

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s.



Ekonomika

a

pojišťovnictví

I. část



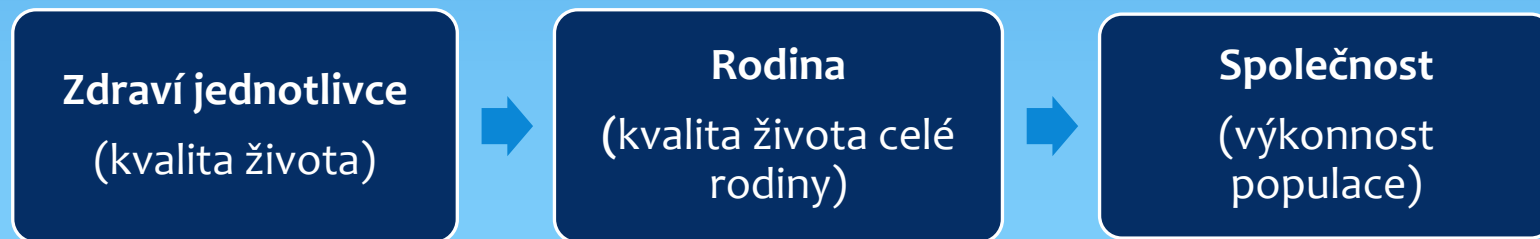
Charakteristika zdravotnictví z pohledu ekonomické teorie



Zdravotnictví v tržním hospodářství

- **Ekonomika péče o zdraví je souhrnem mnoha různorodých nákladů do všech vstupů tvořící systém péče o zdraví, tedy i nákladů vložených do životního a pracovního prostředí, vědy a výzkumu a ostatních inputů vstupujících do systému.**
- **Náklady vynaložené do péče o zdraví jsou v mnoha případech otázkou dlouhodobých investic bez okamžité či krátkodobé návratnosti. Nikdy není zcela jisté, kdy a zda vůbec se očekávaný přínos dostaví.**

- ❖ **ZDRAVÍ** → představuje základní hodnotu jednotlivce a v mnoha případech zásadně ovlivňuje i jeho rodinu, tak i v širším slova smyslu celou společnost.



K měření zdravotního stavu obyvatelstva se používají různé indikátory zdraví, které však nejsou příliš přesné. Mezi nejčastěji používané indikátory péče o zdraví se používají ukazatele jako jsou:

- počet dnů pracovní neschopnosti v přepočtu na jednoho obyvatele,
- procentuální vyjádření počtu invalidního obyvatelstva,
- střední délka života,
- úmrtnost v různém podrobnějším členění (na různé druhy nemocí, novorozenecká, kojenecká, mateřská atd.)
- Počet ztracených roků v důsledku úmrtí před 65 rokem atd.

Vlády jednotlivých zemí přistupují k výdajům na ochranu a péči o zdraví obyvatelstva různě. Péče o zdraví závisí na mnoha faktorech:

- a) celková ekonomická úroveň státu**
- b) systém vládnutí v konkrétní zemi**
- c) priority státní politiky**
- d) faktory kulturní a historické**

a) Celková úroveň ekonomické vyspělosti státu

- jedná se o ukazatel ekonomiky státu versus výdaje na zdravotní péči.
- Ekonomicky vyspělé státy vynakládají na zdravotní péči značné prostředky. Na druhou stranu ekonomicky méně vyspělejší státy ponechávají větší tíhu nákladů na zdravotní péči na občanech.

- Na druhou stranu se setkáváme pro nás s rozvojovými zeměmi, které mají své zdravotnické systémy velmi vyspělé (arabské státy). V protikladu stojí země jako je např. Čína, která má svůj zdravotnický systém ve špatném stavu.

b) Systém vládnutí v konkrétní zemi

v ekonomickém pojetí může být z hlediska teorie hospodářské politiky systém vládnutí liberální nebo intervencionistický. V praxi se liberální a intervencionistický systémy v čisté podobě nevyskytují.

- i. **Liberální směr** – ponechává volnou samoregulační sílu trhu s minimálními zásahy státu do ekonomických procesů. Stát se zaměřuje především na zajištění obrany, vzdělání, výstavba, fungování policie a justice, aj.
- ii. **Intervencionistický směr** – považuje samoregulační systém za nedostatečný, proto upřednostňuje zásahy státu jak do samotného samoregulačního systému, tak i do ekonomických procesů.

c) Priority státní politiky

Faktory ovlivňující priority vládnoucí politické strany

- stav národního cyklu
- ekonomická preference konkrétní vlády
- náhodné jevy (přírodní katastrofy)

d) Faktory kulturní a historické

- V evropském kulturním prostředí je preferovaná tradiční zdravotní politika.
- Tradiční zdravotní politika se vyznačuje základními faktory, jako jsou solidarita a tradice povinného zdravotním systému. V USA tato tradice není, což zásadním způsobem ovlivňuje tamější zdravotní politiku vlády.

Nárůst nákladů na zdravotní péči

Problém zdravotní politiky je trvale stoupající náklady na zdravotní péči, kterou řeší každá vláda. Náklady na zdravotní péči stoupá především v důsledku:

- a) stárnutí obyvatelstva – *stále stoupající počet seniorů*
- b) vědeckého pokroku v medicíně – *stále větší náklady na vývoj nových technologií a léků*
- c) vysoký podíl živé práce ve zdravotnictví a růst jejich ceny (mzdy)
- d) nárůst civilizačních chorob – *v důsledku životního stylu obyvatelstva a i stavu životního prostředí*

Shrnutí

Z ekonomického hlediska, je úroveň zdravotnictví a rozsah zdravotní péče konkrétního státu v převážné míře závislá na vývoji základních makroekonomických veličin národního hospodářství daného státu. To znamená především na vývoji ekonomického růstu, stagnace či poklesu měřeného pomocí hrubého domácího produktu (HDP), vývoji inflace, nezaměstnanosti, zadluženosti státu, úspěšnosti výběru daní, zdravotního a sociálního pojištění a dalších makroekonomických ukazatelů ekonomické úrovně daného státu.

Zdravotnictví je důležitou a nedílnou součástí národního hospodářství, je součástí tzv. terciálního sektoru.

Tab. 1. Srovnání podílu celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu ve vybraných zemích OECD

Země	Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na HDP v %			
	rok			
	2009	2010	2011	2012
Česká republika	7,8	7,4	7,5	7,5
Belgie	10,7	10,6	10,6	10,9
Dánsko	11,5	11,1	10,9	11,0
Finsko	9,2	9,0	8,9	9,1
Francie	11,6	11,6	11,5	11,6
Irsko	9,9	9,2	8,7	8,9
Island	9,6	9,3	9,0	9,0
Itálie	9,4	9,4	9,2	9,2
Japonsko	9,5	9,6	10,1	10,3
Kanada	11,1	11,1	10,9	10,9
Korea	7,2	7,3	7,4	7,6
Lucembursko	8,1	7,6	7,3	7,1
Maďarsko	7,7	8,1	8,0	8,0
Německo	11,8	11,6	11,2	11,3
Nizozemsko	11,9	12,1	12,1	.
Norsko	9,7	9,4	9,3	9,3
Polsko	7,2	7,0	6,9	6,8
Portugalsko	10,8	10,8	10,2	.
Rakousko	11,2	11,1	10,9	11,1
Řecko	10,2	9,5	9,8	9,3
Slovensko	9,2	8,5	8,0	8,1
Spojené království	9,7	9,4	9,2	9,3
Španělsko	9,6	9,6	9,4	.
Švédsko	9,9	9,5	9,5	9,6
Švýcarsko	11,0	10,9	11,1	11,4
Turecko	6,1	13 5,6	5,3	5,4
USA	17,1	17,0	17,0	16,9

Zdroj: OECD Health Statistics, červen 2014



Organizace zdravotnictví v ČR



Výkon státní správy na úseku zdravotnictví

Ústředním orgánem na úseku zdravotnictví je **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR**, a to na základě kompetenčního zákona 2/1969 Sb. o zřízení ministerstev a jiných ústředních orgánů státní správy.

Ministerstvo zdravotnictví ČR je ústředním orgánem státní správy pro zdravotní péči, ochranu veřejného zdraví, zdravotnickou vědeckovýzkumnou činnost, zdravotnická zařízení v přímé řídicí působnosti ministerstva, apod.

Součástí ministerstva je i Český inspektorát lázní.

Pro výkon státní správy na úseku zdravotnictví jsou zřízeny i specializované orgány státní správy a těmi jsou:

- ❖ Státní zdravotní ústav (SZU)
- ❖ Státní ústav pro kontrolu léčiv (SUKL)
- ❖ hygienické stanice
- ❖ zdravotní ústavy
- ❖ Ústav zdravotních informací a statistiky (ÚZIS)
- ❖ Ústav leteckého zdravotnictví

Výkon státní správy na úseku zdravotnictví v území je svěřen orgánům územní samosprávy, a to v rámci *PŘENESENÉ PŮSOBNOSTI*.

Při svěření zdravotnictví voleným orgánům územní správy je upřednostňováno především hledisko dostupnost a kvality zdravotní péče.

Na úrovni vyšších územních samosprávních celků (krajů) vykonávají státní správu na úseku zdravotnictví odbory zdravotnictví krajských úřadů.

Odbory zdravotnictví zodpovídají za stav zdravotní péče v kraji, řídí nemocnice (krom nemocnic řízených přímo ministerstvem) a i sítě lékařů primární péče, ambulantních specialistů, lékáren, LDN, psychologové, logopedi apod. Dále řídí zdravotnickou záchranou službu v kraji.

Odbory zdravotnictví se většinou člení na dvě oddělení:

1. oddělení zdravotní péče
2. oddělení ekonomicko-investiční a majetkové

Toto oddělení vykonává svoji činnost v přenesené působnosti státní správy, tak i činnost v přenesené působnosti kraje, a to na úrovni obcí s rozšířenou působností a městských úřadů jsou zřízeny odbory sociální a zdravotní. Těm jsou svěřeny především úkoly v oblasti evidence receptů na některé druhy léků např. omamné látky, dále řeší přestupky a jiné správní delikty na úseku ochrany před škodami způsobenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami.

Zdravotní pojišťovny

- ❖ Většinu nákladů na výkon zdravotních služeb je hrazena z prostředků zdravotního pojištění.
- ❖ V ČR je zdravotní pojištění povinné, což znamená, že každá FO s trvalým pobytem na území ČR a cizinci pracující u zaměstnavatele se sídlem v ČR musí být **POVINNĚ** pojištěni u některého zdravotní pojišťovny působící na území ČR.

Kód ZP	Název zdravotní pojišťovny	Zkratka
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	VZP ČR
201	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	VoZP
205	Česká průmyslová zdravotní pojišťovna	ČPZP
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	OZP
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	ZPŠ
211	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	ZP MV ČR
213	Revírní bratrská pokladna	RBP

❖ Zdravotní pojišťovny vykonávají v rámci systému zdravotního pojištění především tyto dva základní druhy činnosti:

1. výběr a správa pojistného na zdravotní pojištění

- děje se na základě zákona 592/1992 Sb. o pojistném na veřejné zdravotní pojištění. Z vybraného pojištění jsou potom hrazeny náklady na zdravotní služby.

2. úhradu výkonů zdravotním zařízením za poskytnuté zdravotní služby

- úhrady jsou prováděny na základě smlouvy mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickým zařízením nebo lékařem.

Zdravotnická zařízení

❖ Zdravotnická zařízení poskytují zdravotní péči a služby a lze je členit podle mnoha hledisek, např.:

1. podle zřizovatele

- *státní zdravotnická zařízení* – zřizovatel je stát
- *nestátní zdravotnická zařízení* – zřizovatel je jiný subjekt než stát (územní samosprávný celek, církev, soukromý subjekt apod.)

2. podle právní formy

- *fyzické osoby* – podnikatelé jako poskytovatelé zdravotnických služeb, většinou ambulantní péče (praktičtí lékaři, stomatologové, další odborní lékaři, lékárny, zdravotní dopravní služby, laboratoře apod.)

Zdravotnictví v tržním hospodářství



Poptávka ve zdravotnictví

Z hlediska ekonomické teorie lze rozlišit poptávku po zdravotnických službách:

- a) **v užším slova smyslu** – tu představují zdravotní pojišťovny, které nasmlouvávají se zdravotnickými zařízeními poskytování zdravotních služeb.
- b) **v širším slova smyslu** – tu představují klienti (pacienti), kteří poptávají zdravotní služby.

Poptávka po zdravotní péči má dvě složky, které vedou ke vzniku poptávky po zdravotní péči.

a) Subjektivní potřeba

- vychází z obecné definice potřeby, tj. vědomí nedostatek. Potřeba zdraví v subjektivním vyjádření je tedy pocit, vnímání chybějícího zdraví, ztráty zdraví, zhoršení individuálního zdravotního stavu. Při vzniku této potřeby člověk obvykle vyhledá zdravotní zařízení
➡ realizuje poptávku po zdravotnických službách ←

b) Objektivní potřeba

- je založena na nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu obyvatelstva, včasného snížení zdravotních rizik, opatření vedoucích k eliminaci rizik.

- **Objektivní potřebu si lidé většinou neuvědomují, mnohdy ji ani jako potřebu nepocítují.**
- **Lidé obvykle vyhledávají pomoc, až když je situace akutní. Přitom by se dávno předtím daly zachytit příznaky a nemoc mohla být úspěšněji léčena v počátečních stádiích vzniku.**
- **Proto je nutná určitá zdravotní politika státu vycházející z objektivních potřeb zdravotního stavu obyvatelstva. Tato zdravotní politika státu prostřednictvím programu péče o zdraví vyvolává i tento druh poptávky po zdravotnické péči.**
- **Do určité míry je regulace této poptávky vyvolána samotnými lékaři, kteří zvou občany k preventivním prohlídkám.**

Nabídka ve zdravotnictví

- ❖ Stranu nabídky ve zdravotnictví představují zdravotnická zařízení. Ta co do počtu a struktury tvoří síť zdravotnických zařízení.
- ❖ O optimalizaci sítě zdravotnických zařízení se snaží jak zdravotnické pojišťovny, tak i Ministerstvo zdravotnictví.
- ❖ Z důvodu etického rozměru podnikání ve zdravotnictví nemůže být zdravotnictví nikdy jen doménou tržních sil a mechanismů. Vždy bude třeba významných zásahů státu a jiných veřejnoprávních orgánů do mechanismu tohoto trhu. Tyto zásahy nejsou jen otázkami ekonomickými, ale i politickými a jejich řešení se proto odvíjí od toho, jak je zaměřena konkrétní vláda, zda více liberalisticky nebo více intervencionisticky, jaké jsou preference obyvatelstva apod.

V rámci tržního modelu hospodářství se vychází z toho, že nemůže být ponecháno jen volnému působení tržních sil, a to z důvodu, že:

- a) v důsledku nerovnosti v příjmech občanů by mohlo dojít k tomu, že by některým občanům nebyla zdravotní služba poskytnuta, přestože ji potřebují
- b) mohlo dojít k selhání dostupnosti zdravotní péče z hlediska počtu a struktury poskytovatelů zdravotních služeb.

Z výše uvedených důvodů hledají vlády států takové modely financování zdravotní péče, které by zajistily poskytování kvalitní zdravotní péče pro všechny obyvatele.

Nyní jsou ve světě tři základní modely financování zdravotnictví, i když se většinou nevyskytují v čisté formě, ale jsou různě modifikovány :

1. zdravotnictví financované převážně ze státního rozpočtu
2. zdravotnictví financované převážně ze zdravotního pojištění
3. tržní zdravotnictví financované převážně ze zdrojů pacientů

1. Systém financování zdravotnictví ze státního rozpočtu

1. Zdravotnictví financované převážně ze státního rozpočtu = národní zdravotní služba (v ČR před rokem 1990)
 - je to model financovaný z vybraných daní Velká Británie, Itálie, Dánsko apod.
 - stát zajišťuje bezplatné poskytování zdravotních služeb pro všechny občany
 - náklady na zdravotní péči jsou hrazeny přímo ze státního rozpočtu (z vybraných daní)
 - v tomto systému jsou poskytovatelé zdravotních služeb buď veřejné zdravotnická zařízení, nebo soukromí poskytovatelé na základě smlouvy se specializovanými orgány na regionální a municipální úrovni.

2. Financování zdravotnictví převážně z prostředků povinného všeobecného zdravotního pojištění

- ### 2. Zdravotnictví financované převážně ze zdravotního pojištění
- uplatňuje se ve většině zemí Evropy včetně ČR
 - finanční prostředky vybraného pojistného se soustředí ve zvláštních pojistných fondech, které jsou spravovány zdravotními pojišťovnami
 - do fondů povinně přispívají zákonem stanovené výši zaměstnanci a zaměstnavatelé i OSVČ a státní pojištěnci, za ně pojištění platí stát (důchodci, nezaměstnaní, studenti apod.)
 - poskytovatelé zdravotních služeb jsou státní i nestátní zdravotnická zařízení, která své služby poskytují občanům na základě smlouvy uzavřené s ZP.

3. Tržní zdravotnictví

3. Tržní zdravotnictví financované převážně ze zdrojů pacientů = USA

- stát financuje zdravotní služby jen pro určité skupiny obyvatelstva, obvykle se jedná o osoby s nejnižšími příjmy, důchodci, váleční veteráni apod. Ostatní obyvatelé si zdravotnické služby hradí přímo nebo uzavírá různé komerční pojištění pro hrazení těchto služeb
- tento komerční pojistný systém je postaven na smluvní volnosti subjektů pojistného vztahu
- některé velké podniky často kupují zdravotní pojištění pro své zaměstnance jako určitý benefit

- **Centrálně řízené hospodářství z období socialismu bylo nahrazeno financováním zdravotních služeb formou tržního systému národního hospodářství.**
- **V ČR od roku 1993 uplatňován tržní systém národního hospodářství**
- **Nejprve byly privatizována lázeňské péče a mnohé ambulantní zdravotnická zařízení.**
- **Nemocnice byly odstátněny mnohem později, s to převodem do vlastnictví krajů.**

Tržní mechanismů ve zdravotnictví má i své problémy, jelikož je tržní mechanismus dobře aplikovatelný na tzv. dvoustranné vztahy (kupující - prodávající, nájemce - pronajímatel apod.), kdy dobře funguje samoregulační tržní mechanismus, který vede k rovnováze mezi nabídkou a poptávkou prostřednictvím ceny.

Ve zdravotnictví však tyto jednoduché zásady tržní ekonomiky uplatnit nelze, a to z důvodu, že ve zdravotnictví není vztah dvoustranný, ale trojstranný. Do tržního vztahu zde vstupují tyto strany:

1. **pacient** – který zdravotní službu obvykle neplatí, ani ji neobjednává, ale konzumuje ji
2. **lékař** – který také zdravotní službu neplatí, ale poskytuje ji buď sám, nebo ji objednává u dalších poskytovatelů zdravotních služeb, ale tuto službu nekonzumuje
3. **zdravotní pojišťovna** – která služby platí, ale v konkrétním případě ji neobjednává a ani nekonzumuje

Zajistit rovnováhu v tomto trojstranném tržním vztahu je velmi obtížné a zatím do dnešní doby nedořešené z pohledu teorie tržní ekonomiky.

Poskytovatelé zdravotnických služeb



Poskytovatelé – fyzické osoby

Fyzické osoby – podnikatelé

- ❖ poskytují svojí činnost samostatně, na vlastní účet, pod vlastní majetkovou odpovědností a na vlastní riziko
- ❖ výkon samostatného lékařského povolání **není živností** podle zákona 455/1991 Sb. o živnostenském podnikání
- ❖ bude-li FO – podnikatel sám poskytovat zdravotní služby, musí být způsobilý k samostatnému výkonu zdravotnického povolání podle zákona 95/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, či podle zákona 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

- ❖ dále musí poskytovatel FO splňovat požadavek bezúhonnosti ve smyslu § 13 zákona 372/2011 Sb. o zdravotnických službách
- ❖ tato forma podnikání se ve zdravotnictví uplatňuje především v ambulantní péči
- ❖ jsou –li FO jako poskytovatelé zdravotnických služeb, mohou tyto služby poskytovat buď osobně, nebo prostřednictvím odborného zástupce, který může být opět jen FO
- ❖ poskytovatel FO může k výkonu zdravotnických služeb zaměstnávat osoby s potřebnou kvalifikací odpovídající oborům, druhu a formě poskytované zdravotní péče
- ❖ zdravotnické zařízení, kde jsou zdravotnické služby poskytovány, musí být technicky, věcně vybaveno a splňovat i hygienické požadavky.

- ❖ zdravotnické zařízení musí být zaregistrováno u odboru zdravotnictví místně příslušného krajského úřadu
- ❖ dále musí splňovat požadavek povinného pojištění odpovědnosti za škody způsobené při poskytování zdravotních služeb a mít uzavřenou smlouvu s určitým okruhem zdravotních pojišťoven, aby mohlo zdravotní služby poskytovat k tíži zdravotního pojištění
- ❖ ač se jedná o neživnostenské podnikání, přesto musí provozovatel zdravotnického zařízení plnit povinnosti obdobné jako podnikatel (mít přidělené identifikační číslo, být zaregistrován u správce daní, místně příslušné správy sociálního zabezpečení, zdravotní pojišťovny),

má-li zaměstnanec musí provést registraci těchto zaměstnanců k povinnému sociálnímu pojištění, dále mít běžný účet u některé banky, vést účetnictví nebo daňovou evidenci, plnit si daňové povinnosti – odvod daně z příjmů atd.

- ❖ může využít služby ekonomických či daňových poradců.

Poskytovatelé – obchodní společnosti

1. SPOLEČNOST S RUČENÍM OMEZENÝM

- pro vznik společnosti s ručením omezeným (s.r.o.) zákon 90/2012 Sb. o obchodních korporacích stanoví minimální výši vkladu jednoho společníka na částku 1 Kč, je vypuštěna podmínka maximálního počtu společníků, tak jak to uváděl původní zákon.
- s.r.o. vytváří orgány:
 - a) **plenární orgán - valná hromada (nejvyšší orgán společnosti)**
shromáždění společníků, na kterém společníci hlasují váhou svých podílů. V případě s.r.o. s jedním společníkem má postavení valné hromady tento společník, jeho rozhodnutí v takovém případě musí mít písemnou formu.

schází se minimálně jednou za rok a volí a odvolává ostatní orgány společnosti, schvaluje hospodářské výsledky a jeho rozdělení

b) výkonný orgán – jednatel (jednatelé)

pokud je jednatelů více, musí být stanoveno, jak jednají za společnost, jednatel (jednatelé) má postavení statutárního orgánu, řídí společnost, jednatele volí a odvolává valná hromada, jednatelem může být některý ze společníků nebo i třetí osoba

c) kontrolní orgán – dozorčí rada

v s.r.o. je její zřízení nepovinné, volí a odvolává ji valná hromada, jejím úkolem je kontrola činnosti výkonného orgánu (neslučitelnost funkce jednatele s členstvím v dozorčí radě) a kontrola plnění usnesení valné hromady.

- účast společníka v s.r.o. je převoditelná formou převodu jeho obchodního podílu
- podnikání formou s.r.o. je nejčastější právní formou podnikání v ČR, a to včetně podnikání i ve zdravotnictví.

2. AKCIOVÁ SPOLEČNOST

- akciová společnost (a.s.) je právní forma určená pro velké podnikání
- jedná se o nejdokonalejší a největší formu skupinového podnikání, která není v ČR nejpočetnější, ale i tak patří mezi nejdůležitější, protože tuto právní formu mají obvykle největší a nejvýznamnější podniky v ČR.
- a.s. jako velké a významné podniky mají většinou snazší přístup k cizímu kapitálu (úvěry)
- společníci a.s. (akcionáři) neručí vůbec za závazky a.s., je tedy typickou kapitálovou obchodní společností

- a.s. se zakládá přijetím stanov a zákon stanoví minimální výši základního kapitálu a.s. na částku 2 mil. Kč.
- a.s. je obchodní společnost, jejíž základní kapitál je rozvržen na určitý počet akcií
- a.s. povinně vytváří orgány:
 - a) **valná hromada** – plenární orgán, který představuje nejvyšší orgán a.s., je shromáždění akcionářů, kteří buď volí nebo odvolávají ostatní orgány a.s., schvalují hospodářský výsledek a způsob jeho rozdělení či uhrazení ztráty, rozhodnutí o vyplacení podílů ze zisku (dividend) a i odměny členům orgánů
 - b) **výkonný a kontrolní orgán** – název těchto orgánů závisí na zvoleném systému řízení uvedených ve stanovách, a.s. si může zvolit buď dualistický, nebo monistický systém řízení

Dualistický systém řízení je u nás tradiční. Valná hromada volí představenstvo a dozorčí radu. Při monistickém systému řízení je valnou hromadou volena pouze správní rada.

Dualistický systém řízení:

Představenstvo – výkonný a zároveň statutární orgán a.s., schází se podle potřeby, musí být určeno, kteří členové představenstva a jakým způsobem jednají za a.s. navenek, ustanovuje funkci generálního ředitele, který je na rozdíl od členů představenstva zaměstnancem a.s., není statutárním orgánem, proto právní úkony za a.s. může činit pouze na základě a v rozsahu zmocnění udělené představenstvem (plná moc)

Dozorčí rada – kontroluje činnost představenstva, popř. generálního ředitele, kontrola plnění usnesení valné hromady

Monistický systém řízení:

Správní rada – spojuje v sobě funkci jak výkonnou, tak i kontrolní, v rámci výkonné funkce určuje obchodní vedení společnosti, v rámci kontrolní funkce kontroluje výkon vedení – statutárního ředitele – ten je volen a odvoláván správní radou a může být i jejím předsedou

Akciová společnost vydává AKCIE = cenný papír, s který jsou spojena práva akcionářů, která jsou:

- a) *společenská – např. právo účasti na valné hromadě, právo volit a být volen do orgánů společnosti apod.*
- b) *majetková – např. právo na podíl na zisku apod.*

Akcie můžeme členit podle několika kritérií, rozlišujeme např. akcie:

1. *kusové – nemají vyjádřenou jmenovitou hodnotu a představují stejné podíly na základním kapitálu a.s.*

2. podle druhu dělíme akcie na:

- ✓ kmenové – nejsou s nimi spojena žádná práva akcionářů
- ✓ prioritní – jsou s nimi spojena určitá práva akcionářů (přednostní úpis akcií, přednostní výplata dividend apod.)

3. podle podoby rozlišujeme akcie na:

- ✓ listinné – mají papírovou podobu
- ✓ zaknihované – nemají papírovou podobu, ale jen podobu záznamu v zákonem stanovené evidenci

4. podle formy rozlišujeme akcie:

- ✓ *na jméno* – jsou vystaveny na jméno konkrétního akcionáře, jsou-li vystavené v listinné podobě, pak jsou převoditelné rubopisem na řad (zápisem o změně majitele na rubové straně listinné akcie, aktuálním vlastníkem je ten, kdo je zapsán na rubové straně jako poslední v řadě vlastníků akcie
- ✓ *na majitele* – mají neomezenou převoditelnost, existují jen jako zaknihované cenné papíry.

Ve zdravotnictví je podnikání formou a.s. poměrně omezené. Tuto formu někdy využívají kraje u dříve okresních nemocnic.

Zákon 90/2012 Sb. o obchodních korporacích stanoví, které právní formy obchodních společností lze v ČR zřizovat, jsou jimi:

1. veřejná obchodní společnost (v.o.s.)
2. komanditní společnost (k.s.)
3. společnost s ručením omezeným (s.r.o., ale i s r.o.)
4. akciová společnost (a.s.)

Veřejná obchodní společnost = osobní obchodní společnosti

Společnost s ručením omezeným a akciová společnost = kapitálové obchodní společnosti

Komanditní společnost = stojí mezi osobní a kapitálovou obchodní společností, protože v ní jsou sdružené dvě skupiny společníků, a to komanditisté (kapitálový společníci) a komplementáři (osobní společníci)

Pokud jde o začátek podnikání, zákon rozlišuje mezi založením a vznikem obchodní společnosti.

ZALOŽENÍ

- jedná se o proces uvnitř obchodní společnosti jehož výstupem je zakladatelský dokument, který se nazývá podle toho, o jakou právní formu obchodní společnosti se jedná (společenská smlouva, zakladatelská listina)
- kapitálové obchodní společnosti mohou být založeny i jedním společníkem, pak se zakladatelský dokument jmenuje zakladatelská listina
- obchodní společnosti se povinně zapisují do obchodního rejstříku a právě až zápisem obchodní společnosti do obchodního rejstříku vzniká.

VZNIK

vznik obchodní společnosti je tedy okamžikem zápisu do obchodního rejstříku, až od tohoto okamžiku může vstupovat do právních vztahů (může se zavazovat)

ZRUŠENÍ

- zrušení obchodní společnosti je interní proces, jehož výsledkem je rozhodnutí společníků o ukončení činnosti obchodní společnosti, a to buď bez likvidace, nebo s likvidací
- *bez likvidace* – společnost zaniká pouze právně, nikoliv fakticky (fúze, přeměna na jinou právní formu apod.)

- s *likvidací* – takto obchodní společnost zaniká nejen právně ale i fakticky
 - vrcholný orgán společnosti musí rozhodnout o ustanovení **likvidátora**, který přebírá výkon funkce orgánů společnosti a činí kroky, které mu zákon ukládá (ukončení činnosti obchodní společnosti, rozvázání pracovních vztahů, vymáhání pohledávek, uspokojování závazků, rozprodávání majetku obchodní společnosti, rozdělení výnosů z likvidace, zpracování účetní závěrky v rozsahu roční), zjistí-li likvidátor v procesu likvidace obchodní společnosti stav jejího úpadku, je povinen podat insolvenční návrh soudu, v takovém případě přechází činnost likvidátora na insolvenčního správce.

- pokud však byla činnost likvidátora dovedena až do rozdělení likvidačního zůstatku, předá návrh rejstříkovému soudu na výmaz obchodní společnosti z obchodního rejstříku

ZÁNİK

- pokud soud návrhu na výmaz z obchodního rejstříku vyhoví, okamžikem výmazu obchodní společnosti z obchodního rejstříku tato společnost zaniká.

Poskytovatelé – příspěvkové organizace

- **příspěvkové organizace jsou právníckými osobami, které jejich zřizovatelé zřizují v oblasti veřejně prospěšné aktivity**
- **tyto veřejně prospěšné aktivity však obvykle nepřinášejí svým poskytovatelům zisk, a proto zřizovatelé při jejich založení počítají s tím, že budou muset činnost dotovat**
- **dotace se děje odděleně pro provozní činnost a pro investiční činnost**
- **na provozní náklady zřizovatel pouze přispívá k doplnění hospodářských zdrojů vytvořených příspěvkovou organizací**
- **investiční náklady však zřizovatel hradí zcela**

- před rokem 2003 měly tuto formu většinou okresní nemocnice, dnes to jsou především fakultní nemocnice jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví, jejich specifikem je to, že kromě poskytování zdravotních služeb provádějí i klinickou a praktickou výuku a dále provádějí i vědeckou a vývojovou činnost

Ostatní poskytovatelé zdravotních služeb

V oblasti poskytování zdravotních služeb se můžeme setkat i s jinými právními formami, které mají však již jen okrajový význam (sdružení lékařů ke kolektivnímu výkonu lékařské praxe), jedná se o občanské sdružení které nemá právní subjektivitu, členové sdružení si zachovávají svoji právní a ekonomickou samostatnost.

Zdravotnické služby jsou poskytovány ve zdravotnických zařízeních, které můžeme členit:

a) podle zřizovatele

- státní zdravotnická zařízení – jejich zřizovatelem je stát
- nestátní zdravotnická zařízení - jejich zřizovatelem je jiný subjekt než stát

b) podle forem poskytované zdravotní péče poskytovatele zdravotních služeb

- ambulantní péče – *poskytují zdravotní péči, při které není třeba hospitalizace pacienta*
- lůžkové zdravotní péče - *poskytují zdravotní péči, při které je nezbytná hospitalizace pacienta*

c) podle právní forem

- fyzické osoby – podnikatelé
- obchodní společnosti
- příspěvkové organizace
- ostatní poskytovatelé zdravotnických služeb

Financování zdravotní péče

- řešení financování nákladů na zdravotní péči je v rozvinutých zemích různá
- i v ČR je každá oblast financování zdravotnictví poněkud jinak
- obecně platí, že způsoby řešení nákladů na zdravotní péči jsou ve vyspělých zemích různé a liší se od sebe především:
 - a) podílem veřejných zdrojů na celkových výdajích
 - b) rozsahem přímých úhrad od pacientů
 - c) existencí či neexistencí zdravotního pojištění a jeho rozsahem
 - d) způsobem stanovování cen za zdravotní služby apod.

formy financování zdravotních služeb je možno rozdělit na dva základní způsoby:

1. nepřímé financování – *pacient se na hrazení nákladů na zdravotní péči podílí nepřímou cestou zdravotního pojištění a příspěvků z různých rozpočtů*
2. přímé financování – *přímá úhrada nákladů zdravotní péče pacienty nebo v jejich různé míře přímé spoluúčasti na těchto úhradách*

Zdravotní pojištění

Historický vývoj zdravotního pojištění



Počátky zdravotního pojištění se datují již do období středověku. Cechovní zajišťující spolky vytvářely různé finanční fondy k podpoře svých členů v období nemoci či úrazu. Již zde můžeme pozorovat počátky profesích uzavřených systémů, se kterými se setkáváme i v dnešní době.

První moderní znaky pojistného systému je možno nalézat v souvislosti s rozvojem průmyslové výroby, s nástupem kapitalismu, se kterou je spojen vznik dělnické třídy. Tato skupina patřila mezi sociálně slabé, kdy stav nemoci nebo úrazu zaznamenal velmi tíživé důsledky nejen pro ně, ale i pro jejich rodiny. Tehdy vznikají různé příspěvkové fondy, které byly tvořeny příspěvky dělníků, ale i jejich zaměstnanců a charitativních organizací.

Skutečné povinné zdravotní pojištění vzniklo až v roce 1849 v Prusku, a to jen pro jednu profesi – horníky. Hornické povolání bylo v té době jedno z nejnebezpečnějších. Významné je, že pojistné již platili jak zaměstnanci, tak i zaměstnavatelé.

Dalším důležitým milníkem ve vývoji zdravotního pojištění je rok 1883, kdy byl v Německu vydán zákon o povinném zdravotním pojištění pro dělníky (1/3 zaměstnanci a 2/3 zaměstnavatelé – jako dnes). Toto zdravotní pojištění bylo koncipováno jako rodinné, vztahovalo se i na rodinné příslušníky.

Na našem území, respektive v Rakousku-Uhersku byl obdobný zákon přijat v roce 1886 a vztahoval se na všechny zaměstnané osoby.

V roce 1887 byl v Rakousku-Uhersku přijat zákon o úrazovém pojištění.

Na konci 19. století byl prakticky po celé Evropě a i ve Spojených státech legislativně přijat princip, že pracovní úraz je riziko zaměstnavatele, nikoliv zaměstnance. Tím se odstartoval začátek vzniku nových pojistných produktů pro komerční pojišťovny, které začaly zaměstnavatelům nabízet pojištění rizik úrazu jejich zaměstnanců. Pojistné náhrady se vztahovaly na úhrady léčebných výloh, invalidních dávek a i odškodnění pozůstalých.

Prvním zdravotním pojištěním vztahujícím se na veškeré obyvatelstvo bylo uzákoněno v roce 1939 na Novém Zélandu.

Po 2. světové válce v Československu byl v té době zaveden tzv. Semeškův model spočívající v postátnění zdravotní péče, tak i zdrojů na krytí nákladů na tuto péči. To zajistilo rovný přístup veškerého obyvatelstva k bezplatné zdravotní péči.

System zdravotního pojištění

Privátní zdravotní pojištění existuje i v Evropě, ale pouze jako **doplňkové**, které kryje mezery v povinném zdravotním pojištění (např. některé stomatologické výkony, nehrazené léky apod.) nebo **substituční** (náhradové) pro ty skupiny obyvatelstva, které nepokrývá povinné pojištění (cizinci apod.). Dále privátní pojištění může být i **reziduální** (zbytkové), kdy kryje ty náklady zdravotní péče, která již povinné pojištění nehradí (spoluúčast) nebo **alternativní**, kdy privátní zdravotní pojištění umožňuje např. pojistit se na vyšší standard zdravotních služeb, než jaký kryje statutární zdravotní pojištění.

V evropských zemích je systém povinného pojištění naprosto převládající. Uplatnění privátního zdravotního pojištění je okrajové.

Jiná situace je však v USA, tam povinné zdravotní pojištění nemá tradici, *neboť odporuje filosofii svobodného amerického občana (občan, který není svazován zákonnými povinnostmi nad rámec nezbytného)*. V důsledku tohoto stavu je v USA cca pětina obyvatelstva bez jakéhokoliv zdravotního pojištění a stav nemoci pro ně znamená velké ekonomické riziko. Toto vše chtěl změnit bývalý prezident USA Barack Obama. Úsilí Obamy naráželo na odpor mnohých zájmových skupin a zavedení povinného zdravotního pojištění v USA zůstalo nezrealizováno.

V rámci systému povinného zdravotního pojištění, které známe v Evropě, rozlišujeme několik jeho základních modelů a podmodelů, které se uplatňují v jednotlivých evropských zemích.

Základní dva modely povinného zdravotního pojištění jsou:

- 1) Beveridgeův model
- 2) Bismarckův model

1) Beveridgův model

- *jedná se o model národního zdravotní služby financován ze státního rozpočtu a z jeho zdrojů jsou financovány náklady na zdravotní péči, tak i náklady na státní správu, obranu, justici apod.*
- *poskytuje univerzální pojistné krytí pro všechny obyvatele, neboť všichni obyvatelé mají daňovou povinnost*
- *stát zřizuje v území specializované orgány státní nebo regionální správy, které nasmlouvají rozsah a strukturu zdravotní péče v příslušném území se zdravotnickými zařízeními*
- *zdravotnické zařízení mohou být buď státní, nebo privátní*

V rámci Beveridgeova modelu rozeznáváme podmodely:

a) Douglasův model

Uplatňuje se v těch zemích, které mají svá území rozdělená na provincie (Kanada, Austrálie, apod.). V těchto zemích se sice daně vybírají centrálně, avšak stát vybrané prostředky přerozděluje částečně mezi jednotlivé provincie, jejichž vlády odpovídají za poskytování a financování zdravotní péče na svém území, tedy nasmlouvávají a uhrazují zdravotní péči poskytnutou státními či nestátními zdravotními zařízeními.

b) Semeškův model

Tento model byl uplatňován v bývalých socialistických zemích včetně Československa do 90. let 20. století. Podstatou tohoto modelu bylo postátnění jak zdravotních zařízení, tak i prostředků na úhradu nákladů na zdravotní péči.

Zdravotnická zařízení byla státem zřizována jako rozpočtové a příspěvkové organizace státu, které měly náklady své činnosti hrazeny ze státního rozpočtu.

2) Bismarckův model

- začátkem 90. let 20. století byl u nás systém financování zdravotní péče transformován z Semeškova modelu na Bismarckův model.
- je to model postavený na povinném zdravotním pojištění formou odvodů pojistného zákonem stanoveným procentem z příjmu pojištěnců a OSVČ a odvodu zaměstnavatelů z vyplacených mezd a dále platbou pojistného za státní pojištěnce z prostředků státního rozpočtu
- systém je spravovaný samostatnými zdravotními pojišťovnami, které nasmlouvávají rozsah a strukturu zdravotní péče se státními či nestátními zdravotními zařízeními.

Pojistné modely ve zdravotním pojištění

- pojistný produkt určuje rozsah zdravotní péče kryté zdravotním pojištěním a vymezuje podmínky její úhrady ze strany zdravotních pojišťoven
- ve vyspělých zemích je pojistný produkt vymezen velice široce, znamená to, že prakticky veškeré oblasti zdravotní péče jsou kryty zdravotním pojištěním, vyloučeny obvykle bývají estetické výkony či alternativní postupy a omezené krytí je i v oblasti stomatologie.
- v ČR bylo do roku 2012 vymezení pojistného produktu ve zdravotním pojištění velmi široké, s rokem 2012 dochází k omezení hrazeného pojistného produktu a k zavedení tzv. nadstandardů zdravotní péče, které je možno získat jen za příplatek

- v oblasti hrazených léků z prostředků zdravotního pojištění byl rozsah pojistného produktu již od počátku pojistného systému vymezen v užším směru.
- z hlediska krytí nákladů na léky máme tři skupiny, a to **léky hrazené, částečně hrazené a nehrazené ze zdravotního pojištění**, platí zásada, že v každé lékové skupině (podle účinné látky) musí být alespoň jeden lék plně hrazený ze zdravotního pojištění
- v roce 2013 došlo k významnému zásahu do rozsahu pojistného produktu v lékové oblasti, a to zavedením zásady, že léky nehrazené nebudou ze zdravotního pojištění hrazeny ani v případě, že lékař jejich užívání předepíše
- obdobně v oblasti zdravotnických potřeb jsou ze zdravotního pojištění obvykle hrazeny jen základní provedení těchto prostředků, luxusnější provedení si hradí pacient sám.

Princip solidarity ve zdravotním pojištění

- veškeré pojistné systémy jsou postaveny na principu solidarity
- do zdravotního pojištění přispívá prakticky veškeré ekonomicky aktivní obyvatelstvo, avšak jen někteří (nemocní) z něho čerpají
- v časovém měřítku obvykle v produktivním věku lidé do pojistného systému přispívají více, než z něho čerpají, v pozdějším věku již do systému obvykle přispívají méně nebo více, ale čerpají z něho často značné prostředky, tato relativní disproporce je jednou ze složek principu solidarity ve zdravotním pojištění

- obecně můžeme princip solidarity ve zdravotním pojištění vymežit ve třech rovinách:

a) solidarita zdravých a nemocných

pojistné odvádějí do systému ekonomicky aktivní lidé ze svých příjmů, aby mohli pracovat a mít příjem, musí být zdraví, tedy odvádějí do systému prostředky, kdy jsou zdraví a zdravotní pojištění nečerpají, projevují tak svou solidaritu s nemocnými, kteří v důsledku nemoci nemají často příjem a přitom užívají zdravotní péči, která je jim hrazená ze zdravotního pojištění

b) solidarita mladých se staršími

v mladším produktivním věku je obvykle člověk ekonomicky aktivní a má příjem, ze kterého část odvádí na zdravotní pojištění, v pozdějším věku již obvykle ekonomicky aktivní není a do zdravotního systému již nepřispívá, avšak vyšší věk přináší i častější nemocnost a nemoci pozdního věku jsou většinou chronické, a tedy nákladné, úhrada těchto nákladů je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, které se aktuálně vytváří z příspěvků mladších pojištěnců

c) solidarita bohatých s chudými

pojistné na zdravotním pojištění se obvykle stanoví pojištěnci procentní sazbou z dosažených příjmů, tato procentní sazba (4,5%) je relativně stejná pro všechny pojištěnce, a tedy ti, kteří mají větší příjmy, do systému zdravotního pojištění při stejné procentní sazbě pojistného odvodu přispívají větší absolutní částkou než ti, kteří mají příjmy nižší.

Pojistné na zdravotním pojištění

- ❑ v zákonném pojištění převažuje tzv. průběžné systémové financování, to znamená, že hodnota všech nákladů na systém zdravotní péče bude odpovídat očekávané hodnotě příjmů do systému v daném období, z této vyváženosti obou stran se prakticky nevytváří žádná významná rezerva pro budoucí období
- ❑ pojistné se většinou dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele, v ČR je dlouhodobě sazba pojistného na zdravotní pojištění stanovena na 13,5% z příjmů pojištěnce (2/3 této sazby, tj. 9% odvádí zaměstnavatel, 1/3 , tj. 4,5% odvádí zaměstnanec)

- ❑ pojistné pro OSVČ je stanoveno v minimální výši v závislosti na vývoji průměrné mzdy, pro rok 2021 vzrostla minimální výše odvodu OSVČ o 44 Kč oproti roku 2020, tak že pro rok 2021 je odvod vyčíslen ve výši 2 588 Kč
- ❑ za státní pojištěnce platí zdravotní pojištění stát, jedná se o osoby bez příjmů (důchodci, nezaměstnaní, ženy na mateřské a osoby na rodičovské dovolené apod.), výše pojistného za tyto osoby je stanovena pevnou částkou, pro rok 2021 je tato částka ve výši 1 767Kč

Rok	Měsíční odvod zdravotního pojištění za státního pojištěnce
Od 1. ledna 2020	1 067 Kč
Od 1. června 2020	1 567 Kč
Od 1. ledna 2021	1 767 Kč

Zdravotní pojišťovny a jejich úloha při správě a provozování zdravotního pojištění

Přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami

- ❖ v systému, kde působí více zdravotních pojišťoven, má každá z nich jiné složení a strukturu pojištěnců (pojistný kmen) s různým zastoupením jejich rizikových faktorů
- ❖ struktura pojistného kmene je základním a rozhodujícím faktorem ekonomické úspěšnosti konkrétní zdravotní pojišťovny, vzhledem k těmto skutečnostem dochází na základě zákona 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění k povinnému **přerozdělení vybraného pojistného** a dalších příjmů zdravotních pojišťoven podle počtu pojištěnců, jejich věku, pohlaví a nákladových indexů věkových skupin

- ❖ nákladové indexy jsou stanoveny pro 18 věkových skupin pojištěnců pro každé pohlaví v rozmezí od 0 do 5 let a dále po 5 letech až do věkové hranice 85 + dále již nedělená, nákladový index se stanoví jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce v dané věkové kategorii a pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce
- ❖ pro přerozdělování prostředků vybraného pojistného a dalších příjmů se zřizuje zvláštní účet, který spravuje Všeobecná zdravotní pojišťovna jako správce celého pojistného systému, na dodržování pravidel hospodaření na účtu přerozdělení dohlíží dozorčí rada složená ze zástupců ministerstva financí, zdravotnictví, práce a sociálních věcí, zástupců VZP a zástupců ostatních zdravotních pojišťoven

Informační systém zdravotních pojišťoven

- ❖ celý pojistný systém pracuje na základě moderních informačních technologií
- ❖ informační systém zdravotních pojišťoven se skládá z následujících částí:

a) komunikační systém

- zabezpečuje komunikaci zdravotní pojišťovny s jejím okolím (plátcí pojistného, smluvní poskytovatelé zdravotní péče)
- plátcí pojistného předávají zdravotní pojišťovně elektronickou cestou zákonem stanovené údaje vztahující se k platbám pojistného (vznik a zánik pracovního poměru zaměstnanců plátce)
- poskytovatelé zdravotní péče elektronicky předávají údaje o poskytnuté zdravotní péči a i o platnosti zdravotního pojištění pacienta

b) provozní systém

- *pracovní systém tvoří jádro celého informačního systému a člení se na dvě části, a to na:*

i. příjmovou část – zahrnuje agendu registrace pojištěnců a agendu plateb pojistného, jedná se o rozsáhlou agendu zahrnující např. data o pojištěncích, evidence konkursů na plátce, generování předpisů výše platby pojistného, vytvoření dat pro správce přerozdělení pojistného a další údaje

ii. výdajová část – zpracovává požadavky poskytovatelů na úhradu nákladů na zdravotní péči, zajišťuje kontrolu oprávněnosti a správnosti těchto požadavků a vytváří podklady pro příslušné bankovní převody, výdajová část zahrnuje např. (správu registru poskytovatelů zdravotní péče, evidence a správa smluv, apod.)

- Sběr dat** - jak pro komunikační, tak pro provozní systém od poskytovatelů zdravotní péče se provádí na specializovaných formulářích tak, aby zaznamenávaly poskytnutou zdravotní péči v souladu s potřebami zdravotní pojišťovny
- **listinné formuláře** se používají tehdy, je-li třeba podpis pojištěnce nebo lékaře na těchto formulářích, jinak se používají **elektronický přenos dat** mezi poskytovateli a zdravotní pojišťovnou

Na trhu zdravotního pojištění v ČR působí dva druhy zdravotních pojišťoven:

1) **Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP)**

- VZP byla zřízená zvláštním zákonem 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně
- příjmy získává především z plateb pojistného na zdravotním pojištění, příjmy z pokut a poplatků z prodlení a i z dalších zdrojů
- VZP předkládá MZ a MF zdravotně pojistný plán, který schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR spolu s uzávěrkou a návrhem výroční zprávy
- po skončení čtvrtletí předkládá VZP MZ a MF zprávu o hospodaření
- v případě problémů v hospodaření může být na VZP uvalena nucená správa a to max. na jeden rok

- VZP může obdržet návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu až do výše 50% deficitu, o poskytnutí pomoci rozhoduje vláda
- organizační struktura VZP je tvořena ústředními a regionálními pobočkami, VZP je **řízená správní radou**, která má 30 členů (10 členů jmenuje vláda + 20 členů Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR) = *není ideální stav, kdy toto rozvržení správní rady může vést k výrazné politizaci řízení VZP!!!*
- **správní rada volí a odvolává ředitele**, jeho funkční období je čtyřleté, stejně tak jako funkční období členů správní a dozorčí rady, ředitel má postavení statutárního orgánu
- **dozorčí rada** kontroluje činnost ostatních orgánů VZP
- činnost regionálních poboček řídí ředitelé, které volí a odvolává ředitel VZP

- VZP je správcem celého pojistného systému, vede registry všech pojištěnců, registry zdravotních zařízení a i účet přerozdělení pojistného, spravuje tzv. informační centrum zdravotního pojištění, které slouží ke kontrole čerpání finančních prostředků zdravotního pojištění jednotlivými zdravotnickými zařízeními, které jsou ve smluvním vztahu ke zdravotním pojišťovnám
- v případě ukončení jakékoliv zdravotní pojišťovny, přebírá VZP pojištěnce této pojišťovny, kteří se nepřihlásili k žádné jiné zdravotní pojišťovně

2) Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (zdravotní pojišťovny rezortní, oborové, podnikové a další)

- jsou zřízené na základě zákona 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- historicky vznikly díky iniciativě soukromých subjektů nebo ministerstev
- jsou právníckými osobami zapsanými v obchodním rejstříku (VZP tuto povinnost nemá)
- provozují zdravotní pojištění na základě povolení vydaného ministerstvem zdravotnictví se souhlasem MF, požádat o vydání takové povolení může jen PO, která splňuje zákonem stanovené požadavky

- před podáním žádosti skládá žadatel kauci ve výši 100 mil. Kč
- zdravotní pojišťovny se mohou sloučit na základě povolení vydané MF
- v době vzniku pojistného systému začátkem 90. let 20. století v ČR působilo více než 20 zdravotních pojišťoven, nyní jich je již pouze 7, ty ostatní buď zanikly v důsledku hospodářských problémů či v důsledku neschválení jejich zdravotně pojistného plánu nebo se sloučily s jinými zdravotními pojišťovnami
- zdravotně pojistný plán zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám schvaluje Poslanecká sněmovna Parlamentu ČR spolu s roční uzávěrkou a výroční zprávou

- zdravotní pojišťovny předkládají po skončení čtvrtletí zprávu o hospodaření MZ a MF
- v případě vážných hospodářských problémů může MZ uvalit na zdravotní pojišťovny nucenou správu, a to max. na dobu jednoho roku
- organizační strukturu zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven upravuje statut, který schvaluje MZ
- **statutárním orgánem je ředitel**, kterého jmenuje a odvolává správní rada na období 4 let, stejně funkční období mají i ostatní orgány pojišťovny
- **správní rada** má 15 členů (5 členů jmenuje vláda a 10 je voleno z řad organizací zaměstnavatelů)
- kontrolní činnost v pojišťovně vykonává její **dozorčí rada**

Zákonem 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů se zřizuje tzv. **zajišťovací fond**.

Zajišťovací fond

- ✓ jedná se o PO a zapisuje se do obchodního rejstříku
- ✓ slouží k úhradě zdravotních služeb poskytnutých pojištěncům zdravotní pojišťovny v likvidaci, pokud nebyly uhrazeny v průběhu likvidace zdravotní pojišťovny, nebo v případě, kdy zdravotní pojišťovna není schopna dlouhodobě plnit své závazky, v tomto případě se fond stává věřitelem takové zdravotní pojišťovny
- ✓ na zdravotní pojišťovny nelze podat insolvenční návrh

Sít' smluvních zdravotních zařízení

Zdravotní pojišťovny jsou ze zákona povinny zajistit zdravotní péči svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím sítě zdravotních zařízení, se kterými uzavřou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Smlouvy se zdravotními zařízeními pojišťovny uzavírají na základě výběrových řízení.

Revizní lékaři

Revizní lékaři zdravotní pojišťovny posuzují odůvodněnost léčebného procesu. Především kontrolují, zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované zdravotní pojišťovně (zda byly vyúčtovány jen ty úkony, léčebné prostředky a prostředky zdravotní techniky, které je pojišťovna povinna uhradit, zda rozsah a druh zdravotní péče odpovídá zdravotnímu stavu pacienta).

Pojištěnci mají možnost výběru zdravotní pojišťovny a zdravotní pojišťovna nesmí žádného zájemce, který splňuje zákonné podmínky, odmítnout.

Pojištěnci mohou změnit zdravotní pojišťovnu 1x za rok, a to v termínech pojištění u nové zdravotní pojišťovny od 1. ledna, přihlášku musíte odeslat do nové pojišťovny do 30. září a od 1. července, přihlášku musíte odeslat do nové pojišťovny do 31. března.

Tvorba rezerv ve zdravotním pojištění

Pro stabilitu systému zdravotního pojištění je třeba, aby zdravotní pojišťovny byly vždy schopny dostát svým závazkům vůči poskytovatelům zdravotních služeb, a tím i svým klientům – pojištěncům.

Obecně platí, že není-li subjekt schopen dostát svým závazkům, dostává se do stavu úpadku ve smyslu insolvenčního zákona, ten se však na zdravotní pojišťovny nevztahuje a případná insolvence je řešena zvláštním způsobem **nucenou zprávou**.

Nucená zpráva

Nucený správce ustanovený MZ může činit rozhodnutí a právní úkony, které jinak přísluší řediteli nebo orgánu zdravotní pojišťovny, a rozhodnutí ředitele nebo orgánu zdravotní pojišťovny podléhá schválení nuceného správce. Nucená správa může trvat maximálně jeden rok, nesplní-li svůj účel, může být zaměstnanecká zdravotní pojišťovna (nikoliv VZP) zrušena s likvidací.

Zdravotní pojišťovny často v případě platebních potíží přenášejí tyto problémy částečně na poskytovatele zdravotních služeb tím, že zpožďují platby za jimi poskytnuté zdravotní služby. Díky průběžnému systému plateb, tak získávají čas na přesun dalších finančních prostředků.

Aby se předešlo problémům se schopností zdravotní pojišťovny dostát svým závazkům, příslušné zákony předpokládají, že si zdravotní pojišťovny budou vytvářet odpovídající rezervy finančních prostředků.

Zdravotní pojišťovny vytvářejí **rezervní fond**.

Rezervní fond

Zdravotní pojišťovny vytvářejí rezervní fond pro potřeby vyrovnání krátkodobých výkyvů ve výdajích na zdravotní péči. Takový výkyv může nastat např. v důsledku epidemie některého onemocnění (chřipková epidemie) a v případě přírodních katastrof apod.

Rezervní fond zdravotní pojišťovny vytvářejí povinně ve výši 1,5% z ročního příjmu z pojistného.

Zajištění v zdravotním pojištění

Zajištění v pojistné terminologii znamená **pojištění pojišťovny**. Zdravotní pojišťovny se samy v případě vysokého rizika pojišťují u zvláštních pojišťoven, kterým se říká zajišťovny. Zajištěním sleduje zdravotní pojišťovna rozložení pojistného rizika na více subjektů. Tento způsob zajištění však v ČR nefunguje.

V pojistném systému zdravotního pojištění v ČR existuje zvláštní forma zajištění. VZP vede zvláštní účet přerozdělení pojistného. Prostředky z tohoto účtu slouží i ke krytí výdajů zdravotních pojišťoven spojených s léčením zvláště nákladných pacientů (nákladového pojištěnce).

Za nákladového pojištěnce se považuje ten pojištěnec, na kterého v běžném roce bylo vynaloženo víc než patnáctinásobek průměrných výdajů na pojištěnce ve veřejném zdravotním pojištění v předcházejícím roce.

Zdravotní pojišťovna má nárok na úhradu 80% výdajů, které za nákladového pojištěnce vydala nad patnáctinásobek průměrných nákladů.

Za jistou formu zajištění vůči pojištěncům (nikoliv vůči poskytovatelům zdravotní péče) je možno považovat povinnost VZP převzít pojištěnce zkrachovalé zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, pokud si sami nevyberou jinou zaměstnaneckou pojišťovnu.

VZP jako správce celého systému zdravotního pojištění má možnost v případě finančních obtíží **požádat o návratnou finanční výpomoc** ze státního rozpočtu až do výše 50% finančního deficitu.

Konkurence ve zdravotnictví

Konkurence ve zdravotnictví prolíná dvě oblasti, a to konkurence mezi zdravotními pojišťovnami a konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče, či konkurence obou oblastí.

Pokud jde o konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami, pak již v podstatě Bismarckova modelu zdravotního pojištění je existence více zdravotních pojišťoven, a tedy i potenciální boj konkurenční boj mezi nimi. Tento boj o pojištěnce, se realizuje především cestou nárůstu výdajů na zdravotní služby kryté ze zdravotního pojištění a v oblasti programu prevence, což vede opět ke zvýšení výdajů zdravotního pojištění. Vývoj v ČR v 2. polovině 90. let, kdy došlo ke krachu řady zdravotních pojišťoven, za kterými zůstaly značné dluhy, vhodnost této cesty nepotvrzuje.

Podle stanoviska OECD (Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj) je nejvhodnější systémem existence jediné státem řízené a kontrolované zdravotní pojišťovny. Trh a systém fungování zdravotních pojišťoven v ČR k takovému řešení vybízí. Existuje zde VZP, jejíž pojistný kmen tvoří 60% všech pojištěnců, a kromě toho je tato pojišťovna správcem celého systému veřejného zdravotního pojištění.

Konkurence ve zdravotnictví musí především probíhat mezi poskytovateli zdravotní péče.

Konkurence má totiž obecně přinášet vyšší kvalitu a snižovat ceny.

Bojovat o pojištěnce by měla především zdravotnická zařízení, a to především kvalitou zdravotní péče. Ovšem konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče má své faktická omezení v podobě informační výhody, kterou má poskytovatel vůči pacientovi. Pacient obvykle není schopen sám odborně posoudit např. navrhovaná řešení jeho zdravotního problému, vhodnost a účinnost léčebných a lékových postupů apod.

Princip zdravotního pojištění v České republice

System zdravotního pojištění zavedený v ČR 1992-1993 se stále vyvíjí a i přes neustále se měnící ekonomické podmínky, demograficky i sociálně se společností vyvíjí, je v systému možno vysledovat základní principy, na kterých je vybudován. Tyto principy jsou následující:

- a) veřejné zdravotní pojištění je povinné pro všechny osoby s trvalým pobytem na území ČR a i pro všechny cizince zaměstnané u zaměstnavatele se sídlem v ČR
- b) ze systému zdravotního pojištění nelze vystoupit, účast v něm je pouze přerušit při dlouhodobém pobytu v zahraničí, pro přerušeni účasti je však třeba splnit zákonem stanovené povinnosti
- c) neexistence rodinného pojištění, každý občan musí být pojištěn sám za sebe

- d) sazba pojistného na zdravotním pojištění je pevná, zákonem daná (13,5%) z příjmu pojištěnců
- e) platba pojistného se dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1:2, zaměstnanec odvádí 4,5% ze svého příjmu, zaměstnavatel 9% z příjmu zaměstnance
- f) v systému zdravotního pojištění se uplatňuje prvek solidarity, a to trojího druhu:
 - zdravých s nemocnými
 - mladých se starými
 - bohatých s chudými
- g) za některé skupiny osob odvádí pojistné na zdravotním pojištění stát (státní pojištěnci)

- h) nositelé zdravotního pojištění jsou zdravotní pojišťovny
- i) mezi zdravotními pojišťovnami existuje princip 100% přerozdělování vybraného pojistného
- j) k zajištění systému všeobecného zdravotního pojištění slouží rezervní fond a dále rizikový fond sloužící k úhradě zdravotní péče za tzv. nákladové pojištěnce
- k) VZP má možnost požádat o návratnou finanční výpomoc ze státního rozpočtu až do výše 50% finančního deficitu
- l) k úhradě nákladů zdravotní péče dochází na základě smluv uzavřených mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče

Zdravotní pojištění v rámci Evropské unie

Princip zdravotního pojištění v Evropské unii stanoví, že občan členského státu EU má nárok na poskytnutí zdravotní péče na účet své zdravotní pojišťovny na území kteréhokoliv členského státu EU za stejných podmínek, jako pojištěnec daného státu. To mimo jiné znamená, že platí-li se v daném členském státě nějaká spoluúčast za poskytnutou zdravotní službu, platí „cizinec“ stejnou spoluúčast jako místní pojištěnec. Chce-li se této povinnosti vyhnout, musí si sjednat před cestou do zahraničí navíc privátní zdravotní pojištění ve své zemi.

Podmínkou pro úhradu zdravotní péče poskytnuté v jiném členském státu EU z prostředků zdravotního pojištění je skutečnost, že pojištěnec bude ošetřen ve zdravotnickém zařízení, které je financováno z veřejných zdrojů. V případě, kdy si musí pojištěnec sám hradit poskytnutou zdravotní péči, má po návratu do ČR nárok na proplacení¹⁰⁴ takto vynaložených nákladů.

Rozsah nároku na zdravotní péči hrazenou z prostředků zdravotního pojištění není pro všechny osoby stejný. Liší se v závislosti na tom, z jakého důvodu pojištěnec v jiném členském státě EU pobývá.

a) turista

občan ČR, který vycestuje do jiného členského státu EU jako turista, by měl být vždy vybaven tzv. Evropským průkazem zdravotního pojištění, proti jeho předložení je pojištěnec české zdravotní pojišťovny ošetřen na konto své zdravotní pojišťovny za stejných podmínek jako místní pojištěnec. Pokud by český pojištěnec za zdravotní péči platil ze svého, může po návratu do ČR požádat svoji zdravotní pojišťovnu o proplacení na základě předloženého dokladu o zaplacení.

b) studenti studující v členském státě EU

po dobu studia mají studenti (a i jejich rodinní příslušníci - manžel, manželka, děti, pobývají-li se studentem společně v zahraničí) nárok na poskytnutí veškeré nutné zdravotní péče v zahraničí na konto zdravotní pojišťovny. Před vycestováním do členského státu EU za účelem studia, musí student předložit své zdravotní pojišťovně rozhodnutí MŠMT o tom, že škola, na které bude studovat v zahraničí, je postavena na roveň studia v ČR (jedná se o dlouhodobé studium, ne o kurz). Pak pro něho platí stejná pravidla v případě poskytnutí zdravotní péče, jako pro turisty.

c) vyslaní pracovníci

za vyslaného pracovníka považujeme zaměstnance, který je zaměstnán v ČR a kterého jeho zaměstnavatel vyslal plnit pracovní úkoly do jiného členského státu EU. Takový zaměstnanec stále podléhá českým právním předpisům o zdravotním pojištění, avšak max. po dobu 12 měsíců, před uplynutím této lhůty může požádat o její prodloužení o max. délku 12 měsíců. Vyslaný pracovník má v zemi svého pracovního působení nárok na veškerou zdravotní péči, která je hrazena z jeho českého zdravotního pojištění. Ve státě, kam je vyslán, zdravotní pojištění neplatí, protože za vykonanou práci je odměňován svým původním zaměstnavatelem v ČR a také zde je mu z jeho mzdy hrazeno pojistné na zdravotní pojištění. Pokud je pro některý typ zdravotní péče ve státě vyslání předepsána spoluúčast pacienta, musí tuto spoluúčast platit i vyslaný pracovník.

d) *přeshraniční pracovníci*

za přeshraničního pracovníka považujeme toho, který bydlí v ČR, a je zaměstnán nebo podniká v jiném členském státě EU a do svého bydliště se nejméně 1x týdně vrací. Přeshraniční pracovník musí svůj záměr pracovat nebo podnikat v zahraničí oznámit předem své zdravotní pojišťovně, pokud chce čerpat zdravotní péči ve státě svého pracovního působení a i v ČR, v takovém případě musí platit pojistné na zdravotním pojištění v ČR, neboť zde nemá příjem. Česká zdravotní pojišťovna vystaví takovému pracovníkovi potvrzení o registraci, a to nejdéle na dobu 6 měsíců, na žádost může být tato doba prodloužena. Přeshraniční pracovník si ve státě svého pracovního působení zvolí zdravotní pojišťovnu (pokud mají Bismarckový model), u ní si také platí pojistné na zdravotním pojištění za podmínek daného státu. Z toho zdravotního pojištění je mu také hrazena zdravotní péče tam poskytnutá. V ČR má pak nárok na poskytnutí zdravotní péče hrazené jeho zahraniční pojišťovnou.

e) důchodci

rozhodne-li se důchodce žijící v ČR přestěhovat do jiného členského státu EU, musí o tom předem informovat svoji zdravotní pojišťovnu, zároveň ji informuje i o tom, zda s ním vycestují i jeho rodinní příslušníci a jaká je jejich situace z hlediska zdravotního pojištění (zda za ně hradí pojistné stát apod.). Zdravotní pojišťovna jej pak informuje o tom, u které instituce se v daném členském státě EU zaregistruje a která ho bude informovat o způsobu uplatnění jeho nároku na hrazení zdravotní péče ze zdravotního pojištění. V zemi svého pobytu má pak důchodce nárok na veškerou zdravotní péči jako tamní důchodci. Nadále je však pojištěncem České zdravotní pojišťovny a pojistné za něj hradí český stát. Česká zdravotní pojišťovna bude zahraniční instituci, která důchodce zaregistrovala hradit náklady na jeho zdravotné péči, a to 1x za rok. Pokud důchodce přijede na návštěvu do ČR, má zde nárok pouze na nutnou (nikoliv veškerou) hrazenou péči.

Zdravotní pojištění je jednou složkou celého systému tzv. zákonného pojištění, které je uplatňované v ČR a kterým se zatěžují příjmy obyvatel. Systém zákonného pojištění zahrnuje tyto dílčí pojistné systémy:

- 1. zdravotní pojištění** – slouží ke krytí nákladů na zdravotní služby a dále na úhradu nebo částečnou úhradu nákladů na léky

Zdravotní pojištění známe jako:

- a) povinné (statutární)** – účastníkem pojistného systému musí být každý, komu takové povinnost ukládá zákon.
- b) dobrovolné (privátní)** – účastníkem pojistného systému je občan dobrovolně, na základě vlastního rozhodnutí

2. **sociální pojištění** – se člení na :

- a) důchodové pojištění** – z něho se vyplácí všechny druhy důchodů
- b) nemocenské pojištění** - z něho se vyplácí tzv. nemocenské dávky, které nahrazují mzdu v době pracovní neschopnosti
- c) příspěvek na státní politiku zaměstnanosti** – ze kterého se vyplácí podpora v nezaměstnanosti

Výdaje na léky a ortopedické pomůcky

Mechanismus tvorby cen léků a ortopedických pomůcek vychází z faktu, že svoji podstatou jsou výrobky, proto při stanovení jejich ceny se obvykle postupuje obdobně, jako při stanovení ceny jiných výrobků. Přitom se nejčastěji používá nákladový typ ceny.

úplné vlastní náklady na výrobu (výrobní cena)

+

zisk výrobce

=

za tuto cenu se prodá velkodistributorům



velkodistributoři přičtou svoji obchodní přírážku (marži) a prodají je maloobchodním prodejcům (lékárnám) za tzv. velkoobchodní ceny



lékárny přičtou své vlastní marže, která zahrnuje jejich náklady a zisk, prodávají tyto léky konečným spotřebitelům za tzv. maloobchodní cenu

Přestože obecně je možno takto popsat mechanismus tvorby cen léků, musíme si uvědomit, že léky přece jen nejsou zcela obyčejným výrobkem. Jejich specifikum spočívá v tom, že k vytvoření nového léku je třeba velmi složitý, nákladný a dlouhodobý výzkum a právě toto se promítá do tvorby ceny léků. Náklady na výzkum a vývoj nového léku jsou značné, jejich promítnutí do ceny léku by jejich cenu neúměrně zatížilo, proto se při stanovení ceny postupuje specifickým způsobem. Z hlediska výzkumu a vývoje rozlišujeme léky:

- a) **běžné** – jsou již na trhu dlouhou dobu zavedené
- b) **speciální** – jsou na trh nově zaváděné. Pokud by do jejich prodejní ceny byly zcela započítány náklady na výzkum a vývoj, pak by se cena pro běžného spotřebitele stala nedosažitelná.

Neúměrná cena nově speciálních léků se v praxi řeší tak, že běžné léky se na trhu prodávají za vyšší cenu, než jaká by odpovídala nákladové ceně. Naopak speciální léky se prodávají pod cenou úplných výrobních nákladů.

Druhým způsobem stanovování cen léků, který se často uplatňuje v praxi vyplývá ze zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění. Jedná se o stanovení ceny léků porovnáním s cenou jiného léku, který je svým charakterem podobný, popř. podle ceny daného léku ve vybraných zemích EU (tzv. země referenčního koše).

Přeřazování léků z kategorie léků speciálních do kategorie léků běžných provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) po uplynutí příslušné doby (obvykle 2 roky).

Léky nově uváděné na trh používají patentovou ochranu země, kde o tuto ochranu bylo požádáno. Patentová ochrana je časově omezená a po jejím uplynutí jsou obvykle tyto léky volně vyráběné ostatními výrobci jako **generické léky (generika)**. Jejich cena je výrazně nižší, než cena originálních léků.

Z hlediska hrazení nákladů na léky z prostředků všeobecného zdravotního pojištění rozlišujeme tři kategorie léků:

- a) **hrazené** plně z prostředků zdravotního pojištění, z hlediska účinné látky jsou léky zatříděné do skupin. Platí zásada, že v každé takové skupině má být minimálně jeden lék plně hrazený, na taková lék pacienti nedoplácí.

- b) **částečně hrazené** z prostředků zdravotního pojištění, druhou část doplácí pacienti. Spoluúčast pacienta se stanoví jako rozdíl tržní ceny léků a výše úhrady ze zdravotního pojištění. Touto cestou jsou částečně šetřeny prostředky ze zdravotního pojištění a také se tím omezí plýtvání s léky.
- c) **nehrazené** z prostředků zdravotního pojištění, jedná se o volně prodejné léky (není třeba recept), můžeme je zakoupit i jinde než v lékárnách. Od poloviny roku 2012 zdravotní pojišťovny přestaly proplácet léky volně prodejné, a to i když má pacient recept.

Obdobně jako u léků je cena konstruována u prostředků zdravotních pomůcek. Pokud jde o jejich úhradu z prostředků zdravotního pojištění, pak platí i zde, že z těchto prostředků jsou hrazeny tzv. základní provedení, nadstandardní provedení se prodává za příplatek.

Mechanismy úhrady nákladů zdravotních služeb



Úhrady za výkony jednotlivých druhů poskytovatelů zdravotních služeb

1. Lůžková zdravotnická zařízení

Nemocnice

- jedná se o velmi složitá zdravotnická zařízení, která poskytuje lůžkovou zdravotní péči, ambulantní péči, ale i doplňkové zdravotní služby, některé nemocnice provozují i následnou zdravotní péči, nejčastěji ve formě LDN
- složitá strukturovanost zdravotní péče v nemocnicích odpovídá i složitosti úhradových mechanismů

- úhrada základní zdravotní péče poskytované v nemocnicích při použití metody DRG (oceňování hospitalizačního případu) zahrnuje tyto složky:

a) individuálně sjednanou složku úhrady (základní sazba)

- jedná se o smluvní princip mezi poskytovatelem (nemocnicí) a příslušnou zdravotní pojišťovnou
- výše této základní sazby za výkony je velmi rozdílná a je uvedena v aktuální úhradové vyhlášce

b) případový paušál (metoda DRG)

- případová paušální úhrada založená na systému DRG je v současné době hlavní formou úhrady v nemocnicích
- k úhradě používá tzv. diagnostické skupiny a úhrada se vypočítá pomocí složitých matematických výpočtů uvedených v úhradové vyhlášce

c) ambulantní složka úhrady

- tvoří se obdobně jako u samostatných odborných ambulantních pracovišť, tedy na základě výkonové metody

Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)

- na pracovištích zdravotnických zařízení poskytující následnou lůžkovou péči či dlouhodobou lůžkovou péči se jako úhradový mechanismus uplatňuje tzv. paušál pobytového dne
- paušální sazba za jeden den hospitalizace se stanoví zvlášť pro každou kategorii pacientů a typ ošetrovacího dne, sazba paušálu zahrnuje i režii přiřazenou k ošetrovacímu dni, některé zdravotní výkony se hradí podle seznamu výkonů

Lázně

- v lázeňských zdravotnických zařízeních se úhrada poskytnuté zdravotní péče realizuje na základě úhradového paušálu, a to tzv. pobytového dne
- obdobně jako v lázních je hrazena zdravotní péče i v ozdravovnách (paušál pobytového dne)
- lázeňská péče je poskytována jako:

a) komplexní lázeňská péče

- navazuje na akutní zdravotní péči a jejím účelem je doléčení v prostředí, které je nákladově méně náročné, než akutní lůžková péče, v takovém případě se jedná o pokračování akutního léčebného procesu a pacient je absolvuje v rámci pracovní neschopnosti, s tím souvisí i dodržování léčebného režimu, který je režimem práce neschopných
- paušál pobytového dne zahrnuje tři samostatné složky:
 - ✓ ubytování
 - ✓ stravování

b) příspěvková lázeňská péče

- je určena pro pacienty s chronickým onemocněním
- pacient lázeňskou péči čerpá v rámci své dovolené a sám si zajišťuje na své náklady ubytování a stravování, ze zdravotního pojištění je mu hrazeno pouze léčení
- indikační seznam lázeňsky léčitelných chorob stanoví mimo jiné intervaly, ve kterých má pacient nárok na příspěvkovou lázeňskou péči hrazenou ze zdravotního pojištění, ve většině případů se jedná o interval 2 roky, dále indikační seznam stanoví i délku pobytu, ta je ve většině případů 21 dní

2. Ambulantní zdravotnická zařízení

Praktiční lékaři

- každý občan by měl být evidován u svého praktického lékaře
- platí svobodná volba občana pro volbu praktického lékaře
- praktičtí lékaři jsou dnes většinou privátními poskytovateli zdravotní péče
- praktiční lékaři provádějí základní vyšetření pacienta, stanovují základní diagnózu, provádějí obvyklou léčbu chronických stavů, provádějí preventivní zdravotní péči, očkování a koordinují poskytování odborné zdravotní péče

- obecně je zdravotní péče poskytována praktickými lékaři hrazena kombinovanou kapacitně výkonovou platbou, podle sazebníku výkonů, vychází se přitom ze základní kapitační platby na jednoho tzv. přepočteného pojištěnce, kterého vede praktický lékař ve své evidenci, základní kapitační sazba se podle rozsahu ordinačních hodin pohybuje od 48 do 56 Kč za měsíc.
- Základní sazba je stanovena ve výši **56 Kč** pro praktické lékaře pro dospělé a praktické lékaře pro děti a dorost, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 30 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy do 18 hodin a umožňují pojištěncům objednat se alespoň dva dny v týdnu na pevně stanovenou hodinu.

- Sazba **50 Kč** platí pro praktické lékaře pro dospělé, kteří poskytují hrazené služby v rozsahu alespoň 25 ordinačních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně, přičemž alespoň jeden den v týdnu mají ordinační hodiny prodlouženy nejméně do 18 hodin. Ostatní praktičtí lékaři pro dospělé (kteří uvedené podmínky nesplňují) mají sazbu ve výši **48 Kč**, ostatní praktičtí lékaři pro děti a dorost **50 Kč**.
- další složkou plateb praktickým lékařům je platba za určité zdravotní výkony, zdravotní pojišťovna stanoví seznam těchto výkonů, ty jsou pak hrazeny podle sazebníků výkonů v rámci bodového hodnocení (kapacitně výkonové platby)

- vzhledem k tomu, že někteří praktiční lékaři vykonávají svoji činnost v lokalitách s menším počtem obyvatelstva, mají ve své evidenci méně pacientů, což pro ně znamená i menší příjem v rámci kapitační platby, jsou praktičtí lékaři v těchto oblastech v platbách zvýhodňováni – kapacitně výkonové platby s dorovnáním v případech kapitace, tento systém se uplatňuje při menším počtu registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny, než je 70% celkového průměrného počtu takových pojištěnců, dorovnání kapitace leze poskytnout až do výše 90% kapitační platby vypočtené na celostátní průměrný počet registrovaných pojištěnců příslušné zdravotní pojišťovny.
- na druhou stranu v zájmu zachování kvality zdravotní péče, je doporučený počet pojištěnců na jednoho praktického lékaře ve výši 1500 dospělých, 1000 dětí, v případě většího počtu registrovaných pojištěnců se (více jak 30%) se kapitační platba krátí

Praktičtí lékaři provádějí tři druhy vyšetření:

- a) **komplexní** - stanovení základní diagnózy v případě akutních zdravotních problémů, stanoví základní diagnózu a medikaci, popř. je pacient odeslán na odborné vyšetření na speciální pracoviště nebo nemocnice
- b) **kontrolní** – jedná se o následné vyšetření ke kontrole průběhu nemoci, k potvrzení či ke stanovení diagnózy a i k pokračování nebo ke změně medikace, v případě zhoršení zdravotního stavu může být pacient odeslán na specializované pracoviště
- c) **cílené** – jedná se o odborné vyšetření, pokud k takovému má praktický lékař potřebné vybavení, v tom případě jde o výkon, který je hrazen podle bodového systému výkonů

Ambulantní specialisté

- pro specializovanou ambulantní péči se úhrady provádějí prostřednictvím výkonového systému úhrad
- body jsou diferencovány podle jednotlivých druhů odbornosti
- ambulantní specialisté mají také nárok na proplacení zvláště účtovaných léků a zvláště účtovaného materiálu
- i pro ně platí řada regulačních opatření v předpisování léčivých přípravků, tak i na vyžádanou péči v příslušné odbornosti

Stomatologové

- stomatologové mají zdravotní služby hrazeny výkonovým způsobem, avšak se jedná o velice atypický a nesystémový způsob úhrady, není realizován bodovým systémem, ale na základě zvláštního stomatologického sazebníku výkonů v němž jsou výkony ohodnoceny přímo v korunovém vyjádření.
- významnou součástí stomatologické zdravotní péče je tzv. protetické práce (zubní náhrady), tyto náhrady zhotovují zubní laboranti, kteří tak činí na objednávku stomatologa, stomatologové však mají zubní protézy zahrnuty v platbách od zdravotních pojišťoven, což vede k časové disproporci, jelikož stomatolog hradí protetika přímo zubnímu laborantovi ve lhůtě splatnosti faktury cca 14 dní, ale stomatolog musí čekat na platbu od zdravotní pojišťovny v řádu 1 – 3 měsíců

3. Komplementy a jiné doprovodné druhy zdravotních služeb

Komplementy

- jedná se o laboratoře, zobrazovací pracoviště a jiné společné vyšetřovací a léčebné složky (biochemie, hematologie, patologie, centrální sterilizace, transfúzní odd., apod.)
- mají svůj výkon hrazený paušální sazbou, popř. výkonově podle seznamu zdravotnických výkonů

Zdravotnická záchranná služba

- tato služba je hrazena podle sazebníku zdravotnických výkonů
- významy díl nákladů na činnost zdravotnické záchranné služby však nese zřizovatel (kraje)

Zdravotnická dopravní služba

- zdravotnická dopravní služba je zajišťována dvěma rozdílnými způsoby:
 - a) technickými pracovišti nemocnice** – jedná se tedy o samostatné pracoviště příslušné nemocnice, kdy financování této činnosti je součástí celkového hospodaření příslušné nemocnice
 - b) soukromými dopravci** – jsou specializovaní na zajištění dopravní služby pro zdravotnická zařízení
- v obou případech se úhrady provádějí podle výkonového systému s příslušnou hodnotou bodů, ta je diferencována podle toho, zda poskytuje dopravní službu v nepřetržitém provozu nebo ne
- ekonomická efektivnost je však ovlivněna kolísáním cen pohonných hmot, které tvoří vyznanou část nákladů

Souhrn systému úhrad zdravotních služeb

- MZ vydává pro každý rok tzv. úhradovou vyhlášku, kterou stanoví hodnoty bodů, výši úhrady zdravotních služeb hrazených ze zdravotního pojištění a stanoví i regulační omezení pro daný rok, tato vyhláška se však použije v případě, že se poskytovatelé a zdravotní pojišťovny nedohodnou na výši úhrad
- pro stanovení úhrad pro příslušný rok se vychází z tzv. referenčního období, tímto obdobím je obvykle předminulého roku
- ideální požadovaný systém úhrad by měl splňovat:
 - a) *měl by zabránit nežádoucí nadprodukcí zdravotních výkonů, ať již jsou požadovány poskytovateli zdravotní péče či pacienty samotnými*

- b) měl by motivovat k prevenci, a to jak na straně poskytovatelů, tak především na straně občanů
- c) neměl by být administrativně náročný a měl by být kontrolovatelný
- d) neměl by vytvářet prostor pro možné podvodné jednání
- e) měl by zajistit uspokojení nároků pacientů v rozsahu kvality a komfortu zdravotní péče, jaká je v evropském prostoru obvyklá

V průběhu času se v našem systému úhrad nákladů na zdravotní péči vyprofilovaly tři základní mechanismy těchto úhrad:

1. výkonový systém

- uvedený úhradový systém se jeví jako nejvhodnější, z důvodu přesnosti vykazování výkonů a motivací zdravotnických zařízení
- úhradový mechanismus je založen na identifikaci zdravotnických výkonů (více jak 4 000 položek výkonů)
- výkony jsou ohodnoceny body, k těmto bodům pak byly přiřazeny peněžní hodnoty

2. systém paušálů

- paušál představuje ohodnocení určitého komplexu výkonů spojených do jedné jednotky úhrady zdravotní péče (pobyťový den v lůžkovém zařízení, pacient identifikovaný jedním rodným číslem apod.), jedná se tedy o jakési zprůměrování nákladů na léčení pacienta
- užívá se především v lůžkových zařízeních, kde obvykle převažuje tzv. fixní náklad nebo variabilní náklad (váží se na jednotku výkonu, náklady na léky, stravování apod.)
- v zájmu zvýšení motivace poskytovatelů na kvalitě zdravotní péče a i v zájmu vyššího zobektivizování rozsahu a nákladovosti zdravotní péče v případě konkrétního pacienta se na přelomu let 2012 a 2013 přešlo na systém případových paušálů (DRG)

- Diagnostic Related Groups (DRG) hlavních diagnostických kategorií je v jednotlivých verzích metod DRG několik desítek seřazených podle orgánových systémů, hlavní diagnostické kategorie se dělí na další skupiny, z nichž každá se dále člení v závislosti na složitosti průběhu onemocnění do tří skupin průběhu na, bez komplikací, s komplikacemi a s většími komplikacemi.
- výhodou této metody je vyšší objektivnost vykazování nákladů na péči a vyšší míra „spravedlnosti“ v úhradách za aktuální lůžkovou péči
- nevýhodou je motivace poskytovatelů ke zkracování pobytu pacienta na lůžku

3. kapitační systém

- jedná se o zvláštní paušální platby, spočívá ve stanovení pevné částky platby poskytovatele za každého pojištěnce, kterého má ve své dlouhodobé péči, a to bez ohledu, zda je pojištěnec zdravý či nemocný
- tento systém úhrad se používá především u praktických lékařů
- tato forma úhrad zdravotní péče je velmi administrativně nenáročná, a proto i nenákladná a snadno kontrolovatelná

Perspektivní vývoj financování zdravotnictví



Problém privatizace ve zdravotnictví

V ČR proces transformace národního hospodářství byl nastartován především v oblasti výroby a služeb. Ve zdravotnictví byl opožděn, i když ne ve všech jeho segmentech. Proces privatizace ve zdravotnictví můžeme rozdělit do dvou fází:

1. fáze – zahrnuje období po roce 1990, kdy do procesu privatizace byly zařazeny lázně a dále ambulantní pracoviště praktických lékařů a ambulantních specialistů a i dalších menších zdravotnických zařízení.

V této době vzniká vedle VZP i různé zaměstnanecké pojišťovny, v 2. polovině 90 let jich bylo téměř třicet.

2. fáze – zahrnuje období po roce 2000, kdy dochází k odstátnění většiny statných nemocnic (mimo FN). Týká se to především okresních nemocnic, které představují páteřní síť lůžkových zdravotnických zařízení. V té době byla většina nemocnic ve vážných ekonomických problémech. Jejich převedení na kraje a zároveň s jejich jednorázovým oddlužením, problém jejich ztrátového provozu „přehodil“ na kraje, aniž by řešil příčiny této většinové ztrátovosti. Z důvodu ztrátovosti některé kraje nemocnice prodávají, jiné je převádějí na obchodní společnosti, jiné vytvářejí různé holdingové struktury apod.

Pokud se zamyslíme nad teoretickými aspekty privatizace ve zdravotnictví, privátní podnikání je charakteristické úsilím o vytvoření maximálního zisku a zlepšit výsledek hospodaření, tedy zvýšit zisk nebo snížit ztrátu, lze prakticky dvěma cestami:

- a) **bud' zvýšením výnosu** – zvyšování výnosů ve zdravotnictví, kde jsou výkony hrazeny většinou ze zdravotního pojištění, lze obtížně, protože zdravotní pojišťovny výši úhrad různými způsoby regulují
- b) **snížením nákladů, popř. obojím způsobem** – snižovat náklady v nemocnicích je také velmi obtížné, protože většina nákladů je fixních a v oblasti variabilních nákladů jejich úspora jde obvykle na úkor kvality péče, to znamená, že úsilí lůžkových zdravotnických zařízení o zlepšení hospodářského výsledku může vést ke snížení kvality zdravotní péče

Do oblasti nemocniční péče se mnohem lépe hodí příspěvkové formy těchto zdravotnických zařízení, ostatně ty nejvýznamnější lůžková zdravotnická zařízení (FN), mají ze zákona formu příspěvkových organizací.

Hnacím motorem tržní ekonomiky je KONKURENCE, ta obecně vede k vyšší kvalitě služeb, úspoře nákladů apod. Obecně se i ve zdravotnictví konkurence prosazuje, a to ve dvou směrech:

- a) *mezi zdravotními pojišťovnami* – zde však konkurenční boj o pojištěnce vede k nárůstu výdajů
- b) *mezi zdravotnickými zařízeními* – vzhledem k tomu, že pacient není často schopen tuto stránku zdravotní péče posoudit, konkurenční boj se tak omezuje pouze na parametry „boje o široký úsměv“

Problém prevence ve zdravotnictví



- prevence má ve zdravotnictví velký význam, a to nejen z medicínského, tak i z ekonomického hlediska
- předcházet onemocnění je méně nákladné, než onemocnění léčit
- v minulosti v postátněném zdravotnictví, se péče o zdraví jednotlivce přenesla na stát (povinné očkování, preventivní prohlídky, apod.)
- po roce 1990 přestal stát požadovat povinné očkování na řadu onemocnění a byl zrušen i systém povinných preventivních prohlídek dětí a mládeže, to spolu s otevřením hranic pro osoby ze zemí s mnohem nižším standardem zdravotnické péče vedlo k návratu některých chorob, které u nás byly již neznáme (černý kašel, tuberkulóza apod.)

Hlavní směřování prevence by se mělo ubírat tímto směrem:

1. výchova k osobní odpovědnosti za zdraví má probíhat v rodinách i ve škole
2. osvětové programy mají být zaměřeny především na ženy jako matky, které navozují životní návyky dětí a členů rodiny
3. vzdělávání k péči o vlastní zdraví má být zařazené už do výuky základních škol

Ekonomika a pojišťovnictví

Děkuji za pozornost

Ing. Jovana Exnerová
JovanaV@seznam.cz