

ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ V KONTEXTU REFORMNÍCH ZMĚN V ČR

Pavína Hejduková

ÚVOD

Zdravotnická zařízení jakožto poskytovatelé zdravotních služeb hrají klíčovou roli v rámci zdravotního systému každé země. Je tedy velmi důležité věnovat jim pozornost, a to zejména v době velkých reformních kroků v oblasti zdravotnictví. Každá z vyspělých zemí se potýká s problémy ve zdravotnictví, a to i přes mnohé odlišnosti v jeho financování a organizaci. Velikost a strukturu vydávaných finančních prostředků na veřejné programy, zejména sociálního charakteru (tedy i na zdravotnictví) a samotnou organizaci v rámci zdravotního systému ovlivňuje velké množství faktorů a každá země nepřistupuje k řešení svých problémů zcela stejně. Každopádně zejména ze zkušeností v zahraničí a na základě definování problémů v ČR lze stanovit klíčové otázky, kterými by se budoucí reforma měla prioritně zabývat.

1 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ – CHARAKTERISTIKA A SPECIFIKA

Na zdravotnická zařízení lze pohlížet jako na firmy, neboť v nich probíhají stejné ekonomické procesy jako v jiných podnicích. Navíc jsou však zdravotnická zařízení oproti jiným institucím charakterizována určitými specifiky, jako jsou: předmět činnosti (prevence, zlepšení či zachování zdravotního stavu), vztah zákazníka a poskytovatele služby (většinou je zájem o službu vyvolán problémy se zdravotním stavem, povinnost poskytnutí služby poskytovatelem služby – zejména v akutních případech nelze odepřít službu zákazníkovi), vztah kvalita → služba → platba – nejsou úzce provázány.

Poskytování zdravotní péče provozují jak privátní – ziskové, tak neziskové subjekty. V obou případech by však neměla být zanedbána otázka ekonomického řízení - tzn. výnosy reprezentované zejména příjmy za zdravotní péči by měly převyšovat náklady s poskytováním zdravotní péče spojené, mělo by být řízeno cash flow či řešena investiční výstavba. Každá zdravotnická instituce má své vstupy, kam patří

materiál (pacienti, léky, ostatní zdravotnický materiál), práce (lékaři a ostatní zdravotnický personál), kapitál věcný (kapitál hmotný jako budovy, stroje, zařízení a kapitál nehmotný – know-how, práva, licence) a finanční kapitál (peníze). Vstupy se transformují formou zdravotnické služby. Výstupy spojené s dokončením procesu zdravotnických služeb spočívají ve zlepšení či udržení zdravotního stavu pacientů, příjemců služeb. Dalším důležitým procesem je zpětná vazba, tzn. sledování procesu zdravotnické služby (preventivní prohlídky, kontroly).

Specifikem ve zdravotnictví je skutečnost, že pacient se ve srovnání s jinými službami stává ve většině případů trvalým klientem zdravotnického zařízení.

Zdravotnické zařízení má i své okolí stejně jako jiné podniky. [14] Prvky okolí lze rozdělit na následující: geografické okolí – do značné míry ovlivňuje logistiku zdravotnického zařízení, sociální okolí (důsledky pro společnost jsou u zdravotnického zařízení více méně jasné), politické okolí – mocenské zájmy politických stran – značně ovlivňují fungování, organizaci a financování zdravotnického zařízení – řadíme sem jak politiku na státní úrovni, ale i komunální politiku, vliv jednotlivých krajů, měst apod., právní okolí – legislativa v daném státě, právní úprava podnikání v oblasti zdravotnictví, jednotlivé zákony, ekonomické okolí – zde je možné vidět další zdravotnické instituce a vazby mezi nimi, dodavatelé, dostupnost výrobních faktorů, hospodářský růst, zákazníci – pacienti, daňová problematika, ekologické okolí – na jedné straně ekonomická zátěž pro zdravotnická zařízení, na druhé straně mnoho šancí jako například šetrné zacházení s odpady, recyklace aj., technologické okolí – u zdravotnických zařízení se jedná zejména o nové léky a léčivé přípravky, nové formy očkování, nové přístroje a nové léčebné postupy – na jedné straně potřebné na druhé straně finančně nákladné záležitosti, etické okolí – hraje u zdravotnických zařízení zásadní roli a je stále významnější, u zdravotnických zařízení například velký apel na ochra-

nu osobních údajů či problematika eutanázie, kulturně-historické okolí – vzdělanostní a kulturní úroveň obyvatelstva jako jeden z nejpodstatnějších determinantů ekonomického růstu a technického pokroku (ve zdravotnictví obrovský význam ve spojení s technologiemi).

Jednotlivé prvky okolí se samozřejmě vzájemně propojují a ovlivňují se. Některé z nich jsou stabilní, jiné mají tendenci se neustále formovat. Pro každý podnik a tedy i zdravotnické zařízení je okolí a jeho zkoumání základním východiskem pro strategickou analýzu.

Na fungování a organizaci samotného zdravotnického zařízení jakožto i na jiný podnik má vliv management dané instituce. V oblasti managementu ještě v dnešní době mnoho zdravotnických institucí značně „pokulhává“ za jinými institucemi, i když se pomalu i v této oblasti začínají prosazovat principy strategického řízení, řízení kvality či nové informační technologie.

Je nutné zdůraznit, že zdravotní péče je ovlivněna silnými etickými požadavky a setkáváme se u ní s mnoha morálními dilematy.

Z hlediska posloupnosti kontaktů v rámci zdravotní péče lze rozdělit zdravotnická zařízení

na zařízení poskytující primární, sekundární a terciární péči. [1]

V rámci primární péče se hovoří o místě prvního kontaktu zdravotnického zařízení s pacienty [16], jedná se o tzv. prvotní a všeobecnou – resp. základní péči sloužící ke zlepšení zdraví v rámci komunity. Většinou je primární péče zajišťována na lokální úrovni či úrovni municipální. Ke zmíněnému prvnímu kontaktu dochází mezi pacientem (občanem) praktickým lékařem pro dospělé, praktickým lékařem pro děti a dorost, gynekologem a stomatologem.

Sekundární péče je péčí specializovanou. Jedná se o péči poskytovanou specialistou v ambulantní i nemocniční síti zdravotníků. Do sekundární péče se zahrnuje mnoho oborů jako například chirurgie, traumatologie apod.

Terciární péče je označována jako vysoce specializovaná a komplexní péče, která je technologicky náročná. Poskytují ji velké nemocnice a výzkumné ústavy.

Přestože většina obyvatelstva využívá zdravotní péče primárního charakteru a nejmenší počet pacientů využívá služeb terciární péče, náklady spojené s touto péčí jsou zcela opačné.[4]

Obr. 3: Využívání zdravotní péče a její nákladovost



Zdroj: vlastní zpracování na základě interních materiálů zdravotních pojišťoven ČR

2 PARAMETRY ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU A ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ

Každý zdravotnický systém musí pro efektivní fungování naplňovat určité parametry [5], které koexistují v daném systému a nelze je řešit samostatně bez ohledu na parametry ostatní. A jelikož zdravotnická zařízení hrají klíčovou roli ve zdravotnickém systému, měly by dané parametry také při organizaci zdravotní péče zohledňovat. Základními parametry zdravotnického systému a potažmo zdravotnických zařízení jsou: dostupnost, kvalita, finanční zatížení, výkonnost, rovný přístup a společenská přijatelnost.

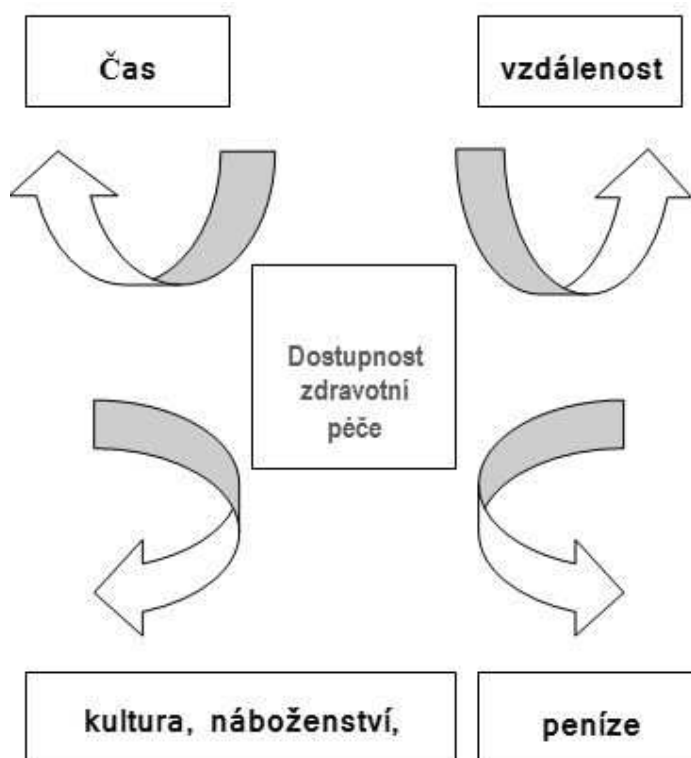
Dostupnost zdravotní péče lze charakterizovat jako schopnost zdravotnického systému uspokojovat zdravotní potřeby obyvatelstva. K uspokojování zdravotních potřeb jsou využívány zdravotní služby a stanovené postupy zdravotní péče. Dostupnost lze chápat v několika rovinách. Nejpodstatnější roviny

dostupnosti jsou: časová dostupnost, geografická dostupnost, finanční dostupnost, administrativní a sociální dostupnost.

Časová dostupnost je představována dobou, která uplyne od potřeby zdravotní péče, do doby uspokojení potřeby (provedení určitého zdravotního úkonu vedoucího k uspokojení zdravotní potřeby). Geografická dostupnost stanovuje dostupnost zdravotní péče do určité vzdálenosti.

Finanční dostupnost zdravotní péče závisí na formě financování zdravotnických služeb, na úhradových mechanismech, na modelu financování zdravotní péče a na míře spoluúčasti pacientů. Administrativní dostupnost lze charakterizovat jako dostupnost zdravotní péče z hlediska administrativních zásahů státu, právních norem apod. Sociální dostupnost spočívá v dostupnosti zdravotní péče pro osoby hůře se orientující na trhu zdravotní péče (nízká úroveň vzdělání, gramotnost, jazykové znalosti apod.).

Obr. 4: Model dostupnosti zdravotní péče



Zdroj: vlastní zpracování

Kvalita zdravotní péče zobrazuje, do jaké míry jsou do zdravotní péče promítnuty moderní poznatky zdravotní péče a technologické po-

stupy.[7] V kvalitě zdravotní péče se odráží technologie, materiální vybavení zdravotnického zařízení, které služby poskytuje, vzdělání

zdravotnických pracovníků, přístup k pacientovi, dohled nad výkonem zdravotnického povolání apod. Outputem kvality je zdravotní stav populace, spokojenost pacientů nejen po stránce odborné, ale i stránce lidské.

Ekonomické zatížení je pojem, pod kterým se skrývá množství finančních prostředků vydaných resortem zdravotnictví na zdravotní péči a fungování zdravotního systému. Jedná se tedy o náklady spojené s poskytováním zdravotní péče. Na makroúrovni se pro srovnání ekonomického zatížení resortu zdravotnictví využívá tzv. podíl výdajů na zdravotnictví ku HDP (v %).

Výkonnost důležitým parametrem pro hodnocení efektivity procesů ve zdravotnickém systému. Ve zdravotnictví se většinou řeší prostřednictvím nákladových a přínosových analýz.

Rovný přístup ke zdravotní péči je neustále předmětem diskuzí mezi odbornou i širokou veřejností. Rovný přístup je chápán jako poskytnutí zdravotní péče všem bez ohledu na sociální postavení ve společnosti. V moderním pojetí státu však dochází k diferenciaci pacientů a o rovnosti se hovoří zejména v oblasti standardní péče nebo také garantované péče státem. Nabízí se více možnosti připlatit si za nadstandardní zdravotní péči. Daná skutečnost však nenarušuje otázku rovného přístupu, jen ji přesouvá do jiné roviny. Rovný přístup v uplatňovaném solidárním pojetí se všem nemusí jevit jako spravedlivý.

Společenská přijatelnost vychází ze sociálního zaměření daného státu, ve kterém se sledují parametry zdravotnického systému, dále z politických a historických aspektů dané země. [5]

3 ZÁSADNÍ PROBLÉMY ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ V ČR

Problémy, které lze spatřovat u zdravotnických zařízení v ČR, jsou úzce provázané. Jedná se zejména o: kvalitu poskytované péče, úhradové mechanismy, řízení zdravotnických zařízení a nastavení sítě primární péče.

Nelze říci, že je v ČR poskytována nekvalitní zdravotní péče, patříme k zemím, které mají vysoce kvalifikované zdravotnické odborníky.

Problém však spočívá v tom, že nejsou stanoveny přesné parametry pro měření a porovnávání kvality mezi zdravotnickými zařízeními. V první řadě se tedy v rámci reformních kroků musí nastavit parametry kvality, kam mimo jiné patří i zmíněná dostupnost zdravotní péče. V rámci proplácení zdravotní péče poté není zohledněno, jak kvalitně byla služba poskytnuta a tak jsou znevýhodňována některá zdravotnická zařízení.

V rámci mezinárodního srovnání existuje institut, který se zabývá problematikou kvality zdravotní péče, kde by se ČR při stanovení parametrů mohla inspirovat. Jedná se o Health Consumer Powerhouse. Ve svém projektu porovnává 35 zemí ve více než 20 různých ukazatelích z pohledu spotřebitele. Health Consumer Index má stanoven maximální počet bodů 1000 a hodnotí parametry jako jsou: práva a přístup pacientů, počet operací v různých zdravotnických oblastech, platby lékařů, veřejné stomatology, počet mamografů apod. Nejvíce bodů v daném hodnocení získalo v roce 2009 Nizozemsko (863 bodů), nejmenší počet bodů obdrželo Bulharsko (448 bodů), ČR obsadila 17. místo z 35 zemí a získala 667 bodů.[2]

Úhradové mechanismy jsou způsoby financování zdravotnických zařízení. Úhradové mechanismy jsou stanovovány na základně smluvního ujednání mezi pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními, mnohdy se zásahy států ve formě úhradových vyhlášek ministerstev zdravotnictví či přímo zákonem. Mezi úhradové mechanismy lze zařadit i příspěvky od příjemců služeb, které však musí být také právně podloženy. Mezi nejznámější úhradové mechanismy patří: platba za ošetřovací den, platba za výkon, kapitační platba, platba za diagnózu, účelové paušály, bonifikace a funkční rozpočet.[4] Každý z úhradových mechanismů má své klady i zápory – viz dále.

Základní jednotkou platby za ošetřovací den jsou náklady na jednoho pacienta za jeden den ošetření v lůžkovém zařízení. Jedná se o fixní platbu, kterou zdravotnické zařízení obdrží od zdravotní pojišťovny na výdaje spojené s jednodenním pobytem pacienta. Částka za ošetřovací den je sjednaná smluvně. Budťo jako stejná částka pro všechny pacienty sledovaného

zdravotnického zařízení nebo stejná v rámci jednotlivých oddělení. Daný úhradový mechanismus může podněcovat k udržování obloženosti, což může vést k neodůvodněnému prodlužování hospitalizace. Klady a zápory úhradového mechanismu – platba za ošetřovací den: motivace zdravotnických zařízení ke snižování nákladů za jednotku, podnět k neodůvodněnému prodlužování hospitalizace, nevýhodné pro zařízení provádějící náročné výkony, nadměrné výkony, opakovaná vyšetření a analýzy.

Platba za výkon je platba za jednotlivou položku zdravotní péče, tj. za jednotlivý úkon. Úkony jsou přímo oceněné v Kč či obodované a je stanovena hodnota bodu vždy na určité období. Výše úhrady tedy většinou sestává z bodové hodnoty výkonu násobené hodnotou bodu. Tento úhradový mechanismus převládá v ambulantní sféře. Klady a zápory úhradového mechanismu – platba za výkon: příjem lékařů přímo závislý na nemocnosti pacientů, motivace k širším službám, tendence k vykazování nadměrného množství výkonů, vykazování výkonů nemusí být vždy prováděno korektně, obtížnost stanovení náročnosti jednotlivých výkonů.

Kapitační platba spočívá v pevně stanovené částce za registrovaného pacienta po určité době ve zdravotnickém zařízení, bez ohledu na to, zda a jak je léčen. To znamená, že i když pacient léčen není, získává zdravotnické zařízení za daného pacienta stanovenou platbu tzv. na hlavu. Kapitace je odstupňována dle věku a ostatních kritérií a je uplatňována často u praktických lékařů. Klady a zápory úhradového mechanismu – kapitační platba: nevede k tlaku na nadměrné služby motivace k širším službám, redukce objemu administrativy, nezáměr o nákladné pacienty, nadměrné odesílání pacientů ke specialistům, znevýhodnění lékaře v méně lidnatých oblastech (v ČR řešeno tzv. kombinovanou kapitační výkonovou platbou s dorovnáním kapitace).

Platbu za diagnózu lze definovat jako soubor služeb u jednoho pacienta za jednu epizodu nemoci. Platba se označuje jako DRG (Diagnosis Related Groups). Využívána je zejména v nemocnicích. Klady a zápory úhradového mechanismu – platba za diagnózu: méně administrativně náročný jako výkonový model, méně

prostoru pro nežádoucí chování, náročné na zavedení v rámci jednotlivého zdravotnického zařízení.

Účelový rozpočet je roční rozpočet na definovanou péči. Představuje formu paušálu podle specializace lékaře, počtu lůžek apod. Lze používat jako doplňkovou platbu k jinému způsobu financování. Často se využívá pro příspěvek na fungování veřejnoprávních zdravotnických zařízení. Účelové paušály jsou zaměřeny na investice. Klady a zápory úhradového mechanismu – účelové paušály: nízké administrativní náklady, motivace k útratě paušálu, i když to reálně není opodstatněné.

Bonifikace patří mezi účelově vázané platby. Jedná se o odměnu za dosažení určitého zdravotnického či ekonomického cíle v daném zdravotnickém zařízení. Bonifikace je pouze doplňkovým způsobem financování zdravotnického zařízení. Klady a zápory úhradového mechanismu – bonifikace: dobré zkušenosti, možné navýšení nákladů v souvislosti s informačním systémem, když se zavádí bonifikace.

Funkční rozpočet je sjednaná celková platba za veškeré služby, které zdravotnické zařízení poskytuje během sjednané periody, nejčastěji během jednoho roku. Rozpočty mohou být stanoveny různě: na potřebě vstupních faktorů či na poskytování určitého objemu zdravotní péče. Rozpočet může být stanoven pevně bez ohledu na skutečné náklady či variabilně s ohledem na skutečné náklady nebo s ohledem na skutečně poskytnutý objem zdravotní péče. Rozpočet lze stanovovat vůči jednotlivým zdravotnickým zařízením či jako globální, tzn. na celý sektor zdravotnických služeb. Nejvíce je tento úhradový mechanismus využíván v nemocničních zařízeních. Může dojít k omezování množství či snižování úrovně /kvality/ poskytované odborné péče. Klady a zápory úhradového mechanismu – funkční rozpočet: konečný rozpočet, ale přesto pružný mechanismus (přesouvání financí uvnitř limitu), omezování množství poskytované péče, snižování kvality poskytované péče.

Úhradové mechanismy mají podstatný vliv na fungování zdravotnického zařízení. Lze vysledovat tendence k růstu či poklesu určitých ukazatelů u konkrétních mechanismů – viz následující tabulka.

Tab. 4: Dopad zvoleného způsobu financování na fungování zdravotnického zařízení

Fungování zdravotnického zařízení / Způsob financování	Počet léčených případů	Rozsah služeb	Kvalita péče a spokojenost pacientů	Efektivnost	Ceny vstupů
Platba za ošetřovací den	růst	pokles	Pokles	růst	pokles
Platba za výkon	růst	růst	Pokles	růst	pokles
Kapitační platba	pokles	pokles	Pokles	růst	pokles
Platba za diagnózu	růst	pokles	Pokles	růst	pokles
Účelové paušály	růst	růst	Růst	pokles	růst
Funkční rozpočet	pokles	pokles	Pokles	růst	pokles

Zdroj: [8]

Samozřejmě dopad zvoleného způsobu úhrady na vybrané ukazatele závisí i na dalších faktorech, zde jsou uvedeny pouze tendence základních způsobů úhrad na základní ukazatele zdravotnického zařízení.

V ČR jsou úhradové mechanismy velmi roztržité. V rámci například platby za výkon jsou výkony hodnoceny u většiny lékařů v rámci primární péče v bodech, u stomatologů přímo v Kč, což je jeden zásadní problém nejednotnosti. Další zásadní problém spočívá v mnoha rozdílech stanovení hodnoty bodu v různých odbornostech.[15] Třetí zásadní problém u úhradových mechanismů spočívá v nezhledňování kvality poskytované péče. V rámci reformních kroků je třeba úhradové mechanismy sjednotit, alespoň ve vyjádření výkonů, osobně se přikláním k vykazování hodnoty všech výkonů přímo v Kč a ke sjednocení se hodnocení v rámci odborností, sníží se tím administrativní náklady a financování bude transparentnější.

Řízení zdravotnických zařízení v ČR patří také k neustále diskutovaným otázkám souvisejícím s českým zdravotnictvím. V ČR v mnoha zdravotnických zařízeních zcela chybí manažerské vzdělání u vedoucích pracovníků, a to jak v rámci top managementu, tak u managementu středního. S tím jsou dále spojeny další problémy jako vysoké náklady, nižší produktivita práce, nevhodná spolupráce s obchodními partnery a nepřehledné financování zdravotnických zařízení. S uvedenými argumenty také souvisí absence kontroly a zpětné vazby. Říze-

ní souvisí s otázkou kvality zdravotnických zařízení, osobně doporučuji zařadit otázku řízení do parametrů kvality a požadovat od vedoucích pracovníků manažerské vzdělání minimálně v rámci prohloubení kvalifikace.

Nastavení primární sítě zdravotnických zařízení je otázkou, kterou se moc zdravotní politika ČR nezabývá. Problém smluvní sítě zdravotnických zařízení na úrovni primární péče se projevuje ve všech dosud definovaných problémech – kvalitě, úhradách i řízení. Smluvní síť zdravotnických zařízení v rámci primární péče není v ČR téměř vůbec regulována. V jiných vyspělých zemích, u nichž funguje zdravotnictví na podobných principech, je tato otázka jednou z nejpodstatnější jak v rámci každoročního sledování, tak v rámci reformních změn. Opět budu apelovat na potřebu stanovit kvalifikační parametry pro vstup do smluvní sítě zdravotnických zařízení, které nejsou v ČR přesně definovány. Dále bych ráda upozornila na zatím chybějící parametry dostupnosti zdravotní péče, chybí také participace a vzájemná spolupráce na stanovení smluvní sítě ze strany Lékařské komory, zdravotních pojišťoven, státu i veřejnosti. Vhodné je se opět inspirovat v zahraničí, kde mají přesná pravidla pro smluvní síť zdravotnických zařízení, a to nejen na úrovni primární péče. Například síť zdravotnických zařízení v Rakousku je velmi věcně regulována ze strany státu, a to zákonem o veřejném pojištění a veřejnoprávních pojišťoven, zákonem o lékařích, zákonem o nemocnicích a rakouskou ústavou.[6] Pokud lékaři mají zájem o zařazení

do smluvní sítě zdravotnických zařízení, musí se zapsat do seznamu uchazečů o veřejnou zakázku u lékařské komory. Uchazeči dostávají určitý počet bodů dle vzdělání, praxe, vybavení ordinace apod. dle výše uvedené vyhlášky a směrnice. V případě, kdy nastane potřeba obsadit místo v síti novým lékařem, je vyzván ten, kdo obdržel nejvíce bodů a je ochoten ordinovat v lokalitě stanovené Svazem pojišťoven. Při zkoumání uchazečů Lékařská komora řeší odborná kritéria, Svaz pojišťoven kontroluje otázky ekonomické vhodnosti a geografického umístění. Zákonnou odpovědnost za zajištění zdravotní péče a hospodárnost zdravotní péče nese v Rakousku Svaz pojišťoven. Svaz pojišťoven zřizuje také vlastní zdravotnická zařízení.[3]

4 STÁVAJÍCÍ REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ V ČR

V ČR bylo od přechodu od socialistického modelu financování a fungování zdravotnictví k současnému systému zdravotní péče založeném na veřejném zdravotní pojištění mnoho snah o změny v systému zdravotní péče, většina z nich však zůstala pouze u návrhů a k realizaci vůbec nedošlo. Tato skutečnost byla způsobena buďto nedokonalým nadefinováním reformních kroků s podporou dat a změnou v právních normách upravujících danou problematiku nebo nepřijetím politickým spektrem a širokou veřejností. Za první opravdu zásadní reformní krok lze považovat zavedení regulačních poplatků tehdejším ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem. Zejména díky politické neprůchodnosti však nebyly zcela přijaty veřejností, přestože se podařilo je prosadit a dodnes se vybírají.

Současné návrhy nové koncepce zdravotnictví v České republice se konečně dostávají k problematice péče hrazené zdravotní pojišťovnou a samotným pacientem a dotýká se také problematiky dostupnosti v oblasti zdravotní péče a zdravotnických zařízení. Koncepce je zaměřena zejména na následující oblasti: pacient jako rovnocenný účastník procesu poskytování zdravotních služeb, důraz kladen na jeho práva a individuální potřeby, lepší vymahatelnost práv a povinností pacientů i poskytovatelů

telů zdravotnických služeb, [9] dostupnost zdravotní péče – akutní lůžková péče a její součinnost se zdravotnickou záchrannou službou, financování a fungování záchranné služby[10], změna v terminologii – zdravotní péče nahrazena pojmem zdravotní služba, zdravotnické zařízení nahrazeno pojmem poskytovatel zdravotnických služeb [11], hrazení pouze vybraných služeb ze systému zdravotního pojištění – stanovení tzv. standardu a nadstandardu. [12]

Reformu zdravotnictví prováděná a navrhovaná týmem současného ministra zdravotnictví Leoše Hegera lze považovat za krok vpřed, vše je v navrhované koncepci teprve v počátcích, avšak již nyní lze vyřknout jeden zásadní problém: absenci strategické analýzy v systému zdravotnictví ČR.

ZÁVĚR

Zdravotnická zařízení jakožto poskytovatelé zdravotních služeb musí být v ČR brána za nejpodstatnější článek ve zdravotnickém systému. Kromě problémů s chybějícími financemi například na nákladnou léčbu, dlouhodobou péči či super specializovanou péči se potýkají zdravotnická zařízení s mnoha jinými problémy, které potom působí i na oblast finančních zdrojů, a to negativně. Je třeba nejprve stanovit parametry, prioritně v oblasti kvality zdravotních služeb a upravit úhradové mechanismy. Dále je třeba regulovat primární síť zdravotnických zařízení a na management a řízení zdravotnických zařízení. Není možné řešit dané problémy odděleně, neboť jsou úzce provázány. Je tedy na závěr třeba zdůraznit podstatnou skutečnost, a to: je nezbytné nejprve vypracovat strategickou koncepci českého zdravotnictví a poté řešit dílčí reformy.

LITERATURA

- [1] BAŠTECKÁ, B., a kol. *Klinická psychologie v praxi*. Praha: Portál, 2003. s. 420. ISBN 80-7178-735-3.
- [2] BJONBERG, A., GARROFÉ, B. C., LINDBLAD, S. *Euro Health Consumer Index 2009*. Brussels: Health Consumer Powerhouse AB, 2009. ISBN 78-91-977879-1-8.

- [3] BOŠKOVÁ, V. Regulace sítě smluvních zdravotnických zařízení. Západní Evropa. *Zdravotnické noviny*, 2006, č. 7, s. 11 – 12. ISSN 1214-7664.
- [4] DURDISOVÁ, J., LANGHAMEROVÁ, J. *Úvod do zdravotní politiky*. Praha: VŠE, 2001. ISBN 80-245-0217-8.
- [5] EXNER, L., RAITER, T., STEJSKALOVÁ, D. *Strategický marketing zdravotnických zařízení*. Praha: Professional Publishing, 2005. ISBN 80-86419-73-8.
- [6] INTHORN, J., KAELIN, L., READER, M. *Gesundheit und Gerechtigkeit. Ein interkultureller Vergleich zwischen Ostereich und Philippinen*. Wien: SpringerWien New York, 2010. ISBN 978-3-211-88917-6.
- [7] KACÍŘ, P. Proč potřebujeme ve zdravotnictví měřit kvalitu?. *Pharm Business Magazine. Management*, 2010, č. 4, s. 14 – 15.
- [8] KUVÍKOVÁ, H., MURGAŠ, M., NEMEC, J. *Manažment zdravotníctva*. Banská Bystrica: TRIAN, 1998. ISBN 80-967730-2-X.
- [9] MZ ČR. Důvodová zpráva k návrhu zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) [online]. Praha: MZ ČR, 2011. [cit. 2011-09-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-a-podminkach-jejich-poskytovani-zakon-o-zdravotnich-sluzbach-_5173_2428_11.html>.
- [10] MZ ČR. Vládní návrh zákona o zdravotnické záchranné službě [online]. Praha: MZ ČR, 2011. [cit. 2011-09-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakona-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe_5175_2428_11.html>.
- [11] MZ ČR. Vládní návrh zákona, kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona o zdravotních službách, zákona o specifických zdravotních službách a zákona o zdravotnické záchranné službě [online]. Praha: MZ ČR, 2011. [cit. 2011-09-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakonakteryem-se-meni-nektere-zakony-v-souvislosti-s-prijetim-zakona-o-zdravotnich-sluzbach-zakona-o-specificky-zdravotnich-sluzbach-a-zakona-o-zdravotnicke-zachranne-sluzbe_5176_2428_11.html>.
- [12] MZ ČR. Vládní návrh zákona, kterým se mění zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony [online]. Praha: MZ ČR, 2011. [cit. 2011-09-20]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vladni-navrh-zakonakteryem-se-meni-zakon-c48/1997-sb-o-verejnem-zdravotnim-pojisteni-a-o-zmene-a-doplneni-nekterych-souvisejicich-zakonu-ve-zneni-pozdejsich-predpisua-nektere-dalsi-zakony_5177_2428_11.html>.
- [13] SASSI, F., ARCHARD, J., McDAID, D. Searching literature databases for health care economic evaluations: how systematic can we afford to be?. *Medical Care*, 2002, vyd. 40, č. 5. ISSN 387-94.
- [14] SYNEK, M., a kol. *Podniková ekonomika*. 4. přepracované a doplněné vydání. Praha: C. H. Beck, 2006. ISBN 80-7179-892-4.
- [15] Vyhláška Ministerstva zdravotnictví v ČR č.472/2009 Sb. Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami 2010.
- [16] WHO [online] 1998. [cit. 30.6.2010]. Dostupné z: <<http://www.who.int>>.

Autorka:**Ing. Pavlína Hejduková**

Západočeská univerzita v Plzni

Fakulta ekonomická

Katedra financí a účetnictví

E-mail: pahejdu@kfu.zcu.cz

MEDICAL FACILITIES IN THE CONTEXT OF REFORMS IN THE CZECH REPUBLIC

Pavλίna Hejduková

Abstract: Medical facilities as health service providers play a key role in the health system of each country. It is therefore very important to pay attention to them, especially during major reform steps in the health field. Each of the developed countries is facing problems in health care, despite the many differences in the financing and organization. The size and structure of issued funds for public programs, particularly social nature (including healthcare) and the organization itself in the health system affects a large number of factors and every country does not take to solve their problems very well. Anyway, especially from the experience abroad and on defining issues in the Czech Republic may establish the key issues for future reform should be priority.

Key words: Medical facilities, reforms, financing, organization, quality

JEL Classification: I18