

**Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky**

Ivana Koníčková

**Postavení primární péče a analýza regulačních mechanismů
úhrad praktických lékařů pro dospělé v ČR**

Diplomová práce

Konzultant: MUDr. Petr Háva, CSc.

Praha, 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen ty zdroje informací, které jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Praze, dne 25. 5. 2007

.....

Ivana Koníčková

Obsah

Úvod.....	8
Otázky.....	11
Cíl práce.....	12
Metody.....	12
Strom problémů.....	14
1 Teoretická východiska.....	15
1.1 Zdraví - hodnota individuální i společenská.....	15
1.2 Změny nároků na zdravotní systém související s všeobecným společenským vývojem.....	17
1.2.1 Změny nároků na zdravotní systém v důsledku demografického vývoje.....	17
1.2.2 Změny nároků na zdravotní systém v důsledku pokroku lékařské vědy a informační techniky.....	18
1.2.3 Změny nároků na zdravotní systém v důsledku společenských změn.....	19
1.2.4. Ekonomické důsledky vývojových změn.....	20
1.2.5 Trendy plynoucí z rostoucích nákladů a změn nároků na zdravotní péči.....	24
1.3 Primární péče.....	25
1.3.1 Primární péče ve zdravotnickém systému.....	25
1.3.2 Koncepce primární zdravotní péče.....	27
1.3.3 Odlišnost primární péče od ostatních složek zdravotní péče.....	28
1.3.4 Historický vývoj primární péče.....	29
1.3.5 Primární péče v zákonech České republiky.....	31
1.3.6 Praktický lékař v systému primární péče.....	32
1.3.7 Všeobecné lékařství pro praktické lékaře v ČR.....	33
1.4 Financování a úhrady zdravotní péče.....	35
1.4.1 Financování zdravotní péče.....	36
1.4.2 Charakteristika zdravotního pojištění.....	38
1.4.3 Veřejné zdravotní pojištění jako zdroj financování zdravotní péče v ČR.....	39
1.4.4 Úhrady zdravotní péče.....	43
1.4.5 Úhrady zdravotní péče praktických lékařů.....	44

1.4.6	Regulace úhrad zdravotní péče	45
1.4.7	Úhrady a regulace zdravotní péče praktických lékařů v ČR	47
1.5	Pacienti a lékaři - vymezení práv a povinností	49
1.5.1	Práva pacientů	49
1.5.2	Práva a povinnosti lékaře	50
1.6	Kvalita zdravotní péče	51
1.7	Kvalita života – význam pro zdraví a zdravotnictví	53
2	Analýza primární péče v ČR se zaměřením na praktické lékaře pro dospělé.....	55
2.1	Poskytovatelé primární péče	55
2.1.1	Věkové složení poskytovatelů primární péče	57
2.1.2	Činnost ambulantních zařízení a praktických lékařů pro dospělé v roce 2005.....	59
2.2	Postavení primární péče a praktických lékařů v systému zdravotní péče.....	61
2.2.1	Historické souvislosti postavení praktických lékařů	61
2.2.2	Vliv předrevolučního pojetí primární péče na soudobé postavení praktického lékaře	62
2.2.3	Základní příčiny související s postavením primární péče v současném zdravotním systému	65
2.3	Mechanismy úhrad zdravotní péče PL pro dospělé	67
2.3.1	Vztah primární péče, specializované péče a lůžkové péče a podíly na veřejných financích.....	67
2.3.2	Vývoj způsobu úhrady zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé ..	69
2.3.3	Kombinovaná kapitačně výkonová platba	71
2.3.4	Regulační mechanismy úhrady zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé	75
2.3.5	Způsob stanovení výše úhrady a stanovení sledovaných oblastí regulace zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé	78
3	Analýza regulačních mechanismů úhrad praktických lékařů v letech 1997/1998 - 2005	80
3.1	Regulační mechanismy úhrad jednotlivých typů zdravotní péče praktických lékařů.....	81
3.1.1.	Úhrada zdravotní péče o neregistrované pojištěnce	81
3.1.2.	Úhrada zdravotní péče o registrované pojištěnce	82
3.1.3.	Úhrada za léčiva a prostředky zdravotnické techniky	82

3.1.4. Úhrada za vyžádanou zdravotní péči	84
3.2 Rámcová pravidla pro uplatňování regulačních mechanismů	85
3.2.1 V případě léků a prostředků zdravotnické techniky	85
3.2.2 V případě nepravidelné péče.....	85
3.3 Komplexní hodnocení nákladovosti – bonifikační systém pro praktické lékaře dle VZP ČR.....	86
3.3.1. Důvody zavedení bonifikačního systému	86
3.3.2. Metodika bonifikačního systému VZP uplatňovaného v 1. pololetí 2001	87
3.3.3. Vlastní výše bonifikace.....	89
3.3.4. Změny metodiky v dalších obdobích.....	89
4 Analýza regulačních mechanismů úhrad zdravotní péče praktických mechanismů v roce 2006	92
4.1 Vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006.....	92
4.2 Vyhláška 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006.....	94
4.3 Problémy související s úhradovými vyhláškami pro 1. pololetí 2006.....	97
4.3.1 Obecné problémy omezení péče	97
4.3.2 Problémy související s úhradami a vyúčtováním zdravotní péče	98
4.3.3 Problémy v oblasti léků a prostředků zdravotnické techniky	101
4.3.4 Problémy v oblasti vyžádané péče.....	103
4.4 Povinnosti lékařů a práva pacientů ve vztahu k finančním limitům.....	104
4.4.1 Povinnosti lékařů ve vztahu k finančním limitům	104
4.4.2 Práva pacientů ve vztahu k finančním limitům	105
4.5 Rozhodovací proces předcházející vydání úhradové vyhlášky č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., a následná cenová jednání	106
4.5.1 Rozhodovací proces předcházející vydání úhradových vyhlášek.....	106
4.5.2 Cenová jednání o zmírnění dopadů úhradových vyhlášek	107
5. Analýza nákladů na zdravotní péči praktických lékařů v ČR.....	110
5.1 Nákladovost segmentů péče praktických lékařů.....	110

5.2 Zhodnocení bonifikačního systému pro praktické lékaře pro dospělé dle údajů VZP ČR.....	112
Závěr.....	118
Použité zdroje	124

Seznam tabulek a grafů

Tabulka č. 1 Vývoj střední délky života obyvatel ČR v letech 1985-2003	17
Graf č. 1 Vývoj nákladů na zdravotnictví v ČR	21
Graf č. 2 Příčiny růstu výdajů na zdravotnictví v ČR.....	22
Tabulka č. 2 Změny střední délky života populace ČR mezi roky 1995-2003 v ekonomických souvislostech	22
Graf č. 3 Vývoj finančních zdrojů zdravotnictví z veřejných rozpočtů.....	41
Graf č. 4 Vývoj ročních výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele	41
Tabulka č. 3 Odhad souhrnných výdajů na zdravotnictví (v mil Kč).....	42
Tabulka č. 4 Podíl zdrojů financování na výdajích na zdravotnictví (v %).....	42
Graf č. 5 Ambulantní lékaři v ČR.....	56
Tabulka č. 5 Podíl praktických lékařů na ambulantní péči.....	57
Graf č. 6 Podíl PL na celkové ambulantní péči	57
Tabulka č. 6 Průměrný věk lékařů v roce 2005	57
Graf č. 7 Věkové složení PL pro dospělé	58
Graf č. 8 Struktura zdravotní péče podle počtu ošetření.....	59
Tabulka č. 7 PL pro dospělé v roce 2005	60
Tabulka č. 8 Struktura primární péče (1998).....	62
Tabulka č. 9 Struktura sekundární ambulantní péče (1998)	63
Tabulka č. 10 Počet kontaktů ambulantních lékařů s pacienty(1998).....	63
Tabulka č. 11 Index vývoje nákladů zdravotního pojištění na zdravotní péči dle segmentů (rok 2001 = 100).....	67
Tabulka č. 12 Podíl jednotlivých segmentů na celkových nákladech zdravotního pojištění.....	68
Graf č. 9 Index nákladů na zdravotní péči dle segmentů (2001=100).....	69
Tabulka č. 13 Souhrnný přehled sledovaných regulačních mechanismů	84
Tabulka č.14 Přehled rozdílů vyhl. č.550/2005 Sb., a její novely č.101/2006 Sb... 96	

Grafy č. 10 - 15 Rozložení nákladů na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v letech 2000-2005.....	110
Graf č. 16 Náklady na předepsaná léčiva	111
Graf č.17 Rozdělení zařízení PL pro dospělé podle dosažených hodnot bonifikací na 1 PL.....	112
Tabulka č. 17 Průměrná hodnota vybraných ukazatelů zdravotní péče sledované v rámci bonifikace v přepočtu na jednoho registrovaného pojištěnce.....	115
Tabulkač. 18 Přehled souběhu bonifikací pro PL pro dospělé	116
Tabulka č.19 Počty zařízení podle druhu bonifikací pro PL pro dospělé.....	117

Úvod

Otázky zdraví a zdravotního stavu jsou jednou z nejvíce komplikovaných oblastí společenského života, neboť zdraví a jeho význam pro člověka je velmi specifickou a zásadní záležitostí. Zdraví je pro každého z nás, i pro celou společnost, navýsost významná kategorie. Představuje hodnotu absolutní a nenahraditelnou a v tomto smyslu je i naprosto odlišné od hodnot ostatních. Zlepšování zdraví je pak hlavním cílem zdravotnického systému.

Mezi hlavní témata veřejných diskusí, na první stránky deníků, i do elektronických médií se otázky zdravotnictví dostávají stále častěji. Zdravotnictví většiny nejen evropských zemí se všeobecně potýká s narůstající potřebou prostředků v důsledku nárůstu nových drahých technologií a léků, vyšetřovacích metod a léčebných postupů a v neposlední řadě i se změnami demografické struktury obyvatelstva. Na základě těchto skutečností se požadavky na zdravotnický systém modifikují a jsou na něj kladeny stále vyšší nároky. Více pozornosti se věnuje kvalitě péče, problematice přiměřenosti zdrojů, efektivity, faktorům působícím na růst výdajů ve zdravotnictví i otázkám spokojenosti samotných pacientů.

Ve zdravotnických systémech téměř většiny evropských států narůstá význam primární péče, jako základního článku zdravotnického systému a postavení lékařů primární péče se mění v postavení lékařů klíčových s dostatečnou vážností a podporou ze složek péče sekundární i terciární. Primární péče má důležité postavení jak z hlediska odborného, tak organizačního i ekonomického. Je pacientům nejbliže a dokáže na jejich potřeby, současně za nižších nákladů, reagovat lépe, než segmenty ostatní. Role lékařů primární péče je pro pacienty zásadní, neboť jej celým systémem zdravotnictví provázejí a poskytují mu dlouhodobou péči.

Naše porevoluční zdravotnictví za sebou nemá dlouholetou zkušenost a na všechny problémy, ať už systémové nebo ekonomické, muselo reagovat současně, v relativně krátkém časovém úseku.

Od roku 1990 je v naší republice jedním z hlavních témat zdravotní politiky financování zdravotnictví. Je řešena otázka, jaké zdroje a v jaké výši mají být pro tyto účely každý rok vyčleněny. Poskytovatelé zdravotnických služeb se soustředí především na způsob, jak budou finanční zdroje mezi jednotlivé oblasti zdravotnictví

rozděleny a snaží se maximálně prosazovat svůj užitek. Mechanismy úhrad byly od počátku zdrojem problémů, což vedlo ke značným finančním ztrátám.

V dnešní době se i naše zdravotnictví se potýká s problematickými demografickými trendy. Medicína má k dispozici škálu velmi drahých léčebných preparátů, které se farmaceutické firmy snaží prosadit, a k tomuto účelu využívají různé pobídkové mechanismy pro lékaře, čímž se je snaží k předepisování těchto preparátů motivovat. Na druhou stranu u nás neexistuje efektivní léková politika, která by tyto situace řešila. Pro pacienty pak platí svobodný pohyb v systému, libovolná spotřeba péče z jejich strany není nijak regulována. Tyto skutečnosti se negativně odráží v celkových výdajích na zdravotnictví, včetně výdajů na léky, které by měla zdravotní pojišťovna ze svého zdravotním pojištěním omezeného rozpočtu uhradit. Lékařům jsou nastavovány nejrůznější limity a regulace, které se snaží tuto situaci řešit a výdaje omezovat.

Nezvládnutí složité transformace v kontextu globálních a společenských změn poslední doby a značná ekonomická krize ve zdravotnictví, bylo zejména počínaje loňským rokem, hlavním důvodem pro otevření celospolečenské diskuse nad systémem našeho zdravotnictví, zejména pak nad kontrolou objemu a kvality poskytované péče, analýzou sítě a struktury zdravotnických zařízení, a modernizací systému veřejného zdravotního pojištění.

Výraznou pozornost vzbudila loňská vyhláška č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro první pololetí 2006, a to jak ze strany zdravotníků, pacientů, tak celé veřejnosti. Tato vyhláška znamenala krok k potřebným ekonomickým úsporám, ale i krok k výrazné změně parametrů pro lékaře, kterým byla na základě této vyhlášky jejich činnost proplácena.

Ve své práci se chci zaměřit na situaci týkající se primární péče v naší republice, zejména pak na praktické lékaře pro dospělé, neboť jsou to lékaři prvního kontaktu s pacientem. Jelikož téměř většina těchto lékařů v našich podmínkách provozuje soukromé praxe, zaměřím se právě na tuto skupinu ambulantních lékařů. Navzdory obecným trendům má primární péče v našem zdravotnickém systému postavení spíše okrajové a její význam je značně nedoceněný.

Chci analyzovat, co vydání výše uvedené vyhlášky pro segment primární péče a tedy pro praktické lékaře pro dospělé znamenalo. Sdružení praktických lékařů se k vyhlášce vyjádřilo následovně:

„Tato...vyhláška ohrožuje existenci řady zdravotnických zařízení a zejména dostupnost a kvalitu zdravotní péče o pacienty. Omezuje dokonce i jejich zákonná práva.“ (Prohlášení kongresu SPL ČR ze dne 27.1.2006. Appel, roč. 10, č. 1, 2006, s.12.)

Zajímá mě, v čem tato vyhláška tak zásadně změnila podmínky úhrad a mechanismy regulací, že znamenala deklarovaná ohrožení pro lékaře i pacienty. Předmětem mého zájmu se stanou regulace spotřeby péče, náklady na předepsaná a vykázaná léčiva a zdravotnický materiál, péče o chronicky nemocné pacienty a celkově podmínky poskytování zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Svou práci člením do pěti částí. První část se týká teoretických konceptů a východisek, ze kterých ve své práci vycházím. V této části první kapitole pojímám jako základní seznámení se s pojmem zdraví. Velmi krátce se věnuji jeho definici a následně významu zdraví jak pro jedince, tak pro celou společnost. Dále se zabývám trendy ve všeobecném společenském vývoji a hodnotím jejich vlivy na zdravotnický systém, které si žádají jeho modifikaci. Ve třetí kapitole se pak věnuji teoretickému konceptu primární péče, včetně historických souvislostí a uchopení v našich podmínkách. Vymezuje zde také postavení primární péče ve zdravotnickém systému, přičemž mě zajímají odlišnosti charakterizující jednotlivé úrovně péče. Kapitola následující se týká financování a úhrad zdravotní péče. Pod financováním se skrývá tvorba zdrojů pro úhrady. Většinovým zdrojem úhrad je v našich podmínkách zdravotní pojištění, které je v souvislosti s poskytováním péče často zmiňováno i v dalších částech mé práce. Proto se financováním zabývám a považuji ho pro účely práce za důležité. V rámci kapitoly úhrad se věnuji obecným principům, včetně konkrétních mechanismů úhrad zdravotní péče poskytované praktickými lékaři. Zmiňuji mechanismy regulační a to jak obecně, tak konkrétněji v aplikaci na náš zdravotní systém a praktické lékaře pro dospělé. Důležitou součástí první části jsou práva a povinnosti lékaře a práva pacienta ve vztahu ze zdravotní péči, která mi následně s konceptem kvality zdravotní péče a kvality života pomohou sledovanou úhradovou vyhláškou zhodnotit.

Druhá část je věnovaná analýze primární péče se zaměřením na naši republiku. Na úvod vymezuji hlavní poskytovatele a s nimi související vybraná statistická data a identifikuji hlavní problémy, které se k primární péči i k praktickým lékařům

vztahují a ovlivňují jejich postavení v celém zdravotnickém systému. Pro dokreslení situace krátce dokládám vztah jednotlivých segmentů péče v rámci podílu na veřejných financích. V kapitole, která se týká mechanismů úhrad se pak věnuji samotnému způsobu úhrady zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé, včetně historických souvislostí. Kapitola týkající se regulačních mechanismů pak rozebírá základní principy a záměry, z nichž tyto mechanismy vycházejí. Součástí je způsob, jakým jsou obecně úhradové i regulační mechanismy stanovovány.

Třetí část se potom podrobně věnuje analýze regulačních mechanismů úhrad praktických lékařů v letech 1997/8 – 2005, včetně komplexního hodnocení nákladovosti, jako určitého druhu regulace pozitivní. Regulační mechanismy nastavené úhradovou vyhláškou č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., pro 1. pololetí 2006 jsou pak předmětem analýzy v samostatné, čtvrté části práce, kde i podrobně rozebírám problémy, které s těmito vyhláškami souvisely nebo v jejich důsledku vznikly. Kapitulu uzavírám shrnutím práv pacientů a povinností lékařů ve vztahu k finančním limitům a analýzou rozhodovacích procesů, které vydání této vyhlášky předcházely a následnými cenovými jednáními, jako snahou důsledky vyhlášky zmírnit či napravit.

Vybrané kapitoly v rámci druhé, třetí a čtvrté části jsou taktéž doplněny o názory lékařů, zjištěné v rámci osobních rozhovorů či doloženy výtahy z korespondence Sdružení praktických lékařů.

Poslední, pátá část je věnovaná analýze nákladů na zdravotní péči v segmentu praktických lékařů, kady se snažím nákladovost zhodnotit především přes rozložení celkových nákladů na zdravotní péči podle jednotlivých segmentů a přes komplexní hodnocení nákladovosti, tedy bonifikační systém.

Otázky

Jaké je postavení primární péče a praktických lékařů ve zdravotním systému ČR?

Jaký byl vývoj úhradových a regulačních mechanismů zdravotní péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé od roku 1989 a zejména potom po roce 1997?

Jaká regulační omezení a limity obsahovala vyhláška č. 550/2005 Sb., a její novela č.101/2006 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro první pololetí 2006?

Jaké byly dopady úhradových vyhlášek pro 1. pololetí 2006 pro lékaře i pro pacienty?

Jaká je nákladovost péče praktických lékařů, rozložení nákladů na jednotlivé segmenty péče a jak je možné ji hodnotit v souvislosti s bonifikačním systémem?

Cíl práce

Cílem mé práce je analyzovat dopadů regulačních mechanismů úhrad zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé pro lékaře i pro pacienty.

V rámci dílčího cíle se pokouším o zhodnocení nákladovosti zdravotní péče poskytované praktickými lékaři.

Hypotézu stanovuji následovně:

Regulace a limity úhrad zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé poškozují lékaře i pacienty.

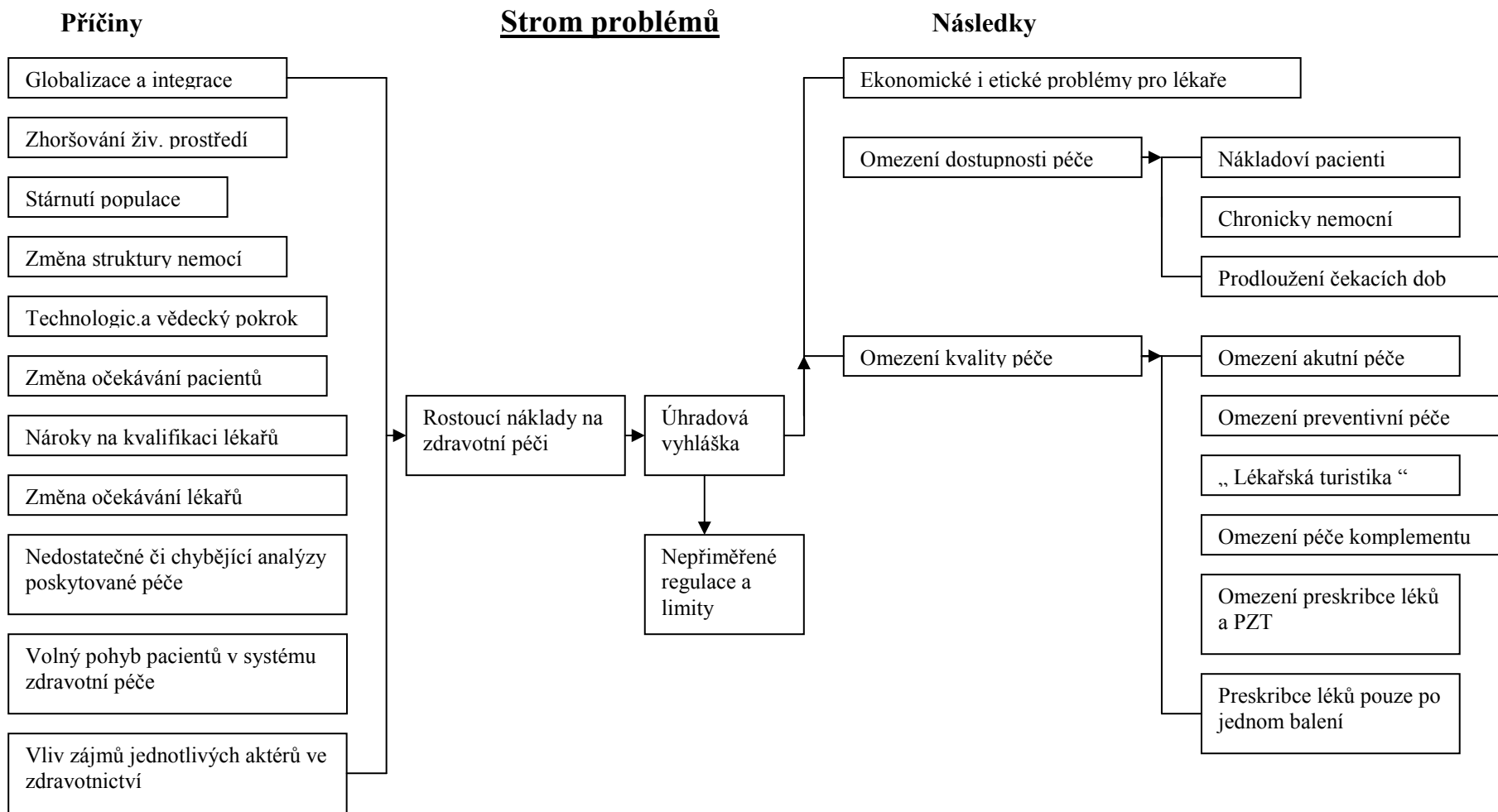
Metody

Metodika mé práce se opírá především o analýzu právních předpisů pro oblast poskytování zdravotní péče. Využívám jak právní předpisy primární síly (zákonné normy), tak i sekundárních právních předpisů (nařízení vlády, vyhlášky ministerstva). Používám kvalitativní analýzu těchto dokumentů, která se zabývá vývojem i určitým stavem dané události z hlediska její právní úpravy. Analyzuji i další dokumenty popisující problematiku, jako jsou odborné texty a publikace, korespondence a dokumenty z jednání aktérů primární péče. Měla jsem možnost nahlédnout do korespondence či dokumentů Sdružení praktických lékařů ČR, v použitých pramenech je však necituji, neboť se jednalo o interní dokumenty, které nebyly určeny ke zveřejnění.

Dále využívám sekundární analýzu statistických dat, především z Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, Ústavu zdravotnických informací a Českého statistického úřadu.

Pomocí metody stromu problémů se pokusím příčiny a následky zkoumaného jevu zobrazit do určité grafické hierarchické struktury a celou situaci tak zpřehlednit.

Polostandardizované rozhovory, techniku kvalitativního výzkumu, na jejímž základě jsem zjišťovala vybrané informace přímo u lékařů, jsem použila spíše jako doplňující metodu, neboť jsem si vědoma toho, že jsem nezískala data od reprezentativního vzorku, cílem ale bylo získat širší pohled lékařů na sledovanou problematiku.



1 Teoretická východiska

1.1 Zdraví - hodnota individuální i společenská

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody, nejen nepřítomnost nemoci.“ (SZO, 1948/In Gladkij, Koldová, 2005:16)

Obecně představuje „hodnota“ něco, čeho si vážíme nebo ceníme jako takového a co upřednostňujeme před něčím jiným. Hodnoty ovlivňují naše myšlení, názory, postoje, chování. Jsou tím, co v životě považujeme za důležité. Prostřednictvím hodnot se utváří individuální morální principy a standardy jednání. Hodnoty rozlišujeme podle obsahu na různé skupiny, do skupiny biologických hodnot patří právě zdraví.

V celostátním výzkumu bylo prokázáno, že hodnota „zdraví“ je našimi občany deklarována na prvním místě mezi životními hodnotami, a to s velkým náskokem před ostatními¹ nabídnutými hodnotami (Gladkij, Koldová, 2005:55). Zdraví je tedy pro každého z nás i pro naši společnost navýsost významná kategorie, která zaujala významné postavení mezi všemi lidskými hodnotami. Představuje nenahraditelnou a absolutní hodnotu (Drbal, 1990:6).

Pozitivní zdraví podstatně přispívá k životní pohodě lidí, jejich zvýšené pracovní schopnosti, k prodloužení aktivního života. Pro jedince má každá závažnější porucha, kterou vnímá a která ho omezuje v jeho životních funkcích, velký význam. Mít dobré zdraví je přirozenou lidskou potřebou, vyplývající jednak z pudu sebezáchovy, jednak z vědomí, že dobré zdraví je důležitým předpokladem zachování společenských funkcí a participace člověka na smysluplném a bohatém životě. Jde tedy jak o potřebu charakteru biologického, tak i sociálního.

Zdravotní stav je důsledkem komplexu různých příčin a vlivů zdravotnického i nezdravotnického charakteru. Nad některými vlivy má jedinec jen velmi omezenou kontrolu. Jde například o mnoho sociálních okolností, jako jsou tradice a kultura,

¹ Zajímavá práce, dobří přátelé, soulad v rodině, pověst velmi dobrého pracovníka, významné společenské postavení, dostatek finančních prostředků, zvláště vysoká životní úroveň, zdraví členů rodiny, zajištění dobré lékařské péče.

chování lidí, demografická, politická a ekonomická situace. Podle SZO je zdravotní stav obyvatelstva v současné době jen asi z 20% ovlivňován působením zdravotníků a z 80% ostatními faktory života a prostředí. (Gladkij, Koldová, 2005:55)

V první řadě musí o svém zdraví rozhodovat člověk sám. V tomto smyslu je jeho role dominantní a nezastupitelná. Ale právě proto, že jeho zdraví je výsledkem působení mnoha faktorů, není možné starost o jeho zdraví vynechat. Navíc lidský život a zdraví představují i hodnoty ekonomické a to jak pro jedince, tak i pro celou společnost. Náklady na péči o zdraví včetně nákladů na zdravotnictví jsou nepřímou investicí i do výrobních procesů a do celkového vývoje společnosti.

Vzhledem k významu zdravotnických služeb pro společnost má stát zájem zajistit jejich dostupnost pro všechny. Nejen proto, ale i s ohledem na další problémy, jejichž řešení si vstup státu do zdravotnického systému přímo vynucuje, stát do nabídky těchto služeb zasahuje. Jde především o problémy, které se týkají nerovnosti v příjmech, selhání trhu zdravotní péče zejména ve smyslu dostupnosti, přístupu ke zdravotní péči pro sociálně slabé, potřeby zajistit efektivní alokaci veřejných zdrojů.

Regulační zásahy státu do systému zdravotnictví jsou rozsáhlejší, než do jiných sektorů a řídí se určitými pravidly, která určují různé stupně regulace systému zdravotnictví. (Háva, Goulli, 2003:43)

„ ..v moderní vyspělé společnosti nemůže být výlučně tržní mechanismus jediným principem zajišťujícím zdraví společnosti, obyvatelstva daného státu, ani jediným mechanismem zajišťujícím rozložení zdravotnických služeb, ..., ani jediným mechanismem zajišťujícím finanční toky uvnitř tohoto systému.“ (Gladkij, 2003:91)

V systémech, kde stát a jeho instituce zůstávají hlavním garantem sociálních hodnot, garantují zdravotní péči a určují zdroje jejího financování, musí zabezpečovat i jejich efektivní vynakládání. To je, společně se zajišťováním souladu, propojení a návaznosti všech základních segmentů zdravotní soustavy a zajišťováním dostupnosti zdravotní péče pro celou populaci, předmětem státní zdravotní politiky.

Zdravotnická soustava hraje při optimalizaci zdraví populace důležitou roli, ať už ve své specifické sféře a nebo prostřednictvím vlivu na nezdravotnické faktory, které zdraví ovlivňují. Svou úlohu může naplňovat pouze správně koncipovaná, systémově uspořádaná a fungující zdravotnická soustava.

1.2 Změny nároků na zdravotní systém související s všeobecným společenským vývojem

Aktuální otázkou nejen v Evropě, v naší republice, ale i na celém světě jsou reformy národních zdravotních systémů, neboť způsob poskytování zdravotní péče i její povahu ovlivňují měnící se demografické charakteristiky, pokroky lékařské vědy, ekonomické a politické změny na jedné straně, ale i změny v potřebách a očekávání pacientů a lékařů na straně druhé.

Vlivem těchto faktorů se jeví jako nutné provést zásadní strukturální, institucionální změny celého systému zdravotnictví a jelikož důsledkem těchto společenských trendů je i růst nákladů na zdravotnictví, tak i změny v systému financování.

1.2.1 Změny nároků na zdravotní systém v důsledku demografického vývoje

V posledních letech dochází ke změnám v demografickém složení obyvatelstva. Hlavními rysy těchto změn jsou především nízká porodnost, čímž dochází k poklesu počtu obyvatelstva, a prodlužující se střední délka života, což se projevuje jako stárnutí populace. Tyto skutečnosti se významně promítají do celé společnosti a samozřejmě i do zdravotního systému a nároků na něj.

Tabulka č. 1 Vývoj střední délky života obyvatel ČR v letech 1985-2003

Rok	Při narození		15 let		45 let		65 let	
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	ženy
1985	67,5	74,7	53,8	60,8	25,9	31,7	11,5	14,7
1990	67,6	75,4	53,7	61,3	25,8	32,3	11,6	15,2
1995	69,7	76,6	55,6	62,4	27,6	33,3	12,7	16,0
2000	71,7	78,4	57,2	63,8	28,9	36,5	13,7	17,1
2003	72,0	78,5	57,5	63,9	29,2	34,7	13,8	17,1

Zdroj: Strnad, L. Stožický, A. Diferenční náklady fondů veřejného zdravotního pojištění na prodlužování střední délky života v České republice v letech 1995-2003. Praktický lékař, 2006, roč. 86, č. 2, s. 69.

Podle demografické prognózy Karlovi univerzity vzroste průměrný věk v české populaci ze současných necelých 40 let na více než 47 let v roce 2050, přičemž podíl

osob ve věkové skupině nad 65 let bude činit téměř 30 % oproti současným necelým 14 %.²

Zvyšující se procento starých lidí v populaci, zejména lidí nad 65 let, znamená pravděpodobnou vyšší spotřebu zdravotnických služeb i jejich ekonomické prodražování, neboť tato skupina pacientů se nejvíce podílí na spotřebě nemocniční péče, která z finančního hlediska systém zatěžuje nejvíce.

V této souvislosti je nutné rozlišit náklady na péči akutní a následnou. Akutní nemocniční péče je po finanční stránce pro všechny věkové skupiny přibližně stejná, liší se náklady na péči následnou. Bylo by proto vhodné následnou péči hradit spíše ze zdrojů oblasti sociální a klást vyšší důraz na její kvalitní zabezpečení prostřednictvím služeb primární úrovně zdravotnictví včetně agentur domácí péče.

Změny v demografické struktuře, ale i stav životního prostředí s sebou nesou i změny ve struktuře nemocí. Vznikají nemoci nové a zvyšuje se i podíl vícenásobně a chronicky nemocných pacientů. I když mnoho zemí OECD dosáhlo v posledních několika desetiletích snižování spotřeby tabáku, zvýšila se naopak míra obezity (OECD, 2005:6-7). Chronické nemoci mají z hlediska svého vzniku komplexní povahu, jsou souhrnem působení více faktorů. Tyto skutečnosti způsobují změnu potřeb pacientů a následně nutnost změny nabízených zdravotnických služeb.

Je nutné změnit formu zdravotní péče, změnit dosavadní rozložení finančních prostředků a přesunout zdravotnické služby z nemocnic spíše do ambulancí. Zásadním by se v tomto směru mělo stát zvyšování významu integrované zdravotní a sociální péče v rámci péče primární, před podporou péče nemocniční.

1.2.2 Změny nároků na zdravotní systém v důsledku pokroku lékařské vědy a informační techniky

Technologický pokrok v lékařské vědě je velmi výrazný a přináší s sebou mnoho pozitiv. Nové diagnostické přístroje a metody, převratné chirurgické techniky, nová léčiva i nejnovější poznatky genetiky. Všechny tyto poznatky a výrobky zvyšují kvalitu lidského života a v neposlední řadě ho i prodlužují.

² Zdroj: Schneider, O. Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050. www.healthreform.cz/content/files/cz/reforma/1_Publikace/Elpida_2005.pdf [23.4.2007]

Na druhou stranu právě s pokrokem medicíny je spojován i nárůst počtu chronických nemocí. Medicína dokáže pomocí opakovaných léčebných procedur oddálit smrt člověka až na několik let aniž by ale nemoc zcela vyléčila. Toto ale současně značně celý zdravotnický systém značně finančně zatěžuje.

Rozšíření informačních technologií přineslo o moderní medicíně podrobné informace. Zvýšilo se očekávání pacientů, kteří mají zájem, aby jim byla poskytnuta co nejmodernější a nejdokonalejší péče. Jelikož pohyb pacientů v našem systému zdravotní péče není nijak omezen, jejich návštěvnost u lékařů roste.

Na základě pokroku lékařské vědy dochází k zavádění nejmodernějších postupů či technologií do praxe. Moderních operačních postupy, užívání laserové techniky apod., vede k přesunu pacientů a jim poskytovaných služeb do sféry ambulantní, což náklady na zdravotní péči naopak snižuje. S tím je ale spojen i nárůst ambulantní specializované péče a jeho důsledkem může být i určité „odosobnění“ medicíny.

To vede ke změně postojů lékařů i pacientů k nemoci a celkově ke zdravotní péči. Začíná se více dbát na kvalitu poskytované zdravotní péče a na medicínu založenou na důkazech. Z hlediska lidského přístupu, ale i z hlediska kvality péče, je úloha praktických lékařů nezanedbatelná, neboť PL je s pacientem v přímém a dlouhodobém kontaktu, zná jeho osobnost i sociální zázemí a celým systémem zdravotní péče ho provádí.

1.2.3 Změny nároků na zdravotní systém v důsledku společenských změn

Od začátku 90. let se začalo naše zdravotnictví transformovat, privatizovat. Cílem se stalo vytvořit liberální a efektivně fungující systém vycházející z práva občanů na zdravotní péči, pozvednout kvalitu poskytovaných služeb a zefektivnit toky finančních prostředků ve zdravotnictví. Do prostoru byli „vpuštěni“ zahraniční výrobci technologií, pomůcek, léků.

Byly položeny základy nového systému zdravotní péče s tržními prvky, včetně zavedení systému všeobecného zdravotního pojištění, založeného na solidaritě a povinnosti.

Tržní prostředí s sebou přineslo konkurenční mechanismy a postupně i globalizační vlivy, které se projevují tlakem na jednotlivé aktéry ve zdravotnictví a snahou internacionalizaci zdravotnických služeb.

Globalizace ovlivňuje jak politické tak i sociální myšlení a promítá se do rozhodování vlád o tom, jak organizovat a financovat systémy sociálního zabezpečení, včetně způsobu poskytování i úhrady zdravotní péče.

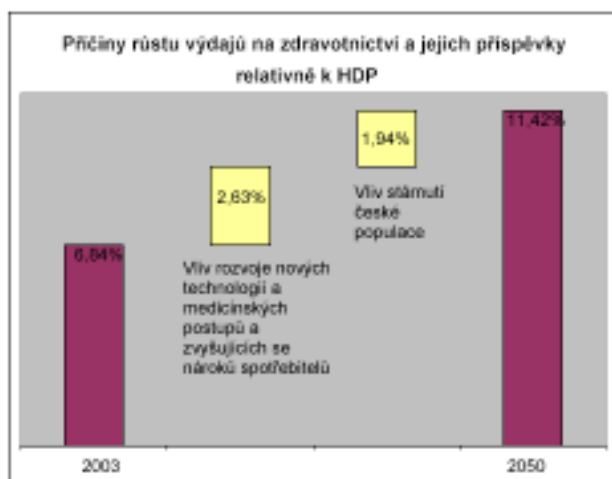
S důrazem na volný pohyb osob, zboží, (zdravotnických) služeb či prostředků v rámci evropského trhu můžeme pozorovat na úrovni Evropské unie značné integrační tendence. Tím dochází k narušení územního principu při poskytování a čerpání zdravotní péče, neboť se zvyšuje migrace pracovní síly a tím i pojištěnců za zdravotní péči. Také zavedení jednotné evropské měny v podobě eura pro nás v blízké budoucnosti bude mít značný dopad na zdravotnický sektor. Dojde k posílení působení tržních mechanismů, což povede k vyrovnání cen zdravotnického materiálu, léčiv a zřejmě i zdravotnických služeb. Toto je dostatečně dobrým důvodem pro to, aby námi zvolené systémy úhrad za poskytnutou zdravotní péči byly kompatibilní se systémy, které budou používány v zemích Evropského společenství.

Jelikož pro pacienty je rozhodující kvalita, dostupnost, ale i výše nákladů poskytovaných zdravotních služeb, jsou všechny tyto skutečnosti důvodem pro to, aby námi zvolené systémy zdravotní péče i úhrad byly kompatibilní se systémy, které budou používány v zemích Evropské unie, aby nedocházelo k situacím, kdy by mohl být naše levnější či dostupnější zdravotní péče zneužívána. Evropské státy zdůrazňují a posilují úlohu primární péče a proto i my bychom tento trend měli následovat.

1.2.4. Ekonomické důsledky vývojových změn

Na neustálém růstu nákladů ve zdravotnictví se podílí celá řada faktorů. Jde například o zhoršování celkového stavu životního prostředí, nepříznivý demografický vývoj, kdy stárnutí populace s sebou nese zvyšování nákladů na zdravotní péči, a v neposlední řadě i růst nároků na množství i na kvalitu poskytovaných zdravotnických služeb. Moderní medicína dokáže řešit komplikované zdravotní situace. K tomu ale vyžaduje nejen dokonalejší zdravotní techniku, ale i vysoce kvalifikovaný personál, což je skutečnost, která se do nákladů také promítá.

Graf č. 2 Příčiny růstu výdajů na zdravotnictví v ČR



Zdroj: Schneider, O. Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050.

www.healthreform.cz/content/files/cz/reforma/1_Publikace/Elpida_2005.pdf

[23.4.2007]

Stárnutí populace má jak sociální, tak i ekonomické důsledky. Jednak zatěžuje veřejné rozpočty a jednak díky němu dochází k významnému zmenšování odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Prodlužování střední délky života se promítá do nákladů na přidané roky života.

Tabulka č. 2 Změny střední délky života populace ČR mezi roky 1995-2003 v ekonomických souvislostech

Ukazatel	Měrná jednotka	Věk		
		0	45	65
I. muži				
1. SDŽ 2003	Rok	72,0	29,2	13,8
2. SDŽ 1995	Rok	69,7	27,6	12,7
3. rozdíl 1-2	Rok	2,3	1,6	1,1
4. rozdíl v % %1/2	%	3,2	5,8	8,7
5. výdaje na zdravotní péči 2003	Kč/osoba	11 346,0	11 385,0	31 270,0
6. výdaje na zdravotní péči 1995	Kč/osoba	4 867,0	6 783,0	14 068,0
7. rozdíl 5-6	Kč	6 479,0	4 602,0	17 202,0
8. rozdíl v % 5/6	%	33,1	47,4	22,3
II. ženy				
1. SDŽ 2003	Rok	78,5	34,7	17,1

2. SDŽ 1995	Rok	76,6	33,3	16,7
3. rozdíl 1-2	Rok	2,9	1,4	1,1
4. rozdíl v % %1/2	%	2,5	4,2	6,9
5. výdaje na zdrav.péči 2003	Kč/osoba	9 515,0	13 156,0	25 503,0
6. výdaje na zdrav péči 1995	Kč/osoba	5 016,0	6 566,0	10 305,0
7. rozdíl 5-6	Kč	4 499,0	9 356,0	17 408,0
8.rozdíl v % 5/6	%	89,7	100,4	145,5

Zdroj: Strnad, L. Stoický, A. Diferenční náklady fondů veřejného zdravotního pojištění na prodloužení střední délky života v české republice v letech 1995-2003. Praktický lékař 2006, roč. 86, č. 2, s. 69.

Z údajů tabulky vyplývá, že náklady na přidaný rok života rostou s věkem, na absolutním počtu přidaných let jsou ale v závislosti nepřímé.

V posledních letech dochází nejen v naší republice k potřebě tyto výdaje na zdravotnictví snižovat, neboť růst nákladů zatěžuje státní rozpočet a vytváří tlak na zvyšování sociálního pojištění a daní.

Výdaje na zdravotnictví a potažmo rozsah spotřeby zdravotnických služeb je ale významně ovlivněn jednak rozhodnutím lékařů, proto jsou lékařům jsou nastavovány limity a jiná omezení proti poskytování nadměrné či příliš drahé péče, ale i přímou bezplatnou lékařskou péčí (zdravotnická péče je pacienty vzhledem k symbolice přímých plateb v našich republice nadužívána) a typem úhrad zdravotní péče.

Nejmodernější léky, postupy a pomůcky jsou drahé. V systému zdravotního pojištění chybí peníze. Stabilizace ekonomické situace zdravotnictví spočívá zejména v omezování rozsahu poskytované péče, v hledání cest, jak snižovat ceny léků a pomůcek, ve zvyšování produktivity práce zdravotníků, v důrazu na prevenci a v neposlední řadě ve větším zapojení pacienta do rozhodování o zdravotní péči. Pacientů byla dosud práva na rozhodování i informace upírána. Zásadní kroky k nápravě této situace jsou úkolem vlády.

1.2.5 Trendy plynoucí z rostoucích nákladů a změn nároků na zdravotní péči

Celosvětovým trendem je vtažení občanů do systému prostřednictvím individuálních pojistných plánů nebo formou podílu na úhradě zdravotnických služeb tak, aby se občané starali více o své zdraví a zároveň měli možnost o něm i více rozhodovat. Dříve paternalistický vztah lékaře a pacienta se zejména na úrovni primární péče mění ve vztah partnerský.

Těmto trendům odpovídá skutečnost, že význam primární péče ve zdravotnických systémech narůstá a postavení lékařů primární péče se rychle mění v postavení lékařů klíčových s dostatečnou vážností a podporou ze složek péče sekundární i terciární.

Existují i podložené důkazy o tom, že systémy, jejichž zdravotní péče je založená na péči primární (s kvalifikovanými praktickými nebo rodinnými lékaři), poskytují efektivnější péči – nákladově i klinicky, než systémy kladoucí primární péči důraz nízký. (Seifert, Beneš, 2005:41. Starfield, 1992:6)

V rozvinutých zemích jsou zaváděna různá opatření, formy úhrad a motivační pobídky pro lékaře primární péče, jako je kombinovaná kapitačně-výkonová platba, regulační a bonifikační opatření, gatekeeping (řízený přístup ke specialistům), vytváření společných fondů nebo zavádění systémů řízené péče. Tato schémata ovlivňují rozsah a kvalitu služeb poskytovaných v primární péči, profil práce, frekvenci odesílání do specializované péče a v neposlední řadě i míru závažnosti stavu, kdy je pacient do specializované péče odeslán.

Srovnání obsahu primární péče u nás a v zemích EU ukazuje, že nemocnice a specialisté v ČR stále poskytují řadu služeb a péče, které by mohly být poskytnuty v péči primární. To souvisí s organizací a s financováním zdravotní péče, vzděláním a kompetencemi PL a také s vysokým počtem specialistů v našem zdravotním systému. Na rozdíl od zemí západní Evropy jsou u nás kompetence PL užší a s ohledem na specializovanou péči a v porovnání se západní Evropou je u nás primární péče podfinancovaná. (Seifert, Beneš, 2005:27-44)

1.3 Primární péče

1.3.1 Primární péče ve zdravotnickém systému

Cílem společnosti je chránit, upevňovat, rozvíjet, navracet a zabezpečovat zdraví a pracovní schopnost jedincům, ale i celé populaci. Podle SZO jsou vlády států odpovědny za zdraví svých obyvatel, kterého mohou dosáhnou jen zajištěním přiměřených zdravotnických a sociálních opatření.

Za tímto účelem společnost vytváří soustavu ekonomických, sociálních, kulturních, výchovných a zdravotnických opatření a zařízení, které péči o zdraví zajišťují. Do takové soustavy patří i zdravotnictví. Zdravotnictví tedy představuje systém, který známe jako soustavu či síť zdravotnických zařízení poskytujících zdravotní péči, což potom je odborná činnost zdravotnických pracovníků.

Podoba, organizace a funkce zdravotnické soustavy je výsledkem zájmů a tlaků nejrozličnějších skupin (poskytovatelů, konzumentů atd.) a výrazně ovlivňuje rozsah, obsah i kvalitu poskytované zdravotnické péče. Ačkoliv je role zdravotnické soustavy ve vztahu ke zdraví nezastupitelná a výjimečná, její struktura i činnost je úzce spjatá s výsledky vědeckého poznání, s ekonomickými i sociálními podmínkami, se zdravotní situací, i s hodnotovou orientací dané společnosti. Všechny tyto podmínky se do ní promítají, určují její konkrétní podobu a možnost jejího vlivu na zdravotní stav populace.

Zdravotnická zařízení a zdravotnické služby je možné členit podle nejrozličnějších kritérií. Typologie Ivana Gladkého (2003:47) je ale rozděluje podle:

- Posloupnosti kontaktů – instituce primární, sekundární, terciární.
- Naléhavosti – instituce pro léčbu urgentní, akutní, následnou, chronickou.
- Místa poskytování – instituce pro léčbu v domácnosti, ambulanci, nemocnici, ústavu.
- Činnosti instituce – instituce provádějící činnost preventivní, diagnosticko – léčebnou, podpůrnou, řídicí a správní.

Ze systémového hlediska je účelné dělit zdravotnické instituce podle jejich začlenění do primární, sekundární a terciární péče. Tyto tři úrovně by měly tvořit pyramidu služeb podle jejich účelného a hospodárného zaměření. Jsou

charakterizovány různou dostupností pro občany (přímou nebo zprostředkovanou), různou skladbou pacientů, různou mírou specializace pracovišť, personálním a technickým vybavením, způsobem poskytování péče a hodnocením výstupů.

Zatímco primární péče představuje linii prvního kontaktu občana se zdravotnictvím a je otevřená všem problémům, sekundární péče ambulantní a nemocniční je oborově specializovaná a řeší dílčí problémy zdraví pacientů, které nejsou řešitelné v péči primární. Terciární péče je péčí superspecializovanou, poskytovanou na moderně vybavených pracovištích, obvykle klinikách, s propojením na výukovou a vědecko - výzkumnou činnost.

Vliv zdravotní péče na lidské zdraví je dnes dán především úrovní vědeckého poznání a praktickými možnostmi medicíny. (Drbal, 2001a:18) Některé defekty v organizaci a činnosti zdravotnického systému se ale negativně projevují i v zemích s vysokou úrovní vědecko-technického pokroku. Starfieldová (2000:484) uvádí, že např. některé nepříznivé jevy ve zdravotním stavu obyvatelstva USA úzce souvisí s tím, že se nepodařilo vybudovat výkonnou infrastrukturu primární péče.

Dle Drbala (2001a:36) se v naší zemi vliv zdravotnictví a poskytované péče na zdravotní stav obyvatelstva v posledních letech projevuje velmi výrazně a to zejména v pozitivním slova smyslu. Zdůrazňuje ale, že „...další pozitivní perspektiva veřejného zdraví není myslitelná bez zásahů, vedoucích ke zlepšení organizace i funkce samotné zdravotnické soustavy“. Vyzdvihuje:

„ ..nezbytnost důsledného organizačního i funkčního dovedení především primární péče do podoby, odpovídající modernímu pojetí tohoto základního článku celé ho systému. To znamená do podoby vysoce kvalifikovaného partnera, pomocníka a rádce občanů ve věcech jejich vlastní snahy o ochranu a podporu zdraví, poskytovatele kvalitní pomoci a péče i průvodce zdravotnickou soustavou... a spojovacího článku se systémem sociálních služeb, komunity a rodiny.“(Drbal, 2001a:36)

1.3.2 Koncepce primární zdravotní péče

Zdravotní systém uspokojuje individuální a společenské zdravotnické potřeby obyvatelstva tím, že institucionálně pokrývá potřeby obyvatelstva v konkrétních podmínkách (Gladkij, Koldová, 2005:138), udržuje a maximalizuje zdraví populace a naopak minimalizuje nerovnosti mezi skupinami uvnitř populace zajištěním rovného přístupu ke zdravotnickým službám (Starfield, 1992:3).

Základním článkem zdravotního systému je primární zdravotní péče, a to jak z hlediska odborného, tak i z hlediska organizačního a ekonomického (Seifert, Beneš, 2005:26).

S rozvojem poznatků lékařské vědy se medicína čím dál více specializuje, neboť již není možné postihnout všechny poznatky o různých druzích nemocí. Specializovaná péče je ale po technologické stránce náročnější než péče základní a proto spotřebovává i více zdrojů. Samotná specializace v léčení ale stačit nemůže. Efektivní péče totiž není zaměřena pouze na vlastní léčení nemoci, ale musí zvažovat i kontext, ve kterém pacient žije a se kterým vznik nemoci souvisí, neboť nemoc existuje izolovaně jen zřídka. Z tohoto důvodu mohou specialisté poskytnout tu nejlepší péči v případě specifické nemoci, ale primární péče je nezbytná k tomu, aby v případě více problémů zdravotní péči integrovala.(Starfield, 1992:3)

Orientace na specializovanou péči přináší ale i problém rovného přístupu ke zdravotní péči. Jelikož je nákladnější než péče primární a proto je pro jedince s omezenými zdroji méně dostupná. Primární péče tedy zaručuje rovnováhu dvou hlavních cílů zdravotnických systémů, kterými je zejména optimalizaci zdraví a rovnost v distribuci zdrojů mezi skupinami populace (Starfield, 1992:3-4). Jedná se tedy o místo, kde dochází k uspokojování základních i hlubších zdravotních potřeb populace a kde se rozhoduje o racionálním využívání specializovaných služeb (Seifert, Beneš, 2005:26).

Primární péče je poskytována každému ve stejné míře a předpokládá dlouhodobou zodpovědnost za pacienta a to bez ohledu na přítomnost či nepřítomnost nemoci. Charakterizuje ji jednak přímá dostupnost a otevřenost, bez kulturních, geografických, ekonomických bariér, a jednak schopnost porozumět potřebám občanů a následně na ně reagovat. Zpřehledňuje proces poskytování zdravotní péče tak, aby se v něm občan vyznal a byl v souvislosti s onemocněním co

nejméně vytrhován ze svého běžného životního prostředí. Je také nejlepším prostředím pro prevenci. (Starfield, 1992:9)

Celosvětově existují v pojetí primární péče velké rozdíly. Liší se její organizace, financování, postavení lékařů i způsob jejich vzdělávání. Existují však společné principy a cíle. Světová zdravotnická organizace (In Seifert, Beneš, 2005:25) primární zdravotní péči definuje takto:

„Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobě kontinuálního přístupu k jednotlivci. Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší vlastnímu sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.“

Hlavní principy, které primární péči charakterizují, jsou zejména její dostupnost, kontinuita, komplexnost a koordinace. Širší přístup k hodnocení primární péče, navržený Institutem medicíny v roce 1978 potom za její hlavní atributy pokládá dostupnost, komplexnost, koordinaci, kontinuitu a odpovědnost, přičemž ta je pro primární péči zásadní. (Starfield,1992:9-11)

1.3.3 Odlišnost primární péče od ostatních složek zdravotní péče

Primární péče se liší od sekundární a terciární péče několika charakteristikami. Protože primární péče je místem prvního kontaktu pacienta se zdravotnickým systémem, zabývá se ve srovnání se specializovanou péčí širším okruhem zdravotních problémů. (Starfield, 1992:4)

V rámci primární péče je naprosto klíčové postavení lékařů praktických, které výrazně rozhoduje nejen o kvalitě a charakteru primární péče ale i o charakteru celého zdravotního systému. Jsou také prvním článkem v kontaktu s pacientem.

Praktičtí lékaři řeší častější a méně specifické problémy než lékaři specialisté, kteří jsou limitováni jen určitým typem diagnóz a pečují tak i o užší spektrum pacientů. V primární péči naopak vysoký podíl pacientů navštěvuje ordinaci opakovaně, neboť primární zdravotní péče integruje péči v případě, že jedinec trpí více než jedním zdravotním problémem. Primární péče zároveň zvažuje kontext, ve kterém nemoc vznikla, neboť lékaři primární péče jsou k pacientovi, jako k člověku blíž a mají ve srovnání s lékaři ostatních složek větší možnost sledovat vliv života na

nemoc. Ovlivňuje také způsob, jakým lidé na své zdravotní problémy reagují. Je zde vyšší procento návštěv z důvodu prevence. V neposlední řadě najdeme rozdíl v dostupnosti péče. Specializovaná péče je ve srovnání s primární péčí dražší. Proto je jedincům, kteří si ji nemohou finančně dovolit, méně dostupná. (Starfield, 1992:4-8)

Primární péče tedy v podstatě naplňuje všechna očekávání, která si občané s fungováním zdravotnické soustavy spojují. Podle studie programu Phare (1997:6) občan od zdravotnické soustavy očekává, aby :

- V případě nemoci dostal pomoc co nejrychleji a dostal ten druh péče, který potřebuje (dostupnost, účelnost, somato-psycho-sociální komplexnost).
- V souvislosti s nemocí byl co nejméně vytržen ze svého přirozeného prostředí (domácí, komunitní péče).
- Se v celém procesu léčení dokázal orientovat a proces léčení byl správný a co nejméně komplikovaný (informovanost, přehlednost, kvalita).
- Byla maximálně zachována jeho lidská důstojnost (přátelskost).
- Jeho náklady na zdravotní péči byly přijatelné (co nejnižší náklady).
- Systém pomohl onemocnění co nejvíce předcházet (preventivní charakter).

1.3.4 Historický vývoj primární péče

Primární zdravotní péče byla vymezena již v roce 1920, kdy došlo k rozlišení zdravotních služeb do tří hlavních úrovní – úroveň primární péče, sekundární péče a nemocnice. Současně byly popsány jejich specifické funkce i vzájemné vztahy. Tento systém organizace služeb, který odrážel různou úroveň potřeby zdravotních služeb u populace, se stal základem pro organizaci zdravotní péče v mnoha zemích. (Starfield, 1992:4)

Otázkám zdraví se pak začala věnovat pozornost zejména od roku 1977. Světové zdravotnické shromáždění ve svém programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“ jako hlavní cíl svým členským státům do roku 2000 vytyčilo dosažení takového stupně zdraví všech lidí na světě, který jim umožní vést produktivní život jak po stránce ekonomické tak sociální. Tento program měl hlavní vliv na další úvahy o primární péči. (Starfield, 1992:4)

V roce 1978 otevřela diskusi o primární péči a vytyčila její priority s důrazem na praktické lékařství konference Světové zdravotnické organizace (SZO) v Alma Atě. O rok později pak, na jejím základě, definovala SZO primární zdravotní péči jako:

„ Základní zdravotní péči založenou na praktických a vědeckých metodách a technologiích universálně dostupných jednotlivcům i rodinám v komunitě, ve smyslu její akceptovatelnosti, kdy náklady na ni jsou komunitou i zemí udržitelné v každém stupni jejího rozvoje. Péče tvoří součást zdravotního systému země, jejímž je hlavním článkem a utváří i celkový obraz o sociální a ekonomické vyspělosti komunity. Je první úrovní kontaktu jednotlivce, rodiny i komunity se zdravotním systémem země, přibližuje zdravotní péči co nejbližší lidem a utváří první článek navazující zdravotní péče. “ (SZO, 1978/In Starfield, 1992:5)

Ačkoliv byl tento koncept navržen pro všechny země, objevily se rozdíly v míře jeho praktické aplikace (Kaprio, 1979/In Starfield, 1992:5). Její formy se liší vzhledem ke zvláštnostem politického, ekonomického, sociálního, kulturního vzorce dané země. Zdá se být neúspěšný v zemích, jejichž zdravotní systém je založen na technologii, specializaci, nemocniční péči a v jejichž zdravotnickém vzdělávacím systému hrají dominantní úlohu nemocniční specialisté. Princip péče reagující na potřeby se ale neseťká s úspěchem ani v zemích, které sice mají dobře organizovaný zdravotní systém, ale nemají informační systém, který by tyto potřeby systematicky dokumentoval a následně vyhodnocoval. (Starfield, 1992:5)

Definujeme-li primární zdravotní péči jako službu, která je „dostupná“, mnoho zemí již tento požadavek splnilo. Pokud je ale jejím hlavním úkolem integrovat všechny aspekty zdravotnických služeb, zdravotnický systém je nutné organizovat na základě sociální spravedlnosti, individuální odpovědnosti, mezinárodní solidarity a akceptace širšího konceptu zdraví (Vuori, 1984/In Starfield, 1992:5), včetně účasti na plánování, provádění a kontrole primární péče a ve využívání místních, státních a jiných zdrojů (Gladkij, Koldová, 2005:150). Při takovémto postupu přebírají jedinci a rodiny odpovědnost za zdraví a blaho své i své obce a přispívají ke svému i obecnému rozvoji.

Primární zdravotní péče by neměla být jen záležitostí systému péče o zdraví, ale i ostatních společenských subjektů a odvětví. Měla by zahrnovat zdravotní výchovu obyvatel, zabezpečování a podporu zdravé výživy, nezávadné vody a základních hygienických opatření. Součástí by rovněž měla být péče o zdraví matek a dětí, včetně plánovaného rodičovství, prevence, léčení a kontroly nemocí a úrazů, poskytování léků.

Mnohé země aktivně reorganizují svůj zdravotní systém s cílem spojit medicínské a zdravotní aspekty primární péče, což v podstatě naplňuje model konstruovaný na konferenci v Alma Atě. (Giplin, 1991/In Starfield, 1992:6)

Další důraz na primární péči a její vyzdvižení v rámci systému zdravotní péče najdeme v Lublaňské chartě o reformách zdravotní péče z roku 1996. Důkazem toho, že rozvoj primární péče zůstává jednou z priorit SZO i po roce 2000, svědčí program „Zdraví 21 pro 21.století“. Je v něm zohledněna i nová Evropská definice všeobecného/rodinného lékařství, vytvořená v ústředí WONCA Europe³ ve spolupráci s evropskou částí SZO, která byla publikována v roce 2002. Program Zdraví 21 byl zpracován pro první dvě desetiletí 21. století a má vliv na všechny prostředky, cíle a strategie globálního zdraví pro všechny. Skládá se z 21 cílů, které byly definovány na základě zhodnocení předchozího programu „Zdraví pro všechny do roku 2000“. V programu „Zdraví 21“ o primární zdravotní péči pojednává cíl číslo 15, nazvaný Integrovaný zdravotní systém, který zdůrazňuje nutnost co největší podpory primární zdravotní péče.

„V tomto dokumentu se o primární péči hovoří nejen v souvislosti s léčením nemocí, ale i v souvislosti s prevencí nemocí a zdravým životním stylem. Navazující sekundární a terciární péče by měli primární zdravotní péči jasně podporovat. Do nemocnic by měli být umísťováni pouze pacienti, jejichž potíže vyžadují ambulantně neproveditelné diagnostické a terapeutické postupy.“ (Seifert, Beneš, 2005:23)

1.3.5 Primární péče v zákonech České republiky

Primární péče je v našem právním řádu zahrnuta v následujících zákonech:

- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů.
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Podle zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, § 18 existuje pouze termín ambulantní péče, která je poskytována praktickými a jinými ambulantními lékaři. § 35 potom praktické lékaře staví do pozice hlavního článku v rámci ambulantní péče.

³ World Organisation of Colleges and Academies of General praktice. Vrcholná reprezentativní organizace oboru. Sdružuje národní odborné společnosti a katedry všeobecného/rodinného lékařství. Evropská část světové organizace.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění v § 19 již pojem primární zdravotní péče jasně uvádí a vymezuje ji jako druh péče ambulantní. § 20 je vymezen čistě pro primární péči, upravuje zejména podmínky registrace pacienta u lékaře. Podle odstavce 1 primární péči poskytuje pojištěncům jejich registrující lékař.

1.3.6 Praktický lékař v systému primární péče

Definice a role praktického lékaře dle Světové zdravotnické organizace a WONCA: (WONCA, 2005:11)

Praktický (rodinný) lékař je ten, který je primárně zodpovědný za poskytování odpovídající zdravotní péče každému jedinci, který lékařskou péči vyhledá a v nezbytných případech organizuje zdravotní péči navazující.

Úlohou praktického lékaře je být lékařem všeobecným, který přijme každého, kdo poskytuje péči, tam, kde ostatní poskytovatelé zdravotní péče omezují přístup ke svým službám na základě věku, pohlaví, diagnóz apod., a být tím, kdo se stará se o každého jedince v jeho rodinném prostředí a v dané skupině bez ohledu na barvu pleti, vyznání, kulturní či sociální skupinu.

Měl by být schopen poskytnout velkou část potřebné péče právě s ohledem na svoji znalost kulturního, socio-ekonomického a psychologického pozadí jedince. Navíc přebírá osobní zodpovědnost za poskytnutou odpovídající péči, jakož i za následnou péči o své pacienty. Svou roli naplňuje i tím, že poskytuje péči ať už přímo, nebo prostřednictvím vázané péče nebo jiných vyšetření na základě zdravotní potřeby pacienta s ohledem na dostupnost a podmínky v oblasti, ve které jako lékař působí.

Postavení praktických lékařů je v rámci primární péče naprosto klíčové. V mnoha vyspělých zemích se setkáme s pojetím role praktického lékaře jako gatekeepera, kdy reguluje a kontroluje vstup pacientů do dalších úrovní zdravotní péče a bez jeho doporučení nemůže pacient do dalších úrovní zdravotnického systému. Cílem je omezit zbytečná vyšetření v sekundární a terciární péči, omezit předepisování léků a dvojí vyšetření.

Výhody tohoto systému spatřuje Starfieldová (1992:25-26) v několika skutečnostech. Jednak v tom, že, praktický lékař zná dokonale kontext života

pacienta, kterým je zdraví často ovlivněno, neboť je s pacientem v pravidelném kontaktu a tudíž pacientovi poskytne profesionálnější informace, než kdyby se rozhodoval sám, s ohledem na to, že pacienti také často neznají technické detaily medicíny a tudíž sami nemohou rozhodnout o potřebné zdravotní péči. A jednak v tom, že primární péče je oproti specializované péči levnější.

Protikladem je systém, ve kterém mají pacienti vstup ke specialistům naprosto volný. V naší republice je z tohoto hlediska systém benevolentní, přístup ke specialistům není regulován. To má ovšem za následek velký počet návštěv pacientů u lékařů specialistů, které uskuteční z vlastní vůle.

1.3.7 Všeobecné lékařství pro praktické lékaře v ČR

Všeobecné lékařství je upraveno v rámci podrobné koncepce, která se týká jak praktických lékařů pro dospělé, tak i praktických lékařů pro děti a dorost zároveň. V podstatě odpovídá charakteristikám a rysům primární péče i praktického lékaře, uvedeným v předchozích kapitolách.

Dle této koncepce je všeobecné lékařství základním oborem, zajišťujícím léčebnou a preventivní péči. Je otevřeno všem problémům, které se zdravím souvisejí a zahrnuje v sobě základní poznatky a praxi různých lékařských oborů, které uplatňuje v činnostech preventivních, diagnostických, léčebných, rehabilitačních i posudkových.

Charakteristickými rysy oboru jsou :

- Dlouhodobá a soustavná péče, s možností ovlivňování způsobu života celé rodiny a individuálních rizik pacienta ve spolupráci s ostatními obory.
- Přístup k pacientovi, zvažující hlediska biologická, psychologická i sociální.
- Poskytování péče v prostředí pacientovi vlastním nebo blízkém.
- Je nejbližší pacientům ve smyslu místní, časové, ekonomické i kulturní dostupnosti.

Úkolem oboru a tedy i praktických lékařů je pak zabezpečit první kontakt zdravotnického systému s obyvatelstvem, shromažďovat zdravotní informace, rozhodovat o potřebě další péče a o její případné koordinaci.

Praktický lékař poskytuje soustavnou zdravotní péči registrovaným pacientům a neodkladnou péči všem obyvatelům bez ohledu na trvalé bydliště, věk, pohlaví, rasu nebo vyznání. Nezastupitelná je jeho role jako důvěrníka a rádce v problematice výchovná, zdravotní, zdravotně-sociální, sociálně-zdravotní i osobní.

Jeho činnost spočívá v tom, že provádí:

- Základní vyšetření a ošetření.
- Diagnostiku a léčbu.
- Prevenci a včetně prevence závodní, plní další úkoly vyplývající z Úmluvy o závodních zdravotních službách.
- Posudkovou činnost všech onemocnění a stavů, posuzování pracovní schopnosti k výkonu určité práce.
- Zabezpečuje péči o pacienta po hospitalizaci.
- Spolupracuje s orgány místní správy a službami sociální péče.
- Realizaci protiepidemických a hygienických opatření.
- Lékařskou pohotovostní službu.

Tyto činnosti jsou dále upraveny řadou vyhlášek a předpisů, kterými se lékaři musí řídit.⁴

Prevence se realizuje formou pravidelných preventivních prohlídek občanů s definovanou náplní v intervalu dvou let, periodickými prohlídkami zaměstnanců v některých profesích a cílenou preventivní činností, která je založena na dlouhodobé znalosti nemocných.

Koncepce zdůrazňuje otevřenost lékařských praxí k hodnocení kvality. K tomu by měly sloužit různé auditivní metody. Přírozený nástroj hodnocení kvality péče spočívá v hodnocení pacientem, mimo jiné realizovaném např. svobodnou volbou lékaře. Lékaři jsou v procesu zvyšování kvality poskytované péče povinni uplatňovat doporučené diagnostické a léčebné postupy, které jsou vytvářeny odbornými společnostmi. V případě postupů non lege artis a etických pochybení jim hrozí sankce.

⁴ Viz příloha č. 1

1.4 Financování a úhrady zdravotní péče

Financování zdravotní péče daného státu je odvozené od zdravotní politiky státu, která vychází zejména ze stanovení priorit určité vládní politiky, z historických tradic a společenského uspořádání a v neposlední řadě i z ekonomické úrovně státu.

Do konce 19. století byl vztah mezi pacientem a poskytovatelem zdravotní péče pro značnou část populace přímý, tzn. že lékař za poskytnutou zdravotní péči požadoval úhradu přímo od pacienta. Teprve na konci 19. století vstupují do tohoto vztahu i další subjekty, jako je vláda, pojišťovny, které přebírají odpovědnost za financování zdravotní péče. Vstup vlády do zdravotnického systému je vynucen problémy, se kterými se moderní společnosti potýkají. Jde především o problémy, které se týkají nerovností v příjmech, selhání trhu zdravotní péče zejména ve smyslu dostupnosti, přístupu ke zdravotní péči pro sociálně slabé, potřeby ochrany, podpory a obnovy zdraví jako pozitivní hodnoty pro celou společnost, potřeby zajistit efektivní alokaci veřejných zdrojů.

Moderní stát musí své zdravotnictví založit i na morálních principech pomoci všem potřebným bez rozdílu, etickém kodexu, musí vycházet ze solidarity a soudržnosti. Je tedy zřejmé, že každá společnost musí řešit problémy týkající se zajišťování zdravotní péče v daleko širších souvislostech.

Zdravotnictví většiny vyspělých států je financováno převážně z veřejného a doplňkově z komerčního systému. Pro veřejný systém zdravotní péče je charakteristická universálnost, to znamená, že zahrnuje všechny zdravotnické služby a žádný občan z něj není vyloučen. Finančním zdrojem je pak zejména veřejné zdravotní pojištění, a to i u modelů zdravotní péče financovaných z daní a v menší míře státní rozpočet, včetně rozpočtů veřejných. Pacient se přímou úhradou podílí pouze v menší míře. Komerční systém je pak založen na nabídce a poptávce mezi pojištěnci a zdravotními pojišťovnami a má charakter doplňkový. Existuje také přímý vztah mezi poskytovatelem služeb a pacientem, kdy pacient poskytované služby hradí přímo, ten se ale vyskytuje pouze v menší míře.

Zdravotnické systémy jednotlivých zemí volí různé přístupy k zabezpečení financování zdravotní péče a různé využití veřejného a komerčního zdravotního pojištění. Jsou často velmi složité.

1.4.1 Financování zdravotní péče

Pod pojmem financování zdravotní péče v podstatě chápeme tvorbu zdrojů pro úhradu zdravotní péče.

Moderní státy nemohou své zdravotnické systémy financovat pouze z přímých plateb pacientů, proto je většina zdravotnické péče financována buď institucemi povinného sociálního pojištění nebo vládou z různých typů daní.

Základní zdroje pro financování zdravotnictví jsou tedy tyto:

- Zákonné sociální pojištění⁵, kdy prostředky se získávají formou zákonného pojištění, plynou do fondu, který je oddělen od státního rozpočtu. Toto pojištění je založené na principu solidarity.
- Daně, kdy finanční prostředky pro zdravotnictví jsou získávány prostřednictvím daňového systému.
- Soukromé/komerční pojištění. Řeší zdravotní události v životě člověka, který si výhradně z vlastní vůle uzavře adekvátní pojistku. Je založené na hodnocení individuálního rizika. To znamená, že výše pojistného s věkem nebo v závislosti na zdravotním stavu roste. Využití mechanismů soukromého zdravotního pojištění a principů konkurence (tržní systém zdravotnictví) vede ke snížení spravedlnosti a solidarity.

Tyto zdroje se liší rozložením nákladů na zdravotnický systém mezi celou populací. Daňové zatížení je ve většině zemí rozloženo proporcionálně nebo mírně progresivně k příjmu. Model soukromého pojištění je podobný financování přímými platbami, je proporcionální ve vztahu k užívané péči. Sociální pojištění závisí na příjmu plátce, příspěvek však může mít horní hranici.

Poměr využití veřejného a soukromého pojištění je ukazatelem míry vládní kontroly nad výdaji, ovlivňuje jeho ekvitu a rozsah možnosti volby pro pacienty.

Systémy, které jsou založeny na individuálním/soukromém pojištění nebo ve kterých je zaveden vysoký podíl spoluplateb pacientů, přenáší větší náklady na ty, kteří služby využívají, což může vést k omezení dostupnosti péče pro občany

⁵ Do sociálního pojištění v naší republice zahrnujeme pojištění nemocenské a zdravotní. Pojištění zdravotní umožňuje zvládnout riziko, které je s onemocněním spojeno a představuje pro pacienta vysoké výdaje.

s nízkým příjmem (Haubertová, Barták, 2004a:10). Proto jsou systémy financované z daní nebo ze sociálního pojištění jsou považované z hlediska dostupnosti péče za spravedlivější. Tyto tzv. garantované systémy jsou dále založeny na centrálním shromažďování finančních prostředků a na jejich přerozdělování podle principu solidarity, což znamená, že zdraví občané dotují nemocné a bohatí dotují chudé. Přerozdělování prostřednictvím zdravotních pojišťoven je efektivnější, proto jej využívá značné množství států.

Ve světě se uplatňuje řada modelů financování, hlavní jsou tyto tři⁶, které v podstatě odpovídají výše uvedeným zdrojům financování:

1. Národní zdravotní služba (Beveridgeův model)⁷

V tomto systému má monopol na poskytování většiny zdravotních služeb stát a ty jsou pro všechny občany bezplatné. Zdravotní systém je řízen převážně státem, jako jeden z vládních resortů, a financován prostřednictvím daní a státního rozpočtu. Existují ale i soukromá lůžka a soukromé praxe. Lékaři tedy mohou být zaměstnanci nebo mají se zdravotní pojišťovnou či příslušným místním úřadem smluvní vztah s vymezeným rozsahem poskytovaných služeb. Zahrnutí celé populace v rámci tohoto systému je relativně snadné, rozpočet je pod kontrolou.

2. Pluralitní zdravotnictví (Bismarckův model)⁸

Jedná se o nestátní zdravotnictví, za které ale ručí stát, který zajišťuje legislativní stránku a stránku finanční koordinuje. Finanční prostředky se získávají ze zákonného povinného zdravotního pojištění. Příspěvky od pojištěnců se shromažďují v pojišťovacích fondech, které spravují zdravotní pojišťovny. Poskytovatelé zdravotních služeb mají postavení samostatných subjektů a se zdravotními pojišťovnami, které evidují pacienty, jsou ve smluvním vztahu. Nemocnice jsou převážně veřejné, ale i soukromé. Tento systém je k potřebám pacientů citlivější, ale z hlediska nákladů je kontrola méně úspěšná a vyžaduje dodatečné regulace a kontroly správními orgány.

⁶ Čtvrtým způsobem je Semaškův sovětský systém – dříve v komunistických zemích, dnes jen na Kubě. Blízký Beveridgeově systému. Všechna zdravotnická zařízení spadají pod stát, jsou řízena centrálně, finance plynou ze státního rozpočtu. Pracovníci ve zdravotnictví jsou státními zaměstnanci. Zdravotnické služby jsou bezplatné.

⁷ Model vznikl ve Velké Británii v roce 1948 na základě zprávy Beveridge z roku 1942. Tento model v různých obměnách najdeme i v Dánsku, Norsku, Finsku, Švédsku, Itálii, Řecku, Španělsku, Portugalsku.

⁸ Model má původ v Německu, vznikl roku 1883.

3. Tržní zdravotnictví (liberální model)

Je nestátní zdravotnictví, kde stát financuje služby pouze pro občany, kteří žijí pod hranicí životního minima a pro důchodce. Ostatní občané si zdravotnické služby obstarávají sami dle svých finančních možností na trhu zdravotnických služeb. Pacient tedy vystupuje jako konzument a lékař jako podnikatel. Tento systém je založen na přesvědčení, že péče o zdraví je záležitostí každého jedince, úloha státu je minimální. Občané se připojišťují u soukromých pojišťoven individuálně nebo skupinově v zaměstnání. Zaměstnancům zčásti přispívá na pojištění zaměstnavatel. Většina zdravotnických zařízení je soukromých, existují zde však i charitativní a neziskové organizace a výjimečně státní nemocnice, které poskytují základní péči nepojištěným a nemajetným. Úhradové mechanismy jsou založeny na výkonech. Systém je pro potřeby pacienty velmi citlivý. Nevýhodou je nízká možnost kontroly nákladů. Kontrola objemu a cen služeb je prováděna pomocí plánů řízené péče.

V praxi existují různé varianty a modifikace těchto modelů. Různé modely péče jsou v podstatě výrazem neustálé konfrontace společenských zájmů s individuálními, skupinovými a lokálními zájmy.

V některých zemích převažují prvky státního zdravotnictví, jinde se více uplatňují rysy liberální. Stupeň veřejné kontroly nebo veřejného řízení zdravotního systému se promítá do nákladů i efektivnosti. Háva, Goulli (2003:17) uvádí, že první dva systémy jsou v čisté podobě levnější, než systém liberální. Kolik prostředků je stát schopen na zdravotnictví vydat, ukazuje poměr výdajů na zdravotnictví k hrubému domácímu produktu.

1.4.2 Charakteristika zdravotního pojištění

Pojištění obecně je systém, který pomáhá snížit nežádoucí dopad životních událostí, přírodních katastrof i jiných událostí jako jsou úrazy, nezaměstnanost, nemoc a vytváří ochranu proti riziku vysokých nákladů na zdravotní péči.

Povinné zdravotní pojištění zajišťuje dostupnost zdravotní péče a odstraňuje nerovnosti, které vyplývají ze sociálního postavení občanů. Rozsah pojištění se v jednotlivých státech liší, některé systémy poskytují pacientům plné úhrady

zdravotních služeb, v jiných systémech existují spoluplatby i platby přímé. Ty ale představují bariéry v dostupnosti péče.

Ti, kteří nejsou zdravotně pojištěni se vystavují riziku, že jim nebude poskytnuta preventivní ani následná péče v případě chronických onemocnění, což pak znamená zvýšené náklady na péči v pokročilejším stádiu nemoci. Zdravotní stav nepojištěných je horší než zdravotní stav pojištěných. V této souvislosti můžeme zdravotní pojištění považovat za významnou determinantu efektivnosti výdajů ve zdravotnictví. (Haubertová, Barták, 2004a:9-10)

1.4.3 Veřejné zdravotní pojištění jako zdroj financování zdravotní péče v ČR

Rozhodující část výdajů na zdravotní péči je v naší republice hrazena z veřejných zdrojů, prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, které vychází z principu solidarity a sdílení rizika všemi občany. Je povinné pro všechny občany. Definiuje ho zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Výše pojistného se odvíjí od standardu zdravotní péče definovaného v zákoně č. 48/1997 Sb. Zdravotní pojišťovny musí při úhradách zdravotní péče tento garantovaný standard respektovat. Pojištění je stanoveno procentní sazbou v závislosti na výši příjmu a ze zákona povinné platby jsou odváděny do fondu všeobecného zdravotního pojištění. Alokaci prostředků pak zajišťují veřejné zdravotní pojišťovny.

Pojistné na zdravotní pojištění řeší zákon č. 592/92 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění a činí v ČR 13,5% z vyměřovacího základu za rozhodné období. Snižuje plátcům daňový základ. V případě zaměstnanců se třetinou podílí zaměstnanec sám (odvádí 4,5% ze mzdy) a dvěma třetinami zaměstnavatel (platí 9%). Za tzv. společensky uznané osoby⁹ hradí pojistné stát.

Jelikož jsou mladší a starší věkové kategorie bez vlastních prostředků, vyvstává v souvislosti se stárnutím populace problém, kdo bude platit rostoucí náklady na zdravotní péči pro starší věkové skupiny.

⁹ Nezaopatřené děti, příjemci rodičovského příspěvku, studenti, důchodci, nezaměstnaní, matky na mateřské/rodičovské dovolené, osoby ve vazbě, osoby sociálně potřebné, osoby bezmocné a další.

Každý občan má právo svobodně zvolit, které zdravotní pojišťovně bude pojistné odvádět. Na základě toho je ale nutné vybrané pojistné mezi pojišťovnami přerozdělovat, aby nedocházelo k tzv. cream-skimmingu¹⁰.

Zdravotní pojišťovny vytváří z veřejných prostředků fondy a shromážděné prostředky následně alokují. K tomu slouží různé metody úhrad péče (stanovují cenu zdravotní péče) a smlouvy se zdravotnickými zařízeními.

Způsob úhrady zdravotní péče poskytnuté pojištěncům VZP tedy závisí na uzavřených smlouvách s jednotlivými smluvními zdravotnickými zařízeními, na stanovené metodice, na platné právní úpravě a v neposlední řadě na výsledcích dohodovacího řízení.

Důležitou funkcí zdravotních pojišťoven je i funkce kontrolní. Sledováno je hlavně množství, účelnost a druh zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením za určité období.

V ČR existuje v současné době 9 zdravotních pojišťoven, přičemž zvláštní právní úprava je pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (z.č.551/1991 Sb.), která je největší, a oborové, zaměstnanecké a další zdravotní pojišťovny (z.č. 280/1992 Sb.).¹¹ Všechny pojišťovny musí poskytovat stejnou péči, jakou garantuje stát u VZP za minimálně stejných podmínek.

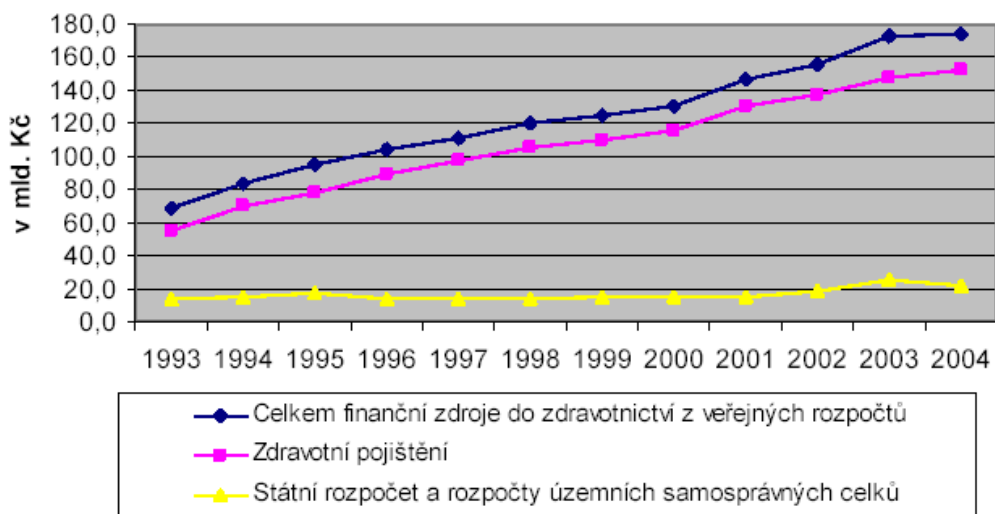
„ V ČR zatím vývoj v oblasti organizace a provozu zdravotních pojišťoven nedospěl k možnému stupni využití dosažených znalostí...Není věnována pozornost rozsahu nabídky zdravotnických služeb a není analyzována jejich potřeba, stejně jako nejsou hodnoceny výsledky poskytovaných zdravotnických služeb či jejich technická nebo medicínská efektivita. Vztahy mezi státní správou, pojišťovnami a poskytovateli zdravotnických služeb v ČR jsou poznamenány vysokým stupněm neurčitosti, nedostačující mírou institucionálního rámce, který by definoval potřebná pravidla a parametry pro řešení sporů mezi limity finančních zdrojů, rozvojem medicínských technologií a očekáváním pacientů.“ (Háva, Goulli, 2003:54)

Následující tabulky a grafy ukazují vývoj výdajů na zdravotnictví včetně jejich struktury. Z dat vidíme, že váha zdravotního pojištění ve financování zdravotnictví se pohybuje kolem 80 %, na druhou stranu podíl výdajů soukromých, i když stoupá, je stále poměrně nízký. Opět se potvrzuje stoupající trend nákladů.

¹⁰ Vybírání pojištěnců podle výše jejich pojistného.

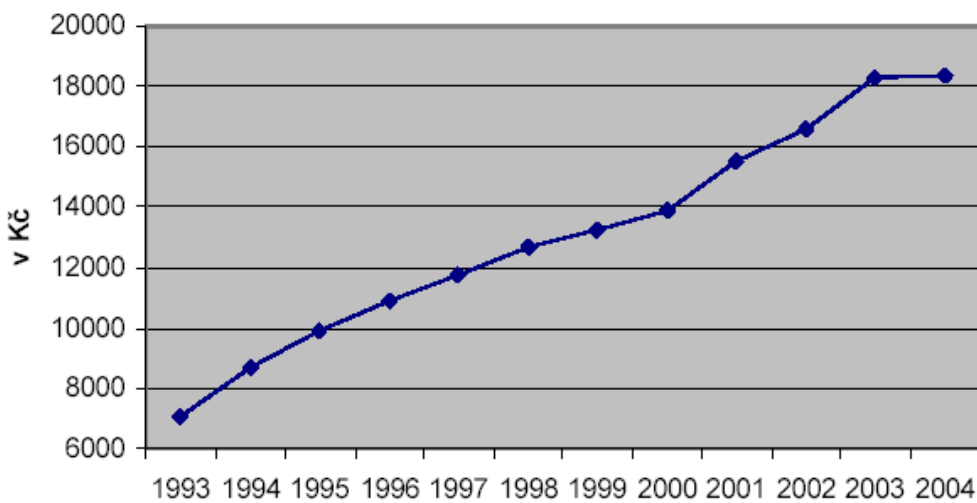
¹¹ Na tyto zákony navazuje ještě vyhláška č. 227/1998 Sb., o hospodaření zdravotních pojišťoven a opatření MFČR ze dne 12.10.1998, kterým se stanovuje účtová osnova a postupy účtování. Pro běžné komerční pojištění pak z.č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví ve znění pozdějších předpisů.

Graf č. 3 Vývoj finančních zdrojů zdravotnictví z veřejných rozpočtů



Zdroj: Reforma systému zdravotnictví v rámci strukturálních reforem veřejných financí. Prezentace MF ČR, Euro Forum 2004.

Graf č. 4 Vývoj ročních výdajů na zdravotnictví na jednoho obyvatele



Zdroj: Reforma systému zdravotnictví v rámci strukturálních reforem veřejných financí. Prezentace MF ČR, Euro Forum 2004.

Tabulka č. 3 Odhad souhrnných výdajů na zdravotnictví (v mil Kč)

Položky výdajů	2002	2003	2004	2005 ¹⁾
1. Veřejné výdaje	155 136	168 317	175 685	186 167
1.1 Rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů (konsolidováno)	17 649	20 581	18 874	17 749
1.2 Zdravotní pojišťovny	137 487	147 736	156 811	168 418
2. Soukromé výdaje	17 839	21 108	22 238	27 409
2.1 Přímé výdaje domácnosti	16 776	17 935	20 758	25 688
2.2 Dary poskytnuté zdravotnickým zařízením	508	2 482	623	884
2.3 Ostatní (soukromé pojištění, zjištěné výdaje zaměstnavatelů)	555	691	857	837
3. Výdaje celkem (1 + 2)	172 975	189 425	197 923	213 576
Podíl z HDP v %	7,02	7,35	7,12	7,19

¹⁾ předběžné údaje

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 57/2006.

Tabulka č. 4 Podíl zdrojů financování na výdajích na zdravotnictví (v %)

Položky výdajů	2002	2003	2004	2005 ¹⁾
Veřejné výdaje	89,7	88,9	88,7	87,2
v tom rozpočtové výdaje rezortů a územních orgánů (konsolidováno)	10,2	10,9	9,5	8,3
zdravotní pojišťovny	79,5	78,0	79,2	78,9
Soukromé výdaje	10,3	11,1	11,3	12,8
z toho přímé výdaje domácností	9,7	9,4	10,5	12,0
Výdaje celkem	100,0	100,0	100,0	100,0

¹⁾ předběžné údaje

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 57/2006.

1.4.4 Úhrady zdravotní péče

„Úhrady jsou spojeny s procesy rozdělování prostředků mezi jednotlivé segmenty a poskytovatele zdravotnických služeb.“ (Háva, Goulli, 2003:50)

Úhrady i vůbec financování zdravotní péče často způsobuje různé problémy a neshody nejenom mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče, jelikož od úhrad jsou v podstatě odvozeny příjmy zdravotníků, ale i napříč celým zdravotnictvím, neboť každý se snaží maximálně prosadit svůj vlastní zájem.

Profinancování činnosti zdravotnických zařízení může probíhat různými způsoby. Typy úhrad a způsob jejich realizace ovlivňuje náklady, kvalitu, dostupnost i efektivnost zdravotnických služeb.

Obecně rozlišujeme retrospektivní a prospektivní systém úhrad. V retrospektivním systému jsou veškeré náklady spojené s poskytováním služeb financovány zpětně podle jejich výše, která je tedy odvozena od reálně vynaložených nákladů. Prospektivní systém stanovuje úhradu, za kterou lékař zajišťuje péči o svého pacienta předem.

Háva a Goulli (2003:58) uvádějí tři hlavní přístupy, ze kterých může úhrada zdravotnických služeb a vztahy mezi plátcí a poskytovateli péče vycházet. Jde o:

- Blokové kontrakty – vychází např. z ročního rozpočtu na definované služby.
- Kontrakty zohledňující náklady a objem poskytovaných služeb – vychází z dohodnutých nákladů, vztahujících se např. k počtu registrovaných pacientů (kapitace).
- Kontrakty založené na specifikaci nákladů ve vztahu k ošetření jednotlivých případů – vychází z poskytnutých výkonů.

Nastavení optimálního systému úhrad včetně jeho realizace je velmi složité, protože ve většině případů nejde o přímý vztah poskytovatele a spotřebitele zdravotnických služeb, ale vstupují mezi ně další aktéři (např. pojišťovna, veřejná správa). Je tedy dáno jak historickým vývojem těchto vztahů, tak i charakteristickými rysy zdravotní péče.

1.4.5 Úhrady zdravotní péče praktických lékařů

Existují zdravotní systémy, ve kterých mají praktičtí lékaři ve vztahu s pojišťovnami, zdravotnickými středisky nebo veřejnými orgány postavení zaměstnanců a pobírají mzdu. V jiných systémech provozují samostatné praxe a jsou placeni na základě smluv uzavřených s pojišťovnami prostřednictvím kapitačních nebo výkonových plateb. Tyto způsoby jsou v jednotlivých zemích různě kombinovány a každý má své určité charakteristiky. V určitých případech se uplatňuje i forma přímé úhrady za poskytnutou službu.

Mzdy jsou sjednávány centrálně, což umožňuje plátcům přímou kontrolu nákladů. Mohou ale vést k nedostatečnému poskytování služeb, k nedostatečné citlivosti vůči potřebám pacientů nebo k nadměrnému odesílání do dalších segmentů či úrovni péče.

Úhrady za výkon, fee for service, jsou systémem plateb retrospektivních. Pozitivem je zájem lékaře na péči o pacienta, pacient je častěji vyšetřován. Na druhou stranu tento způsob úhrad ale může vést ke snaze poskytovatelů maximalizovat počet výkonů i rozsah péče, bez ohledu na potřebu pacienta a zvyšovat tak svůj tisk. Model úhrad za výkon je z hlediska vhodnosti použití u různých typů péče vhodný u péče akutní, intenzivní, nevhodný je ale v případě chronických stavů, neboť nedává podněty ke sledování průběhu choroby a dalším žádoucím postupům (OECD, 2003/In Háva, Goulli, 2003:64).

Kapitační úhrady (platby prospektivní) vychází z pevně stanovené částky na registrovaného pacienta, která je modifikována podle věku, aby se zohlednila větší potřeba péče u určité věkové skupiny populace, např. u populace starší. K tomuto základnímu platu jsou pak přidávány platby za některé výkony, zejména preventivní péči. Tento model má lékaře vést k regulaci spotřeby péče, neprovádění přebytečných výkonů, ale současně k zájmu o preventivní péči, jejímž prováděním předchází vážnějším onemocněním pacientů a snižuje si tak obtížnost práce. Pro pacienta ale může představovat riziko nedostatečného rozsahu poskytované péče, snížení zájmu o pacienta a jejich odkazování k jiným lékařům.

Vzhledem k narůstajícím výdajům na zdravotní péči v důsledku rozvoje medicínské vědy a techniky za omezených ekonomických možností států, je nutné

hledat další možnosti a přístupy k úhradám zdravotní péče. Pro plátce zdravotní péče uvedené modely představují výzvu pro hledání řešení, jak optimálně regulovat rozsah spotřeby poskytovaných služeb a jak sledovat spotřebu služeb, která vzniká odesíláním pacientů k ambulantním specialistům.

1.4.6 Regulace úhrad zdravotní péče

S potřebou čelit rostoucím nákladům na zdravotní péči i v souvislosti s negativními stránkami jednotlivých úhradových mechanismů, byly v posledních letech uplatňovány různé způsoby, jak situaci řešit.

V rámci zdravotní politiky jde o vytváření podmínek pro poskytování i pro rozsah zdravotní péče a to jak pro poskytovatele, tak pro plátce zdravotní péče. Jedná se o tzv. explicitní, zjevná omezení, která dávají léčebným postupům jasná pravidla, a implicitní, blíže nevymezená omezení, kdy rozsah služeb zvažuje sám poskytovatel. Implicitní omezení jsou v praxi běžnější. (Háva, Goulli, 2003:63)

V případě regulace výdajů jsou obecně nejvíce využívány: (IZPE, 2004b:62)

- Regulace mezd, cen a nabídky zdravotnických služeb.
- Rozpočtová omezení výdajů na zdravotnictví nebo některé z jeho segmentů.
- Přesuny nákladů do oblasti soukromých zdrojů financování.

Regulace mezd, cen a nabídky zdravotnických služeb (IZPE, 2004b:62)

Ve zdravotnických systémech, ve kterých jsou zdravotníci zaměstnanci veřejného sektoru, se uplatňuje regulace mezd. V dalších systémech jsou úhrady lékařům za zdravotní péči, zdravotnický materiál a další prostředky stanoveny administrativně.

Ovlivnění objemu péče potom souvisí s řízením vstupu na lékařské fakulty, s politikou v oblasti lidských zdrojů a s kontrolou nákladů na nemocniční péči.

Kontrola cen může mít u poskytovatelů omezený efekt, neboť poskytovatelé reagují na stimuly, které jim dává nastavení systému úhrad. To znamená, že pro kompenzaci cenových limitů mohou praktičtí lékaři zvýšit objem poskytované péče, případně se více zaměřit na služby, za které je poskytována úhrada vyšší.

Dlouhodobě omezované mzdy nebo ceny ale mohou mít vážné důsledky pro udržení kapacity zdravotního systému, neboť mohou odrazovat zájem kvalifikovaných lidských zdrojů.

Rozpočtová omezení (IZPE, 2004b:63)

Tato omezení jsou hojně využívána především v sektoru péče nemocniční. V případě ambulantní péče a léčiv je tento způsob méně úspěšný. Kontrola výdajů prostřednictvím rozpočtových omezení je neúspěšnější v zemích, kde je zdravotnictví spravováno jako jeden z vládních resortů a nebo v zemích se systémem jednoho plátce, kde jsou rozpočty zdravotní péče jasně stanovovány. Mezi metody rozpočtové kontroly patří i posun od retrospektivních plateb k prospektivním.

Tato omezení mohou mít také negativní stránky. Poskytovatele péče málo motivují ke zvyšování efektivnosti a produktivity. Vybízí k výdajům odpovídajícím horním hranicím rozpočtu a zvýhodňují neefektivní poskytovatele. Často jsou také spojeny se snižováním počtu zaměstnanců a rostoucím pracovním vytížením, což se může negativně projevit na pracovní morálce.

Přesuny nákladů do oblasti soukromých zdrojů financování.

Úvahy o reformách zdravotní péče také často směřují k využití tržních vztahů a k větší samostatnosti a zodpovědnosti pacienta. Za možné způsoby, jak snížit výdaje na zdravotnictví a současně snížit nadspotřebu zdravotní péče ze strany pacientů, což je pro bezplatné zdravotnictví typické, se považují spoluplatby či přímé plateb pacientů, které mohou být doprovázeny rostoucím významem soukromého zdravotního pojištění. Tato možnost je předmětem mnoha diskusí zejména z důvodů informační asymetrie, kdy pacient nemá dostatek informací o kvalitě péče, kterou jednotliví lékaři poskytují. Vyšší finanční spoluúčast se týká především léků, zejména nadstandardních a mnohdy také poplatků za předpis.

Tato opatření snižují podíl veřejných údajů na celkových výdajích. Navýšení spoluplateb může mít ale negativní důsledky na dostupnost péče. Žádá si osvobození zranitelných skupin, které je na druhou stranu spojeno s administrativními náklady. Čisté úspory tak mohou být nižší. (IZPE, 2004a:38)

Přes uplatňování regulačních mechanismů je pro mnohé státy otázka růstu výdajů neustále problematická. S potřebou čelit rostoucím nákladům na zdravotní péči jsou ve vztahu k úhradám péče hledány nové možnosti, jak situaci řešit. Je přikládána stále větší váha analýzám nákladů, se zaměřením na jejich snižování. Mezi plátcí a poskytovateli zdravotní péče jsou stále více upřednostňovány smluvní vztahy,

uzavírány na základě plánování a hodnocení potřeb zdravotní péče a následné kontroly léčebných postupů.

1.4.7 Úhrady a regulace zdravotní péče praktických lékařů v ČR

Úhrady zdravotní péče

V současné době v naší republice převážná část praktických lékařů provozuje svou praxi na základě smluvního vztahu s pojišťovnou a je hrazena kombinovanou kapitačně - výkonovou platbou.

Další součástí jsou pak platby, které obdrží od regionálních orgánů za zajištění sociálních služeb (posudky a zprávy pro Okresní správu sociálního zabezpečení). Část příjmu tvoří i přímé platby za výkony, které nespádají pod pojištění, jsou ovšem velmi omezené.

Regulačních mechanismy

Cílené usměrňování množství zdravotní péče i v našem systému vede k potřebě uplatňovat regulační mechanismy.

Systém úhrady v KKVP je sám o sobě jistou formou regulace v části poskytování zdravotních výkonů registrovaným pojištěncům. Proto se regulace objemu poskytované péče týká výkonů poskytnutých neregistrovaným pojištěncům v rámci neodkladné péče.

V části nákladů na vyžádanou péči komplementu a nákladů na léky na předpis včetně prostředků zdravotnické techniky se ale jedná o regulaci u všech pojištěnců, tj. registrovaných i neregistrovaných.

Regulační mechanismy pro praktické lékaře jsou navrženy na základě analýzy dat ze všech zdravotnických zařízení v republice v předcházejícím období. Jsou analyzována data, týkající se výše úhrad za zdravotní péči. Ta jsou navíc tříděna podle věkové struktury pojištěnců.

Z takto získaných údajů se zjišťují celostátní průměrné úhrady na daný druh výdajů na jednoho pojištěnce dané věkové skupiny a za dané časové období. Z nich jsou pak na základě počtu ošetřených neregistrovaných i registrovaných pojištěnců stanovovány celkové standardizované náklady daného lékaře za vykázanou práci,

kteře jsou porovnávány se skutečnými celkovými náklady, které lékař za příslušné období vykazuje a požaduje proplatit.

Z porovnání standardizovaných a skutečných nákladů je zjištěno procento překročení, které určuje vypočítanou regulační srážku. Vypočítaná regulační srážka může být případně upravená na základě reklamací a poté případně uplatněna. Regulační mechanismy se uplatňují za určité období zpětně.

Podstatné je, že se porovnává částka požadovaná k zaplacení za danou práci konkrétním lékařem a částka vypočítaná z údajů o výši nákladů na tutéž práci za průměrné ceny zjištěné celostátně. Nesrovnávají se výdaje na „průměrného“ pojištěnce u daného lékaře.

Co se týká přesunu nákladů do soukromé sféry, přímé platby jsou vyžadovány pouze v případě některých úkonů, které nespádají pod pojištění a spoluplatby jsou u nás uplatňovány především v případě léčiv. Ve srovnání s jinými státy je u nás podíl soukromých zdrojů na celkových výdajích na zdravotnictví velmi nízký. (IZPE, 2004a:8)

Administrativní stanovení cen se u nás projevuje nízkým podílem mladých absolventů lékařů, majících zájem o praktické lékařství a nižší atraktivitou oboru. Není to ale pouze jediná příčina této situace.

1.5 Pacienti a lékaři - vymezení práv a povinností

1.5.1 Práva pacientů

Pacientovi jsou v systému zdravotní péče přiznaná určitá práva, která jsou zakotvena v několika dokumentech.

Základním ustanovením, o které se opírá solidární hrazení zdravotní péče, je článek 31 Listiny základních práv a svobod, který říká, že: "*Každý má právo na ochranu zdraví. Občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon.*"

Článek vyjadřuje, že v okamžiku poskytnutí péče se nic neplatí, ale péče je hrazena z pojistného, které platí občané podle podmínek, které stanoví zákon.

Další vyšší právní normou je Úmluva o lidských právech a biomedicíně, ratifikované v ČR, která v článku 3 požaduje: "*...aby smluvní strany v rámci své jurisdikce zajistily rovnou dostupnost zdravotní péče patřičné kvality.*"

Pacienta, jako plátce zdravotního pojištění, se týká zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

V tomto zákoně, v části 4. jsou v § 11 upravena jeho práva. Mimo jiné je tu opět zdůrazněno právo na zdravotní péči bez přímé úhrady a právo na léky bez přímé úhrady, pokud jsou hrazené ze zdravotního pojištění.

Podle § 13 části 5 se jedná především o zdravotní péči léčebnou, preventivní, dispenzární, o péči pohotovostní, o závodní preventivní péči a péči lázeňskou. Pacient má nárok i na dopravu a náhradu cestovních nákladů a na prostředek zdravotnické techniky v základním provedení.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v článku III říká, že „*k hlavním předpokladům péče o zdraví lidu patří stálý rozvoj vědy a techniky a pohotové uplatňování výsledků vědeckého výzkumu v praxi.*“

Na základě § 11 zákona mají osoby právo na zdravotní péči v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy.

Práva pacienta podle zákonů č. 20/1966 Sb. , a zákona č. 48/1997 Sb., jsou potom podrobně upravena v Etickém kodexu práv pacientů, který byl prohlášen Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví ČR za platný dne 25. února 1992.

1.5.2 Práva a povinnosti lékaře

Povinnosti jsou do jisté míry dané koncepcí oboru Všeobecného lékařství pro praktické lékaře, kde je podrobně upravena náplň činnosti praktického lékaře. Tuto činnost potom upravuje celá řada zákonů dle specifík činností.

Etický kodex České lékařské komory, který je platný ode dne 1. 1. 1996, v § 1 článku 3 říká: „ *Lékař má znát zákony a závazné předpisy platné pro výkon povolání a tyto dodržovat. S vědomím osobního rizika se nemusí cítit být jimi vázán, pokud svým obsahem nebo ve svých důsledcích narušují lékařskou etiku či ohrožují základní lidská práva.* “

Tento kodex potom v § 2 dává lékaři možnost, aby v rámci své odborné způsobilosti a kompetence svobodně volil a provádí ty preventivní, diagnostické a léčebné úkony, které odpovídají současnému stavu lékařské vědy a které pro nemocného považuje za nejvýhodnější. Pokud ale lékař doporučuje léky, léčebné prostředky a zdravotní pomůcky, nesmí se dle kodexu řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta. § 3 článek 1 na lékaře klade nárok vždy včas a důsledně zajistí náležitá léčebná opatření, která zdravotní stav nemocného vyžaduje.

Konečně povinnost poskytovat pacientům péči dle předpisů (lege artis) vyplývá jak z Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, tak z Listiny základních práv a svobod, ze zákona o péči o zdraví lidu i z rámcové smlouvy, kterou uzavírá zdravotnické zařízení s pojišťovnou.

Rámcová smlouva v článku 3 odstavci 2 přílohy k rámcové smlouvě zdravotnickému zařízení ukládá povinnost poskytnout hrazenou zdravotní péči „ *lege artis bez zbytečných nákladů, avšak se zřetelem k tomu, aby potřebného diagnostického nebo léčebného efektu bylo dosaženo s ohledem na individuální zdravotní stav pojištěnce.* “

Jelikož zdrojem pro úhrady péče poskytnuté lékařem je z převážné části zdravotní pojištění, měla by být lékaři uhrazena péče, která je pro tyto účely vymezená v § 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění. § 40 potom stanovuje zdravotním pojišťovnám povinnost uhradit péči, kterou zdravotnické zařízení v souladu s tímto zákonem pojištěncům poskytla a to a to ve lhůtě stanovené v smlouvě, kterou zdravotnické zařízení s pojišťovnou uzavírá (§ 17) a která se řídí podle smluv rámcových. Pojišťovna má ale povinnost kontrolovat a posuzovat

dodržování cen, objem i kvalitu péče prostřednictvím revizních lékařů. Pokud tito shledají neoprávněné nebo nesprávné vyúčtování péče, zdravotní pojišťovna má právo takovou péči neuhradit (§ 42). Lékař se proti takovému rozhodnutí může odvolat k pojišťovně, potom je vedeno tzv. smírčí řízení, případně k soudu.

1.6 Kvalita zdravotní péče

Kvalita zdravotní péče patří mezi nejdůležitější tradiční hodnoty zdravotní péče a je jí věnována stále větší pozornost. V roce 1985 bylo zajišťování kvality definováno SZO jako jeden z cílů v rámci evropské strategie programu Zdraví pro všechny do roku 2000 a v devadesátých letech se soustavné zlepšování kvality stalo dokonce předpokladem vyspělosti společnosti.

Pojem kvalita péče se na základě rozvoje nových technologií a s nimi souvisejících rostoucích nákladů neustále rozšiřuje, vedle otázek účinnosti péče čím dál více zahrnuje i otázky dostupnosti, účelnosti a ekonomické efektivity. S tímto souvisí i zvyšující se nároky na profesionalitu.

„Podle definice Qvretveita znamená kvalita zdravotní péče schopnost naplňovat potřeby těch, kteří jsou na péči závislí.“ (Gladkij, Hegel, Strnad, 1999:12)

SZO potom definuje kvalitu zdravotní péče jako *„stupeň dokonalosti poskytované zdravotní péče ve vztahu k soudobé úrovni znalostí a technického vývoje.“ (Gladkij, Hegel, Strnad, 1999:13)*

Kvalita primární péče zahrnuje řadu aspektů, je zajišťovaná jednak administrativními opatřeními, ale z velké části závisí na samotném lékaři a jeho motivaci ke zlepšování praxe, ke vzdělávání a způsobu poskytování péče.

Pracovní skupina QIFM¹² definuje kvalitu v praktickém lékařství jako: *„Dosažení nejlepších možných zdravotních výstupů, které odpovídají hodnotám a preferencím pacienta.“ (QIFM /In Seifert, Beneš, 2005:246)*

Kvalita péče je ale pojem mnohorozměrný a dynamický, jeho definice záleží především na pohledu osoby, která jej definuje, ale i na kontextu společenského prostředí a měnících se vědních poznacích. Má tedy složku jak kvantitativní, měřitelnou, tak kvalitativní, závislou na subjektivním hodnocení.

¹² The WONCA Working Party on Duality Improvement in Family Medicině.

Gladkij, Hegel, Strnad (1999:14) uvádí, že jiné nároky na kvalitu péče vyvíjí příjemci péče, profesionálové a jiné nároky vznikají z hlediska řízení. Příjemci péče, pacienti, z hlediska hodnocení kvality péče považují za důležité zejména aspekty, jako je prevence zdravotních problémů, dostupnost péče, trvání léčby, dostatek informací a osobní interakci, zájem péči a profesionalitu lékaře, schopnost diagnostikovat zdravotní problémy, účinek zdravotní péče a shoda mezi diagnózou a léčbou. Lékaře naopak zajímá, zda služby, které pacientům poskytují nebo za kterými je odesílají, odpovídají jejich potřebám. Z hlediska řízení se pak o kvalitě mluví ve vztahu k co nejekonomičtějšimu a nejproduktivnějšímu využití zdrojů v rámci stanovených limitů či směrnic.

Základní složky kvality péče byly definovány v roce 1995 Komisí pro akreditaci zdravotnických zařízení ve Spojených státech amerických. Jedná se o: (Gladkij, Hegel, Strnad, 1999:18)

- Dostupnost péče – snadnost, se kterou je zdravotní péče v případě potřeby získatelná.
- Přiměřenost péče – stupeň správného poskytování péče s ohledem na úroveň pokroku.
- Soustavnost péče – stupeň, v němž je péče mezi poskytovateli koordinovaná a návazná.
- Účinnost péče – stupeň, ve kterém je péče poskytovaná správně a bezchybně.
- Očekávaná účinnost péče – stupeň, ve kterém je péče schopna naplnit potřeby, pro které je použita.
- Hospodárnost péče – stupeň, ve kterém má péče s minimem výdajů a úsilí požadovaný účinek.
- Spokojenost pacienta – míra s níž jsou pacienti s poskytovanou péčí spokojeni.
- Včasnost péče – stupeň, ve kterém je péče pacientům poskytovaná právě v době, kdy ji potřebují.
- Bezpečnost prostředí poskytování zdravotní péče.

Zajišťování kvality péče poskytované praktickými lékaři v praxi se potom odvíjí od závazných postupů, které jsou formulovány jak v legislativních předpisech, které stanovují podmínky pro poskytování péče, tak i v koncepci oboru a v doporučených diagnostických i léčebných postupech, ale i od práv pacientů.

Kvalitní zdravotní péče je tedy taková, která je z hlediska nejlepšího využití zdrojů vhodně zvolená, která je pacienty pozitivně přijatá a z hlediska jejich zdravotního stavu účinná.

Pokud péče kvalitní není projevuje se to zejména stížnostmi pacientů, nadměrnou spotřebou péče a zbytečnými finančními náklady souvisejícími s duplicitami a zbytečnými činnostmi a v neposlední řadě i nespokojenými a frustrovanými pracovníky.

1.7 Kvalita života – význam pro zdraví a zdravotnictví

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách a studium tohoto jevu nabylo na intenzitě zejména v posledních deseti letech. Důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem pro ně nejlepším.

„ Pojem kvalita života bývá definován jako úroveň osobní pohody spojené s životním stylem a podmínkami, v nichž lidé žijí, pocit naplnění nebo uspokojení, pramenící z faktorů vnějšího prostředí.“ (Hnilicová, 2004:108)

Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče a její výsledky. V pojetí SZO není kvalita života jen součtem životních podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince a jeho život (Hnilicová, Bencko, 2005:656).

Pro měření kvality života se používají jak subjektivní ukazatele pohody lidí, tak i objektivní ukazatele, například úmrtnosti.

Pojem je nezbytně svázán s celou oblastí veřejného zdravotnictví. Uplatňuje se zejména v oblasti podpory zdraví a v péči o seniory. Cílovými skupinami mohou být ale i chronicky nemocní pacienti, lidé žijících v určitých specifických podmínkách či oblastech nebo i celá populace.

Spokojenost pacientů je jedním z důležitých ukazatelů kvality zdravotnických služeb.

„Zájem o názory pacientů je vyjádřením vůdčího trendu v řízení zdravotnictví v posledních dvaceti letech, a tím je orientace na pacienta. ...Nová orientace poskytování zdravotní péče tedy vychází z přesvědčení, že léčebná péče by měla být zaměřena především na uspokojování potřeb pacientů, a to zejména těch, které jsou v souvislosti s onemocněním aktuální.“ (Hnilicová, 2005:263)

2 Analýza primární péče v ČR se zaměřením na praktické lékaře pro dospělé

2.1 Poskytovatelé primární péče

Primární péče je koordinovaná komplexní zdravotně-sociální péče poskytovaná zejména zdravotníky a to jak na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, tak na základě dlouhodobého přístupu k jednotlivci.

Je souborem činností souvisejících s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením, rehabilitací a ošetřováním. Tyto činnosti jsou poskytovány co nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby.

Primární péče je poskytovaná na municipální nebo lokální úrovni a za její zajištění pro obyvatelstvo dané oblasti je odpovědný zdravotnický odbor daného krajského úřadu.

Jejími poskytovateli jsou:

- Praktický lékař (PL) pro dospělé.
- Praktický lékař pro děti a dorost.
- Ambulantní gynekolog.
- Stomatolog.
- Lékařská služba první pomoci.
- Lékárna.
- Agentura domácí péče.

Všechny poskytovatele charakterizuje přímá dostupnost pro občany, kteří danou péči a pomoc potřebují. V tomto smyslu můžeme do primární péče zařadit i ambulantní chirurgy nebo oční lékaře.

V rámci primární péče jsou tedy vymezeny segmenty péče poskytované praktickými lékaři pro dospělé, a praktický lékař pro děti a dorost, ambulantními gynekology a stomatology. Téměř všichni jsou u nás soukromí¹³ a lidé se u jimi

¹³ Činnost privátních lékařů primární péče je vymezena zákonem č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Základní definice podnikání, která se k nim vztahuje, je uvedena v zákoně č. 513/1991 Sb., obchodního zákoníku

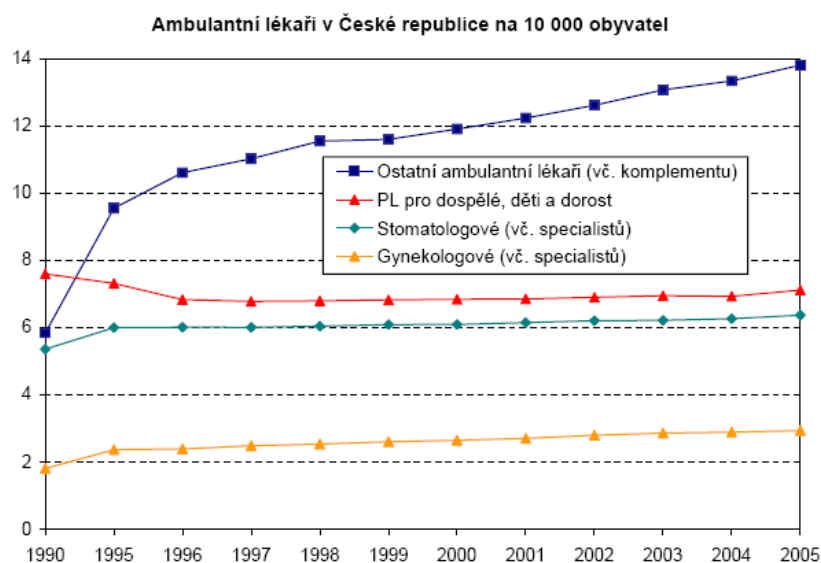
vybraného lékaře primární péče registrují. Výkon praxe je pak podmíněn udělením licence Českou lékařskou či stomatologickou komorou a registrací u příslušného úřadu (příslušný krajský úřad, v hlavním městě Praze úřad městské části), a jelikož je poskytovaná péče hrazena hlavně z veřejných zdrojů, také smlouvou se zdravotní pojišťovnou. Gynekologové a stomatologové jsou placeni za výkon, praktičtí lékaři za výkon a za registrovanou osobu. Postavení praktických lékařů je naprosto klíčové a výrazně rozhoduje nejen o kvalitě a charakteru primární péče ale i o charakteru celého zdravotního systému.

Primární zdravotnické služby pak tedy zahrnují poskytování všeobecné lékařské péče, péče o matky a děti, gynekologickou a zubní péči, některé druhy preventivní péče, jako jsou například preventivní prohlídky, screening (monitorování) nemocí, očkování a domácí péči.

I když má primární péče poslání hlavně preventivní, je u nás zaměřená více na léčení, než na prevenci.

Od roku 2000 narůstá počet zdravotnických zařízení praktických lékařů jen pozvolna a věková struktura PL se zhoršuje. Pokračuje ale každoroční nárůst samostatných ordinací specialistů, což se odráží v nárůstu plateb za poskytovanou ambulantní péči. Zatímco počet ambulantních specialistů narůstá, zajištění primární péče spíše stagnuje.

Graf č. 5 Ambulantní lékaři v ČR



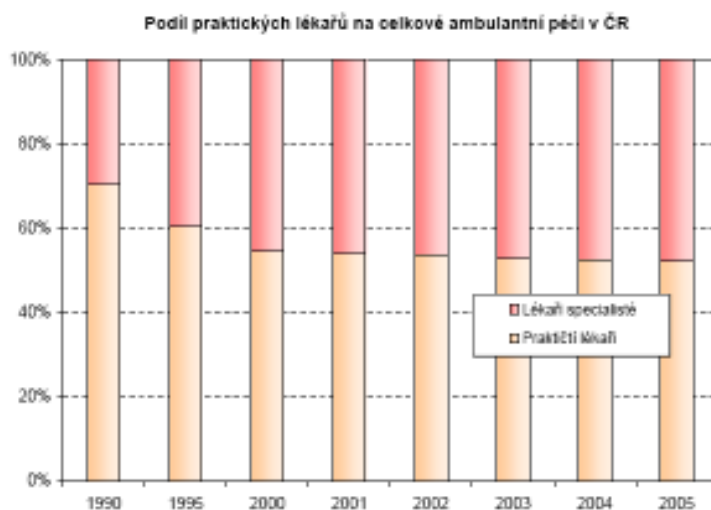
Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 9/2006.

Tabulka č. 5 Podíl praktických lékařů na ambulantní péči

Rok	Praktičtí lékaři v % (pro děti, dorost, dospělé, ženy a zubní)	Ambulantní specialisté v %
1990	70,4	29,6
1996	60,3	39,7
2000	54,6	45,4
2003	52,8	47,2
2004	52,3	47,7

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 39/2005.

Graf č. 6 Podíl PL na celkové ambulantní péči



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 9/2006.

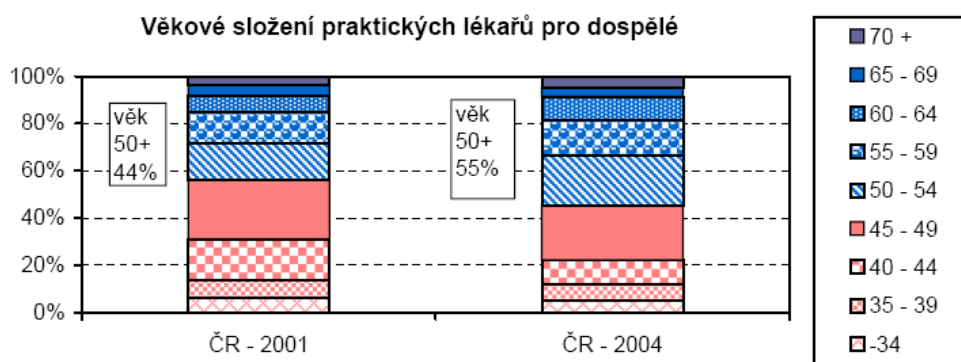
2.1.1 Věkové složení poskytovatelů primární péče

Tabulka č. 6 Průměrný věk lékařů v roce 2005

Hlavní obor činnosti	Muži		Ženy		Celkem	
	absolutně	prům. věk	absolutně	prům. věk	absolutně	prům. věk
praktické lékařství pro dospělé	2 079	52,4	3 185	50,8	5 244	51,4
vnitřní lékařství	1 922	43,7	1 936	40,0	3 858	41,8
chirurgie	2 180	44,9	342	43,4	2 522	44,7
gynekologie a porodnictví	1 405	47,7	963	44,8	2 368	46,5
praktické lékařství pro děti a dorost	294	51,7	1 885	51,7	2 179	51,7
anesteziologie a resuscitace	927	43,2	849	38,7	1 776	41,1
neurologie	562	46,8	839	44,6	1 401	45,5
psychiatrie	555	43,7	841	43,5	1 396	43,6
radiologie a zobrazovací metody	606	46,6	708	43,4	1 314	44,9
oftalmologie	320	45,8	862	45,4	1 182	45,5
dětské lékařství	350	44,2	730	40,4	1 080	41,6

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 60/2006.

Graf č. 7 Věkové složení PL pro dospělé



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 39/2005.

Průměrný věk praktických lékařů přesahuje 50 let. Podíl mladých lékařů je malý, stejně jako je v současné době malá atraktivita oboru pro absolventy lékařských fakult.

Všeobecné praktické lékařství v ČR má celkem dobře organizovanou odbornou a profesní infrastrukturu ale podmínky pro vstup do oboru a pro specializační přípravu k získání způsobilosti jsou ale nastaveny neodpovídajícím způsobem.

Specializační příprava ale není jediným důvodem ztráty atraktivnosti oboru PL. Dalšími jsou velká pracovní zátěž, méně příznivé ekonomické podmínky, související s regulací ceny práce a obecně „špatná nálada“ praktických lékařů. Pro některé absolventy hraje roli i nízká možnost akademické kariéry a vědeckého vyžití. Mladý PL obvykle také potřebuje určitou dobu na to, aby praxi dotvořil podle svých představ, stabilizoval klientelu i svou ekonomickou situaci. Pro některé lékaře po atestaci je obtížné z nejrůznějších důvodů praxi založit nebo přebrat a zůstávají v zaměstnaneckém poměru.

Cesta od absolvování LF k možnosti vykonávat samostatnou praxi byla obtížná i v minulosti, znamenala sehnat místo v nemocnici, která většinou neměla zájem zaměstnat budoucího praktika v přípravě, zejména první rok. Po roce již byla možnost získat finance na přípravu prostřednictvím IPVZ¹⁴ cca na 2 roky, což umožňovalo složit atestaci. Ale i tato možnost byla v posledních letech pro nedostatek finančních prostředků problematická. Po atestaci pak dále bylo nutné pracovat v oboru ještě zhruba 3 roky do přidělení licence, většinou jako zaměstnanec.

¹⁴ Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

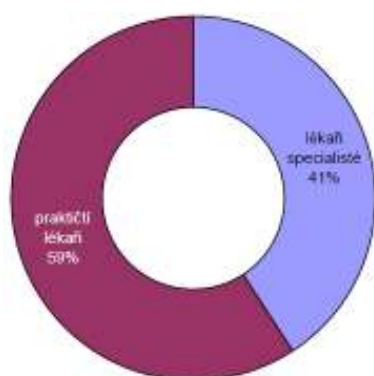
Přijetím zákona 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, ve znění zákona 125/ 2005 Sb., se s úmyslem sladit naše podmínky s podmínkami evropskými, změnil celý systém specializačního vzdělávání lékařů. Došlo ke zrušení dvousložkového systému vzdělávání, tedy systému dvou atestací, a zavedení specializačního vzdělávání. To ale vyvolává řadu otázek, např. otázku jak má být řešeno finanční zajištění samotného vzdělávání, jak má být řešen postup právnických i fyzických osob při získávání akreditací pro poskytování předatestační průpravy či pracovněprávní postavení školence i školitele. Systém má tedy řadu slabin, které vstup mladým lékařům do oboru znesnadňují.

2.1.2 Činnost ambulantních zařízení a praktických lékařů pro dospělé v roce 2005

Počet návštěv u většiny ambulantních lékařů neustále roste a roste i počet osob pod stálým lékařským dohledem. V roce 2005 lékaři primární péče (všichni praktičtí lékaři) poskytly celkem 92 mil. ošetření a lékaři specialisté pak 64 mil. ošetření. Celkově občané uskutečnili 156 mil. návštěv všech ambulantních lékařů (v roce 2004 to bylo 155 mil), to znamená, že každý pacient se dostal do přímého kontaktu s ambulantním lékařem během roku v průměru 15krát, což je poměrně mnoho. Vysoký je i počet ošetření poskytnutý ambulantními specialisty.

Graf č. 8 Struktura zdravotní péče podle počtu ošetření

a) ambulantní péče



b) primární péče



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 59/2006.

PL pro dospělé bylo v roce 2005 celkem 5 160 a registrovalo se u nich celkem 8 052 000 osob. V průměru na 1 úvazek lékaře tak připadalo 1 580 registrovaných pacientů.

Samotní PL pro dospělé provedli celkem 49,7 milionů vyšetření. V přepočtu na ošetřené pacienty denně jich vyšetřili průměrně 44, což odpovídá zhruba 10 minutám na jednoho pacienta.

Z níže uvedené tabulky vidíme, že na 1 registrovaného pacienta připadalo v průměru 6 návštěv za rok. Návštěvnost praktických lékařů a průměrný počet ošetřených pacientů za den se dlouhodobě nemění. Preventivní prohlídky dospělých představují v průměru 4,5 % z celku, což je na druhou stranu poměrně málo.

Tabulka č. 7 PL pro dospělé v roce 2005

Kraj / ČR	Lékaři (přepočtený počet)	Počet ošetření na 1 lékaře a den	Počet ošetření na 1 registr. pacienta	Počet registrovaných pacientů na 1 lékaře	Preventivní prohlídky	
					absolutně	v % z celku
Hil. město Praha	715,95	33,9	5,3	1 411	294 973	5,6
Středočeský	534,24	45,3	5,9	1 685	251 877	4,8
Jihočeský	325,64	45,5	6,5	1 544	134 562	4,1
Plzeňský	294,57	42,8	6,1	1 547	114 418	4,2
Karlovarský	132,85	45,2	5,7	1 734	53 275	4,1
Ústecký	362,72	48,7	6,2	1 735	198 382	5,1
Liberecký	205,01	47,5	6,3	1 665	100 464	4,7
Královéhradecký	274,41	48,6	6,8	1 583	116 884	4,0
Pardubický	236,99	47,3	6,3	1 649	99 667	4,0
Vysočina	230,84	46,1	6,0	1 685	99 436	4,3
Jihomoravský	612,06	45,9	6,7	1 512	239 527	4,0
Olomoucký	340,94	43,2	6,5	1 459	161 091	5,0
Zlínský	298,88	48,4	6,8	1 559	127 628	4,1
Moravskoslezský	598,61	43,9	6,0	1 606	264 285	4,6
ČR	5 159,71	44,2	6,2	1 576	2 266 469	4,5

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 27/2006.

2.2 Postavení primární péče a praktických lékařů v systému zdravotní péče

2.2.1 Historické souvislosti postavení praktických lékařů

Praktický lékař byl historicky vždy základním článkem medicíny. Léčil pacienty doma nebo ve své ordinaci a nemocnice byly zřizovány pro chudé.

Druhá polovina 19. století a zejména pak první polovina století 20. ale přinesla medicíně širší možnosti, což se projevilo také tlakem na specializaci v medicíně. Sebelépe vzdělaný praktik již novým nárokům nestačil, a proto se zdravotní péče postupně segmentovala. Ještě na přelomu 19. století pracovalo ambulantně ve většině evropských zemí asi 10 % specialistů a 90 % praktiků. Situace se ale začala měnit. Lékaři v nemocnicích se začali postupně specializovat a začali přecházet do ambulancí. Objevil se také princip souběhu ambulantní praxe se zaměstnáním v nemocnici. Ve druhé polovině 20. století již počet specialistů převýšil počet praktiků ve všech evropských zemích.

Pokračující segmentace ambulantní péče byla navíc od poloviny 20. století silně podporována zdravotnickým průmyslem. Důsledkem této situace začaly náklady na zdravotní péči prudce stoupat, léčebný proces se naopak odosobňoval, přičemž výsledný efekt stoupajícím nákladům neodpovídal. Silný trend specializace začal jednotlivým zdravotnickým systémům přinášet první těžkosti.

Na tuto situaci v 70. letech zareagovala Světová zdravotnická organizace, která začala hledat cestu zpět k základnímu článku systému. Definovala primární a vyhlásila orientaci na praktického lékaře. Většina evropských zemí reagovala pozitivně, ale náš zdravotní systém, pod vlivem sovětského řízení, rady SZO ignoroval.

V naší republice byl v 50. letech opuštěn poměrně úspěšný bismarckovský model jednotného řízení a financování zdravotnictví a byl nastolen model Semaškovův. Přirozené kontrolní prvky systému nahradily ideologické cíle, byl spuštěn extenzivní rozvoj zdravotnictví podle předem stanovených čistě kvantitativních kritérií.

Za jediného dobrého nositele medicíny byl označen odborný lékař a následkem toho byl segment odborné ambulantní péče v nemocnicích a poliklinikách rozvíjen až nepřiměřeně. Odborná ambulantní péče byla obecně uznávána jako jediná kvalitní, a tak začala být využívána nadměrně. Došlo k extenzivnímu rozvoji primární péče, do první linie byli zařazeni kromě praktických lékařů pro dospělé také praktičtí pediatři, zubaři a gynekologové. Byla jim ale přisouzena hlavně role distribuční. Původní praktičtí lékaři "prvorepublikového" typu přestali existovat a značně rezignovali na rozvíjení svých odborných znalostí a dovedností.

2.2.2 Vliv předrevolučního pojetí primární péče na soudobé postavení praktického lékaře

Transformace zdravotnictví počátkem 90. let se musela vyrovnat s přestavbou celého systému, které neslo jak socialistické rysy, tak i předsudky.

Z původních asi 140 výhradně státních subjektů vzniklo v krátké době (zejména v letech 1993-1994) více než 23 500 dalších subjektů, v převážné většině soukromých (cca 17 700), a po nastolení výkonového systému plateb, začali odcházet i lékaři z nemocnic a zvýšil se i rozvoj segmentu ambulantních specialistů.

Pro situaci ve zdravotnictví byly v této době charakteristické i jiné skutečnosti. Kontrolní mechanismy prakticky přestaly existovat a financování zdravotnictví bylo odděleno od jeho řízení. Došlo k významnému, avšak nestrukturovanému nárůstu finančních zdrojů. Do prostoru začali přicházet zahraniční výrobci technologií, pomůcek, léků. Bylo připuštěno a velmi dlouho tolerováno "samoobslužné" chování lékařů, jako poskytovatelů ale i pacientů, jako konzumentů zdravotní péče.

Tabulka č. 8 Struktura primární péče (1998)

Praktický lékař	4790 (plné úvazky)	1 PL/1550 osob	95 % nestátní
Praktický lékař pro děti a dorost	2200	1 PLDD/1200 dětí	96 % nestátní
Stomatolog	5800	1 STOM/1800 osob	98 % nestátní
Gynekolog	1100	1 GYN /5200 žen	97 % nestátní

Zdroj: České zdravotnictví - financování a poskytování péče. Studie OECD, 1998.

Autorem upraveno.

Tabulka č. 9 Struktura sekundární ambulantní péče (1998)

Mimo nemocnice	6000 lékařů
Nemocnice	5600 lékařů
podniková zařízení	500 lékařů
resorty (amb.)	485 lékařů

Zdroj: České zdravotnictví - Financování a poskytování péče. Studie OECD, 1998.
Autorem upraveno.

Tabulka č. 10 Počet kontaktů ambulantních lékařů s pacienty(1998)

ambulantní lékaři souhrnně	12,9/rok
Praktický lékař	6,3/rok
Praktický lékař pro děti a dorost	8,1/rok
odborný ambulantní lékař	6,6/rok

Zdroj: České zdravotnictví - Financování a poskytování péče. Studie OECD, 1998.
Autorem upraveno.

Z výše uvedených tabulek vidíme poměr počtu specialistů v ambulancích (cca 12 500) k počtu praktických lékařů (cca 7000) v roce 1998. Tento poměr byl podobný situaci v Holandsku, tam však vstupovalo ke specialistovi přímo pouze 9 % (VZP ČR, 2000:8) pacientů, v naší republice však existoval a pořád existuje přístup pacienta k lékaři jakékoliv odbornosti naprosto svobodný. Praktik, ani nikdo jiný přitom průchod pacienta systémem nekoordinuje. Oproti tomu například ve Velké Británii pacienti odborného ambulantního specialistu na základě vlastní vůle nenavštěvují vůbec.

Koncem devadesátých let v naší republice odborného ambulantního lékaře navštěvoval pacient z vlastní vůle ve 30%. V případě iniciativy jiného odborného ambulantního lékaře pak pacient navštívil ambulantního specialistu v 10-20 % případů a v 50-60 % případů odesílal pacienta k odbornému ambulantnímu specialistovi samotný praktik (VZP ČR, 2000:8).

Toto mohlo být jednak důsledek zvyků z předrevoluční doby, kdy odesílání pacientů ke specialistům bylo jedním z hlavních úkolů praktických lékařů, a jednak důsledkem situace, kdy Český praktik, i v dnešní době, na to, že má mnoho kontaktů s pacienty, neposkytuje dostatečné spektrum výkonů (vykonává pouze třetinu výkonů běžných "evropskému" praktikovi), ani na to často nemá dostatečné technické vybavení.

Počet kontaktů odborných ambulantních lékařů s nemocnými za rok je u nás poměrně vysoký. Ve srovnání s jinými evropskými zeměmi praktik méně pacienty

odesílá jinam, je více schopen léčit sám a počet kontaktů odborných ambulantních lékařů s nemocnými za rok je nižší až trojnásobně. Toto ale v dnešní době, kdy se projevuje snaha kompetence PL rozšiřovat, není dáno jen odesíláním pacientů praktickými lékaři, ale významně se na tomto jevu podílí i svobodný pohyb pacienta systémem.

Důsledkem volného pohybu pacientů zdravotnickým systémem je potom například zcela roztržitá zdravotnická dokumentace, multiplicity vyšetření, překombinované léčebné postupy a následně vysoké náklady celého zdravotnického systému, se kterými se potýkáme ve stále větší míře.

Celkové postavení praktických lékařů v našem systému je spíše okrajové, což je dáno jak historickým pojetím PL, tak i jejich nízkými kompetencemi. To způsobuje celkově nízkou prestiž praktických lékařů včetně celého oboru všeobecného lékařství s důsledkem nízkého pracovního ohodnocení.

Samotní praktičtí lékaři tuto situaci vnímají velmi výrazně. Jsou nespokojeni nejen postavením svým, kdy v důsledku vysoké psychické náročnosti práce nejsou dostatečně ohodnoceni a následně nemají dostatek prostředků na zdokonalování výbavy své ordinace (náklady rostou rychleji než příjmy), ale i s celkovým postavením primární péče ve zdravotnickém systému, kde je tento segment z hlediska svého významu neustále podceňován, což se projevuje i ve výši celkových vynakládaných prostředků na praktické lékaře.

Na druhou stranu lékaři uvádí paradox situace, kdy na jedné straně je kladen důraz na rozšiřování jejich odborné působnosti a odborných kompetencí (např. malá chirurgie apod.), ale na druhé straně jim zdravotní pojišťovny odmítají mimokapitační výkony nasmlouvat.

V rámci své kritiky dále zdůrazňují nadměrné zavalení administrativní činností pro nejrůznější úřady včetně přesunu péče a povinností specialistů a LZZ na PL, kdy PL funguje jako „sekretářka „ostatních odborností. Jde o neschopenky, preskribce, různá potvrzení pro školy, zaměstnavatele, sportovní podniky, závodní stravování, vyřizování invalidních řízení, lázní apod.

V neposlední řadě vidí nedostatky i v chování samotných pacientů, kteří se v rámci zdravotnického systému pohybují jako „u švédského stolu“ a pojišťovny je v tom neomezují, naopak za to postihují samotné lékaře! S volným pohybem

pacientů pak spojují i negativum nedostatečného přenosu informací a absenci zpětné vazby ve vztahu PL s lékařem specialistou.

Pro napravení celé situace je v první řadě potřeba obnovit dobrou tradici preventivní medicíny, kdy praktický lékař:

- Vrací prvek mezilidských vztahů do léčebného procesu a chrání pacienta před přílišnou technizací medicíny.
- Nabízí osobní odpovědnost za vývoj zdraví pacienta.
- Vede pacienta k odpovědnosti za své zdraví.
- Je průvodcem pacienta systémem zdravotní péče.
- Podílí se na snaze přesunout nemocného do domácího prostředí.
- Hraje roli vstupní brány do systému zdravotní péče a kontroluje náklady v některých segmentech péče.
- Zachytí a vyřeší více nemocí sám.
- Realizuje preventivní programy.

2.2.3 Základní příčiny související s postavením primární péče v současném zdravotním systému

Základní příčiny související s postavením primární péče v současném zdravotním systému lze shrnout do následujících bodů:

- Menší rozsah poskytovaných diagnostických a terapeutických výkonů, časté odesílání pacientů ke specialistům a do nemocnic a to i v případech, které by pro pojištěnce měl řešit praktický lékař.
- Nízká přístrojová vybavenost.
- Neexistence komplexní informace o pacientovi, kdy se v praxi projevuje rozpor s potřebou předávání informací o zdravotním stavu lékaři, který má být zodpovědný za zdravotní stav občana, který si jej vyvolil jako svého ošetřujícího lékaře. Zákonem není stanovena povinnost zdravotnických pracovníků praktického lékaře o jakékoliv poskytnuté péči informovat.

- Přístup ke specialistům na základě vágně formulovaného zákona č. 216/1992 Sb., kterým byl vydán Zdravotní řád pro poskytování a úhrady zdravotních služeb v rámci všeobecného zdravotního pojištění.
- Formální požadavky na vzdělání a praxi před udělením povolení k otevření praxe.

2.3 Mechanismy úhrad zdravotní péče PL pro dospělé

2.3.1 Vztah primární péče, specializované péče a lůžkové péče a podíly na veřejných financích

Tabulka č. 11 Index vývoje nákladů zdravotního pojištění na zdravotní péči dle segmentů (rok 2001 = 100)

Segment zdravotní péče	2001	2002	2003	2004	2005
ambulantní péče celkem	100	112,2	123,1	131,2	137,2
z toho stomatologická	100	106,2	111,0	116,5	117,2
praktických lékařů	100	109,0	118,3	120,2	122,3
rehabilitační péče	100	108,5	128,3	140,3	142,8
diagnost. zdrav. péče	100	114,9	134,2	154,2	168,2
spec. ambulantní péče vč. gynekologické	100	117,1	129,8	138,1	147,4
domácí zdravotní péče	100	112,7	144,9	166,9	181,2
ústavní péče celkem	100	111,7	114,7	122,0	129,3
z toho nemocnice	100	110,3	112,8	120,4	127,7
OLÚ	100	115,2	128,7	135,1	141,8
LDN	100	105,7	117,0	120,4	123,7
lázeňská péče	100	109,2	118,6	118,6	111,7
náklady na dopravu	100	105,4	109,3	110,5	108,8
náklady na ZZS	100	110,8	94,7	126,4	126,0
léky na recept	100	110,2	120,8	133,9	139,2
zdrav. prostředky na poukazy	100	110,1	119,3	127,3	136,5
zdrav. péče celkem	100	111,5	118,3	127,0	133,3

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 42/2006.

Z uvedené tabulky můžeme vidět, že za sledované období a ze sledovaných segmentů péče se nejrychleji zvyšovaly náklady na péči domácí, a to do roku 2005 oproti 2001 o 81,2 %. Dalším segmentem s nárůstem byla diagnostická zdravotní péče, kde za stejné období došlo k nárůstu o 68,2 %. Za zmínku stojí ještě segmenty specializované ambulantní péče a rehabilitační péče, kde v obou případech nárůst

překročil 40 %. Oproti tomu vývoj nákladů na stomatologickou péči a péči praktických lékařů nedosahoval ani tempa rozvoje zdravotní péče celkem.

Tabulka č. 12 Podíl jednotlivých segmentů na celkových nákladech zdravotního pojištění

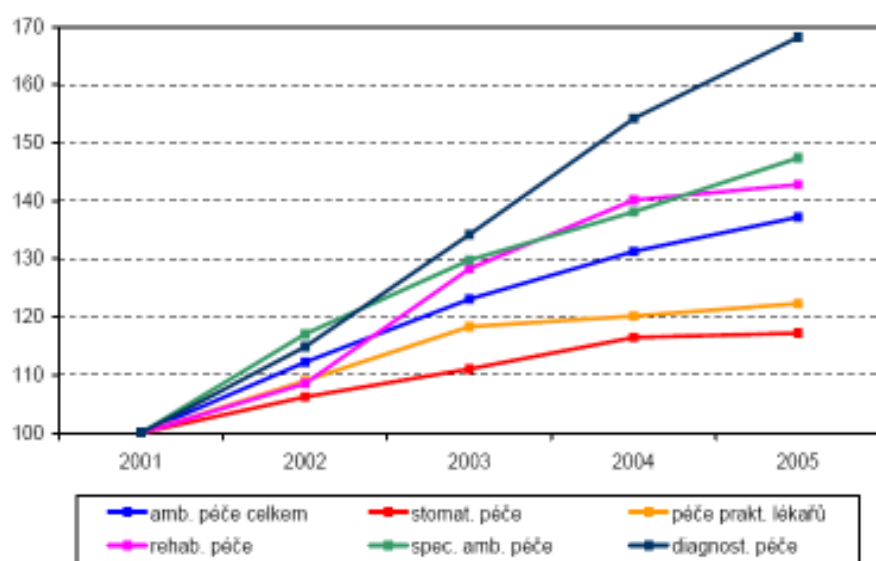
Segment zdravotní péče	2001	2002	2003	2004	2005
ambulantní péče celkem	22,40	22,60	23,35	23,20	23,10
z toho stomatologická	5,97	5,69	5,60	5,47	5,25
praktických lékařů	5,06	4,95	5,06	4,78	4,64
rehabilitační péče	0,92	0,89	0,99	1,01	0,98
diagnost. zdrav. péče	3,26	3,36	3,70	3,96	4,11
spec. ambulantní péče vč. gynekologické	6,40	6,70	7,00	6,90	7,05
domácí zdravotní péče	0,41	0,44	0,50	0,50	0,55
ústavní péče celkem	48,13	48,22	46,47	46,22	46,69
z toho nemocnice	43,39	42,95	41,35	41,10	41,56
OLÚ	2,57	2,65	2,79	2,72	2,73
LDN	2,14	2,03	2,12	2,03	1,99
lázeňská péče	2,29	2,24	2,29	2,13	1,92
náklady na dopravu	0,95	0,90	0,88	0,83	0,78
náklady na ZZS	0,59	0,59	0,47	0,59	0,56
léky na recept	21,72	21,48	22,18	22,90	22,68
zdrav. prostředky na poukazy	2,70	2,67	2,72	2,71	2,77

Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 42/2006.

V případě této tabulky vidíme, že podíl celkových nákladů vynaložených na segment praktických lékařů je ve srovnání s celkovým podílem vynaloženým na péči specializovanou, ale i stomatologickou, výrazně nižší a dokonce se od roku 2003 postupně snižuje.

Tyto údaje již samy o sobě dokreslují postavení primární péče v našem zdravotnickém systému. Vidíme, že primární péče je vůči jiným segmentům skutečně podceňovaná i z hlediska ekonomického.

Graf č. 9 Index nákladů na zdravotní péči dle segmentů (2001=100)



Zdroj: ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 42/2006.

Na problémy primární péče bylo poukazováno střídavě již během 90.let, kdy byly zdůrazňovány zejména rozpory mezi kroky ministerstva zdravotnictví a skutečnými potřebami primární péče a nejen po stránce ekonomické soustavné preferování nákladné státní nemocniční péče.

2.3.2 Vývoj způsobu úhrady zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé

Do roku 1990 bylo naše zdravotnictví financováno výhradně ze státních prostředků. Od roku 1990 se začalo zdravotnictví transformovat, privatizovat. V letech 1990-1993 byly položeny základy nového systému zdravotní péče s tržními prvky, včetně zavedení systému všeobecného zdravotního pojištění Bismarckovského typu, založeného na solidaritě a povinnosti.

Cílem se stalo vytvořit liberální a efektivně fungující systém vycházející z práva občanů na zdravotní péči, pozvednout kvalitu poskytovaných služeb, spravedlivěji odměňovat lékaře a v neposlední řadě zefektivnit toky finančních prostředků ve zdravotnictví. Proběhla rozsáhlá privatizace zdravotnických objektů, transformace struktury a organizace celé zdravotnické soustavy. Okresní ústavy národního zdraví byly zrušeny a vznikly samostatné právní subjekty. Výrazně vzrostl počet nestátních ambulantních zařízení.

Od 1.1.1992 byl zrušen systém financování zdravotnictví napojený výhradně na státní rozpočet a rozběhlo se všeobecné zdravotní pojištění, na základě zákona 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, který byl v roce 1997 nahrazen zákonem číslo 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Vznikla tedy řada zdravotních pojišťoven, čímž bylo vytvořeno konkurenční prostředí a byla umožněna soutěž o pacienty. Jako první ale vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna, která má určité specifické postavení dodnes¹⁵. Pojišťovny vznikaly v nedostatečně připravené legislativě a za složité situace na finančním trhu, některé poskytovaly svým pojištěncům nadměrnou péči, pracovaly v různých podmínkách a pod různými vlivy, což se začalo projevovat na jejich fungování a ekonomické situaci. Tyto skutečnosti vedly k deficitům hospodaření pojišťoven a řada z nich v druhé polovině 90.let zbankrotovala.¹⁶

Pro úhrady zdravotní péče byl zaveden výkonový systém založený na seznamu výkonů s bodovým ohodnocením. To vedlo na jedné straně k většímu zájmu o pacienta, ale na druhé straně k velmi rychlému nárůstu výdajů na zdravotní péči.

Bodové ohodnocení výkonů vycházelo z přímých a režijních nákladů, režijní sazby se vztahovaly k jedné minutě trvání výkonu. Podle tohoto systému byla financována převážná část zdravotnických subjektů, včetně praktických lékařů. Jakékoliv změny tohoto systému se týkaly pouze úprav přímých nákladů na zdravotnický materiál a léčebné prostředky. Korunová hodnota bodu se stala problémem, jelikož mezi poskytovateli zdravotní péče se projevovaly značné oborové rozdíly v bodovém ohodnocení výkonu, což vedlo ke střetům mezi aktéry ve zdravotnictví.

VZP se pokoušela situaci vyřešit především postupným navyšováním korunové hodnoty bodu. Problémy ale narůstaly a zvětšoval se rozdíl mezi příjmy a výdaji veřejného zdravotního pojištění. Velký nárůst objemu vykazované péče a tím i finančních úhrad vedl VZP dokonce k tomu, že v jednom období přestala navazovala smlouvy s nově vznikajícími zdravotnickými zařízeními.

Ke konci 90.let bylo nutné tento systém změnit i z dalších důvodů. Výkonový systém, kdy každý zdravotní výkon měl určitý počet bodů a hodnota bodu se pohybovala mezi 0,5–0,6 Kč se ukázal být nevýhodný i pro samotné pacienty. Pod vidinou vyššího zisku totiž motivoval lékaře k provádění nadbytečných úkonů

¹⁵ Například kdo se nikdy nepojistil je automaticky pojištěncem VZP.

¹⁶ Dnes funguje již jen 9 pojišťoven, včetně VZP.

a vyšetření. Z těchto důvodů se později přešlo na systém kombinované kapitačně výkonové platby (KKVP).

Postupem času se dluhy státních podniků a nemocnic zvýšily tak, že ale nezbyvaly prostředky pro ambulantní zařízení, kterým pojišťovny za řádně odvedenou práci nemohly platit v termínu. Na tento stav poukazovali nejen praktičtí lékaři střídavě již od konce 90. let. Tato situace znamenala jednak riziko pro snížení kvality péče ale také ekonomickou hrozbu pro samotné lékaře.

2.3.3 Kombinovaná kapitačně výkonová platba

Od 1.7. 1997 je zdravotní péče praktickým lékařům hrazena kombinovanou kapitačně výkonovou platbou, na základě smlouvy, kterou lékař uzavírá s příslušnými zdravotními pojišťovnami, u kterých jsou registrováni jeho pacienti. Každý měsíc příslušným pojišťovnám účtuje úhradu za poskytnutou péči ve formě tzv. dávek a ty pak posílají úhrady podle termínů určených ve smlouvě.

Část úhrad je lékařům přiznávána ve formě fixní – měsíční úhradou za každého pacienta, pojištěnce dané pojišťovny, kterého má ve své registraci. Lékař ji dostává bez ohledu na to, jestli ho tento pacient v průběhu měsíce navštívil nebo ne a pojišťovna tento fixní poplatek hradí pouze jednomu praktickému lékaři, u kterého je pacient k poslednímu dni měsíce, za který se kapitační platba počítá, registrován.

Tato pevná část platby je závislá na věku pacienta, neboť v závislosti na věku se náklady na zdravotní péči mění – s přibývajícím věkem rostou.

Pacient se vykazuje jako tzv. jednicový pojištěnec a je zařazen do určité věkové kategorie.¹⁷ Výše základní kapitační sazby na jednicového pojištěnce je pak upravena podle regulačního koeficientu, který odpovídá příslušné věkové kategorii.

Věková kategorie	Koeficient
0-4	3,80
5-9	1,65
10-14	1,30
15-19	1,00
20-24	0,90
25-29	0,95
30-34	1,00

¹⁷ Neboli kapitační jednotka.

35-39	1,05
40-44	1,05
45-49	1,10
50-54	1,35
55-59	1,45
60-64	1,50
65-69	1,70
70-74	2,00
75-79	2,40
80-85	2,90
85 a více	3,40

Pozn. Věkové indexy dle Přílohy č. 2 k vyhlášce č. 619/2006 Sb.

Z této tabulky vidíme, že za nejzdravější skupinu se pokládají lidé ve věkové kategorii 20-24 let, pro které se základní sazba daná vyhláškou násobí koeficientem 0,90, na rozdíl od populace starší, u kterých se předpokládají nároky na zdravotní péči vyšší.

Pro lékaře je tedy podstatné, jaké je věkové složení jeho pacientů, neboť kapitační platba se provádí ne na registrovaného pacienta, ale na kapitační jednotku.

Pokud počet kapitačních jednotek, překročí u některého lékaře průměrný počet o více než 30%, kapitační, tedy fixní část plateb se lékaři krátí degresním koeficientem¹⁸. Takto se vlastně limituje horní hranice pacientů jednoho praktického lékaře.

Problém nastává v případě, kdy praktický lékař má s ohledem na geografické podmínky menší počet jednicových registrovaných pojištěnců. Pokud je tento počet nižší, než 70% celostátního průměrného počtu takových pojištěnců a pokud Komise pro malé praxe tento ordinaci praktického lékaře statut malé praxe přizná, poskytuje se tzv. dorovnání kapitace. To lze poskytnout až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet jednicových pojištěnců.

Tento systém tedy nemotivuje lékaře k vyššímu vykazování bodů, může ale vést ke snaze přetahovat pacienty, pokud je počet pacientů daného lékaře pod průměrnou hranicí.

Druhou část úhrad praktickým lékařům představují platby za určité výkony. Rozsah těchto výkonů je kodifikován vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č.134/1998 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se stanovuje Seznam

¹⁸ V této souvislosti byl s ohledem na klesající počet praktiků k počtu obyvatel od 1.2.2007 degresní koeficient v případě pojišťovny VZP zrušen. Vzhledem k nedostatku PL dochází ke spojování obvodů.

zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami. Hodnota bodu v korunách je pevně stanovena. Případné změny, týkající se rozsahu nebo hodnoty těchto výkonů, pojišťovna lékařům pravidelně oznamuje.

Většina lékařské péče praktiků je hrazena v rámci kapitace, mimo kapitaci jsou hrazeny výkony ve veřejném zájmu, kterými jsou např. návštěvy pacientů, přijetí nového pacienta do péče, prevence, ohledání zesnulého, a některé výkony, které může vykonávat na základě odborného osvědčení a vybavení (např. lehké chirurgické zákroky, EKG apod.).

Může nastat situace, kdy je praktický lékař povinen poskytnout zdravotní péči pojištěncům, kteří u něj registrováni nejsou. V takovém případě za ně nedostane zaplacení formou kapitace, ale formou výkonu. Aby ale nedocházelo k situaci, kdy si budou praktičtí lékaři, za účelem zvýšení zisku, pacienty mezi sebou posílat, pojišťovna takové případy určitým způsobem limituje a lékař může tento limit překročit jen z objektivně uznaných důvodů.

Kombinovaná kapitačně výkonová platba se tedy skládá ze základní korunové sazby na jednicového pojištěnce za měsíc a z úhrady výkonů mimo kapitační platbu podle příslušné vyhlášky.

Zavedení této platby má však i své stinné stránky - pojišťovna nemá úplnou evidenci o činnosti praktických lékařů, protože zdravotní výkony zahrnuté do obsahu kapitační platby jí nejsou vykazovány.¹⁹ Další praktický nedostatek spočívá v tom, že věková indexace nezohledňuje skutečnou nemocnost pacientů. Například lidé z domova důchodců jsou často velmi a těžce nemocní, jsou sice indexováni věkem, ale faktická náročnost péče pro praktického lékaře tu zohledněna není.²⁰

Samotní praktičtí lékaři většinou hodnotí tento systém vesměs jako ideální typ financování primární péče i do budoucna. Někteří by ovšem preferovali pokladenský systém či jeho kombinaci a KKVP.

¹⁹ Proto není možné jednoznačně posoudit, zda některé stížnosti pacientů na zhoršenou kvalitu a dostupnost péče jsou oprávněné, či odpovědět na otázku, zda praktičtí lékaři odesílají nyní více svých pacientů k ambulantním specialistům.

²⁰ Jistou a však nedostatečnou výjimku v tomto případě představuje Bonifikační kód za ošetření handicapovaného pacienta (09509).

Zohledňují, že čistě pokladenský systém by mohl působit problémy při vymáhání plateb od některých pacientů. Kombinace by potom připadala v úvahu alespoň v případě návštěvní a pohotovostní služby nebo za podmínek, kdy úroveň standardní péče hrazené KKVP bude jasně stanovena a nadstandardní péče pak bude hrazena pokladenským systémem v rámci připojištění.

Obecná nespokojenost z jejich strany potom souvisí především s výší kapitační platby a s cenou bodu. Nároky na kvalitu a rozsah poskytované péče jsou vysoké, ale míra ekonomického a společenského ohodnocení tomu neodpovídá.

Většinou považují za nutné provést kvalifikované výpočty a navrhnout kapítaci a bod podle skutečné hodnoty práce, jejichž výše by byla automaticky valorizována podle inflace. Eventuelně by připouštěli kompromisní řešení, které by spočívalo v nárůstu na patřičnou hodnotu rovnoměrně v horizontu například 3 let.

Co se týká Sazebníku výkonů část lékařů by místo bodů raději používala rovnou koruny a hodnoty valorizovala dle inflace vyhlášené ministerstvem financí. Jednotným požadavkem pak je stejná úhrada identických výkonů u praktických lékařů jako u specialistů.

Výrazné nespokojení praktických lékařů se pak týká zpoždění úhrad jimi poskytnuté zdravotní péče od zdravotních pojišťoven. Na tento problém poukazovali již v minulosti, ale situace se vystupňovala na podzim roku 2005, kdy zpoždění dosáhlo až 90 (20 + 70) dnů, což mnohým zdravotnickým zařízením činilo vážné ekonomické potíže. Přičemž smlouva, kterou se zdravotní pojišťovnou uzavírají, aby mohli ošetřovat její pojištěnce, ujednává datum splatnosti většinou kolem 20 dnů od odevzdání vyúčtování dávky na pojišťovnu. Tohoto maximálního zpoždění dosáhla zejména pojišťovna VZP, která registruje převážnou část všech pojištěnců, proto pro lékaře nebylo řešením smlouvu s touto institucí rozvázat. V dnešní době se již doba zpoždění zkrátila, lékaři uvádí zpoždění zhruba o 20 dnů.

2.3.4 Regulační mechanismy úhrady zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé

U praktických lékařů pro dospělé byly uplatňovány následující regulační srážky:

- Z úhrady za registrované pojištěnce v případě vyšších nákladů na
 - předepsané léky a prostředky zdravotnické techniky na poukaz,
 - vyžádanou péči komplementu.
- Z poměru úhrady za ošetřené neregistrované pojištěnce a registrované pojištěnce v případě, že tato úhrada je vyšší než pojišťovnou stanovené procento.
- Z úhrady za ošetřené neregistrované pojištěnce v případě, že zdravotnickým zařízením byly vykázány vyšší náklady na
 - zdravotní výkony a zvláště účtovaný materiál,
 - předepsané léky a prostředky zdravotnické techniky,
 - vyžádanou péči komplementu.

Regulační mechanismy byly aplikovány zpětně za určité období. Výhoda zpětné aplikace regulačních mechanismů spočívala zejména v objektivitě, kdy se regulace uplatnila jen u těch lékařů, kteří výrazným způsobem překročily standardní výši úhrad poskytnuté zdravotní péče. Regulace také zohledňovala sezónní výskyt onemocnění, zavádění nových léčivých přípravků, i zdravotní výkony poskytované zdravotnickými zařízeními podle smluvního vztahu s pojišťovnou. Byly navíc konstruovány tak, aby jistou míru překročení tolerovaly.

Náklady na zdravotní péči pro registrované a pro ošetřené neregistrované pojištěnce jsou regulovány odděleně, aby zdravotní péče o neregistrované pojištěnce nebyla poskytována na úkor péče o pojištěnce registrované.

Regulační mechanismy tím, že byly založeny na zjišťování průměrných úhrad za zdravotní péči na jednoho pojištěnce, zohledňovaly i počet pojištěnců jednotlivých lékařů a jejich věkovou strukturu.

V aplikaci regulačních mechanismů se však současně uplatňoval postup, který vylučoval, aby lékaři byli postiženi neoprávněně. Existovala určitá rámcová pravidla, na jejichž základě se v odůvodněných případech dala regulační srážka snížit či prominout.

Veškeré regulační mechanismy určitým způsobem usměrňovaly činnost praktických lékařů, aby nedocházelo k situacím, kdy by neekonomicky plýtvali zdroji nebo se záměrně obohacovali.

Regulaci výše úhrady péče poskytnuté neregistrovaným pacientům praktickým lékařem pojišťovny uplatňovaly zejména ve snaze zabránit situaci, kdy by si mohli lékaři na základě vzájemné dohody posílat pacienty mezi sebou a vykazovat si množství mimokapitačních výkonů i za téže pacienty zároveň pobírat platbu paušální.

Regulace úhrady za léky, zdravotnické prostředky i za vyžádanou péči v případě registrovaných i neregistrovaných pacientů měla v podstatě shodný cíl a to kontrolovat spotřebu a zamezit neekonomickému a zbytečnému plýtvání.

V případě léků hrozí silné ovlivňování lékařů distributory léčiv, kteří se různými formami motivace snaží docílit předepisování značného množství velmi drahých preparátů.

Co se týká regulace množství výkonů, Seznam zdravotnických výkonů s bodovými hodnotami byl dán vyhláškou ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kdy byla stanovena i doba trvání výkonů a lékař dostal uhrazeno jen to množství výkonů, které se dle stanovené doby vešlo do 12 hodin na den. Tímto bylo opět bráněno lékařům, aby si výkonů vykazoval nepřiměřeně mnoho.

Jistým regulačním mechanismem činnosti a úhrad zdravotní péče poskytnuté PL je i komplexní hodnocení nákladovosti (KHN), i když se jedná spíše o regulaci v pozitivním slova smyslu.

KHN, které od 1.1. 2001 zavedla VZP ČR²¹, bylo projevem snahy motivovat PL ke zvýšené péči o registrované pojištěnce na základě filozofie, že jedině PL je ten, kdo může účelně vést pojištěnce k prevenci a ochraně jeho zdraví a zamezit zbytečnému čerpání zdravotní péče.

²¹ Nejen VZP ČR, ale i jiné pojišťovny. Zabývám se ale pouze případem VZP ČR, jako pojišťovny s většinovým počtem pojištěnců.

Byly pravidelně analyzovány určité náklady lékařů na poskytnutou zdravotní péči na jednoho registrovaného pojištěnce, bez ohledu na to, kdo dané náklady indukoval. Byly vyjmuty ale ty náklady, které nebyl praktický lékař schopen ovlivnit, včetně nákladů na extrémně drahé pacienty. Náklady byly dále objektivizovány podle věkových indexů, aby došlo k vyloučení vlivu stáří registrovaných pojištěnců a byly přepočteny na pololetí.

Vždy pak bylo stanoveno několik nákladových skupin podle průměrných nákladů na jednoho pacienta, kterým odpovídal stejný počet kapitačních plateb. Minimální hodnota kapitace byla hodnota stanovená na dané pololetí dle výsledků dohodovacího řízení a byla zaručena všem lékařům. U lékařů, kteří vykazovali průměrné a lepší než průměrné výsledky, byla tato sazba zvýhodněná bonifikací.

Cílem nebylo, aby PL byli sankcionováni za náklady, které ovlivnit nemohou, ale aby dokázali prostředky, které mají k dispozici, využít ve prospěch většího množství pacientů.

Oproti takto nastaveným regulačním mechanismům nemají praktičtí lékaři zásadní námítky. Ale lékaři, kteří se již někdy proti regulaci u pojišťovny odvolali, zdůrazňují, že se svými argumenty o odůvodněnosti péče většinou neuspěli, což shledávají jako zásadní nedostatek. Navrhují regulace zrušit úplně, ať si pojišťovny sami u pacientů kontrolují poskytnutou péči a její oprávněnost, a naopak zavést regulace čerpání péče ze strany pacienta ve formě poplatků, neboť nevidí důvod, proč by měli být za dobře odvedenou práci regulováni.

Komplexní nákladovost by podle jejich názoru měla být sledována eventuelně pouze za kontrolovatelné položky – např. za dosažený počet prevencí. Většina lékařů odmítá nést zodpovídat za jimi neindukovanou péči, kterou pacienti čerpají u jiných lékařů bez jejich vědomí a za akutní péči u neregistrovaných pojištěnců, kterou také předvídat nemohou. PL nemůže zabránit pacientovi, aby čerpal nepřiměřenou péči specialistů, aby byl opakovaně brán na biochemická vyšetření, rehabilitován a dostával péči další.

2.3.5 Způsob stanovení výše úhrady a stanovení sledovaných oblastí regulace zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé

Rozhodující část výdajů na zdravotní péči je hrazena z veřejných zdrojů, prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, na základě zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Z těchto zdrojů pak zdravotní pojišťovny vytváří fondy a následně peníze na základě pojistného plánu rozdělují, přičemž účelnost, množství a druh zdravotní péče poskytované zdravotnickým zařízením kontrolují a regulují.

Způsob úhrady zdravotní péče poskytnuté pojištěncům závisí na uzavřených smlouvách s jednotlivými smluvními zdravotnickými zařízeními, na stanovené metodice, na platné právní úpravě a hlavně na výsledcích dohodovacího řízení, jehož průběh je upraven v § 17 zákona o veřejném zdravotním pojištění, ve znění zákona č. 47/2006 Sb., a v jednacím řádu dohodovacího řízení.

Dohodovací řízení se může týkat rámcových smluv, seznamu zdravotních výkonů, ale hodnoty bodu, výše úhrad zdravotní péče hrazení ze zdravotního pojištění a regulační omezení objemu péče se vždy dohodnou v dohodovacím řízení o cenách. Jednání probíhá s každým segmentem zdravotní péče zvlášť a financování se stanovovalo na následující období, zpravidla to bylo pololetí.

Účastníky tohoto dohodovacího řízení jsou zástupci VZP, ostatních zdravotních pojišťoven a zástupci profesních sdružení poskytovatelů zdravotnických služeb jako zástupců smluvních ZZ.

V praxi účast jednotlivých zdravotnických zařízení na dohodovacím řízení probíhá tak, že každé zdravotnické zařízení (bez ohledu na to, zda se jedná o nemocnici, ambulantního lékaře fyzickou osobu atd.) má právo udělit podle občanského zákoníku plnou moc některému profesnímu sdružení poskytovatelů zdravotní péče. Toto zmocněné sdružení pak v souladu s platným zákonem jedná v rámci dohodovacího řízení jménem těch zdravotnických zařízení, která ho k tomu zmocnila. Čím větším množstvím plných mocí disponuje, tím větší je jeho vliv na dohodovací řízení.

Výsledek dohodovacího řízení předává svolavatel řízení ministerstvu zdravotnictví, které v případě dohody, posoudí její obsah z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li v souladu, vyhlásí jej ve Věstníku MZ.

Pokud v dohodovacím řízení nedojde k výsledku do 60 dnů (do 90 dnů dle níže zmíněné novely) před skončením příslušného kalendářního roku nebo shledá-li MZ, že výsledek dohodovacího řízení není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví hodnoty bodu, regulační omezení a výši úhrad zdravotní péče na následující kalendářní rok vyhláškou samo MZ .

Vykazování a účtování zdravotní péče pak probíhá buď měsíčně nebo po kalendářních čtvrtletích, na základě smlouvy, uzavřené mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, a k ní náležejícího cenového dodatku, který vydala zdravotní pojišťovna na základě výsledku dohodovacího řízení pro konkrétní období.

Od 1.4.2006 platí zákon č. 117/2006, který nově upravuje způsob dohodovacího řízení o cenách. Mění období, na které mají být ceny sjednávány, a to z pololetí na kalendářní rok. Další změna se týká svolavatele a garanta dohodovacího řízení. Tím je nyní ministerstvo zdravotnictví.

Novela od svého vydání ale měla svá negativa. Nebrala v úvahu existenci druhého pololetí 2006, takže pravidla určení cen na toto pololetí zákon vůbec neobsahoval. V případě neuzavření cenových dodatků ke smlouvám mezi ZP a ZZ tedy neexistovalo žádné vodítko, jak měla být cena stanovena.

Změna garanta dohodovacího řízení měla následky pro účast na dalším nejbližším dohodovacím řízení, kdy MZ požadovalo od profesních sdružení doložení notářsky ověřených plných mocí. Žádné jimi ale nedisponovalo, neboť všichni mají plné moci podle občanského zákoníku, který požadavek na notářské ověření neobsahuje. Nepožadovalo je ale od profesních komor (ČLK). V tomto případě chtělo notářsky ověřený počet povinných členů. Počet povinných členů ČLK bude vždy vyšší než počet notářsky ověřených plných mocí ostatních profesních sdružení, čímž hrozila situace, že za poskytovatele bude rozhodovat jen ČLK.

3 Analýza regulačních mechanismů úhrad praktických lékařů v letech 1997/1998 - 2005

Všechny úhradové mechanismy tohoto období byly vydány v podstatě ve stejném duchu a limity i regulační omezení nebyli nijak zásadně měněny ani na základě dohodovacích řízení, ani případně ze stany ministerstva zdravotnictví, pokud k dohodě v segmentu praktických lékařů v rámci dohodovacího řízení pro určité období nedošlo.

Úprava podmínek úhrady a regulační srážky se týkaly především:

- Úhrad zdravotní péče o registrované pacienty.
- Úhrad zdravotní péče o neregistrované pacienty.
- Úhrad za léky a zdravotnické prostředky předepsané registrovaným pacientům i neregistrovaným pacientům.
- Úhrad za vyžádanou péči.

OD 3. a 4. čtvrtletí 1998 bylo v rámci Dohod stanoveno, že při uplatňování veškerých regulačních mechanismů úhrad bude přihlíženo k věkovým skupinám v příslušném kalendářním období.

Ze začátku Dohody hovořily o povinnosti VZP ČR oznamovat údaje o průměrných hodnotách zástupcům poskytovatelů zdravotní péče účastnících se dohodovacího řízení a to vždy do 90 dnů po skončení příslušného čtvrtletí a následně do 100 dnů. V dohodě pro 1. a 2. čtvrtletí 2000 už o této povinnosti ale nehovořilo.

V dohodě pro 3. a 4. čtvrtletí 1999 byl do podrobnějších podmínek úhrady přidán článek, který se týkal posuzování nezbytnosti překročení průměrných úhrad a říkal, že „ z důvodu zajištění efektivního poskytování zdravotní péče, bude přihlédnuto zejména k principům obsaženým v Rámcových pravidlech pro uplatňování regulačních opatření, pokud budou tato dohodnuta mezi zmocněnými zástupci Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR a zdravotních pojišťoven.“ K těmto Rámcovým smlouvám pak bylo přihlíženo až do roku 2005.

V dohodě pro 3. a ve 4. čtvrtletí 2000 bylo do podmínek úhrady přidáno ještě hodnocení komplexní finanční nákladovosti, které se potom objevovalo v dohodách až do roku 2005.

3.1 Regulační mechanismy úhrad jednotlivých typů zdravotní péče praktických lékařů

3.1.1. Úhrada zdravotní péče o neregistrované pojištěnce

Průměrná úhrada za zdravotní péči²² na jednoho neregistrovaného pojištěnce, kterou ve 3. a 4. čtvrtletí 1998 poskytnul konkrétní lékař, neměla převýšit o více než o 10% celostátní průměr na neregistrovaného pojištěnce u lékařů dané odbornosti.

Celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce pak neměla převýšit 10% celkové úhrady za registrované pojištěnce v příslušném období.

Při překročení se úhrady měly krátit způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny nebo ve zdravotně pojistném plánu dané zdravotní pojišťovny.

Od 1. a 2. čtvrtletí 1999 byla uvedena možnost uzavření dohody mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením o odlišném způsobu regulace, než jaké byly způsoby obsažené ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny, nebo ve zdravotně pojistném plánu.

Od 1. a 2. čtvrtletí 2000 byly nově uvedeny srážky za překročení limitu na zdravotní péči pro neregistrované pacienty.

Průměrná úhrada za poskytnutou zdravotní péči na jednoho neregistrovaného pojištěnce neměla převýšit o více než o 10 % průměrnou úhradu ve srovnávacím období a zároveň o více než 20 % konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za zdravotní výkony nebo za předepsané léky a PZT nebo za vyžádanou péči), jinak měla být uplatněna srážka ve výši 25 % z překročení.

Celková úhrada za neregistrované pojištěnce neměla převýšit 10 % celkové úhrady za registrované pojištěnce, jinak měla být uplatněna srážka ve výši 50 % z překročení.

Od 1. a 2. čtvrtletí 2002 neměla celková úhrada za ošetřené neregistrované pojištěnce převýšit 5 % celkové úhrady za registrované pojištěnce v odpovídajícím období 2001, jinak byla zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku ve výši 50% z překročení, což se od 3. a 4. čtvrtletí 2002 netýkalo péče pro

²² tj. úhrada za zdravotní výkony, za předepsaná léčiva a prostředky zdravotnické techniky a za vyžádanou péči a od 1. a 2. čtvrtletí 2004 vč. ZUM a ZULP.

neregistrované pojištěnce ošetřené v rámci řádného zástupu. V takovéto podobě se regulace uplatňovala až do roku 2005 včetně.

3.1.2. Úhrada zdravotní péče o registrované pojištěnce

Byla rozvedena v dohodě z 1. a 2. čtvrtletí 2000, která stanovovala, že průměrná úhrada za zdravotní péči²³ na registrovaného pojištěnce by neměla převýšit o více než o 10 % průměrnou úhradu ve srovnávacím období a zároveň by neměla o více než 20 % převýšit konkrétní část zdravotní péče (tj. buď úhradu za předepsaná léčiva a PZT kromě léků a PZT schválených revizním lékařem, nebo za vyžádanou péči). Pokud by se tak stalo, uplatní se srážka ve výši 25 % z překročení.

Ve 3. a 4. čtvrtletí 2000 pak bylo dohodnuto, že tento regulační mechanismus bude uplatněn, pokud celkové sledované parametry nákladovosti konkrétního lékaře, specifikované zdravotní pojišťovnou, převýší celostátní průměr zdravotní pojišťovny.

3.1.3. Úhrada za léčiva a prostředky zdravotnické techniky

Dohodou pro 3. a 4. čtvrtletí 1998 bylo stanoven, že průměrná úhrada za léky a zdravotnické prostředky, předepsané konkrétním lékařem na jednoho registrovaného pojištěnce, neměla převýšit o více než 30% celostátní průměr na jednoho registrovaného pojištěnce u lékařů dané odbornosti. Při překročení se krácení úhrady mělo stanovit způsoby obsaženými ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny nebo ve zdravotně pojistném plánu dané zdravotní pojišťovny.

Od 1. a 2. čtvrtletí 1999 byla nově uvedena možnost uzavřít dohodu mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, která by se týkala odlišného způsobu regulace, než jaké byly způsoby obsažené ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny, nebo ve zdravotně pojistném plánu.

²³ tj. součet kapitační úhrady a úhrady za nekapitované výkony, předepsané léky a prostředky zdravotnické techniky, kromě léků a PZT schválených revizním lékařem, a na vyžádanou zdravotní péči.

Podmínky průměrné úhrady za léčiva a prostředky zdravotnické techniky na jednoho registrovaného pojištěnce předepsané konkrétním lékařem byly dohodou pro 3. a 4. čtvrtletí 1999 změněny. Pokud průměrná úhrada překročila o více než 20 % celostátní průměr na jednoho registrovaného pojištěnce u lékařů dané odbornosti v příslušném kalendářním čtvrtletí, byla stanovena regulační srážka do výše 25 % z překročení.

Před vlastním uplatněním vypočtených srážek VZP rozhodla na základě analýzy provést v souladu s uzavřenou dohodou následující zmírnění:

- Pokud ZZ má spočtenou srážku vyšší než 6000 Kč na 1 lékaře působícího v ZZ, a přitom byla u tohoto ZZ již dříve uplatněna alespoň dvakrát srážka, bude uplatněna srážka ve výši 6000 Kč.
- Pokud ZZ má spočtenou srážku vyšší než 5000 Kč na 1 lékaře působícího v ZZ, a přitom byla u tohoto ZZ již dříve uplatněna alespoň jednou srážka, bude uplatněna srážka ve výši 5000 Kč.
- Pokud ZZ má spočtenou srážku vyšší než 3000 Kč na 1 lékaře působícího v ZZ, a přitom nebyla u tohoto ZZ již dříve uplatněna srážka, bude uplatněna srážka ve výši 3000 Kč.

V 1. a ve 2. čtvrtletí 2000 byly v případě léků a zdravotnických prostředků z celkových nákladů vyjmuty ty, které schválil revizní lékař.

Úhrada pak, kromě léků a PZT schválených revizním lékařem, neměla překročit 110 % porovnávacího objemu v 1. pololetí 1999. Pokud se tak stalo, srážka byla stanovena ve výši 50 % tohoto překročení.

Srážka ale neměla být uplatněna, pokud celková úhrada v 1. pololetí 2000 nedosáhla 100 % porovnávacího objemu v 1. pololetí 1999.

Pokud úhrada za konkrétním lékařem předepsané léky a zdravotnické prostředky na jednoho pojištěnce, kromě léků a zdravotnických prostředků schválených revizním lékařem, v 1. a ve 2. čtvrtletí 2001 převýšila o více než 20% celostátní průměrnou úhradu, uplatnila se srážka ve výši 25% z překročení a to za předpokladu, že celkové sledované parametry nákladovosti daného zdravotnického zařízení, specifikované zdravotní pojišťovnou, převýšily o více než 5% celostátní průměr zdravotní pojišťovny a od 1. a 2. čtvrtletí 2002 pak 10 % celostátní průměr zdravotní pojišťovny. V takovéto podobě se regulace uplatňovala až do roku 2005 včetně.

3.1.4. Úhrada za vyžádanou zdravotní péči

Na základě dohody ze 3. a 4. čtvrtletí 1998 neměla průměrná úhrada za vyžádanou zdravotní péči konkrétním lékařem převýšit o více než 30% celostátní průměr na jednoho registrovaného pojištěnce u lékařů dané odbornosti. Při překročení hrozilo krácení úhrady způsobem obsaženým ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny nebo způsobem stanoveným ve zdravotně pojistném plánu dané zdravotní pojišťovny.

V 1. a 2. čtvrtletí 1999 pak byla připuštěna možnost uzavření dohody mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením o odlišném způsobu regulace, než jaké byly způsoby obsažené ve smlouvě zdravotnického zařízení a zdravotní pojišťovny, nebo ve zdravotně pojistném plánu.

Regulační srážka z překročení průměrné úhrady za vyžádanou péči o více než 20 % celostátního průměru na jednoho registrovaného pojištěnce u lékařů dané odbornosti byla ve 3. a 4. čtvrtletí 1999 specifikována a měla dosahovat maximálně do 25 % z překročení.

Tabulka č. 13 Souhrnný přehled sledovaných regulačních mechanismů

Ukazatel Regulace	2.pol. 1998	1999	1.pol. 2000	2.pol. 2000	2001	2002	2003	2004	2005
Na léky a PZT	Ano	Ano	Ano	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Na úhradu za neregistr. pojištěnce	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Na vyžádanou zdrav.péči	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
Na úhradu za registr. pojištěnce	Ne	Ne	Ano	Ano	Ne	Ne	Ne	Ne	Ne
HKN	Ne	Ne	Ne	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Zdroj: Autor.

3.2 Rámcová pravidla pro uplatňování regulačních mechanismů

Od 2. pololetí 1999 až do roku 2005 bylo z důvodu zajištění efektivního poskytování zdravotní péče při posuzování nezbytnosti překročení průměrných úhrad, přihlíženo zejména k principům Rámcových pravidlech pro uplatňování regulačních opatření.

Při individuálním posuzování výjimek z uplatnění regulačních mechanismů byly zohledněny určité důvody.

3.2.1 V případě léků a prostředků zdravotnické techniky

1. Bylo zohledněno, pokud bylo překročení způsobeno zvýšenými náklady na léky a PZT při dodržení zásad účelné léčby, pokud PL pečoval o své registrované dispenzarizované pacienty, a pokud u těchto dispenzarizovaných pacientů byly prokazatelně vyšší náklady na předpisy.

2. Bylo zohledněno, pokud byl pacient dispenzarizován u specialisty, ale pro jeho obtížnou dostupnost např. z geografických důvodů přebral PL na základě doporučení specialisty preskribci léků a prostředků zdravotnické techniky.

3. Byly zohledněny specifické náklady dané zdravotním stavem pacientů umístěných v Ústavech sociální péče. Tyto náklady jsou totiž prokazatelně vyšší než průměrné náklady u pacientů v odpovídajícím věku.

Léky i PZT předepsané po schválení revizním lékařem byly zcela vyňaty.

3.2.2 V případě nepravidelné péče

1. Bylo zohledněno, pokud se jednalo o nepravidelnou péči poskytovanou v rekreačních oblastech.

2. Pokud se jednalo o závodní péči v případě, že závodní lékař měl malý počet registrovaných pacientů, ale měl povinnost provádět akutní ošetření v rámci první pomoci a preventivní prohlídky vyplývající z rizikovosti pracoviště dle § 35 zákona

č. 48/1997 Sb. Podkladem pro zohlednění této situace byla smlouva se závodem a počet pacientů v závodní péči.

3. Pokud se jednalo o zdravotní péči, kterou lékař poskytoval obyvatelům internátů a VŠ kolejí.

3.3 Komplexní hodnocení nákladovosti – bonifikační systém pro praktické lékaře dle VZP ČR

3.3.1. Důvody zavedení bonifikačního systému

Bonifikační systém byl poprvé zaveden v 1. polovině roku 2001. Jedním z hlavních důvodů byl v té době očekávaný vstup ČR do Evropské unie. V souvislosti s tím bylo nutné změnit postavení českého praktického lékaře ve zdravotním systému tak, aby se i český praktický lékař co nejvíce přiblížil úrovni těchto lékařů v ostatních vyspělých státech, kde úloha praktického lékaře je nepopíratelně klíčová, přičemž není sporu o tom, že právě praktický lékař může nejvíce ovlivňovat své pacienty tak, aby zdravotní péči čerpali uváženě a optimálně.

Proto jako motivační nástroj k dosažení tohoto cíle VZP ČR zavedla speciální bonifikační systém pro praktické lékaře, který byl založen na sledování vybraných nákladů na zdravotní péči pro registrované pojištěnce. Tento bonifikační systém měl praktické lékaře motivovat k tomu, aby maximálně optimalizovali léčebný proces a péči o pacienta, a tím přispěli k hospodárnému využívání finančních prostředků v celém zdravotním systému.

Pojišťovna tedy tímto způsobem chtěla podporovat a vzdělávacími programy přispívat k přiblížování současné úlohy praktického lékaře k roli, kterou mu přiznává většina zemí EU. Systém se zaváděl s úmyslem odměnit (bonifikovat) záslužné činnosti a zvýšené zatížení²⁴ praktických lékařů rozlišenou kapitační platbou ve vazbě na celkové náklady na zdravotní péči čerpanou pojištěnci registrovanými u praktického lékaře a to ještě nad rámec kapitační platby.

²⁴ Zvýšené zatížení ve smyslu povinností racionálních indikací odborné a rehabilitační zdravotní péče, zdravotnické dopravy, lázeňské péče, laboratorní a zobrazovací diagnostiky a snížením objemu potřeby hospitalizací a tím i lůžkového fondu nemocnic.

Dílčím cílem pak bylo postupně zavést systém jednodenní chirurgie, později jednodenní péče obecně, v čemž měl hrát zásadní roli zejména rozvoj domácí péče.

Cílem tedy nebyly jen okamžité finanční úspory, neboť z dlouhodobějšího pohledu by tak mohlo dojít k "jojo efektu", kdy ve snaze ušetřit v daném okamžiku co nejvíce by část péče mohla být potlačena, a toto potlačení by se v budoucnu projevilo zvýšenými náklady, ale i žádoucí chování praktického lékaře vedoucí k žádanému výsledku.

Bylo třeba, aby si praktický lékař uvědomil, že z dlouhodobého hlediska je jak pro pacienta, tak i pro něj i pro zdravotní pojišťovny výhodnější:

- Pravidelně provádět preventivní prohlídky (protože náklady na prevenci jsou vždy nižší než náklady na léčbu onemocnění).
- Účelně svého pacienta provádět zdravotním systémem (aby pacienti nezneužívali péči odborných specialistů, komplementu, atd.).
- Včas svého pacienta odeslat na potřebná vyšetření k odborným specialistům, pokud si to žádá jeho zdravotní stav (tzn., aby praktičtí lékaři za účelem přechodného snížení nákladů nepřebírali léčbu odborných specialistů do svých rukou).
- Předepisovat léky a PZT účelně.
- Vést pacienta ke zdravému životnímu stylu a prevenci.

3.3.2. Metodika bonifikačního systému VZP uplatňovaného v 1. pololetí 2001

Ze sledování a hodnocení nákladů byly vyjmuty náklady na tu zdravotní péči, kterou praktický lékař ovlivnit nemůže či ji může ovlivnit pouze v minimální míře. Z těchto důvodů se sledovaly 3 základních skupiny nákladů, které byly vyhodnocovány zvlášť pro praktické lékaře pro dospělé (odbornost 001) a zvlášť pro PL pro děti a dorost a to vždy za pololetí. Jednalo se o tyto náklady:

- Přímé platby.
- Náklady na vybranou indukovanou péči praktickým lékařem.
- Náklady na vybranou péči neindukovanou praktickým lékařem.

Přímé platby zahrnovaly kapitační platbu za registrované pojištěnce i péče nad rámec kapitace.

V případě nákladů na vybranou indukovanou péči praktického lékaře se jednalo o praktickým lékařem vyžádanou zdravotní péči bez ohledu na to, které pracoviště (terénní ambulantní ZZ či ambulance lůžkového ZZ) tuto péči poskytlo. Tyto náklady zahrnovaly péči:

- Vyžádanou pro jeho registrované pojištěnce u ambulantních specialistů. Z této péče byla vyčleněna např. hemodialýzy, genetika, psychiatrie, léčby alkoholismu a jiných toxikomanií, sexuologie, onkologie, kardiochirurgie, neurochirurgie, plastická chirurgie, gynekologie, oftalmologie, fyzioterapie, vyžádaná domácí péče a jiné odbornosti.
- Vyžádanou pro jeho registrované pojištěnce u komplementu.
- Úhradu za léky a PZT předepsané praktickým lékařem jeho registrovaným pojištěncům, kromě léků a PZT podléhajících schválení revizního lékaře a léků a PZT předepsaných vyčleněnými odbornostmi ambulantních specialistů.

Náklady na vybranou neindukovanou péči potom byly takové náklady na péči, kterou čerpali registrovaní pojištěnci bez vyžádání jejich praktickým lékařem. Tato péče mohla být vyžádána či předepsána i jiným zdravotnickým zařízením. Neindukovaná péče tedy představovala:

- Zdravotní péči čerpanou u jiných praktických lékařů a LSPP.
- Zdravotní péči čerpanou u ambulantních specialistů (i působících v rámci nemocnic !), přičemž ze sledování byly opět vyčleněny stejné odbornosti jako v případě vyžádané péče praktickým lékařem u ambulantních specialistů.
- Zdravotní péči komplementu, která byla vyžádána ambulantním pracovištěm, kromě komplementu poskytnutého v průběhu hospitalizace.
- Léky a PZT předepsané registrovaným pojištěncům jiným lékařem než registrujícím praktickým lékařem. Opět kromě léků a PZT podléhajících schválení revizního lékaře a předepsaných vyčleněnými odbornostmi ambulantních specialistů.

3.3.3. Vlastní výše bonifikace

Základní sazba stanovená pro bonifikaci byla závislá na poměru dosažené průměrné úhrady sledované péče na 1 pojištěnce registrovaného u konkrétního praktického lékaře k celorepublikové průměrné úhradě na 1 pojištěnce.

Úhrady za zdravotní péči za registrované pojištěnce u jednotlivých praktických lékařů byly seřazeny vzestupně podle velikosti a na základě kvantilové analýzy těchto nákladů byl stanoven ukazatel, který řídil výši kapitační sazby a zařazení konkrétní praxe do jedné z několika skupin s odpovídajícím regulačním koeficientem komplexní nákladovosti.

Základní sazba pro výpočet bonifikace nebyla závislá na počtu pojištěnců, kteří byly u konkrétního praktického lékaře pojištěni ve VZP, ale na dosaženém průměru vztáženém k 1 jednicovému pojištěnci. Konečná výše bonifikace pak ale počtem pojištěnců u VZP ovlivněna byla. Jinou bonifikaci obdržel praktický lékař, který registroval 500 pojištěnců VZP a jinou pak při dosažení stejné nákladovosti praktický lékař, který registroval pojištěnců 1500.

3.3.4. Změny metodiky v dalších obdobích

Bonifikace byla ve 2. pololetí 2001 složena ze tří základních částí (oproti 1. pololetí 2001, kdy existovaly jen dvě části), a to z:

- Okresní bonifikace, která porovnávala sledované náklady na registrované pojištěnce daného praktického lékaře s průměrem daného okresu.
- Celostátní bonifikace, která porovnávala sledované náklady na registrované pojištěnce daného praktického lékaře s celostátním průměrem.
- Bonifikace "dobré praxe PL", která posuzovala lékaře z hlediska kritérií "chování praktického lékaře".

Vlastní výše bonifikace tedy byla závislá nejen na úhradě za poskytnutou sledovanou péči, ale nová bonifikace „dobré praxe PL“ se pomocí tří ukazatelů snažila posoudit chování praktického lékaře z hlediska kvality poskytované péče. Sledován byl zejména:

- Počet preventivních prohlídek ku počtu registrovaných pojištěnců.

- Počet výkonů screeningu kolorektálního karcinomu ku počtu registrovaných pojištěnců nad 50 let.
- Ukazatel „poměrného kapacitního čísla“.

Dále byly rozšířeny sledované náklady na čerpanou zdravotní péči v rámci okresní a celostátní bonifikace. Byly členěny již do čtyř základních skupin, kterými byly přímé platby, náklady na vybranou indukovanou péči, náklady na vybranou neindukovanou péči a konečně nově náklady na vybranou hospitalizační péči na standardních lůžkách i na lůžkách následné péče. Do nákladů za hospitalizaci nebyla započítána režie k ošetrovacímu dni ani žádné další poskytnuté zdravotní výkony.

Významnou změnou v celostátní a okresní bonifikaci (oproti 1. pololetí 2001) bylo i zohlednění vlivu věku pro jednotlivé nákladové skupiny pojištěnců tím, že sledované náklady se vztahovaly na pojištěnce jednicového.

Na základě dohody se zástupci praktických lékařů pak došlo v bonifikačním systému od 1. pololetí 2003 k dalším čtyřem významným změnám.

1. Z hodnocených nákladů byly vyloučeny náklady těch pojištěnců, kteří v daném období čerpali péči za více než 150 tisíc Kč.

Vyloučení těchto nákladů z výpočtu nákladových indexů umožnilo zařízením, v jejichž péči byli tito nákladní pojištěnci, získat republikovou či okresní bonifikaci, pokud byla splněna i ostatní kritéria. Důvodem této pro lékaře pozitivní změny byla snaha vyloučit náklady na léčbu vysoce nákladných chronicky nemocných pacientů, které může praktický lékař ovlivnit jen minimálně.

2. Bylo zmírněno kritérium počtu preventivních prohlídek a kritérium počtu provedených screeningů kolorektálního karcinomu.

Důvodem zmírnění byly hlavně časté a opakované pobyty starších pojištěnců v lůžkových zařízeních a zde prováděnými komplexními vyšetřeními.

Původní kritéria byla u preventivních prohlídek stanovena na 17% a 22%. To znamenalo, že 17% registrovaných pojištěnců musela být v daném pololetí poskytnuta preventivní prohlídka, přitom zdravotnickému zařízení, které poskytlo preventivní prohlídku více než 22%, byla vypočtena bonifikace se zvýšenou sazbou za dobrou praxi. Kritéria byla zmírněna na 15 a 20%.

V případě počtu provedených screeningů se původní kritéria pohybovala na 15 A 20%, nově pak na 12 a 17%.

3. Podmínky výpočtu všech druhů bonifikací byly doplněny novým kritériem „Čerpání péče registrovanými pojištěnci u jiných praktických lékařů či u LSPP“ (tzv. kritérium L).

Kritérium mělo zvýhodňovat praktické lékaře, kteří se plně věnují svým registrovaným pojištěncům s přihlédnutím k podmínkám v jednotlivých okresech.

Výše koeficientu L závisela na podílu pojištěnců registrovaných u vyhodnocovaného lékaře, kteří vyhledali zdravotní péči buď u jiného praktického lékaře, než byl jejich registrující lékař, nebo u LSPP. Koeficientem se pak násobila výše všech druhů vypočtených bonifikací.

4. Poslední změna se týkala způsobu vyplácení bonifikace. Na rozdíl od minulých období se bonifikace, vypočtené pro 1. pololetí 2003, nevyplácely jednorázově, ale jako tzv. měsíční bonifikační příplatek.

To znamenalo, že hodnoty vypočtených bonifikací za 1. pololetí 2003 se na bonifikačních příplatcích v 1. pololetí 2004 podílely 50% vahou, na bonifikačních příplatcích v 2. pololetí 2004 pak 30% vahou a nakonec v 1. pololetí 2005 pak 20% vahou.

4 Analýza regulačních mechanismů úhrad zdravotní péče praktických mechanismů v roce 2006

4.1 Vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006

Vyhláška zásadním způsobem zasáhla do výše úhrad a zejména do regulací týkajících se poskytování zdravotní péče a vyvolala řadu právních otázek. Důsledkem byla situace, kdy nebyly známy přesné podmínky, za nichž ZZ péči poskytovala.

Vydáním vyhlášky došlo k poměrně zásadní změně v nastavení výše úhrad a regulačních mechanismů, které se oproti stávajícímu stavu ve výši úhrad výrazně projeví. Dle právního názoru bylo ustanovení vyhlášky dokonce v určitém právním nesouladu s ustanovením jiných právních norem a její aplikace (promítnutí v dodatcích ke smlouvám o poskytování a úhradě zdravotní péče, uzavřených mezi poskytovatelem zdrav. péče a ZP) vedla k řadě problémových situací.

Vyhláška při stanovení výše kapitační platby jednak nezohledňovala věkovou indexaci a jednak zakotvovala princip, že část řádně a odůvodněně poskytnuté zdravotní péče nedostane poskytovatel této péče uhrazenou. Jasně to vyplývalo z ustanovení § 5 odst. 3 a odst. 7 vyhlášky, kdy první z těchto ustanovení uvádělo, že *„výkony mimokapitační a výkony za neregistrované pojištěnce se hradí dle seznamu zdravotních výkonů, přičemž cena bodu sjednaná pro druhé pololetí 2005 zůstává v platnosti i pro 1. pololetí 2006.“* Druhé ustanovení pak ale uvádělo, že *„maximální celková úhrada za výkony mimo kapitační platbu a výkony za neregistrované pojištěnce bude činit nejvýše 103% celkové úhrady za tyto výkony v referenčním období,“* kterým bylo 1. pololetí 2005. Tedy v podstatě bez ohledu na počet provedených výkonů nemohla být úhrada vyšší než 103% úhrady realizované v loni.

Na druhou stranu ale ve spojitosti s novelou seznamu výkonů s bodovými hodnotami²⁵, ke které došlo od 1.1.2006, kdy se navýšily bodové hodnoty jednotlivých výkonů, měli lékaři v podstatě dvě možnosti, jak se mohli zachovat. Buď mohli počet výkonů omezit a pojišťovna jim zaplatila všechny provedené výkony nebo provedli výkonů stejný či vyšší počet než v loňském období a část z nich jim uhrazena nebyla.

Mnohem zásadnější a rizikovější byly ale i nové regulace týkající se předpisu léků a vyžádané péče, obsažená v příloze č. 4 vyhlášky. Pokud celková úhrada léků, se zohledněním věkových skupin, včetně léků schválených revizním lékařem, a zdravotnických prostředků předepsaných v 1. popř. ve 2. čtvrtletí převýšila 98% průměrné úhrady v referenčním období, zdravotní pojišťovna částku odpovídající překročení 98% neuhradila. Obdobná regulace byla stanovena i pro vyžádanou péči komplementu. V tomto případě byl ale stanoven limit 100% úhrady v referenčním období a jakékoliv překročení nad tuto částku se nehradilo.

Tedy každé zdravotnické zařízení mělo vyhláškou stanovený určitý limit, za jakou částku (úhradu) mohlo léky a zdravotnické prostředky předepsat. Cokoliv nad tento limit sice lékárna pacientovi vydala a pojišťovna lékárně proplatila, ovšem ZZ, které předpis vydalo, v podstatě pojišťovně plnou výši daného léku či prostředku uhradilo. Jinak také řečeno, pojišťovna náklady na tento lék či prostředek ZZ prostě neproplatila.

Podstatné je to, že regulace byla administrativní, vůbec nebrala v úvahu odůvodněnost předpisu a nevyžadovala její prokázání. Zdravotnické zařízení tedy mělo uhradit i léčivé přípravky, které předepsalo zcela odůvodněně.

SPL ČR podala na tuto vyhlášku žalobu k Ústavnímu soudu, přičemž jeden ze závěrů tohoto soudu uvedl, že cenová regulace, pokud nemá přesáhnou meze ústavnosti, nesmí evidentně snížit cenu tak, aby vzhledem ke všem prokázaným a nutně vynaloženým nákladům, eliminovala možnost aspoň jejich návratnosti.

Vyhláška určitým způsobem zasáhla i do práva pacientů na bezplatnou zdravotní péči z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Příkladem byly preventivní prohlídky u PL. Dle ustanovení vyhlášky měl lékař právo na úhradu pouze u části preventivních prohlídek, proti srovnávacímu období minulého roku. Tedy ačkoliv má pacient dle platné právní úhrady právo na preventivní prohlídku jednou za dva roky,

²⁵ Vyhláška č. 493 ze dne 9.12.2005, kterou se mění vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů.

lékař neměl dostat část ze zákona provedených prohlídek zaplacenou. Důsledkem vyhlášky byla také značná nerovnoměrnost ve výši úhrad mezi zdravotnickými zařízeními.

4.2 Vyhláška 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006

Proti úhradové vyhlášce č. 550/2005 Sb., se zvedla velká vlna odporu nejen ze strany PL. Uznání jejích nedostatků vedlo k vydání vyhlášky č. 101/2006 Sb., která od 1.4.2006 novelizovala vyhlášku č. 550/2005 Sb., a nově upravovala úhrady a zejména určitým způsobem změkčovala regulace, limity a z nich vyplývající sankce pro PL.

Tato vyhláška v první řadě napravila chybu původní vyhlášky, která v rámci kapitační platby, v případě obou vyhlášek navýšené o 3%, vůbec neuvažovala věkovou indexaci pojištěnců. Věkové indexy na základě novely (§ 5 odst. 2) významným způsobem navýšily základní sazbu a to zhruba o přibližně o čtyřnásobek.

Změnila se i původní celková limitace na výkony mimo kapítaci a na nepravidelnou péči (§ 5 odst. 3-8).

Průměrná úhrada za výkony mimo kapítaci zůstala hrazena podle seznamu výkonů s cenou bodu stejnou jako ve 2. pololetí 2005 ale z výkonů hrazených mimo kapítaci byla vyjmuta preventivní péče a prohlídky, očkování i nepravidelná péče o neregistrované pacienty. Toto mělo být hrazeno mimo stanovený limit.²⁶ Maximální omezení úhrady na jednoho pojištěnce vzrostlo na 105%. Preventivní prohlídky prováděné pojištěncům pojištěoven, kde bude ošetřeno méně než 50 pojištěnců, měly být hrazeny bez omezení. V tomto smyslu tedy oproti minulému znění byla zohledněna chybovost malých čísel. Problém možného omezení úhrady

²⁶ Preventivní prohlídky jsou z limitů vyňaty jen částečně – nikoliv závodní a vůbec ne pomocná vyšetření!

výkonů prevence a očkování ale zvýšení limitu dokonale neřešilo, neboť limity byly vypočítávány podle nového Seznamu výkonů s vyšší hodnotou bodu. Možný pokles prováděných preventivních výkonů tedy stále představoval až 1/3. Nebyly zohledněny ani možné ročníkové odlišnosti.

Změny doznala i regulační opatření (příloha č. 4 způsob dorovnání kapitace a regulační omezení podle § 5 odstavce 7).

Pokud průměrná úhrada za léky a zdravotnické prostředky včetně schválených revizním lékařem na registrovaného pojištěnce dle novely převýšila průměrnou úhradu v referenčním období v rozmezí 101-105%, zdravotní pojišťovna uplatnila regulaci 20%. V rozmezí 105-110% pak uplatnila regulaci 40% z překročení a pokud průměrná úhrada překročila 110%, uplatnila regulaci 100%.

Novela obsahovala možnost neuplatnění regulace v případě, že lékař prokáže, že nebyla možnost použít jinou léčbu nebo jiný zdravotnický prostředek nad 15 000Kč, který je schvalovaný revizním lékařem. Toto opatření mělo umožnit případné vyvinění při překročení limitů. Jeho formulace byla ale tak neurčitá, že bylo pro lékaře velmi obtížné prokazovat, že nešlo použít jiný způsob léčby, či co je srovnatelný lék apod.

V případě, že průměrná úhrada na komplementární vyšetření (vyžádanou péči) na jedno rodné číslo překročila 106%, uplatnila pojišťovna regulaci 100%. Zvýšení limitu o 6% v tomto případě ale také nebylo řešením a to kvůli novým vyšším hodnotám bodu a výkonů.

Celková úhrada za ošetření neregistrovaných pojištěnců byla limitována 5% výše úhrady za registrované pojištěnce, na překročení byla stanovena regulace 50% a průměrná úhrada péče za neregistrovaného pacienta byla limitována 110% průměrné úhrady v referenčním období a zároveň 120% konkrétní části zdravotní péče (buď úhrady za zdravotní výkony, nebo za předepsané léky, vyžádanou péči). Z překročení měla pojišťovna uplatnit regulaci 25%.

Tato regulace byla ale ještě odečtena a hrazena z plateb za kapitaci a provedené a uznané výkony.

Tato ustanovení se novelou vyhlášky č. 550/2005 Sb., nezměnila, jsou pro obě vyhlášky shodná a podmínky regulace se v tomto případě v podstatě nezměnily ani oproti rokům minulým, opět zde ale nebylo bráno v úvahu zvýšení hodnoty bodu dle nového Seznamu výkonů.

Ani vyhláška č. 550/2005 Sb., ani její novela č. 102/2006 nepočítala s hodnocením komplexní finanční nákladovosti zdravotní péče poskytnuté praktickými lékaři. V praxi to znamenalo, že bonifikační systém pro období, které vyhláška upravuje, zaveden nebyl.

Tabulka č.14 Přehled rozdílů vyhl. č.550/2005 Sb., a její novely č.101/2006 Sb.

Ukazatel	Vyhl. č. 550/2005 Sb.	Vyhl č.101/2006 Sb.
Zohlednění věkových indexů při výpočtu kapitace	Ne	Ano
Limit na výkony mimo kapitaci	103% celkové úhrady za výkony v refer. období	105% celkové úhrady na 1 pojištěnce v refer. Období
Zohlednění nepřesnosti malých čísel	Ne	Ano
Limit na léky a zdrav.prostředky-regulace	Limit 98% průměrné úhrady v refer. období - regulace 100%	Limit 100% 101-105% - regulace 20% 105-110% - regulace 40% Nad 110% - regulace 100%
Možnost neuplatnění regulace na léky či zdrav. Prostředky	Ne	Ano
Limit na vyžádanou péči	100% - regulace 100%	106% - regulace 100%
Bonifikace	Ne	Ne

Zdroj: Autor.

S takto nastavenými regulacemi praktičtí lékaři naprosto nesouhlasí. Před uplatněním jakýchkoliv regulací kladou důraz na potřebu provést důkladný rozbor preskripce a indukované péče, a teprve pokud potom bude konkrétní lékař hodnoty na základě rozboru opakovaně překračovat, připouští jisté sankce, eventuelně chtějí mít možnost na náklady, které výrazně převýší republikový průměr ušetřit v horizontu dalších například dvou let. Připouští regulace jen v případě jasného poškození pojišťovny neodborným a nehospodárným postupem lékaře, který prošetří revizní lékař pojišťovny.

4.3 Problémy související s úhradovými vyhláškami pro 1. pololetí 2006

4.3.1 Obecné problémy omezení péče

Primární péče nepatří mezi péči plánovatelnou, je péčí tzv. „prvozáchytovou“, kde se projevuje různý podíl epidemií, ale i možný přesun pacientů mezi ZP, přesun péče směrem z lůžkových zařízení a specializovaných ambulancí, potřeba akutní péče apod. Limitování může při negativní souhře znamenat výrazný ekonomický dopad na jednotlivé ambulance praktických lékařů.

Od 1.1.2006 došlo k navýšení ceny práce lékaře. Kapitační platba, která představuje podstatnou část odměny PL, se nijak nezvýšila. Navýšila se cena práce za mimokapitační výkony, práce laboratoří a další indukované péče.

Výpočetní systémy lékařů i pojišťoven počítaly s cenami dle nového Seznamu výkonů, stejně tak se k němu vztahovaly i limity a regulace. Pro reálné úhrady lékařů však bylo počítáno s cenou dle sazebníku starého!²⁷

Například hodnota výkonu u preventivních prohlídek, které jsou hrazeny mimo kapitaci, byla téměř zdvojnásobena, což v praxi znamenalo, že lékař, aby dostal za svou práci zapláceno, mohl provést jen polovinu preventivních prohlídek, které vykonal v porovnávacím období. Podobná situace nastala i u ostatních výkonů, i u péče indukované.

Pokud se podíváme na způsob úhrady obecněji, kapitační platba (34 Kč za měsíc na jednicového pojištěnce) v sobě obsahuje nejen paušální péči o pacienta, ale i např. odběr krve, odběr biologického materiálu, chemickou analýzu moči apod. Pokud provedl lékař u jednoho pacienta více vyšetření, byť jen základních, jejich cena lehce hodnotu kapitace přesáhla. Pokud PL dostával kapitační platbu 34 Kč za jednicového pacienta za měsíc a při ošetření předepsal na recept léky za 400Kč (nebo poslal pacienta na biochemické vyšetření za 400 Kč), pak například i jen při 10% regulaci nejen že nedostal za ošetření tohoto pacienta zapláceno, ale na toto ošetření měl ještě 4 Kč doplácet. Pokud by tento pacient potřeboval ještě jedno

²⁷ Rozdíl od lékařů na konci roku požadován ve formě vratek.

ošetření v tomtéž měsíci, pracoval by lékař nejen zadarmo, ale navíc by mu byla stržena celá regulace.

Pokud tedy lékař ve srovnávacím období nevykonával žádnou zbytečnou péči, a neměl v úmyslu péči omezit, musel tedy do regulací spadnout.

Tato situace stavěla lékaře do složité situace rozhodování, zda léčit lege artis nebo ekonomicky, což znamenalo omezit neakutní péči, předepisování léků, omezit preventivní prohlídky, laboratorní vyšetření a celkově péči poskytovanou registrovaným i neregistrovaným pacientům. Jako důsledek celé situace se prodloužily čekací doby na ambulantní vyšetření.

V hodnocení této vzniklé situace se lékaři také vesměs shodovali. I když novelou zákona byly podmínky regulace poskytované péče upraveny a zmírněny, zdůrazňovali, že nelze regulovat lékaře pokud dodržuje doporučené léčebné postupy dané odbornou společností a není možné jim nezaplatit ze zákona provedenou práci v plné výši, když práci provedou také v plném rozsahu. Kladou důraz na to, že pokud pojišťovny plánují omezit péči svým pojištěncům, je nutné, aby je upozornili, jakou péči jsou schopni hradit.

Pokud chce VZP mít rovnoměrné rozložení preventivních prohlídek, opět nelze srovnávat tzv. referenční období, protože lidé nejsou roboti a nelze je dávat do šablon. Objevila se úvaha, že lze jednoduše spočítat počet registrovaných pacientů, vydělit 4 a to může být nepřekročitelná hranice pro počet prevencí za půl roku. Tím lékař splní požadavek zákona na prevenci 1x za 2 roky. Ostatní kalkulace a výpočty jsou viděny jen jako zbytečné mlžení zákonem jasně stanovených nároků klientů pojištěven.

4.3.2 Problémy související s úhradami a vyúčtováním zdravotní péče

Nerovnoměrnost úhrad péče

Vyhláška odvíjela limity pro předpis léků, zdravotnických prostředků a vyžádané péče od výše úhrad v pololetí roku 2005. Úhrada péče poskytnuté lékařem byla limitována (103 %) 105% úhrady ve srovnávacím období, limit na předpis léků (98%) 100%. Nebyl nijak zohledněn zdravotní stav a potřeby pacientů. Docházelo

ke stavu, kdy zcela odlišné limity měli lékaři pro předpis léků u pacientů různých pojišťoven a různí lékaři měli rozdílné limity u pacientů určité pojišťovny.

Cenové dodatky ke smlouvám od zdravotních pojišťoven obecně kopírují znění daných vyhlášek a pouze konkrétními hodnotami doplňují úhrady za léky i vyžádanou péči.

Pokud shodou náhod v prvním pololetí 2005 nenavštívil konkrétního lékaře ani jeden pacient konkrétní zdravotní pojišťovny, byly v cenovém dodatku, v souladu s vyhláškou, uvedeny pro sledované parametry regulací nulové limity. Pokud lékař v prvním pololetí 2006 ošetřil pacienta takové pojišťovny, veškeré náklady uhradil ze svého.

Představme si situaci, kdy existuje několik ZZ s identickými pacienty. Všechna tato ZZ by poskytla identickou péči, ale v pololetí 2005 by se chovala odlišně, například na základě hygienikem vyhlášené epidemie, vykonání více prevencí nebo vlastní dovolené. Aplikací vyhlášky došlo ke stavu, kdy za zcela shodnou zdravotní péči obdržela tato zařízení zcela odlišnou výši úhrad.

Pro ilustraci uvádím několik konkrétních příkladů cenových dodatků, které pojišťovny lékařům zaslaly.

Dodatek 1:

Max úhrada na jednoho poj. za zdravotní výkony mimo kapitaci – 2300Kč.

Limit na předepsaná léčiva na jednoho ošetřeného poj. – 1.čtvrtletí – 0,00 Kč
- 2.čtvrtletí – 1306 Kč

Limit na vyžádanou péči na jednoho ošetřeného poj. – 1.čtvrtletí – 0,00 Kč
- 2.čtvrtletí – 0,00 Kč

Dodatek 2:

Max úhrada na jednoho poj. za zdravotní výkony mimo kapitaci – 0,00Kč.

Limit na předepsaná léčiva na jednoho ošetřeného poj. – 1.čtvrtletí – 165,33 Kč
- 2.čtvrtletí – 281,33Kč

Limit na vyžádanou péči na jednoho ošetřeného poj. – 1.čtvrtletí – 0,00 Kč
- 2.čtvrtletí – 78,17 Kč

Dodatek 3:

Max úhrada na jednoho poj. za zdravotní výkony mimo kapitaci – 44,18Kč.

Limit na předepsaná léčiva na jednoho ošetřeného poj. – 1.čtvrtletí – 218 Kč
- 2.čtvrtletí – 200 Kč

Limit na vyžádanou péči na jednoho ošetřeného poj. – 1.čtvrtletí – 50,61Kč
- 2.čtvrtletí – 46,09Kč

Z uvedených dodatků je vidět nerovnoměrnost mezi jednotlivými ZZ, jednotlivými ZP i jednotlivými pacienty. Navíc tyto hodnoty byly schopny včas spočítat a oznámit pouze menší pojišťovny, velké pojišťovny toho nebyli schopné,

takže lékaři od nich neměli žádné informace, ani orientační hodnoty a tudíž neměli ani představu, kdy už péči poskytují nad limit.

Chybovost malých čísel byla sice novelou vyhlášky napravena, ale až s účinností od 1.4.2006. Srovnávání finančních objemů navíc dále komplikovaly i další vyhlášky, kterými se změnily ceny léků a zdravotních výkonů.

Novela sice umožnila všem lékařům se odvolat a zdůvodnit, že vzhledem k zdravotnímu stavu pojištěnce nemohl být použitý jiný způsob léčby. Na jakékoliv dotazy lékařů, zda je možné po odůvodnění udělit výjimku z regulace, pojišťovny ale odkazovaly na úhradovou vyhlášku, která pro ně byla směrodatná a tudíž podmínky při překročení byly dány jasně.

Problémy spojené s vyúčtováním péče

Jelikož lékaři mají celou agendu na počítači, mohou si kdykoliv zobrazit, za jakou částku léky předepsali a jaké mimokapitační výkony provedli, a tedy jaké částky budou pojišťovně účtovat.

Nemají ale přehled o indukované péči a přesto jsou za ni regulováni. Za provedenou indukovanou péči nedostávají žádné vyúčtování, ani od poskytovatelů této péče, ani od pojišťoven.

Celé vyúčtování ovlivňuje řada dalších okolností a faktorů, které lékaři nemohou ovlivnit, ale jsou za ně regulováni. Například cena vyšetření výtěru z krku se významně liší podle výsledku a toto platí i pro další druhy vyšetření.

Vyúčtování, které lékaři dostávají od zdravotních pojišťoven je nepřehledné a nemohou si zkontrolovat, zda je regulace oprávněná nebo ne. Systém vyúčtování každé pojišťovny je navíc trochu jiný a hlavně složitý a obsahuje pouze souhrnná čísla. Podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách, ale i podle vyhlášky č.618/2006 Sb., o rámcových smlouvách²⁸ mají lékaři nárok na podrobné vyúčtování péče každý měsíc.

Pokud by měli k dispozici podrobný přehled o proplacených, neproplacených výkonech, o vyúčtování předepsaných léků a zdravotnických prostředků, mohou si vše podrobně kontrolovat, ale za situace, kdy z vyúčtování zdravotní péče není možné zjistit, v čem případně spočívalo překročení mimokapitačních plateb, není lékař schopen se hájit, ani se chovat ekonomicky.

²⁸ I ze staršího znění vyhlášky o rámcových smlouvách č. 457/2001 Sb.

Podle přílohy č. 1 k vyhlášce č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách, článek 11 odst. 1 písm.b, si smluvní strany „*sdělují údaje nutné ke kontrole plnění smlouvy.*“ Povinnost zdravotních pojišťoven poskytnout údaje nutné k tomu, aby si lékař mohl zkontrolovat, zda zdravotní pojišťovna řádně splnila smlouvu a poskytla řádnou úhradu zdravotní péče za svého pojištěnce, je tedy jasná.

4.3.3 Problémy v oblasti léků a prostředků zdravotnické techniky

V případě úhradových vyhlášek pro 1. pololetí 2006 obavy z regulačních srážek, do kterých se nyní počítaly i léky schválené revizními lékaři, vedly k omezování předepisování léčiv a zdravotnických prostředků.

To se v praxi projevilo zejména tím, že lékaři začali předepisovat léky jen po jednom balení a doplňující léky, které jsou volně prodejné, nepsali na recept vůbec, každý si je mohl koupit sám. Léky ordinované jinými lékaři nepředepisovali vůbec a výrazně omezili i předepisování prostředků zdravotnické techniky (plen apod.).

V této souvislosti byly zvlášť složité situace pacientů s chronickými nemocemi. Ti potřebují trvalé podávání často drahých léků (např. diabetici, duševně nemocní pod.). Chroničtí pacienti zpravidla docházejí k jednomu lékaři, nejen ze zvyku nebo z pohodlí. Jde především o důvěru k lékaři a o to, že dlouhodobá znalost jejich stavu umožňuje lékaři úspěšnější léčbu.

Obdobná situace nastala pro pacienty s těžkým onemocněním po propuštění z nemocnice nebo pro pacienty po přestěhování, kteří obtížně sháněli lékaře, který by je přijal do péče a jediným důvodem byla oprávněná obava z překročení limitu úhrady a z regulace.

V této souvislosti je nutné upozornit na fakt, kdy v rámci kultivace sítě zdravotnických zařízení zdravotní pojišťovny sledují své smluvní lékaře, jak drahé léky předepisují a hrozí, že s příliš „drahými“ lékaři rozváží smlouvy.

Problémové situace dokládám v následujících textech, které jsou vybrané z korespondence SPL ČR a týkají se stížností a problémových situací, do kterých se pacienti či lékaři vlivem úhradových vyhlášek dostali.

Žádost o pomoc při řešení problému

Jedna z mých patientek trpí inoperabilním nádorem v podbřišku. Nyní byla propuštěna z hospitalizace, v průběhu které jí byla zjištěna i hluboká trombóza žil, která byla vzhledem k tumoru rozlčena lékem Clexane. Cena je cca 230 K4 za jednu injekci. Na základě doporučení odborných lékařů, kteří léčili pacientku v nemocnici, mám pokračovat v této léčbě jako registrující PL. Z odborného hlediska nemám k tomuto postupu připomínky a považuji jej za správný. Cena léčivého přípravku ale činí 27.600 Kč. Touto proskripcí již překračuji limit a výraznou část této částky tedy uhradím ze svého. Zatím léky předepisuji s tímto vědomím, protože se jedná o velmi vážný zdravotní stav, a nepožaduji po pacientce, a by si tyto léky hradila sama. Zdravotní pojišťovnu jsem žádal o zvýšení limitu na léky a bylo mi odpovězeno, že ZP bude postupovat přesně podle platné vyhlášky (tedy cenu nadlimitních léků mi strhne z úhrady za mou poskytnutou zdravotní péči). Praktický lékař

Stížnost na lékaře

Stěžuji si tímto na postup lékaře XX, který mi, ačkoliv mám uznanou inkontinenci II. stupně, odmítl předepsat inkontinenční pomůcky množství, na něž mám dle sdělení revizního lékaře pojišťovny nárok. Ten mi sdělil, že nárok mám na hygienické pomůcky v hodnotě 900 Kč měsíčně nebo množství 150 ks. Lékař odůvodnil své jednání opatřením ministra zdravotnictví s tím, že vyčerpал finanční limity na léky a pomůcky. Pacientka

Předpis léků na snížení hladiny krevních tuků

Od druhého pololetí 2005, kdy se změnila pravidla pro léčbu hyperlipemie zejména atorvastatiny, předepisují tyto léky svým více než 200 pacientům, u kterých jsou dle nových kritérií lékové vyhlášky a odborných postupů ČLS indikovány. Předběžným propočtem jsem zjistil, že pokud budu postupovat lege artis dle citovaných předpisů a předepisovat je i v prvním a druhém čtvrtletí 2006, překročím jen z uvedeného důvodu limity proti loňskému prvnímu pololetí cca o 500.000Kč. ve stejné situaci jsou i příslušní ambulantní specialisté, se kterými jsem se o předpisu snažil dohodnout. Dle zákona mají být tyto léky hrazeny ze zdravotního pojištění, pacienti mají na ně právo a lékaři povinnost předepisovat – nikdo z nás je ale nemůže platit ze svého. VZP ale údajně uhradit tyto léky nad limit nemůže, v jejím stanovisku k tomuto rozporu a řešení podobných situací je uvedeno, že „ je nutno respektovat ustanovení vyhlášky č. 550/2005 Sb.“ a „ máte-li pocit, že Vás vyhláška č. 550 dostává do konfliktu s etikou výkonu povolání, je třeba rozporu tohoto charakteru řešit v součinnosti s MZ, které je vydavatelem citované vyhlášky, případně s ČLK.“ Jak vyplývá z výše uvedeného, vyhláška mě dostává do konfliktu nejen s etikou, ale i odbornou stránkou výkonu povolání. Podávám proto stížnost na vydavatele vyhlášky a žádám jednak o její zrušení, jednak o jasné doporučení správného postupu při předpisu a úhradě uvedených léčiv v době její platnosti. Praktický lékař.

Potřeba opravy invalidního vozíku

Mladý pacient plně odkázaný na invalidní vozík, žádal o jeho opravu v hodnotě 10 000 Kč. Žádný z ošetřujících lékařů v nákladech v referenčním období takovou opravu neměl a žádost o vynětí z limitů byla zamítnuta. Po několika týdnech jednání nakonec lékař opravu předepsal i s vědomím, že pokud se něco nezmění, opravu nakonec zaplatí sám.

4.3.4 Problémy v oblasti vyžádané péče

Úhradové vyhlášky v této oblasti vůbec nezohledňovaly možné překročení z důvodu nařízení hygienické služby při lokálních epidemiích, kdy má hygienická služba často vysoké nároky na opakovaná kontrolní vyšetření. Dále působily problémy zejména v případě předoperačních vyšetření, která se pro každého pacienta skládají z více druhů různě nákladných vyšetření.

Tato situace vedla lékaře k omezení odběrů pro laboratorní vyšetření a k tomu, že omítali provádět vyšetření ordinovaná jinými lékaři, což pro pacienty znamenalo omezení jejich vyšetřování.

Epidemiologická situace je každý rok jiná a také skladba pacientů v ordinaci je jiná, proto obecně nelze jen procentuelně navýšit úhradu za srovnávací období a neuhrazení předepsané péče nelze provádět paušálně, ale případně až po kontrole revizním lékařem, který zjistí objektivní léčebná pochybení.

V neposlední řadě, jak jsem již zmínila, je potřeba přihlížet k tomu, že ceny jednotlivých vyšetření se mohou v závislosti na jejich výsledku lišit a lékař nemůže být schopen výdaje na tato vyšetření registrovat.

Stížnost pacienta (Z korespondence SPL ČR)

Obracím se na vás s touto stížností, v nemocnici u mě byla zjištěna rakovina s tím, že je nutná urychlená operace. Pro tuto operaci jsou nutná předoperační vyšetření dle seznamu, který mi byl v nemocnici předán. Nemocnice odmítla tato vyšetření sama provést, protože by za provedení těchto nákladných vyšetření zaplatila pokutu – jdou prý nad limit stanovený ministerstvem zdravotnictví. Mám si tedy zajistit jejich provedení jinde (u jiného lékaře). Dokud nebudou provedena, tak operace neproběhne. Myslím si, že je zcela neuvěřitelné, abych jako pacient s rakovinou ve svých 62 letech obíhal lékaře a hledal toho, který mi potřebná vyšetření provede jen proto, protože byly zavedeny nějaké limity, do kterých se tato vyšetření nevejdou.

4.4 Povinnosti lékařů a práva pacientů ve vztahu k finančním limitům

V této souvislosti je nutné položit si otázku, zda má lékař vůbec možnost nepředepsat pacientovi lék a to zejména v situaci, kdy to jeho zdravotní stav vyžaduje. Povinnosti poskytovatelů zdravotní péče upravuje řada právních norem, ale i sama smlouva se zdravotními pojišťovny. Z toho vyplývá, že lékař je povinen zdravotní péči, samozřejmě včetně předpisu léků poskytnout, a to lege artis. Je tedy jasné, že právní předpisy, včetně Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního zákona ČR, jednoznačně stanovují právo pojištěnce na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, kterou je lékař povinen poskytnout. V opačném případě může pacient na lékaře u příslušných institucí dle z.č. 48/1997 Sb., podat stížnost. Lékař tedy nemá prakticky žádný prostor pro omezení péče, kterou by měl pacientům poskytovat, aniž by narazil na povinnosti, které mu zákony i smlouvy se zdravotní pojišťovnou ukládají.

4.4.1 Povinnosti lékařů ve vztahu k finančním limitům

Všeobecní praktičtí lékaři jsou povinni při poskytování léčebné preventivní péče dodržovat zákony české republiky a léčit tedy tzv. lege artis.

Podle zákona 48/1997 Sb., část 5. Podmínky poskytování zdravotní péče a její úhrady se v §13. odst. 1 říká, že zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Dle odst. 2 zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem zahrnuje léčebnou péči: ambulantní, pohotovostní službu, preventivní péči, dispenzární péči, poskytování léčivých přípravků a prostředků zdravotnické techniky, lázeňskou péči, závodní preventivní péči, dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů. Nikde v tomto zákoně se nehovoří o tom, že by absolutní výše úhrady byla regulována. Vyhláškou č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., nebyl zákon 48/1997 Sb., zrušen.

Podle vyhlášky č. 56/1997 Sb., dle §1 obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro dospělé se píše, že preventivní prohlídka se provádí od 18 let věku jednou za dva roky. Ve vyhlášce č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem jsou stanovena pravidla postupu při očkování.

Pojišťovny tedy chtěly uplatňovat regulační srážky za poskytnutou péči, která byla předepsaná zákony. Tyto výše uvedené zákony byly platné a nebyly novelizovány ani zrušeny. Praktičtí lékaři byly tedy sankcionováni za péči, kterou poskytovali v souladu s platnými předpisy a kdyby ji takto neposkytovali, nepostupovali by lege artis.

Navíc v průběhu roku 2006 začala být ze strany zaměstnavatelů v podstatně vyšším počtu vyžadována závodní preventivní péče podle Úmluvy ILO 195. Tím došlo k nárůstu preventivní závodní péče, která dle Zákona o veřejném zdravotním pojištění hrazena být měla, ale dle vyhlášky 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., podléhala regulačním mechanismům.

4.4.2 Práva pacientů ve vztahu k finančním limitům

Obecně má pacient právo na poskytování zdravotní péče na úrovni současných dostupných poznatků lékařské vědy. Má tedy právo na poskytování léčby v souladu s profesními povinnostmi lékaře, a tedy lege artis.

Součástí léčebně preventivní péče a řádného poskytování zdravotní péče, je i předepisování léků, které pacient v daném případě potřebuje. Na jejich předepsání má pacient právo bez ohledu na limity a regulace, které jsou lékaři stanoveny. Na druhou stranu pacient nemůže lékaři diktovat, jaké léky mu má předepsat. Lékař má právo, s ohledem na zdravotní stav pacienta i na ekonomické limity lék za jiný, pacientovu stavu odpovídající lék nahradit.

Pacient má samozřejmě i právo na neakutní péči, bez ohledu na to, zda je lékař regulován. Na druhou stranu to ale neznamená, že neakutní péče musí být pacientovi poskytnuta okamžitě, na rozdíl od péče akutní. Některé výkony ambulantní péče, které nejsou akutní a kde nehrozí nebezpečí z prodlení, je možné odložit na pozdější dobu a to i z ekonomických důvodů.

Nepochybným právem pacienta, podle zákona č. 48/1997 Sb., je preventivní péče. Její neposkytnutí by pro lékaře mohlo mít vážné důsledky. Obsahem preventivních prohlídek je podrobné klinické vyšetření včetně zajištění podrobných laboratorních vyšetření.

4.5 Rozhodovací proces předcházející vydání úhradové vyhlášky č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 Sb., a následná cenová jednání

4.5.1 Rozhodovací proces předcházející vydání úhradových vyhlášek

Dne 22.9.2005 došlo v segmentu praktických lékařů v rámci řádného, zákonem stanoveného dohodovacího řízení k Dohodě o cenách na 1. pololetí 2006, která byla dne 20.10.2005 znovu potvrzena. Samo MZ při jednáních konstatovalo, že v tomto segmentu nevidí problém, neboť podmínky dohody MZ a ZP, které byly sjednány na Úřadu vlády 3.6. a 18.10.2005, nebyly překročeny.

Dne 9.11.2005 ale byli náhle na MZ pozváni zástupci praktických lékařů k opětovnému projednání této Dohody včetně jejího uvedení do souladu s výše uvedenými dohodami z jednání na Úřadu vlády.

Ministr zdravotnictví zrušil výsledky celého dohodovacího řízení a zdůvodnil to dvěma způsoby. Jednak tím, že v předložených materiálech nebyly u nedohodnutých segmentů předány přílohy, které měly obsahovat návrhy jednotlivých stran, a na které odkazují zápisy z jednání segmentů a jednak tím, že materiály byly posouzeny z hlediska souladu s veřejným zájmem dle zákona č. 48/1997 Sb., § 17 odst. 10, přičemž bylo konstatováno, že nebyly zohledněny finanční možnosti financování ze systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2006, jak o nich bylo jednáno mezi zástupci poskytovatelů zdravotní péče, ZP, zástupci MZ a dalších subjektů, přičemž tyto zásady měly být obsaženy v dohodách z jednání na Úřadu vlády ve výše uvedených datech.

Zástupci poskytovatelů byli tedy na tomto jednání ministerstvem zdravotnictví informováni, že jejich dohoda se zdravotními pojišťovnami byla shledána v rozporu s veřejným zájmem a byli vyzváni, aby tuto situaci napravili.

Principy úhrady ambulantní sféry pro rok 2006 vyplývající z jednání na Úřadu vlády, ze kterých měla dohoda pro 1. pololetí 2006 vycházet, tedy měly být tyto:

- Pokrýt nárůst nákladů ZZ
- Snížit výdaje VZP.
- Snížit výdaje na léky a zdravotnické prostředky.
- Snížit počet neakutních výkonů.

Očekávaným řešením, které měla Dohoda zohlednit, mělo být zavedení limitu na výkony (103%), zavedení limitu na léky a PZT (98%) a limit na péči komplementu (100%). Dokument s takovými podmínkami však nebyl ani datován ani nikým signován.

Na otázky, v čem původní, řádně uzavřená Dohoda ohrožovala systém veřejného zdravotního pojištění a v čem konkrétně spočíval rozpor s veřejným zájmem, Ministerstvo zdravotnictví jasně neodpovědělo.

Na 15.11.2005 bylo svoláno nové dohodovací řízení. Dohody o úhradě, uzavřené dle zákona mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli, ministr zdravotnictví definitivně zrušil a nahradil je úhradovou vyhláškou č. 550/2005 Sb., která byla formulována bez důkladné analýzy jejích dopadů a ani sám ministr zdravotnictví dlouho nebyl schopen úhradovou vyhlášku pro účely cenových dodatků pojišťoven vysvětlit.

Po jejím vydání tedy panovala značná právní nejistota. Od 1.1.2006 pracovali praktičtí lékaři bez jasných ekonomických pravidel a dlouho jim nebyly známy ani návrhy smluvních dodatků o cenách výkonů a platebních regulacích. Neznali ani limity jim určené pro předpis léků a poskytování další péče.

4.5.2 Cenová jednání o zmírnění dopadů úhradových vyhlášek

Vydání vyhlášky č. 550/2005 Sb., následovalo zpracování několika Metodických pokynů ministerstva zdravotnictví, kterými se měli zdravotní pojišťovny ve

svých smluvních dodatcích řídit. Metodické pokyny ale všechny nejasnosti vyhlášky daleka neřešily.

Vzhledem k brzké novelizaci vyhlášky bylo nutné vydat i další nový cenový dodatek. Při jeho projednávání se ale objevil rozpor mezi stanoviskem pojišťovny, která chtěla aplikovat nový dodatek pouze na 2.čtvrtletí, a stanoviskem Sdružení praktických lékařů, které zastávalo aplikaci na celé 1. pololetí 2006. Došlo tedy k aplikačnímu problému. Nepřehlednost a složitost situace s formulací cenových dodatků vystihuje vyjádření:

„ ...není jasno, co, jak a kdy budou jednotlivé zdravotní pojišťovny vlastně hradit a strhávat za první pololetí 2006. Dodatky ke smlouvám, které by to měly jasně (včetně potřebných údajů a propočtů) stanovit s předstihem, jsou průběžně i zpětně měněny.“ (Uhrová, J. Appel, 2006, roč.10, č. 3, s.1)

I když novelou úhradové vyhlášky došlo ke zmírnění limitů, striktní uplatnění veškerých regulačních srážek (zejména na léky a komplement) mohlo být pro lékaře likvidační. Ale vzhledem k tomu, že platnost těchto vyhlášek skončila 1.7.2006, nebylo možné je zpětně zrušit. Proto Ministr Julínek inicioval jednání se zdravotními pojišťovnami, na kterém je oficiálně požádal o neuplatňování srážek v odůvodněných případech a maximální zmírnění dopadů vyhlášek.

Zdravotní pojišťovny pokyn obecně akceptovaly, o praktickém řešení ale měly představy různé. Většinou byly ochotny za určitých podmínek zredukovat i stornovat srážky za překročení limitů na léky a komplementu. Nebyly ale schopny uhradit výkony v plných cenách nového seznamu. K vracení rozdílu mezi finančním objemem výkonů vyúčtovaných v nových cenách a výkonů limitovaných dle vyhlášek došlo ke konci roku 2006.

Jako první uplatnila regulace za 1.čtvrtletí 2006 Oborová zdravotní pojišťovna, což vyvolalo řadu nepříznivých reakcí. Všechna odvolání proti uplatněným sankcím však přislíbila projednat a sražené částky v odůvodněných případech vrátit.

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra regulace za léky a komplement za 1.pololetí 2006 taktéž uplatnila, ale až při překročení 110% komplexních nákladů. Prevence a očkování neregulovala vůbec, ostatní výkony neregulovala do objemu 103% (105 %). Současně přihlížela k důvodům překročení.

Většina smluvních lékařů České národní zdravotní pojišťovny registrovala nebo ve sledovaném období ošetřila méně než padesát pojištěnců, pojišťovna se tedy

rozhodla aplikovat vyhlášku č. 101/2006 Sb., zpětně na celé pololetí a žádné sankce neuplatnila.

Další pojišťovnou, která srážky uplatnila, byla Hutnická zdravotní pojišťovna. Na základě jednání se SPL ČR ale provedla vyhodnocení regulací za první pololetí 2006 a hranici pro uplatnění všech typů regulací a u každé vyhodnocené regulace zmírnila max. na 15% fakturované částky daného lékaře. Pro podporu prevencí a očkování regulace v tomto případě zcela zrušila a ustoupila i od regulace vyžádané péče.

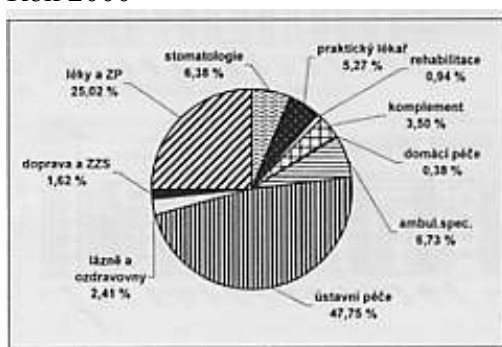
VZP přistoupila k posuzování regulačních mechanismů z pohledu celého roku. Regulace na léky a zdravotnické prostředky se rozhodla uplatnit pouze pokud celkové náklady předepsané v segmentu PL v roce 2006 přesáhnou objem nákladů v roce 2005, v případě vyžádané péče pokud celkové náklady v segmentu ambulantního komplementu v roce 2006 přesáhnou celkové náklady v roce 2005. Pokud by podmínky pro upuštění od regulací splněny nebyly, max. částka pro uplatnění měla být rovna 15% měsíční úhrady zdravotnickému zařízení. V případě regulace na léky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči komplementu si ale u extrémních nárůstů preskripce vyhradila právo zkontrolovat účelnost poskytované a indukované péče a regulace v neoprávněných případech uplatnit.

5. Analýza nákladů na zdravotní péči praktických lékařů v ČR

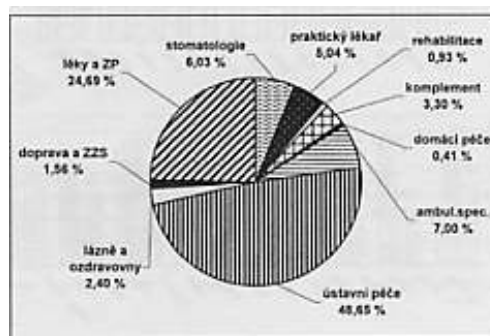
5.1 Nákladovost segmentů péče praktických lékařů

Grafy č. 10 - 15 Rozložení nákladů na zdravotní péči dle jednotlivých segmentů v letech 2000-2005

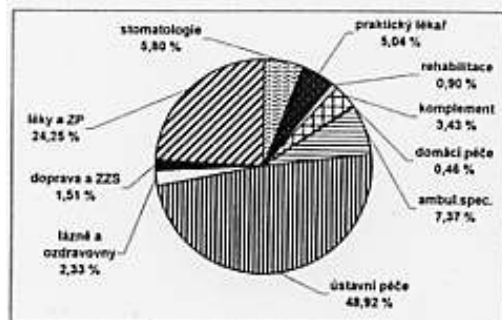
Rok 2000



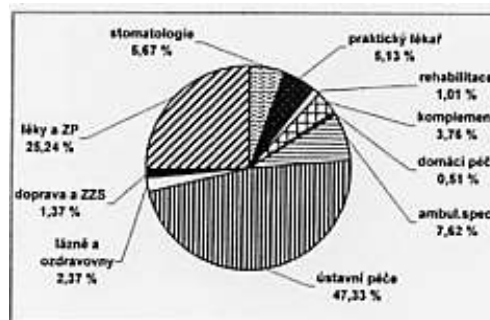
Rok 2001



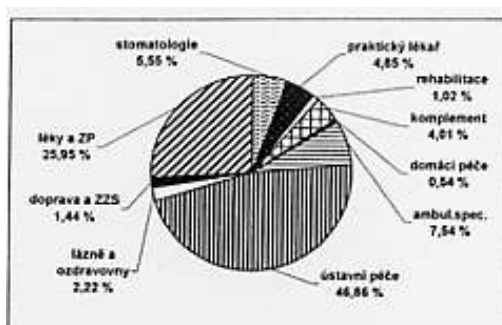
Rok 2002



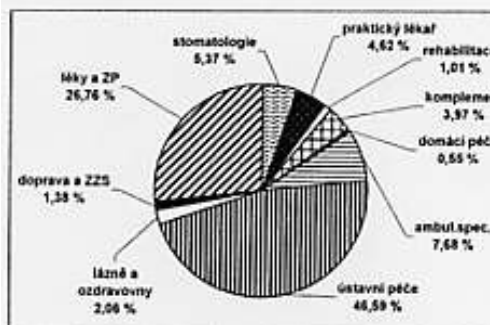
Rok 2003



Rok 2004



Rok 2005 (odhad)



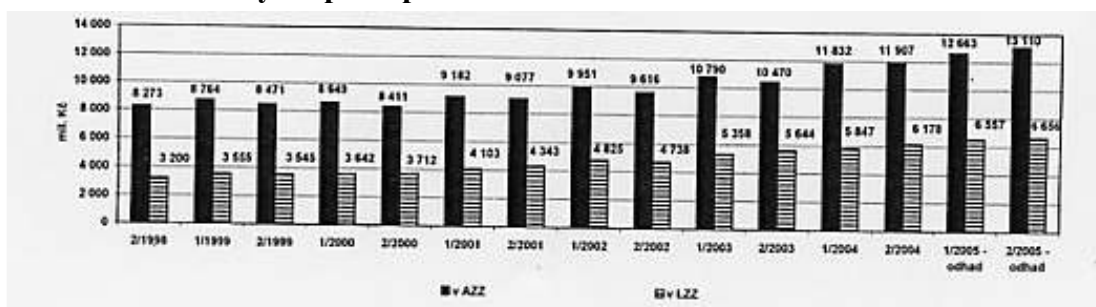
Zdroj: Zpravodaj VZP ČR, 2005, roč. 14, č. 6.

Uvedené grafy ukazují změny rozložení nákladů na jednotlivé druhy zdravotní péče. Vidíme, že ve sledovaném období docházelo ke stabilnímu snižování podílu objemu financí do segmentu praktických lékařů ve vztahu k jiným segmentům péče, což neodpovídá poslání a úloze primární péče jako takové. Na druhou stranu data ukazující pokles nákladů na péči praktických lékařů ukazují na pozitivní vliv komplexního hodnocení nákladů na jejich činnost ve smyslu hospodárnosti. Můžeme vyvodit, že bonifikační systém motivoval lékaře k ekonomičtějším úvahám a větším úsporám na výdajích.

Nejvýznamnější nákladové skupiny ale představují náklady na zdravotní péči poskytovanou ústavními zařízeními a náklady na léky a prostředky zdravotnické techniky. Výraznější měrou se na celkových nákladech podílí i ambulantní specialisté. Pomalu rostl podíl domácí péče na celkových nákladech a v případě sledování celkových nákladů je doprovázen poklesem v péči ústavní, což může představovat pozitivní trend.

Následující graf zobrazuje vývoj nákladů na předepsaná léčiva. Můžeme vidět, že vyšší podíl nákladů připadá na sféru ambulantní. Například během let 1999 až 2003 se celkové náklady na léky na recepty zvýšily o 30,3% a růstový trend stále pokračoval. V posledních letech se ale náklady na léky na recepty vystavené v lůžkových zařízeních se ale zvyšují více než v ambulantních zařízeních. V porovnání 1. pololetí 2002 a 1. pololetí 2003 se náklady v lůžkových zařízeních zvýšily o 44%, zatímco náklady na léky vystavené v ambulantních zdravotnických zařízeních se zvýšily pouze o 16,3%.

Graf č. 16 Náklady na předepsaná léčiva



Zdroj: Zpravodaj VZP ČR, 2005, roč. 13, č. 3.

Z hodnocení nákladů sledovaných v rámci bonifikace potom můžeme vidět, z jaké části se na nákladech nejen za léky podílí registrující praktičtí lékaři a z jaké

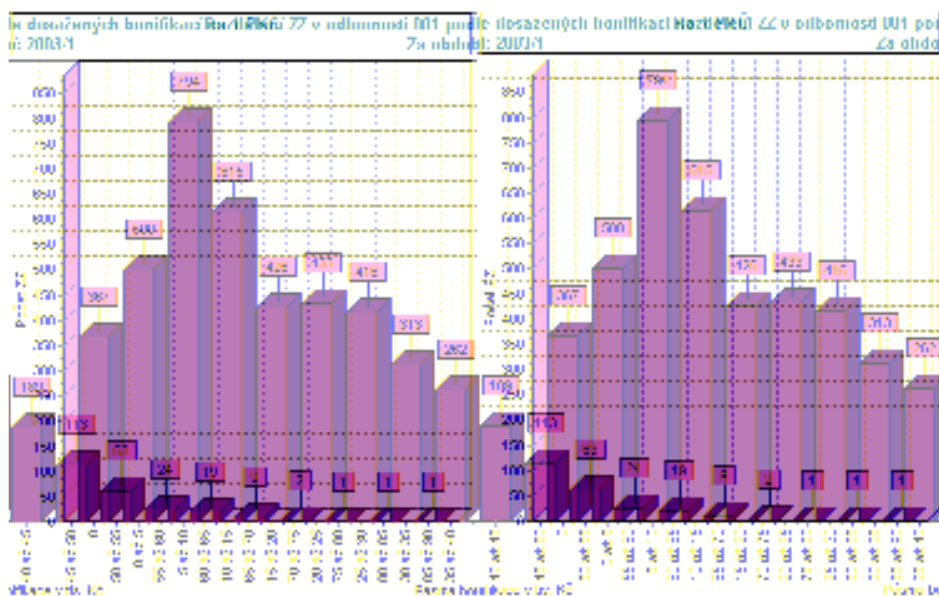
části lékaři jiní. Praktičtí lékaři nejsou ti, kteří způsobují neadekvátní počet kontaktů občanů se zdravotnictvím.

5.2 Zhodnocení bonifikačního systému pro praktické lékaře pro dospělé dle údajů VZP ČR

Celková výše vypočtených bonifikací ve 2. pololetí 2001 činila 108 709 tis Kč a to současně pro praktické lékaře pro dospělé a pro praktické lékaře pro děti a dorost. To ve vztahu k přímým platbám bonifikovaných praktických lékařů, které zahrnují jak kapitační paušál, tak i nekapitované výkony, představovalo příspěvek ve výši + 5,9%. Objem vypočtené bonifikace se v čase zásadně neměnil, od 1.pololetí 2003 se postupně mírně zvyšoval. Ve 2. pololetí 2003 činil například 114 301 tis Kč pro obě odbornosti.

Výše celkové bonifikace se mezi jednotlivými zařízeními ale značně lišila. Dokazuje to například následující graf z 1.pololetí 2003, který zobrazuje rozdělení počtu lékařů podle hodnoty vypočtené bonifikace.

Graf č.17 Rozdělení zařízení PL pro dospělé podle dosažených hodnot bonifikací na 1 PL



Zdroj: Zpravodaj VZP ČR, 2004, roč. 13, č. 4, s. 20.

Z grafu je zřejmé, že 367 zařízení PL nedosáhlo na žádnou bonifikaci. 1294 (=500+794) zařízení dosáhlo celkové pololetní bonifikace na 1 lékaře pod 10 tisíc

Kč. 997 zařízení dosáhlo více než 30 tisíc Kč na 1 lékaře, z nich pak 120 dosáhlo více než 50 tisíc Kč.

Počty zařízení podle jednotlivých druhů bonifikací pro PL pro dospělé a souběhy bonifikací potom ukazují tabulky č.18 a č.19. Snížení počtu nebonifikovaných zařízení od 2.pololetí 2003 souviselo se změnou při vyhodnocování nákladů, kdy z tohoto hodnocení byly vyloučeni vysoce nákladoví pacienti.

V případě hodnocení dobré praxe, základním kriteriem pro hodnocení byly preventivní prohlídky a počet provedených screeningů kolorektálního karcinomu.

V období 2. pololetí 2001 až 1. pololetí 2003 byly minimální hranice počtu preventivních prohlídek stanoveny na 17%, přitom bonifikace se zvýšenou sazbou za dobrou praxi byla poskytnuta lékařům při poskytnutí více než 22% preventivních prohlídek. V případě screeningů byly meze stanoveny na 15% a 20%. Od 1. pololetí 2003 byly tyto hranice zmírněny a počet bonifikovaných lékařů vzrostl, nicméně z údajů o počtu bonifikovaných lékařů za dobrou praxi můžeme vidět, že praktičtí lékaři velmi často nevykonávaly činnost, která se od nich očekává. V důsledku to může znamenat, že nemoc nebude včas odhalena a následné léčení bude nákladnější.

Náklady na zdravotní péči čerpanou registrovanými pacienty vstupují do hodnocení nákladovosti praktických lékařů jen z části, jsou vyloučeny ty náklady, které PL nemůže zásadně ovlivnit. Vybrané hodnocené náklady jsou zobrazeny v tabulce č.17.

Z hodnocených nákladů jsou nejdůležitější náklady na léky a PZT, péči komplementu a péči specializovanou. Tyto náklady nejvíce ovlivňují bonifikaci republikovou a okresní pro jednotlivé lékaře. Celkové hodnocené náklady na jednoho registrovaného pojištěnce sice stále rostou, ale můžeme vidět, že v rámci hodnocených nákladů největší část představují náklady na péči, kterou PL svým registrovaným pacientům nepředepsal (péče neindukovaná)!

Z tabulky dále vidíme, že rostly průměrné úhrady na jednoho registrovaného pojištěnce u domácí péče. To se jeví jako pozitivum, neboť by se mohlo jednat o trend posunu zdravotní péče z lůžek a ošetrovatelských lůžek do péče domácí. Rozšiřování domácí péče ale zatím ve sledovaném období ze strany PL nebylo doprovázeno ani snižováním nákladů za registrované pojištěnce v rámci lůžek péče akutní ani v rámci lůžek péče následné. Pozitivem byl pokles u péče LSPP a jiných PL. Toho bylo docíleno zavedením kritéria L , které mělo zvýhodňovat praktické lékaře, kteří svým registrovaným pojištěncům věnovali maximální pozornost.

Celkově můžeme bonifikační systém zhodnotit jako pro lékaře dobrý motivační nástroj. Z údajů v níže uvedených tabulkách vidíme, že se počet bonifikovaných lékařů v čase neustále mírně zvyšoval a to i v případě bonifikací dobré praxe. To znamená, že se lékaři stále více snažili vykonávat práci, která se od nich očekávala a v možné míře se snažili hlídat i stránku péče ekonomickou.

Tabulka č. 17 Průměrná hodnota vybraných ukazatelů zdravotní péče sledované v rámci bonifikace v přepočtu na jednoho registrovaného pojištěnce

Ukazatel		2001/2	2002/1	Index 02/01	2002/2	2003/2	Index 03/02	2004/2	Index 04/03
Indukovaná péče (v Kč)	Ambulant. specialistů	41,7	53,7	1,289	44,8	46,2	1,031	46,9	1,02
	Komplementu	87,7	103,8	1,183	96,5	107,0	1,108	116,2	1,09
	Domácí péče	29,7	33,7	1,136	39,0	43,7	1,120	48,1	1,10
	Léky a PZT	654,5	726,7	1,110	705,0	758,9	1,076	837,2	1,10
Neindukovaná péče (v Kč)	Péče jiných PL a LSPP	19,4	17,6	0,907	18,7	14,8	0,792	13,4	0,91
	Ambulant. specialistů	582,3	697,5	1,198	675,4	609,5	0,902	660,9	1,08
	Komplementu	257,8	299,3	1,161	279,2	305,9	1,096	331,7	1,08
	Léky a PZT	631,8	725,3	1,148	699,9	749,0	1,070	833,0	1,11
Hospitalizace na akutním lůžku (v Kč)		410,4	436,5	1,064	419,8	414,6	0,988	410,1	0,99
Hospitalizace na následném lůžku (v Kč)		116,7	122,2	1,047	126,5	134,9	1,067	139,4	1,03

Zdroj: Zpravodaje VZP ČR 2001-2005. Autorem upraveno.

Tabulkač. 18 Přehled souběhu bonifikací pro PL pro dospělé

Ukazatel	Počet ZZ	Bez bonifikace	Pouze okresní	Pouze republiková	Souběh okresní + republiková	Pouze dobrá praxe	Souběh okresní + dobrá praxe	Souběh republiková + dobrá pr.	Souběh všech tří bonifikací
2.pol.2001	4518	669	440	203	2882	52	19	15	238
	100%	14,8%	9,7%	4,5%	63,8%	1,2%	0,4%	0,3%	5,3%
1.pol.2002	4517	608	469	225	2561	95	56	36	467
	100%	13,5%	10,4%	5,0%	56,7%	2,1%	1,2%	0,8%	10,3%
2.pol.2002									
2.pol.2003	4566	382	298	129	2913	94	61	41	648
	100%	8,4%	6,5%	2,8%	63,8%	2,1%	1,3%	0,9%	14,2%
2.pol.2004	4595	344	244	101	2913	89	75	32	797
	100%	7,5%	5,3%	2,2%	63,4%	1,94%	1,6%	0,7%	17,3%

Zdroj: Zpravodaje VZP ČR 2001-2005. Autorem upraveno.

Tabulka č.19 Počty zařízení podle druhu bonifikací pro PL pro dospělé

Ukazatel	2.pol.2001		1.pol.2002		2.pol.2002		2.pol.2003		2.pol.2004	
	Počet ZZ	Podíl v %	Počet ZZ	Podíl v %	Počet ZZ	Podíl v %	Počet ZZ	Podíl v %	Počet ZZ	Podíl v %
Žádná bonifikace	669	14,8%	608	13,5%	677	14,9%	382	8,4%	344	7,5%
Alespoň dobrá praxe	324	7,2%	654	14,5%	432	9,5%	844	18,5%	993	21,6%
Alespoň republiková	3 338	73,9%	3 289	72,8%	3 364	74,2%	3 731	81,7%	3 843	83,6%
Alespoň okresní	3 579	79,2%	3 553	78,7%	3 569	78,8%	3 920	85,9%	4 029	87,7%
Alespoň 1 bonifikace	3 849	85,2%	3 909	86,6%	3 854	85,1%	4 184	91,6%	4 251	92,5%
Celkový počet ZZ	4 518	100%	4 517	100%	4 531	100%	4 566	100%	4 595	100%

Zdroj: Zpravodaje VZP ČR 2001-2005. Autorem upraveno a doplněno o vlastní výpočty.

Závěr

I u nás se potvrzuje, stejně tak jako v ostatních zemích, že praktický lékař má v systému poskytování zdravotní péče jedinečné postavení. To je dáno nejen historicky, ale i současným společenským i globálním vývojem, kterému čelíme zrovna tak jako jiné země. Ten je na jedné straně charakterizován velkým rozvojem vědy a techniky, který se medicíny dotýká tak výrazně, že při použití řady vyšetřovacích a léčebných technologií se ztrácí kontakt pacienta s lékařem. Proto na druhé straně vzrůstá potřeba bezprostředního osobního kontaktu a vzájemné osobní znalosti pacienta i lékaře, aby diagnostický i terapeutický proces byl provázen vřelým lidským vztahem. Význam primární péče ale roste i v souvislosti s dalšími sociálními a ekonomickými změnami, které ovlivňují jak hierarchii hodnot, tak i strukturu, organizaci a fungování celého zdravotnictví. Potřebu změny organizace a poskytování zdravotní péče, vyvolá měnící se spektrum onemocnění, které je a bude zčásti důsledkem samotné moderní medicíny a zčásti důsledkem stárnutí naší populace. Zdravotní péče se tak musí více zaměřovat na léčení chronických onemocnění a chronických stavů. Potřebu změny organizace a poskytování zdravotní péče v neposlední řadě ovlivňují také měnící se postoje lékařů a pacientů k nemoci a celkově ke zdravotní péči. Všeobecně se začíná čím dál více dbát na kvalitu poskytované zdravotní péče. Tyto změny s sebou nesou také výrazný růst nákladů na poskytovanou péči a právě péče primární, ze své pozice „vstupní brány“ do systému, může náklady účinně regulovat.

Řada politiků i lékařů si tento fakt uvědomuje, a proto se setkáváme se snahami o posílení role praktického lékaře, jako základního článku primární péče. Praktičtí lékaři o své pacienty nejenom pečují, ale i koordinují péči o jejich zdraví a usměrňují tak mnohdy chaotický pohyb pacienta zdravotnickým systémem. Není zájmem omezovat právo pacienta na svobodnou volbu, ve vztahu k nákladům je však žádoucí, aby péči čerpal uvážlivěji a zejména pod odborným dohledem. Pacient se volně pohybuje zdravotním systémem. Náklady na jednoho pojištěnce, které na sebe váže ošetřující praktický lékař, jsou až čtyřikrát menší než náklady, které uskutečnil pojištěnec bez jeho vědomí. Je samozřejmé, že ne všechny náklady je praktický lékař schopen ovlivnit. Ale posilováním jeho role v systému může dojít k významným

úsporám, například při pohlídní duplikování odborných vyšetření, komplementu nebo léků. Zde se tedy jeví regulační mechanismy vůči praktickým lékařům jako nespravedlivé, jelikož ne každou návštěvu svého pacienta jsou schopni ovlivnit a pohlídat.

Tyto snahy jsou ale více či méně úspěšné a v našich podmínkách navíc ztížené socialistickou minulostí. Aby bylo dosaženo úspěchu, mělo by se toto posilování role praktických lékařů dít v několika rovinách.

Jednak v rovině vzdělávání, a to pregraduálního i postgraduálního. Základem vzdělání lékaře by měla být nejen široká a kvalitní odborná připravenost, ale i vzdělání v dalších disciplínách tak, aby lékař chápal každého člověka, potenciálního pacienta, v jeho biopsychosociální jednotě a aby tím dokázal naplnit roli, která je mu vymezena legislativou a dalšími normami, zejména etickými. Koncepce oboru jako taková je v našem systému dobře propracovaná, i když spektrum výkonů, které naši praktičtí lékaři mohou vykonávat, je v porovnání s lékaři západní Evropy pořád ještě omezené. Problémem jsou ale podmínky pro vstup do oboru, které jsou stále nastaveny neodpovídajícím způsobem, čímž dochází k úbytku mladých lékařů projevujících zájem o obor a v budoucnu bychom se mohli potýkat s jejich nedostatkem. Svůj díl na této situaci nepochybně má i ekonomické ohodnocení praktických lékařů, které vzhledem k náročnosti práce zájem mladých lékařů nepodněcuje.

Ohodnocení práce praktického lékaře je zároveň další rovinou, ve které by se mělo odrazit posilování jeho role a pozice v systému. Jde o ohodnocení jak společenské, tak finanční, které spolu úzce souvisí. Sociální postavení lékaře je dáno jak jeho znalostmi a oceněním jeho lidských i lékařských schopností, tak i finančním ohodnocením, kterého může dosáhnout. Smyslem systému financování praktických lékařů pro dospělé by tedy měla být ekonomická motivace, aby praktičtí lékaři léčili a pečovali o své pojištěnce efektivně, nikoliv na jejich úkor. Na druhou stranu ale není možné, aby výdělky lékařů rostly neomezeně, neboť možnosti jsou v našich podmínkách dány především objemem prostředků veřejného zdravotního pojištění. Proto byly v rámci mechanismů úhrad uplatňovány i mechanismy regulační, které se řídily určitými danými principy. Postupně docházelo částečně ke změně těchto mechanismů, ve smyslu posunu od regulačních mechanismů založených na vlastní činnosti v ordinaci či na vlastních nákladech, k regulačním a motivačním mechanismům založeným na vyhodnocování komplexních nákladů na registrované

pacienty. Nastavený systém fungoval relativně stabilně a přestože praktičtí lékaři nebyli ti, kteří způsobovali neadekvátní počet kontaktů občanů se zdravotnictvím, systém úhrad a s nimi souvisejících regulací byl v loňském roce zásadně změněn. Regulace byly však zatím stanoveny pouze jednostranně, a to proti zdravotnickým zařízením, nelimitují ani v nejmenším aktivitu pacientů samotných a nezahrnovaly ani zvýšení podílu přímých plateb pacientů.

Úhrady v prvním pololetí 2006 tedy byly stanoveny vyhláškou č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky č.101/2006 Sb., která definovala regulační mechanismy, jejichž uplatněním došlo k tvrdé regulaci ceny zdravotní péče, což bylo proti principům demokratického státu. Ukládala pojišťovnám povinnost omezit úhradu poskytnuté zdravotní péče, přičemž podmínky uplatnění této regulace byly v podstatě mimo vliv lékařů. Vyhláška stanovila administrativní limity a nepřipouštěla jejich změnu ani z důvodu potřeby poskytnuté péče, jako tomu bylo v případě regulačních mechanismů dříve. V její kombinaci s novelou Seznamu výkonů, kdy došlo k navýšení jejich hodnoty, došlo ještě k dřívějšímu vyčerpání limitů. Navíc navýšení hodnoty výkonu vedlo ke snížení objemu péče zejména u nemocnic a ambulantních specialistů (cca o 20%), což znamenalo, že pacienti se budou přesunovat do péče primární, která byla ale ovšem výrazně regulována.

Tím došlo k situaci, že pokud praktičtí lékaři chtěli zachovat péči, na kterou byli pacienti zvyklí a na kterou mají ze zákona právo, financovali tento rozdíl z úhrady za jimi poskytovanou péči, případně na ni ještě nemalé částky dopláceli. Plněním povinností, které vyplývaly z právních předpisů, se tedy lékaři mohli dostat do značných ekonomických problémů, na druhou stranu, neplnění povinností, které jim zákon ukládá pro ně obecně znamená vážné profesní i etické problémy. Regulace se vztahovala nejen na preskribci léků a prostředků zdravotnické techniky, ale i na laboratorních vyšetření, preventivní péči a péči akutní, což v souvislosti se zvýšením bodového ohodnocení výkonů vedlo ke snížení kvality a dostupnosti péče. Dostupnost péče se mohla stát problémem pro vysoce nákladové pacienty a chronicky nemocné, jelikož ošetřující lékaři měli obavy z přílišného dopadu regulačních mechanismů a snažili se omezit počet kontaktů s těmito skupinami pacientů. Z prakticky téhož důvodu se prodloužily i čekací doby na jednotlivá vyšetření. Ve snaze ušetřit náklady na léky, předepisovali pouze po menším počtu balení, než bylo dříve zvykem, aby se takzvaně vešli do nákladů na léky ve srovnávacím období. Vyhýbali se také proskribci specializovanějších léků, pro které

odesílali své pacienty k jiným lékařům a stejně tomu bylo i v případě potřebných vyšetření před operacemi. Z pacienta se tak stal „turista“, který putoval ode dveří ke dveřím a dožadoval se potřebných aktivit.

Vyhlášky byly vydány bez předcházejících analýz kvality péče a jejich důsledky se s požadovanými kritérii na kvalitu neslučovaly a z výše uvedených důvodů nezohledňovaly ani kvalitu života pacientů.

Neexistují však dosud statistická data, která by potvrzovala, že snížení dostupnosti a kvality péče mělo vliv na zvýšení nemocnosti, počtu hospitalizací či úmrtnost, jelikož tyto parametry dosud nejsou součástí statistických analýz.

Shrneme-li výše uvedená fakta, dospějeme k závěru, že se potvrzuje má hypotéza, stanovená v rámci úvodu práce.

V budoucnu by bylo třeba rovněž legislativní vytvoření zákonů a dalších norem, které by v systému zdravotní péče pevně zakotvovaly postavení praktického lékaře tak, aby byla zachována jeho jedinečnost ve vztahu k obyvatelstvu, k jeho potencionálním klientům až pacientům, a to jak v péči preventivní, tak léčebné.

V dohodovacím řízení o rámcové smlouvě i v dohodovacím řízení o hodnotě bodu a cenách zdravotní péče by bylo potřeba prosazovat i otázky, jak je to s ošetřováním drahých pacientů a jak ekonomizovat zdravotní péči, pokud není zřejmé, která péče se do regulací počítá a jak může lékař zdravotní pojišťovně signalizovat, že se jednalo o péči akutní a že by za ni neměl být regulován, aby i tyto otázky byly jak v dodatcích ke smlouvě o poskytování a úhradě zdravotní péče, tak v rámcové smlouvě řešeny.

V tomto smyslu je nutné najít rozumnou míru regulací, aby nedocházelo ke snížení kvality zdravotní péče a následně k rizikům pro pacienty. Předmětem zájmu zdravotní politiky by se tedy měla stát analýza zejména spotřeby a efektivity péče, na jejichž základě by měla být posuzována veškerá regulační omezení.

Poskytování zdravotnických služeb, jejich organizace, financování i úhrady představují komplikované procesy, které spolu vzájemně souvisí a ovlivňují se. Jakékoliv změny je proto nutné provádět s ohledem na celý systém a všechny odpovídající aktéry.

Při zpracování práce jsem se potýkala celou řadou problémů, kdy bylo obtížné získat byť i základní potřebné informace a řada dalších dat byla velmi těžko analyzovatelná a srovnatelná. Porovnávací i výpočtová kritéria se od sebe často lišila.

A průběhem času se navíc měnila i metodika hodnocení komplexní nákladovosti, čím mohou být jednotlivé výsledky ovlivněné.

Je nepochybné, že problémy zdraví, zdravotní péče a zdravotních systémů se čím dál více stávají tématy, která zaměstnávají nejenom politiky, ale i celou společnost.

Resumé

Má práce nese název „Postavení primární péče a analýza regulačních mechanismů úhrad praktických lékařů pro dospělé v ČR“. Jak plyne názvu, svou pozornost soustředím na oblast primární péče, a to zejména proto, že představuje hlavní článek zdravotnického systému a to jak z hlediska ekonomického, tak organizačního. V kontextu všeobecných vývojových změn posledních let je jí ve většině států přikládán stále větší význam. Základním článkem jsou pak praktičtí lékaři pro dospělé, kteří s pacienty přicházejí do kontaktu nejčastěji. Zajímá mě tedy především postavení primární péče a praktických lékařů pro dospělé v našem zdravotnickém systému s důrazem zejména na regulační mechanismy úhrad zdravotní péče, které v prvním pololetí loňského roku, na základě vydání vyhlášky č. 550/2005 Sb., ve znění vyhlášky 101/2006 S., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro první pololetí 2006, byly označeny za nepřiměřené, omezující kvalitu poskytované péče a pro lékaře dokonce po ekonomické stránce za likvidační. Hlavním cílem práce je tedy analýza této vyhlášky a jí stanovených regulačních mechanismů se záměrem zjistit jejich souvislost s deklarovanými nedostatky. Za tímto účelem používám zejména metodu kvalitativní analýzy právních dokumentů, sekundární analýzu statistických dat a jako doplňující metodu, kterou se snažím zjistit pohled samotných lékařů, kterých se vyhláška týká primárně, používám polostandardizované rozhovory.

Resumé

The name of my thesis is “The position of primary care and analysis of regulatory mechanisms settlement of general practitioners for adults in the Czech Republic.” I mainly concentrate on the sphere of primary care, because it represents the main element of the medical system in terms of economical and organizational aspects. In the context of general evolution changes of the past years in most countries I set to its growing meaning. The main elements are general practitioners for adults, who are in contact with the patients most often. This is the reason I am especially interested about the position of primary care and general practitioners for adults in our health system putting emphasis primarily on settlement of regulatory mechanisms health care which were in the first half of last year, on the basis of public notice release no. 550/2000 collection, as amended by public notice 101/2006 collection, which states the amount of health care settlements settled by the public health insurance, including regulatory limitations, for the first half of 2006, indicated as inadequate, limiting the quality of provided care and concerning the economical aspect liquidating for practitioners. The main aim of this thesis is analysis of this public notice and its stated regulatory mechanisms with the intention to find its connection with the declared inadequacies. For this purpose I am especially using legal documents qualitative analysis method, statistical data secondary analysis and a supplementary method by which I am trying to find out the view of practitioners who are mostly influenced by this public notice by using half standard conversations.

Použité zdroje

Analysis of the functions of primary health care in today's Europe: report of a WHO consultation. Copenhagen: WHO, 1995. 18 p.

BARKER, L.R. BURTON, J.R. ZIEVE, P.D. *Principles of ambulatory medicine.* Fourth edition. Baltimore: Williams Wilkins, 1995. p.1-16. ISBN 0-683-00438-7.

CABRNOCH, M. *České zdravotnictví v evropských souvislostech.* Praha: Cevro, 2006. 64 s. ISBN 80-86816-18-4.

DRBAL, C. *Determinanty zdraví a zdravotní politika.* Projekt IGA MZ ČR-NO/6238/3. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2001a. 42 s.

DRBAL, C. *Úvahy o zdraví člověka v naší společnosti.* Praha: Avicenum, 1990. 95 s. ISBN 80 201 0194 2.

DRBAL, C. *Zdraví a zdravotní politika.* Brno: Masarykova Universita, 1996. 116 s. ISBN 80-210-1466-0.

DRBAL, C. *Nová zdravotní politika.* Projekt IGA MZ ČR č. NO/2638-3. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2001. 27 s.

DRBAL, C. *Zdravotní stav populace ČR a jeho prognóza jako dominantní determinanta požadavků na systém péče o zdraví.* Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 3/1997. Praha: ČVUT, 1997. 92 s.

Ekonomika, právo a politika. Sborník textů ze seminářů. Praha: Cep, 2001. 150 s. ISSN 1213-3299.

GLADKIJ, I. KOLDOVÁ, Z. *Propedeutika sociálního lékařství.* Třetí upravené vydání. Olomouc: UP, Lékařská fakulta, 2005. 176 s. ISBN 80-244-1120-2.

GLADKIJ, I. *Politika a politický proces a jejich vliv na možnosti uplatnění systémového přístupu v transformaci zdravotnictví.* Olomouc: Universita Palackého, 1997. 47 s. ISBN 80-7067-753-8.

Gladkij, I. HEGER, L. STRNAD, L. *Kvalita zdravotní péče a metody jejího soustavného zlepšování.* Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 183 s. ISBN 80-7013-272-8.

GLADKIJ, I. *Management ve zdravotnictví.* Brno: Computer Press, 2003. 371 s. ISBN 80-7226-996-8.

HAUBERTOVÁ, D. BARTÁK, M. *Reformy zdravotnických systémů – poučení ze zkušeností.* Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004 a. 58 s. ISBN 80-86625-19-2.

- HAUBERTOVÁ, D. BARTÁK, M. *Cesty k efektivně fungujícím zdravotnickým systémům*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004b. 96 s. ISBN 80-86625-18-4.
- HÁVA, P. KRUŽÍK, L. Veřejnoprávní pojištění v letech 1991-1995. In POTŮČEK, M. PURKRÁBEK, M. HÁVA, P. a kol. *Analýza událostí veřejné politiky v České republice II.díl*. Praha: Vesmír, 1996, s. 59-85. ISBN 80-85977-06-0.
- HÁVA, P. GOULLI, R. *Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. 302 s. ISBN 1213-8096.
- Health for all in the 21st century*. Geneva: WHO, 1998. 8 p.
- Health care systems in transition: the search for efficiency*. Paris: OECD, 1990. 203 p. ISBN 92-64-13310-0.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- Health at a Glance: OECD Indicators - 2005 Edition*. Paris: OECD, 2005. 172 p. ISBN 9264012621.
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: IZPE, 2004. 120 s. ISBN 80-86625-20-6.
- HNILICOVÁ, H. BENCKO, V. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 2005, roč.85, č. 11, s.656 – 660.
- HROBOŇ, P. MACHÁČEK, T. JULÍNEK, T. *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století*. Občanské sdružení Reforma zdravotnictví, 2005, 93 s.
- CHROMÝ, K. Části uživatelé zdravotnické péče. *Praktický lékař*, 2006, roč.86, č.3, s. 127.
- JEŘÁBEK, H. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha: UK, 1992, 162 s.
- KALINA, K. *Průvodce novým zdravotnictvím*. Praha: Maxmia, 1992. 118s. ISBN 80-901333-0-4.
- KAPR, J. KOUKOLA, B. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Slon, 1998. 75 s. ISBN 80-85-850-49-4.
- KŘÍŽOVÁ, E. Rovnost ve zdraví (ekvita) v transformovaném zdravotnictví České republiky. Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky 3/1998. Praha: ČVUT, 1998, 115 s.
- KUNŠTEK, M. Financování zdravotnictví ovládá chaos. *Tempus medicorum*, 2003, roč. 12, č. 9, s. 24-28.

- Lidsky důstojné a efektivně fungující zdravotnictví. Návrh koncepce péče o zdraví v ČR v letech 2004-2009 určený pro celospolečenskou diskusi.* Praha: MZČR, 2004, 108 s.
- Management Development for Primary Health Care.* Geneva: WHO, 1990. 31 p.
- PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton, 2005. 692 s. ISBN 80-7254-657-0.
- POTŮČEK, M. *Sociální politika.* Praha: Slon, 1995. 142 s. ISBN 80-85850-01-X.
- POTŮČEK, M. *Křížovatky české sociální reformy.* Praha: Slon, 1999. 3 s. ISBN 80-85850-70-2.
- Primary health care 21: „Everybody’s business“ Copenhagen: WHO, 1999. 7 p.
- Primary health care – towards the year 2000.* Geneva: WHO, 1990. 18 p.
- Prohlášení kongresu SPL ČR ze dne 27.1.2006. *Appel*, roč. 10, č. 1, 2006, s.12.
- Rozvoj primární péče. Závěrečná studia Phare. Projekt CZ 9201-24.01-L002.* Praha: 1997. 44 s.
- SALTMAN, RICO, BOERMA *Primary care in the driver’s seat?* Maidenhead: Open University Press, 2006. 251 s. ISBN 0-335-21365-0.
- Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy. *České zdravotnictví - financování a poskytování péče.* Studie OECD. Praha: IKEM, 1998. 47s.
- SEIFERT, B., BENEŠ, V. *Všeobecné praktické lékařství.* Praha: Galén, 2005. 292 s. ISBN 80-7262-369-9.
- SEIFERT, B. *Primární péče Praktické lékařství.* Praha: Karolinum, 2004. 156 s. ISBN 80-246-0883-9.
- SEIFERT, B. Krize primární péče na sebe nedá dlouho čekat. *Medical Tribune*, 2005, roč.1, č. 18, s. 19.
- SCHREIBER, V. *Medicína na přelomu tisíciletí.* Praha: Academia, 2000. 207 s. ISBN 8020008225.
- STARFIELD, B. Is US Health Really the Best in the World? *Jama*, 2000, Vol. 284, No. 4, p.483-485.
- STARFIELD, B. *Primary care. Koncept, Evaluation, and Policy.* New York: Oxford University Press, 1992. 262 p. ISBN 0-19-507489-0.
- STOTT, N. C.H. *Primary health care: bridging the gap between Tudory and practice.* Berlin: Springer, 113 p.
- STRNAD, L. STOŽICKÝ, A. Diferenční náklady fondů veřejného zdravotního pojištění na prodlužování střední délky života v české republice v letech 1995-2003. *Praktický lékař*, 2006, roč. 86, č. 2, s. 69.

- SUCHÝ, TĚŠÍNOVÁ. Akreditace k zajišťování specializačního vzdělávání lékařů, zubních lékařů a farmaceutů. *Praktický lékař*, 2006, roč. 86, č. 11, s. 665-666.
- TARIMO, E. Primary Health Care Concepts nad Challenges in a Changing World: Alma –Ata revisited. Geneva: WHO, 1997. 118 p.
- The European Definition of General Practice/Family medicine*. WONCA Europe: 2005. 42 p.
- TĚŠÍNOVÁ, J. Získávání specializací lékařů v přechodném období. *Praktický lékař*, 2006, roč. 86, č.10, s. 600-601.
- TICHÁČEK, B. Reforma sféry péče o veřejné zdraví. In POTŮČEK, M. PURKRÁBEK, M. HÁVA, P. a kol. *Analýza událostí veřejné politiky v České republice I.díl*. Praha: Vesmír, 1994, s. 36-53. ISBN 80-85977-01-X.
- TOMEŠ, I. *Sociální politika. Teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 2001. 262 s. ISBN 80-86484-00-9.
- UHROVÁ, J. Editorial. *Appel*, 2006, roč.10, č. 3, s.1.
- VOJTÍŠKOVÁ, SEIFERT, BÝMA. Průzkum mezi praktickými lékaři. *Praktický lékař*, 2006, roč. 86, č. 11, s. 623-626.
- World Health Organisation: Glossary of terms, Health for all, Series No. 9. Geneva: WHO, 1984.

Právní dokumenty

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

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

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

Zákon č. 258/ 2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví určující povinnosti související s očkováním.

Vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1.pololetí 2006.

Vyhláška č. 101/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1.pololetí 2006.

Protokol z jednání zdravotních pojišťoven a skupiny praktických lékařů pro děti a dorost pro období II. pololetí 2005, konaného dne 14.3.2005.

Protokol z jednání zdravotních pojišťoven a skupiny praktických lékařů pro děti a dorost pro období II. pololetí 2003, konaného dne 25.2.2003.

Věstník MZ ČR:

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních opatření pro 2. pololetí 2005 (Částka 7/2005).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2006 (Částka 11/2005).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2004 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 6/2004).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2005 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 12/2004).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 2. pololetí 2003 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 7/2003).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2004 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 13/2003).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 2. pololetí 2002 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 6/2002).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2003 mezi zástupci

Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 13/2002).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 2. pololetí 2001 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 6/2001).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 1. pololetí 2002 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 13/2001).

Výsledky dohodovacího řízení o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění pro 3. a 4. čtvrtletí 2000 mezi zástupci Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů zdravotní péče (Částka 7/2000).

Internetové odkazy

<http://www.vzp.cz>

<http://www.czso.cz>

<http://www.uzis.cz>

<http://www.mzcr.cz>

<http://www.mfcr.cz>

<http://www.who.int>

<http://www.OECD.org>

<http://www.medical-tribune.cz>

<http://www.splcr.cz>

<http://www.lkcr.cz>

<http://www.lok-scl.cz>

<http://www.healthforum.cz>

<http://www.mvcr.cz>

<http://www.ordinace.cz>

<http://www.svl.cz>

<http://www.wonca.org>.

SCHNEIDER, O. *Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050*. www.healthreform.cz/content/files/cz/reforma/1_Publikace/Elpida_2005.pdf

[23.4.2007]

Koncepce oboru Všeobecné lékařství pro praktické lékaře. <http://www.mpsv.cz>

Časopisy

Appel. Sdružení praktických lékařů ČR, 2006, roč. 10.

Appel. Sdružení praktických lékařů ČR, 2005, roč. 9.

Appel. Sdružení praktických lékařů ČR, 2004, roč. 8, č.5.

Appel. Sdružení praktických lékařů ČR, 1997, roč.1, č.2.

Informace pro lékařské praxe, 2007, č.1.

Informace pro lékařské praxe, 2006, č. 1., 4.

Informace pro lékařské praxe, 2005, č. 1., 4.

Informace pro lékařské praxe, 2002, č. 4, 6.

Informace pro lékařské praxe, 2001, č. 2, 3, 4, 6.

Informace pro lékařské praxe, 2000, č. 0.

Medical Tribune. Noviny o zdravotní politice a ekonomice zdravotnictví, 2007, roč. III, č. 1- 10.

Medical Tribune. Noviny o zdravotní politice a ekonomice zdravotnictví, 2006, roč. II.

Medical Tribune. Noviny o zdravotní politice a ekonomice zdravotnictví, 2005, roč. I.

Tempus Medicorum. Časopis České lékařské komory, 2007, roč.16, č. 2, 3, 4.

Tempus Medicorum. Časopis České lékařské komory, 2006, roč. 15, 16.

Tempus Medicorum. Časopis České lékařské komory, 2005, roč. 14, č. 2, 6, 10, 12.

Svět pojištěnce. Časopis VZP ČR, 2007, Jaro.

Svět pojištěnce. Časopis VZP ČR, 2006, Vánoce.

Výroční zpráva VZP ČR za rok 1998.

Výroční zpráva VZP ČR za rok 2001.

Ročenky VZP ČR 2000-2003.

Zpravodaj VZP ČR, 2005, roč. 14, č. 3, 4, 5, 6.

Zpravodaj VZP ČR, 2004, roč. 13-14, č. 3, 5.

Zpravodaj VZP ČR, 2003, roč. 12, č. 3, 4, 6.

Zpravodaj VZP ČR, 2002, roč. 11, č. 3, 4, 6.

Zpravodaj VZP ČR, 2001, roč. 10, č. 1, 2, 3.

Zpravodaj VZP ČR, 2000, roč. 9, č. 3, 4, 5, 6.

Zpravodaj VZP ČR, 1999, roč. 8, č. 2, 3, 4.

Polostandardizované rozhovory s praktickými lékaři (MUDr. Koláčková, MUDr. Otrubová, MUDr. Šotolová, MUDr. Grygar, MUDr. Kukulenka, MUDr. Vaňhara, MUDr. Tothová, MUDr. Vašková, MUDr. Kůra)

Příloha č. 1

Právní předpisy vztahující se výlučně k oboru Všeobecné lékařství pro praktické lékaře

- zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 258/ 2000 Sb. O ochraně veřejného zdraví určující povinnosti související s očkováním,
- zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů,
- zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhl. č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhl. č. 261/1997 Sb., kterou se stanoví práce a pracoviště, které jsou zakázané všem ženám, těhotným ženám, matkám do konce devátého měsíce po porodu a mladistvým, a podmínky, za nichž mohou mladiství výjimečně tyto práce konat z důvodu přípravy na povolání, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhl. č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře,
- vyhl. č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhl. č. 127/1996 Sb., o zdravotní způsobilosti k vydání nebo prodloužení platnosti zbrojního průkazu a o prohlášení žadatele,
- vyhl. č. 31/1993 Sb., o posuzování dočasné pracovní neschopnosti pro účely sociálního zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhl. č. 439/2000 Sb., o očkování proti infekčním nemocem,
- vyhl. č. 440/2000 Sb., kterou se upravují podmínky předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a hygienické požadavky na provoz zdravotnického zařízení a ústavů sociální péče,
- vyhl. č. 49/1993 Sb., o technických a věcných požadavcích na vybavení zdravotnických zařízení, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhl. č. 187/1989 Sb., kterou se provádí zákon o ochraně před alkoholismem a jinými toxikomaniemi, ve znění pozdějších předpisů,
- vyhl. č. 19/1988 Sb., o postupu při úmrtí a pohřbnictví,
- vyhl. č. 32/1965 Sb., o odškodňování bolesti a ztížení společenského uplatnění,
- vyhl. č. 77/1981 Sb., o zdravotnických pracovnících a jiných odborných pracovnících ve zdravotnictví, ve znění pozdějších předpisů,
- směrnice MZ č. 1/1985 Věst. MZ o pohotovostních zdravotnických službách,
- metodický pokyn MZ ZD 04/1994 k poskytování zdravotní péče mentálně postiženým občanům,
- pokyn hlavního hygienika ČR ZD 01/1996 k zabezpečení řádného provádění povinných očkování fyzických osob,
- směrnice MZ č. 1/1985 Věst. MZ o provádění rentgenových vyšetření,
- doporučení MZ 611/1-200-29.4.97 k postupu při zajišťování lékařské služby první pomoci,

- sdělení Ministerstva dopravy ZD 13-96 o právní úpravě zdravotní způsobilosti vydané v působnosti tohoto resortu.

Příloha č. 2

Mechanismy úhrad zdravotní péče praktických lékařů pro dospělé v letech 2006 - 1998

1. pololetí 2006: (v závorce uvedeny údaje dle z. č. 101/2006)

A) KKVP – 34 Kč

- ne věková indexace, celkové navýšení o 3% (věková indexace ano, celkové navýšení o 3%)
- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace, 0,97 Kč/bod - celková úhrada maximální do výše 103% úhrady (105%)

B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč

- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den

C) KKVP s dorovnáním – platí podmínky stanovené pro KKVP a výkonovou platbu

- dorovnání do 90% KKVP

1. pololetí 2005:

A) KKVP – 33 Kč

- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace, 0,95 Kč/bod
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč

- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den

C) KKVP s dorovnáním – malé praxe

- dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky
- přiznání komisí pro malé praxe
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

2. pololetí 2005:

A) KKVP – 34 Kč

- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace, 0,97 Kč/bod
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč

- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den

C) KKVP s dorovnáním – malé praxe

- dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky
- přiznání komisí pro malé praxe
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

1. pololetí 2004:

A) KKVP – 33 Kč

- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace, 0,95 Kč/bod
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč

- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den

- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
- dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky
- přiznání komisí pro malé praxe
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

2. pololetí 2004:

- A) KKVP – 33 Kč
- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,95 Kč/bod
- bonifikační systém s regulačními mechanismy
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
- dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky
- přiznání komisí pro malé praxe
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

1. pololetí 2003:

- A) KKVP – 32 Kč
- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,90 Kč/bod
- bonifikační systém s regulačními mechanismy
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
- max. úhrada do 100% POÚ
- celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
- dorovnání do 90% KKVP
- dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
- přiznání komisí pro malé praxe
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

2. pololetí 2003:

- A) KKVP – 33 Kč
- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,90 Kč/bod
- bonifikační systém s regulačními mechanismy
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
- dorovnání do 90% KKVP
- dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
- přiznání komisí pro malé praxe
- bonifikační systém s regulačními mechanismy

1. pololetí 2002:

- A) KKVP – 30 Kč
- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,87 Kč/bod

- bonifikační systém s regulačními mechanismy
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
 - limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
 - max. úhrada do 100% POÚ
 - celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
 - dorovnání do 90% KKVP
 - dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
 - přiznání komisí pro malé praxe
 - bonifikační systém s regulačními mechanismy

2. pololetí 2002:

- A) KKVP – 31 Kč
 - nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace, 0,87 Kč/bod
 - bonifikační systém s regulačními mechanismy
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
 - limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
 - max. úhrada do 100% POÚ
 - celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
 - dorovnání do 90% KKVP
 - dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
 - přiznání komisí pro malé praxe
 - bonifikační systém s regulačními mechanismy

1. pololetí 2001:

- A) KKVP – 29 Kč
 - nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace, 0,70 Kč/bod
 - bonifikační systém s regulačními mechanismy
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
 - limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
 - max. úhrada do 100% POÚ
 - celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
 - dorovnání do 90% KKVP
 - dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
 - přiznání komisí pro malé praxe
 - bonifikační systém s regulačními mechanismy

2. pololetí 2001:

- A) KKVP – 29 Kč
 - nepravidelná péče a výkony nad rámec kapítace, 0,80 Kč/bod
 - bonifikační systém s regulačními mechanismy

- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
 - limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
 - max. úhrada do 100% POÚ
 - celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
 - dorovnání do 90% KKVP
 - dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
 - přiznání komisí pro malé praxe
 - bonifikační systém s regulačními mechanismy

1. pololetí 2000:

- A) KKVP – 28 Kč
 - nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,70 Kč/bod
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
 - limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
 - max. úhrada do 100% POÚ
 - celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
 - dorovnání do 90% KKVP
 - dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
 - přiznání komisí pro malé praxe

2. pololetí 2000:

- A) KKVP – 29 Kč
 - nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,70 Kč/bod
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
 - limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
 - max. úhrada do 100% POÚ
 - celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
 - dorovnání do 90% KKVP
 - dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)
 - přiznání komisí pro malé praxe

1. pololetí 1999:

- A) KKVP – 27 Kč
 - nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,70 Kč/bod
- B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč
 - limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den
 - max. úhrada do 90% POÚ
 - celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady
- C) KKVP s dorovnáním – malé praxe
 - dorovnání do 90% KKVP

pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)

- dorovnání menšího počtu jednicových registrovaných

- přiznání komisí pro malé praxe

2. pololetí 1999:

A) KKVP – 28 Kč

- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,70 Kč/bod

B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč

- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den

- max. úhrada do 100% POÚ

- celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady

C) KKVP s dorovnáním – malé praxe

- dorovnání do 90% KKVP

pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)

- přiznání komisí pro malé praxe

1. pololetí 1998:

A) KKVP – 25 Kč

- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,70 Kč/bod

B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,70 Kč

- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den

- max. úhrada do 104% POÚ

- celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady

2. pololetí 1998:

A) KKVP – 27 Kč

- nepravidelná péče a výkony nad rámec kapitace, 0,70 Kč/bod

- bonifikační systém s regulačními mechanismy

B) Výkonová platba – hodnota bodu 0,46 Kč

- limit času nositele výkonu 12 hod/kalendářní den

- max. úhrada do 90% POÚ

- celková úhrada do výše tzv. maximální úhrady

C) KKVP s dorovnáním – malé praxe

- dorovnání do 90% KKVP

pojištěnců s ohledem na geografické podmínky (méně než 70% celostátního průměru)

- přiznání komisí pro malé praxe

Příloha č. 3

Otázky položené v rámci polostandardizovaného rozhovoru

1. Jak hodnotíte postavení primární péče a praktických lékařů ve zdravotnickém systému?
2. Jaké problémy či situace souvisí s postavením PL?
3. Jak je možné případnou problémovou situaci či postavení napravit?
4. Jak hodnotíte úhradové mechanismy praktických lékařů, jaké jsou jeho nedostatky či pozitiva?
5. Jaký by mohl být ideální úhradový mechanismus?
6. Jak hodnotíte nastavení regulačních mechanismů před rokem 2006?
7. V čem spatřujete pozitiva či negativa bonifikačního systému?
8. Jak hodnotíte regulační mechanismy nastavené v 1. pololetí 2006? V čem spočívaly výhody či nevýhody?
9. Co tyto mechanismy znamenaly pro vaši praxi?
10. Jak podle Vás tyto regulační mechanismy dopadly na pacienty?