

Projekt na zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky

Bc. Dita Vobrubová

Diplomová práce
2012



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta managementu a ekonomiky
Ústav managementu a marketingu
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Dita VOBRUBOVÁ**
Osobní číslo: **M10910**
Studijní program: **N 6208 Ekonomika a management**
Studijní obor: **Management ve zdravotnictví**

Téma práce: **Projekt na zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky**

Zásady pro vypracování:

Úvod

I. Teoretická část

- **Popište teoretické poznatky, základní pojmy a pohledy na postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky.**
- **Vymezte postavení pacienta v českém zdravotnickém systému v minulosti a dnes.**

II. Praktická část

- **Popište a analyzujte vývoj postavení pacienta v systému zdravotnictví ČR a jeho příčiny.**
- **Na základě výsledků analýzy zhodnoťte současnou situaci postavení pacienta v systému zdravotnictví ČR a vytvořte projekt na zlepšení tohoto postavení.**

Závěr

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

Seznam odborné literatury:

DURDISOVÁ , J. Ekonomika zdraví. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

GLADKIJ, I. Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2003. 380 s. ISBN 80-7226-996-8.

GLADKIJ, I. a STRNAD, L. Zdravotní politika – zdraví – zdravotnictví. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 111 s. ISBN 80-244-0500-8.

JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H. Úvod do veřejného zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

Vedoucí diplomové práce: **prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.**
Ústav managementu a marketingu
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




Ing. Pavla Staňková, 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;
- 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 13.4. 2012

.....
Vokosova

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 nahlížení 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). Odpírá-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.

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 užit 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 jim 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 přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Diplomová práce „Projekt na zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky“ se zabývá stavem českého zdravotnického systému a postavením pacienta uvnitř tohoto systému. Předmětem práce je zhodnotit současný stav zdravotnictví a z teoretických poznatků vyvodit opatření pro lepší postavení pacienta. V teoretické části jsou popsány základní pojmy týkající se zdravotnických systémů, vývoje a současného postavení pacienta. Praktická část hodnotí vybrané problémy českého systému zdravotnictví související s postavením pacienta a nastoluje některá opatření, jak dané problémy eliminovat.

Klíčová slova:

Pacient, postavení pacienta, systém zdravotnictví, zdravotní péče, financování zdravotnictví

ABSTRACT

The thesis “Project to Improve the Patient’s Position in the Health Care System of the Czech Republic” deals with the status of the Czech health care system and the position of the patient in this system. This thesis aims to evaluate the current state of health care and to deduce measures from theoretical knowledge to improve the patient’s position. The theoretical section describes basic concepts related to development of the health care system and the current situation of the patient. The practical section evaluates selected problems of the Czech health care system related to the patient’s status and raises some measures as how to eliminate these problems.

Keywords:

Patient, patient role, health - care system, health care, health care financing

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala prof. MUDr. Jaroslavu Slanému, CSc. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěl k vypracování této diplomové práce.

OBSAH

ABSTRAKT	6
Abstrakt česky.....	6
ABSTRACT.....	6
Abstrakt anglicky.....	6
ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ ČÁST.....	13
1 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY.....	14
1.1 ZÁKLADNÍ POJMY CHARAKTERIZUJÍCÍ ZDRAVOTNICKÝ SYSTÉM.....	14
1.1.1 Zdraví a jeho ekonomické aspekty.....	14
1.1.2 Zdravotnictví a zdravotní péče.....	14
1.1.3 Zdravotní služby.....	14
1.1.4 Zdravotní politika.....	15
1.2 SUBJEKTY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU.....	16
1.2.1 Pacienti.....	17
1.2.2 Poskytovatelé zdravotní péče.....	17
1.2.3 Financující subjekty, zdravotní pojišťovny.....	18
1.2.4 Ostatní zájmové skupiny, subjekty reprezentující vládní politiku.....	19
1.3 MODELY ZDRAVOTNICKÝCH SYSTÉMŮ.....	20
1.3.1 Tržní model (komerční pojištění).....	20
1.3.2 Model národního zdravotního pojištění.....	22
1.3.3 Model národní zdravotní služby.....	22
2 POSTAVENÍ A ROLE PACIENTA V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ.....	24
2.1 VÝVOJ POSTAVENÍ PACIENTA.....	24
2.1.1 Vývoj postavení pacienta v období před 2. světovou válkou.....	24
2.1.2 Vývoj postavení pacienta v období po 2. světové válce do roku 1989.....	25
2.1.3 Vývoj postavení pacienta po roce 1989.....	26
2.2 PRÁVA A POVINNOSTI PACIENTA.....	28
3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY.....	32
3.1 CHARAKTERISTIKA SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE ČR.....	32
3.1.1 Charakteristika Bismarckova modelu financování zdravotnictví.....	32
3.1.2 Zdroje financování zdravotní péče ČR.....	33
3.1.2.1 Zdroje z veřejného pojištění.....	34
3.1.2.2 Zdroje ze státního rozpočtu a rozpočtů územně-správních celků.....	34
3.1.2.3 Zdroje ze spoluúčasti pacientů.....	35
3.2 ASPEKTY KOMPLIKUJÍCÍ SITUACI SOUČASNÉHO SYSTÉMU FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE.....	36
3.2.1 Stárnutí populace.....	37
3.2.2 Růst výdajů způsobený finančně náročnými technologiemi.....	39
4 ZÁVĚREČNÁ DISKUSE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE.....	40
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	42
5 METODIKA PRÁCE.....	43
6 ANALÝZA A ZHODNOCENÍ PROBLÉMŮ SOUČASNÉHO PROSTŘEDÍ PACIENTA VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU ČR.....	44

6.1	NAHRAZOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE ZDRAVOTNICTVÍM	44
6.2	NEEXISTUJÍCÍ KONKURENCE MEZI ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI	45
6.3	NEEFEKTIVNÍ HOSPODAŘENÍ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE	46
6.3.1	Nákupy drahých technologií	46
6.3.2	Nekvalitní management lidských zdrojů a nedostatečné řízení rizik ve zdravotnictví.....	47
6.3.3	Nedostatečná informační propojenost poskytovatelů zdravotní péče	48
6.4	ÚRAZY JAKO SOUČÁST VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ	49
6.5	ZANEDBATELNÁ ROLE SOUKROMÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	49
6.5.1	Nízká spoluúčast pacientů a absence definice standardu a nadstandardu v českém zdravotnictví	50
7	PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ NA ZLEPŠENÍ POSTAVENÍ PACIENTA V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ ČR.....	51
7.1	OMEZENÍ SUPLOVÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE ZDRAVOTNICTVÍM.....	51
7.2	POSÍLENÍ KONKURENCE MEZI ZDRAVOTNÍMI POJIŠŤOVNAMI	52
7.3	OPATŘENÍ VEDOUcí K OMEZENÍ NEEFEKTIVNOSTI HOSPODAŘENÍ POSKYTOVATELŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE	54
7.3.1	Závazné seznamy cen přístrojů a centralizace nákupů zdravotnické technologie	54
7.3.2	Podpora řízení lidských zdrojů ve zdravotních zařízeních a zavedení systémů kvality.....	55
7.3.3	Zavedení kvalitní informační dostupnosti mezi poskytovateli zdravotní péče	57
7.4	VYJMUTÍ ÚRAZŮ Z VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	58
7.5	VYTVOŘENÍ PROSTŘEDÍ PRO UPLATNĚNÍ SOUKROMÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	60
7.5.1	Zvýšení spoluúčasti pacientů a možnost připlácení na nadstandard	60
8	ZÁVĚREČNÁ DISKUSE PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE	62
	ZÁVĚR	65
	SEZNAM ZDROJŮ	68
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	72
	SEZNAM OBRÁZKŮ	73
	SEZNAM TABULEK.....	74

ÚVOD

„Jednou rukou už pacient lékaři nezatlaská.“

Avicenna

Tento citát perského učenice Avicenny vznikl již ve středověku a nese svou pravdu až do současnosti. Pro účely mé diplomové práce si ho dovoluji aplikovat na téma postavení pacienta v systému zdravotnictví. Pokud má systém dobře fungovat, a tedy postavení pacienta být na slušné úrovni, musí existovat určitý stupeň spolupráce a souhry mezi účastníky daného systému. Pacient a lékař (nebo kterýkoli zdravotník) musí vzájemně respektovat práva, potřeby a v neposlední řadě povinnosti obou stran. Nerovnováha potom znamená škodu pro obě strany, neboť systém zdravotní péče je navzájem mezi účastníky propojen.

Téma postavení pacienta v systému zdravotnictví naší země jsem si vybrala, protože se denně ve zdravotnictví pohybuji. Většinou vidím problém tematiky z pohledu zdravotníka, protože pracuji ve zdravotnickém zařízení, ale mnohdy v systému samozřejmě vystupuji i v roli pacienta. Oba pohledy hodlám využít v této práci a zhodnotit je.

Z hlediska ekonomiky představuje zdravotnictví velice specifickou oblast veřejného sektoru. Pohled pacienta, zdravotníka a celého systému na zdraví a zdravotnictví se v mnoha ohledech liší. Bezpochyby statky a služby poskytované v rámci zdravotnictví nemůžeme chápat jako čistě veřejné. Přesto občané často danou problematiku vnímají jako povinnost státu zabezpečit v otázce zdravotnictví všechno pro všechny a požadují za své platby (nejčastěji prostřednictvím daní) nejvyšší standard kvality a dostupnosti zdravotnických služeb. Tento postoj, přestože je z hlediska pacientů pochopitelný, se jeví v souvislosti s vývojem vnějších podmínek jako nemožný a neudržitelný, pokud nenastane nějaká forma revize a přehodnocování aktuálního nastavení systému. Tato skutečnost se netýká pouze naší společnosti, problém je celosvětový. Všechny země procházejí v různém čase v závislosti na ekonomické úrovni, dynamice změn v populaci, používaných technologiích a dalších faktorech změnami a průběžným vývojem. Postupně tak i Česká republika podlela nutnosti reformovat systém zdravotnictví, jakož i mnoho zemí nejen v Evropě. V posledních desetiletích systém zdravotní péče již prošel výraznými změnami, které ale nelze považovat za konečné. Změny systému doprovází i změny v postavení pacienta jako jednoho ze subjektů ve zdravotnickém systému. Pacient se postupně dostává z pozice pasivního příjemce zdravotních služeb na pozici alespoň částečně aktivně se podílejícího účastníka ve fungování zdravotního systému. Situaci, která by zabezpečila dokonalost

úrovně postavení pacienta ve zdravotnickém systému, ohrožují problémy s některými faktory, které se společností prozatím nedaří vyřešit. Jeden ze základních problémů vidím v nedokonalé informovanosti pacientů. Veřejnost podle mého názoru nemá dostatečný přehled o dění uvnitř zdravotnického systému, kam jdou jejich peníze (daně), co pokryjí, co nepokryjí, jak jsou které procesy a služby ve zdravotnictví nákladné, že i ty nejbanálnější procesy jako je odběr krve nejsou zdaleka zadarmo, atd. Pacienti si neuvědomují, jak neúnosné je pro systém pokračovat v tak rychlém rozvoji, na tak vysoké úrovni a kvalitě poskytování zdravotnických služeb beze změn v současném financování, řízení a způsobu vedení zdravotnického systému České republiky.

Dalšími problémy, které s neinformovaností pacientů a neufinancovatelností zdravotnického systému souvisí, jsou změny ve struktuře současné populace a rychlý rozvoj technologií. Stárnutí populace způsobuje změnu proporce mezi ekonomicky aktivními a neaktivními obyvateli ve prospěch neaktivních. Navíc sklon ekonomicky neaktivních k využívání zdravotní péče zpravidla roste s věkem.

Problémů, se kterými se téma mé práce pojí, je dostatek. Pro zpracování této práce se pokouším na některé z nich zaměřit, vytvořit projekt a vyvodit závěry, které povedou ke zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky.

Diplomová práce s tématem Projekt na zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky se zabývá stavem českého zdravotnického systému a postavením pacienta uvnitř tohoto systému. Předmětem práce je zhodnotit současný stav zdravotnictví a z teoretických poznatků vyvodit opatření pro lepší postavení pacienta.

Práce se skládá ze dvou hlavních částí teoretické a praktické. V teoretické části jsou popsány základní pojmy týkající se zdravotnických systémů, zdravotní péče a zdravotnictví obecně. Dále je zde popsán vývoj postavení pacienta od minulosti až po jeho současné postavení dnes. Poslední kapitola teoretické části se věnuje systému financování zdravotní péče u nás. Důvodem pro zařazení této kapitoly je fakt, že postavení pacienta v daném zdravotnickém systému se od způsobu vedení financování značně odvíjí.

V praktické části jsou hodnoceny a rozebrány některé vybrané problémy českého systému zdravotnictví související s postavením pacienta. Po zhodnocení a rozebrání problémů se pomocí získaných teoretických poznatků snažím v mé práci nastolit některá opatření, jak dané problémy eliminovat a zlepšit tím stávající postavení pacienta v českém zdravotnickém systému. Závěr se věnuje konečnému shrnutí problematiky, diskutuje o problémech a

jejich navržených změnách, hodnotí situaci minulou, současnou a možnou zlepšenou budoucí.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 ZDRAVOTNICKÉ SYSTÉMY

Zdravotnické systémy ve světě nejsou jednotné. Způsobů, jak řešit zdravotní politiku, je několik. Systémy v jednotlivých zemích procházely dlouhodobým a složitým vývojem. Důvody odlišností systémů vyplývají z rozdílných sociálních, ekonomických, kulturních a politických podmínek v různých oblastech světa. Podle potřeb a možností dané společnosti se po generace utvářely jednotlivé systémy zdravotnických služeb. (Šatera, 2010)

1.1 Základní pojmy charakterizující zdravotnický systém

1.1.1 Zdraví a jeho ekonomické aspekty

Problematika zdraví, stejně tak i samotná definice zdraví, prodělává za posledních 50 let výrazné změny. Zdraví má pro každého člověka specifickou hodnotu. Přestože zdraví nemá povahu hmotného statku, významně se podílí na tvorbě ekonomického produktu společnosti a podobě produkční funkce dané společnosti. Navíc zdraví není čistě ekonomický statek, jedná se o hodnotu těžko měřitelnou. Zahrnuje v sobě aspekty ekonomické, ale také kulturní, politické, sociální a etické. (Durdisová, 2005)

Definice pojmu zdraví, platná již od roku 1948, podle WHO (2012) zní: „*Zdraví člověka je stav dokonalého tělesného, duševního a sociálního uspokojení a nesestává se jen z absence nemoci nebo vady.*“

Z výše zmíněného vyplývá, že zdraví určuje kvalitu života nejen jednotlivce, ale celé společnosti.

1.1.2 Zdravotnictví a zdravotní péče

Zdravotnictví je vědní obor zabývající se organizací a realizací zdravotní péče. Zdravotní péčí se rozumí ošetřování, prevence, zvládání chorob a ochrana duševního a fyzického zdraví využitím služeb zdravotního, ošetřujícího a pomocného personálu. Jejím cílem je dosáhnout co nejvyšší úrovně zdravotního stavu obyvatelstva. (Vurm, 2007)

1.1.3 Zdravotní služby

Zdravotní služby jsou odborné aktivity mající nemateriální charakter. Jsou podnikány zdravotnickými pracovníky s cílem chránit, upevňovat a navracet zdraví lidí, omezovat negativní důsledky poruch zdraví, vést obyvatelstvo ke zdravému způsobu života a zlepšovat kvalitu životního prostředí.

Z odborného hlediska jsou zdravotnické služby tříděny do tří skupin:

- Léčebně preventivní zdravotní péče – jedná se o péči o organismus člověka, o prevenci, diagnostiku, terapii a léčbu. Terapie tvoří významnou část zdravotní péče. Správné stanovení diagnózy a úspěšně vedená terapie vede k efektivnímu vynaložení finančních prostředků na léčení.
- Hygienická a epidemiologická služba – představuje kontrolu zdravotní nezávadnosti prostředí. Jedná se především o tvorbu, ochranu a úpravu prostředí tak, aby nedocházelo k narušování lidského zdraví.
- Výchova, osvěta a vzdělávání obyvatelstva – spočívá v osvojení si základních vědomostí zdravého životního stylu, ve znalostech rizik a nebezpečí ohrožujících zdraví jedince. (Šatera, 2010; Rektořík, 2007)

1.1.4 Zdravotní politika

Zdravotní politika je cílevědomou činností státu i ostatních subjektů hospodářské a sociální politiky zaměřená na ochranu, podporu a obnovu zdraví obyvatel. Lze říci, že zdravotní politika je výrazem zájmu státu na zdravotním stavu obyvatelstva. Politická jednání spočívají v tvorbě legislativních, ekonomických, motivačních a dalších podmínek, které ovlivňují nejen jednotlivce, ale celou společnost. Jejich účelem je zlepšování zdravotní situace a zvyšování úrovně kvality života ve společnosti.

Zdravotní politiku ovlivňuje společenská kultura státu (kultura, tradice, právo) a jeho uspořádání, ekonomická úroveň a zájmové skupiny. Jednotlivé subjekty zdravotní politiky (zdravotní pojišťovny, komory, asociace, zdravotnická zařízení, ale i podnikatelé, zaměstnavatelé, politické strany a zájmové skupiny) se mnohdy snaží prosazovat své individuální zájmy. Je proto nutné, aby zdravotní politika sladila zájmy soukromé a veřejné sféry zdravotní politiky.

Otázky, kterým musí zdravotní politika čelit ve všech rozvinutých zemích, se v mnoha případech týkají rozsahu a obsahu základních lidských práv. Takovými otázkami mohou být: Jaká jsou práva a povinnosti pacienta? Do jaké míry stát odpovídá za zdraví obyvatelstva? Které části zdravotní politiky by měla řídit vláda a které by naopak měly zůstat plně v kompetenci občana?

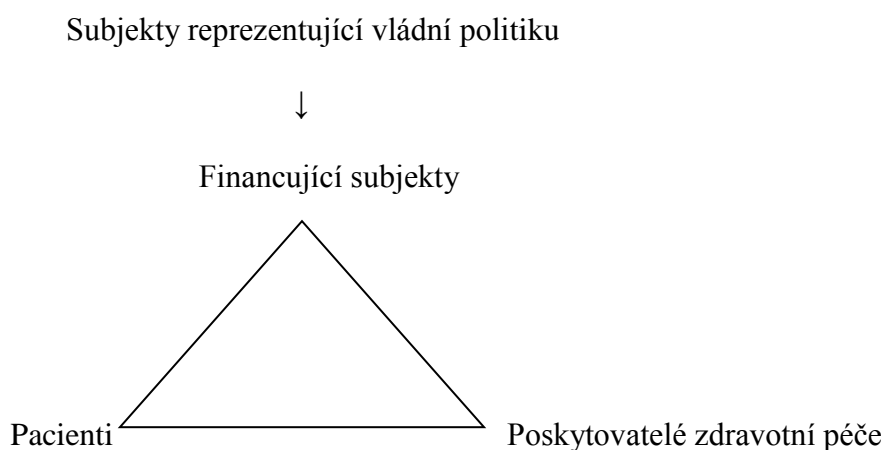
Náplní zdravotní politiky je tedy i definovat problémy, jejich důsledky a navrhnout cíle. Cíle zdravotní politiky lze v rámci teorie rozdělit na primární a sekundární. Primárním cílem je uchování a zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. A sekundárním cílem je potom

efektivní alokace zdrojů – využití kvalifikovaných pracovních sil, rozvoj technologií, rozvoj léčiv, využití již vzniklých zdrojů, kapacit apod. (Gladkij, 2003; Šatera, 2010)

Podle Šatery (2010) by zdravotní politika do budoucna měla být především nepřetržitým procesem ovlivňování fyzikálně-biologických a sociálních příčin chorob, zvyšování kvality života a prosazování čisté společenské rentability založené na poměrování společenských užitků a nákladů.

1.2 Subjekty zdravotnického systému

Rozdělme si aktéry ve zdravotnictví do čtyř základních subjektů. Prvními jsou pacienti, jako spotřebitelé zdravotní péče. Protipólem jsou poskytovatelé zdravotní péče. Do konce 19. století byl vztah mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče pro značnou část populace přímý, tedy pacient hradil přímo úhradu lékaři za poskytnutou zdravotní péči. Do vztahu mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče později vstupuje třetí strana, a to subjekty, které jsou zodpovědné za financování zdravotní péče. Čtvrtou zájmovou skupinu tvoří aktéři, které nelze zařadit do předchozích skupin, ale jsou zapojeni do vzájemných interakcí mezi ostatními skupinami. Zdravotní systém je tedy dále rozvíjen o subjekty, které reprezentují vládní politiku a zdravotnickou legislativu. (Durdisová, 2005; Chytil, 2008)



Obr. 1 - Schéma subjektů zdravotnického systému (Durdisová, 2005)

1.2.1 Pacienti

Pacienti jsou skupinou aktéru, která zdravotní péči spotřebovává. V rámci patientských organizací mají možnost uplatňovat svá práva a prosazovat své zájmy. Dostávají se tak do interakcí s plátcí a poskytovateli. Pro pacienta je hlavním zájmem jeho dobrý zdravotní stav a také možnost využívat ty nejnovější léky a nejmodernější medicínské technologie. Tento přístup má však tendenci ke zvyšování nákladů na zdravotní péči. (Chytil, 2008)

Pacienti tvoří přibližně 10 % populace. Tato skupina je sociálně slabá, zranitelná a manipulovatelná. Nemocný má sníženou možnost se hájit a potřebuje, aby jeho zájmy byly respektovány. Práva pacientů tak především vyvažují rozhodovací moc, jež vyplývá z pozice lékaře. Vztah mezi pacientem a lékařem není vyrovnaný. Lékař si svoji roli vybral a nic svou roli neztrácí, zatímco nemocný je v situaci opačné. Prožívá fyzickou i psychickou bolest, strach a slabost. Stává se tak závislým na pomoci druhých a dostává se do prostředí, které nezná a kterému nerozumí. (Šimek, 2002)

Kvůli slabé roli pacienta v systému vzniká informační asymetrie. Lékaři jsou v informační výhodě, neboť pacienti nejsou schopni ohodnotit péči, kterou jim systém poskytl. Pacient neumí rozhodovat o spotřebě zdravotnických služeb tak, jako to umí při každodenní volbě na svobodném trhu, kde se rozhoduje, které zboží a služby nakoupí. (Šatera, 2010)

Z pohledu sociologů je pacient ten, kterému jeho nemoc brání ve výkonu takových funkcí, které by jinak plnil. Pacient se v průběhu nemoci soustřeďuje na své onemocnění a nemůže tak vykonávat činnost, které by se jinak věnoval. K jeho povinnostem potom patří vyhledání lékařské pomoci a následná spolupráce s ošetřujícím personálem zdravotnického zařízení. Role pacientů jsou různé. Přízpůsobení se charakteru a průběhu onemocnění je závislé i na sociální situaci nemocného. Úlohu zde hraje psychika, strach z diagnózy a léčebných úkonů, ze smrti, prožitky bolesti, nejistota z vývoje nemoci. (Bártlová, 2003)

1.2.2 Poskytovatelé zdravotní péče

Tato skupina tvoří jednu z nejdůležitějších součástí systému. Jsou to právě oni, kdo poskytují zdravotní péči a svým chováním a přístupem tak přímo ovlivňují celý chod systému zdravotnictví. (Gladkij, 2002) Společnost od těchto aktérů očekává, že budou mít stejný zájem a stejný hlavní cíl jako jejich pacienti a tím je úspěšná léčba.

Poskytovatelé zdravotních služeb se od ostatních producentů na trhu zboží a služeb liší v několika ohledech. Konkurenční boj o pacienty téměř neexistuje, nelze využívat nástroje

reklamy a cen. Postup léčby ovlivňují potřeby konkrétního případu, finanční náročnost není při rozhodování o způsobu léčby kritériem primárním. Zájmem poskytovatelů je snažit se poskytnout pacientovi odborné stanovisko k jeho případu, spíše než uspokojování jeho potřeby. (Malý, 1996)

Poskytovatelé zdravotní péče vytváří síť zdravotnických zařízení. Tato soustava zdravotnických zařízení a dalších organizací je tvořena zařízeními státu a obcí, jsou i fyzickými a právnickými osobami. Jejich postavení záleží mimo jiné na tom, zda jsou financovány z veřejného nebo soukromého sektoru. Zdravotnická zařízení lze podle druhu poskytované služby členit na hygienické služby a zařízení léčebně-preventivní péče, která zahrnuje ambulantní péči a nemocnice, zařízení závodní preventivní péče, odborné léčebné ústavy, lékárny, zvláštní dětská zařízení. (Durdisová, 2005)

1.2.3 Financující subjekty, zdravotní pojišťovny

Na našem území původně fungoval centralizovaný systém zdravotnictví, který byl založen na financování ze státního rozpočtu, rozpočtů národních výborů a státního vlastnictví zdravotnických zařízení. Po roce 1992 byl nahrazen systémem pluralitním, ve kterém je uplatňováno vícezdrojové financování.

Financování zdravotnictví v České republice bude detailněji rozebráno v následující kapitole této práce. Pro účely této kapitoly bude jen stručně popsáno, jak je financování zdravotnictví v ČR zabezpečováno.

Mezi hlavní zdroje financování zdravotnictví patří všeobecné zdravotní pojištění a finanční spoluúčast pacientů, státní rozpočet a rozpočty územních orgánů, přímé úhrady fyzických nebo právnických osob, úhrady mimo okruh zdrojů státního rozpočtu, sponzory, nadace apod. (Durdisová, 2005)

Velkou roli hraje ve financování zdravotnictví veřejné zdravotní pojištění. Je založeno na principu solidarity zdravých s nemocnými, bohatých s chudými. Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny. Jsou to aktéři, kteří hradí poskytnuté zdravotnické služby. Zprostředkovávají toky finančních prostředků do zdravotnictví. Mají status veřejnoprávní organizace, uzavírají se zdravotnickými zařízeními smlouvy o úhradě a poskytování zdravotní péče. Zájmem pojišťoven by měla být snaha působit na trhu veřejného zdravotního pojištění jako kontrolní organizace, která zabraňuje plýtvání v systému zdravotnictví. (Chytil, 2008; Nahodil, 2003)

1.2.4 Ostatní zájmové skupiny, subjekty reprezentující vládní politiku

Stát má ve zdravotní politice svoji nenahraditelnou roli. Přímý vstup vlády je vynucen pro-sazováním veřejného zájmu s cílem zamezení negativních a posílení pozitivních externalit. Jak již bylo uvedeno dříve, na trhu zdravotní péče existuje řada faktorů, které způsobují to, že se trh nemůže chovat racionálním způsobem. (Šatera, 2010) Zdraví je z hlediska veřejného zájmu zdrojem společenského růstu země, a proto je právo na zdraví a zdravotní péči garantováno státem.

Dostupnost a kvalita zdravotní péče se tak stává věcí veřejnou, společenským úkolem, který je potřeba řešit v zájmu a ve prospěch jedince i společnosti. Aby byl úkol realizovatelný, je nutné jasně formulovat zdravotně politické cíle, zajistit finanční zdroje a vytvořit veřejné instituce na správu zdravotnictví, vybudovat mechanismus realizace této politiky.

Postavení státu, jakožto aktéra vstupujícího do vztahu mezi poskytovateli zdravotní péče, financující subjekty a pacienty, je upraveno především v rámci právní úpravy zdravotních systémů jednotlivých zemí. Stát v postavení regulátoru trhu zdravotních služeb by měl mimo jiné zajišťovat následující:

- Stanovit cíle zdravotní politiky
- Nastavit pravidla pro poskytovatele zdravotní péče
- Legalizovat povinné zdravotní pojištění
- Provádět lékovou politiku
- Regulovat cenu zdravotnických služeb
- Přispívat platbami ze státního rozpočtu
- Vzdělávat obyvatelstvo v oblasti zdravotní problematiky - zabezpečovat ochranu zdraví (prevence úrazů, nemocí, hygiena apod.)
- Garantovat kvalitu zdravotní péče prostřednictvím vzdělávacího systému lékařů a zdravotnického personálu
- Vykonávat dohled nad činností veřejných zdravotních pojišťoven
- Zajistit spolupráci s mezinárodními institucemi v oblasti zdravotnictví (Šatera, 2010)

Do dění ve zdravotnickém systému zasahují ještě další zájmové skupiny, kterými jsou i farmaceutické firmy. Cíle těchto aktérů jsou snadno definovatelné. Jejich zájmem je co nejvíce prodat a dosáhnout co nejvyššího zisku. Darmopilová popisuje postavení farmaceutických firem takto: „*Dle mnohých jsou to právě farmaceutické firmy, kterým vyhovuje*

současná roztržičnost zdravotního systému, který dokáže využít ve svůj prospěch a která jim svým způsobem dává větší prostor k dosahování jejich primárního zájmu, kterým je maximalizace zisku.“ (Darmopilová, 2010, s. 88)

Další zájmovou skupinu lze shrnout pod pojmem politici. Hlavní snaha těchto aktérů je vyhrát volby a sestavit vládu, čemuž jsou podřízena mnohá jejich rozhodnutí. Nepopulární kroky, kterými jsou například zavádění poplatků, vynucování finanční disciplíny, snižování počtu zdravotníků, zavírání nelukrativních částí nemocnic, by jim jejich hlavní snahu mohly pokazit. Chovají se tak ve většině případů velmi opatrně, zejména před volbami. Naopak zrušení poplatků, podporování protestujících lékařů, či zachování všech nemocničních oddělení jejich popularitě přispívá. V důsledku ale toto rozhodování vede k překračování rozpočtu. Politici jsou si vědomi svého počínání, přesto se populisticky snaží vyjít vstříc pacientům (voličům), neboť jejich podporu potřebují v dalších volbách. (Maindlová, 2011)

1.3 Modely zdravotnických systémů

Zdravotnický systém je organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, financujícími subjekty, poskytovateli zdravotní péče a orgány reprezentující vládní politiku, v jehož rámci se uskutečňuje zdravotní péče. V evropských zemích by jedinec měl mít zaručeno v souladu s Evropskou sociální chartou (podepsanou v roce 1996) právo na dosažení nejvyšší možné úrovně fyzického a duševního zdraví. Listina základních lidských práv a svobod zabezpečuje nárok občanů České republiky na bezplatnou zdravotní péči v rámci všeobecného zdravotního pojištění za podmínek stanovených zákonem. (Šatera, 2010)

Jednotlivé zdravotnické systémy lze klasifikovat především podle subjektu, který financuje zdravotní péči. V současnosti existuje několik hlavních modelů financování.

1.3.1 Tržní model (komerční pojištění)

Tento model vychází z hodnot autonomie jedince a liberálního pojetí státu. Zdravotnictví bylo tradičně vnímáno jako sféra, do které by stát neměl přímo zasahovat, a zajištění dostupnosti i poskytování bylo svěřeno soukromému trhu. Nikdo není povinen se účastnit zdravotního pojištění a přispívat na sebe i druhé.

Typickým zástupcem, který se ve financování zdravotní péče řídí dle tržního modelu je USA. Nejvíce Američanů se dostává ke zdravotní péči prostřednictvím zaměstnaneckého pojištění. Není to však úplně samozřejmé pro každého pracujícího Američana. Další for-

mou je individuální soukromé zdravotní pojištění, obvykle na komerčním principu. Pojistné je zde vyměřováno podle individuálního rizika (risk-adjusted premiums) a zohledňuje věk, pohlaví, zdravotní stav, behaviorální rizika, nemocnost, počet spolupojištěných osob apod. Cena soukromé pojistky dále závisí na rozsahu a podmínkách sjednané péče (např. maximální délka hospitalizace v roce hrazená z pojistky) a na výši přímé spoluúčasti, jež má mnoho forem. (Křížová, 1998; Gladkij, 2002)

Další možností, které využívají lidé s omezenými finančními možnostmi na přímou úhradu či uzavření komerčního zdravotního pojištění, je státem zavedený zdravotní program Medicare a Medicaid. Stát pomocí těchto programů zajišťuje úhradu zdravotní péče pro nemajetné, formou sociální solidarity. Tyto programy byly schváleny Kongresem USA v červenci roku 1965. (Vurm, 2007)

Medicare pomáhá poskytovat zdravotní péči starším lidem nad 65 let a lidem s postižením. Neposkytuje krytí celkových zdravotních výdajů. Pomáhá hradit výdaje v nemocnici a vyžaduje měsíční poplatek, který využívá k platbám za zdravotní výdaje. Je součástí sociálního zabezpečení. Medicaid představuje zdravotní pojištění pro osoby s nízkým příjmem. Pomáhá hradit některé účty za zdravotní výdaje. Peníze neposkytuje přímo pacientům, ale posílá je poskytovatelům zdravotní péče. Medicaid není určen pro všechny osoby, které mají nižší než limitní příjem automaticky, ale je nutné splňovat ještě další kritéria. (Medi Lexicon International, 2011; Naden, 2009)

Tržní model má několik nevýhod. Má vysoké náklady na péči i administrativu, má nedostatečné kontrolní mechanismy, nízkou dostupnost péče pro nepojištěné a chudé osoby a neřeší úhrady za dlouhodobou domácí péči a chronicky nemocné. (Vurm, 2007) Předností tržního modelu financování je bohatá nabídka kvalitních zdravotnických služeb, podpora soutěživosti mezi poskytovateli zdravotní péče a rozvoje nových medicínských technologií. (Gladkij, 2003)

V roce 2010 byla v USA schválena reforma zdravotnictví. Jde o největší zásah do amerického zdravotního systému od roku 1965, kdy byl zaveden program Medicare. Cílem reformy bylo rozšířit počet pojištěných Američanů. Desítky milionů z nich totiž nemají přístup ke zdravotní péči. Důvodem reformy je neudržitelnost současného způsobu financování amerického zdravotnictví. Návrh se bohužel potýká s nemálo protivníky. Reforma má být financována především ze zvýšených daní pro bohaté a nového zdanění podnikatelských subjektů ve zdravotnictví. Také lékaře a pojišťovny čeká přísnější regulace. Program Medicaid bude rozšířen a vznikne 50 pojišťovacích burz kontrolovaných jednotlivými státy

Unie, kde si malé firmy a lidé, které zaměstnavatel nepojišťuje, mohou pořídit zdravotní pojištění odpovídající federálním standardům. (Outsider Media, 2011)

1.3.2 Model národního zdravotního pojištění

Model národního zdravotního pojištění se zrodil v Německu na konci 19. století. Kromě Německa jej najdeme např. ve Francii, Rakousku, ČR, zemích Beneluxu, či Švýcarsku (zde od r. 1996).

Všem je společné to, že hlavním zdrojem financování jsou účelové příspěvky na zdravotní pojištění, spravované veřejnými zdravotními pojišťovny. Rozdíly pozorujeme v tom, zda povinnost účastnit se pojištění platí pro všechny ekonomicky aktivní občany (ČR, Rakousko, Francie), nebo zda jsou některé skupiny nejbohatších uvolněny (Německo, částečně Holandsko). Dále také zda jsou služby poskytovány na věcném principu (úhrady poskytovatelům přímo od pojišťoven), který je rozšířenější, anebo zda jsou služby nejprve uhrazeny nemocným a zpětně refundovány pojišťovnou (Francie všeobecně, v Německu v soukromém zdravotní pojištění). V některých zemích panuje svobodná (nebo převážně svobodná) volba zdravotní pojišťovny (např. Holandsko, ČR, Německo od r. 1996), v některých ne (Francie). Modely spojuje princip solidarity a veřejná odpovědnost za zdraví populace. (Křížová, 1998; Gladkij 2002)

Přednostmi tohoto systému jsou vysoká dostupnost zdravotní péče, vyhovující síť zdravotnických zařízení a přiměřené náklady na péči. Naopak mezi nedostatky lze zařadit vysoké administrativní náklady péče, nepřehlednost systému úhrad zdravotní péče a v případě problémů pojišťoven možnost ztíženého přístupu pacientů ke zdravotní péči. (Šatera, 2010)

1.3.3 Model národní zdravotní služby

Tento systém je příkladem státem organizovaného zdravotnictví v demokratických podmínkách. Fungování tohoto systému je typické např. pro Velkou Británii, Itálii či Řecko. Financování péče je zajišťováno v převážné míře z přímých daní populace. Národní zdravotní služba je řízena Ministerstvem zdravotnictví prostřednictvím struktury veřejné správy. V současné době se vedle národní úrovně rozlišují regionální a místní úrovně - zodpovědné za plánování a alokaci zdrojů mezi primární a sekundární péči. Pilířem Národní zdravotní služby jsou týmy primární péče. Do primární péče patří vedle ordinací praktic-

kých lékařů, optiků, lékárníků a stomatologů také nové typy služeb, např. nízkoprahové služby typu „NHS walk-in centres“ a nepřetržité telefonické a internetové poradenství k svépomoci, sebeděči a rodinné péči a vyhledání včasné a adekvátní pomoci. Tyto strategie se opírají o kvalifikované sestry, které dnes zajišťují první kontakt s nemocným. Pacienta buď posílají na další kvalifikovanější vyšetření, nebo zákrok provedou samy, často jen nemocnému poradí léky, které si jako volně prodejné koupí v lékárně.

Tradičním nedostatkem britského zdravotnictví je nízký ohled na přání pacientů, dlouhé čekání jak při přijetí, tak i v případě plánovaných zákroků (čekací seznamy). Mnoho pacientů konzultuje svůj problém telefonicky a v lékárně si zakoupí na základě doporučení volně prodejný lék. Stále více Britů si hradí soukromé vyšetření u specialisty a dostávají se na případné čekací seznamy k zákrokům dříve. (Křížová, 1998; Gladkij, 2002)

2 POSTAVENÍ A ROLE PACIENTA V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ

Postavení pacienta a jeho zapojení do fungování systému zdravotnictví je základním předpokladem pro cestu ke kvalitnímu a bezpečnějšímu zdravotnictví.

2.1 Vývoj postavení pacienta

2.1.1 Vývoj postavení pacienta v období před 2. světovou válkou

Zdraví, nemoc a zdravotní péče byla od starověku převážně záležitostmi každého jedince a jeho rodiny. Většina nemocí měla katastrofální dopad na životy, nemoci přicházely jako živelné pohromy. V takovém prostředí se zdraví nemohlo stát předmětem veřejného zájmu. Problematika zajištění zdravotní péče začala být důkladněji řešena až v poslední čtvrtině 19. století. Byly položeny základy pro vypočitatelnou cenu zdravotního výkonu. Člověk si léčbu zaplatil, tím si jakoby mohl koupit lepší zdraví. Bohatí lidé měli možnost účinněji léčit své nemoci, zatímco pro nejchudší byla léčba stále nedostupnější.

V roce 1883 bylo zavedeno povinné pojištění pro horníky a námezdné pracovníky v Německu. Zakladatelem byl Otto von Bismarck. Důvodem pro zavedení tohoto systému bylo velké množství sociálně slabých lidí, kteří zůstávali v době nemoci bez finančních prostředků. Pro ostatní občany byly rozvíjeny systémy dobrovolného zdravotního pojištění. (Šimek, 2002)

Propojištěnost na našem území nebyla rovnoměrná. Pojištění se nevztahovalo na zemědělce, osoby samostatně výdělečně činné, osoby svobodného povolání, živnostníky a jejich rodinné příslušníky. Odlišná byla i výše pojistného pro pojištěnce. Lišilo se pojistné pro dělníky, pro úředníky a pro státní zaměstnance. Výši pojistného se potom rovnala i kvalita a množství poskytované péče.

Zdravotní pojištění postupně nabývalo na důležitosti a pojištěnců přibývalo. Ve 30. letech se pojištění účastnila více než jedna třetina obyvatel Československa. K těmto pojištěncům je nutno přičíst ještě rodinné příslušníky zaměstnanců, na něž se pojištění také vztahovalo. Výši nemocenského pojištění určovala pojišťovna. Z pojistného se hradily léky, ošetřování v nemocnici, nemocenská, některé zdravotnické pomůcky, ošetření členů rodiny, pomoc v mateřství a pohřebné. V období 30. let začínaly vznikat svazy zdravotních pojišťoven s cílem zjednodušit smluvní úpravy mezi pojišťovnami a lékaři. Pojištěnec si mohl vybírat smluvního praktického lékaře pojišťovny. Ambulantní ošetření či hospitalizace byla potom vázána na doporučení praktického lékaře. (Šatera, 2010; Dolanský, 2008)

2.1.2 Vývoj postavení pacienta v období po 2. světové válce do roku 1989

Krátce po druhé světové válce došlo ve zdravotnictví ke změnám ve znění nového návrhu na úpravu zdravotnictví. Návrh do povědomí veřejnosti vešel jako Nedvědův plán, případně Albertův – Nedvědův plán. Cílem tohoto plánu bylo především řešení problému dostupnosti péče, kvality poskytované zdravotní péče a stabilizace zdravotního personálu. Deklaroval právo každého občana na co nejúčinnější lékařskou péči a vedl k centrální orientaci zdravotnictví na pacienta. (Potůček, 1999)

Zdravotní péče byla pro všechny pracující jednotná a o jejím poskytování rozhodoval pouze zdravotní stav pojištěnce. Bezplatná zdravotní péče byla poskytována i lidem, kteří nebyli nemocensky pojištěni. Péče zahrnovala zejména zdravotní péči pro všechny děti do 15 - ti let, péči pro nemocné přenosnými chorobami, porodní péči všem ženám aj. Počet pojištěných osob stále stoupal. (Novotná, 2010)

Zákonem č. 103/1951 Sb. o jednotné preventivní a léčebné péči přechází správa systému pod Ministerstvo zdravotnictví, zdravotnictví převzal stát. Zanikla Ústřední národní pojišťovna a finance týkající se zdravotnictví byly napojeny na státní rozpočet. Financování zdravotní péče z daní prostřednictvím státního rozpočtu změnilo postavení pacienta tím směrem, že se tak pro něho stala zdravotní péče bezplatnou, bez přímé úhrady. (Gladkij, 2003)

V průběhu 50. a 60. let minulého století docházelo k dalšímu rozšiřování bezplatné péče. Zákon č. 20/1966 Sb. o péči a zdraví lidu přiznával všem občanům ČSSR nárok na bezplatnou zdravotní péči včetně léků. Následkem toho se nároky na zdravotní péči stále zvyšovaly. A výdaje na zdravotnictví, které byly hrazeny společností prostřednictvím státního rozpočtu, tím jen rostly. O výši výdajů neměl pacient obvykle reálnou představu, neboť si zvykl, že za zdravotnické služby nemusí přímo platit nic. (Gladkij, 2002)

Přestože druhá světová válka zdravotní stav obyvatel značně poznamenala, československé zdravotnictví vykonávalo významné úspěchy a pokroky. V tomto období se zaváděly povinné preventivní prohlídky, které zahrnovaly i očkování. Díky očkování patřilo Československo mezi první země světa, kde byla vymýcena dětská obrna. Byla potlačena kojenecká a dětská úmrtnost, postupně se prodlužovala střední délka života. V 60. letech se československá populace se svými ukazateli zdravotního stavu zařadila na jedno z prvních míst ve světě. Po této úspěšné éře však nastává změna ve vývoji. Udržování a kontrola zdravotního stavu obyvatelstva ustává a úrazy z války jsou nahrazovány pomalu pronikajícími

civilizačními chorobami. Československé zdravotnictví začínalo zaostávat v technologickém vybavení zdravotnických zařízení. Byla omezena i nabídka. Pacient byl postaven do naprosto pasivní role a byl nucen přijímat to, co mu bylo nabízeno. Kvalita i rozsah služeb „bezplatného“ zdravotnictví byly velmi omezeny. Za této situace bylo velmi obtížné pěstovat a udržovat své zdraví. (Křížová, 2004)

Až do roku 1989 byla lékařská péče dělena podle územních celků. Všichni obyvatelé byli zařazeni k určitému obvodnímu lékaři, k poliklinice či nemocnici podle místa bydliště. Pacienti si tedy svého ošetřujícího lékaře nemohli volit. Zdravotní péče o pracující obyvatelstvo byla zajišťována závodními lékaři. Velké podniky zřizovaly i závodní polikliniky, některé dokonce závodní lůžková zařízení. Zdravotní služby, až na některé výjimky, nebyly hrazeny přímo. Podíl přímých plateb na úhradě zdravotních služeb se v letech 1951 – 1990 pohyboval v rozmezí 5 až 8 %. (Gladkij, 2002)

Priority tehdejší vlády se ubíraly do jiných odvětví než zdravotnictví, zejména do průmyslu. Následkem toho bylo nedostatečné financování oblasti zdravotnictví. Jednostranná výstavba akutních nemocnic v 70. letech vytlačila zájem o preventivní péči a celkově péči o veřejné zdraví. Občané nebyli motivováni k uvážlivému čerpání omezených zdrojů, ani k udržování dobrého zdravotního stavu. Rostoucí nespokojenost s tehdejší politickou situací se projevovala i na zdraví obyvatelstva. Postupně se začínal rozšiřovat alkoholismus, závislost na cigaretách a drogách. Vlivem upadající zdravotní péče i vlastního nezájmu o své zdraví se zvětšoval počet chronicky nemocných i počet osob v pracovní neschopnosti. (Křížová, 2004)

Postavení pacienta v socialistickém zdravotnictví se neubíralo pozitivním směrem. Pacient, který se aktivně zajímá o svoji nemoc a péči, a který je oprávněn povolit nebo odepřít souhlas s jeho léčbou byl před rokem 1989 neznámým pojmem. (Mášová, 2005)

2.1.3 Vývoj postavení pacienta po roce 1989

Počátkem 90. let došlo k transformaci systému na systém veřejného zdravotního pojištění. Před reformou bylo pro české zdravotnictví typické stanovení rozpočtů tím způsobem, že výkony zařízení nebyly považovány za významné. Pokud zařízení dokázalo fungovat s daným rozpočtem v jednom roce, zvládne to i další rok. Tento přístup byl velmi neúčinný a netransparentní. Proto jedním z prvotních požadavků na zdravotní reformu, která byla součástí všeobecné transformace české společnosti, bylo provázat financování zdravotnických

zařízení s jejich výkonem. Dalšími cíli transformace měly být nové vlastnické poměry, jiný způsob vzdělávání zdravotnického personálu, lepší struktura organizace zdravotnické péče atd. Moderní systém měl občanovi slibovat práva na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení, informovanost. Měl odstranit monopolismus ze zdravotnictví a vytvořit konkurenční prostředí. Klíčovými hesly transformace měla být decentralizace, demonopolizace a liberalizace. (Holčík, 2005)

Koncem roku 1990 byl vládou ČR schválen „Návrh nového systému zdravotní péče“. Návrh se stal základním programovým dokumentem rozsáhlé reformy zdravotnictví. Doporučoval zavést v průběhu roku 1992 nový systém zdravotní péče, zavést povinné zdravotní pojištění a ustanovit zdravotní pojišťovnu. Snaha o vytvoření konkurenčního prostředí a zamezení monopolního postavení jedné pojišťovny vedla k přijetí zákona č. 280/1992 Sb. o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. V letech 1992 - 1995 vznikalo mnoho zdravotních pojišťoven, které se snažily získat pacienty. I přesto získala privilegované postavení Všeobecná zdravotní pojišťovna. Byla vytvořena jako první, samostatným zákonem. Občan, který se u žádné pojišťovny nepojistil sám, byl u Všeobecné zdravotní pojišťovny automaticky pojištěn.

V novém systému zdravotnictví byl propagován tržní mechanismus. Proběhla změna financování zdravotnictví. Rozběhlo se všeobecné zdravotní pojištění Bismarckovského typu. Systém je založen na solidaritě, pojistné je povinné pro všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území ČR nebo osoby, které jsou v pracovním nebo obdobném poměru k zaměstnavateli, jehož sídlo je na území ČR, i pokud na území ČR trvalý pobyt nemají. (Gladkij, 2003)

Druhá polovina devadesátých let znamenala pro reformu zdravotnictví její zastavení v půli cesty a dá se říci, že právě z nedotaženosti zdravotnické reformy pramení dnešní obtíže českého zdravotnictví. Politikové nechtěli riskovat a prosazovat nepopulární opatření, v systému zůstaly zakonzervovány chyby, jejichž opravy se buď nekonaly, nebo nebyly vždy komplexní, promyšlené a provedené ve vhodném časovém období. Přehnaná společenská solidarita s sebou přinesla následky, které nelze jednorázově odstranit. A jejich důsledky se objevují i v současnosti. Zdravotnictví je těžko ufinancovatelné, jeho výstupy nejsou takové, jaké bychom očekávaly. Na každé ze zúčastněných stran zdravotnického systému zůstávají nespokojení. (Vepřek, 2005)

Systém zdravotní politiky je neefektivní a nákladný, poskytované služby pacientům nejsou vždy kvalitní a na nejvyšší možné úrovni. Nespokojenost zdravotnického personálu, nízké

mzdové ohodnocení vzhledem k náročnosti jejich práce, je také jedním z ukazatelů nedokonalého fungování zdravotního systému. Mladí zdravotníci raději odchází pracovat do zahraničí a jejich místa zaujímá najímaný personál z východu (zejména ze Slovenska a Ukrajiny).

Zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví by mohlo nastat, pokud bychom znali odpovědi alespoň na některé otázky: otázku vhodné motivace a aktivace obyvatel k ochraně vlastního zdraví, zajištění dostupné základní zdravotní péče pro všechny obyvatele (a to jak z hlediska ekonomického, tak i geografického či časového), zefektivnění využívání veřejných prostředků a zabránění jejich plýtvání.

Současné dění a postavení pacienta vztažené k problematice financování zdravotnického systému bude podrobněji popsáno v kapitole Financování zdravotnictví České republiky.

2.2 Práva a povinnosti pacienta

Postavení pacienta a role, kterou hraje v systému zdravotnictví, se určitým způsobem odvíjí od práv, která jsou v daném systému pacientovy přiznána. Legislativy, která upravuje práva pacientů a vztahy mezi zdravotníky a pacienty, je v současnosti dostatek. Na druhou stranu dokumentů, které by se vztahovaly k povinnostem pacienta, není mnoho. Za zdraví a zdravotní stav pacienta není odpovědný pouze lékař, ale především pacient sám. Pokud pacient nedodrží zdravou životosprávu, neřídí se radami odborníků, nečeká ho v důsledku žádná sankce. Ale pokud zdravotník opomene jednu ze svých povinností, která vyplývá z práv pacientů, hrozí mu správní řízení a za své opomenutí nese následky. Vymezení práv pacienta je bezpochyby pro jeho postavení ve zdravotnictví nezbytné, rozšíření o některé povinnosti by však mohlo přispět k lepšímu.

Listina základních práv a svobod je základním pramenem ochrany práv i ve zdravotnictví. Ve článku 31 Listiny základních práv a svobod je zakotveno: „Každý má právo na ochranu zdraví“. Jiným důležitým právním předpisem je zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který zavedl v ČR jako jedno ze základních práv občanů právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení. Tento zákon garantuje pacientovi právo na informace o jeho zdravotním stavu a právo na vyjádření souhlasu s poskytovanou zdravotní péčí. (Janečková, 2009) Od dubna letošního roku by měl být nahrazen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Ochranu práv pacientů zajišťuje zákon

č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění ustanovení § 11 a § 12. Roku 1997 byla přijata Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně, pro Českou republiku vstoupila v platnost 1. října 2001.

Dalším významným dokumentem, který se zabývá především vztahem pacienta k lékaři a zdravotnickému personálu, je Etický kodex „Práva pacientů“, který schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České republiky. Za platný byl prohlášen 25. února 1992. Podle etického kodexu jsou práva pacientů závazná pouze morálně, nikoli právně. Etický kodex tradičně vymezuje povinnosti lékařů vůči pacientům a je všemi lékaři dobrovolně přijímán jako vhodný a opodstatněný. Po dlouhá staletí neměli pacienti žádná práva a ani je nepotřebovali. Pacient byl v minulosti plně závislý na lékaři, a to nejen v rovině odborné, ale často i lidské. O právech pacientů se začíná hovořit v podstatě až na začátku 70. let 20. století. Důvodů vzniku práv pacientů je několik. Lidská práva a individuální svobody jsou v občanské demokratické společnosti vysoce ceněny. Lidé přijímají plnou odpovědnost za svůj život a chtějí mít dostatek informací i v situaci nemoci. Přejí si, aby i ve zdravotní nepřízni svého osudu mohli o sobě rozhodovat nebo alespoň minimálně spolupracovat. (Haškovcová, 1997)

Jak je již výše zmíněno, hrají vedle práv ve fungování systému značnou roli i povinnosti pacienta. Vývoj zdravotního stavu obyvatelstva i každého jednotlivce je ovlivňován funkcí zavedeného zdravotního systému a probíhajícími vztahy mezi jeho účastníky. Potom je potřeba aktivní spolupráce občanů více než nutná. Není možné všechnu zodpovědnost nechávat na zdravotnících. Vědomí osobní odpovědnosti za vlastní zdraví je důležité jak při předcházení onemocnění a úrazu, tak při průběhu samotné léčby. Pacient by měl ve vlastním zájmu dodržovat doporučení získaná od zdravotníka. Právo občanů na ochranu zdraví je tedy logicky spojeno i s požadavky na plnění různých povinností. Na rozdíl od dříve uplatňované zásady se v současné době zdůrazňuje zásada nadřazenosti oprávněných zájmů jednotlivce nad celospolečenskými. Bylo by ale samozřejmě vhodné skloubit zákonem chráněné zájmy jednotlivce a celé společnosti.

Některé povinnosti pacienta jsou závazně vymezeny. Pokud je pacient zároveň součástí pracovního procesu, vyplývají pro něho z této pozice určité povinnosti. Je-li pacient v pracovní neschopnosti, jako pojištěnec nemocenského pojištění, je povinen dodržovat režim dočasně práce neschopného pojištěnce. Měl by umožnit příslušnému orgánu nemocenského pojištění a zaměstnavateli kontrolu dodržování tohoto režimu. Jeho povinností je také

sdělit ošetřujícímu lékaři při uznání dočasné pracovní neschopnosti místo pobytu, na kterém se v době dočasné pracovní neschopnosti bude zdržovat. Pojištěnec je dále povinen dostavit se k ošetřujícímu lékaři v určeném termínu ke kontrole a posouzení zdravotního stavu a dočasné pracovní neschopnosti. Pokud pacient nedodrží tyto a další povinnosti v zákoně uvedené, může pro něj následovat relativně citelná finanční sankce.

Soubor povinností pojištěnce zdravotního pojištění je obsažen v zákoně 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Zde jsou podrobně popsány povinnosti týkající se vztahu mezi pojištěncem a pojišťovnou. Jedná se např. o povinnost pojištěnce hradit příslušné zdravotní pojišťovně pojistné, pokud tento zákon nestanoví jinak, sdělit v den nástupu do zaměstnání svému zaměstnavateli, u které zdravotní pojišťovny je pojištěn, prokazovat se při poskytování zdravotní péče platným průkazem pojištěnce, oznámit do osmi dnů příslušné zdravotní pojišťovně jeho ztrátu nebo poškození, oznámit příslušné zdravotní pojišťovně změny osobních údajů, vrátit průkaz pojištěnce při zániku zdravotního pojištění atd.

Z pohledu zdravotníků jsou významnější povinnosti pojištěnce právě ty, které se týkají podrobněji léčebného procesu. Pojištěnec by měl spolupracovat při zdravotním výkonu a kontrole průběhu léčebného procesu, měl by dodržovat lékařem stanovený léčebný režim, podrobit se na vyzvání preventivním prohlídkám, pokud tak stanoví zákon nebo obecně závazné právní předpisy, dodržovat opatření směřující k odvrácení nemocí a vyvarovat se jednání, jehož cílem je vědomé poškození vlastního zdraví.

Současná legislativa praví, že péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů, a proto aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce.

Mnoho důležitých povinností občanům ukládají též předpisy o ochraně veřejného zdraví, zejména zákon 258/2000 Sb., jako příklad lze zmínit povinnost podrobit se očkování. Pominout nelze ani zákon 379/2005 Sb. o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Dostane-li se pacient do péče zdravotnického zařízení, je jeho důležitou povinností dodržovat vnitřní řád zdravotnického zařízení. Podle § 27 zákona 48/1997 Sb. platí, že pojištěnec, který soustavně porušuje hrubým způsobem domácí řád zdravotnického zařízení a odmítá zásadním způsobem spolupráci, může být z ústavní péče předčasně propuštěn, pokud toto chování není způsobeno závažnou duševní poruchou nebo jinými závažnými dů-

vody a pokud by okamžitým přerušením péče nebylo ohroženo vážným způsobem jeho zdraví.

Konečně, významnou povinností pacienta je zaplatit lékaři či zdravotnickému zařízení za poskytnuté služby. Tato povinnost je často opomíjena vzhledem k faktu, že je naprostá většina péče hrazena prostřednictvím smlouvy s pojišťovnou, tedy bez přímé platby pacienta. Povinnost platby se však zřetelněji a v plné míře uplatní v případě péče v nesmluvních zařízeních, péče o pacienty, kteří nejsou účastníky veřejného pojištění, či poskytnutí služeb nehrazených z veřejného pojištění. Problematika povinnosti zaplatit u lékaře bude jistě vzhledem k dnešní situaci českého zdravotnického systému nabírat na významu. (Dostál, 2007)

3 FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Následující kapitola stručně vymezuje principy a podmínky fungování systému financování zdravotní péče uplatňovaného v České republice.

3.1 Charakteristika systému financování zdravotní péče ČR

V současné době se s problémy ve financování a organizaci zdravotnictví potýkají téměř všechny vyspělé země včetně České republiky. Mezi nejzávažnější oblasti, na které je dáván apel, se řadí zejména: problematika soukromých zdrojů, problematika veřejných zdrojů, podpora prevence, problematika organizace zdravotního pojištění, problematika financování dlouhodobé péče, organizace smluvní sítě zdravotnických zařízení v rámci primární péče, otázka kvality zdravotní péče a stanovení úhradových mechanismů zdravotnických zařízení. Všechny zmíněné aspekty jsou úzce provázány a mají podstatný vliv na samotné procesy systému a financování zdravotnické péče. Zejména formy úhrad a role lékařů v rámci primární péče jsou spojeny s chováním zdravotnického personálu a zařízení, mají vliv na plátce zdravotních služeb a poté na celý zdravotní systém. (Hejduková, 2011)

3.1.1 Charakteristika Bismarckova modelu financování zdravotnictví

Počátky vzniku tohoto typu financování zdravotní péče sahají do druhé poloviny 19. století. Tedy do doby, kdy úřad pruského kancléře vykonával Otto von Bismarck. Z Pruska se rozšířil nejprve do nástupnických zemí po Rakousku-Uhersku a později po 2. světové válce téměř do všech vyspělých zemí západní Evropy a je uplatňován i v českém zdravotnictví. Cílem, kterého se i tento systém podobně jako všechny ostatní snaží dosáhnout, je optimální poměr mezi rovností a spravedlností. Systém podporuje princip sociální ekvity chápáný jako „*právo pro všechny občany rozvíjet se a udržovat svůj plný potenciál zdraví, rovný stejný přístup k léčbě a aplikaci všech potřebných medicínských postupů pro pacienty všech sociálních skupin bez ohledu na jejich schopnost či sociální postavení*“. (Suchánková, 2009, s. 9)

Bismarckův model se od ostatních schémat financování zdravotnické péče zásadně liší zapojením prvku, kterým je systém veřejného pojištění. Účast na tomto pojištění je povinná pro všechny občany státu. Konkrétní podobu pojištění si dále upravují jednotlivé země nezávisle na sobě, takže se i v rámci Evropy vyskytují systémové odlišnosti. V České republice se potom příjem pojistného realizuje prostřednictvím plateb zaměstnanců, zaměstnavatelů a státu (pro případy státních pojištěnců). Dalším typickým znakem tohoto modelu

financování zdravotnictví je krytí většiny výdajů spojených s poskytováním zdravotní péče třetí stranou, kterou zde tvoří zdravotnické fondy veřejného pojištění, tedy zdravotní pojišťovny. Zdravotní péči poskytují soukromé ambulance a nemocnice se soukromým nebo veřejnoprávním vlastníkem. Finanční vypořádání mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotních služeb se pak děje na základě smluv, které spolu tyto dvě strany podepíší.

Dá se říci, že Bismarckův model je jakousi zlatou střední cestou mezi jednotlivými modely financování zdravotní péče co do kvality, dostupnosti a rovnosti (srovnání modelů z kapitoly 1.3). Ve srovnání s tržním modelem (např. USA) zde nejsou tolik běžné problémy s dostupností. Dále se tržní model zdravotnictví sice může chlubit vysokou kvalitou péče a nejmodernějším technologickým vybavením, ale ani zdaleka není tento přepych dostupný pro všechny obyvatele. U Bismarckova systému také není třeba řešit zaostávající kvalitu, s čímž se může spíše potýkat systém národního zdravotnictví (např. ve Velké Británii), ve kterém mají občané velmi dobrý přístup ke zdravotní péči nicméně za cenu dosažení nižší kvality péče. Bismarckův typ financování zdravotnictví se potom jeví jako systém, ve kterém je kvalitní péče poměrně dobře dostupná a péče, která je standardně dostupná, je i dostatečně kvalitní. Tuto výhodu umožňuje mimo jiné i vysoká míra solidarity zdravých s nemocnými, jedinců s rodinami, zaměstnaných s nezaměstnanými apod. Nevýhodou systému může být administrativní náročnost a s ní související vysoké náklady, které potenciálně mohou růst se složitostí systému a s počtem participujících nekonkurujících si zdravotních pojišťoven.

3.1.2 Zdroje financování zdravotní péče ČR

České zdravotnictví patří dlouhodobě mezi nejlevnější systémy mezi státy OECD. Zatímco průměrně vyspělé ekonomiky věnují zdravotnictví 9 % HDP, v České republice se výdaje na zdravotnictví pohybují pouze okolo 7 % HDP. Ani v případě, že je uvažována ekonomická úroveň České republiky, nedosahuje tento podíl odpovídající výše. Hodnoty výdajů na zdravotnictví v procentech HDP ve vztahu k ekonomické vyspělosti země (měřené HDP per capita) sjednocené ve statistikách OECD Health Data 2010 ukazují, že Česká republika na zdravotnictví šetří. Hodnota podílu zdravotnických výdajů na HDP kolem hodnoty 7 % dlouhodobě osciluje již od roku 1992, kdy začal fungovat systém veřejného pojištění v Českém zdravotnictví. (LOK – SČL, 2010)

V České republice je zdravotní péče financována z více zdrojů. Nejvyšší podíl na úhradách plyne z veřejného zdravotního pojištění, dále pak ze státního rozpočtu a různých forem soukromé spoluúčasti pacientů, zaměstnavatelů či neziskových organizací.

3.1.2.1 Zdroje z veřejného pojištění

Povinně odváděné platby do veřejného pojištění mají v České republice povahu daně z příjmu placené zaměstnanci i zaměstnavateli. Osoby samostatně výdělečně činné potom odvádějí určitou procentuální část svých příjmů. Tyto odvody pojistného z pracovních příjmů tvoří zhruba tři čtvrtiny příjmů celkového pojistného na účtech zdravotních pojišťoven. Zbývá třetina plyne ze státního rozpočtu ve formě plateb státu za státní pojištěnce, což jsou ekonomicky neaktivní obyvatelé, a dále z pojistného za osoby bez zdanitelných příjmů, které nejsou státními pojištěnci. Způsob výběru a výše pojistného je upraven zákonem č. 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění ve znění pozdějších předpisů.

Prostředky získané z pojistného jsou spravovány zdravotními pojišťovnami. Největší z nich je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a za její závazky ručí stát. Ostatní zdravotní pojišťovny byly založeny na rezortní nebo oborové bázi a v současnosti na trhu zdravotního pojištění působí dalších 7 komerčních zdravotních pojišťoven. Povinností všech pojišťoven je nediskriminovat a být otevřené vůči všem novým zájemcům o pojištění (pokud je k tomu opravňuje zákon). Selektce a eliminace pacientů na základě vyššího zdravotního rizika je zákonem zakázáno. Podle struktury pojištěnců jednotlivých pojišťoven je potom přerozděleno pojistné mezi pojišťovny. Toto přerozdělování se provádí pomocí zvláštního účtu spravovaného VZP ČR. (Tomala, 2011)

3.1.2.2 Zdroje ze státního rozpočtu a rozpočtů územně-správních celků

Zdroje ze státního rozpočtu a z rozpočtu municipalit na výdaje ve zdravotnictví tvoří v průměru necelou desetinu z celkových výdajů ve zdravotnictví. Z těchto prostředků Ministerstvo zdravotnictví financuje některé investiční aktivity ve státních zdravotnických zařízeních, zdravotnický výzkum, školení zdravotnického personálu a postgraduální vzdělávání. Z krajských a municipálních rozpočtů jsou podporovány investiční aktivity v zařízeních, která spadají pod jejich správu. (Tomala, 2011)

3.1.2.3 Zdroje ze spoluúčasti pacientů

Možnosti spoluúčasti jsou v České republice trojího druhu. První možnost představují přímé platby, které znamenají pevnou částku nebo procentní podíl pojistné spoluúčasti. Jsou placené pacientem v každém případě využití zdravotní péče a výběru léčiv. Protože jsou přímé platby opatřením, které zdravotní péči přibližují tržním statkům, je jejich uplatnění nejvhodnější v oblasti nezdravotnických výkonů a nadstandardních služeb. Další variantou spoluúčasti pacientů je připojištění. (Tomala, 2011) Princip připojištění ve zdravotnictví lze chápat jako extenzi základního pojistného systému. Představuje jednu z možností získávání zdrojů zdravotních pojišťoven. Je ale důležité, aby bylo stanoveno, jaká kvalita a rozsah zdravotních služeb může být nabídnut pacientovi, který si připojištění zřídí, ve srovnání s pacientem nepřipojištěným. Mělo by platit, že je-li pacient změnou svého zdravotního stavu donucen k volbě mezi několika druhy péče, měl by mít k dispozici lepší možnost výběru. Pacient by měl mít možnost volby a svými vlastními prostředky dosáhnout lepší varianty výběru. Potom ale v daném systému hraje významnou roli stanovení standardů péče pro pacienty v závislosti na příslušnosti do některé z věkových, ekonomických nebo zdravotně incidenčních skupin. (Durdisová, 2005) Třetí možností spoluúčasti jsou limity a stropy. Tato forma spoluúčasti představuje na jedné straně částku pacientových přímých úhrad, kdy při překročení určitého objemu zaplacených přímých plateb za péči nebo léky za stanovené časové období pokrývá veškeré další platby pouze zdravotní pojišťovna. Druhou možností je situace, kdy je vytvořen limit na plnění pojišťovnou za určité časové období, a pokud je překročen, přicházejí na řadu přímé platby pacientů. (Němec, 2008).

Ale ne všechny složky spoluúčasti pacientů mají v systému financování zdravotnictví České republiky stejnou váhu. Pro trh s dobrovolným soukromým připojištěním nad rámec povinného pojistného systému je zde poměrně malý prostor. Péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění má totiž velice široký rozsah. Připojištění je potom využíváno spíše ke krytí nákladů na zdravotní péči při cestování do zahraničí nebo k pojištění nerezidentů, kteří nemají nárok na péči v rámci veřejného pojištění. Typicky je systém připojištění využíván k nárokování kvalitnější a nadstandardní péče, v České republice ale uzákoněná právní úprava standardů zdravotní péče stále chybí. Nikde není jasně vyjádřeno, jak by měl být oddělen standard hrazený z veřejného pojištění a nadstandard dosažitelný na základě připojištění. (Tomala, 2011)

Vedle systému připojištění mají ve struktuře spoluúčasti uplatňované v České republice daleko vyšší zastoupení přímé platby pacientů, které tvoří téměř 100 % všech soukromých výdajů ve zdravotnictví. Přímé platby se vztahují jen na úzký okruh zdravotních výkonů, především při stomatologické péči, v estetické chirurgii, v gynekologické péči, aj. Širší okruh přímých plateb zaujímá léková politika, platby za léky, zdravotní prostředky, doplňky a pomůcky. K ozdravení veřejných financí bylo schváleno Parlamentem České republiky tzv. stabilizační opatření, které se týkalo podstatnou měrou i zdravotnictví. Změnou zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, byly zavedeny změny v oblasti financování zdravotní péče, které se dotkly všech občanů. První a nejcitlivější změnou bylo zavedení regulačních poplatků a spolu s nimi i zavedení ochranného limitu regulačních poplatků a doplateků na léky. Dle zmíněného zákona se do ročního limitu započítávají poplatky za návštěvu lékaře, poplatky za vydání léčivého přípravku nebo potravin pro zvláštní lékařské účely na recept, doplatky na léčivé přípravky nebo potraviny pro zvláštní lékařské účely částečně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, ve výši doplatku nejlevnějšího na trhu dostupného léčivého přípravku nebo potravin. Cílem ochranného limitu je ochrana pacientů spočívající v jednoduchém algoritmu, jakmile regulační poplatek a doplatek na léky převyší uvedený limit, je příslušná zdravotní pojišťovna povinna tuto převyšující částku vrátit. Cílem opatření je přimět občany k zodpovědné a účelné spotřebě zdravotní péče. Dalším pozitivem je i započítání doplateků za léky do tohoto limitu. (Cikrt, 2008) Od 1. 1. 2008 byly tedy zavedeny regulační poplatky za návštěvu u lékaře, návštěvu na pohotovosti, za pobyt v nemocnici a také za výdej léků na předpis.

Všechny výše popsané formy spoluúčasti se v současnosti souhrnně podílejí na celkovém financování zdravotní péče pouze z velice malé části.

3.2 Aspekty komplikující situaci současného systému financování zdravotní péče

V posledních letech se v mnoha odvětvích světového vývoje projevují ve zvýšené míře faktory, které nutí systém financování zdravotnictví v jednotlivých zemích přehodnocovat svá dosavadní nastavení. Některé faktory jsou důsledkem pozitivního vývoje, tím jsou například rychle se rozvíjející technologie a jejich hojně uplatňování ve zdravotnictví. Přestože jde tento vývoj pozitivním směrem, co se týče včasného diagnostikování a úspěšného léčení závažných chorob, způsobuje významný růst nákladů na zdravotní péči. Tento pro-

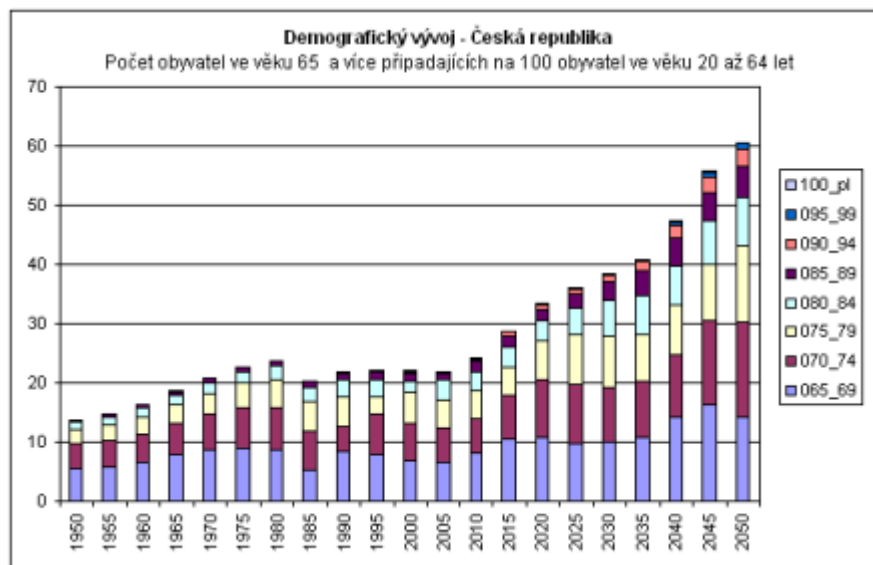
blém, který tlačí na změny ve financování zdravotnictví, je podobně naléhavý jako nepříznivý vývoj v demografické struktuře obyvatel vyspělých zemí. Fenomén stárnutí populace rovněž nákladům na zdravotní péči neulehčuje.

3.2.1 Stárnutí populace

Věková struktura obyvatel je významnou demografickou charakteristikou, která má svůj dopad prakticky ve všech oblastech společenského, politického a ekonomického života. Věková struktura obyvatelstva České republiky je téměř konzistentní. V celorepublikovém měřítku dochází od počátku 90. let minulého století ke stárnutí populace. Podíl nejmladší skupiny 0 – 14 let se snižuje, naopak vzrůstá zastoupení obyvatel ve věku starších 65 let. (Šatera, 2010)

V blízké budoucnosti dojde v České republice k současnému působení několika faktorů. Silné poválečné ročníky se dostanou do důchodového věku, porodnost se bude v důsledku populačních vln i v důsledku dlouhodobého poklesu nadále snižovat a dojde k prodlužování střední délky života. Dopady vlivu migrace je obtížné předvídat, dá se však předpokládat, že Česká republika přiláká část migračního proudu z východu. Kvůli tomu dojde k výrazným změnám v poměru počtu osob v produktivním věku a počtu osob, které jsou na nich „závislé“.

Tyto změny jsou ilustrovány v prognóze Organizace spojených národů na následujícím grafu. V grafu je zachycen vývoj indexu závislosti, tedy počtu obyvatel ve věku 65 a více let připadajících na 100 obyvatel v produktivním věku (20 až 64 let). V České republice je populace seniorů prakticky zcela závislá na veřejných rozpočtech (důchody, zdravotní a sociální péče). Je proto otázkou, do jaké míry budou následující generace v produktivním věku ochotny vzdát se svých příjmů ve prospěch veřejných rozpočtů.



Obr. 2 - Demografický vývoj ČR (Kulatý stůl, 2007)

Nyní vyvstává otázka, jakým způsobem se popsané demografické změny podílejí na problémech a hrozbách pro financování zdravotnictví. Posoudit dopady stárnutí populace na budoucí výdaje na zdravotní péči je obtížné. Jednoduché propočty založené na vynásobení dnešních nákladů na jednotlivé věkové skupiny očekávaným počtem občanů v těchto věkových skupinách v budoucnu jsou pouze schematické. Prodlužování délky lidského života je spojeno se změnou nemocnosti a s výraznou změnou charakteru postupného vymírání příslušných populačních skupin. Tyto jevy je možné sledovat ze studií Eurostatu, které zobrazují křivky „vymírání“ kohorty. Počáteční fáze „vymírání kohorty“ je spojena s výskytem kojenecké a dětské úmrtnosti. Vzhledem k tomu, že Česká republika patří k zemím s nejnižší mírou kojenecké úmrtnosti, nelze očekávat, že by došlo k jejímu dalšímu snižování (a tedy prodloužení střední délky života z tohoto důvodu). Po období dětské úmrtnosti následuje dlouhé období s minimálním počtem zemřelých (s malou pravděpodobností úmrtí). Toto období trvá ve vyspělých zemích cca do 40 až 50 let a po něm následuje pozvolný nárůst pravděpodobnosti úmrtí (v zemích s delší délkou života k němu dochází později a pozvolněji). Pravděpodobnost úmrtí dosahuje v současné době ve vyspělých zemích maxima okolo 80. roku života. Toto maximum se postupně posouvá do vyššího věku. Po dosažení maxima dochází opět k pozvolnému poklesu – to se však již týká pouze několika procent z celé kohorty. U seniorské populace osob ve věku 80 a více let je odhad budoucího vývoje obtížnější. Projekce počtu obyvatel Eurostatu pro rok 2050 ukazuje, že se v České republice téměř 70 % narozených v roce 2050 dožije 80 let. (Kulatý stůl, 2007)

Pokud demografický vývoj spěje takovým směrem, že rozhodující podíl na populaci budou mít lidé starší 65 let, může být do budoucna systém, v němž dominuje veřejné zdravotní pojištění, vážně finančně ohrožen. I to je nepochybně důvod snahy některých zemí přesunout část finanční odpovědnosti na bedra příjemců zdravotní péče různými metodami spoluúčasti.

3.2.2 Růst výdajů způsobený finančně náročnými technologiemi

Na problematiku role moderních technologií v růstu výdajů na zdravotní péči existují různé názory. Jeden z názorů říká, že připisování růstu nákladů na vrub technologiím je pouze mýtus a zjednodušená dezinterpretace. Technologie mají totiž tu nevýhodu, že jsou poměrně snadno měřitelné napříč zeměmi v celosvětovém měřítku. Je potom jednoduché jejich podíl na výdajích kvantifikovat a také na ně poukazovat. Na druhé straně se ale vyskytují názory již výše prezentované. Tedy, že technologický rozvoj s sebou nese významný podíl růstu nákladů ve zdravotnictví. Bez změny zdravotní politiky nelze moderní technologie (tzn. diagnostické a léčebné metody, zdravotnické vybavení, léčivé přípravky, rehabilitační a preventivní metody nebo organizační a podpůrné systémy zdravotní péče) ufinancovat. Nárůst objemu peněz vkládaný do zdravotnictví je nevyhnutelný. Pacienti vyžadují přístup k nejnovějším objevům a lékaři chtějí též pro své pacienty to nejlepší. Je ale třeba zajistit lepší efektivitu využívání peněz ve zdravotnictví, neboť pro toto zvyšování v oblasti veřejných financí již není příliš prostoru. (Tomala, 2011)

Oba výše zmíněné problémy, tedy drahé technologie a proces stárnutí populace, by mohly způsobit neúnosně vysoký podíl veřejných výdajů pro veřejné finance. Proto se bude muset avizovaný nárůst objemu prostředků do zdravotnictví nejspíše uskutečňovat významným podílem ze soukromých výdajů, a to formou některých druhů spoluúčasti pacientů.

4 ZÁVĚREČNÁ DISKUSE TEORETICKÉ ČÁSTI PRÁCE

V teoretické části diplomové práce jsem shromáždila informace, které zobrazují, jakým způsobem, v jakém prostředí a s kým má pacient ve zdravotnickém systému možnost komunikovat, co může ovlivnit, co ovlivnit nemůže, jaká jsou jeho práva a povinnosti. Porovnávala jsem základní modely zdravotnických systémů z pohledu pacienta, jejich výhody i nevýhody. Seskládání těchto teoretických poznatků, popis vývoje postavení pacienta ve zdravotnickém systému a z tohoto vývoje vyplývající současná pozice pacienta ve zdravotnictví, nyní dávají podklad pro zpracování praktické části.

Samostatná kapitola věnovaná financování zdravotnictví hraje v otázce řešení postavení pacienta v systému zdravotnictví významnou roli. Aby pacient mohl lépe komunikovat a zapojovat se aktivně do procesu týkajícího se jeho zdraví, musí být systém financování přeorganizován. Tak jak funguje dosud, nedává pacientovi prostředí, ve kterém by měl možnosti výběru, rozhodování, vyjádření se k možnosti řešení vlastního stavu zdraví či nemoci. Nejen z pohledu pacienta je ale systém nedokonale nastaven. Zdravotníci by rádi nabídli pacientovi nejlepší varianty pro řešení jejich problému, ale poskytnout všem nejkvalitnější dostupnou péči z veřejných prostředků je neufinancovatelné do důsledku. Nejde totiž přímo jen o samotnou diagnostiku a terapii, jde i o dosti nákladný, v teoretické části již zmiňovaný, problém moderních medicínských technologií a finančně náročných výzkumů, které jsou teprve následně v praxi využity. Rozebrání problematiky současného systému financování zdravotnictví nastiňuje možné řešení, které by podpořilo nynější postavení pacienta. V praktické části se toto řešení pokusím navrhnout a zasadit do projektu, který by zlepšoval současný stav podfinancovaného zdravotnického systému a tím tedy i pozdvihl postavení pacienta v daném systému.

O zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví se ve svém projektu pokusím, přestože teoretické poznatky dosud shromážděné naznačují, že ideální zdravotnický systém zcela jistě neexistuje. Jsou ale lepší a horší příklady. Některé systémy se opírají o přísnou kontrolu nabídky a poptávky, klíčovou úlohu praktického lékaře a primární péče a díky dobré koordinaci a plánování potřeb se jim daří udržovat levný systém s dobrými efekty na zdravotní stav populace. Rubem jsou čekací lhůty na zákroky a nižší komfort péče. Jiné sází na svobodnou volbu, pluralitu a konkurenci, vysokou autonomii lékařů, díky nimž dospívají k záviděníhodným úrovním kvality péče a průhlednosti procesů. Odvrácenou stranou jsou vysoké celkové náklady, vysoké administrativní náklady a nepojištěná populace. Zdravotnický systém by měl být vstřícný, měl by se zajímat o perspektivu uživatelů a

nestavět jen na potřebách poskytovatelů. Měl by být výkonný (ekonomicky efektivní), dlouhodobě udržitelný a kontinuální – udržitelnost je lépe zajištěna konvergencí a kompromisem, věcným zohledněním potřeb všech zúčastněných. Měl by stavět na vyjednávání a ne na síle, být transparentní a sociálně přijatelný, aplikovat bezpečnou medicínu založenou na důkazech, zajistit respekt k životu, autonomii a lidské důstojnosti, být flexibilní, otevřený vůči sobě samému se schopností a nástroji sebereflexe.

K danému tématu postavení pacienta v systému zdravotnictví je v současnosti dostatek literatury. Nebylo obtížné dohledat teoretické poznatky, které by popisovaly současný i minulý stav postavení pacienta, které by rozebíraly a polemizovaly nad jednotlivými modely zdravotnických systémů. K dispozici pro zpracování teorie mi byly i lehko dohledatelné studie a statistiky poskytnuté Ústavem zdravotnických informací a statistiky ČR. Materiálů, které popisují současnost nebo pojednávají o ideálu postavení pacienta v systému zdravotnictví, je mnoho. Téměř všechny, se kterými jsem se doposud setkala, ale bohužel v závěru tvrdí, že v praxi je ideál jen těžko realizovatelný. V následující části práce se tedy budu věnovat optimálním řešením, která mi dosavadní znalosti a shromážděné poznatky, ukazují a dovolují.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODIKA PRÁCE

Metodiku práce neboli pracovní postup představuje v této diplomové práci studium a rozbor dokumentů, literatury. Literatura poskytuje přehled o postupném vývoji ve zdravotnictví, jeho změnách a je schopna nastítnit i postupný vývoj. Popisuje prostředí, včetně pochopení základních vývojových souvislostí a umožňuje hledání nových možných východisek.

Ke studiu byla použita jednak odborná literatura, základní právní předpisy z oblasti zdravotnictví, odborné články, diskuse a statistické výkazy. Některé informace byly získány z webových stránek vybraných subjektů.

Hlavní metodou pro zpracování diplomové práce, tedy způsobem, jak dosáhnout cíle, byla zvolena metoda využívající principy logiky a logického myšlení, metoda analýzy. Po provedení analýz jsou získaná data a poznatky následně syntetizovány, dány do souvislostí a na jejich základě je sestaveno doporučení. Doporučení je dále rozvíjeno do projektové podoby. Projekt byl pro danou tematiku zvolen jako ideový, tedy projekt, jehož cílem je stanovit základní představy o budoucím stavu objektu.

Rozbor dokumentů a literatury má své přednosti i nevýhody. K přednostem lze řadit například možnost studovat i výpovědi osob jinak nedostupných (např. geograficky vzdálených, zemřelých, nezvěstných), dokumenty vytvořené profesionálem mívají vysokou kvalitu, studium dokumentů snadno umožňuje longitudinální analýzu (i po řadu generací), umožňuje snadno zvyšovat rozsah zkoumaného materiálu (pokud je to účelné), způsob zkoumání a zjišťování rozborem literatury je relativně levnější než výzkum v terénu.

K nevýhodám rozboru a studia literatury patří nestejná životnost dokumentů, dochází k jejich ztrátám, některé dokumenty zůstanou nedostupné, méně vzdělaní lidé netvoří dokumenty tak často jako lidé vzdělanější, čímž vzniká výběrové zkreslení. Další zkreslení mohou vznikat modifikací záznamu účelem, pro který byl záznam pořizován. Chybí živá informace k porozumění (dokumentu se nelze zeptat na to, co nechápeme). Samozřejmě chybí také nonverbální komunikační kanály. Informace nejsou zaznamenány stejným způsobem a ve stejném čase. Srovnatelnost údajů v různém čase je omezená. (Majerová, 1999)

6 ANALÝZA A ZHODNOCENÍ PROBLÉMŮ SOUČASNÉHO PROSTŘEDÍ PACIENTA VE ZDRAVOTNICKÉM SYSTÉMU ČR

Ze shromážděných teoretických poznatků předchozí části práce vyplývá, že současná situace v českém zdravotnictví není pro pacienta úplně vyhovující. Kvalitnějšího postavení ve zdravotnickém systému a zlepšení stávající situace v českém zdravotnictví lze dosáhnout některými změnami ve způsobu, formách a zdrojích financování zdravotní péče. Praktická část této diplomové práce se zaměřuje na finanční rezervy a možnosti navýšení příjmů českého zdravotnictví. Analýza i následný projekt hodnotí a navrhuje několik variant a bodů, které se věnují právě financování zdravotnictví, jehož zkvalitněním je možno dosáhnout lepšího postavení samotného pacienta.

Problematika, kterou se práce zabývá, je v současnosti velmi aktuální a diskutovaná. Proto již existuje několik návrhů, které prozatím nebyly realizovány, ale pokud by se detailněji dovedly k závěrům, je možné tyto zdárně využít. V práci jsou mimo jiné využity, rozebrány a do současnosti aplikovány některé návrhy, které podal Lékařský odborový klub - svaz českých lékařů v roce 2010.

V analytické části práce jsou popsány a rozebrány konkrétní problémy, které systém zdravotnictví zatěžují a zhoršují tím i postavení pacienta v tomto systému.

6.1 Nahrazování sociální péče zdravotnictvím

Podle dat, která shromažďuje OECD, patří Česká republika mezi země s nejdelší průměrnou délkou hospitalizace. Příčinou hospitalizace jsou přitom často problémy, u kterých se prolíná oblast zdravotní a sociální péče. V České republice jsou systémy zdravotní a sociální péče resortně odděleny, přestože ve skutečnosti existuje těsná návaznost a provázanost těchto dvou typů péče. Velmi často se péče zdravotní i sociální poskytuje souběžně. Takovou péči potřebují lidé, kteří se neobejdou bez dopomoci druhé osoby. Financování této péče ze zdravotního pojištění odčerpává zdroje zdravotnictví do oblasti sociální péče a nahrazuje tak roli sociálního systému, který v oblasti dlouhodobé ošetrovatelské péče selhává. Péče zdravotní a sociální je poskytována v různých typech zařízení a ve vlastním sociálním prostředí. Některé typy zařízení a typy péče jsou vymezeny právním rámcem, jiné nikoliv. Pokud nebude zdravotní systém v České republice navazovat na systém sociální péče a sociálních služeb a naopak, mohou si pracovníci obou systémů pouze vzájemně

vyčítat, že vykonávají práce, které přísluší druhému systému, a to vše na úkor pacientů a klientů.

Situace stárnutí populace rozebraná v teoretické části práce zásadně zasahuje do tohoto problému, souvisí totiž s otázkou neřešení dlouhodobé péče u nás. Pokud systém zdravotnictví nedokáže nastolit koncepční řešení financování dlouhodobé péče, dojde buď k omezení péče o stárnoucí obyvatele, nebo k dalšímu zhoršování finanční situace českého zdravotnictví. Potřeba ošetrovatelské péče ve stáří se stává postupem času jistotou. Systém pojištění v takovém případě ztrácí smysl. Pojištění má v původním slova smyslu představovat zajištění pro oblasti života, ve kterých dochází k nepředvídatelným a nákladným situacím, u kterých je vhodné sdílení rizika mezi obyvateli. Počítá-li se ovšem v budoucnu s potřebou ošetrovatelské péče jako s jistotou, není pojišťovací systém pro tuto oblast nejvhodnějším způsobem k zajištění.

6.2 Neexistující konkurence mezi zdravotními pojišťovnami

Systém veřejného zdravotního pojištění představuje základ pro fungování českého zdravotnického systému. Jak již bylo popsáno v teoretické části práce, zaujímá výsadní postavení mezi pojišťovnami pojišťovna Všeobecná. VZP má v mnoha ohledech výhody oproti zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám. Stávající platná právní úprava nepřipouští zánik VZP. Pro VZP neexistuje žádná hrozba ukončení činnosti z ekonomických důvodů v případě špatného hospodaření. Zaměstnanecké pojišťovny tak nesou oproti VZP velké znevýhodnění. Dále na rozdíl od zaměstnaneckých pojišťoven může VZP naplňovat fond prevence, který slouží k poskytování nadstandardních služeb pojištěncům, i pokud je základní fond zdravotního pojištění deficitní. Tyto odlišnosti u VZP nepodporují motivaci k zodpovědnému přístupu v hospodaření se svěřenými prostředky, což má v důsledku negativní dopad zejména na její klienty a smluvní zdravotnická zařízení.

Zdravotní pojišťovny nejsou ve stávajícím systému podporovány, aby zastávaly roli inteligentních nákupčích zdravotní péče pro své klienty. Chybějící motivace k aktivní roli při nakupování zdravotní péče je důsledkem nastavení současné legislativy. Legislativa výrazně omezuje prostor pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami. Nízká míra konkurence mezi zdravotními pojišťovnami nemotivuje zdravotní pojišťovny k hospodárnému zacházení s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Jakákoli rozhodnutí zdravotní pojišťovny provedou, jsou podrobena politickému a mediálnímu zhodnocení, kritice. Tento fakt

komplikuje ekonomické chování zdravotních pojišťoven i samotných poskytovatelů zdravotní péče. Systém zdravotní péče a její úhrada patří mezi sektory národní ekonomiky k nejméně regulovaným. Ve snaze o zmírnění selhávání trhu v oblasti zdravotní péče bylo nastoleno prostředí neexistence antimonopolních pravidel. V českém prostředí zaujímá hlavní roli vedle Všeobecné zdravotní pojišťovny Ministerstvo zdravotnictví. Ministerstvo zdravotnictví zajišťuje tvorbu pravidel v systému a navíc zastupuje i významnou část poskytovatelů zdravotní péče (fakultní nemocnice a ostatní státní poskytovatele). Spolu s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR mají tyto instituce velmi výraznou moc při vyjednávání s poskytovateli zdravotní péče. V rámci systému veřejného zdravotního pojištění je tudíž možné hledat finanční rezervy, které jsou dány současným neefektivním hospodařením nevhodně nastaveného systému.

6.3 Neefektivní hospodaření poskytovatelů zdravotní péče

6.3.1 Nákupy drahých technologií

Případů vědomého předražování medicínských technologií, které zdravotnická zařízení nakupují, se vyskytuje v současnosti až příliš. Media přinášejí zprávy o korupčních aférách kolem předražených přístrojů velice často. Ceny zdravotnického materiálu a zdravotnických pomůcek se v České republice v mnohých případech pohybují výše, než je tomu ve většině evropských států. Důvodem těchto vysokých cen je jejich netransparentní nákup, který každé pracoviště provádí zvlášť. Nejen mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními, ale i v rámci jedné nemocnice může nákup zdravotnické techniky probíhat prostřednictvím několika různých dodavatelů. Rozdíly mezi různými druhy výrobků od jednotlivých výrobců nebývají velké, ale ceny se mohou velmi výrazně lišit.

Jako možné řešení pro zamezení nákupu předražených technologií lze navrhnout takové opatření, které by zabezpečilo, aby se nové technologie a léky posuzovaly v poměru ceny přístroje a jeho přínosu. Dalším postupem by bylo zavedení závazné databáze obvyklých cen přístrojů, což by mohlo alespoň omezit příležitost ke korupci při nákupu drahých přístrojů, přestože čelit korupci ve státní správě není jednoduchým úkolem. Dále by bylo vhodné kvůli rozdílným cenám při nákupu jednotlivými zdravotnickými zařízeními vytvořit pro nejdražší výrobky zdravotnické techniky centrální objednávku na úrovni plátců zdravotní péče. To by znamenalo, že zdravotní pojišťovny nakoupí na daný rok pro své

pojištění přesně stanovený počet výrobků, čímž by získaly slevu na kupní ceně, zřejmě i záruku servisu a opravy při případných komplikacích a zároveň by se vyhladily obrovské cenové rozdíly při nákupech samostatně vedených zdravotnickými zařízeními.

6.3.2 Nekvalitní management lidských zdrojů a nedostatečné řízení rizik ve zdravotnictví

Úroveň řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví je jedním z klíčových faktorů, které ovlivňují kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče. Úspěšné podniky a firmy si v současnosti uvědomují, že jednou z jejich největších konkurenčních výhod jsou zaměstnanci. Zaměstnanec je hlavním předmětem oboru řízení lidských zdrojů. Tento obor se zabývá jeho rolí, pozicí, funkcí, zájmy, vztahy, vztahy k práci, ke spolupracovníkům, organizaci, managementu, vlastníkovi, konkurenci, ke společnosti. Obor obecně rozebírá možnosti plánování lidských zdrojů, získávání a výběr zaměstnanců, jejich vzdělávání a rozvoj, odměňování a další. Důvodem vykonávání této práce je vnesení do provozu takových pracovníků, kteří jsou vhodně vzděláni a vybíráni pro svou práci tak, aby je naplňovala a odměňovala k jejich plné spokojenosti. Tento způsob řízení lidských zdrojů však v českém zdravotnictví není příliš zaběhlý. Důsledkem nekvalitního nebo dokonce neexistujícího řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví je mimo jiné vysoká fluktuace lékařského a středního zdravotního personálu. V českých nemocnicích je fluktuace častým jevem a náklady na jednotlivé fluktuanty potom představují výraznou finanční zátěž. Příjem a odliv pracovníků zahrnuje například náklady na náborový příspěvek, výběrové řízení, zastupování ostatními lékaři, ale také náklady na vzdělání a integraci pracovníka pro konkrétní pracovní pozici a do stávajícího týmu. Příčin fluktuace se nabízí několik, zdravotnická zařízení a zdravotnický systém sám o sobě vytváří specifické pracovní prostředí. Nový zaměstnanec v prostředí nemusí vydržet z důvodu psychické zátěže, z důvodu nízkých platových podmínek nebo jsou nevhodně nastavená kritéria při výběru a náboru nových zaměstnanců nemocnice. Dalším problémem, který zvyšuje počty fluktuací, je povinnost zdravotníků k celoživotnímu vzdělávání. Proces odborného vzdělávání zdravotnického personálu není propojen s jejich odměňováním. Fluktuace je sice přirozeným jevem v mnoha odvětvích, avšak vysoká fluktuace daná nekvalitou až neexistencí vhodného managementu lidských zdrojů zbytečně zatěžuje rozpočty poskytovatelů zdravotní péče. České zdravotnictví tak opět z důvodu selhávání řízení lidských zdrojů trpí.

Fluktuace zaměstnanců není jediným dopadem nefungujícího systému řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví. Kvalitní management lidských zdrojů úzce souvisí s řízením rizik zdravotnického zařízení. Systémy řízení kvality jsou možnostmi, jak předcházet hrozícím rizikům a jak je v případě, že nastanou, řešit. Představují další způsob zlepšení hospodaření poskytovatelů zdravotní péče. V České republice již od roku 1998 existuje národní systém akreditace pro zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče SAK ČR. Stejně tak se v mnoha nemocnicích uplatňuje systém řízení jakosti dle ISO 9000. Takto akreditovaná zařízení musí splnit sadu formálních požadavků na spektrum poskytované péče, počet výkonů, přístrojové a personální vybavení. Přestože oblast řízení kvality a bezpečí zdravotní péče je v ČR poměrně rozšířená, řízení lidských zdrojů, a to především na poli řízení kompetencí lékařů, je stále poměrně problematickou oblastí. Výhodou procesního řízení je, že jsou všechny procesy probíhající v nemocnici zmapovány, na vše existují jasné pracovní postupy a pro vynaložení nižších nákladů se využívá princip prevence, tj. jsou známy postupy při případných haváriích či rizikových situacích, každý předem ví, jak jednat. Tento postup je vždy levnější než zmateně „hasit požár“ bez přípravy. Kvalitní znalost interních procesů rovněž zabezpečuje lepší řízení rizik a s nimi spojené náklady navíc. V nemocnici, kde jsou zavedeny některé zmíněné systémy kvality či systémy řízení rizik, je menší pravděpodobnost vzniku nedopatření, která se v minulosti stala. Nedopatřením je míněn například případ záměny novorozeňat nebo operace pacientovy zdravé končetiny, místo končetiny postižené. V těchto případech musí nemocnice vyplácet obrovské náklady na odškodnění a na očištění svého jména.

6.3.3 Nedostatečná informační propojenost poskytovatelů zdravotní péče

Člověk vystupuje jako účastník zdravotnického systému po celý život, prvním kontaktem jsou již okamžiky při jeho narození. V průběhu života navštěvuje zdravotnická zařízení více či méně často. Současný systém umožňuje pacientovi volný pohyb po celém systému péče. Bohužel takováto benevolence českého zdravotnického systému způsobuje sobě samému značnou finanční ztrátu. Pacient projde několika stejnými vyšetřeními, je s ním prováděna opakovaná anamnéza několikrát do kola. Různá takto opakovaná vyšetření u pacienta často nemají efekt a jsou zbytečně nákladná.

Pokud by poskytovatelé zdravotní péče měli k dispozici jednotnou databázi, ve které by byly záznamy o pacientovi již od jeho narození, nemuseli by se zdržovat s opakováním

anamnézy a nedocházelo by ani k duplicitě až vícenásobnému provádění různých vyšetření.

Pro omezení volného pohybu pacienta v systému zdravotní péče a zabránění zbytečných výdajů na opakovaná vyšetření lze nabídnout řešení elektronizací zdravotnické dokumentace a její sdílení, tedy eHealth.

6.4 Úrazy jako součást veřejného zdravotního pojištění

Úrazy se nevyhýbají nikomu, riziko úrazu doprovází člověka v každém ročním období a na každém kroku, při sportu, při cestě do práce, do školy, na dovolené nebo doma v době volna. Úrazy mohou způsobit podstatnou životní změnu. Zejména pokud způsobí trvalé následky. Nejen že jsou bolestivé, nepříjemné, ale dokáží člověka omezit i na několik týdnů nebo měsíců, což samozřejmě pro jednotlivce znamená finanční zátěž. Proto je dobré myslet na úrazové pojištění, které může finanční ztráty částečně snížit.

Dosud je v ČR úraz brán jako součást povinného solidárního veřejného zdravotního pojištění. Úrazy ale představují jednu z oblastí vyžadujících často velice nákladnou léčebnou péči jak akutní, tak následnou. Navíc je pravděpodobnost vzniku úrazu v nemalé míře ovlivnitelná rizikovým chováním jedince. Vyřazení úrazů z povinného veřejného zdravotního pojištění, obzvláště pak těch, které by byly způsobené vysoce rizikovými či adrenalinovými sporty a zábavami, lze navrhnout jako vhodné řešení současné finanční situace. Na druhé straně musí však být těmto sportovcům i provozovatelům různých zábav umožněno uzavřít soukromé pojištění pro rizika vzniku nemoci, či úrazu při provozování těchto činností.

6.5 Zanedbatelná role soukromého zdravotního pojištění

Významnou složkou financování zdravotnictví, která chybí v současném systému zdravotnictví České republiky, je soukromé zdravotní pojištění. Ve srovnání se všemi evropskými státy OECD se Česká republika pohybuje mezi zeměmi, jejichž hodnota vyjadřující podíl soukromého zdravotního pojištění na financování zdravotnictví patří mezi nejnižší.

Aby fungoval trh se soukromým zdravotním pojištěním, je nutné zabezpečit adekvátní nastavení systému veřejného. Pokud veřejný systém nabízí všeho dostatek a kvalitně, navíc

jsou-li hranice služeb financovaných z veřejného sektoru mlhavé, je pro soukromé zdravotní pojištění obtížné obstojně vystupovat na trhu. Český systém zdravotnictví nabízí v rámci veřejného zdravotního pojištění téměř veškerou zdravotní péči, výjimku tvoří kosmetické zákroky a některé další okrajové oblasti. Pro komerční pojišťovny tu tím pádem v současnosti není příliš prostoru.

Uvolnění některých zákroků z veřejného pojištění a vytvoření prostoru pro realizaci soukromého zdravotního pojištění by mohlo současné finanční situaci ve zdravotnictví opět ulevit. Obecně navýšení soukromých zdrojů ve zdravotnictví, navíc tedy v oblastech, které by bylo možné pokrýt soukromým zdravotním připojištěním, je další možností, jak by české zdravotnictví dosáhlo adekvátního podílu v národní ekonomice.

6.5.1 Nízká spoluúčast pacientů a absence definice standardu a nadstandardu v českém zdravotnictví

Příplatit si za vyšší kvalitu nemocnice, za volný výběr lékaře, zkrácení čekací doby, pohodlnější pobyt na jednolůžkovém pokoji, kvalitnější stravu atp. je v zahraničních zdravotních systémech běžnou součástí obsahu balíčku komerčního zdravotního připojištění. V současném českém systému není pro podobné produkty prostor vzhledem k příliš širokému nároku pojištěnce, který je zakotven v zákonech. Veřejným zájmem by mělo být nejen zabezpečení dostatečného objemu potřebné péče v požadované kvalitě, ale zároveň i udržení finanční stability systému. A vzhledem k tomu, že zdroje jsou omezené, je nutné hledat řešení i na straně soukromé. Nárok, který je hrazen ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění, musí podle naší legislativy odpovídat všem zásadám ústavního pořádku pro zdravotnictví, tj. zejména ekvitě, solidaritě a volnému přístupu k potřebné péči. Soukromě hrazený nadstandard dále pak nesmí ostatním pojištěncům, kteří si nechtějí nebo nemohou příplatit, narušovat jejich přístup k nárokové, standardní hrazené péči.

Definice standardu a umožnění příplácení na nadstandard, tedy možnost pacienta zaplatit rozdíl mezi úhradou zdravotní pojišťovny a vyšší cenou zdravotní služby, představuje jednu z možných cest navýšení zdrojů ve zdravotnictví.

7 PROJEKTOVÉ ŘEŠENÍ NA ZLEPŠENÍ POSTAVENÍ PACIENTA V SYSTÉMU ZDRAVOTNICTVÍ ČR

V projektové části práce jsou popsány některé návrhy řešení daných problémů, které jsou následně vždy zavzaty do sestavy SLET analýzy. SLET analýza je prostředkem pro analýzu změn okolí, umožňuje vyhodnotit případné dopady změn na projekt, které pocházejí z určitých oblastí podle těchto faktorů: sociální hledisko (Social), právní a legislativní hledisko (Legal), ekonomické hledisko (Economic) a technické hledisko (Technology). V rámci analýzy se nemapuje pouze současná situace, ale pozornost se věnuje zejména otázkám, jak se toto prostředí může do budoucna vyvíjet, jaké změny v okolí lze předpokládat. Je tedy založena na zkoumání sociálních, legislativních, ekonomických a technologických faktorů. (MBA Centre, 2011)

7.1 Omezení suplování sociální péče zdravotnictvím

Po zhodnocení problému nahrazování sociální péče péčí zdravotní, se vhodnějším produktem vedle pojištění stává spoření. Spoření pro potřebu ošetrovatelské péče ve stáří, by se týkalo převážně mladých lidí, pro které se ale tato potřeba může zdát vzdálená. Bylo by potom vhodnější spoření povinné. Spoření na dlouhodobou péči není ale opatřením, které by vyřešilo problém okamžitě. Dopad tohoto návrhu zasahuje do vzdálené budoucnosti, ovšem vzhledem k faktu stárnutí populace by neměl být odkládán.

Okamžitým zdrojem by byla úhrada za sociální péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních. V současnosti je velká část hospitalizovaných pacientů odkázána na sociální služby zdravotnického personálu, neboť nejsou soběstační a často pacienty není možné přeložit do sociálních zařízení. Pokud je o pacienta pečováno v zařízení sociálních služeb, dostávají tato zařízení na svůj provoz dotace od Ministerstva práce a sociálních věcí. Další nevýhodou vůči zdravotnickému zařízení je, že hospitalizovaný pacient, který má nárok na příspěvek na péči, tento příspěvek po dobu hospitalizace nepobírá. Krátkodobějším opatřením by tedy mohlo být zpřístupnění dotací z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí i pro zdravotnická zařízení a výplata příspěvku na péči by pacientovi během hospitalizace nebyla pozastavována, byla by vyplacena danému zdravotnickému zařízení.

Dalším opatřením, které se nabízí ovšem opět do vzdálenější budoucnosti nežli návrh předchozí, je možnost vytvoření systému navazující následné péče. Systém by umožňoval

rychlý přesun pacientů ze zdravotních lůžek do sociálních typů zařízení. Síť těchto zařízení by se ovšem musela značně rozšířit. Byla by potřeba podpora budování nových kapacit domů s pečovatelskou službou a větší priorita při úhradách domácí péče a rehabilitace obecně. Koncepce poskytování zdravotní péče u nás by se musela zásadně změnit. Prioritou zdravotních zařízení by byla koncentrace na akutní případy a následná rehabilitační a ošetrovatelská péče by byla svěřena domácnostem, komunitám, obcím a neziskovému sektoru financovanému ze soukromých zdrojů (soukromé spoření).

Tabulka 1 - SLET analýza Omezení suplování sociální péče zdravotnictvím

<ul style="list-style-type: none"> • Stěhování pacientů mezi zařízeními • Vyšší podíl zodpovědnosti pacientů a aktivnější přístup k léčbě 	<ul style="list-style-type: none"> • Z. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění • Z. 108/2006 Sb., o sociálních službách
<ul style="list-style-type: none"> • Úhrada výdajů zdravotnických zařízení z rozpočtů pro sociální věci • Zvýšení příjmů zdravotnických zařízení 	<ul style="list-style-type: none"> • Vytvoření nového systému propojujícího zdravotnictví a dlouhodobou sociální péči • Zavedení systému povinného spoření na dlouhodobou péči

7.2 Posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovnami

Jako řešení pro vytvoření potřebné motivace zdravotních pojišťoven k nakupování kvalitní péče za rozumnou cenu lze navrhnout koncept nominálního pojistného. Jde o možnost uplatňovanou v posledních letech v Holandsku, dlouhodobě ve Švýcarsku a intenzívně diskutovanou a částečně zkoušenou v Německu. Nominální pojistné představuje pevně určenou částku na hlavu, která by v různé míře nahradila či doplnila dnešní procentní odvody na veřejné zdravotní pojištění. Zásadní je, že výši nominálního pojistného by určovaly samy zdravotní pojišťovny a měly by možnost tak učinit pro více svých produktů. V rámci jednoho produktu by ale platil každý klient stejný obnos. Produkty by měly nabízet

stejně možnosti co do rozsahu péče kryté z pojištění, mohly by se ale lišit řadou dalších rysů. Pojišťovny by mohly směřovat pojištěnce k vybrané síti poskytovatelů, vytvářet speciální programy pro chronicky nemocné a také nabízet určitý druh „nadstandardu“. Některé produkty by byly samozřejmě pro klienta dražší a jiné levnější. K výhodám tohoto uspořádání patří splnění základního požadavku na zvýšení přísunu soukromých prostředků a zároveň zachování univerzálního přístupu k potřebným zdravotním službám. Tento systém by umožňoval občanům vybrat si produkt, který jim vyhovuje, a jasně rozeznat mezi pojišťovnami, která jim ho dokáže zajistit levněji. Tzn. vytvoření konkurenceschopnosti mezi pojišťovnami.

Nejvhodnějším způsobem pro zavedení nominálního pojištění by bylo vyměnit ho za malou část dnešních odvodů. Každý by tedy nadále platil zmenšené odvody a k tomu určitou pevnou částku. Sociální přijatelnost nominálního pojistného by byla možná zajistit příspěvky pro sociálně slabé ze strany státu. Tyto příspěvky by v dlouhém časovém horizontu mohly plně nahradit nekonceptní platbu za státní pojištěnce.

Cílem zavedení nominálního pojistného je zvýšení konkurence mezi pojišťovnami, které odlišnou cenou zdravotních plánů zápasí o klienty. V důsledku by potom cenová konkurence motivovala zdravotní pojišťovny k efektivnímu hospodaření. Samotným zavedením možnosti zdravotních pojišťoven určit výši nominálního pojistného lze očekávat nárůst efektivity hospodaření zdravotních pojišťoven, které by vzhledem k 100 % přerozdělování pojistného byly nuceny bojovat o klienty úsporou nákladů a nikoli výběrem „zdravých“ pojištěnců. Po reálném zavedení nominálního pojistného by mohlo dojít ke zvýšení zdrojů zdravotnictví podle aktuální potřeby systému.

Tabulka 2 - SLET analýza Posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovnami

<ul style="list-style-type: none"> • Zúžení náplně principu solidarity v systému veřejného zdravotního pojištění • Řešení sociálních dopadů příspěvky sociálně slabším 	<ul style="list-style-type: none"> • Změna zákona č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění • Změna §9 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
--	---

<ul style="list-style-type: none"> • Odvíjení příjmů zdravotnického systému podle poptávky po zdravotní péči • Zvýšení efektivity hospodaření zdravotních pojišťoven, očekávaná úspora 	<ul style="list-style-type: none"> • Z technologického hlediska by nebyly potřeba významné změny
--	---

7.3 Opatření vedoucí k omezení neefektivnosti hospodaření poskytovatelů zdravotní péče

7.3.1 Závazné seznamy cen přístrojů a centralizace nákupů zdravotnické technologie

Pro zamezení nákupů předražených technologií lze přijmout postup, při kterém by se nákup nové technologie a léků uskutečňoval podle poměru ceny přístroje a jeho přínosu. Dále by byly zavedeny závazné databáze obvyklých cen přístrojů, což by mohlo omezit příležitost ke korupci při nákupu drahých přístrojů. Důležitým opatřením v případě zavedení takové databáze je transparentní nastavení samotného vzniku katalogu, aby ke korupci nedocházelo již předem o úroveň výše při určování maximální ceny. Prostředek pro stanovení cenových rozpětí by se mohl inspirovat systémem určování maximálních cen a úhrad léčiv v gesci SÚKL, který je v současnosti funkční. V roce 2008 byl za účelem dodržování transparenční směrnice významně změněn. Maximální ceny a úhrady léčiv jsou odvozovány od koše nejnižších cen v zahraničí. Podobným způsobem by bylo možné určovat maximální cenu nakupovaných přístrojů. Investiční výdaje státu a územních rozpočtů by se tímto daly výrazně snížit.

Dalším vhodným opatřením pro omezení rozdílných cen výrobků při nákupu jednotlivými zdravotnickými zařízeními je možnost vytvoření centrální objednávky na úrovni plátců zdravotní péče pro nejdražší výrobky zdravotnické techniky. To by znamenalo, že zdravotní pojišťovny nakoupí na daný rok pro své pojištěnce přesně stanovený počet výrobků, čímž by získaly slevu na kupní ceně, zřejmě i záruku servisu a opravy při případných komplikacích a zároveň by se vyhladily obrovské cenové rozdíly při nákupech samostatně ve-

dených zdravotnickými zařízeními. Výhodou by bylo také to, že by zdravotní pojišťovny získaly kontrolu nad objemem implantovaných materiálů.

Náklady nemocnic na zdravotnické prostředky a léčiva tvoří podstatnou část nákladů vůbec. Inspirací těmito opatřeními by mohly náklady významně klesnout a dané úspory by mohly být přesunuty a využity na jiné účely, například na odměny pro kvalitní práci lékařů a nelékařského personálu.

Tabulka 3 - SLET analýza Závazné seznamy cen přístrojů a centralizace nákupů zdravotnické technologie

<ul style="list-style-type: none"> • Zúžení prostoru ke korupčnímu vyjednávání (Omezení pro některé prodejce a distributory zdravotnické techniky k napojení přímo na jednotlivé nemocnice, oddělení či osoby.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Možné provést za současné legislativy
<ul style="list-style-type: none"> • Náklady na správu jednotné databáze • Příjmy veřejných rozpočtů zefektivněním investičních akcí • Uvolnění peněz v rámci rozpočtu nemocnic na jiné účely 	<ul style="list-style-type: none"> • Zřízení a vedení databáze cen technologií • Zprostředkování informací o jednotných cenících a databázi poskytovatelům zdravotní péče

7.3.2 Podpora řízení lidských zdrojů ve zdravotních zařízeních a zavedení systémů kvality

Nedostatečné a nekvalitní řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví vede k vysoké fluktuaci zaměstnanců. Opatření, které by vedlo k poklesu fluktuace zaměstnanců ve zdravotnických zařízeních, představuje zlepšení pracovních podmínek v nemocnicích, aktivní politiku řízení lidských zdrojů v nemocnicích, lepší platové podmínky zaměstnanců a odměňování

zdravotnického personálu podle pravidelně a kvalitně hodnocené výkonnosti, která jim dává možnost osobního růstu.

Dalším dopadem nefungujícího systému řízení lidských zdrojů, který úzce souvisí s řízením rizik ve zdravotnictví, jsou vysoké náklady způsobené možnými riziky a nečekanými situacemi, do kterých se zdravotní zařízení může dostat. Pokud zdravotnické zařízení nemá dostatečně dobře zaveden systém kvality či systém řízení rizik, dostává se v nečekaných situacích do úzkých a výrazně kvůli své nepřipravenosti trátí. Systémy řízení kvality jsou možnostmi, jak předcházet hrozcím rizikům a jak je v případě, že nastanou, řešit. Představují další způsob zlepšení hospodaření poskytovatelů zdravotní péče. V České republice již od roku 1998 existuje národní systém akreditace pro zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče SAK ČR, dále se v mnoha nemocnicích uplatňuje systém řízení jakosti dle ISO 9000. Přestože je v ČR oblast řízení kvality a bezpečí zdravotní péče poměrně rozšířená, fakt, že není povinností zdravotnického zařízení toto opatření přijmout, umožňuje nadále fungování některých zařízení bez zavedených systémů řízení rizik. Ta potom v případě nečekaných situací musí vynaložit výrazně větší náklady při napravování vzniklé situace.

Z výhod popsaných výše vyplývá opatření vedoucí k povinnosti zdravotnických zařízení zařídit kvalitní management lidských zdrojů a dále přijmout a řídit se podle daného systému řízení rizik.

Tabulka 4 - SLET analýza Podpora řízení lidských zdrojů ve zdravotních zařízeních a zavedení systémů kvality

<ul style="list-style-type: none"> • Vyšší spokojenost zdravotního personálu při zavedení kvalitního řízení lidských zdrojů • Bezpečnější zdravotnické zařízení • Nároky na zdravotnický personál (zaučení pro případné rizikové situace) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bez nutnosti legislativních změn
--	--

<ul style="list-style-type: none"> • Investice poskytovatelů do kvalitních odborníků v oblasti řízení lidských zdrojů • Výdaje na zkvalitnění pracovních podmínek zaměstnanců • Náklady poskytovatelů na vytvoření a zavedení procesního řízení • Úspora při snížení fluktuace zaměstnanců 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivní politika řízení lidských zdrojů, pravidelné hodnocení zaměstnanců a péče o zaměstnance • Zaškolení zaměstnanců o jednotlivých procesech
--	--

7.3.3 Zavedení kvalitní informační dostupnosti mezi poskytovateli zdravotní péče

Systém eHealth představuje aplikace informačních a komunikačních technologií napříč celým spektrem funkcí, které ovlivňují zdraví a zdravotnictví. Oblast eHealth zahrnuje nástroje a řešení včetně produktů, systémů a služeb, zejména nástroje pro zdravotnickou správu, zdravotnická zařízení, zdravotní profesionály všech skupin stejně jako personalizované zdravotní systémy pro pacienty a občany.

Tento systém již existuje a v některých oblastech je zdárně využíván. Bohužel však do něho nejsou zapojeni všichni poskytovatelé zdravotní péče. Proto více či méně ztrácí na efektivitě. V některých evropských zemích bylo striktně nařízeno využívání jednotných databází a společný přístup všem zdravotnickým zařízením. Tento návrh umožňuje lékařům rychlý přístup ke všem datům dosud o pacientovi získaných a tím šetří čas, snižuje náklady na zbytečně opakovaná vyšetření a poskytuje komplexní informaci o každém pacientovi.

Cíl tohoto opatření je zaměřen zejména na rozšiřování a zvyšování obecného povědomí o eHealth, podporu rozvoje eHealth.

V rámci prostředí eHealth by měla fungovat vzájemná spolupráce občanů, zdravotnických zařízení, zdravotních pojišťoven, orgánů veřejné správy na úrovni obecní, krajské i státní, orgánů a institucí Evropské unie, obchodních společností, podniků i nevládních organizací. V oblasti eHealth je potřeba podpora publikační činnosti, podpora rozvoje vzájemné ko-

munikace v oblasti eHealth, spolupráce s Vládou a Parlamentem ČR na tvorbě legislativy v oblasti eHealth. Dále spolupráce při rozvoji a podpoře programů, nástrojů a služeb eHealth, propagace své činnosti, pořádání vzdělávacích akcí, konferencí, přednášek a seminářů v oblasti eHealth, poradenství, konzultace a propagační činnost v oblasti eHealth.

Tabulka 5 - SLET analýza Zavedení kvalitní informační dostupnosti mezi poskytovateli zdravotní péče

<ul style="list-style-type: none"> • Úspora času jak pacientů, tak zdravotníků • Ušetření pacienta zbytečných vyšetření • Rychlá komunikace mezi zdravotníky 	<ul style="list-style-type: none"> • zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů
<ul style="list-style-type: none"> • Investice spojené s aplikací jednotného systému databází do zdravotnických zařízení • Úspora při snížení počtu zbytečně prováděných vyšetření 	<ul style="list-style-type: none"> • Vytvoření databázové sítě zdravotnických zařízení • Zaškolení zdravotníků

7.4 Vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění

Odstranění nákladů na léčbu úrazů z veřejného zdravotního pojištění a jejich převedení na povinné komerční úrazové pojištění představuje další řešení pro zlepšení finanční situace českého zdravotnického systému. Nutným předpokladem tohoto opatření by bylo následné znovu rozdělování výdajů zdravotních pojišťoven. Systém povinného úrazového pojištění, který funguje odděleně od zdravotního pojištění, je již v některých zemích Evropy zdárně zaběhlý. (Např. od roku 1984 je součástí švýcarského sociálního systému.)

Povinné úrazové pojištění by pokrývalo léčebnou péči, kterou by následky úrazu vyžadovaly, a to včetně zdravotnických prostředků, léčiv, pobytu v nemocnici, lékařské péče, lůžkové péče, dopravy, záchrannou službu a dále i příspěvky na bezmocnost v případě snížené samostatnosti.

V podmínkách České republiky je možné uvažovat o systému, ve kterém by následky úrazů byly vyjmuty z veřejného zdravotního pojištění pro všechny osoby, za něž plátcem pojistného není stát. Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) by mohla být nápomocnou při identifikaci následků úrazů pomocí diagnóz S a T z klasifikace MKN-10. Náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči v diagnózách S a T představují každoročně vysoké částky. Pro všechny osoby, kterým by byly úrazy z veřejného zdravotního pojištění vyňaty, by bylo nutnou a nepostradatelnou povinností si úrazové pojištění zřídit. Rozložení nákladů úrazů v populaci je sice charakteristické nízkým rizikem, ovšem pro jednotlivce katastrofických nákladů.

Výše popsaný systém představuje výhodu nejen v samotném navýšení zdrojů zdravotnictví, ale i v možnosti komerčních pojišťoven nastavit výši pojistného podle toho, jak je chování klienta rizikové. Pojištěnci by tak dále získali další možnou motivaci k odpovědnému chování za vlastní zdraví. Pojistné by mohlo být odlišné pro osoby, které provozují rizikové sporty a různé druhy adrenalinových zábav nebo jezdí na motocyklu. Klient by sám při zřizování svého úrazového pojištění zhodnotil své riziko zvolením vyšší či nižší spoluúčasti.

Nevýhodami tohoto systému by mohly být vyšší náklady, které by byly potřeba ze stran komerčních pojišťoven na získávání klientů a další nutnost kontrahování poskytovatelů s komerčními pojišťovnami.

Tabulka 6 - SLET analýza Vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění

<ul style="list-style-type: none"> • Snížení rizikového chování jedinců • Motivace k odpovědnosti za vlastní zdraví • Zúžení principu solidarity 	<ul style="list-style-type: none"> • Změna § 13 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů • Nový zákon, který by upravoval povinné úrazové pojištění
---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Úspora prostředků veřejného zdravotního pojištění • Náklady na správu systému pojištění komerčními pojišťovkami 	<ul style="list-style-type: none"> • Povinnost každého občana ČR uzavřít smlouvy o úrazovém pojištění s komerční zdravotní pojišťovnou • Nutnost uzavření smluv mezi poskytovateli zdravotní péče a komerčními pojišťovkami
--	---

7.5 Vytvoření prostředí pro uplatnění soukromého zdravotního pojištění

Zdravotní systémy ve vyspělých zemích prochází značnými změnami. Zvyšuje se vlastní zodpovědnost za finanční zabezpečení občanů nejenom v penzi, ale také v případě nemoci, trvalého úrazu či hrazení nadstandardní lékařské péči (jejíž rozsah se neustále rozšiřuje). Tento trend se nevyhne v budoucnu ani Česku. Soukromé zdravotní pojištění bude důležitým produktem.

7.5.1 Zvýšení spoluúčasti pacientů a možnost připlácení na nadstandard

Definice standardu a umožnění připlácení na nadstandard, tedy možnost pro pacienta uhradit rozdíl mezi úhradou zdravotní pojišťovny a vyšší cenou zdravotní služby, představuje jednu z možných cest navýšení zdrojů zdravotnictví. Problémem však zůstává, jak sestavit definici standardu tak, aby nevytvořila prostor pro korupci a diskriminaci. Riziko systému totiž představuje možný nárůst sociální diskriminace, kdy by kvalitní péče byla poskytována jen movitějším občanům. Cílem je samozřejmě nastavit nárokový standard na úroveň pro všechny přijatelnou. Společenská i legislativní průchodnost zpoplatnění nadstandardu je závislá na vytvoření velmi odpovědného nastavení potřebného a všem zaručeného nároku a na stanovení hranice jeho úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Standard a nadstandard by měl být organizován zástupci každého zdravotnického oboru a plátcí péče, schvalovací pravomoc by zůstala na ministerstvu zdravotnictví. Standardem by zůstalo jako dosud vše, co je v Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, který je tvořen vyhláškou ministerstva. Nikdo by se tedy nemusel obávat, že by umožnění hrazení nadstandardu vytvářelo široký prostor pro vznik dvojí medicíny pro chudé a pro bohaté. Zárukou by

mělo být také to, že vše, co si bude pacient moci jako nadstandard připlatit, musí být uvedeno přímo v zákoně.

Možnou obecnou definici standardu přinesl také Návrh věcného záměru zákona o veřejném zdravotním pojištění č. 265/07, který definoval standard jako péči, o které lze důvodně předpokládat, že je účinná, která je přiměřená zdravotnímu stavu pacienta a cíli, kterého se má léčbou dosáhnout, a která je ekonomicky efektivní (z dostupných variant nejlevnější možná).

Výhodou, kterou by umožnění připlácení na nadstandard přineslo, by kromě navýšení prostředků zdravotnictví bylo zlepšení motivace poskytovatelů zdravotní péče ve směru k větší orientaci na pacienta. Soukromé zdravotní připojištění, jehož role je v současném systému v České republice zcela zanedbatelná, financuje v evropských systémech ve státech OECD podstatnou část celkových výdajů na zdravotnictví. Opatření zavádějící soukromé zdravotní připojištění s možností využívat nadstandardní zdravotní péči by tak podpořilo přísun soukromých zdrojů do českého zdravotnictví.

Alternativou připlácení na nadstandard by mohl být model spoluúčasti pacientů na léčbě a dobrovolné připojištění pokrývající tyto náklady spoluúčasti. Výše spoluúčasti u jednotlivých typů péče a u jednotlivých zákroků by měla být nastavena tak, aby nedocházelo k nadměrnému finančnímu zatížení osob trpících vážnými chorobami.

Tabulka 7 - SLET analýza Zvýšení spoluúčasti pacientů a možnost připlácení na nadstandard

<ul style="list-style-type: none"> • Riziko omezování nároků sociálně slabých • Motivace zdravotnických zařízení ke zvýšení kvality služeb 	<ul style="list-style-type: none"> • Změna v zákoně č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
<ul style="list-style-type: none"> • Pořizovací náklady na straně poskytovatelů pro vytvoření nadstandardních služeb • Přísun financí do zdravotního systému ze soukromých zdrojů 	<ul style="list-style-type: none"> • Nutnost detailní definice standardu • Nutnost zavedení transparentních čekacích seznamů

8 ZÁVĚREČNÁ DISKUSE PRAKTICKÉ ČÁSTI PRÁCE

Praktická část diplomové práce se zaměřuje na finanční rezervy a možnosti navýšení příjmů českého zdravotnictví. Jsou zde popsány a rozebrány konkrétní problémy, které systémem zdravotnictví zatěžují a zhoršují tím i postavení pacienta v tomto systému. Vyřešením daných problémů, nebo alespoň zmírněním jejich působení, tedy změnou v systému financování českého zdravotnictví, je možno dosáhnout lepšího a kvalitnějšího postavení samotného pacienta v celém zdravotnickém systému.

Na počátku 21. století se české zdravotnictví ocitá v situaci, u které je více než jasné, že bude potřeba mnoho nemalých změn. Aby systém poskytování zdravotní péče byl pružný, schopný odpovědět na rostoucí nároky pacientů na kvalitu zdravotní péče, na postupné stárnutí populace a měnící se potřeby obyvatelstva v oblasti zdravotnictví, je třeba v systému nastolit nové dosud u nás nevyužívané možnosti.

Současný systém financování zdravotnictví má v sobě ukryté rezervy na několika úrovních. Rezervy by dokázaly pokrýt většinu současných nedostatků, zvýšit příjmy do zdravotnického systému a tím zlepšit postavení pacienta uvnitř systému.

Problémem, který se bude spolu se stárnutím obyvatelstva stále zhoršovat, je neexistující ucelená koncepce poskytování dlouhodobé péče. Oblast, která se pohybuje na rozhraní mezi zdravotnictvím a sociálními službami, je v současnosti často řešena v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, aniž by to situace pacienta nutně vyžadovala. Problém vyžaduje jak dlouhodobá, tak krátkodobá řešení. Z hlediska dlouhodobého by bylo vhodné tuto péči zcela vyjmout ze systému veřejného zdravotního pojištění a financování zajistit z výnosů povinného spoření na dlouhodobou péči. Z krátkodobého hlediska by bylo možné financovat sociální služby z rozpočtu Ministerstva práce a sociálních věcí a z příspěvku na péči. Stát by také měl podporovat výstavbu domů s pečovatelskou službou. Opatření by zajistilo kvalitní péči o pacienta, dané zařízení by na péči bylo finančně připravenější a o pacienta by bylo lépe postaráno. V současné situaci dochází k přehazování odpovědnosti mezi pracovníky ve zdravotnictví a v sociálních službách, tím pacient též trpí, a pokud by byla odpovědnost jasně daná, pacient by se opět v systému cítil lépe.

Vzhledem k výrazně omezenému prostoru pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovny, který pojišťovny nedodává potřebnou motivaci k aktivní roli při nákupu zdravotních služeb pro své klienty, dochází na úrovni systému veřejného zdravotního pojištění k neefektivnímu vynakládání finančních prostředků. Jako vhodné opatření, které by vedlo k navý-

šení konkurence mezi pojišťovny a tím k jejich motivaci k aktivnější roli v českém zdravotnictví a k efektivnímu hospodaření, se nabízí zavedení nominálního pojistného. Pacient by získal možnost volit a vybírat si mezi pojišťovny na základě svých preferencí podle toho, jaký produkt za jakou cenu daná pojišťovna nabízí. Pacient by nebyl jen pasivní loutkou, které je rozsah péče a produktů pouze přidělen.

Dalším problémem, kterým se praktická část práce zabývá, jsou nákupy předražené techniky, léčiv, zdravotních materiálů a prostředků ze strany poskytovatelů zdravotní péče. K omezení korupce, která tyto nákupy často provází, je možné zavést transparentní databáze cen zdravotnických prostředků a technologií. Centralizace nákupů může navíc umožnit další úspory díky silnější vyjednávací pozici nákupčího. Na úrovni poskytovatelů je další oblastí, která v českém zdravotnictví významně zaostává, management lidských zdrojů. Adekvátní personální politika poskytovatelů by mohla ušetřit další chybějící prostředky. Ucelení kvalitní informační dostupnosti mezi poskytovateli by též ušetřila zdravotnímu systému jak finanční prostředky, tak čas zdravotnického personálu, který by pro příklad mohli věnovat osobnímu kontaktu a naslouchání pacientům.

Možností získání prostředků pro zlepšení finanční situace je ovšem více. Vzhledem k nízkému podílu zdravotnictví na HDP v České republice se nabízí navýšení zdrojů zdravotnictví, a to jak zdrojů veřejných, tak zdrojů soukromých.

Jedním z možných řešení, jak navýšit zdroje ve zdravotnictví, je vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění a zavedení povinného připojištění pro případ úrazu. Opatření by ušetřilo prostředky systému veřejného zdravotního pojištění a zároveň by zvýšilo motivaci obyvatelstva k zodpovědnému přístupu k vlastnímu zdraví.

Pokud srovnáváme české zdravotnictví se zahraničím, lze na první pohled vidět rezervy v oblasti soukromých zdrojů ve zdravotnictví. Z mezinárodního hlediska je podíl soukromých zdrojů na financování zdravotnictví v České republice nízký. České domácnosti jsou schopny vydávat peníze do oblastí jim neprospívajících, jako jsou nákupy cigaret a alkoholu, ovšem na péči o vlastní zdraví, jak se zdá, prostředky nemají. Z hlediska mezinárodního srovnání v České republice zaostává zejména segment soukromého zdravotního pojištění. Vhodným navýšením soukromých zdrojů se jeví zavedení možnosti připlácení na nadstandard nebo navýšení spoluúčasti pacientů na léčbě.

Pokud by byl pacient do systému financování zdravotnictví více vtažen, ať již zmíněným soukromým pojištěním či vyšší přímou spoluúčastí, věřím, že by se ke způsobu přijímání

zdravotní péče stavěl jinak, zodpovědněji. Pacient by byl v přístupu aktivnější, zvědavější, snažil by se získat z možností pro něj tu nejvhodnější a lépe by spolupracoval. Vložením vlastních prostředků do péče a sledováním, co vše za ně lze ze zdravotního systému přijímat a co nelze, by si pacient mohl konečně uvědomit, jak nákladná péče vlastně je a že změna byla opravdu potřeba. Pacient by mohl vedle svých práv začít brát odpovědněji i své povinnosti. Zlepšením životosprávy, staráním se o prevenci vlastního zdraví, naslouchání rad odborníků by se mohl zlepšit současný zdravotní stav populace a tím zpětně systému financování zdravotnictví ulevit. Postavení pacienta by se zlepšilo ve směru jeho zvýšené zainteresovanosti do procesu zdravotní péče.

ZÁVĚR

Tato diplomová práce s tématem Projekt na zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky se zabývá stavem českého zdravotnického systému a postavením pacienta uvnitř tohoto systému. Předmětem práce je zhodnotit současný stav zdravotnictví a z teoretických poznatků vyvodit opatření pro lepší postavení pacienta.

Práce je složena ze dvou hlavních částí teoretické a praktické. V teoretické části jsou popsány základní pojmy týkající se zdravotní péče, zdravotnických systémů a zdravotnictví obecně. Dále je zde popsán vývoj postavení pacienta od minulosti až po jeho současné dnešní postavení. Poslední kapitola teoretické části se věnuje systému financování zdravotní péče u nás. Tato kapitola je v práci zmiňována především z toho důvodu, že způsob financování zdravotní péče v dané zemi ovlivňuje postavení pacienta uvnitř zdravotnického systému. V praktické části jsou hodnoceny a rozebrány některé vybrané problémy českého systému zdravotnictví související s postavením pacienta. Po zhodnocení a rozebrání problémů se pomocí získaných teoretických poznatků snažím v mé práci nastolit některá opatření, jak dané problémy eliminovat a zlepšit tím stávající postavení pacienta v českém zdravotnickém systému. Zaměřuji se na finanční rezervy a možnosti navýšení příjmů českého zdravotnictví. Vyřešením daných problémů, nebo alespoň zmírněním jejich působení, tedy změnou v systému financování českého zdravotnictví, je možno dosáhnout lepšího a kvalitnějšího postavení samotného pacienta v celém zdravotnickém systému.

Cílem této práce bylo zhodnotit postavení pacienta v našem zdravotnickém systému, vyhledat problémy v dané oblasti a nastolit řešení pro zlepšení postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky. Problémových oblastí, které ovlivňují pacientovo postavení uvnitř zdravotnického systému, je bezpochyby mnohem více, než je tato práce schopna pojmut. Pro účely mé práce jsem shrnula hlavní problémy do pěti oblastí.

Problémem, který se bude spolu se stárnutím obyvatelstva stále zhoršovat, je nahrazování sociální péče zdravotnictvím. Ucelená koncepce poskytování dlouhodobé péče u nás neexistuje. Oblast, která se pohybuje na rozhraní mezi zdravotnictvím a sociálními službami, je v současnosti často řešena v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, aniž by to situace pacienta nutně vyžadovala. Problém vyžaduje jak dlouhodobá, tak krátkodobá řešení. Z hlediska dlouhodobého by bylo vhodné tuto péči zcela vyjmout ze systému veřejného zdravotního pojištění a financování zajistit z výnosů povinného spoření na dlouhodobou péči. Z krátkodobého hlediska by bylo možné financovat sociální služby z rozpočtu

Ministerstva práce a sociálních věcí a z příspěvku na péči. Stát by také měl podporovat výstavbu domů s pečovatelskou službou. Opatření by zajistilo kvalitní péči o pacienta, dané zařízení by na péči bylo finančně připravenější a o pacienta by bylo lépe postaráno. V současné situaci dochází k přehazování odpovědnosti mezi pracovníky ve zdravotnictví a v sociálních službách, tím pacient též trápí, a pokud by byla odpovědnost jasně daná, pacient by se v systému cítil lépe.

Druhá oblast se věnuje výrazně omezenému prostoru pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami. Pojišťovněm se nedostává potřebné motivace k aktivní roli při nákupu zdravotních služeb pro své klienty. Na úrovni systému veřejného zdravotního pojištění dochází k neefektivnímu vynakládání finančních prostředků. Jako vhodné opatření, které by vedlo k navýšení konkurence mezi pojišťovnami a tím k jejich motivaci k aktivnější roli v českém zdravotnictví a k efektivnímu hospodaření, se nabízí zavedení nominálního pojistného. Pacient by získal možnost volit a vybírat si mezi pojišťovnami na základě svých preferencí podle toho, jaký produkt za jakou cenu daná pojišťovna nabízí. Pacient by nebyl jen pasivní loutkou, které je rozsah péče a produktů pouze přidělen.

Dalším problémem, kterým se práce zabývá, je neefektivní hospodaření poskytovatelů zdravotní péče. Neefektivitu způsobuje hned několik aspektů. Jedním z nich jsou nákupy předražené techniky, léčiv, zdravotních materiálů a prostředků ze strany poskytovatelů zdravotní péče. K omezení korupce, která tyto nákupy často provází, je možné zavést transparentní databáze cen zdravotnických prostředků a technologií. Centralizace nákupů může navíc umožnit další úspory díky silnější vyjednávací pozici nákupčího. Na úrovni poskytovatelů je další oblastí, která v českém zdravotnictví významně zaostává, management lidských zdrojů. Adekvátní personální politika poskytovatelů by mohla ušetřit další chybějící prostředky. Ucelení kvalitní informační dostupnosti mezi poskytovateli by též ušetřila zdravotnímu systému jak finanční prostředky, tak čas zdravotnického personálu, který by pro příklad mohli věnovat osobnímu kontaktu a naslouchání pacientům.

Předposlední oblast se věnuje problému úrazů jako součásti veřejného zdravotního pojištění. Jedním z možných řešení, jak navýšit zdroje ve zdravotnictví, je vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění a zavedení povinného připojištění pro případ úrazu. Opatření by ušetřilo prostředky systému veřejného zdravotního pojištění a zároveň by zvýšilo motivaci obyvatelstva k zodpovědnému přístupu k vlastnímu zdraví.

Problém poslední, který vyplývá i ze srovnání českého zdravotnictví se zahraničím, se týká rezerv v oblasti soukromých zdrojů ve zdravotnictví. Z mezinárodního hlediska je podíl

soukromých zdrojů na financování zdravotnictví v České republice nízký. České domácnosti jsou schopny vydávat peníze do oblastí jim neprospívajících, jako jsou nákupy cigaret a alkoholu, ovšem na péči o vlastní zdraví, jak se zdá, prostředky nemají. Z hlediska mezinárodního srovnání v České republice zaostává zejména segment soukromého zdravotního pojištění. Vhodným navýšením soukromých zdrojů se jeví zavedení možnosti připlácení na nadstandard nebo navýšení spoluúčasti pacientů na léčbě. Pokud by byl pacient do systému financování zdravotnictví více vtažen, ať již zmíněným soukromým pojištěním či vyšší přímou spoluúčastí, věřím, že by se ke způsobu přijímání zdravotní péče stavěl jinak, zodpovědněji. Pacient by byl v přístupu aktivnější, zvědavější, snažil by se získat z možností pro něj tu nejvhodnější a lépe by spolupracoval. Vložením vlastních prostředků do péče a sledování, co vše za ně lze ze zdravotního systému přijímat a co nelze, by si pacient mohl dostatečně uvědomit, jak nákladná péče vlastně je a že změna byla opravdu potřeba. Pacient by mohl vedle svých práv odpovědněji uvažovat i o svých povinnostech. Zlepšením životosprávy, staráním se o prevenci vlastního zdraví, naslouchání rad odborníků by se mohl zlepšit současný zdravotní stav populace a tím zpětně systému financování zdravotnictví ulevit. Postavení pacienta by se zlepšilo ve směru jeho zvýšené zainteresovanosti do procesu zdravotní péče.

Téma této diplomové práce je zajímavé a zároveň velice rozsáhlé. V současné době již v českém zdravotnictví několik změn probíhá. Věřím, že alespoň část problémů zmíněných v této práci bude v brzké době vyřešena. Avšak problémů v oblasti zdravotnictví souvisejících s postavením pacienta je mnoho. Ne všechny práce zahrnuje. Proto bych se ráda tématu postavení pacienta v systému zdravotnictví České republiky a jeho dalšímu vývoji nadále věnovala i v budoucnu.

SEZNAM ZDROJŮ

- BÁRTLOVÁ, S., 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 5. přepracované vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 181 s. ISBN 80-7013-391-0.
- CIKRT, T. 2008. *Regulační poplatky ve zdravotnictví fungují – ochranný limit pomáhá stále více lidem!* [online] Tisková zpráva. Praha: MZ ČR. [citováno 6. 3. 2012]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-funguji-ochranny-limit-pomaha-stale-vice-lidem_1070_870_1.html>.
- DARMOPILOVÁ, Z., 2010. *Ekonomické zájmy v oblasti poskytování zdravotní péče jako jeden z faktorů reforem zdravotnictví*. Brno: Masarykova univerzita, 202 s. Disertační práce.
- DOLANSKÝ, H., 2008. *Ekonomika zdravotnických služeb*. 1. vyd. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 133 s. ISBN 978-80-7248-482-9.
- DOSTÁL, O., 2007. *Jaké jsou povinnosti pacientů?* [online] ZDN Zdravotnické noviny. [citováno 23. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/denni-zpravy/jobzurnal/jake-jsou-povinnosti-pacientu-305228>>.
- DURDISOVÁ, J. 2005. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Oeconomica, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- GLADKIJ, I. a STRNAD, L., 2002. *Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 111 s. ISBN 80-244-0500-8.
- GLADKIJ, I., 2003. *Management ve zdravotnictví*. 1. vyd., Brno: Computer Press. ISBN 80-7226-996-8.
- HAŠKOVCOVÁ H., 1997. *Etický kodex práva pacientů*. [online] Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR. [citováno 2. 3. 2012]. Dostupné z: <http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/04_1999/recenze.html>.
- HEJDUKOVÁ, P., 2011. *Modely financování zdravotnických zařízení*. Plzeň: ZČU. 55 s. Disertační práce.
- HOLČÍK, J., KÁŇOVÁ, P. a PRUDIL, L., 2005. *Systém péče o zdraví a zdravotnictví*, 1. vyd., Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-417-8.

CHYTIL, M., ROUBAL, T., VONKOVÁ, K., ROKOSOVÁ, M. a VACHEK, S. 2008. *Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR*. 1. vyd. Praha: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. 300 s. ISBN 13978-80-85047-35-6.

JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H., 2009. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 296 s. ISBN 978-80-7367-592-9.

KŘÍŽOVÁ, E., 2006. *Bylo československé zdravotnictví zdraví příznivější?* [online]. [citováno 2. 3. 2012]. Dostupné z:

<www.osaarchivum.org/updates/2004/projects/culture2000/200702/7/Eva%20Krizova_1.doc>.

KŘÍŽOVÁ, E., 1998. *Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání*. Praha: 3. Lékařská fakulta UK. ISBN 99-00-03923-X.

KULATÝ STŮL. 2007. *České zdravotnictví a stárnutí populace*. [online]. [cit. 7. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://www.kulatystul.cz/cs/node/122>>.

LOK – SČL. 2010. *Analýza českého zdravotnictví 2010*. [online]. [cit. 28. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.lok-scl.cz/images/tinymce/files/DOKUMENTY_zakladni/analyza_lok_310810.pdf>.

MAINDLOVÁ, M., 2011. *Analýza příčin a cílů kampaně „Děkujeme, odcházíme“ a její reálný dopad na zdravotnictví České republiky*. Brno: Masarykova univerzita. 92 s. Diplomová práce.

MAJEROVÁ, V. a MAJER, E. 1999. *Kvalitativní metody v sociologii venkova a zemědělství. Část I*. Praha: Česká zemědělská univerzita, ISBN 80-213-0507-X.

MALÝ, I., 1996. *Vybrané otázky z ekonomie zdravotní péče*. [online]. Brno: Masarykova univerzita, 23 s. Studijní text pro studenty distančního studia Management ve zdravotnictví, ESF MU. [cit. 22. 2. 2012]. Dostupné z: <<http://is.muni.cz/el/1456/jaro2006/PVEKZD/um/1348696/skripta2.pdf>>.

MÁŠOVÁ, H., KŘÍŽOVÁ, E. a SVOBODNÝ, P., 2005. *České zdravotnictví vize a skutečnost: Složitá peripetie od plánů k realizaci*. 1. vyd. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum, 250 s. ISBN 80-246-0944-4.

MBA CENTRE, 2011. *SLEPT analýza*. [online]. [cit. 20. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://www.mba-centre.cz/encyklopedie-pojmu/slept-analyza/>>.

- MEDI LEXICON INTERNATIONAL LTD, 2011. *What is Medicare / Medicaid?* [online]. Medical News Today. [citováno 26. 2. 2012]. Dostupné z: <<http://www.medicalnewstoday.com/info/medicare-medicaid/>>
- NADEN, C., 2009. *Health Care: A Right Or a Privilege?* Marshall Cavendish Publisher, 128 s. ISBN 9780761442318.
- NAHODIL, F., 2003. *Ekonomika veřejného sektoru*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 97 s. ISBN 80-86754-05-7.
- NĚMEC, J., 2008. *Principy zdravotního pojištění*. 1. vyd. Praha: Grada, 133 s. ISBN 978-80-247-2628-1.
- NOVOTNÁ, S. 2010. *Role pacienta ve zdravotnickém systému*. Brno: Masarykova univerzita. 47 s. Bakalářská práce.
- OM, OUTSIDER MEDIA, 2011. *Reforma zdravotnictví v USA*. [online]. [citováno 7. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://www.outsidermedia.cz/Article.aspx?id=4848>>.
- POTŮČEK, M., 1999. *Křižovatky české sociální reformy*, 1. vydání, Praha: SLON, 317 s. ISBN 80-85850-70-2.
- REKTOŘÍK, J. et al., 2007. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. 2. vyd. Praha: Ekopress, s. r. o., 310 s. ISBN 978-80-86929-29-3.
- SUCHÁNKOVÁ, A., 2009. *Zdravotnické systémy ve světě*. [online]. Kabinet veřejného zdravotnictví 3. LF UK. [citováno 22. 2. 2012]. Dostupné z: <http://www.lf3.cuni.cz/miranda2/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/verejne-zdravotnictvi/vyuka/studijni-materialy/CPHPM2/ZDRAVOTNICKx_SYSTxMY.ppt>
- ŠATERA, K., 2010. *Zdravotní pojištění a ekonomika*. 1. vyd. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 115 s. ISBN 978-80-7318-971-6.
- ŠIMEK, J. et al., 2002. *Etické aspekty transformací zdravotnických systémů v rozvinutých státech světa*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 157 s. ISBN 80-246-0507-4.
- TOMALA, D., 2011. *Přímé spoluplatby pacientů v ČR (možnosti aplikace teoretických poznatků a zahraničních zkušeností na zdravotní politiku v ČR)*. Brno: Masarykova univerzita. 90 s. Diplomová práce.
- ÚZIS. 2009. *Ekonomické informace ve zdravotnictví 2009*. 1. vyd. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 132 s. ISBN 978-80-7280-910-3.

VURM, V. et al., 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Triton, 128 s. ISBN 978-80-7254-997-9.

VEPŘEK, P., 2005. *Zdravotnictví řízené občanem. II. kolo reformy zdravotnictví*. [online]. Portál Sdružení občan. [citováno 1. 3. 2012]. Dostupné z: <www.sdruzeniobcan.cz/files/reforma_obcan_05a.doc>.

WHO, 2012. *What is the WHO definition of health?* [online]. [citováno 18. 3. 2012]. Dostupné z: <<http://www.who.int/suggestions/faq/en/>>.

Právní normy:

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

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

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

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

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ČR	Česká republika
HDP	Hrubý domácí produkt
OECD	Organization for Economic Cooperation Development
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	World Health Organization
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. 1 - Schéma subjektů zdravotnického systému.....	16
Obr. 2 - Demografický vývoj ČR.....	38

SEZNAM TABULEK

Tab. 1 - SLET analýza Omezení suplování sociální péče zdravotnictvím.....	52
Tab. 2 - SLET analýza Posílení konkurence mezi zdravotními pojišťovny.....	53
Tab. 3 - SLET analýza Závazné seznamy cen přístrojů a centralizace nákupů zdravotnické technologie.....	55
Tab. 4 - SLET analýza Podpora řízení lidských zdrojů ve zdravotních zařízeních a zavedení systémů kvality.....	56
Tab. 5 - SLET analýza Zavedení kvalitní informační dostupnosti mezi poskytovateli zdravotní péče.....	58
Tab. 6 - SLET analýza Vyjmutí úrazů z veřejného zdravotního pojištění.....	59
Tab. 7 - SLET analýza Zvýšení spoluúčasti pacientů a možnost připlácení na nadstandard.....	61