



Úvod

Vláda a vývoj politické situace

Československo bylo od roku 1948 do roku 1989 komunistickou zemí. K rozdělení na Českou a Slovenskou republiku došlo v roce 1992 a 1. ledna 1993 vznikla Česká republika, pluralitní parlamentní demokracie v čele s prezidentem.

Obyvatelstvo

Odhad počtu obyvatel je 10,2 milionu (2002), z čehož asi 65% žije ve městech. Etnické složení obyvatelstva je následující: 94% Češi, 1,9% Slováci, 0,5% Poláci a 0,4% Němci. V roce 1994, poprvé od roku 1918, překročil počet úmrtí počet narození a od té doby počet obyvatel klesá. Tato skutečnost naznačuje stárnutí populace. Česká republika je jednou z nejzdravějších zemí ve střední a východní Evropě.

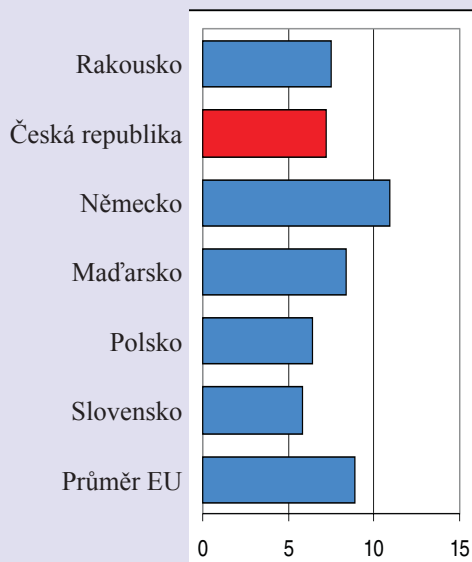
Průměrná délka života a úmrtnost novorozenců/rodiček

Průměrná délka života je 72,2 let u mužů a 78,8 let u žen (2002), úmrtnost novorozenců je 4,15 na jeden tisíc živě narozených dětí (2001). Tyto údaje ukazují, že Česká republika je nad průměrem většiny zemí střední a východní Evropy, avšak v porovnání se západoevropskými zeměmi vykazuje podprůměrné výsledky.

Hlavní příčiny úmrtí

Onemocnění oběhového ústrojí (zejména ischemická choroba srdeční) jsou i nadále zdaleka nejčastější příčinou úmrtí a postihují 456 ze 100 000 osob (2002). Ačkoli je toto číslo stále ještě vysoké, za posledních 15 let se snížilo o 30%. Standardizovaná nebo průměrná úmrtnost je vyšší než ve kterékoli jiné zemi EU.

Obr. 1. Celkové výdaje na zdravotní péči jako % HDP, porovnání České republiky, vybraných zemí a průměru EU, 2004



Zdroj: WHO; Regionální úřadovna pro Evropu, databáze Health for all, červen 2005.

Vývoj systému zdravotní péče

V letech 1990 a 1991 došlo k výrazné liberalizaci dříve centralizované zdravotní péče a systém se začal měnit směrem k modelu povinného pojištění, kdy zdravotní pojišťovny zajišťují úhradu zdravotní péče na základě smluv.

European Observatory
on Health Systems and Policies
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen
Denmark
Telephone: +45 39 17 17 17
Fax: +45 39 17 18 18
E-mail: info@obs.euro.who.int
www.euro.who.int/observatory

Trendy reformem

Rozhodnutí o reformách vycházela z priorit, které převažovaly koncem 80. a počátkem 90. let, zejména efektivity a zlepšení sociálního postavení poskytovatelů, což vedlo k zavedení bodového systému úhrad za služby a privatizaci. Potíže, které tato rozhodnutí vyvolala, jako například nadužívání služeb, nespokojenost mezi zdravotníky, finanční schodky a nedostatečná regulace, však daly vzniknout novým problémům, které je třeba řešit. Uvažuje se o opatřeních k řešení těchto problémů, například tzv. gatekeeping, zavedení skupinových plateb na základě diagnózy pro nemocnice, a snížení počtu specialistů.

Výdaje na zdraví a hrubý domácí produkt

Celkové výdaje na zdraví představovaly v roce 2002 8,6% hrubého domácího produktu, což je více, než činí průměr v zemích střední a východní Evropy, ale opět je to méně, než průměr v západoevropských zemích.

Přehled

Jedná se o „bismarkovský“ systém zdravotního pojištění, kdy pojištění je povinné pro všechny obyvatele a zdravotní péči poskytuje mix veřejných a soukromých zařízení. Tento systém, systém smluvní, založený na jasné separaci mezi financováním a poskytováním péče, nahradil předchozí systém zdravotní péče. Mnozí lékaři mají svoje vlastní soukromé praxe a pracují na základě smluv se zdravotními pojišťovnami, které nabízejí základní balík léčebné a preventivní péče, avšak bojují o pojištění. Tento systém se změnil rychle a jeho výhody převažují nad nevýhodami, i když do budoucna jej čeká ještě mnoho problémů.

Organizační struktura a řízení

Tři hlavní rysy systému zdravotní péče jsou: povinné zdravotní pojištění, které platí jednotlivci, zaměstnavatelé a stát; diverzita poskytovatelů, zejména soukromých poskytovatelů ambulantní péče a veřejných nemocnic, které mají uzavřené smlouvy s pojišťovnami; a společná jednání

hlavních aktérů týkající se krytí péče a úhrad. Vláda má však dohled nad jednáním a stále ještě má vliv na jeho výsledky. Kdokoli, kdo má trvalý pobyt v České republice, má nárok na zdravotní pojištění. Oprávněná osoba si může jednou za 12 měsíců zvolit kteroukoli zdravotní pojišťovnu. Vzhledem k tomu, že ČR je nyní členem EU, ti, kteří jsou pojištěni u zdravotních pojišťoven, mají na základě evropské legislativy právo na zdravotní služby v dalších evropských zemích a naopak.

Stát garantuje zdravotní péči a systém zdravotního pojištění a je zastoupen v dozorčích radách zdravotních pojišťoven. Tato státní záruka je obsažena v české ústavě, avšak stát má pouze některé nástroje potřebné k tomu, aby vláda tuto funkci naplňovala. Ministerstvo zdravotnictví odpovídá za přípravu zdravotnické legislativy, výzkum v oblasti zdraví a medicíny, vydávání licencí pro farmaceutické a medicínské technologie a za správu dvou školicích zařízení a dále má na starosti regionální a fakultní nemocnice. Vede také společná jednání (viz níže) a má právo zasáhnout, pokud nedojde k dohodě.

V současné době zde působí devět zdravotních pojišťoven, které vybírají příspěvky, uzavírají smlouvy s poskytovateli a hradí jim jejich služby. Největší z nich je Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), která má 77 poboček. V ČR je přes 25 000 (zejména soukromých) poskytovatelů zdravotní péče. Státní správa na okresní úrovni byla v roce 2002 zrušena a její kompetence přešly z národní vlády na krajskou správu. Nyní jsou krajské orgány vlastníky a provozovateli veřejných nemocnic. Regionální orgány také na základě zákona o krajích (č. 129/2000 Sb.) mají možnost využívat svůj majetek dle vlastního uvážení. Mají tedy právo zakládat vlastní organizační jednotky, příspěvkové organizace a společnosti. Preferovaným způsobem decentralizace zdravotní péče je privatizace. Velký počet poskytovatelů primární péče, stejně jako lázně, farmaceutické společnosti a malé nemocnice jsou v soukromém vlastnictví. Privatizovalo se také mnoho poliklinik a menších nemocnic, ačkoliv většina nemocnic, zejména ty velké, jsou stále ve vlastnictví státu.

Plánování, regulace a řízení

Ministerstvo zdravotnictví odpovídá za zajištění jednotného odborného řízení veřejné zdravotní péče a za vydávání právních předpisů pro organizaci a výkon zdravotní péče.

Zdravotní pojišťovny jsou poměrně nezávislé a jejich úkolem je uzavírat smlouvy s poskytovateli zdravotní péče (obvykle na dvouletá období). Pravidelně probíhají jednání (obvykle jednou za půl roku) mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli (sdružení nemocnic, nemocnice a soukromí lékaři) a odbornými komorami (jménem jejich členů). Jednání se týkají rozsahu poskytovaných služeb, peněžní hodnoty proplácených bodů a podmínek poskytování péče. Vláda, než výsledek jednání schválí, má za úkol zajistit, aby odpovídal zákoným požadavkům a veřejnému zájmu. Společná jednání a návazné schválení vládou je možné považovat za páteř systému zdravotní péče.

Financování zdravotní péče a výdaje

Financování zdravotní péče

Největší podíl (80,5%) finančních prostředků pochází z povinného zdravotního pojištění. Do něj přispívají jednotlivci, zaměstnavatelé a stát. V posledních letech se zdravotní pojišťovny potýkaly s rostoucími finančními problémy. Ty jsou způsobeny nedostatečnou kontrolou vytížení pracovníků, nedostatečnou výší příspěvků a nedostatečným dohledem nad náklady v původním systému bodových úhrad za služby. Jedním z hlavních problémů je nedostatečný systém kompenzace rizik. Budou nejspíš zapotřebí změny v legislativě, aby bylo možné řešit slabé kontrolní administrativní mechanismy. Ministerstvo zdravotnictví se také pokouší zvýšit přítok financí do zdravotní péče tím, že snižuje povinné finanční rezervy zdravotních pojišťoven a zavádí další opatření. Od začátku roku 2003 přicházejí návrhy, aby Ministerstvo zdravotnictví zavedlo spoluúčast.

Hlavní systém: zdravotní pojištění

Výše příspěvků je stanovena zákonem jako procento z výděлку (před zdaněním): zaměstnanci platí 4,5% a zaměstnavatelé 9%. Výše příspěvku má strop, díky kterému je systém mírně regresivní. Osoby samostatně výdělečně činné platí 13,5%, avšak pouze ze 35% svého zisku. Je také zákonem stanovený minimální příspěvek OSVČ, který může být upraven podle míry inflace (přibližně 28 EUR na osobu a měsíc v roce 2004). Ministerstvo financí přispívá 80% minimální mzdy pro ty, za něž hradí pojištění stát (asi 15 EUR na osobu a měsíc). Stát hradí pojištění přibližně za 56% obyvatel.

Daně

Daně jsou druhým nejvýznamnějším zdrojem financí a přispívají 10,2% z celkového objemu (2002). Daně se využívají na pokrytí výdajů na národní úrovni, stejně jako na úrovni okresní a městské (např. kapitálové investice nemocnic, služby veřejného zdraví, školení atd.).

Doplňkové zdroje financí

Přímé platby a soukromé zdroje financí společně představovaly v roce 2002 asi 8,3% z celkových výdajů na zdravotní péči. V současné době je trh dobrovolného pojištění velmi omezený (méně než 0,1% výdajů na zdravotní péči). Je to proto, že úroveň péče hrazené ze zákonného zdravotního pojištění je velmi vysoká a zahrnuje dokonce lázně a prodej léků, a není tudíž poptávka po dodatečném soukromém zdravotním pojištění.

Nemocenské dávky a příděly

Služby zdravotní péče jsou hrazené zdravotními pojišťovnami, zatímco nemocenské dávky hradí státem spravovaný fond sociálního zabezpečení, který není součástí státního rozpočtu. Balík nemocenských dávek je v podstatě velmi rozsáhlý a hradí se jakákoli péče při léčbě onemocnění nebo na zlepšení zdravotního stavu. Pravidelně probíhají jednání mezi zdravotními pojišťovnami, poskytovateli, od-

bornými komorami, vědeckými organizacemi a sdruženími pacientů, která se týkají podrobného rozsahu hrazených služeb. Zdravotní pojištění zcela nebo částečně hradí tyto služby: preventivní péče; diagnostické postupy; ambulantní a nemocniční léčebná péče včetně rehabilitace a péče o chronicky nemocné; léky a medicínská zařízení; zdravotní dopravní služby; lázeňská terapie (pokud je indikována a předepsána lékařem). Výjimku tvoří pouze omezené množství služeb: čistě kosmetická chirurgie; určité typy stomatologické péče (např. umělý chrup); určitá protetika, brýle a pomůcky pro zlepšení sluchu. Sociální péče není součástí systému zákonného zdravotního pojištění a hradí ji částečně pacienti a částečně Ministerstvo sociálních věcí.

Výdaje na zdravotní péči

Jedním z nejpozoruhodnějších rysů českých reforem zdravotnictví byl rychlý nárůst výdajů, zejména v návaznosti na zavedení systému zdravotního pojištění. Jak už bylo řečeno výše,

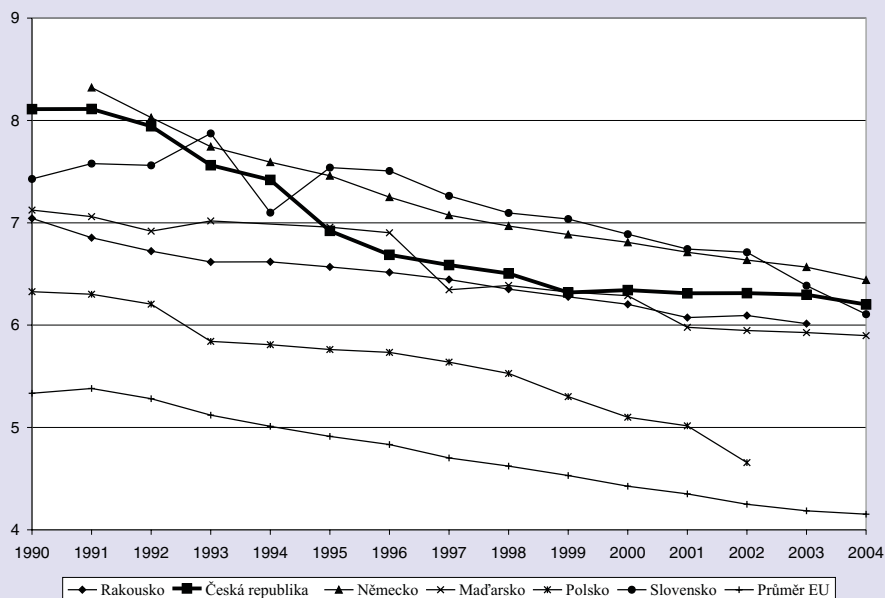
procento HDP věnované na zdravotnictví je 8,6%, což je více než je průměr 5,8% v jiných zemích střední a východní Evropy, ale méně než 8,9% v západoevropských zemích. Veřejné výdaje jako procento z celkových výdajů na zdravotnictví v objemu 91,4% jsou nižší než ve většině zemí střední a východní Evropy, avšak vyšší než v západoevropských zemích, které mají systém sociálního pojištění. Ambulantní péče a farmaceutika představují kategorie s nejvyšším podílem výdajů (39,3% a 24,6% v roce 2002) a léky jsou také vysoko nad průměrem zapsaným Organizací pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD).

Systém poskytování zdravotní péče

Veřejné zdravotní služby

V lednu 2003 byly okresní zdravotní orgány nahrazeny krajskými. Tyto orgány mají nyní na

Obr. 2. Akutní nemocniční lůžka na 1000 obyvatel v ČR, vybraných zemích a průměr v EU, 1990–2004



Zdroj: WHO; Regionální úřadovna pro Evropu, databáze Health for all, leden 2005.

Tabulka 1. Využití nemocniční péče a výkony akutní nemocniční péče v evropském regionu WHO, 2003 nebo poslední sledovaný rok

	Nemocniční lůžka na 1000 obyvatel	Nemocniční lůžka na 1000 obyvatel	Průměrná délka hospitalizace ve dnech	Míra obsazenosti (%)
Rakousko	6.0	28.8	6.4	76.2
Česká republika	6.3	20.4	8.4	74.1
Německo	6.2 ^a	20.7 ^a	8.6 ^a	79.4 ^a
Maďarsko	5.9	23.2	6.7	77.2
Polsko	4.7 ^a	–	–	–
Slovensko	6.4	17.7	8.5	64.8
Průměr EU	4.1	18.0 ^a	6.8 ^a	76.9 ^b

Zdroj: WHO; Regionální úřadovna pro Evropu, databáze Health for all, červen 2005.

Notes: ^a 2002; ^b 2001.

starosti kontrolu epidemií, zajištění očkování a bezpečnostní opatření. Zařízení primární péče poskytují preventivní služby, očkování a pre-natální služby. Propagace zdraví a vzdělávací programy obvykle zajišťuje a financuje přímo Ministerstvo zdravotnictví. V Národním programu obnovy a podpory zdraví z roku 1992 bylo stanoveno několik národních priorit a v roce 1995 vznikla dlouhodobá strategie ve formě Národního programu zdraví. Programy screeningu dospělých nebyly ještě na národní úrovni zavedeny. Plány na reformu státem a místně financovaných zdravotních služeb se zaměřují hlavně na zvýšení jejich efektivity. Postupně se řízeně snižují nadbytečné kapacity. Některé části veřejných zdravotních zařízení se privatizují.

Primární zdravotní péče

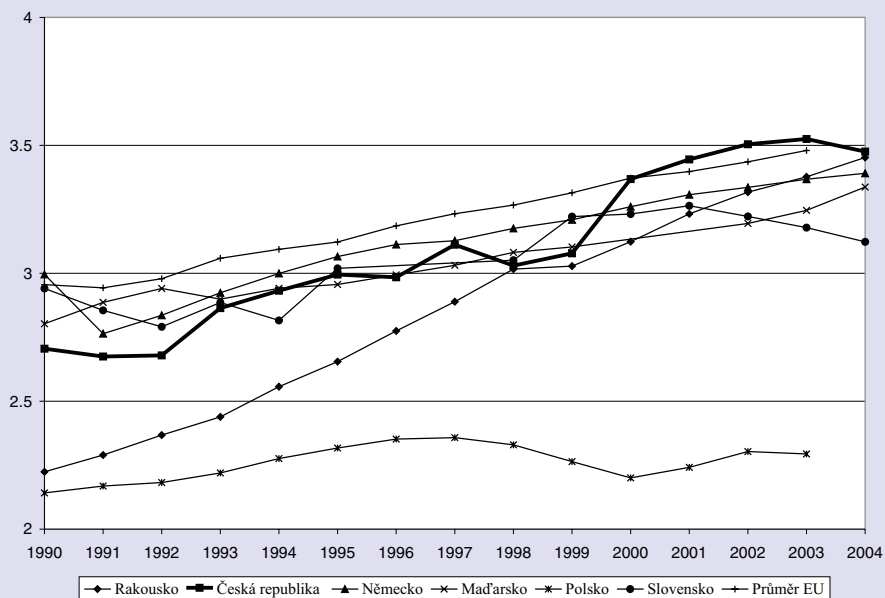
Odpovědnost za zajišťování primární zdravotní péče v současné době sdílí stát, kraje a zdravotní pojišťovny. Občané se registrují u praktických lékařů dle vlastní volby a vždy po třech měsících mají možnost se zaregistrovat u nového lékaře. Na 1650 obyvatel starších 15 let je jeden praktický lékař a na 1050 dětí je jeden dětský lékař (2002). Poměr počtu lékařů a pacientů je jeden z nejpříznivějších v Evropě. Asi 95% primární zdravotní péče bylo v roce 2002 privatizováno. Většina praktických lékařů v primární péči, kteří mají uzavřeny smlouvy se zdravotními pojišťovnami, pracují samostatně, buď na střediscích ve vlastnictví obce, nebo

na poliklinikách, kde platí nájemné. Zdravotní střediska jsou poměrně dobře vybavena. Většinu pracovní náplně praktických lékařů tvoří vystavování neschopenek, ačkoli je vyvíjena snaha o posílení jejich úlohy. Nyní se jim nabízí finanční pobídky, aby převzali více úkolů, jako například poskytování více specializovaných služeb svým pacientům. Hlavní formou úhrad praktickým lékařům je kapitace, avšak služby, které jsou požadovány více, mohou být hrazeny i formou proplácení.

Sekundární a terciární zdravotní péče

Českou síť zdravotnických zařízení pro sekundární a terciární péči tvoří specializované ambulance, nemocnice a specializovaná lůžková zařízení. V roce 2002 bylo registrováno celkem 26 270 zdravotnických zařízení, přičemž 13 198 (50,2%) z nich byla zařízení sekundární a terciární péče. Specializované ambulantní služby jsou poskytovány různou formou: v jednotlivých ambulancích, na poliklinikách a v ambulantních odděleních nemocnic, přičemž všechna tato zařízení pracují na základě smluv se zdravotními pojišťovnami. Asi 75% ambulantních zařízení bylo privatizováno. Přístup pacientů není nikterak systematicky omezován. Existují tři typy nemocnic, které jsou ve vlastnictví soukromém i veřejném: krajské a fakultní nemocnice, okresní nemocnice a místní nemocnice. Zatímco stát vlastní jen 19 zařízení (9,5% z celkového počtu nemocnic), tyto nemocnice představují díky své velikosti 26,9% z celkového počtu

Obr. 3. Praktičtí lékaři na 1000 obyvatel v ČR, vybraných zemích a průměr v EU, 1990–2003



Zdroj: WHO; Regionální ú adovna pro Evropu, databáze Health for all, leden 2005.

nemocničních lůžek. Okresních nemocnic je 82 a spravují je kraje, města nebo obce. Soukromé nemocnice tvoří 31% z celkového počtu (64) a 10,6% z celkové lůžkové kapacity.

Česká republika naplňuje pozvolný dlouhodobý program snižování počtu nemocničních lůžek s cílem snížit počet akutních lůžek a zvýšit počet lůžek pro dlouhodobě nemocné. V roce 2002 byl počet lůžek snížen na 8,6 na tisíc obyvatel (snížení o 20% oproti roku 1990). Průměrná délka pobytu v nemocničních zařízeních se v tomto období snížila podstatně více ze 16,0 (1990) na 11,3 dny (2001), ačkoliv v porovnání se západoevropskými zeměmi je to stále ještě mnoho. Česká republika snížila počet lůžek rychleji než jiné státy střední a východní Evropy, avšak stále ještě disponuje jednou z nejvyšších hustot akutních nemocničních lůžek. Snížení bylo prudší než ve většině sousedních zemí, ale v této skupině je nyní hustota na průměrné hodnotě. Využití lůžek na druhou stranu zůstává poměrně nízké. Nyní trend směřuje k nahra-

zení nemocniční péče levnějšími alternativami v podobě domácí péče a jednodenní chirurgie, které jsou na vzestupu. Záměrem je přesunout poptávku po péči směrem k primárnímu sektoru.

Sociální péče

Sociální péče je nedostatečná a existují problémy v oblasti poskytování komplexního balíku sociální péče, zejména v důsledku nedostatečné komunikace mezi jednotlivými poskytovateli (soukromými, nevládními apod.). Kromě toho jsou zdravotní a sociální péče financovány různým způsobem, neboť sociální péče je hrazena ze státního rozpočtu a spravována ze sociálních rozpočtů okresů či měst. Pouze striktně lékařská péče je hrazena ze zdravotního pojištění. Situace v sociální péči se v posledních letech zlepšila, ale stále je zde prostor pro další zlepšení. Nedostatečná péče se dostává pacientům s chronickým duševním onemocněním, kteří jsou často hospitalizováni

po mnoho let a někdy i celý život. Tyto problémy pramení z nedostatečné pozornosti věnované této oblasti a nedostatečné koordinace mezi zdravotní a sociální péčí. Dlouhodobá zařízení pro seniory, která jsou financovaná ze státního rozpočtu, mají dlouhé čekací listiny a v jejich kvalitě jsou propastné rozdíly. Na konci roku 2002 byly zákonné kompetence obecních úřadů přeneseny na města. Proces decentralizace sociálních služeb byl tímto završen, i když bez adekvátní legislativní podpory nebo definice kvality služeb či systému plánování. K pozitivnímu vývoji v sociální péči patří komplexní domácí péče, integrovaná forma péče poskytovaná v bydlišti, která byla zavedena počátkem 90. let. Tato péče integruje primární péči, domácí péči a sociální péči podle zdravotního stavu pacienta a stavu jeho sociálního prostředí. Oproti roku 1991, kdy jich bylo 27, působilo v roce 2002 v ČR 483 domácích agentur.

Lidské zdroje a kvalifikace

Počet pracovníků ve zdravotnictví je v porovnání s většinou ostatních zemí střední a východní Evropy poměrně vysoký, avšak zhruba odpovídá průměru v EU (3,5 praktických lékařů na 1000 obyvatel a 9,7 zdravotních sester na 1000 obyvatel v roce 2002). Je však nedostatek zdravotních sester a nadbytek lékařů, a to hlavně ve městech. Lékaři jsou v průměru mladí a téměř dvě třetiny z nich jsou specialisté. Současný nadbytek specialistů má být snížen pomocí přeškolení na jinou specializaci, jako například veřejné zdraví a praktické lékařství, ačkoliv tento krok zatím nebyl realizován. Mzdy lékařů jsou dvojnásobkem průměrné mzdy v republice a ve všech specializacích vydělávají soukromí lékaři čtyřikrát více. Nespokojenost s výdělkem je však pro lékaře stále ještě aktuální téma. Vzdělávání a kvalifikaci lékařů a zdravotních sester má na starosti Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, postgraduální vzdělávání zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví. Univerzity postupně zavádějí změny ve vzdělávacích programech a kladou větší důraz na praktické lékařství a manažerské schopnosti. Nová legislativa se zaměřuje na harmonizaci českých zákonných

norem a administrativních procesů s evropskými. Vzniká také více vzdělávacích programů pro nelékaře. Například školy s vyšší specializací budou nabízet program „asistent zdravotní péče“ jako bakalářské studium a kategorie „porodní asistentka“ bude možné studovat pouze na univerzitách.

Farmaceutika

Ministerstvo zdravotnictví vydává licence k lékům a Ministerstvo zdravotnictví spolu s Ministerstvem financí a VZP určují léky a zdravotní pomůcky, které budou propláceny. Existují tři kategorie farmaceutických výrobků pro ambulantní péči: první jsou plně hrazeny a patří tam nejlevnější účinné přípravky (často domácí výroby) všech základních léků; druhá a třetí kategorie je částečně nebo plně hrazena pacientem a pojišťovna hradí pouze náklady na generický ekvivalent těchto léků. Existuje také pozitivní seznam léků pro nemocnice. Farmaceutický průmysl byl v minulých létech takřka kompletně privatizován a léky z domácí produkce jsou pro systém zdravotní péče velmi důležité. Lékárny jsou také z větší části soukromé, stejně jako systém distribuce léků. Hlavním problémem s léčivý je v současné době nárůst nákladů od roku 1995. Náklady na léčiva představují asi 25% výdajů na zdravotní péči. Byla přijata opatření na snížení nákladů, například taková, která umožňují specialistům předepisovat pouze některé léky. Nicméně od roku 2001 náklady značně rostou. Dále pak systém referenčního oceňování, zavedený v roce 1995, pomohl snížit růst nákladů. Náklady na léčiva na hlavu byly v roce 2001 10%. Podíl proplácení je vypočten na základě objemu každé složky obsažené v jednotlivých farmaceutických produktech.

Konkrétní podmínky proplácení stanovuje zákon a vyhláška o léčivech z roku 1997 určuje úroveň úhrad. Tato vyhláška se každého půl roku aktualizuje na základě doporučení externího poradního orgánu Ministerstva zdravotnictví (kategorizační komise). Ministerstvo financí určuje referenční ceny a kombinované zvýšení lékárnami a velkoobchodníky. Na základě těchto rozhodnutí VZP vydává seznam léků,

kde je ohodnocen každý proplácený produkt. V roce 2001 byl uzákoněn koordinační výbor, který stanovuje úkoly pro kategorizační komisi v souladu s cíli státní politiky léčiv. Průhlednost procesu doporučení je malá a zatím nebyly žádné výsledky v podobě jasných politických pravidel týkajících se léčiv, což je v protikladu s očekáváními a účelem vytvoření tohoto výboru. Zdravotní pojišťovny také hrají roli v regulaci výdajů za léky, neboť stanovují limity výdajů za léky a mohou poskytovatelům udílet pokuty za překročení výdajů. Úkoly, které je třeba řešit ve farmaceutickém sektoru: další snížení výdajů za léky; zlepšení úrovně podrobnosti kategorizace léků; vytvoření separovaného systému plateb za léky v ambulantní a nemocniční péči; kontrola násobení plateb za léky; motivace poskytovatelů k užívání levnějších léků.

Hodnocení lékařské techniky

Léky a lékařskou techniku registruje Státní ústav pro kontrolu léčiv a lékařské techniky, spadající přímo pod Ministerstvo zdravotnictví. Tento ústav hodnotí náklady a výhody lékařské techniky. Komplexní hodnocení techniky je však ještě v plenkách a zatím nebyl vytvořen žádný orgán, který by hodnotil novou lékařskou techniku.

Rozdělování finančních zdrojů

Objem celkového rozpočtu zdravotní péče je určován úrovní příjmů (pojištěných) obyvatel. Veškeré další náklady jsou kryty ze státního a krajských rozpočtů. Zdravotní pojišťovny vyberou a utratí asi 90% veřejných finančních zdrojů, takže jsou zdaleka nejvýznamnějším aktérem v rozdělování zdrojů. Úhrady praktickým lékařům, specialistům a nemocnicím se v posledních letech změnily a změnily se i motivační prostředky, které omezily tendence ke zbytečné nákladné péči. Je však třeba si uvědomit, že celkový objem prostředků se nezměnil, a u některých skupin lékařů se dokonce zvýšil. Úhrady byly původně založeny čistě na objemu poskytnutých služeb a byla stanovena maximální hodnota bodů k úhradě podle ceníku Minis-

terstva zdravotnictví. Tento systém byl problematický, neboť do roku 1994 neexistovaly žádné objemové limity. Poskytovatelé se snažili kompenzovat snižující se objemy úhrad vyšším objemem poskytovaných služeb. Po roce 1997 byly zavedeny nové objemové limity, byly povoleny úhrady založené na jiných principech než proplácení poskytnutých služeb a byla stanovena hodnota bodů na základě společných jednání zdravotních pojišťoven a poskytovatelů a tuto hodnotu schválilo Ministerstvo zdravotnictví. V roce 2003 bylo stanoveno asi 3800 různých úkonů, které se hradily.

Platby nemocnicím

Od poloviny roku 1997 byly platby nemocnicím hrazeny na základě rozpočtu vycházejícího z relevantního období předchozího kalendářního roku s přihlédnutím k inflaci. Tento systém rozpočtů vznikl jako důsledek problémů předchozího bodového systému proplácení služeb nemocnicím. Od roku 2001 je kromě rozpočtu vyplácena i plošná částka na základě počtu případů ošetřených v jednotlivých nemocnicích. Předpisy se však poměrně často mění. V současné době, pokud nemocnice ošetří více než 101% případů, ale méně než 105% případů v porovnání se stejným obdobím předchozího roku, plošná platba na jednu ošetřenou pojištěnou osobu (v daném segmentu nad 101%) je snížena na polovinu. To platí, i pokud nemocnice ošetří více než 105% případů. V takovém případě, kdy je překročen limit 105%, úhrada v segmentu nad tímto limitem je pouhou pětinou skutečných nákladů. Pokud ale nemocnice ošetří méně než 101% případů, plošná platba je uhrazena v celé výši. Momentálně probíhají přípravy na zavedení systému plateb DRG. Pro nemocnice to bude představovat významnou změnu, neboť od zdravotních pojišťoven dostávají více než 83% (2002) finančních zdrojů.

Platby praktickým lékařům

Je zřetelný rozdíl mezi praktickými lékaři v soukromých ambulancích a těmi, které zaměstnává stát. Ti druzí pracují vesměs ve státních nemocnicích a pobírají mzdu, která je vyšší

než průměrná mzda v republice. Praktičtí lékaři v soukromých ambulancích jsou odměňováni podle poskytnutých služeb. V roce 1997 zavedlo Ministerstvo zdravotnictví s VZP opatření, které mělo přerušit začarovaný kruh, jenž vznikl v důsledku systému proplácení služeb a jenž vytvořil spirálu rostoucího objemu služeb. Pro praktické lékaře byly zavedeny platby na pacienta (70% příjmu) spolu s bodovými platbami za služby (30%) v preventivní péči a péči spojené s podporou zdraví.

Pro ambulantní specialisty byl počínaje rokem 1997 zaveden systém jednorázových plateb. Přijetí celých 100% této platby závisel na výkonu přinejmenším 70% objemu zdravotní péče poskytnuté ve stejném období minulého roku. Zavedení tohoto systému odhalilo, že v předcházejícím období byly některé služby poskytovány zbytečně, neboť nyní tento systém prokázal snížení v objemu služeb asi o 20%.

V roce 1998 se systém úhrad specializované ambulantní péče opět změnil a byl znovu zaveden systém proplácení poskytnutých služeb, avšak s objemovými limity a bodovým systémem závislejícím na počtu odpracovaných hodin. Od roku 2001 jsou však limity na objem služeb, takže specialisté nejsou odměňováni neomezeně.

Nemocnicím je ambulantní péče hrazena prostřednictvím jednorázových plateb.

Reformy zdravotní péče

Reforma systému zdravotní péče byla součástí celkové proměny společnosti po revoluci v roce 1989. Reformní rozhodnutí byla výsledkem významných změn konce 80. a začátku 90. let, jako je demokratizace, efektivita a zlepšení postavení lékařů. Tyto zájmy vedly k úhradám poskytnutých služeb a k privatizaci (obojí mělo zlepšit efektivitu). Existují důkazy o široké podpoře změn předchozího systému zdravotní péče, kdy 70% obyvatel podporovalo privatizaci primární zdravotní péče, coby prostředek ke zlepšení kvality. K hlavním problémům současnosti patří: finanční dluhy a deficity systému (částečně v důsledku bankrotu mnoha

pojišťoven v uplynulých letech, k němuž došlo jednak kvůli bodovým úhradám a jednak kvůli poskytování dávek nad rámec povinného objemu); zřetelný nadbytek ambulantních specialistů; přetrvávající nespokojenost s odměňováním zdravotnického personálu; snižování nákladů; zaměření na práva pacientů; potřeba zlepšit regulační mechanismy; a dokončení reformy prostřednictvím nezbytné legislativy. Zajištění kvality, akreditační procesy, rozvoj posíleného systému veřejného zdraví, hodnocení techniky a harmonizace zdravotní legislativy s EU patří k dalším významným úkolům. Dva zákony přijaté v roce 2004 se v souvislosti se vstupem do EU zabývají harmonizací české legislativy s EU. Patří sem i pravidlo uznávání odborné kvalifikace ve zdravotnických profesích (lékař, zubní lékař, lékárník a odborníci v nelékařských profesích). Navrhuje se také nový systém kompenzace rizik, který bere v úvahu více kritérií než jen věk, aby byla zajištěna spravedlivá soutěž mezi nemocenskými fondy.

Závěrem

Český systém zdravotní péče se vyvinul rychle a stále ještě se vyvíjí. Výsledné problémy s reformními rozhodnutími – jako například skutečnost, že bodový systém vyvolal nadužívání služeb lékaři, kteří si tak vylepšovali příjmy, a že pochybné finanční pobídky a nedostatečná regulace vedly k finančním potížím a bankrotu mnoha zdravotních pojišťoven – poukazují na nové úkoly tohoto systému. Některé z těchto problémů se již vyřešily, jako například změna systému úhrad, snížení počtu akutních nemocničních lůžek a přeškolení specialistů. Zatím se však Ministerstvo financí a politici na vládní úrovni zabývali problematikou omezování nákladů, nikoli zlepšováním efektivity řízení nebo dokonce vyvinutím činností vedoucích k podpoře růstu ve veřejném sektoru.

Problémy přetrvávají a byla navržena řada řešení, jako například dohled praktických lékařů (gatekeeping), který měl zabránit nadužívání specializovaných služeb, platby DRG pro nemocnice a snížení počtu lékařů, zejména specialistů. Nejdůležitějším úkolem



HiT summary

Česká republika

nadcházejícího období je však řešit problémy systematicky, nikoli se zaměřením na jednotlivé problémy, které převládalo v minulosti. Na vedení nemocnic je třeba vyvinout větší tlak, aby zvýšily produktivitu a zajistily finanční efektivitu svých ústavů, a také je třeba zavést vyspělejší a rovnoprávnější strukturu kompenzace rizik. Katalog úkonů proplácených ze systému zákonného zdravotního pojištění je třeba důkladně re-

vidovat, neboť obsahuje mnohé luxusní a nikoli nezbytné úkony.

Celkově lze říci, že dosažené výsledky v současnosti již převažují nad chybami, avšak český systém zdravotní péče před sebou má řadu problémů, jež je třeba kreativně a dynamicky odstranit, bez předsudků a s důrazem na budování konsensu ve zdravotní politice.

Česká republika

Profil systémů zdravotní péče v přechodném období (HiT) v České republice 2005 zpracovali Martina Rokosová, Petr Háva (Institut zdravotní politiky a ekonomiky Praha) a upravil Jonas Schreyögg. Spolupracoval Reinhard Busse (European Observatory on Health Care Systems, Berlínská technická univerzita).

Profil HiT 2005 vychází z profilu HiT 2000, který zpracoval a upravil by Reinhard Busse ve spolupráci s Wendy Wisbaum (European Observatory on Health Care Systems) na základě předchozí verze, jejímiž autory jsou Peter Struk (MZ ČR) a Tom Marshall (WHO), jakož i díky významné pomoci Romana Prymuly (Lékařská vojenská akademie J. E. Purkyně) a Aleny Petrákové (WHO Liaison Office ČR).

Evropská observatoř zdravotních systémů a politik (European Observatory on Health Systems and Policies) děkuje Aleně Petrákové (ústředí WHO) a Mukesh Chawla (Světová banka) za revizi HiT. Současně bychom chtěli poděkovat Ministerstvu zdravotnictví ČR.

Profily systémů zdravotní péče v přechodném období (HiT) jsou zprávy vycházející z údajů za dané země, které nabízí analytický pohled na jednotlivé systémy zdravotní péče a probíhající nebo vznikající snahy o reformy. HiT jsou významným prvkem, který zdůrazňuje úlohu Evropské observatoře zdravotních systémů a politik. Observatoř je ojedinělá iniciativa, na níž se podílí Regionální kancelář WHO pro Evropu, vlády Belgie, Finska, Řecka, Norska, Španělska a Švédska, italský region Veneto, Evropská investiční banka, Open Society Institute, Světová banka, CRP-Santé Luxembourg, London School of Economics and Political Science a London School of Hygiene & Tropical Medicine. Toto partnerství podporuje a propaguje tvorbu zdravotnické politiky založené na důkazech pomoci komplexní a důkladné analýzy systémů zdravotní péče.