 38 % respondentů je spokojeno se současným stavem financování zdravotní péče, 56 % respondentů naopak spokojeno není. Nejčastěji vytýkanými problémy jsou regulace, nedostatečně ohodnocená lékařská péče, nedostatečná výše regulačních poplatků, nedostatečné zapojení pacienta do systému úhrad a v neposlední řadě i nepřehledná revizní činnost zdravotních pojišťoven.

Dalším cílem praktické části bylo srovnání úhrad jednotlivých zdravotních pojišťoven na základě dodatků ke smlouvě, které mi byly zapůjčeny od konkrétních zdravotnických zařízení. Formy úhrad v odbornostech stomatologie a ambulantních specialistů jsou ze strany všech zdravotních pojišťoven téměř totožné. Velké rozdíly jsem spatřila ve financování

gynekologie a praktických lékařů. Těmto dvěma odbornostem poskytují zdravotní pojišťovny různé formy bonifikací.

Cílem práce bylo také navrhnout možná zlepšení systému. Mezi nejdůležitější návrhy, které by vedly ke zlepšení současné situace financování zdravotní péče, patří redukce osmi zdravotních pojišťoven na dvě státní zdravotní pojišťovny a neomezený počet soukromých zdravotních pojišťoven. Dále také zvýšení platby za pojištěnce, za které je plátcem zdravotního pojištění stát, jelikož současná výše této platby je velice nízká v porovnání s příspěvkem od ostatních plátců, kterými jsou samotní pojištěnci nebo zaměstnavatelé. Zrušení nebo zmírnění regulačních mechanismů a zrušení regulačních poplatků a doplatků jsou dalším návrhem ke zlepšení systému. Nutné je také více zapojit samotné občany do procesu financování zdravotní péče.

Kontrola zdravotní péče v ČR je dle mého názoru velice podhodnocena. Navrhla jsem zaměřit se na kontrolu lékáren, předepisování a vydávání léků. V této oblasti zdravotní pojišťovny přichází o miliardové částky a v současné době není zájem o takovou hloubkovou kontrolu.

Není možné zavděčit se vždy všem. A jelikož se jedná o finanční prostředky, se kterými hospodaří jak stát, tak zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení i pojištěnci, je potřeba vytvořit zcela jiný systém financování zdravotní péče, který by nestál na základech komunistického myšlení - vše je zdarma a pro všechny stejně.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Monografické publikace

JANEČKOVÁ, H, 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál. 294 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

VEPŘEK, J et al, 2002. *Zpráva o léčení českého zdravotnictví, aneb, Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra*. 1. vyd. Praha: Grada. 229 s. ISBN 80-247-0347-5.

ZLÁMAL, J, 2005. *Ekonomika zdravotnictví*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. 206 s. ISBN 80-7013-429-1.

Článek v časopise

HAMOUZ, Zdeněk, 2005. Praktičtí lékaři dotují systém. *České zdravotnické fórum č. 1*. Praha: LexisNexis, s. 10-11 [cit. 2011-07-23]. ISSN 1211-6432.

JURÁSKOVÁ, Linda, 2008. *Způsoby přerodělování všeobecného zdravotního pojištění a jejich vliv na konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami*. Brno. [cit. 2011-07-10]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita. Ekonomicko-správní fakulta. Vedoucí bakalářské práce Ing. Marek Pavlík.

PAPeŠ, Zdeněk, 1997. Finanční problémy současného zdravotnictví. *Zdravotnictví a zdravotní pojištění č. 1-2*. Praha: ČLS JEP, s. 26-29 [cit. 2011-07-22]. ISSN 1211-6289.

Článek v odborných novinách

DLOUHÝ, Martin, 1997. Základní formy financování nemocniční péče. *Odborné noviny - Ekonomika zdravotnictví*. 14. února 1997, s. 5 [cit. 2011-08-05].

Internetové zdroje

Charita Šumperk. *Ošetrovatelská služba*. [online]. [cit. 2011-08-02]. Dostupné z: <http://www.sumperk.caritas.cz/osetrovatelska-sluzba>.

Infoservis, číslo 15 ročník 2, 2011. Současný systém přerozdělování není spravedlivý [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 14. července 2011, s. 1 [cit. 2011-07-15]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/](http://www.vzp.cz/uploads/document/1310968158-infoservis_15_11_listovacka.pdf)

1310968158-infoservis_15_11_listovacka.pdf.

Infoservis, číslo 4 ročník 2, 2011. Bonifikace praktických lékařů v programu AKORD [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 14. února 2011, s. 2 [cit. 2011-09-08]. Dostupné z: [http://www.vzp.cz/uploads/document/](http://www.vzp.cz/uploads/document/1297694250-infoservis_4-11.pdf)

1297694250-infoservis_4-11.pdf.

MACHÁČKOVÁ, Ludmila, 2011. Způsob úhrady zdravotní péče v ambulantních segmentech v roce 2011. *Infoservis č. 2.* [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 17. ledna 2011, s. 1 [cit. 2011-08-01]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/1295267395-info_2-11.pdf.

Sdružení ambulantních specialistů ČR. *Dodatky ke Smlouvám o poskytování zdravotní péče.* [online]. [cit. 2011-09-05]. Dostupné z: <http://www.sasp.cz/>.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR, 2007. *Návrh věcného záměru zákona o Zdravotnické záchranné službě.* [online]. [cit. 2011-08-02]. s. 1. Dostupné z: <http://szpcr.cz/reforma/zzs.pdf>.

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2001. [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2002, s. 12-13 [cit. 2011-07-05]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/PDF/vzp_2001.pdf.

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2002. [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2003, s. 11-12 [cit. 2011-07-05]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/1293734482-VZP_2002.pdf.

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2004. [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2005, s. 9 [cit. 2011-07-05]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/1293734597-VZP_2004.pdf.

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2008. [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2009, s. 5 [cit. 2011-07-05]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/PDF/vyrocní_zprava_2008.pdf.

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2009. [online]. Praha: Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, 2010, s. 5 [cit. 2011-07-05]. Dostupné z: http://www.vzp.cz/uploads/document/PDF/vyrocní_zprava_2009.pdf.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky. *Prerозdělování pojistného.* [online]. [cit. 2011-07-10]. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/platci/povinnosti-platcu-pojisteni/metodika/stat/prerозdelovani-pojistneho>.

Právní normy

Listina základních práv a svobod (Zákon č. 2/1993 Sb.).

Usnesení vlády České republiky ze dne 10. září 1997 č. 561 k výročním zprávám a účetním závěrkám zdravotních pojišťoven za rok 1996.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 426/1992 Sb., o úhradě léčiv a prostředků zdravotnické techniky.

Vyhláška Ministerstva zdravotnictví České republiky č. 396/2010 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a regulačních omezení objemu poskytnuté zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro rok 2011.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1. Schéma současného systému financování zdravotní péče; Zdroj: Ministerstvo zdravotnictví ČR 22

SEZNAM TABULEK

<i>Tab. 1. Bonifikace konkrétního praktického lékaře X; Zdroj: autorka</i>	40
<i>Tab. 2. Bonifikace v odbornosti praktický lékař; Zdroj: autorka</i>	41
<i>Tab. 3. Bonifikace v odbornosti gynekologie; Zdroj: autorka</i>	44
<i>Tab. 4. Zhodnocení návrhů zdravotnických zařízení, které vyplývají z provedené analýzy v kapitole 7 této diplomové práce. Zdroj: autorka</i>	76
<i>Tab. 5. Návrhy na zlepšení systému financování zdravotní péče a systému kontroly ve zdravotnictví. Zdroj: autorka</i>	79
<i>Tab. 6. Vyhláška 396/2010 Sb., Příloha 2</i>	93

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1. Spokojenost s financováním daného segmentu; Zdroj: autorka</i>	47
<i>Graf 2. Srozumitelnost financování zdravotní péče; Zdroj: autorka</i>	48
<i>Graf 3. Metodická pomoc ze strany zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka</i>	49
<i>Graf 4. Nedostatky v systému financování zdravotní péče; Zdroj: autorka</i>	50
<i>Graf 5. Spokojenost s existencí 8 zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka</i>	56
<i>Graf 6. Postoj k existenci pouze jedné zdravotní pojišťovny; Zdroj: autorka</i>	58
<i>Graf 7. Rozdíly ve financování zdravotní péče ze strany všech zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka</i>	59
<i>Graf 8. Současný systém financování a postoj lékařů k motivaci; Zdroj: autorka</i>	60
<i>Graf 9. Reforma zdravotnictví, zavedení regulačních poplatků a doplatků; Zdroj: autorka</i>	61
<i>Graf 10. Četnost kontrol ze strany zdravotních pojišťoven; Zdroj: autorka</i>	64
<i>Graf 11. Kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven a jejich nastavení; Zdroj: autorka</i>	65
<i>Graf 12. Kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu; Zdroj: autorka</i>	67

SEZNAM PŘÍLOH

- P I Věkové indexy pro výpočet kapitační platby
- P II Vyhláška č. 396/2010 Sb., Příloha 1 - financování ústavní péče
- P III Příklad dotazníku a jeho struktura

PŘÍLOHA P I: VĚKOVÉ INDEXY PRO VÝPOČET KAPITAČNÍ PLATBY

Věková skupina	Index
0 - 4 roky	3,91
5 - 9 let	1,70
10 - 14 let	1,35
15 - 19 let	1,00
20 - 24 let	0,90
25 - 29 let	0,95
30 - 34 let	1,00
35 - 39 let	1,05
40 - 44 let	1,05
45 - 49 let	1,10
50 - 54 let	1,35
55 - 59 let	1,45
60 - 64 let	1,50
65 - 69 let	1,70
70 - 74 let	2,00
75 - 79 let	2,40
80 - 84 let	2,90
85 a více let	3,40

Tab. 6. Vyhláška 396/2010 Sb., Příloha 2

PŘÍLOHA P II: VYHLÁŠKA Č. 396/2010 SB., PŘÍLOHA 1 - FINANCOVÁNÍ ÚSTAVNÍ PÉČE

Seznam paragrafů a text 396/2010 Sb. - poslední stav textu

Příloha 1

Hodnota bodu, výše úhrad zdravotní péče a regulační omezení podle § 3

A) Ústavní péče podle § 3 odst. 1

1. Zdravotní péče se v roce 2011 hradí paušální úhradou ve výši 98 % celkové úhrady náležející zdravotnickému zařízení v referenčním období. Referenčním obdobím se rozumí rok 2009, hodnoceným obdobím se rozumí rok 2011. Do referenčního období je zařazena veškerá zdravotní péče poskytnutá v roce 2009, zdravotnickým zařízením vykázaná do 31. 5. 2010 a zdravotní pojišťovnou uznaná do 30. 9. 2010.

2. Úhrada ve výši stanovené v bodu 1 náleží zdravotnickému zařízení, jestliže

a) zdravotnické zařízení vykáže a zdravotní pojišťovna uzná počet hospitalizací zařazených do skupin vztahených k diagnóze podle Klasifikace hospitalizovaných pacientů⁴¹ (dále jen „Klasifikace“), které jsou uvedeny v příloze č. 9 (dále jen „počet hospitalizací“), ukončených v hodnoceném období, ve výši alespoň 94 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací, ukončených v referenčním období a zároveň počet hospitalizací, vynásobený indexy, které jsou uvedeny v příloze č. 9 (dále jen „počet hospitalizací vynásobený Indexy 2011“), ukončených v hodnoceném období, ve výši alespoň 94 % zdravotnickým zařízením vykázaného a zdravotní pojišťovnou uznaného počtu hospitalizací vynásobeného Indexy 2011, ukončených v referenčním období. Pokud zdravotnické zařízení nesplní podmínky uvedené ve větě první, bude část úhrady za hospitalizační péči snížena o počet procentních bodů, odpovídající vyšší z obou hodnot, o které nebylo dosaženo 94 % příslušné hodnoty. Do počtu hospitalizací se nezapočítávají hospitalizace, v rámci kterých zdravotnické zařízení v hodnoceném období vykáže výkony v režimu jednodenní péče podle seznamu výkonů.

b) zdravotnické zařízení vykáže a zdravotní pojišťovna uzná počet bodů za výkony poskytnuté v ambulantní péči v hodnoceném období ve výši alespoň 95 % počtu bodů za takové výkony v referenčním období, přepočtené podle seznamu výkonů ve znění účinném k 1.1.2011, a dále zdravotnické zařízení v hodnoceném období ošetří v ambulantní péči alespoň 95 % počtu unikátních pojištěnců za všechny odbornosti celkem oproti referenčnímu období. Pokud zdravotnické zařízení nesplní podmínky uvedené ve větě první, bude část úhrady za ambulantní péči snížena o počet procentních bodů, odpovídající vyšší z obou hodnot, o které nebylo dosaženo 95 % příslušné hodnoty. Unikátním pojištěncem se rozumí jeden pojištěnec příslušné zdravotní pojišťovny ošetřený zdravotnickým zařízením v dané odbornosti v hodnoceném nebo referenčním období alespoň jedenkrát, přičemž není rozhodné, zda se jedná o ošetření v rámci vlastní péče nebo péče vyžádané. Pokud byl tento pojištěnec zdravotnickým zařízením v dané odbornosti ošetřen v příslušném pololetí vícekrát, zahrnuje se do počtu unikátních pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny ošetřených v dané odbornosti pouze jedenkrát; v případě sloučení zdravotních pojišťoven se počtem unikátních ošetřených pojištěnců rozumí součet unikátních ošetřených pojištěnců za zdravotní pojišťovny, které se sloučily (pokud byl pojištěnec v referenčním období pojištěncem více než jedné zdravotní pojišťovny, do počtu unikátních ošetřených pojištěnců se započítává pouze jednou).

3. Zdravotní pojišťovna zohlední změnu objemu vykázané a zdravotní pojišťovnou uznané mimořádně nákladné zdravotní péče poskytnuté v hodnoceném období ve srovnání s referenčním obdobím. Mimořádně nákladnou zdravotní péčí se pro účely této vyhlášky rozumí zdravotní péče poskytnutá zdravotnickým zařízením pojištěnci, jejíž objem přesáhne částku 1 000 000 Kč. Do objemu zdravotní péče se započítávají zvlášť účtované léčivé přípravky, zvlášť účtovaný materiál, paušální částka, kterou se hradí léčivé přípravky podle § 17 odst. 7 zákona, a bodová hodnota zdravotních výkonů podle seznamu výkonů, s hodnotou bodu v hodnoceném i referenčním období ve výši 0,90 Kč. Do mimořádně nákladné zdravotní péče se nezapočítává zdravotní péče, kterou zdravotní pojišťovna hradí jiným způsobem než je paušální úhrada podle bodu 1.

4. Pokud dojde ve zdravotnickém zařízení ke změnám v rozsahu a struktuře poskytované hrazené péče v porovnání s referenčním obdobím a zdravotní pojišťovna tyto změny odsouhlasí, zohlední je v návrhu smlouvy, včetně vyčlenění navýšení (krácení) úhrad. V souvislosti se změnami uvedenými ve větě první

a) zdravotní pojišťovna při výpočtu celkové úhrady podle bodu 1 zohlední změnu počtu hospitalizací, počtu hospitalizací vynásobeného Indexy 2011, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců,

b) zdravotní pojišťovna může upravit limit celkové úhrady za zdravotnickým zařízením předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky podle části C) této přílohy.

5. V případě, že zdravotnické zařízení poskytne v referenčním nebo hodnoceném období zdravotní péči 50 a méně pojištěncům příslušné zdravotní pojišťovny, tato zdravotní péče se hradí podle seznamu výkonů s hodnotou bodu ve výši 0,90 Kč.

6. Nad rámec paušální úhrady podle bodu 1 se hradí výkon 09563 a výkon 86101 podle seznamu výkonů, s hodnotou bodu 1 Kč.

7. Do paušální úhrady podle bodu 1 se nezahrnuje úhrada za léčivé přípravky a potraviny pro zvláštní lékařské účely označené symbolem „S“ podle § 29 odst. 2 vyhlášky č. 92/2008 Sb. a zdravotní péče poskytovaná zahraničním pojištěncům.

8. Pro zdravotní péči hrazenou podle seznamu výkonů, včetně zdravotní péče poskytované zahraničním pojištěncům, se stanoví hodnota bodu ve výši 0,90 Kč.

9. Zdravotní pojišťovna může zdravotnickému zařízení poskytnout měsíční předběžnou úhradu ve výši jedné dvanáctiny z 98 % objemu úhrady za odpovídající referenční období. Při stanovení výše předběžné úhrady zdravotní pojišťovna zohlední změny v rozsahu a struktuře poskytované péče, včetně změny počtu hospitalizací, počtu hospitalizací vynásobeného Indexy 2011, počtu bodů a počtu unikátních pojištěnců. V případě, že v průběhu hodnoceného období dojde ve zdravotnickém zařízení ke změně rozsahu poskytované péče, je zdravotní pojišťovna oprávněna výši předběžné úhrady upravit způsobem odpovídajícím změně rozsahu péče. Předběžná úhrada za hodnocené období bude finančně vypořádána v rámci celkového finančního vypořádání, včetně regulačních omezení, a to nejpozději do 180 dnů po ukončení hodnoceného období.

B) Ústavní péče podle § 3 odst. 2

Seznam paragrafů a text 396/2010 Sb. - poslední stav textu

pojištěnců v tomto kraji; koeficienty podílu počtu pojištěnců zdravotních pojišťoven na celkovém počtu pojištěnců podle krajů České republiky jsou stanoveny takto:

Kraj	Všeobecná zdravotní pojišťovna Metal-Média	Všeobecná zdravotní pojišťovna Alliance	Vojenská zdravotní pojišťovna	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	Oborová zdravotní pojišťovna	Zdravotní pojišťovna Škoda	Zdravotní pojišťovna ministerstva	Revírní bratrská pokladna vnitřní
Praha hl. m.	0,6227	0,0023	0,0475	0,0035	0,2278	0,0006	0,0937	0,0003
Středočeský	0,5783	0,1060	0,0417	0,0142	0,0878	0,0772	0,0931	0,0001
Jihočeský	0,6486	0,0003	0,1279	0,0427	0,0451	0,0001	0,1338	0,0001
Plzeňský	0,6212	0,0572	0,0725	0,0449	0,0679	0,0001	0,1335	0,0001
Karlovarský	0,7116	0,0007	0,0674	0,0800	0,0414	0,0001	0,0948	0,0001
Ústecký	0,7109	0,0192	0,0598	0,0348	0,0522	0,0003	0,1133	0,0029
Liberecký	0,7656	0,0004	0,0852	0,0242	0,0371	0,0121	0,0710	0,0001
Královéhradecký	0,6213	0,0011	0,0870	0,0519	0,0400	0,0568	0,1395	0,0001
Pardubický	0,7272	0,0012	0,0612	0,0569	0,0366	0,0005	0,1129	0,0002
Vysočina	0,7551	0,0444	0,0327	0,0424	0,0244	0,0001	0,0988	0,0002
Jihomoravský	0,6073	0,0413	0,0564	0,0459	0,0437	0,0001	0,1828	0,0199
Olomoucký	0,4477	0,2371	0,0892	0,0801	0,0293	0,0001	0,1023	0,0122
Moravskoslezský	0,3691	0,0011	0,0159	0,2709	0,0241	0,0001	0,0640	0,2512
Zlínský	0,4618	0,0017	0,0206	0,0963	0,0274	0,0000	0,0885	0,1027

E) Navýšení úhrady na činnost lékařů ve zdravotnickém zařízení ústavní péče

Zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení ústavní péče navýšení úhrady (NL2011). Toto navýšení zdravotní pojišťovna poskytne zdravotnickému zařízení ústavní péče formou předběžných měsíčních úhrad s finančním vypořádáním podle doloženého přepočteného počtu lékařů po skončení roku 2011. Výše poskytnutého navýšení se vypočte takto:

$$NL2011 = PPL2011 * 110\,000 \text{ Kč} * Kpp$$

kde:

PPL2011 přepočtený počet lékařů v hodnoceném období, který se vypočte jako průměr součtu úvazků všech lékařů v daném zdravotnickém zařízení ústavní péče poskytujícím zdravotní péči v příslušném kraji k poslednímu dni jednotlivých kalendářních čtvrtletí.

Kpp koeficient podílu počtu pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny v kraji na celkovém počtu pojištěnců v tomto kraji, stanovený v části D.

4) Sdělení ČSÚ č. 323/2010 Sb. o aktualizaci Klasifikace hospitalizovaných pacientů (IR-DRG).

PŘÍLOHA PIII: PŘÍKLAD DOTAZNÍKU A JEHO STRUKTURA

DOTAZNÍK

Financování a finanční kontrola poskytované zdravotní péče v ČR

Segment: Praktický lékař Stomatolog Gynekolog
Ambulantní specialista Fyzioterapeut

Jste spokojen(a) s formou financování Vašeho segmentu?

Ano, vyhovuje mi
Ne, v žádném případě mi nevyhovuje
Nevím, nerozumím systému financování a nezajímám se o to

Je pro Vás financování zdravotní péče srozumitelné?

Ano, není na tom nic složitého
Ne, nevím si s tím rady
Nevím, a ani nechci vědět

Byla by pro Vás výhodná metodická pomoc ze strany zdravotních pojišťoven?

Ano, samozřejmě, takovou pomoc bych přivítal(a)
Ne, nepotřebuji metodickou pomoc
Nevím

Co Vám na současném systému financování zdravotní péče nejvíce nevyhovuje?

Vše, celý systém je nevyhovující
Nic, vyhovuje mi zcela
Nevyhovuje mi

Jaký způsob financování vidíte jako nejlepší pro Váš segment?

Stávající způsob - kapitace + výkony navíc / prevence / to má motivační charakter

Vyhovuje Vám existence 8 zdravotních pojišťoven?

Ano, myslím, že 8 zdravotních pojišťoven je dostačující množství

Nevyhovuje, 8 zdravotních pojišťoven je příliš

Nevím, nezajímám se o to

Vlastní názor

Nejlépe dvě pojišťovny - stávající VZP + jedna "konkureční" s možností komecnčního připojištění

Souhlasil(a) byste s existencí pouze jedné zdravotní pojišťovny? Pokud ano, které?

Ano

VZP

Ne

Je financování Vašeho segmentu ze strany všech zdravotních pojišťoven stejné?

Ano, všechny pojišťovny hradí stejné množství poskytnuté zdravotní péče

Ne, existují rozdíly ve financování mého segmentu

Nevím

Je pro Vás současný systém financování Vašeho segmentu motivující?

Ano

Ne

Přinesla Vám reforma zdravotnictví zavedením regulačních poplatků více příjmů?

Ano, jsem rád(a) za příjmy ve formě regulačních poplatků

Ne, nic mi to nepřináší

Vlastní názor

Krom jistého ekonomického přínosu / jinak by již lékaři volali po valorizaci a navýšení hodnot bodů... apod / je zde efekt pedagogický - na veřejnost - není to regulační poplatek , ale je to zatím stále malá s p o l u č a s t pacienta na péči , která není zadarmo !!!!

Jak často je u Vašeho zdravotnického zařízení prováděna kontrola ze strany zdravotních pojišťoven?

Každý rok, někdy i vícekrát do roka

Zhruba jednou za 2 roky, možná méně

poposud jsem neměl(a) žádnou kontrolu

Myslíte si, že jsou kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven nastaveny správně?

Ano

Ne, kontroly jsou nedostačující

Nevím, zdravotní pojišťovny mají nějaké kontrolní mechanismy?

Vlastní názor

Myslíte si, že je kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu dostačující?

Ano

Ne, navrhl(a) bych jinou formu kontroly

Nevím

Váš názor na financování a kontrolu poskytované zdravotní péče + návrh změny, která by vedla ke zlepšení současné situace ve financování zdravotní péče:

Alfa a omega celé reformy je m.j. to, že je potřeba navýšit platbu státu pojišťovnám za státní pojištěnce / důchodci, děti / ... tam je to léta podhodnoceno. Hledat jen tzv. rezervy v systému je zavádějící a není to všelék. Vyspělé země dávají cca přes deset procent HDP na zdrav. péči a u nás to je něco přes sedm. Poskytujeme zdravotní péči na úrovni Švýcarska za peníze rozvojových zemí za tu cenu, že to sponzorují zdrav. pracovníci svými žalostnými mzdami.

Názory a kritika... to by byla stránky a stránky navíc. Stačí vzít kterékoli číslo časopisu Tempus / Lékařská komora / a tam jsou četné články na ministerské návrhy reforem.

Někdy mi to připadá, že ministři radí někdo, kdo o rezortu nemá ani páru....

Je nutná vyšší spoluúčasť. Nutno zrušit placení "Pampersék", zbytečných lázní, odvozy sanitkami.....atd

atd atd

DOTAZNÍK
Financování a finanční kontrola poskytované zdravotní péče v ČR

Segment: Praktický lékař Stomatolog Gynekolog
 Ambulantní specialista Fyzioterapeut

Jste spokojen(a) s formou financování Vašeho segmentu?

Ano, vyhovuje mi
Ne, v žádném případě mi nevyhovuje
Nevím, nerozumím systému financování a nezajímám se o to

Je pro Vás financování zdravotní péče srozumitelné?

Ano, není na tom nic složitého
Ne, nevím si s tím rady
Nevím, a ani nechci vědět

Byla by pro Vás výhodná metodická pomoc ze strany zdravotních pojišťoven?

Ano, samozřejmě, takovou pomoc bych přivítal(a)
Ne, nepotřebuji metodickou pomoc
Nevím

Co Vám na současném systému financování zdravotní péče nejvíce nevyhovuje?

Vše, celý systém je nevyhovující
Nic, vyhovuje mi zcela
Nevyhovuje mi
stav, kdy se mluví o pojištění, ale ve skutečnosti jde o další daň z příjmu. Pokud se něco nazývá pojištění, mělo by pracovat s různými pojistnými riziky, různými produkty, sazbami atd.

Jaký způsob financování vidíte jako nejlepší pro Váš segment?
Buď' pokladenský systém nebo alespoň skutečné pojištění. V každém případě však taková úhrada výkonů, která odpovídá alespoň prokazatelným nákladům.

Vyhovuje Vám existence 8 zdravotních pojišťoven?

Ano, myslím, že 8 zdravotních pojišťoven je dostačující množství
Nevyhovuje, 8 zdravotních pojišťoven je příliš
Nevím, nezajímám se o to

Vlastní názor

V situaci, kdy prakticky neexistují rozdíly v úhradách péče, není počet pojišťoven rozhodující. Z principu je však lépe, pokud je pojišťoven několik. (riziko monopolu 1 pojišťovny)

Souhlasil(a) byste s existencí pouze jedné zdravotní pojišťovny? Pokud ano, které?

Ano
Ne

Je financování Vašeho segmentu ze strany všech zdravotních pojišťoven stejné?

Ano, všechny pojišťovny hradí stejné množství poskytnuté zdravotní péče
Ne, existují rozdíly ve financování mého segmentu
Nevím

Je pro Vás současný systém financování Vašeho segmentu motivující?

Ano
Ne

Přinesla Vám reforma zdravotnictví zavedením regulačních poplatků více příjmů?

Ano, jsem rád(a) za příjmy ve formě regulačních poplatků
Ne, nic mi to nepřináší

Vlastní názor

Regulační poplatky vzhledem ke skutečným nákladům na poskytnutou péči nepřinášejí nic podstatného, jen mírně snižují ztráty.

Jak často je u Vašeho zdravotnického zařízení prováděna kontrola ze strany zdravotních pojišťoven?

Každý rok, někdy i vícekrát do roka
Zhruba jednou za 2 roky, možná méně
Doposud jsem neměl(a) žádnou kontrolu

Myslíte si, že jsou kontrolní mechanismy zdravotních pojišťoven nastaveny správně?

Ano
Ne, kontroly jsou nedostačující
Nevím, zdravotní pojišťovny mají nějaké kontrolní mechanismy?

Vlastní názor

V našem segmentu jsou tak dramatické rozdíly v rozsahu a kvalitě téhož kódu na různých pracovištích (finančně vyjádřeno - v několikanásobcích), že bez řádné kontroly téměř všech kódů není možné dojít ke spravedlivému financování jednotlivých pracovišť. Někde se přeplácí, někde silně podhodnocuje. Taková kontrola ze strany pojišťovny však není možná ani teoreticky. ZP navíc ani nemá odborné kapacity schopné posoudit kvalitu a smysluplnost provedené léčby.

Myslíte si, že je kontrola zdravotních pojišťoven ze strany státu dostačující?

Ano
Ne, navrhl(a) bych jinou formu kontroly
Kontrola ze strany pacienta. Komu se péče poskytuje a kdo ji platí, má největší zájem na kvalitě a rozsahu.

Nevím

**Váš názor na financování a kontrolu poskytované zdravotní péče + návrh změny, která by vedla ke zlepšení současné situace ve financování zdravotní péče:
Zdravotnictví jako celek nejsem schopen posoudit, rozumím pouze segmentu stomatologie.**