

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FARMACEUTICKÁ FAKULTA
V HRADCI KRÁLOVÉ

Katedra sociální a klinické farmacie

TRANSFORMACE ZDRAVOTNICTVÍ
V ČESKÉ REPUBLICCE
- II. ETAPA

Diplomová práce

HERINKOVÁ Lenka

Hradec Králové 2007

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen zdroje uvedené v samostatné kapitole.

Hradec Králové, 30. dubna 2007

Děkuji vedoucímu diplomové práce Doc.PhDr. Karlu Královi, CSc. za cenné rady a připomínky při zpracovávání mé diplomové práce a všem katedrám a oddělením fakulty za ochotu poskytnout informace nezbytné pro vypracování mé diplomové práce.

SEZNAM ZKRATEK

AVEL	Asociace velkodistributorů léčiv
ATC	Anatomicko-terapeuticko-chemický systém klasifikace léčiv
CMU	Centrum mezistátních úhrad
ČAFF	Česká asociace farmaceutických firem
ČLK	Česká lékárnická komora
DRG	Diagnostic Related Groups, skupiny diagnostických případů se statisticky stejnými nároky na zdroje
EC	Evropské společenství(European Community)
EU	Evropská unie
FO	Fyzická osoba
GML	Grémium majitelů lékáren
HDP	Hrubý domácí produkt
HVLP	Hromadně vyráběný přípravek
IPLP	Individuálně připravovaný léčivý přípravek
IZIP	Integrovaný přístup ke zdravotním informacím pacienta
MAFS	Mezinárodní asociace farmaceutických společností
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
NRC	Národní referenční centrum
OOVL	Odloučené oddělení výdeje léčiv a ZP
OSL	Okresní sdružení lékárníků
OSV	Osvědčení k výkonu soukromé lékárnické praxe
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Světová zdravotnická organizace
ZP	Zdravotnický prostředek

Osnova:	strana
1. Úvod	5
2. Transformace zdravotnictví v letech 1989 – 1997/8	7
3. Transformace zdravotnictví po roce 1998	
– II. Etapa transformace	17
3.1. Koncepce zdravotnictví	17
3.1.1. Mackova koncepce zdravotnictví	17
3.1.2. Koncepce ministra Ivana Davida	22
3.1.3. Koncepce Marie Součkové	33
3.1.4. Koncepce zdravotnictví stínové vlády	35
3.1.5. Koncepce zdravotnictví Jozefa Kubinyho	36
3.1.6. Koncepce Milady Emmerové	39
3.1.7. Koncepce odborové organizace pracovníků ve zdravotnictví	42
3.1.8. Závěry kapitoly	43
3.2. Řízení zdravotnictví	43
3.3. Financování zdravotnictví	47
3.3.1. Diskuse odborníků a návrhy jak zlepšit financování zdravotnictví.....	52
3.3.2. Financování zdravotnictví a pojišťovny	58
3.3.3. Historické souvislosti financování zdravotnictví	61
3.3.4. Závěry kapitoly	68
4. Síť zdravotnických zařízení	69
5. Profesní komory transformace zdravotnictví.....	78
6. Vstup ČR do EU a problematika zdravotnictví	80
7. Závěr.....	85
8. Literatura	87
9. Přílohy	92
10. Souhrn – Summary	114

1. Úvod

Spolu s vývojem společnosti se vyvíjí systém, který má za cíl poskytovat zdravotnickou péči pro obyvatele (obecně, ale zpravidla jednoho státu) podílet se s ostatními systémy (a institucemi) na poskytování zdravotní péče obyvatelstvu. Vazba, společenský systém- systém zdravotnictví byla v dějinách a je i v současnosti trvalá. Významným předělem ve vývoji českého státu byl rok 1989, který se stal počátečním impulsem pro realizaci změn celé společnosti. Socialistická společnost se po tomto roce začala postupně přeměňovat ve standardní, demokratickou společnost evropského typu.

Spolu s proměnou ekonomiky, průmyslu, zemědělství, školství a dalších oblastí došlo k proměně zdravotnictví. Tuto proměnu nazýváme **transformací zdravotnictví**. Jedná se o zásadní změnu socialistického, státního zdravotnictví ve zdravotnictví, kde významnou část úkolů plní nestátní zdravotnická zařízení. Transformace znamená také nový způsob financování a řízení zdravotnictví, vznik nových subjektů v systému (zdravotní pojišťovny, profesní komory apod.). Integrovanou součástí zdravotnictví je lékařství a farmacie. Transformace zdravotnictví, lékařství a farmacie je hlubokou a zásadní proměnou všech částí, všech vědních a praktických odvětví, které se vytvořily v procesu jejich vzniku a vývoje. (80)

Zachytit transformační kroky, procesy transformace je úkolem nejen historiků. Analýza probíhajících změn a procesů je východiskem pro pochopení správných rozhodnutí a kroků, ale i pro pochopení řady omylů na cestě transformace. Přes důležitost tohoto úkolu nalezneme jen málo historických a teoretických prací, které by se touto problematikou komplexně zabývaly (dílní pohledy a studie existují). Od počátku transformace uplynulo šestnáct let dobrých řešení, ale i řady omylů. První léta transformace jsou v obecné podobě zachycena v práci „Kotlářová, J., Král, K., Farmacie v ČR po roce 1989“, ale jejich analýza končí rokem 1998. Jak autoři podotýkají, skončila první etapa – fáze transformace a české zdravotnictví vstoupilo do etapy druhé. (86)

Analýza druhé etapy transformace zdravotnictví nebyla doposud provedena. Přitom se událo mnoho změn a došlo k řadě zajímavých událostí. Na ministerstvu zdravotnictví se vystřídal za tuto dobu celkem 13 ministrů, zanikla většina pojišťoven, proběhly dvě krize financování zdravotnictví, pracovníci ve zdravotnictví vyšli do ulic stávkovat za

změny ve zdravotnictví atd. Přes veškeré úsilí politiků (a teoretiků) nemáme doposud ucelenou, z teorie zdravotnictví vycházející koncepci rozvoje zdravotnictví pro nejbližší roky a výhled do budoucna.

Cílem této práce je zachytit transformační procesy českého zdravotnictví v letech 1998 – 2006. Bez této analýzy by mnohé historické události upadly v zapomnění. Především je nutno navázat na výsledky transformace zdravotnictví v letech 1989 – 1998 a na tomto základu zachytit transformaci zdravotnictví ČR v letech 1999-2006.

Zachytit procesy transformace po roce 1999 v celém rozsahu, tj. transformaci zdravotnictví, transformaci lékařství a transformaci farmacie je nad možnosti této diplomové práce. Proto se soustředíme zejména na problematiku:

- Koncepce zdravotnictví
- Změny v řízení zdravotnictví
- Financování zdravotnictví
- Zdravotnická zařízení

2. Transformace zdravotnictví v letech 1989 – 1997/8

V současné době probíhají změny ve zdravotnictví nejen u nás, ale i v bohatých státech Evropské unie a také v chudých státech střední a východní Evropy. V České republice byla po roce 1989 zahájena zásadní proměna zdravotnického systému. Do roku 1998 došlo k významným změnám v oblasti financování i struktury českého zdravotnictví. Šlo hlavně o překotnou a oproti původním záměrům z roku 1990 nedostatečně řízenou transformaci centralizovaného, původně zcela postátněného zdravotnictví.

Transformace měla odstranit vše zastaralé a nevyhovující, co přežívalo v systému socialistického zdravotnictví. Zároveň měla navázat na pozitivní vývoj v předchozím období, např. byly využity zkušenosti z financování zdravotnictví v předmnichovské republice. Během transformace zdravotnictví bylo důležité realizovat řadu úkolů:

- 1) vypracovat koncepci zdravotnictví
- 2) změnit systém financování zdravotnictví
- 3) vytvořit systém spojující přednosti státního a nestátního zdravotnictví
- 4) realizovat privatizaci zdravotnictví
- 5) změnit systém řízení zdravotnictví
- 6) posílit demokratické procesy ve zdravotnictví (např. vznik profesních komor)

Na konci roku 1989 se ministrem zdravotnictví a sociálních věcí ČSR stal prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc. V návaznosti na záměry vlády zveřejnil akční program ministerstva. Hlavním bodem reformních snah bylo označeno zlepšení zdraví populace, které silně zaostávalo za vyspělými zeměmi EU. (80)

Socialistický model zdravotnictví definovaný zákonem **č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu** se vyznačoval monopolem státu v tvorbě, kontrole i realizaci zdravotní politiky. Stát stanovoval úkoly zdravotnictví, zřizoval zdravotnická zařízení, financoval je a prováděl kontrolu. Proto připravovaná koncepce zdravotnictví nutně obsahovala prioritní principy demonopolizace a odstátnění zdravotnictví a nastolení konkurenčních prvků, tedy ty principy, které se prosazovaly v celé společnosti. (86)

V letech 1990 až 1992 byl ministrem zdravotnictví MUDr. Martin Bojar, CSc.

V roce 1990 vláda přijala první koncepci reformy zdravotnictví v ČR pod názvem „Nový systém zdravotní péče“. Tuto vypracovala skupina odborníků (nazvané později „Skupina pro reformu - SKUPR“), která po roce 1989 vypracovala několik návrhů na reformu zdravotnictví. Od roku 1990 se postupně dotvářela koncepce transformace, kterou lze označit za poměrně zdařilou. Je nutno říci, že doposud žádný teoretik neřešil problém, jak změnit socialistické zdravotnictví na standardní, které funguje v řadě vyspělých států světa. Z mnoha důvodů, především politických, však vypracovaná koncepce nebyla v praxi komplexně a důsledně uskutečněna.

Závazným východiskem pro transformaci českého zdravotnictví se stal „**Národní program obnovy a podpory zdraví**“, schválený 22. července 1991 vládou ČR pod č. 247. Dokument obsahoval téměř tři desítky úkolů zaměřených na legislativu, činnost jednotlivých resortů ve zdravotnictví, jakož i na práci orgánů státní správy a samosprávy. Vedle obecných zásad obnovy a podpory zdraví stanovoval také konkrétní kroky a opatření, které postihovaly širší aspekty připravované transformace zdravotnictví. V koncepci zdravotnictví bylo významné místo dáno primární péči, která se měla stát pilířem poskytování zdravotní péče. (86)

V dokumentu bylo řečeno, že směřujeme k vytvoření pluralitního zdravotnictví, v němž zaniká monopol státu na poskytování zdravotní a zdravotně-sociální péče. V návaznosti na tuto koncepci vznikly klíčové zákony pro reformní změny zásadního systémového charakteru, vytvářející nové instituce s novými pravidly pro jejich činnost ve vztahu k profesním pracovníkům i pacientům. Šlo hlavně o zákony o veřejném zdravotním pojištění, o Všeobecné zdravotní pojišťovně, o profesních komorách ve zdravotnictví, či o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Současně se připravovaly i další normy, mj. k činnosti zdravotnických zařízení. Byla vydána série podzákoných předpisů: seznam zdravotnických výkonů, seznam k úhradě léčiv a prostředků zdrav. techniky, připravovala se privatizace zdravotnických organizací. (16)

Koncepce zdravotnictví předpokládala vznik soukromých zdravotnických zařízení a vytvoření racionální sítě zdravotnických zařízení, kde by existovala zdravotnická zařízení zřizovaná a řízená státem a zdravotnická zařízení privátní. Tato zařízení by byla financována prostřednictvím zdravotní pojišťovny (pojišťoven). Již během přípravy koncepce bylo poukazováno na to, že je nutné realizovat systém vícesložkového financování zdravotnictví, protože systém financovaný pouze prostřednictvím zdravotních pojišťoven je značně zranitelný. Dalšími zdroji

financování zdravotnictví se měly stát prostředky státního rozpočtu i obecných rozpočtů, přímé platby pacientů, sponzorské příspěvky atd. Vycházelo se ze zkušeností evropských států a bylo navrhováno provázání prostředků zdravotního a nemocenského pojištění. (83)

Bohužel během sporů o pojetí transformace došlo k opuštění tohoto záměru a došlo i k odklonu od regionálního uspořádání státu i zdravotnictví. Do popředí zájmu politiků se dostal tlak na zvýšení finančních prostředků pro zlepšení platů ve zdravotnictví i pro nezbytné transformační náklady (růst cen léků, nákup moderních přístrojů, chystaná privatizace majetku). Předpokládalo se, že první body transformace budou realizovány již v roce 1991, ale celý proces byl zpožděn zdlouhavým projednáváním zákonů, hlavně zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. (86)

V letech 1991 až 1994 došlo v ČR k:

- zřízení systému všeobecného zdravotního pojištění a pokusu o zavedení vícezdrojového financování. Zahraniční odborníci varovali před nákladností pojišťovenského systému, zejména v souvislosti se systémem platby za výkon a riziky podmíněnými v té době teprve vznikajícím informačním systémem. Za riskantní bylo také považováno rozhodnutí o zřízení velkého počtu zdravotních pojišťoven působících v oblasti pojištění. Velkým nedostatkem byla absence zdravotních pojišťoven, které by působily v sekundárním a individuálním pojištění.

- došlo ke změně systému financování zdravotnictví z rozpočtového na pojišťovenský systém – se všemi klady i zápory známými ze států EU. Nepodařilo se však zavést důležitý prvek takového systému – dostatečně účinný kontrolní systém pro oblast zdravotního pojištění. Nebyly přijaty standardy vymezující rozsah, povahu a kvalitu základních diagnostických a léčebných postupů.

- došlo ke vzniku velkého počtu soukromých praxí v oblasti primární péče i praxí specialistů. Počet nestátních zdravotnických zařízení se velmi zvýšil a byl provázen rychlým růstem nabídky velmi diferencovaných, ale také nákladnějších zdravotnických služeb. Stalo se tak hlavně po zrušení krajských a okresních ústavů národního zdraví a často překotném „rozpouštění“ poliklinik. (83)

V této době došlo k významnému posílení finančních prostředků ve zdravotnictví. Zatímco v roce 1991 šlo o 5,3% HDP, v roce 1993 získalo zdravotnictví 7,8% HDP. V dalších letech nebyl procentuální nárůst významný, ale vzhledem k rostoucímu HDP

roste absolutní částka financí ve zdravotnictví.

Tabulka č.1. Růst výdajů na zdravotnictví

ROK	ABSOLUTNÍ ČÁSTKA v mld. Kč	% HDP
1991	38,2	5,3
1992	43,6	5,4
1993	52,7	7,8
1994	73,8	7,2
1995	89,1	7,6

Přes růst absolutní částky určené na zdravotnictví dochází k prohlubování finančních problémů, a to jak na úrovni zdravotnických zařízení, tak zdravotních pojišťoven. Příčinou jsou tzv. transformační náklady, ale také neregulovaný vývoj různých oblastí ve zdravotnictví (neregulovaný nárůst počtu zdravotnických zařízení, růst cen léků, živelný nákup moderních diagnostických a léčebných přístrojů). (137)

Chybí i kvalitnější právní prostředí. Byly sice přijaty základní zákony ve zdravotnictví (550 a 551/ Sb.), ale poněkud byly oponenty stránky zákonného podchycení privatizace. Během roku 1993 bylo projednáno na 730 privatizačních projektů, ale privatizace zdravotnických zařízení byla zdlouhavá a tím byl také narušen proces transformace zdravotnictví.

V důsledku opoždování transformace se stále více uvažovalo o metodě přímého prodeje předem vybranému zájemci bez náročného a zdlouhavého prosazování privatizačních projektů. Na základě připravené koncepce, podle níž měla část zdravotnických zařízení zůstat v držení obcí nebo státu, se v letech 1993 – 1994 začala prosazovat komplexní privatizace, tj. privatizace všech zdravotnických zařízení, dokonce i fakultních nemocnic. To byl významný ústup z přijaté koncepce zdravotnictví.

Do konce roku 1994 bylo privatizováno 3298 zdravotnických zařízení. Ministr zdravotnictví Dr. Rubáš vypracoval pro vládu a parlament koncepční materiál „Záměry státu ve zdravotnictví“, kde poukazoval na nadměrný počet lékařů a lůžek, dále tento

dokument obsahoval návrhy na zavedení některých poplatků, limitaci provozních prostředků pojišťoven a agregaci výkonů s cílem regulovat úhrady z pojistného, také se hovořilo o zavedení individuálních účtů pro pojištěnce. (86)

V roce 1996 se vláda Václava Klause v programovém prohlášení přihlásila ke zdokonalování dosavadního systému zdravotnictví s cílem dosáhnout dlouhodobé stability, byly přislíbeny účinnější regulační a kontrolní mechanismy, zejména v oblasti lékové politiky, regulace prostřednictvím státních dotací (stavby aj.), dále zajištění kvality péče zavedením akreditace zdravotnických zařízení. Exekutiva chtěla navrhnout moderní systém postgraduálního a celoživotního vzdělávání ve zdravotnictví a dokončit privatizaci a zefektivnit provoz lůžkových zařízení. (133)

Tím, že došlo k nedodržení původních transformačních kroků, neexistence zpětné vazby, pomalé a jen částečné řešení problémů ze strany Ministerstva zdravotnictví a ke zpolitizování odborné problematiky, došlo ke vzniku vážných problémů v roce 1996 a 1997. Největším problémem se stalo financování zdravotnictví, přetrvávaly problémy s platbami pojišťoven zdravotnickým zařízením. Reformní cíle tak byly nepřetržitě v praxi konfrontovány se zánikem či slučováním zdravotních pojišťoven (z původních 26 na 15 v roce 1996) i s neustálým tlakem poskytovatelů péče na změny v bodovém systému, nebo jeho nahrazení jinou metodikou proplácení zdravotní péče, avšak k jejich naplnění neexistovala shoda. Krize ve zdravotnictví se prohlubovala. (12)

Situace vyžadovala radikální řešení a proto tajemník MZ Miroslav Macek vypracoval nový koncepční materiál k „efektivitě systému zdravotní péče nalezením rezerv uvnitř tohoto systému“.

Mackova koncepce (pod tímto názvem vešla do dějin, i když to není oficiální název), pokud by se realizovala, znamenala by významný posun transformace zdravotnictví. Macek ukázal, že skončila I. etapa transformace, rozhodující transformační kroky byly splněny – změnil se systém financování i řízení zdravotnictví, došlo k rozsáhlé privatizaci a vytvoření sítě nestátních zdravotnických zařízení atd. Stav zdravotnictví je výsledkem spíše dílčích, často protichůdných opatření, než postupně realizované koncepce. Práce MZ byla nesystematická a nedostatečná, mnohé problémy bylo možno předvídat, ale nepodařilo se jim včas čelit. Podrobněji „Mackovu“ koncepci rozebereme v další části práce. (86)

Došlo však i k paradoxním zjištěním. Zvýšila se spokojenost českých pacientů, zatímco poskytovatelé zdravotní péče jsou nespokojeni s výsledkem transformace. Reální i potenciální pacienti si v průběhu „nevydařené“ transformace zdravotnictví

v řadě parametrů polepšili (lepší dostupnost diagnostických i léčebných postupů, přátelštější přístup většiny lékařů aj.). Došlo ke zlepšení dostupnosti zdravotní péče, vyšší nabídce diagnostických a léčebných metod. Došlo k růstu střední délky života na rozdíl od Slovenska, kde stagnovala. Ve střední délce života jsme se přiblížili vyspělým zemím světa. (88)

Tabulka č. 2: Srovnání střední délky života ČR a některých zemí

ZEMĚ	MUŽI	ŽENY
Japonsko	77	84
Švédsko	77,3	81,9
Kanada	75,8	81,4
Slovensko	68,6	76,7
Maďarsko	66,1	71,2
Turecko	66,5	71,2
Česká republika	71,7	78,4

Stále více se prosazuje názor, že nesnáze českého zdravotnictví vyžadují celospolečenské a kvalifikované řešení, které bude přihlížet k vývoji zdravotnictví ve státech EU. V českém, strukturálně, makro i mikroekonomicky změněném zdravotnictví (alespoň co se způsobu financování týče) musí dojít k důležitému a zatím stále odsouvanému procesu, který bude vynucen „otevřením se Evropě“. Musíme počítat také s dalším růstem vlivu evropského trhu v oblasti farmaceutických výrobků a zdravotnických technologií, v zemích EU také není zdravotnictví chápáno jen jako doména odborníků, ale je považováno za důležitou součást veřejných služeb, které je úzce napojeno na oblast sociální, kulturní, osvětovou a etickou. (10)

V I. etapě transformace zdravotnictví vznikly základy pluralitního a značně liberálního zdravotnického systému financovaného převážně prostřednictvím zdravotních pojišťoven, který se blíží hlavními rysy jiným zdravotnickým systémům v zemích EU. Tento systém zajišťoval, byť s řadou problémů a výhrad, zejména vysokou nákladovostí a nehospodárností (obdobné výhrady se objevují i ve státech EU), zdravotní péči v ČR, která se v řadě parametrů přibližuje poměrům ve stabilizovaných a podstatně lépe prosperujících státech EU. Největším problémem se stalo financování zdravotnictví. (69)

Výkonový, bodový systém postupně vyčerpával možnosti, zdravotnická zařízení a lékaři se snaží vykázat co největší počet výkonů a činností a tím narůstá rozpor mezi výší požadavků zdravotnických zařízení a finančními možnostmi zdravotních

pojišťoven. V roce 1998 se závažným problémem stalo stanovení hodnoty bodu za provedené výkony. Zástupci zdravotních pojišťoven, České lékařské komory a státu (MZ) se nedohodli a výši bodu stanovil direktivně stát – hodnota bodu platí vždy ¼ roku. Tím, že docházelo k narůstání problémů zdravotních pojišťoven v letech 1996 – 1998, docházelo následně k opoždění plateb za provedené úkony a za léky, platby ambulantním lékařům, lékárnám atd., tím dochází ke zhoršení ekonomické situace řady nemocnic, lékařských ambulancí a lékáren. (79)

V roce 1997 probíhala složitá výběrová řízení, na jejichž základě mělo dojít ke zrušení řady nemocnic, ke snížení počtu akutních lůžek. Docházelo však k řadě protestů nemocnic a tato výběrová řízení provázela i řada nejasností. Na konci roku 1997 byla zastavena. Současně proběhly volby a vláda Václava Klause byla v roce 1998 vystřídána vládou Miloslava Zemana. Vzhledem ke změně vlády byla výběrová řízení pozastavena. Přestože proběhla řada jednání vlády, Ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven a zástupců poskytovatelů zdravotní péče, nepodařilo se vyřešit problémy financování. (131)

Na konci roku 1997 není dosud problematika veřejného zdravotního pojištění dostatečně vyjasněna, jak v uplatnění principů veřejnoprávního pojištění, tak i fungování jeho institutů a institucí. Namísto toho, aby vláda přistoupila k dopracování systému dle zkušeností z předválečné ČR a zemí, které zdravotní pojištění využívají, a přitom aplikovala regulační mechanismy, které se osvědčily v zemích EU, rozvrací systém dvěma neslučitelnými cestami. Za první se snaží zavést prvky soukromého zdravotního pojištění (individualizace) a za druhé podřizuje pojištění a pojišťovny státní kuratele.

V roce 1998 bylo upuštěno od jednotného bodového systému proplácení zdravotních výkonů, většina nemocnic je financována **rozpočtovým** způsobem. Odborní lékaři jsou i nadále placeni na základě bodového systému, praktičtí lékaři přechází na smíšenou kapitační platbu. Kapitační platba znamená, že lékař dostává určitou finanční částku za každého zaregistrovaného pacienta – výše je odstupňována podle věku. Zbytek nákladů léčení je hrazen bodovým systémem. Systém financování je opět komplikovanější a méně stabilní. (91)

Současný stav zdravotnictví je silně poznamenán reformami, které byly zahájeny v roce 1990 a vyvolaly řadu nepříjemných situací:

- výkonový systém vyvolal neracionální honbu za množstvím bodů, tedy jeho růst, který však nemohl být doprovázen neustálým nárůstem finančních zdrojů. Zdravotnická

zařízení nedokázala tomuto jevu svým systémem vnitřního řízení čelit. Proto docházelo k neustálým konfliktům mezi lékaři, pojišťovnou a ministerstvem.

- dalším negativním důsledkem reforem bylo přemrštěné uvolnění centrálního řízení resortu, a to zejména v oblasti investic, uvolnění centrálního řízení zdravotnictví nebylo nahrazeno žádnými jinými mechanismy, které by účinně regulovaly nákup přístrojů a výstavbu investic. Zdravotnická zařízení tohoto liberálního přístupu využila a nakoupila ty nejmodernější a obvykle i nejdražší zařízení. Tyto procesy byly navíc posíleny vžitými představami, že dluhy stejně někdo zaplatí. Souhrn těchto procesů vedl k tomu, že některá zdravotnická zařízení jsou předimenzována přístroji, které jsou nedostatečně využívány, jiná zařízení jich mají nedostatek, dále existuje nadbytek dalších kapacit: lůžek, laboratorních přístrojů atd.
- Investiční výstavba probíhala nekoordinovaně, i v nepatrné vzdálenosti vedle sebe vznikaly nové nemocnice, zdravotnická zařízení, ordinace, lékárny atd. a tím vznikla obrovská neehospodárnost nově budovaných kapacit.
- Vznikla značná zadluženost zdravotnických zařízení, její řešení bude velmi obtížné a dlouhodobě bude svazovat další rozvoj zdravotnických zařízení. Zadluženost některých zařízení je tak velká, že vyvolá u zaměstnanců pocit beznaděje.(21)

Tento stav vyústil v roce 1997 do situace, kdy zdravotnická zařízení byla předlužená a nesolventní, neplnila závazky vůči svým dodavatelům. Tím se dostávala do kritické situace a dodavatelé odmítali plnit další dodávky. Situaci umocňoval postup státu, který neměl jasnou vizi systému dostupné zdravotní péče, umožnil „tunelování“ státních nemocnic, produkci většího objemu zdravotní péče, než na jakou byly prostředky. Nezavedl kritéria kontroly kvality péče, akreditaci zařízení, dodržování správné léčebné a laboratorní praxe. (24)

Další ze systémových chyb, které zavinila státní správa, byla nedostatečná kontrola hospodaření nemocnic, např. nesprávné nakládání se státními dotacemi a dalšími finančními prostředky.

Ve zdravotnictví bylo nutno provést celou řadu radikálních změn, některé na makroúrovni: změna systému hodnocení výkonů, zajištění dostatečných zdrojů, fungování pojišťoven, léková politika, vytvoření sítě nemocnic atd. Bylo nezbytné provést změny na celostátní úrovni. Oba tyto procesy musejí probíhat současně, protože jsou vzájemně spjaté a řešení jednoho bez druhého nemůže přinést dostatečný efekt. MZ připravilo dokument „Analýza chyb a cesty k možné nápravě“, který vzhledem k politické situaci (změna vlády a vládnoucí strany) nebyl realizován.

Základními brzdými systémy, které negativně ovlivňují transformaci zdravotnictví jsou:

a) inkompatibilita koncepcí a legislativy ovlivňující zdravotní a sociální sféru s koncepcemi a legislativou EU

b) striktně rezortní přístup k řešení problémů, jehož důsledkem je porušení celistvosti péče

c) inkompatibilita již schválených koncepcí s názory osob či složek, v jejichž kompetenci je realizace těchto koncepcí

d) porušování právně stanoveného systému kompetencí a odpovědnosti

e) nevyužívání možností pluralitního financování (řízená péče, osobní účty) a striktní aplikace zastaralého „centralistického“ systému.

f) upřednostňování státních poskytovatelů před nestátními a ovlivňování procesu odstátňování jak ve sféře poskytování, tak ve sféře financování zdravotní i sociální péče.(137)

Zásadní problematikou je stanovení úkolů, kompetencí a odpovědnosti jednotlivých resortů i obcí. Kompetenční zákon je v tomto smyslu zcela nedostačující, neboť umožňuje nekompatibilitu přístupů a koncepcí jednotlivých resortů, což má neblahé důsledky nejen na osoby, které péči čerpají, ale i na celý ekonomický systém.

Velkým úkolem bylo zabezpečení zdravotnické péče pro stárnoucí populaci. Navíc došlo ke sloučení sociálních problematik souvisejících se stářím či nezaměstnaností (tyto problematiky lze řešit plošně platnými opatřeními) a sociálních problematik souvisejících s poruchou zdraví či nemocí (tyto je nutné řešit individuálně). Důsledkem tohoto jevu je např. skutečnost, že přibývalo nejen důchodců, ale rovněž invalidních důchodců. (40)

Možné cesty k nápravě vzniklých chyb:

1. vypracovat závaznou právní normu – kodex, od něhož se budou odvíjet veškeré další zákony, v souladu s mezinárodně uznávanými principy

2. na úrovni kodexu přesně definovat úkoly, kompetence a odpovědnost všech složek podílejících se na poskytování zdravotní péče

3. neoddělovat problematiku zdravotní a problematiku sociální, která na zdravotní problematiku navazuje

4. oddělit sociální problematiku související se stářím a nezaměstnaností od sociální

problematiky související s nemocí či zdravotním postižením. Toto oddělení může teoreticky nastat i na úrovni ministerstev: MZ by se mělo zabývat veškerou problematikou související s nemocí či poruchou zdraví, MPSV by se mělo soustředit na sociální problémy nesouvisející se zdravotním stavem.

5. v širším měřítku aplikovat principy „ŘÍZENÉ PÉČE "

6. plně aplikovat systém vícezdrojového financování, od systému pojištění oddělit finančně nejnáročnější druhy zdravotní péče a zdravotně sociální péči o sociálně nejpotřebnější

7. stimulovat občany k ochraně vlastního zdraví, a to ekonomicky (např.individuální účty) a vytvořením podmínek pro vznik skutečně efektivních preventivních programů

8. podporovat konkurenční prostředí mezi poskytovateli i plátcí

9. zaručit rovnoprávnost státních a nestátních institucí poskytujících zdravotní a zdravotně sociální péči

10. pokračovat v procesu odstátňování, prostřednictvím správních a dozorcích rad zapojit do řízení větších zdravotnických zařízení co nejširší okruh zainteresovaných stran

11. vytvořit z nemocnic otevřené systémy s funkční návazností na mimonemocniční primární i sekundární péči - eliminovat současnou tendenci vytvářet bariéry mezi nemocniční a mimonemocniční péčí (v podstatě jde o oddělování státní a nestátní sféry).

12. funkčně propojit (nikoli sloučit) zdravotní, nemocenské, zdravotně důchodové a zdravotně sociální pojištění, tedy všechny složky pojistného systému, které se zabývají zdravotní péčí.

13. vytvořit systém rehabilitačních center, na jejichž půdě by docházelo ke kontaktu všech složek účastnících se ucelené rehabilitace.(133, 127)

Pro první etapu transformace zdravotnictví bylo podstatné a ukázalo se, že je to hlavní brzda transformace a příčina všech neúspěchů, krizí, problémů atd. – neexistence vědecké koncepce. Prvotní koncepce z roku 1991 byla opuštěna (dříve než se začala plně realizovat) a další (Mackova) sice byla vypracována, ale zůstala na papíře. Vstup do další etapy transformace zdravotnictví byl nesystémovým vstupem.

3. Transformace zdravotnictví po roce 1998 – II. etapa transformace.

Zachytit, dokumentovat a zejména analyzovat a posoudit oprávněnost a funkčnost procesů transformace zdravotnictví je úkol pro tým odborníků na danou problematiku. Proto je v DP věnována pozornost jen některým aspektům II. etapy transformace, především v rovině dějinné posloupnosti a pokud jsou k dispozici materiály, i zhodnocení transformačních kroků. Nedostatky a problémy transformace zdravotnictví souvisí s neexistencí koncepce, proto je prvořadě věnována pozornost vývoji snah o vytvoření koncepce.

3.1. Koncepce zdravotnictví

V roce 1998 nadále není přijata koncepce zdravotnictví. Koncepce vytvořená Dr. Mackem byla odmítnuta, mimo jiné i proto, že Dr. Macek byl představitel ODS a koncepce jiné strany než ČSSD nepřípadla v úvahu.

Koncepce Dr. Miroslava Macka ve své době vycházela z premisy, že skončila první etapa transformace zdravotnictví. Byla to myšlenka velmi odvážná, protože většina odborníků i politických pracovníků tvrdila, že transformace zdravotnictví skončila, že pokud jsou nedostatky, stačí drobné kosmetické úpravy a zdravotnictví bude bez problémů. Pro převratnost myšlenek si koncepci Dr. Macka představíme podrobněji. V koncepci řešil úkoly a principy činnosti všech prvků, které se podílí na zdravotnické péči. (4)

3.1.1. Mackova koncepce zdravotnictví

- Úkoly státu, státní správy a profesních organizací

Stát - je garant a kontrolor dostupnosti zdravotní péče ve stanoveném rozsahu; má realizovat významné investice, tvorbu funkční státní správy ve zdravotnictví, podporovat výzkum a vývoj, podporovat a financovat vzdělávání zdravotnických

pracovníků.

Ministerstvo zdravotnictví - zodpovídá za zpracování koncepce a specifických programů, za přípravu zdravotnické legislativy, za řízení státní správy ve zdravotnictví a musí plnit úkoly zdravotnického vzdělávání.

Profesní komory - mají nést odpovědnost za odbornou úroveň svých členů, podílet se na vytváření standardů zdravotní péče, vytvářet profesní etické normy a kontrolovat jejich plnění, mají být oprávněny jednat jménem členů s orgány státní správy a samosprávy.

- Financování zdravotnictví, zdravotní pojištění, zdravotní pojišťovny

Koncepce zachovává dosavadní systém financování zdravotnictví a úkoly zdravotního pojištění, obsahuje návrh přechodu od výkonového ke kapitáčnímu systému platby pro sféru primární péče, případně kombinaci obou systémů. Bylo navrženo **zvýšení spoluúčasti pacienta** a vznik komerčního zdravotního pojištění, které by pomáhalo s financováním nadstandardní péče.

Nově jsou koncipována práva a povinnosti zdravotních pojišťoven, vytvoření efektivnějšího systému zdravotních pojišťoven. Dr. Macek navrhoval zřízení správy zdravotního pojištění, které by měla provádět správní, normotvornou, koordinační, analytickou, metodickou a kontrolní činnost v oblasti. Zvyšuje se tím dozor státu - cílem je vytvořit jednotnou státní správu zdravotního, nemocenského, penzijního a úrazového pojištění.

Správa zdravotního pojištění by měla vytvořit Rezervní fond zdravotního pojištění, Fond mimořádně nákladné péče, Fond přerozdělení a Fond zabezpečovací.

Podle návrhu reformy měla být do zdravotnictví převedena část spotřební daně za prodej tabákových výrobků a alkoholu. Měla být posílena spoluúčast pacienta cestou přímých plateb, např. platba v nemocnici za lůžko, za kontakt se službou první pomoci, za některé stomatologické úkony atd. Macek chtěl snížit počty lůžek ze 70.000 na 50.000, tím by se ušetřilo cca 12 mld.

V této koncepci byl kladen důraz na individuální odpovědnost občana, který si sám platí zdravotní i nemocenské pojištění (žádní „státní“ klienti, za děti platí rodiče, důchodcům se adekvátně zvýší důchod a budou si platit zdravotní pojištění podle výše důchodu). V materiálu byly navrhovány přímé platby zbytných služeb, bonifikace za efektivní chování a péči o zdraví, možnost výběru alternativních

pojistných plánů a omezení úlohy státu. Celým materiálem procházela myšlenka efektivity a zlevnění zdravotnické péče. K tomu je třeba motivovat občany, kteří byli po desetiletí zvyklí na bezplatnou zdravotnickou péči. Je třeba:

- co největší a trvalá motivace ke zdravému životnímu stylu
- co největší a trvalá motivace k uvědomování si nákladů zdravotní péče
- co největší a trvalá motivace k efektivnímu a šetrnému chování
- trvalá osvěta
- zavést vysokou spotřební daň u alkoholu a tabáku, část prostředků přerozdělit do zdravotnictví
- bonifikace za účast na celospolečenských zdravotních programech
- zvýšit spoluúčast na zdravotní péči
- zavést povinné pojištění individuálních rizik
- trvalá informovanost o **osobních nákladech zdravotní péče**

Pro změnu motivací k uvědomování si nákladů je třeba:

- zavést individuální platby zdravotního a nemocenského pojištění (za děti platí rodiče, důchodci si platí dle výše důchodu)
- zavést spoluúčast na všech zdravotních službách do určité výše ročně
- trvalá informovanost o osobních nákladech zdravotní péče
- přímá platba zbytných služeb
- přímá platba služeb nesouvisejících se zachováním či zlepšením zdravotního stavu
- spoluúčast na lékařských službách první pomoci
- trvalá spoluúčast u části léčiv
- bonifikace za efektivní chování
- možnost výběru alternativních pojistných plánů
- omezení svobodné volby specialisty a lůžkové péče bez doporučení praktického lékaře v rámci veřejného zdravotního pojištění

Koncepce obsahovala úkoly a zásady, které se týkají poskytovatelů zdravotnické péče. Je třeba léčit v rámci ekonomických možností co nejefektivněji, stanovit standardy zdravotní péče. Je nutné vytvořit konkurenčního prostředí a to prostřednictvím smluvních praktik mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli

zdravotní péče, které neumožní kartelové dohody a prosadí smluvní výběr zdravotní péče v závislosti na poměru cena / kvalita. Zahájit trvalou edukace pacienta k efektivnímu pohybu po systému zdravotnictví a k efektivní léčbě.

Zdravotní pojišťovny musí změnit své chování. Cílem mělo být nasmlouvání co nejkvalitnějších služeb za finanční prostředky, které jsou k dispozici. Bylo nezbytné vytvořit skutečné konkurenční prostředí, vytvořit možnosti transformace či přerod zdravotních pojišťoven na soukromé, založené na ziskové bázi pro financování nadstandardní péče. Úkolem č.1 bylo vytvoření legislativy, vyžadující a umožňující vznik kvalitních řídicích a kontrolních orgánů zdravotních pojišťoven.

V koncepci byl představen stručný nástin systému zdravotnictví. Rozsah zdravotní péče hrazený z veřejného zdravotního pojištění Macek nazývá **garantovanou zdravotní péčí**; je to seznam diagnóz, jejichž léčba je dostupná pro všechny občany bez ohledu na jejich schopnost platit. Všechny zdravotní pojišťovny musí jako minimum obsahovat pojištění garantované zdravotní péče a každý občan je povinen ze zákona se pojistit na zdravotní péči obsaženou v garantované zdravotní péči. Jde o stanovení standardů, tj. garantovaná zdravotní péče by se plně hradila ze zdravotního pojištění.

Základním zdrojem financování mělo být veřejné zdravotní pojištění, dalšími zdroji spoluúčast pojištěnců, kteří čerpají zdravotní péči, komerční připojištění „nadstandardní“ - či jiné zdravotní péče, která není hrazena veřejným zdravotním pojištěním, a prostředky ze státního či veřejných rozpočtů.

Zdravotní pojišťovny by hradily poskytovatelům zdravotní péče poskytnutou péči dvěma způsoby:

1. na základě smluv mezi jednotlivými poskytovateli
2. na základě ceníku za služby poskytnuté na volném trhu.

Ceny v tomto ceníku by byly stanoveny jako „cena za případ“, „kapitační platba“, „platba za výkon“ a „cena za jednotku“. Pojišťovny by nebyly povinny navázat s poskytovatelem zdravotní péče smlouvu a také by mohly ukončit smluvní vztah na konci smluvního období.

V koncepci byla nově vymezena úloha státu. Hlavním úkolem státu bylo dbát na kvalitní přípravu legislativy a následně dohlížet na plnění zákonných podmínek pacienty, poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovny. Stát by dohlížel na konkurenci mezi zdravotními pojišťovny a poskytovateli zdravotní péče a v případě potřeby by ji reguloval (antimonopolní a antikartelová opatření).

Stát by vytvářel instituci, která by hradila zdravotní péči občanům, kteří nejsou schopni sami si kvalifikovaně vybrat poskytovatele zdravotní péče a zdravotní pojišťovnu (např. mentálně postižení). Stát by určoval ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami rozsah garantované péče a specifikoval způsob kalkulace rizika centrálním fondem, který by byl spravován zdravotními pojišťovnami.

Dále by stát byl zodpovědný za vzdělávání v oblasti zdravotnictví, za proces schvalování a kontrolu léčiv, za organizaci veřejného zdravotnictví (hygienická služba), za organizaci přednemocniční neodkladné péče, za vznik a chod mimořádně nákladné péče a za mezinárodní vztahy na úrovni státu v oblasti zdravotnictví.

Nepochopení vyvolaly myšlenky na **redukcí sítě zdravotnických zařízení**. Redukce počtu poskytovatelů mělo být dosaženo:

- neuzavíráním nových smluv s lékaři v oblastech, kde je lékařů dostatek
- neuzavíráním smluv s neefektivními poskytovateli zdravotní péče za předpokladu, že je pro danou oblast nasmlouvána zdravotní péče jinak
- zvýšením spoluúčasti - spoluúčast je nejsilnějším stimulem, vedoucím k redukcí objemu počtu poskytovatelů, k tomu přispívá možnost nabídnout pacientům různou výši pojistného a z ní vyplývající různou strukturu spoluúčasti

V oblasti lékové politiky by bylo třeba:

- u volně prodejných produktů odstranit kontrolu cen a u produktů nechráněných pacienty odstranit kontrolu cen odstraňováním byrokratických překážek podporovat konkurenci
- u patentovaných produktů vytvořit zákonný prostor pro smluvní politiku mezi pojišťovnami a výrobcí
- u pacientů zvýšit spoluúčast na nákladech
- u poskytovatelů zdravotní péče systém plateb, který je zainteresována na celkových nákladech (např. kapitální platba závislá na celkových nákladech)
- u pojišťoven držet růst nákladů nízkou smluvní politikou (růst nákladů nesmí být vyšší než růst HDP). (99)

Tolik stručně jednotlivé zásady a principy koncepce. Dějiny daly Dr. Mackovi za pravdu. Mnohé z jeho koncepce je v současnosti realizováno (navrženo ke

schválení Sněmovnou – spoluúčast, platby za návštěvu lékaře, specialisty, recept, den v nemocnici, garantovaná zdravotní péče atd.). Vhodný čas pro uvedené reformy minul a jejich prosazení bude neobyčejně obtížné.

3.1.2. Koncepce Ivana Davida

Po vzniku nové vlády Sociální demokracie se ministrem zdravotnictví stal Ivan David. Ministru zdravotnictví a pracovníkům ministerstva (a v neposlední řadě i odborníkům na zdravotnictví z řad ČSSD) bylo jasné, že bez koncepce není možný další rozvoj a současně pro ně byla Mackova koncepce nepřijatelná. Proto byly zahájeny práce na koncepci, která byla předložena na přelomu tisíciletí.

Předkládaná koncepce ministra zdravotnictví Davida má kořeny v koncepci zdravotnictví, kterou předložila ČSSD, při nástupu do vlády. Vzhledem k délce dokumentu představíme pouze teze koncepce.

Zdravotnictví se zabývá organizací zdravotní péče ve veřejném zájmu, z veřejných prostředků a solidárně. Proto chce ČSSD budovat zdravotnictví důsledně jako veřejné, obecně dostupné a pod veřejnou kontrolou. I když je zdraví nepochybně i soukromým zájmem a statkem, je účelné organizovat péči o ně hromadně prostřednictvím státních institucí, pod veřejnou kontrolou zprostředkovanou samosprávou a občanskými sdruženími. Občanské kontrole by měla podléhat činnost zdravotních pojišťoven a větších zdravotnických zařízení.

Bylo třeba jasně kodifikovat, že garance dostupnosti a kvality musí opět převzít stát. Pojišťovny, které o zdravotnictví dnes prakticky rozhodují, nemají povinnost zajistit jakoukoliv konkrétní míru dostupnosti, mají zájem sice na minimálních nákladech, ale nikoliv maximální dosažitelné kvalitě. Současně nemají dostatečné nástroje k zajištění ekonomické efektivity.

Česká lékařská komora selhala a zákonem svěřené kompetence nenaplňuje a nemá k tomu ani vhodné nástroje. Veřejné zdravotní pojišťovny mají zajišťovat pouze výběr, správu a distribuci veřejných prostředků včetně kontroly ekonomické efektivity a správu registrů s tím souvisejících. Nesmí provozovat komerční pojištění a ovlivňovat dostupnost zdravotní péče. Musí být pod veřejnou kontrolou. O parametrech dostupnosti a kvality musí rozhodovat stát (orgány státní správy), jejich naplňování se musí realizovat pod kontrolou samosprávy (od místních zastupitelstev po parlament).

Zdravotnictví nesmí být dražší, musí vést k vyšší kvalitě (musí efektivněji využít vložených prostředků). Místní a cenová dostupnost nesmí klesnout pod definovanou úroveň. Na první místo byl postaven občan - pojištěnec. Pojistné je společně spravovaným majetkem občanů, musí být spravováno a vynakládáno hospodárně a sloužit výhradně zabezpečení zdravotní péče o občany.

Významnější omezení solidarity mimo rámec zbytné péče bylo pro ČSSD nepřijatelné. Znamenalo by to snížení dostupnosti péče pro starší občany, nemocné a občany s nízkými příjmy nebo bez vlastního příjmu.

V koncepci byly navrženy dvě fáze dalšího postupu - fáze konsolidace a fáze rozvoje.

1. fáze konsolidace

V této fázi mělo dojít k nápravě deformace ve smyslu výše uvedených tezí (státní garance, veřejná kontrola), měly být upraveny kompetence institucí, realizována přeměna ministerstva na orgán budování koncepce namísto opožděných a nekvalifikovaných zásahů v krizových situacích, měly být připraveny a schváleny zákonné normy a vybudovány instituce potřebné pro další fázi.

2. fáze rozvoje

Fáze rozvoje měla začít po přijetí potřebných norem a přebudování institucí. Její podstatou by byla optimalizace sítě zdravotnických zařízení, realizace kontroly hospodárnosti a kvality se zpětnovazebným efektem prostřednictvím získaných informací.

Koncepce předpokládala, že první fáze měla být ukončena na přelomu let 1999-2000. Dále se předpokládalo, že se systém dostane do rovnovážného stavu asi v roce 2002. Předpokladem pro rostoucí kvalitu péče a zlepšené odměňování zdravotníků měla být jednak mobilizace vnitřních rezerv, jednak příznivý hospodářský vývoj v zemi, který by umožnil růst příjmů ve zdravotnictví. Byly vypracovány konkrétní kroky a úkony jednotlivých fází. Stěžejní význam mělo přijetí nebo novelizace některých zákonů. (98)

1. **Zákon o poskytování zdravotní péče** (zákon o zdravotní péči)
2. **Zákon o zdravotnických zařízeních** – je třeba zpřesnit a zpřísnit nároky kladené na zřízení poskytující zdravotní péči a zajistit odborný dohled
3. **Zákon o síti zdravotnických zařízení** – musí definovat medicínsky racionální a ekonomicky efektivní hierarchicky uspořádanou síť zdravotnických zařízení dostatečnou z hlediska obecné dostupnosti

zdravotnických služeb

4. **Zákon o správě fondu zdravotního pojištění** – zákon předpokládá sloučení zdravotních pojišťoven, které mají přístup k veřejnému zdravotnímu pojištění. Sloučené pojišťovny se změní ve správu fondu zdravotního veřejného pojištění na bázi VZP. Komerční pojištění budou poskytovat jiné než zdravotní pojišťovny.
5. **Zákon o vzdělávání a pracovních ve zdravotnictví** – důraz bude kladen na celoživotní vzdělávání.

Pro druhou fázi koncepce bylo navrhováno přijmout nové nebo novelizovat dosavadní zákony:

1. **Zákon o neziskových organizacích** – zákon musí reálně umožnit fungování zdravotnických organizací na neziskovém principu (bez zdanění, zisk se reinvestuje).
2. **Zákon o územně správním uspořádání**
3. **Zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi**
4. **Zákon o regulaci reklamy** – důsledně omezit reklamu v oblasti některých komodit (alkohol, tabákové výrobky, léčiva, léčitelské prostředky, hrací automaty aj.)
5. **Zákon o komorách** – musí upravit kompetence komor tak, aby všechny funkce, které jim byly zákonem svěřeny byly skutečně řádně zabezpečeny.

Hlavní zásady koncepce:

Solidarita, cenová, místní a časová dostupnost kvalifikované péče v dostatečném rozsahu, nezisková zařízení, státní garance, prevence, důraz na veřejné zdravotnictví, dosažení vyšší ekonomické efektivity.

Cílový stav v roce 1999

Do roku 1999 chtěl Ivan David ve spolupráci s regiony a okresy vypracovat generální projekt hierarchizované sítě lůžkových zdravotnických zařízení a projekty jejich využití do roku 2005 (rozvoj, útlum nebo jejich změna profilu). Ve spolupráci s odbornými společnostmi hodlal připravit koncepcí jednotlivých medicínských a souvisejících oborů s výhledem na 5 až 10 let a standardní postupy (lege artis) pro většinu nejběžnějších postupů v diagnostice, terapii atd.

Do roku 1999 požadoval sjednotit veřejné zdravotní pojištění a přinejmenším

informačně je propojit s nemocenským pojištěním a vytvořit pravidla pro komerční připojištění. (101)

V téže době hodlal vypracovat metody pro hodnocení kvality práce zdravotnických zařízení a znovu zavést systém hlavních, regionálních a okresních odborníků. Předpokládal též vypracování systému pro hodnocení frekventantů a absolventů škol a v souvislosti s tím stanovení počtu přijímaných studentů.

V oblasti lékové politiky požadoval zavést diferencovanou marži podle ceny pro lékárny a důsledné pozitivní listy pro lůžková zařízení a výraznější preskripční omezení podle odbornosti a dosažené kvalifikace. V maximální míře chtěl vytvořit podmínky pro veřejnou dostupnost všech informací, které nejsou předmětem lékařského nebo obchodního tajemství. (122)

Cílový stav fáze rozvoje – do roku 2005

Funkce zdravotních pojišťoven by měla být optimalizována z hlediska provozních nákladů. Náklady na léky a prostředky zdravotnické techniky by měly být zregulovány na úroveň srovnatelných zemí. Zdravotnictví by mělo být pod kontrolou veřejnosti prostřednictvím účasti v systému a obecnou dostupností informací.

Zdravotnická zařízení

Soukromé vlastnictví nemovitostí (nebo jejich částí), v nichž pracují smluvní zdravotnická zařízení, by nebylo podporováno. Výjimkou by byla zařízení, která jsou pořízena na základě kalkulace, z níž plyne, že je pro provozovatele výhodnější ZZ vlastnit než platit nájemné. Veřejné vlastnictví nemovitostí, v nichž pracuje ZZ, by bylo vlastnictvím státu, územně správního celku nebo obce. Takto vzniklé vlastnictví by mohlo být výsledkem privatizace ZZ.

Režim činnosti ZZ:

- a) činnost ve smluvním ZZ (s privatizovanou činností nebo bez ní)- správa smluvních ZZ se může dít různými formami, náklady na tuto správu nesmí překročit zákonem daný limit, smluvní zařízení by podléhala za definovaných podmínek veřejné kontrole.
- b) v soukromém zdravotnickém zařízení- jsou to taková zařízení, kde činnost není financována z veřejných zdrojů mimo případy neodkladné péče, tato zařízení nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nejsou zařazena do sítě veřejných zdravotnických zařízení a mohou účtovat pacientům smluvní ceny i za výkony

jinak hrazené ze zdravotního pojištění, tato zařízení musí splňovat stejné minimální nároky pro výkon činnosti jako veřejná ZZ.

Kategorie zdravotnických zařízení z hlediska jejich hierarchie

- **Zařízení základní zdravotní péče** - praktičtí lékaři pro dospělé, praktičtí lékaři pro děti a dorost, gynekologové, stomatologové v základní péči, lůžková oddělení základní péče
- **Zařízení specializované zdravotní péče** - nemocnice II.typu a ambulantní specialisté - jejich definovanou minimální dostupnost musí zajistit orgány státní správy a samosprávy na úrovni okresu
- **Zařízení vysoce specializované zdravotní péče** - nemocnice III.typu a ambulantní specialisté - jejich definovanou minimální dostupnost musí zajistit orgány státní správy a samosprávy na úrovni VÚSC a státu
- **Nemocnice I.typu** - zahrnují lůžková oddělení základní péče: interní odd., chirurgické odd. a laboratorní komplement
- **Nemocnice II.typu** (obvykle v každém okrese jedna - podle počtu obyvatel) lůžková oddělení specializované zdravotní péče: interní odd., chirurgické odd., gynekologické a dětské odd., ARO, infekční, nervové, ortopedické, urologické, ORL, rehabilitační, geriatrické, TBC a respirační, psychiatrické, oční, kožní, radioterapie
- **Nemocnice III.typu** (obvykle bývají v bývalých krajských městech) zahrnuje odd. jako nemocnice II.typu a dále odd. alergologické, nemocí z povolání, kardiochirurgické, traumatologické, foniatrické, klinické hematologie, léčby popálenin
- **Léčebny**
- **Další zařízení**- stacionáře domácí péče, ústavy vědecko-výzkumné atd.
- **Hygienické stanice** by se měly stát podle Zákona o ochraně veřejného zdraví orgány státní správy.

Sítě zdravotnických zařízení

Zařazení do sítě by určoval stát stanovením závazných podmínek a mezí rozsahu sítě. Soustava musí být hierarchicky uspořádána tak, aby vysoce specializovaná zařízení s velmi nákladným provozem soustředila nemocné z většího území, a bylo tak využito nákladné techniky a kvalifikace

specializovaných týmů.

Restrukturalizace a racionalizace sítě – v České republice přetrvává nepříznivá skladba lůžek s vysokým podílem drahých akutních lůžek a proto se předpokládalo, že lůžka by byla racionalizována podle potřeb zdravotní péče a podle ekonomických hledisek. Rozhodnutí o uzavření či neuzavření smlouvy zdravotnickým zařízením nelze ponechat na libovůli pojišťovny jako je tomu doposud, ani nelze pojišťovně bezvýhradně uložit kontraktační povinnost ke všem existujícím ZZ. Garantem zajištění péče by podle této koncepce byl stát, a proto se musí určit, za jakých podmínek pojišťovna smlouvu uzavřít musí. Muselo by dojít ke standardizaci, která by byla podmínkou pro uzavření smlouvy se zdravotními pojišťovnami. Standardy by se týkaly jak technického vybavení, personálního vybavení (včetně kvalifikace), tak také diagnostických a terapeutických postupů.

Léková politika

Na lékové politice, která je doménou Ministerstva zdravotnictví ČR, se podílí další subjekty, proto jim byly stanoveny úkoly:

- V kompetenci Ministerstva financí je cenotvorba léků
- Státní ústav pro kontrolu léčiv zajišťuje bezpečnost léků, kvalitu s prokázaným účinkem a poskytnutí odpovídajících informací.
- Zdravotní pojišťovny uplatňují některé významné regulační mechanismy
- Poskytovatelé zdravotní péče ovlivňují spotřebu léčiv předepsaných na recept i přímo podaných pacientovi
- Populace České republiky- zvyšování spotřeby léků je způsobeno demografickými faktory (stárnutí populace, prodlužování věku spojené s morbiditou) , požadavky pacientů na farmakoterapii
- Výrobci, dovozci, distributoři a lékárníci kontinuálně ovlivňují nabídku, která je spojena se světovým rozvojem farmakoterapie a evropským vývojem cen léků.

V době přijetí koncepce chyběla struktura na regionální úrovni, která by byla nástrojem státu při uplatňování lékové politiky.

Ministerstvo zdravotnictví ČR definovalo tyto hlavní cíle lékové politiky státu:

1. účelná farmakoterapie
2. dostupnost potřebných léků v ČR

3. zadržování růstu nákladů na léky na úroveň, která je únosná pro financování z veřejných prostředků i pro financování individuální
4. optimální alokace financí na oblast léků a prostředků zdravotnické techniky
5. bezpečnost, jakost a účinnost léků a informací o nich odpovídající současné úrovni vědeckého poznání a technického pokroku.

Dalším cílem bylo dosáhnout souladu právních norem ČR s právními normami EU a připravit v oblasti regulace vlastností léčiv podmínky pro vstup ČR do EU.

Zákonem č.79/97 Sb. O léčivech a prováděcími předpisy byl vytvořen právní základ pro uplatnění zásad vývoje, klinického hodnocení, výroby, distribuce, registrace, výdeje, postregistračního sledování a likvidace léčiv, které jsou z převážné části slučitelné s předpisy Evropského společenství. Bylo třeba dořešit nedostatečnou rychlost registračního řízení.

Významně bylo nutné ovlivnit regulaci výdajů na farmakoterapii – úkoly:

- oblast regulace cen, a to na velkoobchodní a na maloobchodní úrovni
- oblast regulace úhrad z veřejných finančních zdrojů
- oblast regulací prostřednictvím kategorizace léku (ve smyslu stanovení výše limitní úhrady ze zdravotního pojištění, omezení preskripce na určitého specialistu, diagnózu atd.)
- kontrolní a schvalovací činnosti provozované zdravotními pojišťovkami
- finanční zainteresovanost lékařů na hospodárné využívání prostředků na léky
- finanční zainteresování pacienta na hospodárném využívání prostředků na léky

Přímá regulace cen včetně obchodních přírůžek je v působnosti Ministerstva financí. V současné době existují tzv. maximální ceny vyhlášené Ministerstvem financí, a tzv. věcně usměrňované ceny.

Dosavadní systém měl tyto nedostatky:

- systém vede k tomu, že není reálně ověřitelné, zda ceny léků v lékárnách jsou uplatňovány pravidel a zda doplatek na lék od pacienta je žádán v souladu s platnými právními předpisy. Existují rozdíly cen týchž přípravků nejen mezi lékárnami, ale i uvnitř jediné lékárny (v jednotlivých dodávkách). V naší

republiky se osvědčil systém limitních úhrad léčivých přípravků podle obsahu účinné látky

- v některých případech jsou ceny léků na našem trhu příliš vysoké ve srovnání se zeměmi s podobnou ekonomikou jak ČR

Záměry v oblasti cenotvorby:

- zprůhlednění doplatků pro pacienty, nejlépe stanovením jedné stálé ceny přípravku po dobu celého roku na celém území republiky
- neplatit za léčivé přípravky více než je nezbytně nutné, MF by mělo přijmout systém vyjednávání o ceně se zohledněním výše ceny srovnatelného přípravku v tuzemsku, stejného přípravku v zahraničí v zemích se srovnatelnou ekonomikou.
- Neplatit distribuční přírůstek v neodůvodnitelné výši – stejné procento u léků levných i nákladných (37)

Kontrolní činnost zdravotních pojišťoven.

Lékovou politiku je třeba vymanit z vlivu farmaceutické a lékárenské lobby, zejména pak zahraničních výrobců a distributorů. ČSSD chtělo prosazovat následující opatření:

- úprava seznamu léčiv a zdravotnické techniky (zpravidla hrazen jeden lék z každé užší indikační oblasti)
- regulace v oblasti individuálně připravovaných léčiv, krevních derivátů a radiofarmak
- rozšíření preskripčních omezení v případě zvláště nákladných léčiv a léčiv vyžadujících speciální znalosti
- orientace úhrad podle farmako-ekonomických studií
- zdokonalení evidence spotřeby a prognózování vývoje
- cenové dohody s distributory na dobu určitou
- skutečná regulace maximálních cen, a to ve výši odpovídající ceně ve srovnatelných zemích povinnost státu zajistit přiměřenou dostupnost lékárenských služeb a pohotovostních dodávek léků.

Poskytovatelé (lékaři,zdravotnická zařízení)

- povinnost lékaře předepisovat plně hrazený lék jestliže existuje, jiný lék jen s informovaným písemným souhlasem pacienta

- důsledné prosazení standardních pozitivních listů v nemocnicích
- znovuotevření komisí účelné farmakoterapie

Distributoři a lékárny

- provozování lékáren pojišťovnou nebo obcí za jasně stanovených podmínek
- dosažení kusové kontroly v lékárnách
- rozdělení marže pro lékárníky a distributory při zavedení diferencované přírážky (podstatný pokles u drahých léků)
- zavedení celostátně platných cen
- podmínky provozu lékáren budou stanoveny zákonem
- síť lékáren s omezením ze zákona

Zdravotnické školství, kvalifikace

ČSSD požadovalo návrat zdravotních škol do resortu ministerstva zdravotnictví s optimalizací sítě s ohledem na potřeby praxe. Celkový počet studentů lékařských fakult by měl být limitován podle předpokládané potřeby. Chtěli podporovat rozvoj dalšího vzdělávání středních zdravotnických pracovníků. Zdravotnické povolání je závazkem celoživotního doškolování.

Zdroje potřebné pro zdravotnickou péči:

Lze je rozdělit na veřejné a neveřejné. Veřejné zdroje by měly původ ve zdravotní pojištění, ve státním rozpočtu a v rozpočtech obcí. Šlo by zejména o zdravotní pojistné, investiční a neinvestiční prostředky ze státního rozpočtu a obecních rozpočtů, příspěvky příspěvkovým organizacím atd.

Hlavním zdrojem mělo zůstat povinné pojistné, které mělo pokrýt 80-100% standardní péče. Objem přímých plateb (mohly být hrazeny z komerčního připojištění) se neměl rozšiřovat a neměl přesáhnout 10% celkového rozsahu péče. Dalším zdrojem měl být státní rozpočet, z něhož se neměly hradit standardní, a tím méně nestandardní výkony, ale který měl být nástrojem zdravotní politiky státu. Z tohoto zdroje měla být financována např. výstavba zdravotnických zařízení, aktivity hygienické služby celostátního významu atd.

Všeobecná zdravotní pojišťovna

ČSSD počítala se sloučením všech v ČR existujících zdravotních pojišťoven. Činnost pojišťoven a jejich hospodářská situace měla být kontrolována zástupci pojištěnců a zdravotnických zařízení a státní správy. Perspektivně by bylo žádoucí informačně propojit zdravotní pojištění a nemocenským.

Ministerstvo zdravotnictví

Ministerstvo mělo plnit kontrolní funkci a to jak ekonomické kontroly tak i kontroly kvality poskytované péče.

Ekonomická kontrola : ZZ by měla mít povinnost poskytovat informace o svém hospodaření, jednak prostřednictvím namátkových kontrol, nebo kontrol po podnětech. Tuto kontrolu by měl zajišťovat příslušný útvar ministerstva.

Kontrola kvality péče: by měla prováděna prostřednictvím pověřených odborníků organizačně svázaných s poradními orgány ministra. Tato kontrola měla být zaměřena na dodržování postupů lege artis a plnění standardů jednotlivých lékařských oborů.

Kontrolní činnost zdravotních pojišťoven

Zahrnovala kontrolu indikačních a preskripčních omezení, shodu diagnózy s terapií a správné zápisy v dokumentaci a také kontrolu účelné farmakoterapie.

Kontrolní činnost pojišťoven brzdily tyto faktory:

- roztržitost pojišťoven – v současnosti neexistuje systém, který by sumarizoval data o nedostacích jasných preskripčních pravidel
- poskytování zdravotní péče (včetně farmakoterapie)
- zdravotní pojišťovny si tato data nesmí navzájem vyměňovat
- odbornost kontrol – nezávislých lékařů-specialistů, kteří dovedou provést kontrolu farmakoterapie, je nedostatek

Výše uvedené problémy by se daly vyřešit vybudováním společného informačního systému o pohybu, preskripci a spotřebách léčiv, který by umožňoval statistická šetření, a na který by dále byly navázány společné systémy kontrol farmakoterapie a společné systémy stanovení limitů na výši farmakoterapie či na stanovení rozpočtů.(101)

V Davidově koncepci bylo navrhováno zřídit **Regionální lékové centrum** (centra): Toto centrum by bylo pověřeno těmito funkcemi:

- zpracování, analýza a vyhodnocení dat
- sumace nákladů na předpis od jednotlivých zdravotních pojišťoven
- vyhledávání podezřelých preskripcí (na úrovni předepisujícího pracoviště, jednotlivého pacienta či lékárny)
- zjišťování důvodů odlišnosti jednotlivých preskripcí - servis
- tvorba individuálních limitů na výdaje na preskripci

- odborná manažerská činnost
- zprostředkování odborné informace o účelnosti preskripce
- literatura, doporučené terapeutické postupy
- zprostředkování odborné podpory revizního lékaře
- smírčí odvolací centrum při sporech pojišťovna – zdravotnické zařízení – pacient
- informační centrum pro lékaře
- filtrování podnětů z terénu a informování centrálního orgánu
 - preskripční statistiky
 - lékové problémy v terénu, doporučení změn kategorizace určitých léků
- jiné úkoly – např. odborná podpora finančních kontrol lékáren

Předložená koncepce byla velice podrobná, po Mackově koncepci byla **nejucelenější a vzhledem k cílům a vytyčeným úkolům i nejpodrobnější koncepcí**. Žádná další koncepce již nešla do takové hloubky řešení problémů. Její chybou bylo, že nevěnovala pozornost dvěma základním pilířům reforem zdravotnictví obecně - makroekonomické a mikroekonomické efektivitě. Nebyla uvedena žádná analytická data popisující současný systém a materiál neuváděl ani hrubé odhady dopadů navrhovaných změn. (41)

Reformní programy známé ze zahraničí věnují velkou pozornost **decentralizaci řízení zdravotnictví**, přesunu co nejvíce rozhodovacích, plánovacích a řídicích pravomocí na co nejnížší etáž správy nebo samosprávy. Decentralizace je považována za nástroj, který zlepšuje přístup ke zdravotní péči, její kvalitu a dostupnost. Koncepce ministra Ivana Davida spíše představuje **centralizaci**. Jak na úrovni poskytovatelů zdravotní péče posílením státního dohledu, tak na straně plátců zdravotní péče praktickou likvidací systému několika zdravotních pojišťoven zavedením centrální Správy zdravotního pojištění a zejména 100% přerozdělením vybraného pojistného. (85)

Malá pozornost je také věnována primární péči. Lékařskou péči je třeba rozdělit na péči nezbytnou a péči zbytnou, zatíženou přiměřenou mírou pacientovy spoluúčasti. Materiál také neobsahuje nástroje k odstranění zásadních rozporů a problémů, např. dramaticky rostoucí deficit celého systému, rozpor mezi velmi

dobrou (místy špičkovou) úrovní zdravotnictví a nedostatkem financí na její krytí.
(27)

Z koncepce také vyplývala nevěle měnit stávající systém postgraduálního vzdělávání. Systém dvoustupňových atestací je v rozporu s direktivami EU, ale také v rozporu s věcným návrhem zákona o vzdělávání ve zdravotnictví. Materiál také významně posiluje roli úředníků MZ, naopak prakticky opomíjí zákonnou roli stavovských organizací (komor) i odborných společností, chystá se také dramaticky omezit systém zdravotního pojištění až k hranici jeho likvidace. (93)

3.1.3. Koncepce Marie Součkové

Dalším představitelem státu, respektive ministerstva zdravotnictví, který se pokusil v roce 2002 vypracovat a předložit koncepci zdravotnictví byla ministryně zdravotnictví Marie Součková. Podle samotné autorky nejde o koncepci, nýbrž jen o teze koncepce. Za hlavní prioritu byla označena péče o zdraví občanů. Přínosem je, že **občana nevnímá jako pasivní subjekt – chce ho vtáhnout do rozhodování o jeho zdraví**. Podle představ ministryně by pacient měl mít právo na informace, měl by mít možnost souhlasit nebo nesouhlasit s léčbou a sledovat kvalitu poskytovaných služeb.

Teze M. Součkové předpokládaly **zavedení základních úkolů programu Světové zdravotnické organizace „Zdraví pro všechny v 21. století“** a počítaly s integrací handicapovaných, s přípravou na stáří a s péčí o onkologické a gerontopsychiatrické pacienty. V tom byl významný posun, protože koncepce předchozího ministra Davida vycházela z již překonaného dokumentu WHO „Zdraví pro všechny do roku 2000“. (7)

Ministerstvo a samotná ministryně v koncepci rezignovala na úlohu řízení tvorby sítě zdravotnických zařízení. K převodu okresních nemocnic na kraje došlo za „tak legislativně neošetřených podmínek“, že vláda v dané chvíli nedisponovala žádným nástrojem, který by zabránil divoké privatizaci, rozkrádání a zániku některých nemocnic.

Velmi nedostatečně byly v předkládaném dokumentu rozpracovány kapitoly týkající se investic ve zdravotnictví. Koncepce nereagovala na zrychlující se dynamiku růstu výdajů za léky a zdravotnický materiál. (14)

Nízké platy lékařů a ostatních zdravotnických pracovníků nepovažovalo ministerstvo za problém, ten však pravděpodobně nastane, když desítky

kvalifikovaných pracovníků začnou odcházet do zahraničí.

Předkládaná koncepce byla velice nekonkrétní, ale přesto poměrně nebezpečná. Snižování rychlosti růstu výdajů na zdravotnictví by totiž při její realizaci znamenalo snížení dostupnosti a kvality zdravotní péče pro občany. Marie Součková v koncepci požadovala:

1. posílit příjmy pojišťoven, provést takové právní úpravy, které sníží či omezí objemy rezervního a zajišťovacího fondu a posílí dohled státu, u VZP chce, aby byly přehodnoceny příjmy v dozorčí radě, výdaje fondu prevence (nelíbí se jí, že z tohoto fondu je financován projekt iZIP) a utvořena nová organizační struktura s redukcí okresních poboček.
2. optimalizovat síť ZZ, včetně vytváření „sociálně zdravotních lůžek“; vznikl již první plán počtu akutních lůžek, která měla být redukována nebo transformována, fakultní nemocnice měly během tří let snížit počet akutních lůžek o 2614.
3. zavést platbu za diagnózu, čili DRG, v příštím roce „částečně a v roce 2003 již plně“
4. zavést regulátory čerpání zdravotní péče, mezi něž patří spoluúčast pacienta a různé poplatky (u nás je spoluúčast 8,6%, což je hluboko pod úrovní EU, kde je průměr 25%, uvažuje se o rozmezí 10 až 15%)
5. zavést komerční připojištění na služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění (89)

Některé teze uvedené koncepce byly zajímavé, např. racionalizace sítě zdravotnických zařízení (ale neobsahovaly roli státu při plnění tohoto úkolu), počtu akutních lůžek, nebo komerční připojištění na zdravotnické služby, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění. Přiblížila se marginálnímu problému každé koncepce (která se tváří jen jako koncepce a přitom je pouze snůškou restrikcí a regulací), tj. vymezení základní (standardu) zdravotní péče, která by byla plně hrazena ze zdravotního pojištění a vymezení „nadstandardu“, který by si pacient hradil sám přímo nebo prostřednictvím komerčního zdravotního pojištění.

3.1.4. Koncepce zdravotnictví stínové vlády

Vedle regulérní vlády existuje v ČR (po každé politické změně) **vláda stínová**, kterou vytváří strany, které se nepodílí na vládě. I tyto vypracovávají

konceptu zdravotnictví. Není to však ucelená koncepce, jen zásady a principy, popřípadě analýza stavu. Za vlády ČSSD to byla „koncept“ ODS a částečně strany lidové. Materiál začínal analýzou stavu:

- pojištění má charakter zdravotní daně, občan nerozhoduje ve větší míře o nákladech na péči, nemá odpovědnost za její čerpání, není v postavení klienta ani u zdravotní pojišťovny, ani u ZZ. Absence informací staví pacienta do pasivní role
- prodlužují se čekací lhůty, narůstá korupce a zvyšuje se nerovnost přístupu k péči
- v systému zdravotního pojištění byla nastolena falešná solidarita, která je pouhým přerozdělováním prostředků na úhradu péče
- systém neúčelně spotřebovává peníze, projevuje se permanentní tendence k nestabilitě a deficitu
- nepřiměřený důraz je kladen na konstrukci úhrad ZZ na úkor pacienta
- dohodovací řízení, segmentace zdravotní péče, sazebník výkonů a ostatní regulace znemožňují řádné fungování trhu zdravotního pojištění a jsou zdrojem nestability
- regulační zásahy MZ a státní intervence (vyhlášky o úhradách, kategorizace léčiv apod.) situaci ještě zhoršují, není vyjasněna představa o státní správě ve zdravotnictví, druhá etapa reformy veřejné správy situaci ještě více zneprůhlednila, chybí jasná definice státní a veřejné objednávky.
- chybí seriózní finanční analýzy dopadu vstupu ČR do EU na zdravotní systém, v souvislosti se vstupem ČR do EU dochází k přijímání nadbytečných a omezujících právních předpisů, hlavně podzákonných norem
- stávající způsob kategorizace léčiv a cenová politika je významnou příčinou narůstajících nákladů v systému
- investiční politika podléhá lobbistickým tlakům, je málo transparentní a neefektivní, nejsou dodržována ani vládou stanovená pravidla.

Koncepce stínového ministra (v této souvislosti neznáme autora, nebo autory; je to již koncepce současného ministra zdravotnictví Julínka?) souborem příliš nespojitých návrhů, které spatřují řešení v mírném navýšení zdrojů plynoucích do

zdravotnictví především cestou přesunu z jiných kapitol státního rozpočtu. Také nic neříkala o tom, zda 7,4% HDP vydávaných u nás na zdravotnictví je považováno za dostatečné či nikoli. Dále z materiálu nelze vyčíst, zda je rozsah hrazené péče dostatečný, pouze se v něm píše, že spoluúčasť v ČR je oproti EU velmi nízká, ale není jasné, zda by se měla zvyšovat. (107)

Plánované stoprocentní přerozdělení pojistného by vedlo k tomu, že už dnes velmi sobě podobné pojišťovny by se změnilly na naprosto identické. Materiál se také zabývá 40 miliardami korun, které ročně plynou do zdravotnictví v podobě investic, nekonkrétně se zmiňuje o lékové politice a regulaci spotřebního materiálu, kde jde o 50 miliard ročně, povrchně se zabývá kvalitou. (155)

3.1.5. Koncepce zdravotnictví Jozefa Kubinyho

Ministerstvo zdravotnictví je ministerstvem, na kterém došlo k velkému personálnímu pohybu ministrů. Počty ministrů po roce 1989 jsou srovnatelné snad jen s ministerstvem obrany. Toto střídání neprospělo ani řízení zdravotnictví, ani koncepci. Každý nový ministr zpravidla začal svoje působení tezí: „vše co vykonali mí předchůdci je chybné, nekompetentní, nesystémové .. a já do měsíce, maximálně do dvou měsíců připravím koncepci novou, která napraví chybné transformační kroky. Takovou byla i koncepce nového ministra zdravotnictví Jozefa Kubinyho.

Financování zdravotní péče

- Zrušení kategorie státem hrazených pojištěnců (důchodci, děti a nezaměstnaní) – ministr navrhoval, aby pojištění za děti platili rodiče a stát jim na oplátku poskytoval daňové úlevy. Důchodci a nezaměstnaní by si pojištění platili sami, avšak s tím, že tyto výdaje by jim kompenzoval stát zvýšením důchodu či příspěvku v nezaměstnanosti.
- Limitované příspěvky pojištěnců. Pacienti by si sami přispívali na různé administrativní činnosti v oblasti ambulantní péče (poplatek za návštěvu lékaře či za vystavený recept), nebo na hotelové služby při hospitalizaci a dopravu.. Návrh počítal se snížením procenta odvodu zdravotního pojištění (hlavním cílem nebylo zvýšení finančních zdrojů, ale regulace spotřeby zdravotní péče).
- Zavedení limitovaných příspěvků pojištěnců plošné zavedení čipové karty pojištěnce, díky které by se evidovaly zaplacené příspěvky a jejich roční limity.

- Zavedení ošetrovatelsko-pečovateľského pojištění zejména pro seniory, postižené lidi a lidi po těžkých úrazech, dále komerční připojištění pro nehrazenou péči, povinné pojištění odpovědnosti z provozu vozidel pro péči v důsledku dopravních nehod, povinné úrazové pojištění a dobrovolné havarijní a úrazové pojištění.

Zkvalitnění výběru pojistného

- Koncepce počítala se stoprocentním přerozdělováním pojistného a zřízením jednoho společného výběrčího místa pro všech devět zdravotních pojišťoven, následně i společný výběr povinného zdravotního a sociálního pojištění.
- Zřízení clearingového a informačního centra, přes něž by se prováděly veškeré platby fyzickým osobám – zjednodušila by se mzdová agenda, zprůhlednila ekonomika a zlepšila by se platební morálka odvodu pojistných dávek malých a středních podnikatelů

Veřejné finance pod kontrolu veřejnosti

- Všechny úhrady z veřejného pojištění by se poskytovaly k veřejné kontrole, aby občan měl možnost sledovat svůj účet zdravotní péče
- Veřejnosti se měly poskytovat úplné informace o hospodaření zdravotnických zařízení
- Obdobné informace by poskytovaly i zdravotní pojišťovny

Zefektivnit výdaje za zdravotní péči

Ministr chtěl rozdělit dohodovací řízení na několik segmentů s vlastním režimem dohodování – lůžková péče, ambulantní a ostatní péče, léky a zdravotnické prostředky. Počítal se zavedením systému DRG, s jednoročním obdobím úhrad či s optimalizací rozsahu hrazené péče

Léková politika

- Měla být vytyčena zásada podle níž růst nákladů na léky nesmí překročit růst příjmů zdravotního pojištění
- V každé skupině léků měl být minimálně jeden lék plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění

- Měl být zaveden systému třístupňových regulačních opatření lékové politiky.

- Postupně měla být zaváděna elektronickou preskripci léků za použití čipových karet a databáze přístupné přes internet (okamžité informace o všech lécích, které pacient užívá, zamezení padělání receptů).

Národní referenční centrum

- Zjednodušení komunikace mezi pojišťovny a poskytovateli zdravotní péče (pojišťovny měly posílat data na jediné místo, odkud měla být data rozesílána poskytovatelům)

Správa zdravotního pojištění

- Počítalo se se vznikem Správy zdravotního pojištění – organizační jednotky společně spravované pojišťovny, MZ a MF – měla přerozdělovat vybrané pojistné, vypracovávat rozbory a ekonomické zprávy pro MZ, vládu a parlament, zajišťovat sběr dat za celý systém zdravotního pojištění, sjednávat ceny zdravotní péče s pojišťovny a poskytovateli, atd.

- Měla zajišťovat v souladu s mezinárodními smlouvami úhradu zdravotní péče poskytnutou českým pojištěncům v zahraničí.

- Měla provádět kontroly ve ZZ a hlásit závažná porušení zákona MZ

Sloučení nemocenského a zdravotního pojištění

Tím, že je odděleno zdravotní a sociální pojištění, lékař není motivován ke snížení nákladů na nemocenské dávky využitím intenzivnější léčby.

Síť zdravotnických zařízení

- Problém byla předimenzovaná síť poskytovatelů, která by se řešila metodikou plánování kapacit podle koncepcí jednotlivých oborů medicíny, rozmístováním nákladné zdravotnické techniky na základě souhlasu nezávislé komise jmenované vládou, krajskými zdravotními plány a periodickými výběrovými řízeními na ambulantní a lůžkovou péči.

- Prioritou byla koncentrace superspecializované a specializované lůžkové zdravotní péče do optimálních funkčních celků tak, aby jejich využití bylo co nejefektivnější.

Evropské centrum

- Navrhoval vytvoření Evropského zdravotnického informačního a clearingového centra – mělo by se zabývat vzájemným přeúčtováním nákladů za skutečně poskytnutou péči, přeúčtováním paušálních úhrad za důchodce a rodinné příslušníky osob zaměstnaných v jiném státě.

Elektronický identifikátor

- Elektronický identifikátor měl dostat každý pojištěnec- na základě příslušných dohod v EU bude nutné od roku 2008 každého občana vybavit elektronickým průkazem zdravotního a sociálního pojištění.

Koncepce byla rozdělena do tří etap:

- Krátkodobé – realizace opatření vedoucích ke stabilizaci systému
- Střednědobé – do roku 2006 – měla se přijmout řada zákonů (zákon o ZZ, zákon o zdravotní péči, zákon o záchranné službě)
- Dlouhodobé – realizace Evropského zdravotnického informačního a clearingového centra (112)

3.1.6. Koncepce Milady Emmerové

Ministryně zdravotnictví Milada Emmerová předložila na počátku listopadu 2004 teze, které měly být základem její koncepce zdravotnictví. (15)

- zdravotnictví chápala jako veřejnou službu, v níž se měly zohlednit i zkušenosti z doby před listopadem 1989
- zdravotníci měl být odměňováni s ohledem na vysokou náročnost a odpovědnost jejich poslání a s ohledem na úroveň odměňování jejich kolegů v ostatních vyspělých zemích EU
- vyzývala k potlačení polypragmatie, ale aby uklidnila odbornou veřejnost dodávala, že nehodlá zasahovat do vlastnických práv
- chtěla zajistit rovnocennou zdravotní péči pro všechny občany, přičemž zdůrazňovala, že solidární princip je nezanedbatelným předpokladem sociálního smíru
- zavázala se, že zajistí dostupnost zdravotní péče „po stránce vzdálenostní,

časové a ekonomické“

- chtěla vytvořit síť lůžkových zdravotnických zařízení s návazností na síť ambulantních ZZ, vyhovujících akreditačním podmínkám, a to ve spolupráci s krajskou státní správou a samosprávou
- chtěla zajistit vícezdrojové financování zdravotní péče s co největším množstvím peněz ve veřejném solidárním zdravotním pojištění, přičemž se zmiňovala o rozvíjení sociálních příspěvků u zdravotně sociálních lůžek
- slibovala, že posílí prestiž a funkci praktických lékařů a ambulantních specialistů „pomocí zásad týmové práce v ambulantních podmínkách, se zaváděním, rozvíjením a využíváním moderních telekomunikačních prostředků“
- ujišťovala, že bude podporovat předávání užitečných smysluplných informací, „nově především nemocným, pro které systém existuje“
- bude podporovat všechny kroky, které povedou nejen k prodloužení lidského věku, ale i k prodlužování důstojného lidského života

Až na výjimky hodnotili zástupci lékařských organizací návrh koncepce kriticky. Koncepce byla příliš obecná a nekonkrétní. Také hlavní účastníci zdravotnického systému byli k návrhu koncepce kritičtí. Kladně bylo hodnoceno pouze to, že koncepce byla předložena veřejné diskusi a že vycházela ze základních dokumentů pro tvorbu zdravotní politiky v evropském kontextu. (13)

Předložená koncepce usilovala o centrální řízení státního zdravotnictví za situace, kdy MZ není schopno zajistit ani základní funkce státní správy. Místo aby docházelo k dalšímu rozvoji pojišťovenského systému, snažila se předložená koncepce podřídit ho „státní kuratele“. Podle vyjádření Svazu zdravotních pojišťoven byl tento materiál nesrozumitelný a velmi posiloval vliv státu, a to ve vztahu k občanům, samosprávám, zdravotnickým zařízením i pojišťovnám, avšak bez záruky funkčnosti takového systému. (64)

Koncepci odmítli také představitelé profesních sdružení poskytovatelů mimo nemocniční ambulantní péči. Podle nich byl patrný záměr MZ zařadit ambulantní péči do takzvané sekundární péče, která by měla být integrována do nemocnic a financována globálními rozpočty. To bylo pokládáno za nesystémové, nekoncepční a škodlivé. (76)

Námítky k předložené koncepci:

- odklon od DRG ke globálním paušálům je z hlediska objektivit i efektivit úhrad, motivace ke zvyšování kvality a svobodné volby pacienta naprosto chybný
- přidělení spádových území ruší svobodnou volbu, léčbu mimorajónních pacientů bude lékař hradit z vlastních prostředků, pokud takové pacienty neodmítne
- vznik zařízení zdravotně sociální péče je pozitivní, ale v koncepci chybí organizační, odborné, ekonomické i právní zpracování této oblasti
- představa o zajištění koordinační úlohy praktického lékaře prostřednictvím zdravotní knížky je naprosto nesmyslná, mimoto praktik nemá k ovlivnění pohybu pacienta systémem žádné kompetence
- MZ by mělo vysvětlit své konkrétní záměry, pokud jde o integraci ambulantní péče s nemocnicemi, propojení formou skupinových praxí a poliklinik ve zdravotních plánech, postavení právnických a fyzických osob k veřejným financím, vytvoření nástrojů státu pro jejich regulaci apod.
- záměr MZ bez dohodovacího řízení zpracovat a vydat vyhláškou nový seznam výkonů i rozhodnutí o výši jejich úhrad je v rozporu se zákonem a přesahuje možnosti, znalosti i schopnosti pracovníků ministerstva. Je patrná i snaha o převzetí většiny kompetencí pojišťoven státem
- přes četné proklamace o rehabilitaci role pacienta ji jednotlivé body koncepce jednoznačně a výrazně potlačují.

Milada Emmerová předložila vládě novou verzi návrhu koncepce zdravotnictví v lednu 2005. Do konce roku 2005 koncepce počítala s předložením několika návrhů zákonů vládě. Hovořila o návrhu (nebo novele) zákona o léčivech, zákona o zdravotní péči, zákona o zdravotnických zařízeních a zákona o financování zdravotnictví. (3)

V analytické části opět chybělo vyhodnocení ekonomických dopadů navrhovaných opatření, která by měla zásadní vliv na fungování systému veřejného zdravotního pojištění. Osmnáct krátkodobých opatření, která navrhovala Marie Emmerová pro stabilizaci finanční stránky zdravotnictví bylo schváleno odbory a zaměstnavateli. (3)

Uspořit se mělo hlavně na léčích, úsporu dvou miliard měly přinést úhradové

vyhlášky. Ty měly od července stanovit nulové navýšení plateb. Další miliardy ročně si slibovala od dodržování referenčního systému úhrad, dále od uplatňování pozitivních listů léčiv. Materiál dále navrhoval zavést zdravotní knížku (buď v písemné nebo elektronické podobě), degresivní přírážky na léky, zamezení úhrad antikoncepce z fondu prevence, zpřístupnění vyúčtování péče pacientům prostřednictvím internetu či snížení provozních nákladů pojišťoven o pět procent. S některými návrhy lze souhlasit, ale materiál jako celek nic podstatného neřeší, jde stále o přešlapování na místě a prodlužování agonie. (13)

3.1.7. Koncepce odborové organizace pracovníků ve zdravotnictví

Odborová organizace pracovníků ve zdravotnictví (není jasné, zda se na vypracování podílel i Lékařský odborový klub) přišla s vlastní koncepcí. Cílem této koncepce bylo dosažení ekonomické rovnováhy v roce 2008 až 2009. Podle návrhu by si pacienti připláceli za tzv. hotelové služby v nemocnicích, které nesouvisí přímo s léčbou. Stát by měl stanovit minimální síť dostupnosti zdravotnických služeb a standardy hrazené zdravotní péče. Také by dohlížel na pojišťovny, ty by pro naplnění minimální sítě vyhlášovaly výběrová řízení a soustavně by kontrolovaly kvalitu poskytované péče ve smluvních zařízeních. (109)

Odbory a zaměstnavatelé dále požadovali vytvoření právní formy veřejnoprávní organizace ve zdravotnictví. Návrh také počítal s posílením role pacienta. Ten by měl mít možnost volit zástupce do orgánů své zdravotní pojišťovny a také do nich být sám zvolen.

Koncepce se ve své první části zabývá výchozími principy zdravotnictví, jeho problémy a rozvojovými příležitostmi. Dokument odmítal širší zavádění tržních principů do zdravotnictví. (121)

3.1.8. Závěry kapitoly

Analýza několika dokumentů ukázala, že nejsou správné názory, že neexistovala a neexistuje koncepce zdravotnictví. Koncepcí zdravotnictví bylo vytvořeno mnoho. Největší chybou bylo, že tvorba koncepce byla zpolitizována. Je třeba zdůraznit, že **koncepce je profesionální, odborný dokument, který by neměl záviset na tom, která politická strana je u moci, který ministr zrovna vládne, ale měla by vycházet z hluboké analýzy** jak uvedené problémy řešily vyspělé státy světa. Je samozřejmé, že je nutná kritická analýza přijatých řešení, ale

správné a důležité je přijmout (zapracovat do koncepce) vše, co se osvědčilo, co desítky let funguje, co je prověřeno a nevytvářet vlastní řešení, pokud již existuje.

Již ze samotného procesu vývoje zdravotnictví, v současnosti směřujeme od celostátního zdravotnictví ke zdravotnictví celoregionálnímu (celoevropskému) a postupně (v dalším vývoji, jehož časové meze zatím nelze stanovit) ke zdravotnictví celosvětovému. Pokud nechceme jít mimo vývoj zdravotnictví, musíme přijímat (v koncepcích) řešení, která jsou obecná, typická a ověřená v regionu a nehledat řešení, která v mnohém jdou proti směru vývoje zdravotnictví.

Přes rozdílnost názorů, nekompetentnost koncepcí (pokud to vůbec koncepce byla) vláda ČSSD na konci svého funkčního období přijala řadu opatření, které měly řešit stav ve zdravotnictví. Některá opatření vycházela z předložených materiálů, přičemž některé kroky byly nesystémové.

3.2. Řízení zdravotnictví

V první etapě transformace byly vytvořeny základní prvky (struktury) řízení zdravotnictví. V podstatě pro druhou etapu transformace se nepočítalo se změnami struktury, kompetencí apod. Nikdo nepředpokládal takovou radikální změnu, kterou je opětný vznik „krajů“ a přenesení mnoha prvků řízení, rozhodovacích pravomocí na Územně správní celky.

Do druhé etapy transformace ČR vstupovala s následujícími prvky řízení zdravotnictví.

1. Stát a Ministerstvo zdravotnictví ČR

2. Zdravotní pojišťovny

- bezprostředně zdravotnictví neřídí, ale ovlivňují finanční stránku zdravotnictví, podílí se na řízení nepřímo
- samy rozhodují o tom, s kým uzavřou smlouvu, neuzavření smlouvy často znamená likvidaci zdravotnického zařízení, pojišťovny tak mohou ovlivňovat síť zdravotnických zařízení, počty lékařů a dostupnost zdravotní péče, často mají rozhodující vliv na výši bodu
- zdravotní pojišťovny by se měly hlavně zabývat otázkami financování zdravotnictví a neměly by mít možnost nepřímo zasahovat do systému zdravotnictví

3. Profesní komory

vznikají na základě zákona č.220/1991 Sb.,o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a České lékárnické komoře, jsou na ně státem delegovány některé pravomoci, ze zákona se nepřímo podílí na řízení

4. Zdravotnická zařízení státní a nestátní

5. Občané – pacienti

je třeba posílit roli občanských sdružení, naučit pacienty, že se sami mohou podílet na řešení problémů zdravotnictví (nyní jsou převážně v pasivitě). (86)

V říjnu 1997 v souladu s Ústavou ČR bylo přijato usnesení o zřízení vyšších samosprávných celků. Jedním z úkolů v oblasti řízení zdravotnictví bylo nejen vytvořit systém řídicích orgánů a institucí, ale vytvořit a Sněmovnou a Senátem schválit zákony, které vymezují základní úkoly druhé etapy transformace. V podstatě nejdůležitější teze koncepce zdravotnictví by se měly stát obsahem přijímaných zákonů. Vláda a ministerstvo zdravotnictví by při návrzích zákonů měla vycházet z koncepce. Vláda ČR a ministerstvo zdravotnictví to má ovšem těžké, když koncepce není – vlastně je několik protichůdných navzájem se vylučujících dokumentů, které ministři vzletně nazvali „koncepce zdravotnictví“.

Jedním u nejdůležitějších zákonů, které by ČR v oblasti zdravotnictví měla mít je zákon o zdravotní péči. Přes mnoho novel zákona v roce 1998/99 nadále platil zákon č.20/ 1960 Sb., o péči o zdraví lidu. Proto byla zahájeny práce na novém zákoně. (86)

Vládní návrh zákona o zdravotní péči (leden 1998)

Úkoly státní správy a samosprávy:

1. Úkoly Ministerstva zdravotnictví.

- Zpracování koncepce a specifických programů k realizaci státní zdravotní politiky
- Zajišťuje mezíresortní a mezinárodní spolupráci v oblasti zdravotnictví
- Zřizuje poskytovatele
- Zajišťuje státní dozor a kontrolu ve zdravotnictví
- Rozhoduje o uložení sankcí
- Stanovuje etickou komisi pro účely posuzování nezavedených metod a klinické hodnocení léčiv

2. Úkoly okresních úřadů při výkonu státní správy ve zdravotnictví:

- Registrují poskytovatele zdravotní péče a aktualizaci veřejně přístupných seznamů poskytovatelů ambulantní péče
- Kontrolují plnění povinností vyplývajících z rozhodnutí o oprávnění
- Rozhodují o udělení sankcí
- Plní úkoly vyplývající z koncepcí a specifických programů k realizaci státní zdravotní politiky
- Zřizují zdravotnická zařízení
- Spolupracují s ostatními správními úřady, komorami, zdravotními pojišťovnami atd. (156)

Jedním z nedostatků vládních návrhů nových zákonů o zdravotním pojištění a o zdravotní péči je to, že velmi často odkazují na jiné zákony, které však dosud nebyly projednány parlamentem, nebo vůbec nebyly zpracovány. Ačkoli je návrh zákona velmi rozsáhlý, jednotlivá témata jsou zpracována velmi povrchně. Česká vyhláška týkající se příspěvkových organizací či další vyhlášky, které se vztahují k nemocnicím v ČR, se při srovnání se zahraničím jeví jako nedostatečné.(62)

V lednu 1998 vláda předložila nový zákon o zdravotním pojištění. Zákon o veřejném zdravotním pojištění by měl určit, jakým způsobem a zda vůbec bude naplněno ústavní právo každého občana na zdravotní péči poskytovanou bezplatně prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění.

Tento zákon by měl konečně realizovat transformaci českého zdravotnictví na demokratický a evropský systém, ale předkládaný návrh neposkytuje občanům právní jistotu, co se týče jejich oprávněného nároku na kvalitní zdravotní péči. Nezbytná míra právní jistoty není zajištěna ani ostatním účastníkům systému zdravotnictví, tj. pojišťovnám a poskytovatelům. Každý občan by měl na základě tohoto zákona odvodit, na co má při poskytování zdravotní péče nárok a v jakém rozsahu. (156)

Od návrhu zákona se očekávalo:

- Jasně definování rozsahu zdravotní péče, na kterou má občan nárok
- Zajištění právní jistoty pro pojištěnce, poskytovatele, pojišťovny
- Stabilizaci systému – zavedení regulačních mechanismů
- Úpravu právní formy zdravotních pojišťoven tak, aby odpovídala systému veřejného zdravotního pojištění

- Rovnost v přístupu ke zdravotní péči

Hlavním nedostatkem vládního návrhu zákona bylo jen povrchní určení, na jakou péči má pojištěnec právo, odkazuje na jiný zákon, označovaný jako zákon o základním zdravotním pojistném plánu, přičemž tento zákon není ani připraven. Dalším důvodem byl fakt, že pojišťovny opět nebyly definovány jako veřejnoprávní instituce.(16)

Dne 10.června 1998 vláda schválila úmluvu na ochranu lidských práv a důstojnosti člověka v souvislosti s aplikací biologie a medicíny, včetně dodatku o zákazu klonování lidských bytostí., dále vláda souhlasí se změnou ve schvalování zdravotnických prostředků tak, aby odpovídalo zvyklostem v zemích EU (každý schválený výrobek bude opatřen známkou dokládající zdravotní nezávadnost). (21)

Poslanecká sněmovna schválila 19.května 1998 novelu čtyř zákonů týkajících se veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven. 22.července 1998 Václav Havel jmenoval novou, sociálně demokratickou vládu. Ministrem zdravotnictví se stal MUDr. Ivan David CSc. Jeho koncepce zdravotnictví byla představena.

Zdravotní politika musí být konkrétní a veřejná. ČR podceňuje či zanedbává systematické hodnocení vývoje potřeb populace v systému zdravotní péče. Absence monitorování zdravotních potřeb hovoří o určitém stupni nezodpovědnosti státní správy vůči obyvatelstvu jak na úrovni kvality a dostupnosti, tak s ohledem na účelnost využití veřejných finančních prostředků. Chybí průkazné, dostatečně konkretizované údaje o výkonnosti ambulantních ordinací i jednotlivých nemocničních oddělení a také data o čekacích dobách v různých lékařských oborech. Státní správa také není připravena na informování veřejnosti o konkrétních zjištěních, o nápravných krocích i o následném ověřování, zda vyhlášené záměry jsou alespoň dodatečně naplňovány. (88)

Problematika řízení zdravotnictví je natolik obsažná, že v krátké studii není možno dát úplný přehled toho, co se realizovalo. Již jen prostý výčet zákonů, které jednotliví ministři zdravotnictví připravili, a vlády schválili je nad možnosti této práce.

3. 3. financování zdravotnictví

Nejvážnějšími problémy II. etapy transformace českého zdravotnictví se stalo jeho financování. Chybějící koncepce se bezprostředně nejevila jako zásadní problém. Bez koncepce zdravotnictví existovalo léta, ale financování zdravotnictví bylo aktuální, protože se dotýkalo všech-zdravotnických zařízení, které neměly peníze na provádění léčebně-preventivní péče, všech zdravotnických pracovníků, kteří by nedostali platy atd. Proto změna financování byla prioritním úkolem vlády, Ministerstva zdravotnictví a všech zainteresovaných. Jedním byl pokus o zavedení financování v systému DGR. (53)

V polovině roku 1997 přistoupila VZP k základní změně financování - použila systém klasifikace pacientů – **DRG (Diagnosis Related Groups**, který byl vytvářen počátkem sedmdesátých let na Yale University). Šlo o systém, kde pacienti v akutní nemocniční péči byli zařazeni do skupin na základě věku, pohlaví a vedlejší diagnózy, chirurgického výkonu atd. (asi 650 skupin), které představují přibližně stejné náklady na léčení. Od října 1997 byl výkonový systém nahrazen paušální platbou. (73)

Přestože současná právní norma umožňovala tento systém plateb, předpokládalo se, že plošné zavedení úhrady formou DRG si vyžádá preciznější úpravy v právních předpisech vymezujících vykazování a úhradu zdravotní péče zdravotními pojišťovnami, preciznější úpravu rámcové smlouvy s ústavními zdravotnickými zařízeními poskytující akutní lůžkovou péči a úpravu všech dohodovacích řízení (hlavně o cenách). Bylo třeba také dořešit způsob placení vyžádané péče u externích zdravotnických zařízení.

V ČR chybělo komplexní a kvalitní statistické a ekonomické zhodnocení zdravotních dat. Pro potřebu kontroly při plošném zavedení metody DRG bylo nutné vytvořit léčebné standardy (chybí však ochota všech zainteresovaných tyto standardy připravit). DRG systém také umožňoval prohloubit efektivitu řízení péče o hospitalizované pacienty, může omezit nepotřebnou délku hospitalizace, omezit nadbytečné zdravotnické služby a pomoci dosáhnout spravedlivějšího přidělování finančních prostředků z veřejného pojištění.(73)

Na podzim roku 1997 docházelo ke značnému zpomalování projektu DRG. VZP spolu s nemocnicemi a MZ se nesnažila o další rozvoj DRG. Docházelo k jednání mezi AN ČR a MZ o nevhodnosti použití DRG jako totálního systému financování hospitalizační péče a hledaly se možnosti, jak oddělit a nalézt vhodný způsob financování objektivních fixních nákladů nemocnic, a systém platby za

diagnózu ponechat pouze pro variabilní náklady.

Platby podle diagnózy měly přinést spravedlivější rozdělování peněz, i když ani nadále se nepočítalo s tím, že by touto formou bylo financováno celých 100% lůžkové péče, část by měla být hrazena fixními částkami. (96)

V roce 1998 bylo upuštěno od jednotného bodového systému proplácení zdravotních výkonů, většina nemocnic je financována **rozpočtovým** způsobem. Odborní lékaři jsou i nadále placeni na základě bodového systému, praktičtí lékaři přechází na smíšenou kapitační platbu. Kapitační platba znamená, že lékař dostává určitou finanční částku za každého zaregistrovaného pacienta – výše je odstupňována podle věku. Zbytek nákladů léčení je hrazen bodovým systémem. Systém financování je opět komplikovanější a méně stabilní.(91)

Na počátku roku 1998 si nejen odborníci, ale i řada lidí kladla otázku, zda existuje reálná potřeba většího počtu zdravotních pojišťoven a proč vznikly. Jejich vznik byl zdůvodňován:

1. bylo třeba zavést do systému prvky konkurenčního prostředí
2. pojištěnec – občan by měl mít možnost svobodného výběru zdravotní pojišťovny
3. snaha přizpůsobit se poměrům v zemích EU a vytvářet příznivé podmínky k předpokládané integraci (např.v Německu existuje několik set fungujících pojišťoven, v Rakousku několik desítek).

Zavedení konkurenčního prostředí se projevilo:

- zavedením nových léčebných metod, léků, zdrav. materiálů, moderního přístrojového vybavení atd. Zvýšila se úroveň poskytovaných zdravotnických služeb, zkrátily se čekací doby u složitějších zdravotních výkonů.
- Zdravotní pojišťovny jsou z důvodů konkurence přirozenou cestou nuceny k úsporám nákladů na vlastní provoz, či na zdravotní péči, k nejvyšší možné účinnosti výběru pojistného a k důslednému sledování účelnosti vynakládání finančních prostředků zejména ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče.

Zaměstnané zdravotní pojišťovny se s ohledem na nižší počet klientů, případně menší geografický rozsah působnosti vyznačovaly vyšší mírou adaptability na jakékoliv změny. Byly schopny lépe reflektovat na specifickou situaci konkrétního pojištěnce, zejména z hlediska prevence zdravotních rizik

jednotlivých profesí, oborů či např. ekologicky zatížených regionů. S tímto úmyslem byly zakládány, ale tato vazba je dnes opomíjena, přičemž při proklamovaném vícezdrojovém financování může mít význam z hlediska možných příspěvků, případně spolupráce např. na zdravotně preventivních programech. Na straně druhé malý počet pojištěnců (teorie říká nejméně 400 000) vedl k platební neschopnosti a následně k zániku pojišťovny, po které často zůstaly neuhrazené pohledávky, nebo je částečně uhradila Všeobecná zdravotní pojišťovna. (154)

Konkurenční prostředí by z dlouhodobého hlediska mělo vést k efektivně regulovanému vynakládání prostředků pojištění a k posílení důrazu na oblast zdravotní prevence.

Pojištěnci by tak konkurenční prostředí mělo přinášet nabídku aktivit zdravotních pojišťoven:

1. v rámci veřejného zdravotního pojištění
 - zlepšení zdravotní péče
 - ozdravné programy
 - rekondiční péče
 - preventivní prohlídky
 - edukační programy
2. mimo veřejné zdravotní pojištění
 - zdravotní připojištění
 - pojištění léčebných výloh v zahraničí
 - kombinované aktivity (např. s prvky nemocenského a důchodového připojištění)

System plurality zdravotních pojišťoven má i svá negativa:

1. vyšší režijní náklady – redukcí počtu pojišťoven na jedinou by se skutečně dosáhlo snížení režijních nákladů systému o cca 200 až 300 miliónů korun ročně, což však představuje pouze 0,3% celkového objemu prostředků
2. snazší administrativní styk poskytovatelů zdravotní péče a plátců pojistného s jedinou pojišťovnou (120)

System s jedinou pojišťovnou by měl brzy tendenci zbytnovat, čímž by se

očekávání úspor provozních nákladů minulo cílem. Z dlouhodobého hlediska by vedl k nízké produktivitě a omezené schopnosti nalézat nová řešení. Příliš silná pozice či monopol může také vést ke znesnadnění úlohy samotného zřizovatele.(127)

Rok 1998 byl posledním, kdy bylo možno vystačit s hledáním rezerv systému zdravotního pojištění. Odborníci prognózovali, že pokud tento systém nedostane v roce 1999 „finanční injekci“, dojde ke snížení úrovně české medicíny. Hlavním problémem bylo neefektivní využívání existujících zdrojů, věčný rozpor mezi požadavky na zdravotní péči a výši finančních prostředků. Nelze mít všeobecně přístupný zdravotnický systém, který by s nízkými náklady poskytoval služby té nejvyšší kvality. Systém financování byl komplikovaný a nepřinesl patřičné efekty. Zdravotní péče byla financována následovně:

1. Praktičtí lékaři

Financování prostřednictvím kombinované kapitačně výkonové platby – při těchto platbách jsou realizovány regulační mechanismy v oblasti úhrad za předepisované léky a úhrad za služby komplementu v závislosti na věkovém složení registrovaných pacientů.

2. Ambulantní specialisté

Financování výkonovým způsobem, přičemž platby budou regulovány podle věkově standardizovaných úhrad za ošetřeného pacienta v závislosti na celkově vykázaných objemech zdravotních výkonů, předepsaných léků a služeb komplementu.

3. Hospitalizační péče

Financována prostřednictvím kombinace pevného rozpočtu zhruba odpovídajícího podílu fixních nákladů, všechny variabilní náklady a část fixních financovány prostřednictvím platby za diagnostickou skupinu.

4. Vyžádané druhy zdravotní péče

(zdravotnická doprava, laboratorní služby, atd.) byly financovány výkonovým způsobem s regulací na straně předepisujícího (indikujícího) lékaře.

5. Následná péče

Hrazena paušální platbou za den pobytu pacienta, za jasných indikačních kritérií pro přijetí, resp. propuštění pacienta.

Dne 19. května 1998 poslanecká sněmovna schválila novelu čtyř zákonů, které se týkají veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven. Pojišťovny

podle novely mohly vytvářet fond prevence pro výkony nad rámec preventivní péče vymezené zákonem o zdravotním pojištění, dále kromě zlepšení výběru pojistného i vedení účetnictví pojišťovny. Novela zvyšovala platby státu za nevýdělečnou populaci. Do konce roku tak pojišťovny dostaly navíc 3,6 miliardy Kč.(93)

Obecně platnou metodu pro kontrolu a regulaci nákladů na zdravotní péči viděli odborníci zabývající se ekonomikou zdravotnictví v těchto opatřeních:

- v odstranění nebo alespoň významném omezení marné péče – jde o významný medicínsko-eticko-ekonomický problém spočívající v tom, že náklady na léčení pacienta, jehož naděje na záchranu života je mizivá, jsou mnohonásobně vyšší než náklady na léčení pacientů s vysokou šancí na vyléčení nebo u pacientů, kde léčba zlepšuje kvalitu života.
- v omezení, či odstranění péče nevhodné a nadbytečné – jde o výkony a služby, které mají přinést zdravotníkům finanční prostředky, jsou často vyvolány výkonovým systémem lékařských služeb.
- v rozšíření řízené péče a řízené konkurence – jde o různá opatření, např. uzavírání smluv mezi poskytovateli péče a plátcí s konečnou rozhodovací pravomocí státních orgánů, definované standardy vybavení pro poskytovatele služeb, opatření směřující k regulaci sítě zdravotnických zařízení, vliv státu na regulaci cen zdravotnických služeb a finanční motivace těch poskytovatelů, kteří dodržují smluvená kritéria
- v posílení a zdokonalování primární péče a nalezení vhodných systémových vazeb mezi péčí primární a specializovanou péčí ambulantní a lůžkovou.
- v optimalizaci sítě zdravotnických zařízení – dochází ke změnám ve struktuře lůžkového fondu ve prospěch lůžek pro dlouhodobou péči, ale také k absolutnímu snižování nemocničních lůžek, toto snížení je současně doprovázeno poklesem průměrné délky ošetrovací doby ve všeobecných nemocnicích a vyšším využitím lůžkového fondu. (71)

Závazky všech činných zdravotních pojišťoven po lhůtě splatnosti činily k 31. prosinci 1997 2,7 miliardy Kč, pohledávky zrušených pojišťoven ve výši 458 milionů Kč označilo MZ jako nedobytné. MZ konstatuje, že nerovnou bilanci zdravotního pojištění ovlivnilo zvyšování úhrad jak pro ambulantní, tak pro lůžkovou složku, nevyhovující struktura sítě zdravotnických služeb a benevolentní

politika státu v oblasti regulace maximálních cen léků.

Zahraniční praxe je taková, ceny zdravotní péče se neodvíjejí od zisku bohatších pojišťoven, ale přizpůsobují se dokonalejšímu přerozdělování pojistného tak, aby žádná pojišťovna nebyla znevýhodněna nízkým výběrem pojistného ani nemocnější klientelou. V ČR se zatím ceny stanovovaly spíše podle pojišťoven s vyšším výběrem pojistného a se zdravějšími pojištěnci. Pro zlepšení situace bylo vydána řada zákonů a vyhlášek. (150)

Dnem 1.5.1998 vstoupila v platnost novela vyhlášky č.57/1997, kterou se stanovily plně hrazené léčivé přípravky. Zároveň začal platit i cenový výměr ministerstva financí, kterým byly zvýšeny maximální ceny léčiv.

19.5.1998 schválila poslanecká sněmovna novelu čtyř pojišťovenských zákonů ve znění pozměňovacích návrhů přijatých senátem. Do fondu zdravotního pojištění tak díky zvýšení platby za státní pojištěnce a zlepšení výběru pojistného přibude za rok 1998 asi 3,6 miliardy Kč.

3.3.1. Diskuse odborníků a návrhy jak zlepšit financování zdravotnictví.

Stav financování zdravotnictví, opakující se krize, nutnost „dosypání“ do zdravotnictví miliardových částek ze státního rozpočtu vyvolala mezi odborníky širokou diskusi, jak uvedený stav řešit. Názory se ovšem natolik různí, že relevantní výstupy je jen obtížně prezentovat. Celou situaci komplikovaly i neustálé změny řízení (zejména změny ministrů zdravotnictví), přesto se pokusíme o relevantní vyústění diskuse. Nejprve jaká je situace v zemích EU.

Při vstupu ČR do Evropské unie nelze ponechat správu zdravotního pojištění ve stávající podobě, protože ta není v souladu s žádným pojišťovenským modelem ve vyspělých zemích a v důsledku znamená ztráty finančních prostředků. Zákonné pojištění je třeba podřídit specifickým mechanismům, které odpovídají veřejnoprávnímu charakteru tohoto pojištění, a je nutné z něj vyloučit prvky, které náleží výlučně komerčnímu pojištění. Jde hlavně o to, aby došlo k důslednému oddělení veřejného a komerčního pojištění, dále je třeba vypořádat se s lobbyistickými skupinami ve zdravotnictví a podřídit správu zdravotního pojištění veřejné kontrole, jestliže zdravotní pojišťovny byly zřízeny zákonem jako zástupci pojištěnců, nemohou jejich výdaje z pojistného podléhat tak silnému vlivu poskytovatelů, jako je tomu v současné době. (62)

Jak komerční pojišťovny, tak neziskové či veřejnoprávní pojišťovny

v zahraničí neustále prověřují, kolik a za co musejí nezbytně platit. V žádné zemi si uživatelé služeb nemohou dovolit ohrozit zdravotní péči kumulací finančních schodků.

V ČR se z mnoha příčin stále zhoršuje finanční bilance celého systému zdravotního pojištění, mezi hlavní příčiny patří nedokonalé právní normy, nekoncepčnost ve správě pojištění i zdravotnických zařízení a prosazování nezdůvodněných požadavků poskytovatelů.

S ohledem na zahraniční vzory je třeba určit, jakým způsobem se bude vstupovat do sítě smluvních subjektů a vystupovat z ní. Mezi vyspělými státy neexistuje žádná země, kde by zájemce o poskytování zdravotní péče mohl kdykoli uprostřed roku vyvolat jednání o zařazení do sítě smluvních subjektů. V Evropě se zpravidla uplatňuje „stop stav“, kdy noví lékaři mohou získat smlouvu teprve po uvolnění stávajícího místa. Nová lůžková zařízení vznikají jedině na podnět pojištěnců a po dohodě pojišťoven se státem (s regionální správou). (126)

Zákony v EU umožňují ukončit smlouvu dříve z důvodu nadbytečnosti zdravotnického zařízení, v ČR tedy stávající právní úprava výběrových řízení neodpovídá Evropské unii. Ve všech koncepčních materiálech zatím chybí návrh na účelné propojení všech typů zákonného pojištění, neboť provoz zdravotního pojištění bez vlivu na výplatu nemocenských dávek má vždy nižší efekt. Stejně tak chybí koordinace s úrazovým pojištěním na nekomerční bázi. (139)

Veřejnoprávní pojišťovny nejsou v zahraničí zakládány k tomu, aby se pokoušely expandovat do rozsáhlejšího území (získat více pojištěnců) – to je doména komerčních pojišťoven. Pojišťovny zřízené pro správu veřejných prostředků mají v EU zákonem či statutem stanoveno limitované území, na němž působí jako samostatný subjekt. Na limitovaný okruh pojištěnců pak úzce navazuje způsob kontroly – to znamená volby, počet členů dozorčích orgánů apod. V ČR právní subjektivita pojišťoven není dostatečně vymezena a zákon pojištěncům nezajišťuje jejich adekvátní zastoupení v kontrolních orgánech. (78)

V roce 1998 měla VZP zhruba 7,8 mil. pojištěnců, tj. 75% všech účastníků veřejného zdravotního pojištění. Měla 4500 zaměstnanců, tj. na jednoho pracovníka pojišťovny připadalo 1700 pojištěnců. Organizačně byla VZP členěna na 77 okresních pojišťoven bez právní subjektivity a Ústřední pojišťovnu. Některé činnosti VZP ukládal zákon, jiné provádí z tradice jako první a dosud největší zdravotní pojišťovna.

Ze zákona:

1. provádí administraci přerozdělování mezi zdravotními pojišťovny
2. navrhuje a vydává formuláře pro výběr pojistného
3. zajišťuje činnost tzv. informačního centra zdravotního pojištění, které vyhodnocuje objem vykázaných výkonů poskytovatelů péče
4. vede centrální registr všech pojištěnců ČR

Nad rámec zákona VZP:

1. zajišťuje činnost tzv. kapitačního centra, které zpracovává registrace pojištěnců u praktických lékařů
2. navrhuje a vydává metodiku vykazování zdravotní péče a příslušná datová rozhraní
3. vydává číselníky léčiv na základě vyhlášky MZ (154)

Základním systémovým problémem českého zdravotnictví je především **rozpor mezi rozsahem poskytované péče** (nabízenou kapacitou) **a zdroji z veřejného zdravotního pojištění.**

- veřejné zdravotní pojištění financuje neúměrně vysoký podíl z celkové dostupné zdravotní péče
- rozsah poskytované péče je v podstatě zcela na libovůli a rozhodování lékaře – zdravotnického zařízení.
- chybějí medicínsky a ekonomicky kvalifikované finanční limity pro poskytování zdravotní péče.
- chybí regulace chování pojištěnců při čerpání péče. Sedm až deset procent pacientů navštěvuje souběžně lékaře stejné odbornosti nebo zdravotnické zařízení stejného typu a v těchto zařízeních stejné lékaře nebo oddělení stejné odbornosti.
- chybí regulace ambulantní zdravotní péče poskytované ambulantními lékaři a nemocnicemi.
- chybí cílené budování základní státem garantované sítě nemocnic včetně řízení investic do nákladných zařízení a specializovaných pracovišť.
- chybí vazba mezi nemocenským a zdravotním pojištěním, kontrolní vazba mezi čerpáním nemocenských dávek a čerpáním zdravotní péče; v důsledku

toho se nedostává finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění.

- Chybí prostor pro komerční zdravotní pojištění. (153)

Zdravotní pojištění ve své organizační podobě a legislativních podmínkách nemůže samo rychle a účinně bez podpory státu stávající konflikt řešit. Systém zdravotních pojišťoven však představuje svými informačními systémy, rozsahem údajů a týmy odborníků velmi silný nástroj pro regulační opatření.

Stávající solidární systém již zahrnuje solidaritu veškerého obyvatelstva bez rozdílu výše pojistného (přitom nejvíce zatížení plátcí obvykle nejméně čerpají péči a nemocenské dávky). Solidarita přitom není ani symbolicky omezena na případy, kdy pojištěnec může svým chováním ovlivnit výši nákladů. Další zvyšování solidarity posilováním přerozdělení mezi pojišťovny:

- neřeší otázku „rovných podmínek“, která je mnohem komplexnější a nelze je takto zjednodušit
- nepřinese více zdrojů
- oslabí vazbu mezi pojišťovnou a klientem a zejména motivaci na úspěšném výběru pojistného
- nechá ve změněném prostředí působit další disproporce (rozdílná nákladovost regionů, rozdílná struktura pojištěnců, atd.) a tím bude opět destabilizovat systém, aniž by byly řešeny hlavní problémy. (151)

Jaké je východisko ze současné situace – podle názorů odborníků:

1. Potvrdit záměr postupné kultivace systému metodou dílčích opatření
2. Zpracovat a zavést do praxe diagnostické a léčebné standardy s vyjádřenou finanční náročností
3. Stanovit rozsah zdravotní péče kryté z veřejného zdravotního pojištění
4. Stanovit standardy- normativy personálního a materiálního vybavení pro poskytování jednotlivých typů péče
5. Stanovit zásady investiční politiky, která bude respektovat osvědčenou diferenciaci v poskytování zdravotní péče
6. Při všech předchozích krocích respektovat diferenciaci v poskytování péče od primární péče- linie prvního kontaktu s pacientem přes odborná ambulantní zařízení k lůžkovým zařízením v rámci okresů a specializovaným

lůžkovým zařízením a vysoce specializovaným ambulantním zařízením v rámci vyššího územně správního celku (kraje).

7. Při financování prosadit principy řízené zdravotní péče, regulující chování poskytovatelů i pacientů a přenesající část finančních rizik ze státu a pojišťoven na poskytovatele zdravotní péče.
8. Na základě těchto kalkulací stanovit rozsah poskytované péče z veřejného pojištění tak, aby tato péče byla kvalitní, přiměřeně nákladná, tj. odpovídající zdrojům, tzn. aby byla lege artis a přitom ufinancovatelná. Měla by pokrýt zhruba 75-90% potřebné zdravotní péče. Takto stanovený rozsah poskytované péče bude vždy limitován ekonomickou prosperitou státu, růstem HDP a kupní silou obyvatelstva.
9. Do zdravotní péče přesahující tento rozsah přesunout vše, co není vitálně důležité, co není důležité pro zachování potřebné kvality života
10. Zdravotní péči přesahující tímto postupem stanovený rozsah potřebné zdravotní péče kryt **komerčním zdravotním pojištěním** (115)

Vše výše naznačené vyžaduje aktivní roli státu, posílení jeho rozhodovacích pravomocí:

- Při stanovení sítě zdravotnických zařízení financovaných z veřejného pojištění
- Při stanovení kontrolních mechanismů hospodaření těchto zdravotnických zařízení, a tím nákladovosti jimi poskytované péče
- Při prosazování regulačních a kontrolních mechanismů

Zdravotní pojišťovny za předpokladu vytvoření výše uvedených podmínek musejí být rovnocenné, legislativně vycházející z jednoho zákona a tudíž působící za stejných podmínek.

- Plně zodpovědné za vyrovnané hospodaření
- Regulující financování zdravotní péče dle stejných principů
- Tvořící fondy, z kterých stanovená část prostředků by byla určena pro podporu a rozvoj prevence (zdravý životní styl, závodní preventivní péče, pracovní lékařství a bezpečnost práce, rizikové faktory závažných onemocnění atd.)
- Realizace preventivních programů by vycházela z vytvoření projektů

schválených v oponentuře lékařských společností, plátců pojistného a pojištěnců.

- K funkčnímu zajištění výše uvedeného zvážit vytvoření veřejnoprávní instituce s rozsáhlými pravomocemi ke kontrole činnosti pojišťoven.

Tento orgán by připravil sloučení zdravotního a nemocenského pojištění.

(22)

V současném stavu financování zdravotnictví lze vidět čtyři nejvýznamnější problémy.

1. malá možnost volby a nízká odpovědnost pacienta
2. špatná dostupnost informací
3. malý prostor pro konkurenci
4. malý prostor pro přímé platby a pro komerční připojištění

Neexistencí prostoru pro přímé platby je vyloučen jeden legální zdroj financování a přetěžován solidární systém. Stávající systém pacientovi přímo zákonem bere právo zaplatit si část péče nad rámec péče hrazené z veřejného pojištění. Zaplacením určité části nákladů je přitom pacient motivován k lepší péči o zdraví, ke kontrole poskytnuté péče i cen. Využití přímých plateb jako zdroje pro financování zdravotnictví je významné pouze v některých oblastech. Ve všech oblastech je však nástrojem ke zvýšení efektivity využívání prostředků.

Zásadním a dlouhodobým úkolem reformy zdravotnictví musí být změna role pacienta z toho, o kom je rozhodováno a kdo nekontroluje, protože neplatí a neví, do role toho, kdo rozhoduje, ví a kontroluje. Konkurenční prostředí by mělo vytvořit poptávku po informacích, systém motivací a zpětných vazeb bude důvodem k jejich získávání. (136)

I nadále je třeba prohlubovat pluralitu vlastnických vztahů ke zdravotnickým zařízením, vedle soukromých zařízení existují obecní a také státní zařízení, jejichž zřizovatelem je obec nebo stát prostřednictvím MZ či krajských úřadů. Ve veřejném pojištění je třeba vytvořit podmínky pro to, aby sám pojištěnec aktivně kontroloval náklady na péči, která je mu poskytována, a současně i prověřoval její kvalitu.

Nezbytné je provést novou definici rozsahu hrazené péče a soustředit se na péči nepředvídatelnou a nákladnou. Péči běžnou, předvídatelnou a cenově dostupnou je možné z balíku hrazené péče vyjmout, tak vznikne prostor pro přímé

platby, tedy pro jiný zdroj financování, a omezí se čerpání zdroje veřejného. Primární péče by měla zůstat plně hrazenou a tak přístupnou bez jakýchkoli zábran.

Pro zlepšení funkce pojišťoven je nezbytné vytvořit prostor pro jejich vzájemnou konkurenci. Stávající model, kdy všechny pojišťovny za stejné pojistné hradí stejnou péči ve stejných cenách, není motivující. Je možné dovolit rozdílné ceny pojistného, rozdílné ceny péče a případně i rozdílný rozsah hrazené péče. Diskutované stoprocentní přerozdělování vybraného pojistného a další mechanismy, směřují ke stírání rozdílů mezi pojišťovnami a mají tudíž i negativní dopad na kvalitu systému. (162)

Roky 2000-2006 proběhly bez efektivního řešení financování zdravotnictví. Nebyla politická vůle cokoliv měnit. Jednou z příčin bylo, jak již byla častá změna na postu ministra zdravotnictví a především snaha o zachování sociálního smíru. Jakákoliv radikální akce a řešení by se dotkla lékařů, lékárníků, a v neposlední řadě i obyvatelstva. Politický smír pohřbil zdravotnictví.

3.3.2. Financování zdravotnictví a pojišťovny

Svaz zdravotních pojišťoven v návrhu reformy uvádí, že podle alternativních pojistných plánů by pojišťovny měly klientům nabízet pojistnou smlouvu, která by obsahovala závazky obou stran. Na základě těchto plánů pak lze vymezit standardní úroveň zdravotní péče. Standardní péči by pojišťovna hradila vždy, úhradu volitelné části by prováděla v rozsahu podle alternativních pojistných plánů, přičemž na tyto případy by se občan mohl u své pojišťovny i doplňkově připojistit. (127)

Pojišťovny by měly mít možnost do určité míry soutěžit diferencovanou nabídkou pojistných produktů lišících se rozsahem krytí, způsobem organizace přístupu ke zdravotní péči, velikostí spoluúčasti atd. Lze předpokládat, že při nabídce pojistných produktů, z nichž některé by přesahovaly rozsah garantované péče, mohlo by dojít ke vstupu dalších prostředků do systému formou doplňkového pojištění nebo smluvně garantovaných přímých plateb.

Spoluúčast pacientů by podle svazu bylo možné doplnit o paušální platbu za recept na léky a zdravotnické prostředky. Svaz také uvažuje o fixním poplatku za duplicitní, registrujícím lékařem nevyžádanou ambulantní specializovanou péči, platbu za stomatologickou péči, léky, materiál a služby nad rámec tzv. bezplatné péče (zejména za hotelové služby v nemocnici). (120)

Zaměstnavatelé by přispívali zejména na preventivní programy pro své zaměstnance (ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami), přičemž stát by měl tyto programy daňově zvýhodnit. Svaz také požaduje převod nemocenského a také povinného úrazového pojištění zaměstnavatele na zdravotní pojišťovny. Tím by mohlo dojít k úsporám na nemocenských dávkách a mohla by posílit prevence úrazů.

Financování zdravotnictví je zajišťováno z následujících zdrojů seřazených podle výše podílu na celkových zdrojích pro zdravotnictví:

1. veřejné zdravotní pojištění
2. státní rozpočet (přímé výdaje)
3. přímá platba občanů
4. rozpočty krajů a obcí
5. smluvní pojištění
6. příspěvky zaměstnavatelů

Rozhodující měrou je zdravotnictví financováno z prostředků veřejného zdravotního pojištění, a to podílem, který překračuje míru obvyklou ve státech EU (přitom se tento podíl nesnižuje, ale naopak zvyšuje a to za uplynulých pět let z 80,1 na 81,9%). (127)

Smluvní pojištění z oblasti neživotního zdravotního pojištění nepředstavuje dosud významný příspěvek do zdravotnictví. Prognóza tvorby zdrojů má přímou vazbu na cenová rozhodnutí a další budoucí změny ve vývoji výdajů do zdravotnictví a tyto výdaje pak v současném systému silně zpětně ovlivňují tvorbu zdrojů na příští období.

Nejzávažnější rozhodnutí, která se opírají o prognózu tvorby zdrojů financování zdravotnictví jsou:

- růst cen zdravotní péče hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Ten se stanovuje v dohodovacím řízení o cenách zdravotní péče podle příslušných ustanovení § 17 zákona č.48/1997 Sb., případně rozhodnutím ministerstva zdravotnictví a jeho publikací ve Věstníku MZ, respektive vyhlášce MZ, publikované ve Sbírce zákonů v případě nedohody.
- rozsah zdravotní péče a výčet ceny léků a PZT hrazených z veřejného zdravotního pojištění stanoví zákon č. 48/1997 Sb.
- maximální ceny léčiv a PZT a jejich seznam, který se rovněž stanoví

vyhláškou MZ č. 57/1997 Sb.

- plány investic ZZ na následující rok
- tempo růstu mezd zaměstnanců ve státních ZZ a nepřímo i v nestátních ZZ

Extremně vysoký podíl zdrojů veřejného zdravotního pojištění (přes 80%) na celkových zdrojích pro zdravotnictví způsobuje neúměrně vysokou konfliktnost dohodovacích mechanismů a výsledek těchto cenových dohod a regulačních mechanismů příliš ovlivňuje hospodaření státních i nestátních ZZ.

Přímý příspěvek ze státního rozpočtu by měl především zajistit investice do vybrané sítě super specializovaných ZZ ve vazbě na koncepci rozvoje medicínských oborů, výzkumná pracoviště apod.

Příspěvky místní samosprávy by pak měly směřovat především do rozvoje těch ZZ, která jsou pro daný region klíčová a potřebují mimořádné investice nebo krytí jiných mimořádných výdajů. (117)

Přímá úhrada péče nehrazené z veřejného zdravotního pojištění je v současné době vnímána spíše jako doplatky za léky a stomatologické materiály. Část plateb je však pravděpodobně poskytována buď formou přímé nikde neevidované a nezdaněné platby, nebo formou poplatků či darů obcházejících zákon, a to i za zdravotní péči hrazenou současně z prostředků veřejného zdravotního pojištění. (130)

3.3.3. Historické souvislosti financování zdravotnictví

V roce 1991 byly přijaty zásadní zákony, které znamenaly nový způsob financování zdravotnictví. Vybrané finance na zdravotní péči se musí rozdělit. V historickém vývoji celý systém se stal velice nepřehledným. Celkem logicky byl jako kritérium použit pacient, tedy jejich počet a rozsah ošetření.

Může jít o:

- Pokladenský systém (remboursement)
- Platba za výkony (free for service)

- Platba za diagnózy (DRG)
- Paušál (zjednodušení platby zprůměrněním veškerých výkonů za nějaké období)

Ze všech těchto způsobů je nejméně průhledný paušál. Nemocnice urgují své lékaře, aby nadělali co nejvíce výkonů, což pro systém znamená pohromu. Jedním z klíčových problémů je totiž nesmyslně mnoho vyšetření a ošetření, k lékaři se dostavuje příliš mnoho pacientů (zhruba třikrát až čtyřikrát více než v jiných zemích). Korigující finanční spoluúčast však je stále tabu.

První krize takového systému byla v roce 1997: protože nedošlo k jakýmkoliv změnám, dalo se očekávat (a Dr. Macek to předpokládal), že další krize na sebe nedají dlouho čekat. (137)

Již v roce 2001 se VZP dostala do vážných finančních potíží, a na toto upozorňovala již delší dobu, ale teprve v červnu 2003 začala problémy přednášet na poskytovatele zdravotní péče. V čem jsou příčiny těchto problémů:

1. nepříznivý vývoj makroekonomického prostředí, nižší tempo růstu mezd, vyšší tempo růstu nezaměstnanosti, vzestupný trend vystavování pracovní neschopnosti s velmi negativním důsledkem v příjmech pojišťovny
2. neplánovaný meziroční nárůst výdajů za léčiva a zdravotnické pomůcky o sedm až osm procent, tedy přibližně o 1,5 miliardy Kč oproti roku 2001
3. v portfoliu VZP se hromadí osoby vyšších věkových kategorií s vysokými a nákladnými zdravotními riziky
4. neexistuje fond nákladné zdravotní péče ani systém přerozdělování vybraného pojistného
5. vyhláška MZ nastavila výdaje pojišťoven do výše, která neodpovídá ani jejich příjmům, ani schváleným pojistným plánům. Pojišťovny v současné době rozhodují prakticky jen o pětině svých výdajů
6. úhrady lůžkovým ZZ se zvyšují podle výběru pojistného, bez vazby na činnost a výkonnost těchto zařízení a bez zohlednění přesunu pojištěnců mezi pojišťovnami. (136)

Ministerstvo zdravotnictví v roce 2003 na základě uvedených skutečností upozorňovalo, že ve zdravotnictví bude chybět minimálně 15,8 miliardy Kč. Z toho vyplývá, že pokud nedojde k reformě financování, dojde ke zhoršení dostupnosti i

kvality zdravotní péče.

V roce 2002 celkové výdaje ve výši 170 miliard Kč představovaly 7,4% HDP, což je v přepočtu na jednoho obyvatele zhruba 550 euro za rok. Poskytování zdravotní péče v kvalitě srovnatelné se standardem EU, kde průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho obyvatele jsou 1600 euro.

Zaměstnanec s průměrnou mzdou platil v roce 2001 měsíčně (včetně příspěvku od zaměstnavatele) 2200,-Kč. Podnikatelé platili v průměru pouhých 770,- Kč a stát 439,-Kč za děti, důchodce a nezaměstnané, což je dohromady 56% všech pojištěnců. Podíl státu na platbách zdravotního pojištění klesl v uplynulých letech z 29 na 23%. Financování zdravotnictví tedy nesou na svých bedrech hlavně zaměstnanci. (130)

Neexistují reálné ceny za zdravotní péči. Ve zdravotnictví pojišťovny vyberou určité množství peněz a kvůli špatným zákonům za ně musí nakoupit veškerou zdravotní péči, bez ohledu na skutečné náklady ZZ tak pojišťovny platí pouze to, kolik mohou. Čím více a kvalitnější péče lékaři občanům poskytují, tím méně tedy za ní dostanou zapláceno. Neexistují pravidla pro tvorbu sítě nemocnic, ani jejich přístrojové vybavení. Ředitelé nemocnic stále chaoticky nakupují novou techniku.

Veřejné výdaje tvoří 92% výdajů na zdravotnictví, v zemích EU dosahuje spoluúcast pacientů v průměru 20%. Pacienti v ČR připlácí pouze na některé léky a za kosmetické výkony, ostatní péče je takzvaně bezplatná, proto v hojné míře zneužívána. (108)

ČR byla rozdělena do 14 krajů, které mají na starosti také zdravotnictví. MZ v současnosti řídí pouhých 19 nemocnic. Polovina veškerých nemocničních lůžek v ČR je v nemocnicích, které nyní patří krajům. Neexistuje zatím žádný zákon, který by krajské samosprávy omezoval v tom, jak s nimi budou kraje nakládat. MZ nestanovil ani minimální síť nemocnic, které mají být zachovány. (60)

Zaměstnanecské pojišťovny i VZP předložily návrhy řešení finančního deficitu systému pojištění (prosinec 2003). Pojišťovny chtějí, aby byla posílena jejich úloha v systému, zmraženy ceny péče, zaveden systém DRG a redukován počet lůžek. Krize podle zástupců pojišťoven není ničím novým, pouze periodicky se opakujícím problémem. Zásadním důvodem, proč se v různých intervalech opakuje již počtvrté, jsou především nedostatečně vysoké platby za státem hrazené pojištěnce, které nerespektují trend u plateb od zaměstnavatelů nebo osob samostatně výdělečně činných (OSVČ). Nejsou kompenzovány výdaje na

mimořádně nákladné pojištění, neexistuje žádná ekonomická motivace chování pojištěnců, poskytovatelů péče i samotných zdravotních pojišťoven. Avizovaly i potřebné změny v roce 2004:

- měly by být odkoupeny pohledávky pojišťoven a selektivně sanovány závazky krajských nemocnic
- absolutně zmrazit ceny péče a růstu nákladů na léky na recept (66)

Po celá 90. léta se různé objekty pokoušely ověřit celkovou sumu prostředků proudících do zdravotnictví mimo veřejné zdravotní pojištění. Lze konstatovat, že ani v roce 2003 není běžně k dispozici věrohodná a přehledná tabulka o prostředcích ze strany státu. Podle návrhu kapitoly ministerstva zdravotnictví ve státním rozpočtu na rok 2004, který právě schválila sněmovna, získá resort zhruba devět miliard korun formou neinvestiční a investiční podpory. Z materiálů MF ke státnímu rozpočtu pak vyplývá, že zdravotní pojišťovny obdrží minimálně 33 miliard Kč za státní pojištění. V rámci postupného oddlužování nemocnic dostaly kraje v roce 2004 dalších 700 milionů korun, v návaznosti uvolněnou částku v roce 2003 ve výši 2,7 miliardy korun.

Od začátku 90. let bylo v České republice 26 zdravotních pojišťoven, jejichž počet se zredukoval na Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a 8 rezortních. Uskutečňovalo se budování centrály pro všech 26 pojišťoven - tyto pojišťovny pak byly většinou sloučeny do VZP.

Od roku 2000 VZP produkovala deficit, který se kumuloval, což vedlo k jeho nahromadění, zadlužování a odkládání plateb. Začátkem roku 2001 bylo přijato řešení, že se převedly pohledávky za bankrotujícími podniky, které VZP měla na Konsolidační banku – dnes Českou konsolidační agenturu, což byla dotace asi ve výši 90% oněch 5 miliard Kč. Toto nesmyslné řešení bylo všeobecně pokládáno za uspokojujivé. Pojišťovny akcentují nutnost propojit zdravotní, nemocenské a úrazové pojištění, a to alespoň v informační rovině, s cílem snížit počet případů a délku pracovní neschopnosti.

Řada odborníků se ve svých vystoupeních a diskuzích od roku 2000 stále více shoduje, že je nutné zavést spoluúcast občanů na úhradě služeb spojených s poskytováním zdravotní péče. Nutnost změn vyvolávající jak vnitřní faktory (krize financování zdravotnictví, potřeba změny ve využívání veřejných prostředků, změna postojů občanů), tak faktory vnější (změny v okolních státech, připojení k EU). Chybí však politická odvaha k jakékoliv změně. (65)

1. Zavedení podílu občanů na úhradě služeb spojených s poskytováním zdravotní péče je žádoucí po vstupu ČR do EU. – Naprostá většina zemí EU má zavedenou určitou míru spoluúčasti pacientů na zdravotní péči. Pokud nedojde ke srovnání podmínek především se sousedními státy, stane se Česká republika „ostrůvkem“ bezplatné péče pro jejich občany. Tato péče půjde ovšem na vrub našich zdravotních pojišťoven.
2. Podle výsledků výzkumu agentury STEM/MARK je polovina občanů ochotna si připlácet na zdravotní péči nebo na služby spojené s jejím poskytováním – významná část občanů si uvědomuje, že bez podílu na úhradě se kvalita péče nezvýší.
3. Pro občany je přijatelné podílet se na úhradě některých služeb spojených s poskytováním zdravotní péče- občané si uvědomují, že řada služeb, jako např. návštěva lékaře v domácnosti, využití sanity, výdej léku na recept v lékárně, využití pohotovosti a platba za pobyt v nemocnici, patří mezi skutečné služby, ne do zdravotní péče, a jsou za ně ochotni platit.
4. Dobře nastavený podíl občanů na úhradě sehraje významnou výchovnou i motivační roli, pomocí které bude občan / pacient více vtažen do systému. Celoevropským trendem je, aby se občané více starali o své zdraví a více se mohli podílet na rozhodování o něm.
5. Zavedením podílu občanů na úhradě služeb spojených s poskytováním péče dojde k transparentnímu oddělení zdravotních služeb a zdravotní péče.
6. Podíl občanů na úhradě služeb u ambulantních lékařů ovlivní pozitivně jejich kvalitu. Podíl na úhradě tím, že směřuje občana více k sebekéči a samoléčení, napomáhá k racionálnímu využívání lékařských služeb. Zároveň posiluje princip solidarity tím, že dává lékařům více času na pacienty se závažnými problémy.
7. Pozitivní postoj respondentů výzkumu k podílu úhrady za služby v nemocnicích (platba za den strávený v nemocnici) je také spojen s očekáváním zlepšení jejich kvality.
8. Výběr příplatků od občanů na úhradu zdravotních služeb jako takový dramaticky neovlivní příjmovou kapitolu zdravotnictví, může sehrát významnou roli v regulaci některých prvků systému.- např. může mít vliv na spotřebu péče, na počet kontaktů s lékařem, na počet vydaných receptů a počet hospitalizovaných na akutních lůžkách, atd. U lidí ve věku mezi 60 a 80 lety je

dnes spoluúčast relativně vysoká, na léky si připlácejí v průměru 400 až 800 Kč měsíčně. (81)

Dne 6. dubna 2004 schválili poslanci nový systém 100 % přerozdělování pojistného mezi pojišťovnami. V něm se také mají stanovit nákladové indexy jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce podle věku a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Metodiku výpočtu stanoví MZ. Nový model přerozdělování by měl vstoupit v platnost v lednu 2005.

V lednu 2005 podepsala ministryně zdravotnictví ČR Dr. Emmerová vyhlášku o úhradách péče. Předpokládá, že příjmy porostou o 5-6%, a že tedy současný deficit zdravotního pojištění se změnou úhrad nezvýší. Podle svazu pojišťoven ale dluhy porostou, a to ze současných zhruba 8 na 20 miliard Kč, což způsobí výrazné zpoždění plateb. Vyhláška umožňuje různé výklady a není z ní jasné, jak by měly úhrady v ambulantní sféře vypadat. Také pojišťovny s ní nesouhlasí a tvrdí, že je protiústavní. (48)

V dubnu 2005 se dodavatelé léčiv sešli s ministryní Emmerovou, aby projednali problém dluhů za léky. Spolu s lékárníky a zdravotními pojišťovnami formulovali požadavek na oddlužení VZP a některých dalších pojišťoven. Dluhy nemocničních lékáren k Asociaci velkodistributorů léčiv (AVEL) vzrostly za posledních devět měsíců o 44% na více než miliardu korun. Dluh veřejných lékáren se blíží dvěma miliardám, ale významně neroste.

Při jednání bylo poukázáno, že přímé výdaje na zdravotnictví, které platí obyvatelstvo z vlastní kapsy, dosahují v současné době částky 16,1 mld. Kč. Z celkových výdajů na zdravotnictví to představuje 8,4%. Toto procento ve srovnání s jinými zeměmi je nízké. Diskutuje se o nutnosti jeho zvýšení mimo jiné i v souvislosti s odstraněním nehospodárnosti, zejména v oblasti spotřeby léčiv, která mají velký podíl na celkových výdajích ve zdravotnictví. (162)

V zemích OECD v průměru činí přímé platby okolo 22% z celkových výdajů na zdravotnictví, u našich sousedů, např. v Rakousku, dosahují 30%, v Polsku 27,6%, v Maďarsku 25%, na Slovensku po zavedení reformem 18%. Hovoříme o přímých platbách, protože ve skutečnosti veškeré výdaje na zdravotnictví platí obyvatelstvo, i formou příspěvků na zdravotní pojištění nebo z daní, které pak vystupují jako veřejné výdaje, transformované přes zdravotní pojišťovny nebo veřejné rozpočty. Jenže takzvané veřejné výdaje na zdravotnictví nemají přímou vazbu na jednotlivé druhy poskytovaných služeb, které se pak mohou jevit jako

poskytované zdarma.. Zejména po dlouhém období totalitní ekonomiky, kde přímé platby neměly žádnou váhu, si obyvatelstvo na tento systém zvyklo a ještě dnešní výzkumy veřejného mínění ukazují, že značná část obyvatelstva by preferovala zvýšení daní než zvýšení přímých plateb. (108)

V září 2005 vláda schválila (pro nepříznivý vývoj financování zdravotnictví) odkup pohledávek pojišťoven za 3,8 miliardy Kč, které odkoupila Česká konsolidační agentura, ale na úplné oddlužení pojišťoven to nestačilo. Pojišťovny v červnu tvrdily, že jejich desetimiliardový dluh by mohl vzrůst také kvůli zvýšení platů zdravotníků. Proto v listopadu 2005 ministr zdravotnictví Dr. Rath spolu s premiérem Paroubkem vyhlásili nucenou správu na VZP. (47)

Poslanecká sněmovna schválila návrh novely zákona o zdravotním pojištění, který kromě všeobecně přivítaného zvýšení plateb za státní pojištěnce obsahuje i kontroverzní změny v řízení zdravotních pojišťoven. Dosud složení správní rady pojišťovny odpovídalo tripartitě státu, zaměstnavatelů a odborů. Nyní má být ve správní radě VZP deset zástupců jmenovaných vládou a dvacet lidí zvolených poslanci podle poměrného zastoupení ve sněmovně. Obdobné rady mají mít i zaměstnanecké pojišťovny, které mají mít 15 členů. (46)

V roce 2005 opět vzrostl dluh veřejného zdravotního pojištění, změnilo se obsazení funkce ministra zdravotnictví a nemocnice následné péče bojovaly s VZP o úhrady. Značná část veřejných výdajů na zdravotnictví pochází z vybraného pojistného, přičemž pojistné za tzv. státní pojištěnce hradí v plném rozsahu stát.

Stát dospěl ke stanovení dotace pojistného v podstatě zbytkovou metodou – fakticky dofinancovává mezeru mezi vybraným pojistným od ekonomicky aktivních pojištěnců a výdaji pojišťoven. Často se tak děje ad hoc finanční injekcí reagující tak na finanční problémy největší veřejnoprávní pojišťovny VZP. Řízení VZP je velmi politizováno a statutární orgány jsou zcela v područí politiků. (104)

Vyhláška o úhradách péče pro první pololetí roku 2006 měla za cíl omezit růst výdajů na zdravotnictví a pomoci řešit dluh systému veřejného zdravotního pojištění, obsahuje limit 98% pro všechny, kdo předepisují léky. Všechny léky nad tento limit platí lékař sám.

V lednu 2006 proběhla tříhodinová stávka lékárníků před MZ ČR. Zákony, které prosazoval ministr v parlamentu značně posilovaly pravomoci státu, zdravotní pojišťovny se dostávají do područí ministerských úředníků.

V únoru 2006 vláda rozhodla o zvýšení plateb za státní pojištěnce ze

současných 513,-Kč na 560,-Kč za osobu. Toto zvýšení by mělo přinést do zdravotnictví o 3 mld. Kč více.

Lékaři, lékárníci a malé nemocnice svolali na 24.února 2006 demonstraci proti politice a postupům ministra zdravotnictví D.Ratha. Zdravotníci požadovali, aby ministerstvo buď zrušilo nebo změnil úhradovou vyhlášku. Vyhláška omezuje náklady na léčbu. Krizový štáb také kritizuje postup ministerstva při prosazování zákonů. Zásadní změny se do nich dostávají až ve sněmovně, kde se k nim nemohou vyjádřit odborníci. (103)

Firmy AVEL zastavily dodávky léků do tří nejzadluženějších fakultních nemocnic – FN Bulovka, Thomayerovy nemocnice a FN u sv.Anny v Brně. Ministr zdravotnictví hovoří o vydírání .

Předsunutá platba státu a odkup pohledávek Českou konsolidační agenturou přinesly do rozpočtu od konce roku 2005 šest miliard. Další tři miliardy má přinést schválené navýšení plateb zdravotního pojištění za státní pojištěnce. Podíl státu na placení do systému veřejného zdravotního pojištění by tak mohl stoupnou z loňských 20,7% na 25,0%. Státní pojištěnci tvoří 57% všech klientů pojišťoven. (128)

V květnu 2006 došlo k ukončení nucené správy ve VZP, ministr Rath to zdůvodnil tím, že hospodaření pojišťovny se pronikavě zlepšilo. Realita je ovšem jiná, hospodaření se zlepšilo pouze díky penězům ze státního rozpočtu, zvýšením plateb za státní pojištěnce a také předsunutím plateb za státní pojištěnce. Co bude závěrem roku nelze s jistotou říci, může se stát, že peníze z předsunutých plateb budou chybět.

Konec roku 2006 ve zdravotnictví nepřinesl nic nového. Ekonomika největší zdravotní pojišťovny se „stabilizovala“. Z 10,6 miliard korun dluhu, se kterými do roku vstupovala, zbylo na konci zhruba 5,2 miliard. VZP pomohlo urychlení stoprocentního přerozdělení vybraného pojistného, výrazné navýšení platby za tzv. státní pojištěnce a také se pozitivně projevil růst mezd. (130)

Rok 2006 znamenal současně konec vládnutí ČSSD, a po peripetiích nastoupila nová vládní garnitura. Problém financování zdravotnictví jí zůstal nevyřešen a pokud nedojde ke změnám, nadále to bude vývoj systémem krize – dosypání peněz – stabilizace – krize – dosypání peněz .

3.3.4. Závěry kapitoly financování zdravotnictví

Lze konstatovat, že druhá etapa transformace byla v oblasti financování zdravotnictví promarněnou šancí, Byla to etapa, ve které mohla proběhnout široká diskuse o změnách financování zdravotnictví a mohly být nastartovány zásadní změny financování. Nic z toho se neuskutečnilo. Lze to všechno svést na ministry zdravotnictví, že byli nekompetentní, nebo že docházelo častému střídání ministrů. Každý z nově nastupujících ministrů se snažil o změnu, slibovala často i předložil koncepci, teze koncepce. Ale k zásadním krokům nedošlo vzhledem k tomu, že chyběla politická vůle cokoliv změnit. Deset let bylo promarněno.

4. Síť zdravotnických zařízení.

V rámci transformace byla uznávaná potřeba široké privatizace zdravotnictví (nejen ambulantní sféry, ale i nemocnic a dalších zdravotnických zařízení). Ve skutečnosti však privatizace proběhla právě v soustavě primární péče, kde k ní byly nejprůhodnější podmínky. V prvním sledu se osamostatnili praktičtí lékaři, stomatologové a ambulantní specialisté. Privatizací činnosti tzv. obvodních lékařů vznikly ve velice krátké době samostatné právní subjekty – ordinace praktických lékařů pro dospělé, pro děti a dorost, stomatologů, gynekologů..

Privatizace poliklinik, zdravotnických zařízení, které pod jednou střechou sdružovaly praktické lékaře a specialisty rozdílných odborností, probíhala dvojitým způsobem. Tam, kde byla na začátku ochota většiny zaměstnaných lékařů vzít na sebe podnikatelské riziko, se poliklinika rozdělila na jednotlivé samostatné lékařské praxe. Méně častým způsobem přerodu státní polikliniky v soukromou byla její privatizace jedním subjektem, obvykla malou skupinou jejích původních zaměstnanců, kterým se podařilo zajistit finanční prostředky. (86)

Vývoj však ukazuje, že se lépe daří poliklinikám s jedním vlastníkem. Mají lepší vyjednávací pozici směrem k pojišťovně, lépe koordinují kvalitu a náklady poskytované péče a mohou soutěžit jak o individuální, tak podnikovou klientelu.

Nejsložitější je nalezení odpovědných vlastníků pro nemocnice a v žádné ze zemí CEE se to zatím nepodařilo. Historicky měly nemocnice převážně formu neziskových institucí, ať již byly spravovány církvemi, universitami nebo nejrůznějšími spolky, a protože tato forma vlastnictví nemocnic převládá ve státech EU i v současnosti, je nejsilněji slyšet volání po obnovení původního stavu. Praktická realizace této poptávky ale naráží na zásadní problémy spojené s omezeným dopadem restitucí a změnou vnitřního i vnějšího prostředí nemocnic. Jen malý počet dnes existujících nemocnic se mohl vrátit původním majitelům – spolky byly zrušeny, university změněny a mnohé nemocnice se nově postavily. (86)

Bez větších komplikací se daří vracet nemocnice církvím a v ojedinělých případech, kdy se obvykle jedná o malá sanatoria či kliniky, i původním majitelům nebo jejich dědicům. Zbývající většina nemocnic představuje ekonomický i politický problém. Prostá proměna nemocnic ze státních na nestátní neziskové subjekty se při praktické realizaci ukázala jako vysoce riziková. Přestože je zřejmé, že stát je špatným správcem svého majetku, je přece jen schopen zasáhnout ve chvíli, kdy je tímto majetkem špatně zacházeno. Také převod nemocnice z vlastnictví státu do rukou na regionální nebo městské samosprávy kvalitu správy nemocnice nezlepší, ale představuje mezikrok k další proměně nemocnic.

Právní úprava u ZZ rozlišuje tzv.státní a tzv. nestátní ZZ, přičemž tato zařízení zřizují Ministerstvo zdravotnictví, kraje a obce v samostatné působnosti, a dále fyzické a právnické osoby. Povahu tzv. státních ZZ mají t.č. jen zařízení zřizovaná ministerstvem, ostatní ZZ mají povahu tzv.nestátních ZZ. Oprávnění k provozování nestátního ZZ vzniká rozhodnutím krajského úřadu příslušného podle místa provozování nestátního zařízení o jeho registraci. (80)

V procesu transformace, privatizace, restituce atd. nebyla stanovena jakákoliv kritéria, která by alespoň orientačně stanovila počty ZZ, lůžek, kritéria jejich prostorového členění.

Síť poskytovatelů zdravotní péče musí být stanovována na základě jasných kritérií, která vyvažují kvalitu zdravotní péče a její nákladovost. Prozatím zcela chybí zabezpečení jednotného přístupu všech zdravotních pojišťoven k síti poskytovatelů a mechanismy související s decentralizací rozhodování o nabídce služeb a disponibilních finančních prostředcích pro realizaci zdravotní politiky. Je také třeba se zabývat právní úpravou postavení poskytovatelů zdravotní péče ve vazbě na přístup k veřejným prostředkům, aby nedocházelo k nadměrnému odčerpávání veřejných prostředků mimo zdravotnictví. (137)

Česká republika dosud nebyla schopna správně určit směrná čísla pro síť zdravotnických zařízení zohledňující zdravotní potřeby obyvatelstva. (131)

V České republice a i v ostatních zemích CEE je nadbytek akutních lůžek, které mají navíc nevhodnou strukturu. Sice průběžně vznikají programy jak restrukturalizovat síť nemocnic, aby v dalším kroku byly opět zapomenuty. Právě nadbytek nemocnic a jejich přetrvávající přístup k dotacím z veřejných prostředků je hlavním důvodem, proč se soukromý kapitál do koupí nemocnic nehrne. Výše rizika spojená s návratností investice do získání lůžkového zařízení povede pravděpodobně, jak můžeme být v současné době svědky, k dvoukolovému převzetí nemocnic. V prvním kole vstupuje soukromý subjekt do řízení nemocnice, jejíž movitý majetek zůstává ve vlastnictví města či kraje, jako její provozovatel. Pokud je úspěšný, má šanci získat v druhém kole úvěr na pořízení celé nemovitosti, pokud ne, může dosavadní vlastník poohlédnout se po jiném provozovateli. (100)

Na konci roku 1997 a počátku roku 1998 probíhají výběrová řízení na MZ ČR na akutní lůžkovou péči pro všechny regiony Čech. Cílem výběrových řízení je racionálnější využití finančních prostředků a zajištění kvalitnější péče, přesto někteří zákonodárci zůstávají přesvědčeni, že restrukturalizaci lze provést vhodnějším způsobem .

Relativně hustá síť nemocnic snižuje finanční možnosti zajistit ve všech zařízeních náročné technologie. Ke dni 20. února 1998 příslušná komise doporučila transformaci celé nemocnice na lůžka následné péče u 25 zdravotnických zařízení, u 9 zařízení bylo doporučeno neuzavírat žádné smlouvy na lůžkovou péči. Mezi MZ a pojišťovnami došlo k dohodě, že výsledky výběrových řízení budou akceptovat.

(6)

Výběrová řízení jsou však provázena některými nedostatky, např. neprovázaností s ambulantní péčí, absencí správného řízení, rozporem se zákonem o veřejných zakázkách atd. Schází definice standardního poskytování zdravotní péče a z toho vyplývající cena a kvalita.

Musí být stanoven vztah mezi zřizovatelem a zdravotnickým zařízením, účelnost a rozsah na jednotlivých úrovních, např. standard fakultní nemocnice bude rozhodně jiný než u nemocnice okresní apod. (137)

V roce 1998 Ministerstvo zdravotnictví hledá nové cesty jak ušetřit peníze a jednou takovou možností jsou společné nákupy léků a zdravotnického materiálu – pokud v této oblasti budou nemocnice spolupracovat, dojde ke snížení marží.

Hustota sítě zdravotnických zařízení je jedním ze základních parametrů určujících výdaje na zdravotní péči. 90% nákladů ambulantních zařízení a 75% nákladů lůžkových zařízení je pevných a nezávislých na počtu ošetřených či léčených pacientů. Podle tohoto lze říct, že i kdyby nikdo v ČR nebyl celý rok nemocen, přesto bude stát provoz zdravotnického systému 50 miliard Kč ročně. Síť zdravotnických zařízení je v ČR velmi hustá. Počty lékařů v terénních ambulancích odpovídají průměru vyspělých zemí, a to zejména v oblasti ambulantních specialistů. Analýzu počtu lékařů dle odborností, a to po jednotlivých regionech, uvádí pojistný plán VZP. Díky vysoké hustotě sítě zdravotnických zařízení je nutné zavádět celou řadu regulačních mechanismů, které snižují možnou výkonnost zařízení. To však na druhé straně vyvolává zdánlivou potřebu dalších zdravotnických zařízení v systému, čímž se nákladovost celého systému zvětšuje. (23)

Analýzy VZP ukazují, že systém veřejného zdravotního pojištění by se z hlediska dostupnosti péče obešel bez zhruba 2000 specialistů, tato úspora by představovala ročně jednu miliardu Kč, tj. jedno procento celkových výdajů veřejného pojištění. V případě lůžkových zařízení by při důsledně provedené optimalizaci bylo možno očekávat úsporu zhruba dvě miliardy Kč.

V prvním pololetí 1999 klesl počet lůžek v nemocnicích o 720. Na tisíc obyvatel tak připadá 66,8 lůžka. Během prvního pololetí se snížil i počet nemocnic z 216 na 208 (z toho bylo 109 státních zařízení).

V roce 2003 bylo v ČR 10% lůžkového fondu v soukromých rukou. Na rozdíl od deficitního hospodaření státních, krajských a městských nemocnic, není žádná ze

soukromých nemocnic ve ztrátě. (93)

Česká republika se stávajícím počtem lékařů v poměru k počtu obyvatel ani počtem studujících lékařských fakult výrazněji neliší od průměrů zemí OECD. Z perspektivního hlediska je nutno zavést regulaci počtu studentů lékařských fakult, aby kumulací počtu absolventů nevznikala prohlubující se nezaměstnanost absolventů LF. Z hlediska kvality studia je třeba v souladu se zahraničními zkušenostmi preferovat menší počty studentů LF s důrazem na individuální přístup učitelů ke studentům během studia, a tím na vyšší kvalitu pregraduální přípravy v klinických oborech. (72)

Zvýšení lůžkových kapacit pro dlouhodobou péči vytváří potřebnou změnu profilu odborných pracovníků mj.ve prospěch vyššího počtu vysokoškoláku-nelékařů (fyzioterapeutů, klinických psychologů). Zásadním způsobem je třeba změnit způsob přípravy ošetrovatelského personálu s cílem preferovat vyšší odborné a vysokoškolské vzdělání.

30. listopadu 1999 na návrh ministra zdravotnictví Ivana Davida došlo k pozastavení privatizace zdravotnických zařízení a to do konce dubna 2000. Toto pozastavení odůvodnil tím, že celý proces probíhá bez vymezení státem garantované sítě zdravotnických zařízení. To podle něj znamená riziko při zabezpečení dostupnosti a rozsahu léčebné péče. (88)

Území ČR není pokryto zdravotnickými službami rovnoměrně, což narušuje rovný přístup ke zdravotní péči i vyvážené využívání zdrojů. Hlavní město vysoce překračuje celostátní průměr v zajištění kapacit jak ambulantní tak lůžkové péče. V regionech jsou patrné disproporce – např. v severních Čechách je nejnižší počet ambulantních lékařů, a přitom velmi vysoký počet nemocničních lékařů. Praha má na 1000 obyvatel 4,2 ambulantního lékaře, ve středních Čechách jsou to pouze dva.

Dle studie OECD „České zdravotnictví“ vydané v prosinci 1998, ale i podle údajů ÚZIS, které jsou součástí materiálu „Sít' zdravotnických zařízení“ z roku 1999 je zřejmé, že stávající počet ambulantních zdravotnických zařízení je několikanásobně vyšší, než byl na počátku 90. let.

V roce 1990 existovalo 7750 ambulantních zařízení, v roce 1999 (k 31.12.) bylo ve smluvním vztahu s VZP cca 21 000 ambulantních zařízení. Závažným faktem je, že v některých lokalitách a odbornostech je zcela zřejmá nerovnoměrnost hustoty sítě, která by se měla upravit formou výběrových řízení. (143)

Nástrojem k započatí řízení restrukturalizace se stal institut výběrových řízení

dle zák. č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Počet lůžek akutní péče byl výběrovými řízeními snížen o 11 138, tedy na 81,8% původní kapacity. Počet lůžek následné péče byl zvýšen o 7717. Pozitivním výsledkem by mělo být zlepšení struktury lůžkového fondu, což by mělo vést k odstranění poskytování málo účinné, a proto neúčinné zdravotní péče a ke zlepšení kvality péče užitečné.)154)

Od 1.1.1999 VZP přikročila k postupné realizaci výsledků výběrových řízení a k tvorbě sítě smluvních lůžkových zařízení, což jí ukládá zákon č.48/1997 Sb.

Při tvorbě sítě lze postupovat podle následující koncepce:

1. nemocnice disponující většinou základních oborů by měla poskytovat služby pro spádovou oblast v rozsahu kolem 100 tisíc obyvatel (to je v ČR zhruba jeden okres), což představuje kapacitu cca 400 až 500 lůžek. Při návrhu rozmístění kapacit se proto lze zaměřit na současné okresní nemocnice, ostatní zařízení akutní péče je možno transformovat na péči následnou či zrušit.
2. v rozmístění a kapacitách oborů specializované a superspecializované péče lze vycházet ze stávajícího stavu, tzn. Nepřistupovat v krajích k budování „krajských“ nemocnic s novými kapacitami.
3. bez ohledu na vznik krajů zachovat stávající fungování systému zdravotních služeb včetně migrace pacientů
4. zakotvit v legislativě pouze dva typy nemocnic poskytující akutní péči (uvedené typy I. a II.)
5. snažit se o redukcii a transformaci celých nemocnic či jejich podstatných částí a redukovat tak co největší část fixních nákladů (ty tvoří 60 až 70% celkových nákladů na lůžkovou péči).
6. dosud neexistuje legislativa zavazující zdravotnická zařízení zveřejňovat informace o své odborné a ekonomické činnosti. Ty jsou nezbytné pro řízení zdravotnického systému z centra i v krajích, pro kvalifikované rozhodování zastupitelských i výkonných orgánů, potřebují je také odbory, organizace pacientů aj. (135)

Je však otázkou, zda současná zákonná úprava poskytuje dostatečný prostor k realizaci uvedených zásad. Podle § 42 zákona č.20/1996 je MZ zmocněno stanovit jednotné celostátní zásady pro uspořádání a rozvoj sítě zdravotnických zařízení, tyto zásady se však neuplatňovaly dostatečně důsledně, působily tu silně lokální či skupinové zájmy. Zákonné zmocnění MZ se ukázalo jako nedostatečné.

(125)

Struktura sítě zdravotnických zařízení v ČR nevykazuje v posledních letech výraznějších změn. Vyšší nárůst počtu zařízení zaznamenávají každoročně pouze lékárny a samostatné ordinace lékařů specialistů. Zvýšení počtu specialistů je způsobeno patrně tím, že dochází k útlumu akutní péče v nemocnicích, počty lékáren se zase zvyšují pouze na lukrativních místech, na menších městech dochází k zavírání lékáren, které se díky špatné platební schopnosti pojišťoven dostávají do svízelné finanční situace. (34)

Z odborných léčebných ústavů vykazují v posledních letech výraznější změny v počtu zařízení a lůžek jen léčebny dlouhodobě nemocných, což je hlavně důsledkem výběrových řízení na lůžkovou akutní péči a sjednocování financování LDN a nemocnic. S výjimkou ozdravoven, jejichž počet i lůžková kapacita pomalu klesá, nevykazuje síť a počet lůžek ostatních odborných léčebných ústavů větších výkyvů. Na 10 tisíc obyvatel připadá v průměru 63,8 nemocničních lůžek, 21,8 lůžek v odborných léčebných ústavech a 20,4 lůžek lázeňských. (42)

Teoreticky, kdyby došlo ke zrušení 1/3 prokazatelně nevyužitých akutních lůžek, získala by se finanční rezerva zhruba ve výši 20 miliard Kč. Část těchto prostředků by se dalo využít do přeměny akutních lůžek na lůžka ošetrovatelská apod. Po roce 1996 (tj. po zrušení honby za bod) došlo k celkovému poklesu využití nemocničních lůžek ze 74 na 67%, přitom je žádoucí dosáhnout alespoň 80%, bez racionalizace lůžkové péče žádné dílčí změny, např. úhrady za DRG, nic podstatného nevyřeší.

Dnem 1.ledna 2003 se kraje (Krajské úřady) staly zřizovateli bývalých okresních nemocnic. Vznikly z nich příspěvkové organizace krajů, tedy nestátní poskytovatelé zdravotní péče. Stát se tak zbavil role zřizovatele i přímé odpovědnosti za jejich hospodaření. Přitom však nese hlavní odpovědnost za současný systém financování zdravotní péče. V dluzích se v současnosti topí 120 ze 160 nemocnic sdružených v Asociaci českých a moravských nemocnic (AČMN). Příčinou současných problémů nemocnic je dlouhodobě neřešený rozpor mezi množstvím poskytované péče a množstvím peněz na její úhradu, což vytváří narůstající napětí mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče, tedy mezi zdravotními pojišťovnami a nemocnicemi. Průběžně ztrátové hospodaření nemocnic zatím pokaždé vyřešil stát mimořádným poskytnutím finančních prostředků.

Některé kraje potvrzují úmysl převést nemocnice do formy obchodních

společností, chtějí na ně převedené nemocnice transformovat do akciových společností s prodejem zbytného majetku. (63)

Kraje by zároveň měly vytvářet přiměřenou síť ZZ a pečovat o jejich účelnou a hospodárnou činnost v souladu s plány veřejných služeb a s rozpočty. Vymezení práv a povinností těchto a dalších subjektů v systému garantované veřejné zdravotní péče je nezbytné zakotvit v zákonech – zejména zákonech o zdravotnickém zařízení, o zdravotní péči a o veřejném zdravotním pojištění. (57)

Legislativně by se měl zakotvit mechanismus kompenzace nerovnoměrného rozložení nákladů na zvlášť nákladnou péči.

Kraje by chtěly v první fázi přeměnit nemocnice, později ostatní příspěvkové organizace na standardní ekonomické subjekty, takové které mohou dobře fungovat i po vstupu do EU. Dále chtějí tyto dceřinné akciové společnosti do šesti měsíců zastřešit krajským holdingem, který umožní nejen koncentrovat nákupy zboží a služeb, ale také má být např. silným partnerem pro jednání se zdravotními pojišťovnami, zajistit unifikaci vybavení drahých provozů nemocnic a konečně ve spolupráci s odbory přijímat kolektivní smlouvu vyššího typu. Rozhodně kraje nemají v úmyslu snižovat dostupnost péče a pod ekonomickým tlakem rušit nemocniční oddělení, která jsou momentálně ztrátová. Kraj zodpovídá za úroveň zdravotnictví ve svém územním obvodu.

Holdingové uspořádání by také umožnilo realizovat myšlenku koncentrace některého druhu péče do jedné nemocnice, která by ji zajišťovala pro ostatní, a to za jejich případného finančního přispění. (60)

Kraje přebírají odpovědnost za sociální služby v situaci, kdy ambulantní neboli terénní služby jsou rozloženy velmi nerovnoměrně a v řadě obcí dokonce nejsou žádné poskytovány. Kapacita ústavních služeb je nedostatečná a na úřadech leží tisíce žádostí o umístění v ústavech sociální péče a domovech důchodců. (111)

Reforma zdravotnictví ustrnula. Většina krajů nemá kompetence k nemocnicím (fakultním) v sídelních městech, a tím je značně snížena jejich možnost optimalizovat akutní péči a využít stávající majetek ZZ a lidské zdroje k efektivnímu poskytování péče. Kraje také doposud nemají nástroje k tomu, aby mohly se zdravotními pojišťovnami alokovat finanční prostředky. Opatření, která uskuteční k úspoře peněz, budou kontraproduktivní, neboť pojišťovny takto ušetřené peníze mohou použít v jiných krajích. (118)

Kraje převzaly nemocnice se stamiliónovými dluhy, ohrožují je existenčně a

omezují volnost krajů při rozhodování o jejich budoucnosti. Nutnou podmínkou přerušení negativního trendu hospodaření nemocnic je změna úhrad zdravotní péče v tom smyslu, že úhrady budou odrážet objem a kvalitu skutečně poskytnuté zdravotní péče. (63)

Jednou z častých příčin vysoké ztrátovosti nemocnic je direktivní zvyšování mezd. Řada nemocnic se to snaží řešit převodem nemocnic na některou z forem obchodních společností (akciové společnosti nebo společnosti s ručením omezeným). I když změnou právní formy subjektu je možné částečně snížit mzdové náklady, nejsou mzdy a jejich direktivně přikázaný růst jedinou příčinou ztrátovosti nemocnic, problémem zůstává například specifická forma odpisování.

Nemocnice ve světě jsou financovány mnoha různými způsoby a přitom nelze jasně říci, který ten systém je optimální, každý má své výhody a nevýhody.

V ČR je nyní třeba:

1. získat relevantní informace o systému – o jeho medicínské stránce, ekonomice, kvalitě atd. (ceny, výkony, diagnózy, četnosti)
2. je třeba určit přijatelné náklady v tom kterém typu nemocnice
3. upravit čerpání z veřejných zdrojů (tj. i VZP) podle stejných pravidel pro všechny účastníky bez ohledu na typ vlastnictví (stát, kraj, církev, aj.)- neziskovost, vyrovnané hospodářství, stejné standardy vybavení, personální atd. Kdo nečerpá z veřejných zdrojů, může se řídit podle jiných pravidel (v EU kolem 3 až 5% lůžek)
4. vybudovat ufinancovatelnou „pyramidu nemocniční péče“ (princip subsidiarity), řešit problém na nejnižším možném článku.
5. řídit náklady v nemocnicích na podkladě nákladových analýz
6. zlepšit poměr fixních a variabilních nákladů (108)

V EU je v současné době průměrný počet nemocničních lůžek 7,3 na 1000 obyvatel, v ČR jich už je jen 6,3. I když vezmeme v úvahu možné nepřesnosti v metodice sběru dat, je patrné, že ČR nemá řádově vyšší počet lůžek než průměr zemí EU.

Základnu pyramidu nemocniční péče by měla tvořit před-nemocniční péče (a podle potřeby někdy i post-nemocniční), tj. komplexní domácí péče (složky

zdravotní, sociální, rehabilitační, případně i hospicová), a lůžka „sociální“, kde se prolíná péče zdravotní a sociální.

Na počet obyvatel ČR by mělo stačit 35 až 45 tisíc lůžek typu bývalých okresních či městských nemocnic. Na ně by mělo navazovat maximálně 10 až 15 tisíc lůžek „krajských“ se specializovanou péčí ve všech základních oborech, včetně „urgentní“ medicíny. Dále by mělo být asi 7 až 8 tisíc lůžek v nemocnicích fakultních, tam by bylo těžiště super specializované medicíny, vědy a výzkumu.

(56)

5. Profesionální komory a transformace zdravotnictví

Česká lékařská, lékárnická a stomatologická komora představuje obrovský teoretický potenciál, kterého by bylo možné využít při řešení problémů zdravotnictví. I v průběhu druhé etapy transformace docházelo k docenění (v několika případech) i podcenění role profesních komor.

Na počátku roku 1998 ČLK navrhuje, aby byly při platbách pojišťoven odděleny variabilní a fixní náklady. To by znamenalo, že pojišťovny zdravotnickým

zařízením zaplatí určitou průměrnou režii a vlastní zdravotní činnost bude hrazena jenom cenou odborné lékařské práce. Podle komory by tím odpadly obavy pojišťoven, že platí režii v různých výkonech opakovaně. Významně by to přispělo ke snížení nákladů na placení péče (asi o 8%). Dalším možným zdrojem peněz by podle ČLK mělo být navýšení plateb za státem hrazené pojištěnce, kteří čerpají 65 až 70% péče (v těchto platbách nebyla nikdy zohledněna inflace). Navrhovaná opatření ČLK: (40)

1. rozšíření zdrojů financování

- 20% spoluúčast na ambulantní péči do určité výše (např. 3000,- ročně) s výjimkou dětí a osob s přiznáním statutu sociální potřeby
- taxa za hospitalizaci ve výši 55,-Kč za den bez časového omezení s výjimkou dětí a osob sociálně potřebných
- 20% spoluúčast na zdravotnické dopravě s výjimkou osob zařazených do programů vyžadujících více než dva transporty měsíčně
- poplatek za položku na receptu ve výši 5,-Kč
- zavedení statutu azylové hospitalizace pro osoby, u nichž není medicínský důvod pobytu na nemocničním či LDN lůžku. Tyto hospitalizace by byly zatíženy finanční spoluúčastí podle stejných podmínek jaké platí pro domovy důchodců
- navýšení zdravotního pojištění o 0,5%
- poplatek ve výši 50,-Kč za použití LSPP, 200,-Kč za návštěvu LSPP v bytě a 5000,-Kč za zneužití vozu RLO a RZP
- definice „organizačně“ nadstandardní péče – ošetření mimo pořadí, ošetření mimo ordinanční hodiny a pracovní dobu, vyžádané ošetření dalším lékařem a lékařem s vyšší kvalifikací, když to nevyžaduje povaha onemocnění. Cena práce této péče by nebyla hrazena z veřejného pojištění.

2. snížení rozsahu zdravotní péče hrazené z veřejného pojištění a vytvoření připojištění

- dohodovací řízení o tzv. „pojišťovenském standardu péče“ - mělo by probíhat za účasti pojišťoven, komor a státní správy. Výsledkem by byl seznam standardní péče, který by každoročně byl součástí zdravotně pojistného plánu
- připojištění finančně oddělené od prostředků veřejného zdravotního pojištění vztahující se na péči nadstandardní a na volný pohyb po systému

3. účelnější využití prostředků plynoucích do zdravotnictví

- limitace svobodné volby lékaře – pacient má právo si vybrat, ale za určitých podmínek časové a početní omezení
- kontrola řízení státních nemocnic (správní a dozorčí rady)
- změna struktury státní správy – podřízenost zdravotních radů ministerstvu zdravotnictví a uplatnění jejich kontrolního vlivu na zdravotnická zařízení
- motivovat zdravotní pojišťovny k dalšímu slučování – optimum by byly tři až šest
- tvorba zdravotně pojistných plánů regionů – investiční politika, rozvoj a útlum
- další paušalizace plateb za zdravotnické výkony s cílem zjednodušit výkaznictví a snížit zbytečnou motivaci
- z veřejného pojištění hradit pouze nejlevnější denní dávku léku podle účinné skupiny. Stanovení ročních cen léčiv.

4. stabilizace lidského potenciálu

- stabilizace vlastnických a ekonomických vztahů- jasná definice sítě s vysokou existenční jistotou pro zařízení zařazená do sítě s možností volně nakládat s praxí
- zvýšení podílu financí určených na pracovní sílu (seznam výkonů, mzdové tabulky)

5. výhledové trendy

zavedení čipových karet pojišťoven, které by obsahovaly zdravotnickou dokumentaci a současně by obsahovaly údaje o čerpání péče. Karta by sloužila jako kreditní karta, ze které se platí jak základní pojištění, tak připojištění. (39)

6. Vstup ČR do EU a problematika zdravotnictví

Evropské společenství začalo navazovat diplomatické styky se zeměmi střední Evropy v roce 1988. Po pádu berlínské zdi v roce 1989 rychle odbouralo dlouhodobé kvóty na dovoz mnoha produktů a uzavřelo dohody o obchodu a spolupráci. Na základě programu Evropských společenství **Phare**, který byl vytvořen v roce 1989, vznikl nástroj na poskytování finanční pomoci zemím, které usilují o reformu a přestavbu ekonomiky. V průběhu 90.let uzavírala Evropská společenství a jeho členské státy postupně asociační smlouvy – **Evropské dohody**,

jejichž smyslem je vytvořit právní základ dvoustranných vztahů mezi kandidátskými zeměmi a EU. ČR podepsala Evropskou dohodu v říjnu 1993 a v platnost vstoupila v únoru 1995.

Volný pohyb zdravotníků – kvalifikace a specializace dosažené v jednom členském státě mohou být registrovány v další členské zemi. Zdravotník pracující ve dvou zemích se musí registrovat v obou a zajistit ručení za škody vzniklé jeho činností. Stále se však objevují různé národní požadavky a diskriminace. Volný pohyb zdravotníků je potenciálně nebezpečný zejména kvůli odlivu mozků.

Volný pohyb pacientů – pacienti budou hledat léčbu na svoji chorobu kdekoliv v unii, což se musí vzít do úvahy a vytvořit struktury a mechanismy na registrování pohybu pacientů a také bude třeba vzít do úvahy dopady na zdravotní péči a její financování poblíž hranic. (78)

Od 1.června 2004 začínají pojišťovny zavádět evropský průkaz zdravotního pojištění (EHIC – European health insurance card).Karta má spíše identifikační charakter a neobsahuje žádné informace o zdravotním stavu. Jejím úkolem je především zjednodušit poskytování zdravotní péče v rámci euroregionu. Centrum mezistátních úhrad uvádí, že majitel karty má nárok na poskytnutí veškeré lékařské péče, která se stane nezbytnou během jeho pobytu na území jiného členského státu. Průkaz neopravňuje k získání neakutní péče, která by jim mohla být poskytnuta v domovském státě. Průkaz EHIC má pětiletou platnost. (126)

Vstup ČR do Evropské unie si vyžádá aplikaci zákonných úprav, které se uplatňují v zemích tohoto společenství. Jakmile by v budoucnu fyzická či právnická osoba ze zahraničí projevila zájem nabízet zdravotnické služby na území ČR ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami, vyšly by najevo stávající nedostatky zákonné úpravy. Soud by pak musel případné spory řešit obdobně jako v EU a při těchto měřítkách by stávající legislativu či její nedokonalé novelizace zřejmě označil za nevyhovující. S ohledem na tuto skutečnost je třeba již nyní (rok 1998) zabývat se srovnáním českých zákonů (o zdravotním pojištění aj.) s právními normami EU, které se týkají plánování zdravotnických služeb.

V žádném vyspělém státu se o nemocnicích ani o ostatních zdravotnických zařízeních nerozhoduje v centrálním hlavním městě, ale vždy na úrovni regionální samosprávy. Role státu (centra) je v Evropské unii omezena na vytváření zákonných podmínek, makroekonomických hledisek a pravidel kvality služeb.

Rozhodování o zařazení do smluvní sítě je decentralizováno.

V souvislosti s plánováním sítě služeb se v zákonech EU uplatňuje termín veřejný zájem, tento termín jednoznačně zpřesňují právní předpisy, aby ho úředníci krajské správy či pojišťovny nemohly zneužívat. Základním požadavkem je zorganizovat vysoce výkonné zdravotnické služby s náklady, které mohou plátcí považovat za únosné. (62)

Krajské orgány a pojišťovny mají v EU zákonné oprávnění každoročně upravovat síť zdravotnických i navazujících zařízení, která jsou napojena na veřejné prostředky. Právní normy ukládají zpracování např. seznamu nemocnic, které jsou pro pacienty bezpečné, poskytují péči podle nejnovějších lékařských poznatků a jejichž provoz je veden průkazně hospodárně. Zákon v EU dále obsahuje systém sběru dat a kontrol, aby existovala celostátně jednotná měřítko hodnocení kvality i hospodárnosti.

Legislativa EU přesně rozlišuje, kdo má o čem rozhodovat, aby to odpovídalo demokratickému, právnímu prostředí. Pojišťovny jako samostatné právnické osoby proto nikde v zahraničí nemají vůči poskytovatelům kontraktační povinnost, která se v ČR mylně uplatňovala při vzniku Všeobecné zdravotní pojišťovny. Pojišťovny jsou za kvalitní a hospodárné využití prostředků odpovědné pojištěncům, nikoli státním úředníkům, a tak rozhodování o síti se musí dít ve shodě s těmi, kdo platí (mezi pojišťovnami a krajskou správou). Zákony zakazují pojišťovnám nasmlouvat služby nekvalitní, nevhodné a nadbytečné. (62)

Vstup ČR do Evropské unie si vyžádá důkladnější zákonná pravidla pro rozhodování o léčích na různých úrovních. To znamená jak ve vztahu k výrobcům léků, tak ve vztahu k lékařům a pacientům. Zákon o léčivech nestačí, protože neřeší způsob rozhodování o úhradách léků za zdravotního pojištění ani kontrolu farmakoterapie. Pojištěnci doposud nemají zákonem zaručený mechanismus spolurozhodování o farmakoterapii, ať ve vztahu k efektivitě využívání pojistného nebo ve vztahu ke kvalitě léčby.

Český zákon o veřejném zdravotním pojištění obsahuje v oblasti léčiv pouze několik velice stručných ustanovení, která ve srovnání s pojišťovenskými zákony v EU se jeví jako značně nevyhovující.

Zahraniční zákony týkající se zdravotního pojištění se věnují léčivům v rozsáhlých kapitolách, přestože oproti ČR jsou ve světě náklady na léky z pojistného podstatně nižší.

Analýza zahraničních pojišťovenských zákonů ukazuje, že obsahují systémová řešení, která se velmi podobají naší prvorepublikové legislativě. Rozhodování o úhradách léčiv a účelné farmakoterapii by mělo být podle této analýzy účinně propojeno s celkovým sledováním výsledků léčebných postupů (včetně diagnostiky, pohybu pacienta mezi lékaři apod.).

Kromě pojišťoven a pacientů bývají v rozhodovacích komisích zastoupeni také znalci farmakoterapie v nezávislém postavení. Tyto komise radí úřadu pro pojištění i ministerstvu při sestavování seznamu hrazených léčiv. Úřad pro pojištění pak seznam léčiv pravidelně aktualizuje. Má povinnost sledovat ceny léků v zahraničí, zabývat se náklady výrobců, hodnotit kvalitu léčby a stanovovat ceny. Tímto způsobem dochází ke sjednocení farmakoterapie na úrovni všech pojišťoven i všech poskytovatelů zdravotní péče. (62)

Zahraníční zákony se mj. věnují souhře mezi ministerstvem a pojišťovny tak, aby stát mohl v případě nutnosti ovlivnit rozhodování zástupců pojištěnců, ale aby svou pravomoc nemohl zneužít. Zákon přitom upřesňuje, že příslušný ministr může vstoupit do hry pouze v případě, když prokáže lékové komisi chybné jednání (např. neúčinnost či nevhodnost léčby).

V ČR nejsou lékaři ani pacienti při léčbě dostatečně právně chráněni. V EU platí, že lékař se má řídit na prvním místě zájmem pacienta (včetně preskripce) s přihlédnutím ke standardům léčby zpracovaným nestranným orgánem. Pokud neexistuje jednoznačná norma léčby či preskripce, nesmí být lékař trestán bez důkladného přešetření případu.

V Evropské unii mívá vláda pravomoc určit celkový roční rozpočet na léky, stát může podle zákonů činit opatření pouze k ochraně peněz pojištěnců a k zajištění vyšší úrovně péče, nikoli ke snížení kvality léčby. (28)

Nezbytným krokem je harmonizovat právo ČR s právem Evropských společenství. Přejít na standardy stanovené EU je třeba zajistit aniž dojde ke snížení dostupnosti léčiv či náhlému vzestupu jejich cenové úrovně.

V legislativní oblasti je třeba docílit harmonizace právního prostředí prostřednictvím novely zákona o léčivech, dále je třeba docílit právního souladu podmínek propagace léčiv s EU a je třeba pokračovat ve vývoji legislativy umožňující požadovanou organizační a procedurální integraci regulačních postupů se státy EU. (126)

Uspořádání systému zdravotnictví není formálně součástí vstupních rozhovorů

mezi EU a kandidátskými zeměmi, neboť není předmětem evropské legislativy.

Normy s významným vlivem na zdravotnictví jsou roztroušeny v mnoha kapitolách evropské legislativy. Jde např. o nařízení týkající se reklamy na tabák, pravidla platná pro volný trh s léky, nařízení o dopravě a také o normy vztahující se na životní prostředí. Přestože většina zdravotnické legislativy je realizována na národní úrovni, existují také výjimky, které se týkají veřejného zdraví, zabývají se zlepšováním zdraví obyvatelstva, prevencí nemocí a odstraňováním zdrojů nebezpečí pro lidské zdraví.

Zdravotnictví se významně dotýká i regulace trhu s léčivými, která se v EU uskutečňuje na několika úrovních. Hlavními regulačními mechanismy jsou pravidla jednotného trhu a opatření členských zemí, zaměřená na řízení systémů zdravotní péče.

I když vlastní organizace systému zdravotnictví je ponechána na národních vládách, bylo by mylné předpokládat, že systém nebude reflektovat vstup do EU. Vstup do unie se projeví především v restrukturalizaci zdravotnictví, hlavně se projeví ve změně struktury cen. V případě úhrad za poskytovanou péči bude významným krokem zavedení systému DRG u lůžkových zařízení, dále je významné i prosazování medicíny založené na důkazech.

Zdravotní péče poskytovaná v ČR v rámci veřejného zdravotního pojištění by měla odpovídat modelu Evropské nadace pro řízení kvality. (30)

Vstup ČR do EU v květnu 2004 znamená pro české zdravotní pojištění největší systémové změny od jeho zavedení v ČR v roce 1991.

Od května 2004 budou našim předpisům automaticky nadřazena evropská nařízení č. 1408/71 a 574/72. Z nich především vyplývá princip „jednoho pojištění“. Desetitisíce lidí, kteří v současné době nejsou našimi pojištěnci (nesplňují zákonné podmínky pro účast v systému českého veřejného pojištění), se v květnu stanou českými pojištěnci. A stejně tak další desetitisíce současných českých pojištěnců se stanou pojištěnci jiných států. Platí základní pravidlo, že osoba je pojištěna ve státu, kde vykonává výdělečnou činnost. (126)

Zdravotní pojišťovny počítají s tím, že vstup do unie nesporně zvýší výdaje ze základního fondu veřejného zdravotního pojištění. Mimo jiné se do toho promítne fakt, že české pojišťovny budou za péči o naše pacienty v cizině hradit „mnohonásobně“ vyšší ceny, podle tarifů uplatňovaných ve vyspělých zemích. Významnou položkou se stane rovněž zavedení tzv. evropské karty zdravotního

pojištění, ta má být navíc do roku 2008 nahrazena evropskou čipovou kartou.

Vstup do EU zatíží naši republiku dodatečnými ročními výdaji v odhadovaném rozmezí 1,2 až 1,6 miliard korun (ve vztahu k celkovému rozsahu výdajů se jedná o necelé jedno procento). (58)

MZ ochudilo Českou republiku o možnost účasti na financování ze zdrojů Evropské unie, když zdravotnictví nezahrnulo do Národního rozvojového plánu. Důsledky nepřipravenosti nejvíce zasáhnou VZP a další zdravotní pojišťovny a dále Českou správu sociálního zabezpečení při vyřizování nemocenských dávek v důsledku toho, že legislativa i praxe v unii považuje zdravotní a nemocenské pojištění za součást sociálního systému.

Vstup do EU je spojen se závazky i ve vztahu k léčivým přípravkům. Česká republika bude muset mimo jiné dodržovat evropskou 89/105/EEC, která se týká transparentnosti pravidel tvorby úhrad a cen léčiv.

V září 2003 proběhlo setkání ministrů zdravotnictví z přístupujících zemí a některých členských zemí EU. Jedním z témat byla právě otázka úhrady léků. Dohodlo se, že vznikne mezinárodní informační centrum pro úhrady léků a zdravotnických prostředků v přístupujících zemích v těch zemích, které se setkání zúčastnily. Byla dohodnuta výměna zásadních informací, pokud jde o ceny léků, úhrady z veřejných prostředků a spoluúčast pacientů. Po tomto setkání probíhala příprava nové formy kategorizace, která už implementuje evropskou směrnici o transparentnosti.

Pro následujících šest let má být na projekty ve zdravotnictví k dispozici ze strukturálních fondů EU zhruba 20 miliard korun. (43)

7. Závěr

Zásadní změny, které znamenaly přechod od zdravotnictví socialistického ke zdravotnictví „evropskému“ se uskutečnily v první etapě transformace. Českému zdravotnictví prospělo zrušení státního monopolu a přechod na financování postavené na všeobecném zdravotním pojištění. Dostupnost účinných léků, moderních diagnostických a léčebných technologií, výrazný posun ve využívání informačních technologií a rovněž změna postavení pacientů se ve srovnání s rokem 1989 zlepšily.

Významným pozitivním výsledkem první etapy transformace bylo zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva, které se projevilo zejména prodloužením střední délky života a poklesem úmrtnosti. V letech 1997/98 byla většina odborníků přesvědčena, že

nejhorší máme za sebou a české zdravotnictví půjde cestou zdokonalování a zlepšování. Když v roce 1998 začínaly diskuse jak dál ve zdravotnictví, diskuze o druhé etapě transformace, odborná veřejnost byla plna očekávání

Když se nyní podíváme zpět, uvidíme, že během posledních šestnácti let došlo k mnoha nesystémovým a jednoznačně zbytečným chybám, které byly způsobeny jednak nezkušeností a často i nekompetentností těch, kdo se v různých institucích od roku 1990 podíleli na transformačním programu, a které byly výrazně ovlivněny zájmy politických stran, nátlakových a zájmových skupin. Přednost dostávala řešení nevycházející z věcné analýzy českých poměrů a z dlouhodobého transformačního programu. Byly přehlíženy zkušenosti evropských i zámořských zdravotnických systémů. Často dostaly přednost ideologicky podmíněné návrhy a kroky, jejichž cílem bylo co nejrychleji maximalizovat výnos a zisk.

V ČR chybí skutečná autorita, která by měla vůli, ale především moc zredukovat přebytečné nemocniční kapacity a ustavit síť podle potřeb a možností státu. Jedním z hlavních problémů současného zdravotnictví je tedy „krize autority“.

V současnosti se zdá, že opět stojíme v bodě „0“. Nástup nové vlády a chaotické představení „koncepce zdravotnictví“ ministrem Julínkem neskýtá mnoho optimismu. Nejprve vyhlásí řadu opatření, ze kterých byli všichni, počínaje pacienty a konče odborníky, zděšeni, aby vzápětí vyhlásil, že je třeba sednout si se všemi politickými stranami a odborníky za „kulatý stůl“ a vytvořit shodu, jak dál. Zavedení zásadních změn ve zdravotnictví plánuje na rok 2010. Tedy ještě 3 roky se bude naše zdravotnictví rozvíjet bez koncepce, se všemi chybami a nejasnostmi, jako doposud.

V práci byla v souladu s cíli diplomové práce dána stručná analýza kladů, záporů, chyb i řešení základních oblastí zdravotnictví, tj. koncepce, financování, řízení a zdravotnických zařízení. Samotná analýza byla složitá v tom, že zejména v hodnocení jednotlivých kroků, které se uskutečnily v letech 1998-2006 v českém zdravotnictví nepanuje jednotný názor. Co jeden autor (analytik, odborník) hodnotí kladně, to druhý odsoudí jako nesystémové a špatné. Obdobná je pozice ministerstva (ministrů) zdravotnictví.

Jeden závěr DP je nezpochybnitelný. Druhá fáze transformace zdravotnictví v letech 1998-2006 byla a je pouhým „přešlapováním na místě bez jasné cesty vpřed“. Skutečné transformační kroky, tj. vypracování koncepce zdravotnictví, která by zahrnovala např. procesy stárnutí populace a brala do úvahu koncepční materiál WHO „Zdraví pro 21 století“, nebo změny ve financování, které by zabezpečili stabilitu pro pacienty (bez neustálých změn), stabilitu pro poskytovatele zdravotnické péče, nebo funkční a adekvátní síť zdravotnických zařízení – to vše je ještě před námi.

V diplomové práci pro rozsáhlost nebyla řešena řada problémů, i když při studiu byly získány i další materiály a analýzy. Je připraven rozsáhlý materiál, který se týká

transformace farmacie jako celku i jednotlivých farmaceutických odvětví. Je rovněž připraven materiál k transformaci zdravotnického školství. To vše jsou úkoly pro následovníky – zpracovatele rozsáhlé problematiky zdravotnictví a jeho transformace v ČR.

8. Literatura

1. ada: Lékárníci ve stávkové pohotovosti, ZN č.1, roč. 55, 2006, str. 6
2. Beran, J. : Zisk ve zdravotnictví , ZN č.46, roč. 55, 2006, str. 20-21
3. Berka, J.: Dočkáme se dokončení transformace?, ZN č.25, roč. 54, 2005, str. 7
4. Blahoš, J.: Poprvé koncepčně zpracované představy (vyjádření předsednictva ČLS JEP k 1. verzi návrhu reformy zdravotnictví M. Macka z 15.1.1997) ZN, č.7, roč. XLVI, 1997, str.3
5. Bláhová, I.: Kategorizační komise bude, ZN č.11, roč. 54, 2005, str.6-7
6. boš.: Vláda schválila návrh ministerstva na snížení počtu akutních lůžek, ZN č.42, roč. XLVI, 1997, str.1
7. boš: Ministryně chce změny, ZN č.29, roč. 52, 2003, str.6
8. boš: Snaha vlády o reformu veřejných financí., ZN č.27, roč.52, 2003, str. 8

9. boš: Zákon o zdravotní péči...,ZN č.50, roč 51, 2002, str.10-11
10. Bošková, V.: Důsledky vstupu do EU, ZN č.5, roč.53, 2004, str.12
11. Bošková, V.: Hospodaření VZP není úspěšné, ZN č.48, roč. XLVIII, 1999, str.1
12. Bošková, V.: Jaké jsou šance a rizika českého zdravotnictví, ZN č. 46, roč. XLVI, 1997, str. 9
13. Bošková, V.: Koncepce péče o zdraví v ČR, ZN č.48, roč. 53, 2004, str.12-13
14. Bošková, V.: Ministerstvo připravilo koncepci...,ZN č.7, roč. 52, 2003, str.8
15. Bošková, V.: Ministryně slibuje reformu, ZN č.4, roč. 53, 2004, str.11
16. Bošková, V.: Návrh zákona o zdravotní péči, ZN č. 21, roč. XLVI, 1997, str. 6
17. Bošková, V.: Nemocnice jako příspěvkové organizace: NE!, ZN č.24, roč.51, 2002, str.10-11
18. Bošková, V.: Nemocnice podaly ústavní stížnost, ZN č.10, roč.52, 2003, str.6
19. Bošková, V.: OECD: vaše zdravotnictví je drahé, ZN č.16, roč.52, 2003, str. 11
20. Bošková, V.: Ohlédnutí za prvním pokusem o reformu, ZN č.51/52, roč. XLIX, 2000, str. 16
21. Bošková, V.: Pracovní verze zprávy o stavu zdravotnictví v ČR, ZN č.46, roč. XLVII, 1998, str.4
22. Bošková, V.: Projekty pojišťoven, ZN č.33, roč. 51, 2002, str.8-9
23. Bošková, V.: Skutečné příčiny dluhů zůstávají stále neobjasněny, ZN č.25, roč. XLVII, 1998, str. 5
24. Bošková, V.: Stát chystá rozsáhlou finanční operaci (zasedání poslanecké sněmovny k dluhům nemocnic), ZN č.14, roč. XLVI, 1997, str.1
25. Bošková, V.: Světová banka- s reformou neváhejte!, ZN č.27, roč. 53, 2004, str.12-13
26. Bošková, V.: Zadlužené nemocnice, ZN č.51-52, roč. 51, 2002, str.6-7
27. Bošková, V.: Záměry bývalého ministra jsou krokem zpátky: ZN č.2, roč. XLIX, 2000, str.16
28. Bošková, V.: Zásady rámcových smluv v Evropské unii, ZN č.2, roč. XLVIII, 1999, str.3
29. Brada, V.: Reforma nemocenského pojištění je nutná, ZN č.19, roč. 52, 2003, str.13
30. Cibrian, R.: Zdravotnictví není brzdou vstupu do EU, ZN č.9, roč. 50, 2001, str.10
31. Cíkr, T., Dvořák, V.: Vznikl návrh na ucelenou reformu lékové politiky, ZN č.46, roč. XLIX, 2000, str.1-2
32. Cíkr, T.: Kategorizace léčiv, ZN č.11, roč. 51, 2002, str.8-9
33. Cíkr, T.: Liberální systém regulace cen léků nevyhovuje, ZN č.9, roč. XLIX, 2000, str. 16
34. Cíkr, T.: Nad malými lékárnami se smráká, ZN č. 33, roč. XLVIII, 1999, str. 1
35. Cíkr, T.: Ocitnou se lékárny v řetězcích...,ZN č.37, roč. XLIX, 2000, str.1
36. Cíkr, T.: Zdravotnictví může být bezplatné, ale nikoli zadarmo, ZN č.42, roč. 53, 2004, příloha
37. Cíkr, T., Dvořák, V.: Nejen lékárníci chtějí stálé ceny léků, ZN č. 29, roč. XLVI, 1997, str. 4
38. Čakan, M.: Do lékárny s jistotou, ZN č. 46, roč.55, 2006, str. 17
39. ČLK: Transformace zdravotnictví, ZN č.40, roč. 50, 2001, str. 9
40. ČLK: Základní principy změn v českém zdravotnictví, ZN č. 15, roč. XLVIII, 1999, str. 4
41. ČSSD: Konsolidace a rozvoj zdravotnictví v letech 1998-2005, ZN č.42,43, roč. XLVII,1998, str. 6-7
42. Daňhová, A., Svobodová, M.: Transformace nemocnic pokračuje, ZN č.49, roč. 55, 2006, str.1-2
43. Daňhová, A.: Dvacet evropských miliard, ZN č. 43, roč.55, 2006, str.1-2

44. Daňhová, A.: Koncepce vzata na vědomí...., ZN č.25, roč. 54,2005, str. 8
45. Daňhová, A.: Neziskové nemocnice, ZN č.22, roč. 55, 2006, str. 3
46. Daňhová, A.: Poslanecké novely, ZN č.12, roč. 55, 2006, str. 12-14
47. Daňhová, A.: Zdravotnictví v Paroubkových rukách, ZN č.21, roč.54, 2005, str.8
48. Daňhová, A.: Dohady o peníze trvají, ZN č.22, roč. 54, 2005, str.8
49. Daňhová, A.: Julínek reviduje Rathovy kroky, ZN č.37, roč.55, 2006, str.1-2
50. David, I.: Legislativní smršť, ZN č.51-52, roč.50, 2001, str. 28-29
51. Dlouhý, M.: Řízení zdravotnictví, ZN č.39, roč. 51, 2002, str.18-19
52. Dvořák, V.: Farmacie 2001, ZN č.26, roč.50, 2001, str.8-9
53. Dvořák, V.: VZP připravuje dvě varianty financování nemocnic, ZN č.18, roč. XLVI, 1997, str. 3
54. Fiala, P.: Léková politika a výdaje z pojištění, ZN č.43, roč. XLVII,1998, str. 5
55. Friedrich, L.: Jak do zdravotnictví přitékají peníze, ZN č.51-52, roč. 51, 2002, str. 28
56. Gabriel, J.: Nemocnice chtějí systémové změny, ZN č.44, roč.51, 2002, str.6
57. Gabriel, J.: Reforma veřejné správy...., ZN č.47, roč.51, 2002, str.11
58. Gabriel, J.: Zdravotní pojištění v Evropské unii, ZN č.21, roč. 53, 2004, str.25-27
59. Graf, J.: Kategorizace léčiv opouští některé pozitivní postupy, ZN č.5, roč 52, 2003, str.20-21
60. Hajžman, Z.: Výzvy a problémy krajského zdravotnictví, ZN č.12, roč. 52, 2003, příloha
61. Háva, P.: České zdravotnictví není transparentní- co s tím?, ZN č.7, roč. XLIX, 2000, str.15
62. Heger, L.: Evropská unie a zdravotnictví, ZN č.45, roč. 50, 2001, str.14-15
63. Hlásenský, V.: Kraje převzaly po okresech nemocnice i s dluhy, ZN č.3, roč.52, 2003, str.8
64. Hlásenský, V.: Vláda chce zakázat privatizaci, ZN č.40, roč. 53, 2004, str.10
65. Hlásenský, V.: Zdravotnictví je před zhroucením...., ZN č.24, roč.53, 2004, str.14-15
66. Hlásenský, V.: Zdravotnictví v ČR, ZN č.40, roč.52, 2003, str.12-13
67. Hnízdil, J.: Demonstrujeme za reformu...., ZN č.9, roč. 55, 2006, str.19
68. Honzáková, L.,Holečko, D.: Návrh změn regulace cen léčiv v ČR, ZN č.26, roč. XLVII, 1998, str.5
69. Hroboň, P.: Finanční prostředky nejsou východiskem z problémů, ZN č.11, roč. XLVII,1998, str. 7
70. Jan, Ř.: Platby od pojišťoven nesplňují očekávání nemocnic, ZN č. 39, roč. XLIX, 2000, str.7
71. Janečková, H.: Problémy zdravotní péče očima českých lékařů, ZN č.32, roč. XLIX, 2000, str.11
72. Jelínek, J., MUDr.: České zdravotnictví: říznout nebo jen zavázat?, ZN č. 15, roč. XLVI, 1997, str. 9-10
73. Jirí, N.: Jak dál ve financování nemocniční péče podle DRG, ZN, č.2, roč. XLVII, 1998, str.3
74. Jiřík, P.: Proč není možné sloučení zdravotního a nemocenského pojištění, ZN č. 23, roč.54, 2005, str.5-6
75. Joch, R.: Medicína je stále dražší, ZN č.15, roč. 53, 2004, str.16-18
76. Julínek, T.: Problematická rola státu, ZN č. 42, roč. 53, 2004, příloha
77. Julínek, T.: Reformu zdravotnictví posune: ZN č.25, roč. 50, 2001, str.10-11
78. Karlík, R.: Legislativa ČR se liší od Evropské unie, ZN č. 43, roč. XLVI, 1997, str. 7
79. Karlík, R.: Léková politika a formy kontroly, ZN č.11, roč. XLVI, 1997, str. 8
80. Karlík, R.: Zdravotnictví jako předmět veřejné politiky ČR, ZN č. 21, roč. XLVI, 1997, str. 11

81. Kilián, J.: Co je a není solidární ve zdravotní péči, ZN č.6, roč. 55, 2006, str.15
82. Klusáková, P.: Nová vyhláška o lécích vyvolává rozpaky, ZN č.4, roč. 53, 2004, str.16-17
83. Kolář, R.: Problémy současného zdravotnictví, ZN č. 14, roč.XLVI, 1997, str. 15
84. Kothera, V.: Propojení systémů veřejného zdravotního pojištění a nemocenského pojištění, ZN č.42, roč. 52, 2003, příloha
85. Kothera, V.: Veřejnému zdrav. pojištění hrozí direktiva a centralizace: ZN č. 49, roč. XLVIII, 1999, str. 3
86. Kotlářová, J., Král, K.: Farmacie v ČR po roce 1989, Praha 1996
87. Kovaříková, I.: Převratné změny ve zdravotnictví politici neslibují, ZN č.12, roč. 50, 2001, str.12-13
88. Křížová, E.: Reforma zdravotnictví v ČR po roce 1989 očima veřejného mínění, ZN č.34, roč. XLVIII, 1999, str.14-15
89. Kubek, M.: Koncepce je nebezpečná, ZN č.16, roč.52, 2003, str. 17
90. Kubinyi, J.: Koncepce - teze jsou, návrh v září, ZN č.18, roč. 53, 2004, str.9
91. Kudyn, M.: Kombinovaná kapitačně výkonová platba – výhody a nevýhody z pohledu poskytovatelů primární péče, ZN č.12, roč. XLVI, 1997, str. 9
92. Kurková, M.: Konec lékárníků v Čechách ?, ZN č.9, roč. 55, 2006, str.12-15
93. Mach, J.: Nedostatky současné právní úpravy vztahů ve zdravotnictví, ZN č.1, roč. XLVIII, 1999, str. 4
94. Matějka, M.: Změny v úhradách léčiv stále ještě postrádají logiku, ZN č.8, roč. XLVI, 1997, str. 11
95. Matušková, H.: Do efektivně fungujícího systému financování...., ZN 36, roč. XLIX, 2000, str. 5
96. Musílková, J., Lomníček, P.: Současný stav systému DRG v ČR, ZN č.10, roč. XLVIII, 1999, str.7-10
97. MZ ČR: Návrh ministerstva na rozšíření spoluúčasti pacientů, ZN č.40, roč XLVI, 1997, str.4
98. MZ ČR: Záměry zákonů o zdravotním pojištění a zdravotní péči, ZN č.42, roč. XLVI, 1997, str.5
99. MZ ČR: Materiál tajemníka Miroslava Macka, č.5, roč. XLVI, 1997, str. 7-10, č.6, str.10-11
100. MZ: Koncepce dlouhodobé následné lůžkové péče v ČR, ZN č.16, roč. XLVII, 1998, str. 5
101. MZ: Koncepce zdravotnictví- dlouhodobý program vlády ČR, ZN č. 15, roč. XLVIII, 1999, str. 6-7
102. MZ: Pravidla jsou dána, ZN č.22, roč. 55, 2006, str. 15"
103. Navrátilová, J.: Protesty zdravotníků sílí, ZN č.7, roč. 55, 2006, str. 15
104. Navrátilová, J.: Zdravotnictví chybí koncepce, ZN č.5, roč. 55, 2006, str.15
105. Navrátilová, J.: Zdravotnictví po volbách, ZN č.23, roč.55, 2006, str. 21
106. Novák, M.: Mýty českého zdravotnictví, ZN č.24, roč. 52, 2003, str. 12-13
107. ODS: Stínová koncepce zdravotnictví, ZN č.26, roč.53, 2004, str.13
108. OECD: Výdaje na zdravotní péči se takřka nemění, ZN č.45, roč.52, 2003, str.23
109. Oswald, J.: Připomínky předsednictva ČLS JEP k návrhu reformy, ZN č.8, roč. XLVI, 1997, str. 3
110. Podle semináře: Útržky z lékové politiky, ZN č. 20, roč.50, 2001, str. 12-13
111. Prinz, J.: Kraje převzaly sociální služby, ZN č.9, roč.52, 2003, str.11
112. Prinz, J.: J.Kubinyi pedložil svou koncepci zdravotnictví, ZN č.31, roč. 53,2004, str.8-9

113. Projekt lékových záznamů, ZN č.5, roč. 50, 2001, str.10-11
114. Prokeš, M.: Nová léková vyhláška, ZN č.28, roč. 51, 2002, str.10
115. Prokeš, M.: Systém regulace výdajů na léky v České republice, ZN č. 20, roč. XLVIII, 1999, str. 8-9
116. Rambousek, J.: Několik poznámek k hledání koncepce zdravotnictví, ZN č.36, roč. 52, 2003, str.18
117. Rybníkář, O.:Jak zhojit české zdravotnictví, ZN č.25, roč. 54, 2005, str. 27-29
118. Rýznar, V.: Reformu nikdo neudělal, ZN č.50, roč. 52, 2003, str.20-22
119. Řehák, J.: Kočkopes aneb návrat do starých časů, ZN č.22, roč. XLIX, 2000, str. 11
120. Řezáč, J., Tarant, M.: Prostor pro soutěž pojišťoven příliš velký není, ZN č.9, roč. XLVII, 1998, str. 4
121. sf: Komora koncipovala návrh transformace zdravotnictví, ZN č.23, roč. 50, 2001, str.7
122. Schlanger, J., Zaoral, M., Dvořáková, J.: Teze Nového systému zdravotní péče pro rok 2000, ZN č.4,5,6 , roč. XLVII, 1999, str. 4
123. Soukupová, I.: Oddlužené nemocnice znovu zadluženy, ZN č.31, roč. 55, 2006, str. 4
124. Soukupová, I.: Degresivní marže, ZN č.15, roč. 55, 2006, str. 1-2
125. Strnad, L.: Úloha kontroly ve zdravotnickém zařízení, ZN č. 36, roč. XLVIII, 1999, str. 14
126. Strnad, L.: EU versus kandidátské země, ZN č.33, roč. 50, 2001, str. 8-9
127. Svaz zdravotních pojišťoven: Situace ve zdravotním pojištění a možná východiska, ZN č.41, roč. XLVII, 1998, str. 7
128. Šavlík, J.: Finance problém zdravotnictví neřeší, ZN č.5, roč. 54, 2005, str.26-27
129. Šimek, B.: Pokladenský systém měl být zaveden co nejdříve, ZN č.15, roč.54,2005, str.4-5
130. Šimek, B.: Financování zdravotnictví..., ZN č.27, roč. 55, 2006, str. 22-23
131. Šircová, Z.: Síť nemocnic vyplyne z výběrových řízení, ZN č. 44, roč. XLVI, 1997, str. 1-2
132. Špidla, V.: Důvody pro odmítnutí zákona o zdravotním pojištění, ZN č.3, roč. XLVII, 1998, str. 5
133. Špidla, V.: Možnost stabilizovat systém financování zdravotnictví, ZN č. 25, roč.XLVI, 1997, str. 3
134. Šťastný, D., Šťastná, R.: Zdravotnictví není zvláštním oborem, ZN č.10, roč.50, 2001, str.16-17
135. Šťastný, J.: Transformace zdravotnictví potřebuje nadrezortní pohled,...ZN č.17, roč. XLIX, 2000, str.8
136. Tarant, M., Cikrt, T.: Musíme změnit systém úhrad, ZN č.31, roč. 51, 2002, str.8-9
137. Tarant, M.: Českému zdravotnictví chybějí především jasná pravidla, ZN č.12, roč. XLVII, 1998, str.13
138. Tarant, M.: Kapitační platbu a DRG nelze zavádět překotně, ZN č. 37, roč. XLVI, 1997, str. 1
139. Tarant, M.: Komerční pojištění potřebuje vhodnou legislativu, ZN č.49, roč. XLVI, 1997, str.16
140. Tarant, M.: Nejdůležitější události ve zdravotnictví za 1. čtvrtletí, ZN č. 16, roč. XLVI, 1997, str. 8-9

141. Tarant, M.: Nejdůležitější události ve zdravotnictví za 2. čtvrtletí, ZN č. 28, roč. XLVI, 1997, str. 4-5
142. Tarant, M.: Nejdůležitější události ve zdravotnictví za 3.čtvrtletí, ZN č. 41, roč. XLVI, 1997, str.8
143. Tarant, M.: Regionální zdravotnictví, ZN č. 32, roč. 51, 2002, str. 12-13
144. ÚZIS: Lékárenská péče v ČR v roce 2002
145. ÚZIS: Lékárenská péče v resortu zdravotnictví v roce 2000
146. ÚZIS: Lékárenská péče v roce 2005
147. ÚZIS: Lékárny (a výdejny) v roce 1997
148. ÚZIS: Lékárny (a výdejny) v roce 1998
149. ÚZIS: Lékárny v České republice v roce 2003
150. vad.: Deficit zdravotnictví rostl ve třech etapách, ZN č.5, roč. XLVI, 1997, str. 2
151. Vavrejšnová, M.:Z kapes pacientů....., ZN č.19, roč.54, 2005, str.14-16
152. Vepřek, P.: Přímé zasahování státní správy do zdrav.systému....., ZN č.42, roč. XLIX, 2000, str. 7
153. Vepřek, P.: Vývoj zdravotnictví a DRG, ZN č. 5, roč. 50, 2001, str.16
154. Vepřek, P.: Zdravotnictví, pojišťovny a Česká národní ZP, ZN č. 24, roč. XLVI, 1997, str. 8
155. vla: ODS předloží vlastní koncepci, ZN č.13., roč. 53, 2004, str.7
156. Vládní návrh zákona o zdravotní péči, ZN č.1, roč. XLVII, 1998, str.7
157. Výroční zpráva ČLK 2005, Česká lékárnická komora,Praha 2005
158. Výroční zpráva ČLK 2001, Česká lékárnická komora,Praha 2001
159. Výroční zpráva ČLK 2002, Česká lékárnická komora,Praha 2002
160. Výroční zpráva ČLK 2003, Česká lékárnická komora,Praha 2003
161. Výroční zpráva ČLK 2004, Česká lékárnická komora,Praha 2004
162. Zámečník, M.: Přímé platby obyvatelstva, ZN č.19, roč.54, 2005, str. 17
163. Zemek,R.:Jak by to mohlo fungovat, ZN č.17,roč.55,2006, str.18-19

9. Přílohy

Seznam příloh:

1. Změny financování zdravotnictví
2. Výdaje na zdravotnictví v letech 1999-2005
3. Počet lékáren v ČR v letech 1999-2005
4. Růst výdajů na zdravotnictví v letech 1999-2005
5. Ministři zdravotnictví v letech 1948-2006
6. Zdravotnictví v ČR - statistické údaje
7. Zdravotní pojištění v EU
8. ČR – chronologie vývoje zdravotnictví

Příloha 1

Změny financování zdravotnictví

Usnesením vlády č.339/1990 byl schválen nový systém poskytování zdravotní péče. Jako způsob financování byl zvolen princip všeobecného zdravotního pojištění založený na sociální solidaritě, tento princip je používán ve většině zemí EU a má tradici i v naší zemi.

Došlo k navázání na pojišťovenský systém, který tu existoval před rokem 1939, kde hrály hlavní úlohu zdravotní pojišťovny.

Ke změně systému financování došlo v roce 1992, v české zdravotnictví se uplatňuje částečně „vícezdrojové“ financování. Zdravotní péče je hlavně financována zdravotní pojišťovnou z vybraného pojistného, činnosti, které pojišťovna nehradí jsou někdy hrazeny poskytoványmi příspěvky ze státního rozpočtu. Dalšími formami financování jsou sponzorské dary, církevní pomoc a charita, příspěvky obcí, přímá spoluúčast pacienta (hlavně v oblasti léků). Toto vícezdrojové financování je však rozvinuto **nedostatečně**. (86)

1.ledna 1992 nabývá účinnosti zákon č.550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, který stanovil:

- Rozsah potřebné zdravotní péče
- Rozsah zdravotního pojištění
- Způsob úhrady léčení v cizině
- Podmínky vzniku zániku zdravotního pojištění
- Podmínky plateb zdravotního pojištění
- Práva a povinnosti pojištěnce
- Organizaci zdravotního pojištění a způsob kontroly

Plátcí pojistného jsou:

1. pojištěnci
2. zaměstnavatelé
3. stát

Pojistné na zdravotní pojištění je 13,5% z příjmu, 1/3 hradí pojištěnec a 2/3 hradí zaměstnavatel.

Stát je plátcem pojistného za nezaopatřené děti, poživatele důchodů, příjemce rodičovského příspěvku, osoby na mateřské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby

pečující o bezmocnou osobu, osoby ve vazbě nebo ve výkonu trestu a odnětí svobody.

Výše úhrady za léčení je stanovena bodovým systémem – každý výkon a činnost je ohodnocena určitým počtem bodů. Dne 29.dubna 1992 vychází vyhláška č.258/1992 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, tyto seznamy se pravidelně aktualizují. Počet bodů za léčebný výkon je určen vyhláškou Ministerstva zdravotnictví a současně je stanovena i finanční hodnota 1 bodu. Tento systém financování zdravotnictví byl zpočátku pozitivním systémovým prvkem transformace zdravotnictví. VZP se stala jediným správcem finančních zdrojů ve zdravotnictví. Od července 1992 vešel v platnost zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, který tento systém financování částečně destabilizoval. Vzniklo dalších 25 zdravotních pojišťoven (viz. přílohy) a systém financování zdravotnictví se tímto stal složitější a také náročnější na řízení a kontrolu. V letech 1995 – 1996 se řada zdravotních pojišťoven dostala do finančních potíží a zanikla, v roce 1998 existuje pouze 10 zdravotních pojišťoven. (21)

Příloha 2**Výdaje na zdravotnictví v letech 1999-2005**

rok	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Podíl z HDP v %	7,15	7,24	7,40	7,16	7,41	7,12	7,03
Celkové výdaje na zdravotnictví (mld.Kč)	134,928	141,871	158,806	172,976	189,298	198,099	209,332
Z toho celkové výdaje na léky (mil. Kč)			38,390	45,475	50,111	54,991	57,681

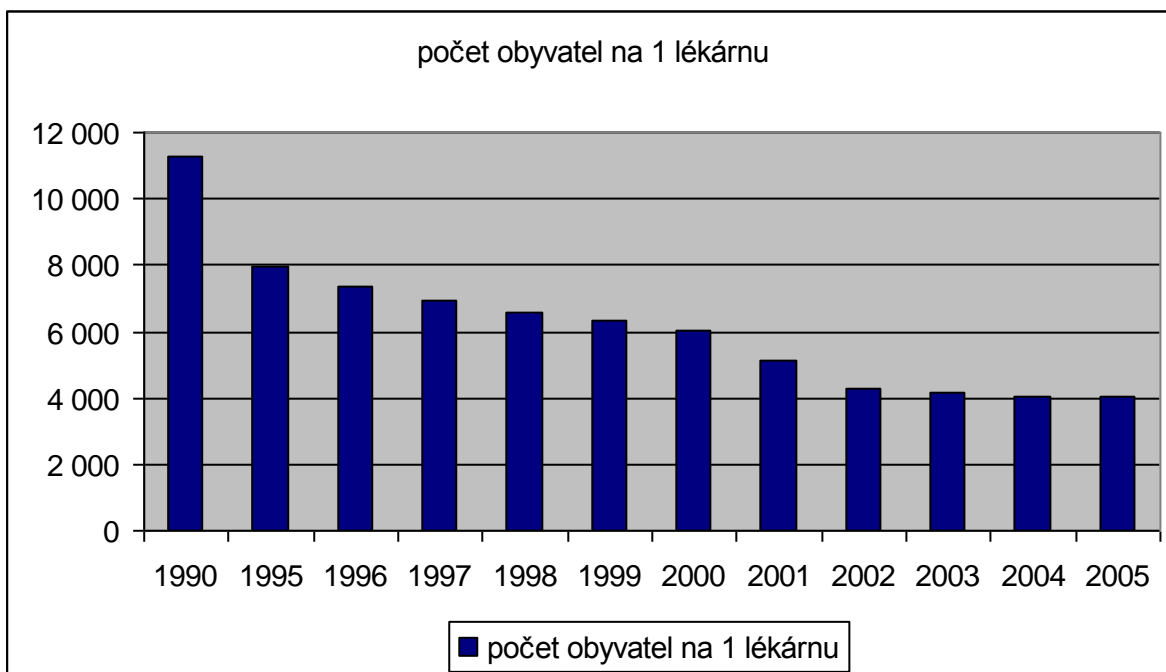
Příloha 3

Počet lékáren v letech 1999-2005

Rok	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Lékárny	1253	1340	1426	1498	1559	1636	1928	2025	2126	2194	2250
Ústavní lékárny	41	60	64	66	67	70	89	82	31	31	31
Lékárny Celkem	1294	1400	1490	1564	1626	1706	2017	2107	2157	2225	2281
Výdejny	20	14	9	28	100	183	206	217	231	241	234

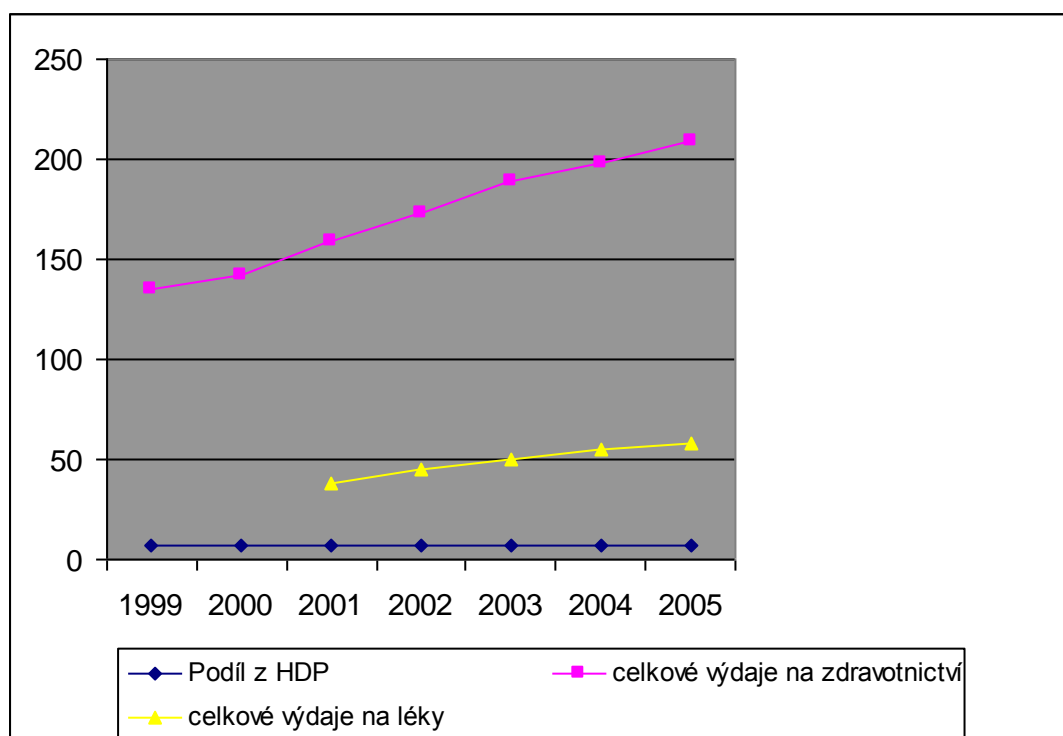
počet obyvatel na jednu lékárnu

rok	Počet obyvatel na jednu lékárnou	1990 – 100%
1990	11 303	100,0
1995	7 976	70,6
1996	7 364	65,2
1997	6 912	61,2
1998	6 582	58,2
1999	6 324	56,0
2000	6 021	53,3
2001	5 096	45,1
2002	4 302	38,1
2003	4 187	37,0
2004	4 054	35,8
2005	4 069	36,0



Příloha 4

Růst výdajů na zdravotnictví v letech 1999-2005



Příloha 5

Ministři zdravotnictví v letech 1948-2006

Dr.h.c. Josef Plojhar

ministr zdravotnictví od 25. února 1948 do 9.dubna 1968

Po vystudování působil jako kaplan v Českých Budějovicích, za svou vlasteneckou činnost byl v roce 1939 zatčen a po šest let vězněn v nacistických koncentračních táborech v Buchenwaldu a v Dachau. Pod jeho vedením se realizovalo socialistické sjednocené zdravotnictví.

RNDr. PhMr. Vladislav Vlček

ministr zdravotnictví od 9.dubna 1968 do 11.února 1971

Po studiích na gymnáziu v Praze prošel v letech 1930- 1932 v Praze lékárnickou praxí, potom nastoupil na studium farmacie Karlovy univerzity v Praze, pracoval ve Výzkumném ústavu antibiotik, má spoluautorství na řadě čs.patentů při výrobě léčiv, je autorem a spoluautorem několika odborných publikací o antibiotikách.

Doc. MUDr. Jaroslav Prokopec, CSc.

ministr zdravotnictví od 12.února 1971 do 26.listopadu 1989

Promoval na lékařské fakultě Karlovy univerzity v Praze, patří mezi přední znalce otázek nukleární medicíny, z oboru nukleární medicíny také habilitoval, v celé své činnosti se osvědčil jako vynikající organizátor, ovládající jak speciální problematiku lékařských fakult a fakultních nemocnic, tak širokou problematiku zdravotnického terénu.

Prof. MUDr. Pavel Klener, DrSc.

ministr zdravotnictví od 27.listopadu 1989 do 28.června 1990

Je přednostou I.interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice a I.LF UK v Praze a ředitelem Ústavu hematologie a krevní transfúze, počátkem devadesátých let byl poslancem České národní rady za ODA a prorektorem UK.

P.Klener shromáždil skupinu odborníků, která začala s přípravou zdravotnické reformy. Její návrh počítal s postupnou privatizací primární péče a činností na poliklinikách, teprve výhledově se uvažovalo o privatizaci lůžkových zařízení.

Doc. MUDr. Martin Bojar, CSc.

ministrem zdravotnictví od 29.června 1990 do 1.července 1992

Po absolvování lékařské fakulty UK působil jako sekundární lékař v psychiatrické léčebně v Kosmonosích, v letech 1974- 1979 na neurologické klinice Fakultní nemocnice Motol, v 90.letech se stal jejím přednostou, byl také děkanem 2. LF UK v Praze, nikdy nebyl členem žádné politické strany.

V prosinci 1990 prosadil reformu, jejímž cílem bylo rozbít státní monopol ve sféře zdravotnictví. Do konce roku 1990 byla ukončena činnost krajských a o rok později okresních ústavů národního zdraví a zdravotnická zařízení získala právní subjektivitu. Od října 1991 začala v ČR platit svobodná volba lékaře. Reforma počítala se systémem více zdravotních pojišťoven, soukromými praxemi a s trhem s léky. Velké nemocnice ponechávala ve státním vlastnictví.

MUDr. Petr Lom

ministrem zdravotnictví od 2.července 1992 do 21.června 1993

V letech 1960 až 1964 pracoval jako chirurg v nemocnici v Chomutově, v letech 1964 až 1967 byl expertem ministerstva zdravotnictví v Alžírsku, v letech 1967 až 1978 chirurgem ve Fakultní nemocnici pod Petřínem, od roku 1979 do roku 1990 vedoucí úrazového oddělení Fakultní nemocnice na Bulovce, od roku 1990 do roku 1995 poslanec České národní rady za Občanské fórum, poté za ODS, později člen poslanecké sněmovny, v letech 1995 až 1999 český velvyslanec ve Francii, od roku 2000 v republice Pobřeží slonoviny.

V této době se začalo hovořit o vyšší zodpovědnosti pacienta a o jeho finanční spoluúčasti, ale bylo mu hodně vytýkáno, že systém zdravotního pojištění je neefektivní.

MUDr. Luděk Rubáš

ministr zdravotnictví od 22.června 1993 do 8.října 1995

Od roku 1978 do roku 1990 pracoval jako sekundární lékař na ortopedickém oddělení a dětské chirurgii OÚNZ v Kolíně, v letech 1990- 1991 byl ředitelem kolínského OÚNZ, v letech 1992- 1993 ředitelem nemocnice v Kolíně, od roku 1991 člen ODS, od roku 1993 předseda jejího regionálního sdružení ve středních Čechách, od roku 1992 do roku 1996 poslanec České národní rady a poslanecké sněmovny.

Chtěl zásadně změnit systém zdravotního pojištění i legislativu – ze všech ministrů vedl zdravotnictví nejlepším směrem.

PhDr. Jan Stráský

ministr zdravotnictví od 9.října 1995 do 1.ledna 1998

Na filozofické fakultě UK v Praze vystudoval filozofii a politickou ekonomii, od roku 1958 do roku 1990 působil v různých pobočkách Československé státní banky, v letech 1964 až 1969 člen KSČ, v roce 1969 z ní vystoupil, v roce 1970 byl dodatečně vyloučen, v letech 1990- 1991 náměstek generálního ředitele Komerční banky, v roce 1991 spoluzakladatel ODS, od roku 1992- 1997 její místopředseda, od července do prosince 1992 předseda poslední vlády ČSFR, byl poslancem České národní rady a poslanecké sněmovny.

Dokončil projekt regulace léčiv a začal rušit zadlužené pojišťovny.

MUDr. Zuzana Roithová

ministr zdravotnictví od 2.ledna 1998 do 22.července 1998

Absolvovala fakultu všeobecného lékařství UK v Praze, specializovala se na radiodiagnostiku, v letech 1978- 1979 působila v OÚNZ v Berouně, v letech 1979- 1985 ve Fakultní nemocnici Motol, o roku 1985 do roku 1998 ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady v Praze, v letech 1990 až 1998 jako ředitelka, senátorka za KDU-ČSL, jejíž je od roku 2001 místopředsedkyní.

MUDr. Ivan David

ministr zdravotnictví od 23.července 1998 do 9.prosince 1999

Po ukončení fakulty všeobecného lékařství UK v Praze a postgraduálního studia na filozofické fakultě UK pracoval ve II.fakultní nemocnici v Praze, později jako vědecký pracovník na FVL UK v Praze a v Psychiatrickém centru, o roku 1993 je členem ČSSD , v letech 1998- 2002 poslanec.

PhDr. Vladimír Špidla

ministr zdravotnictví od 10. prosince 1999 do 8.února 2000

Vystudoval historii a prehistorii na filozofické fakultě UK, prošel řadou profesí od pracovníka památkové péče a ochrany přírody, přes dělníka na pile, místopředsedu ONV (v roce 1990) v Jindřichově Hradci, ředitele úřadu práce (v letech 1991- 1996), od 1997 místopředseda, od dubna 2001 předseda ČSSD, od roku 1998 místopředseda vlády, od roku 2002 premiér. Po odstoupení Ivana Davida z titulu premiéra pověřen vedením MZ.

Prof. MUDr. Bohumil Fišer, CSc.

ministr zdravotnictví od 9.února 2000 do 14.července 2002

Je profesorem lékařské fakulty Masarykovy univerzity a mezinárodně uznávaným odborníkem ve výzkumu srdečně cévní soustavy, místopředseda městského výkonného výboru ČSSD v Brně.

MUDr. Marie Součková

ministryně zdravotnictví od 15.července 2002 do 14.dubna 2004

Po studiu na fakultě všeobecného lékařství UK v Praze pracovala jako sekundární lékařka na chirurgii, ortopedii, postupem let jako ambulantní specialista v oboru ortopedie s atestací I. A posléze II.stupně, od roku 1993 vedoucí lékařka ortopedického oddělení SAZZ v Ústí nad Labem, v polovině 90.let byla za ČSSD zvolena komunální zastupitelkou, v roce 2000 se stala radní krajského zastupitelstva Ústeckého kraje, působila jako předsedkyně OVV ČSSD a KVV ČSSD v Ústí nad Labem, nyní je místopředsedkyní této strany.

MUDr. Jozef Kubinyi, PhD.

Ministr zdravotnictví od 14.dubna 2004 do 10.srpna 2004

V 70.letech studoval medicínu na Univerzitě Komenského v Martině, následně na Univerzitě Palackého v Olomouci. Od roku 1979 se zabývá nukleární medicínou, v letech 1994 až 2002 byl přednostou kliniky nukleární medicíny ve FN Ostrava. V roce 1994 se začal angažovat v komunální politice, do poslanecké sněmovny byl za ČSSD zvolen v roce 2002, do roku 1990 byl členem KSČ, o dva roky později vstoupil do ČSSD.

Doc. MUDr. Milada Emmerová

ministryně zdravotnictví od 10.srpna 2004 do 12.října 2005

Po studiu na fakultě všeobecného lékařství UK v Plzni a po atestaci z vnitřního lékařství I. a posléze II. stupně pracovala jako odborná asistentka na I.interní klinice Fakultní nemocnice, od roku 1978- 1992 vedoucí lékařka metabolické jednotky intenzivní péče a léčebné barokomory na I.interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni, od roku 1992- 1993 odborná asistentka na I.interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni, od roku 1993- 1996 docentka vnitřního lékařství na I.interní klinice Fakultní nemocnice v Plzni, od roku 1996- 2002 místopředsedkyně VSPZ PS PČR, od června 2002 předsedkyně Výboru pro sociální politiku a zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky (VSPZ PS PČR).

MUDr.David Rath

ministr zdravotnictví od listopadu 2005

Fakultu všeobecného lékařství UK vystudoval v roce 1990. Postupně působil na ARO klinice VFN Praha, interních klinikách IKEM a FN Motol, na jednotce intenzivní metabolické péče, na záchranné službě v Kralupech. Zároveň vyučoval na 2. LF UK. Od roku 2000 pracoval jako ambulantní internista v Paracelsum s.r.o.

V letech 1995-1998 byl předsedou Lékařského odborového klubu, v roce 1998 byl zvolen prezidentem České lékařské komory, kde působil až do svého jmenování ministrem zdravotnictví v listopadu 2005. Byl členem ODS, SD-LSNS, nyní je bezpartijní a chystá se vstoupit do ČSSD, kde se již stal pražským lídrem pro volby do poslanecké sněmovny.

MUDr. Tomáš Julínek

ministr zdravotnictví – listopad 2006

Lékařskou fakultu Masarykovy univerzity absolvoval v roce 1982. Téhož roku nastoupil do plicní léčebny v Jevíčku a praxi anesteziologa získával v nemocnici ve Svitavách. Od roku 1986 pracoval na Anesteziologicko-resuscitační klinice Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně. V roce 1991 byl jmenován primářem ARO nemocnice v Ivančicích. V letech 1992-1994 zde zastával rovněž funkci náměstka ředitele, od roku 1994-1998 ředitele nemocnice. V listopadu 1998 byl zvolen senátorem PČR za ODS. Od roku 2003 je stínovým ministrem zdravotnictví. V roce 2006 se stal ministrem zdravotnictví.

Příloha 6

Zdravotnictví v ČR- statistická data

Základní údaje o České republice:

Rozloha: 78.864,0 km²

Počet obyvatel 10,220 mil.

Průměrná mzda: 18.582,- Kč

Základní údaje o zdravotnictví v České republice:

celkové výdaje na zdravotnictví (2003): 186,424 mld. Kč

celkové výdaje na zdravotnictví (2004): 192,510 mld. Kč – nárůst o
3,26 %

rok 2004:

- z toho celkové výdaje na léky: 55,847 mld. Kč (29,01 %)

- z toho veřejné výdaje: 175,485 mld Kč (91,16 %)

2 Z toho léky na recept: 37,195 mld Kč (19,32
%)

3 Z toho ostatní veřej. Výdaje: 138,652 mld. Kč (72,02 %)

Celkové výdaje na zdravotnictví na obyvatele: 18.837,- Kč

Veřejné výdaje na zdravotnictví na obyvatele: 17.171,- Kč

Podíl veřejných výdajů na zdravotnictví k HDP: 6,38 %

Podíl celkových výdajů na zdravotnictví k HDP: 7,00 %

Podíl veřejných výdajů na léky předepsané na recepty k celkovým veřejným výdajům na zdravotnictví v roce 2004 oproti roku 2003 mírně vzrostl na 21,20 %. Podíl celkových výdajů na léky k celkovým výdajům na zdravotnictví v roce 2004 činil 29,01 %, což je mírný nárůst ve srovnání s rokem 2003.

Lékárny:

Počet zařízení lékařské péče (2004): 2534

- počet lékáren 2225

- počet výdejen léčiv: 309

počet obyvatel na jedno zařízení lékařské péče: 4033

počet obyvatel na lékárnou: 4593

počet realizovaných lékařských receptů (2003): 94 332 tis.

počet realizovaných lékařských receptů (2004): 94 237 tis. – pokles o 0,10 %

Počet lékáren celkem k 31.12.2005	2 515
- počet lékáren	2 281
- počet výdejen	234

Na jednu lékárnou připadá 4 069 obyvatel.

Při mezinárodním porovnávání počtu obyvatel připadajících na jednu lékárnou je Česká republika mírně podprůměrná (průměr v zemích EU činil v roce 2003 3 334 obyvatel na jednu lékárnou).

Průměrný počet zaměstnanců na jednu veřejnou lékárnou (bez lékáren nemocničních) v roce 2004 ve srovnání s rokem 2003 mírně klesl.

Průměrné tržby v lékárnách (přepočteno na jednu veřejnou lékárnou) v roce 2004 ve srovnání s rokem 2003 se mírně snížily (o 0,3 %). Snížily se tržby od zdravotních pojišťoven za léky předepsané na lékařské předpisy (o 0,11 %) a PZT (o 5,16 %). Zvýšily se doplatky pacientů a tržby za volně prodejné léky (o 0,76 %).

Celkový objem doplatek pacientů a tržby za volně prodejné léky v lékárnách činily v roce 2004 10,712 mld. Kč.

Celkové tržby všech zařízení lékárenské péče za rok 2005 dosáhly 59 437 mil.Kč a oproti roku 2004 vzrostly o 3,1%. Z toho tržby za léčiva činily v roce 2005 celkem 53 026 mil.Kč, což je o 3,4% více než rok předtím. Tržby z doplatek pacientů a z volného prodeje dosáhly 11 652 mil.Kč, což je 108,8% předešlého roku., mírně poklesl počet přijatých receptů na 93 477tis.ks (99,2% loňské skutečnosti).

Na jeden recept připadla v roce 2005 v průměru léčiva v hodnotě 439,-Kč, přitom hodnota léku v klasické lékárně byla na 1 recept v průměru 375,-Kč, zatímco v ústavní lékárně byla 1 313,-Kč. Toto ukazuje, že sortiment léků v ústavních (nemocničních) lékárnách je zaměřen i na speciální nákladné léky.

Léky

Počet registrovaných léků (k 1.4.2005 podle kódů SÚKL):	28 184
- z toho volně prodejných:	1865
- z toho vázaných na Rp:	16 268
- z toho homeopatických:	6574
- z toho veterinárních:	3477

Spotřeba léků v DDD/1000 obyvatel/ den (2003):	1405
Spotřeba léků v DDD/1000 obyvatel/ den (2004):	1373
pokles. o 2,3%	

V České republice jsou dostupné prakticky všechny významné a důležité léky. Celkový počet registrovaných léků v ČR můžeme označit (při porovnání se stavem v zemích Evropského společenství) za mírně nadprůměrný. Skutečně obchodována je jen část registrovaných léků (necelých 33 %).

Spotřeba léků ve finančním vyjádření (2004):	55,8 mld Kč
Spotřeba léků v baleních (2004):	327 mil.
Spotřeba léků ve finančním vyjádření na obyvatele a rok (2004):	5464,- Kč
Spotřeba léků ve finančním vyjádření na obyvatele a rok hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění na recepty (2004)	3359,- Kč
Průměrná cena balení léku (2003)	150,90 Kč
Průměrná cena balení léku (2004)	170,58 Kč
Podíl generických léků v baleních (2004)	55,6%
Podíl generických léků ve finančním vyjádření (2004)	33,8%
Průměrná cena léčiv předepsaných na 1 recept (2003)	350,- Kč
Průměrná cena léčiv předepsaných na 1 recept (2004)	418,- Kč
Průměrný doplatek pacienta na léky předepsané na 1 Rp.(2003)	42,- Kč
Průměrný doplatek pacienta na léky předepsané na 1 Rp.(2004)	54,- Kč
Průměrná cena PZT předepsaných na 1 poukaz (2003)	714,- Kč
Průměrná cena PZT předepsaných na 1 poukaz (2004)	730,- Kč

Absolutní spotřeba léků v České republice je vysoká (32,2 balení/ osobu a rok).

Konstrukce cen léků je stále předmětem problémů, u drtivé většiny léků stanovuje jejich maximální ceny Ministerstvo financí na základě žádosti výrobce. K ceně výrobce se připočítávají přírážky za obchodní výkony farmaceutického velkoobchodu a lékáren (celkem 29%). V souvislosti s novelou zákona o DPH došlo ke změně konstrukce výpočtu ceny léku pro konečného spotřebitele. K ceně výrobce se připočte přírážka farmaceutického velkoobchodu (uplatňuje se obvykle 5-7% z ceny výrobce), dále lékárna připočte rozdíl mezi 29% a přírážkou

uplatněnou farm.velkoobchodem (obvykle 23-25%) a k výsledné ceně se připočte DPH (5%).

Je poměrně málo známo, že ačkoli má lékárna přírážku ve výš např. 25%, její podíl na ceně pro konečného spotřebitele činí necelých 17%. Celková spotřeba léků v ČR má trvale rostoucí charakter (meziroční nárůst 2004/2003 činil 6,95%). Podobné je to prakticky ve všech zemích Evropy.

Na jednu lékárnu připadalo v roce 2005 cca 4364 obyvatel. Síť lékařské péče v ČR je již natolik rozsáhlá, že dochází ke stagnaci a poklesu průměrných tržeb a počtu receptů na jednu lékárnu přes absolutní nárůst tržeb za léčiva a zdravotnické prostředky o 3,1%.

Příloha 7

Zdravotní pojištění v EU

Zdravotní pojištění v Evropské unii

Poskytováním zdravotní péče v EU je upraveno nařízením Rady EHS č.1408/71 a 574/72, která mají přednost před zákonem. Nárok na lékařsky nezbytnou péči budou mít návštěvníci z ČR ve všech členských státech s výjimkou Švýcarska. Nárok na nutnou a neodkladnou péči mají čeští pojištěnci i ve státech smluvních (Chorvatsko, Rumunsko, Srbsko a Černá hora).

Od 1.května 2004 mají čeští pojištěnci nárok na nutnou a neodkladnou péči ve všech členských zemích EU.

1. června vstoupila v platnost novela evropského nařízení, která rozšiřuje rozsah nároku turistů na zdravotní péči a současně už počítá s evropským průkazem zdravotního pojištění, který nahradí dosud platné formuláře. Rozsah péče se bude řídit předpokládanou dobou pobytu na daném území.

České zdravotní pojišťovny začaly s vydáváním evropského zdravotního průkazu v průběhu měsíce července. Tento doklad se stane zároveň českým zdravotním průkazem pojištěnce. Zdravotní pojišťovny budou posuzovat, zda český pojištěnec nevycestoval se záměrem čerpat zdravotní péči v zahraničí „pokud ano, pak si musí sám zaplatit čerpanou zdravotní péči v zemi, kde byl ošetřen. V České republice bude mít pak nárok pouze na úhradu do výše českých cen.“

Nejdůležitější změny zdravotního pojištění po vstupu do EU – český občan pracující v jiném členském státě (nikoli však v ČR),bude pojištěn v systému té země, kde pracuje. Spolu s ním budou v systému té země pojištěni všichni jeho nezaopatření rodinní příslušníci (manželka, děti), a to bez ohledu na to, kde zbytek rodiny bydlí.

Poněkud jiným způsobem jsou řešeny případy přeshraničních pracovníků, kteří za prací vyjíždějí a minimálně jednou týdně se vrací domů. Tito pracovníci a jejich rodinní příslušníci jsou rovněž pojištěni u zahraniční zdravotní pojišťovny. Zatímco pendler má nárok na plnou zdravotní péči ve státě, kde pracuje, jeho rodinní

příslušníci mají nárok na plnou zdravotní péči pouze v zemi svého bydliště.

Nejkomplikovanější je situace důchodců, kteří se rozhodli bydlet v zahraničí. Čeští důchodci (a jejich nezaopatření rodinní příslušníci), kteří trvale bydlí v jiné zemi EU, zůstávají pojištěnci některé české zdravotní pojišťovny (pokud v zemi nového bydliště nepobírají důchod) a mají zde nárok na plnou zdravotní péči na účet české pojišťovny. V ČR za ně platí pojistné stát, avšak při návštěvě ČR budou mít nárok pouze na lékařsky nezbytnou zdravotní péči. (126)

Komerční a evropské pojištění

Výhody nároku z evropského práva oproti nároku z komerčního pojištění:

- Jde o zákonný nárok, není třeba platit nějakou zvláštní pojistku
- Nárok není omezen žádnou finanční částkou
- Nárok se vztahuje i na lidi trpící chronickým onemocněním
- Nárok zůstává v naprosté většině zemí zachován, i když jde např. o úraz při vysokohorské turistice, při potápění či jiném rizikovém sportu
- Nárok zůstává zachován i v případě, že se pojištěnec na daný typ onemocnění již v minulosti léčil
- Nárok zůstává zachován po celou dobu českého pojištění a lze ho uplatnit i zpětně.

Nevýhoda nároku z evropského práva oproti nároku z komerčního pojištění:

- Nárok nekryje náklady na případný převoz zpět do ČR (s výjimkou Německa a Slovenska) (28)

Příloha 8

České zdravotnictví v datech

1945.....Prezident Edvard Beneš podepsal dekret o znárodnění soukromých pojišťoven

1948.....Národní shromáždění přijalo tzv. ústavu 9.května

.....Prezident Beneš 2.června abdikoval, o týden později byl prezidentem zvolen Klement Gottwald

.....Národní shromáždění přijalo zákon o národním pojištění, kterým se rušily nemocenské a sociální pojišťovny

.....Byl přijat školský zákon, který sjednocoval střední školy

1949.....ČSR se stala zakládajícím členem RVHP

.....Vstoupil v platnost zákon o výrobě a distribuci léčiv

1950.....V procesu s Miladou Horákovou padly čtyři rozsudky smrti

.....Byl přijat zákon o zdravotnických povoláních

1951.....Vyšel zákon o jednotné léčebné a preventivní péči, který umožnil povinné zdravotní prohlídky, povinná hlášení určitých nemocí, provádění hromadných preventivních, léčebných a protiepidemických opatření a povinné léčení určitých nemocí.Definoval typy zdravotnických zařízení a avizoval vytvoření zdravotních obvodů – jejich parametry potom určilo nařízení ministra zdravotnictví z roku 1953.

.....Vládní usnesení oddělilo nemocenské pojištění od důchodového, nemocenské předalo do rukou Revolučního odborového hnutí.

1952.....Československo vystoupilo z UNESCO

.....Byl přijat zákon o hygienické a protiepidemické péči

1953.....Vyšla vyhláška předsedy vlády k organizaci a provádění nemocenského pojištění zaměstnanců

1954..... Vyšla vyhláška o specializaci lékařů

1955..... Československo se stalo členem Varšavské smlouvy

.....Vyšlo nařízení ministra zdravotnictví o boji proti přenosným nemocím

.....Z rozhodnutí vlády přešla závodní zdravotnická zařízení pro

zaměstnance železnic pod resort dopravy

1956.....A. Novotný pohrozil, že dojde k uzavření vysokých škol pokud dojde k demonstracím studentů

....Vyšlo vládní nařízení o nemocenském pojištění a důchodovém zabezpečení členů JZD a výrobních družstev a o důchodovém pojištění jednotlivě hospodařících rolníků

....Vláda schválila novou platovou úpravu pro střední a nižší zdravotnické pracovníky, lékaře, vysokoškoláky ve zdravotnictví, odborné zaměstnance lékáren a pomocné technické pracovníky.

1957.... Proběhla rozsáhlá reforma národního pojištění. Důchodový věk stanovila na 60 let u mužů a 55 let u žen. Současně byly zvýšeny dávky nemocenského a zrušilo se jeho zdanění

... Byl přijat zákon o umělém přerušení těhotenství

1959....Akademik Jaroslav Heyrovský převzal z rukou švédského krále Gustava VI. Nobelovu cenu za chemii

1960.....Národní shromáždění přijalo novou ústavu, která zavedla nový název státu – Československá socialistická republika

1961.....Vyšla vyhl. MZ k umělému přerušení těhotenství

1961.....Byl přijat zákon o boji proti alkoholismu

1964.....Byl přijat zákon o zvýšení péče o těhotné matky

1966.....Národní shromáždění přijalo zákon o vysokých školách, který mimo jiné upravoval absolventské tituly

.....**Vyšel zákon o péči o zdraví lidu**

1968.....Armády států Varšavské smlouvy obsadily v noci z 20. na 21. srpen Československo

.....Vyšel zákon o prodloužení mateřské dovolené, o dávkách v mateřství a o přídavcích na děti z nemocenského pojištění

1970.....Po srpnu 1968 opustilo republiku 127 tisíc lidí

1971.....Vyšla vyhláška o zdravotnických a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví

1972.....Vyšla vyhláška o ochraně a rozvoji přírodních léčebných lázní a přírodních léčivých zdrojů

... Ministerstvo zdravotnictví vydalo vyhlášku o ochraně zdraví před

ionizujícím zářením

1973.....Nařízením vlády se zřizovaly interrupční komise

.....Vyšla vyhláška o umělém přerušení těhotenství

1975.....Federální shromáždění schválilo novelizaci zákoníku práce

.....Vyšla vyhl. o osvědčeních na nové způsoby prevence, diagnostiky a léčby

1976.....Vyšla vyhláška o zavedení doplňků k Československému lékopisu třetímu vydání v ČSSR

1977.....V lednu bylo vydáno prohlášení Charty 77, které vyzývalo režim, aby na legálním základě umožnil otevřenou diskusi

.....Byla vydána vyhláška o ochraně zdraví před nepříznivými účinky hluku a vibrací

1978.....Vyšla vyhláška o zrušení soukromých ordinací lékařů a dentistů

1980.....Vyšla vyhláška o jedech a jiných látkách zdraví škodlivých

1981.....Vyhláška Státní arbitráže ČSSR upravila základní podmínky dodávky zdravotnických a veterinárních výrobků

.....Vyšla vyhláška o zdravotnických pracovnících jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví

1982.....Federální shromáždění schválilo zvýšení mateřského příspěvku a změny v nemocenském zabezpečení

1983.....Vyšel zákon o sjednocení sazeb nemocenského

1986.....Došlo k havárii v ukrajinské jaderné elektrárně v Černobylu

.....Vyšel zákon ČNR o umělém přerušení těhotenství

1987.....Vyšla vyhláška o registraci hromadně vyráběných léčivých přípravků a úhradě nákladů s tím spojených

1988.....Vyšla vyhláška o povinném hlášení ukončení těhotenství, úmrtí dítěte a úmrtí matky

1989.....Studentská manifestace ze 17.listopadu k památce Jana Opletala a zásah policie proti ní byly signálem pro protestní akce, které vyvrcholily pádem komunistického režimu

.....Prezidentem republiky byl 29.prosince zvolen Václav Havel

.....Vyšla vyhláška o provádění zdravotnických, zdravotně branných a sociálních úkolů Československého červeného kříže

....Vyšla prováděcí vyhláška k zákonu o ochraně před alkoholismem a

jinými toxikomaniemi

1990.....Byl přijat zákon o malé privatizaci

1991.....Federální shromáždění přijalo zákon o privatizaci

.....Byl přijat zákon o České lékařské komoře, České stomatologické komoře a o České lékárnické komoře

.....Byl přijat zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně

.....Vyšla vyhláška o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi

1992.....Vláda ČSFR schválila návrh zákona o zániku federace

.....Byl přijat zákon o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

.....Byl přijat zákon o pojistném na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti

.....Poslanecká sněmovna schválila zákon o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

.....Byl přijat zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních

.....Vyšla vyhláška o zdravotnické záchranné službě

1993.....K 1.lednu vznikla samostatná Česká republika

.....Vláda schválila návrh zákona o penzijním připojištění

.....Vyšla vyhláška o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení

....Vyšla vyhláška o výběrovém řízení na vedoucí funkce ve zdravotnických zařízeních

1995.....Vláda přijala nařízení, kterým stanovila seznam nemocí z povolání

1996.....Vyšla vyhláška o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění a o jednacím řádu dozorčího orgánu

1997.....Vláda schválila tzv. balíčky opatření, které znamenaly mj. škrty v objemu mezd a sociálních dávek

.....Byl přijat zákon o mírovém využívání jaderné energie a ionizujícím záření

.....Byl přijat zákon o léčivech

1998.....Byl přijat zákon o návykových látkách

1999.....Vyšla vyhláška o poskytování zdravotní péče ve vojenských zdravotnických zařízeních

