

učební texty Univerzity Karlovy

PSYCHOLOG VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vladimír Kebza
a kolektiv

Psycholog ve zdravotnictví

Vladimír Kebza a kolektiv

Autorský kolektiv:

MUDr. Dominika Čápková

prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

MUDr. Věra Kernová

MUDr. Miloslav Kodl

Mgr. Lucie Kotyzová

PhDr. Katarina Loneková, Ph.D.

MUDr. Antonín Malina, Ph.D., MBA

PhDr. Jaroslav Šturma

JUDr. Petr Veselý

Recenzovali:

prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.

doc. PhDr. Jiří Šípek, CSc., Ph.D.

Vydala Univerzita Karlova

Nakladatelství Karolinum

jako učební text pro Filozofickou fakultu UK

Sazba DTP Nakladatelství Karolinum

Vydání druhé, upravené

© Univerzita Karlova, 2017

© Vladimír Kebza a kolektiv, 2017

ISBN 978-80-246-3657-3

ISBN 978-80-246-3658-0 (online : pdf)



Univerzita Karlova
Nakladatelství Karolinum 2017

www.karolinum.cz
ebooks@karolinum.cz

OBSAH

ÚVOD	9
1 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE, ZDRAVOTNÍ POLITIKA, FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY	11
Historický vývoj	11
Česká zdravotní politika po roce 1989	12
Organizace zdravotnického systému	16
Druhy a základní formy zdravotních služeb	16
Základní principy zdravotního pojištění v ČR	18
Základní principy financování a úhrady zdravotní péče ze zdravotního pojištění	20
Literatura	22
2 OCHRANA A PODPORA VEŘEJNÉHO ZDRAVÍ	24
Úvod: Základní principy zdravotní politiky ČR v kontextu zdravotní politiky EU	24
Vymezení základních pojmů zákona č. 258/2000 Sb.	25
Podpora zdraví – podstata a východiska	25
Podpora zdraví jako součást strategie WHO	26
Konkrétní prostředky realizace podpory zdraví	27
Souvislosti podpory zdraví – příklady	28
Podpora zdraví – novější přístupy	28
Akční plány pro implementaci Národní strategie Zdraví 2020	29
Finanční zdroje pro podporu zdraví	30
Aktuální priority v podpoře zdraví v ČR	30
Možnosti hodnocení podpory zdraví – evidence-based postupy	31
Hodnocení dopadů na zdraví – Health Impact Assessment	31
Literatura	32
3 PREVENCE	33
Návaznost vzájemného působení prevence a dalších postupů ovlivnění zdraví	33
Možnosti klasifikace preventivních aktivit	33
Preventivní medicína	34
Literatura	35
4 CHOVÁNÍ A MOŽNOSTI JEHO ZMĚN	36
Chování vztahující se ke zdraví a nemoci	36
Změny chování na individuální úrovni	37
Změny chování na skupinové či komunitní úrovni	39
Sociální marketing	40
Příklady úspěšných projektů změn chování	41
Literatura	42

5 PRVNÍ POMOC A ZAJIŠŤOVÁNÍ ZDRAVOTNÍ PÉČE V MIMOŘÁDNÝCH A KRIZOVÝCH SITUACÍCH	44
První pomoc	44
Bezvědomí	52
Šok	53
Krvácení	54
Popáleniny	57
Podchlazení	58
Tonutí	59
Poleptání	59
Zasažení elektrickým výbojem nebo proudem	60
Intoxikace	61
Poranění kostí – zlomeniny	62
Poranění hlavy	63
Poranění hrudníku	63
Poranění břicha	64
Crush syndrom	64
Důležitá telefonní čísla	65
Příruční lékárna	65
Literatura	66
6 ZDRAVOTNICKÁ LEGISLATIVA	67
Hierarchie právních norem	67
Výklad právních norem	67
Struktura právní normy	68
Rozdělení práva na soukromé a veřejné	68
Přehled předpisů týkajících se zdravotnictví	68
Závaznost ostatních předpisů	70
Obsah jednotlivých právních předpisů	70
Specifická témata ve zdravotnické legislativě	72
Ochrana osobních údajů	72
Povinnost zachování mlčenlivosti	73
Odpovědnost psychologů ve zdravotnictví	75
Občanskoprávní odpovědnost	75
Trestní odpovědnost	76
Přístup ke zdravotnické dokumentaci	77
Informovaný souhlas	78
Informovaný souhlas u nesvéprávných a nezletilých osob	79
Poskytování zdravotních služeb bez souhlasu	80
Dříve vyslovené přání	80
Literatura	81
7 FARMAKOLOGIE	82
Úvod do farmakologie	82
Obecná farmakologie	83
Nežádoucí účinky léčiv	84
Ovlivnění kardiovaskulárního systému	85
Ovlivnění dýchacího systému	85
Léčiva ovlivňující trávicí trakt	86
Analgetika	87
Psychofarmaka	89
Anxiolytika	89
Hypnotika	89
Antidepresiva	90

Léčba bipolární afektivní poruchy	91
Antipsychotika (neuroleptika)	91
Kognitiva	93
Literatura	93
8 POSTUPY ZALOŽENÉ NA DŮKAZECH (EVIDENCE-BASED)	94
Východiska evidence-based postupů	94
Vymezení Evidence-based Medicine (EBM)	95
Hierarchie důkazů	96
Pojetí EFPA	97
Sporná místa, problémy a náměty k diskusi	98
Problém stanovení hranice mezi výzkumnými postupy	98
Problém kauzálních vztahů	98
Problém individuality klienta a zobecnitelnosti specifických poznatků na individuální úrovni	98
Problém individuality psychologa	99
Problém ignorování sociálně-kulturního kontextu	99
Problém skryté selektivity	99
Problém zdánlivé exaktnosti	100
Problém dostupnosti psychologických důkazů	100
Literatura	100
9 ETIKA VE ZDRAVOTNICKÉ PSYCHOLOGII	102
Počátky a rozvoj etického uvažování v psychologii	102
Etické kodexy	102
Etický kodex ČMPS	104
Etický kodex Asociace klinických psychologů České republiky (prosinec 1998)	106
Etické principy – Metakodex	108
Preambule	108
Princip respektu	109
Princip kompetence	110
Princip zodpovědnosti	111
Princip integrity	112
Literatura	114
10 ZDRAVOTNICKÁ PRAXE	115
Literatura	116
INFORMACE O AUTORECH	117

ÚVOD

Dne 1. 7. 2008 nabyl účinnosti zákon č. 189/2008 Sb., kterým byl novelizován zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních. V § 22 je uvedeno, že odborná způsobilost k výkonu povolání psychologa ve zdravotnictví se získává absolvováním akreditovaného magisterského jednooborového studijního oboru psychologie a absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu Psycholog ve zdravotnictví, který je prováděn vysokou školou podle zvláštního právního předpisu.

Tímto vymezením se významně zlepšují podmínky práce psychologa působícího ve zdravotnictví. Nejedná se jen o zlepšení v oblasti ekonomické, ale jde především o kvalitativně vyšší postavení psychologa působícího ve zdravotnických zařízeních, a to na úroveň skutečného kolegy dalších zdravotnických pracovníků se všemi kompetencemi včetně možnosti nahlížet do zdravotnické dokumentace, čímž se psychologova role posouvá do podoby aktivní vícesměrně probíhající spolupráce obohacující všechny aktéry.

Přejeme Vám proto, milé kolegyně a kolegové, aby Vám absolvování našeho kurzu otevřelo cestu k efektivnímu a úspěšnému naplnění Vašich představ o práci psychologa ve zdravotnictví.

Věříme, že upravená a doplněná verze naší učebnice Vám při tom bude dobrým průvodcem.

Vladimír Kebza a kolektiv autorů

1 SYSTÉM ZDRAVOTNÍ PÉČE, ZDRAVOTNÍ POLITIKA, FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE A JEJÍ ÚHRADY

Antonín Malina

Zdraví představuje jednu ze základních individuálních a společenských hodnot, a proto státy postupem doby vytvořily sofistikované zdravotní systémy. Těmito systémy se obvykle rozumí soustava opatření, institucí a činností, jimiž společnost v souladu s určitou politickou koncepcí a v souladu se stupněm svého kulturního, ekonomického a sociálního rozvoje zajišťuje péči o zdraví (Gladkij, 2003).

Moderní zdravotnické systémy, které nabývají v různých zemích různou podobu, můžeme definovat jako formálně uspořádanou soustavu vztahů mezi třemi základními subjekty – těmi, kdo ji potřebují a spotřebovávají (pacienti), těmi, kdo péči umějí a smějí nabízet (poskytovatelé), a těmi, kdo ji finančně zprostředkovávají (plátcí) (Křížová, 2007).

HISTORICKÝ VÝVOJ

Systém péče o zdraví na našem území souvisí s počátky zdravotního pojištění, kdy zde na konci devatenáctého století existovaly stovky tzv. vzájemných pokladen s několika tisíci členy. Nemocenské pojištění bylo zavedeno v Rakousku-Uhersku v průmyslu od roku 1888. V první polovině dvacátých let dvacátého století došlo na základě zákonů, které vydalo již samostatné Československo, k zavedení povinného zdravotního pojištění pro vybrané profese. Během První republiky pak působilo několik typů pojišťoven, fondů a pokladen a tak ve třicátých letech dvacátého století působilo v Československu přes 300 nemocenských pojišťoven.

Po druhé světové válce bylo sjednoceno nemocenské a důchodové pojištění do jednoho povinného systému, jehož správu převzala Ústřední zdravotní pojišťovna. Ambulantní péče byla poskytována převážně privátními lékaři, zatímco nemocnice, léčebné ústavy, lázně, zdravotnický průmysl a distribuce léčiv byly znárodněny. V roce 1951 došlo k zásadní změně a v tehdejší Československu byl zaveden sovětský model zdravotnictví, ve kterém stát převzal zodpovědnost za poskytování zdravotní péče a za zdraví celé populace. Ústřední zdravotní pojišťovna byla zrušena a financování zdravotnictví převzal stát, takže péče se stala pro občany bezplatnou a byla financována z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Došlo k extenzivnímu rozvoji zdravotnických zařízení, byla postavena řada nemocnic, ústavů, ozdravoven, vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ), došlo k výraznému poklesu nemocnosti a úmrtnosti na infekční onemocnění a bylo dosaženo výrazného pokroku v oblasti pediatrie a neonatologie, které vedlo ke snižování kojenecké úmrtnosti. V sedmdesátých a osmdesátých letech však došlo ke stagnaci a zdravotnictví se

nedokázalo vyrovnat s nástupem tzv. civilizačních onemocnění: kardiovaskulárních onemocnění a onkologických onemocnění. Poválečný pokles úmrtnosti se zastavil a střední očekávaná délka života začala stagnovat.

Po roce 1989 došlo k transformaci od státem řízeného a z daní financovaného systému k modelu všeobecného zdravotního pojištění, kde hlavní odpovědnost za financování a organizaci zdravotní péče přebírají zdravotní pojišťovny (Křížová, 2007). Snaha vytvořit konkurenční prostředí pak vedla k privatizaci zdravotnických zařízení, která proběhla zpočátku především v ambulantní sféře a vedla ke vzniku vysokého počtu samostatných ordinací.

Podstatou modelu veřejného zdravotního pojištění jsou finanční příspěvky, které občan povinně a bez ohledu na své budoucí potřeby odvádí do fondu zdravotních pojišťoven, které jsou veřejnoprávními a neziskovými organizacemi. Pojišťovny pak proplácejí úhrady za poskytnutou zdravotní péči poskytovatelům, se kterými mají uzavřené smlouvy. Systém je solidární a každý platí pojistné v závislosti na svém příjmu a o zdravotní pojištění se dělí zaměstnavatelé a zaměstnanci. Obdobné systémy veřejného zdravotního pojištění fungují nejen u nás, ale např. také v Rakousku, ve Švýcarsku, v Německu, Francii a v Belgii (Barták, 2010).

ČESKÁ ZDRAVOTNÍ POLITIKA PO ROCE 1989

Péči o zdraví obyvatel realizuje stát prostřednictvím zdravotní politiky, jejíž strategické cíle jsou vyjadřovány v programech politických stran, ve vládních programech a prohlášeních a jsou součástí vládních koncepčních materiálů.

K nástrojům zdravotní politiky, které zajišťují její praktickou realizaci, patří především legislativní normy (zákony, vyhlášky a metodické pokyny), které upravují zejména:

- tvorbu sítě zdravotnických zařízení (licence, registrace, výběrová řízení na poskytování zdravotní péče, koncentrace specializované a superspecializované péče apod.);
- financování zdravotní péče (zdroje, regulační mechanismy, úhradové vyhlášky);
- vzdělávání zdravotnických pracovníků.

Vládní politická orientace má pak vliv zejména na způsob financování zdravotní péče (definuje zdroje, stanovuje míru solidarity), organizaci zdravotních služeb (ekvita, dostupnost, návaznost, komplexnost a kvalita služeb) a určuje vlastní roli státu (míru centralizace a decentralizace).

Klíčovým problémem české zdravotní politiky je po roce 1989 stanovení rozsahu garantované péče s určitou mírou solidarity na straně jedné a nalezení prostoru pro to, aby mohli občané ve vztahu ke svému zdraví využívat také svou osobní odpovědnost tak, aby byl nastaven princip, který bude považován za společensky spravedlivý. Spravedlnost (ekvita) je naplněna, pokud má každý jedinec rovnou příležitost dosáhnout plně svého zdravotního potenciálu.

Místo kvalifikované, věcné, odborné a pozitivně vedené debaty, která by byla vedena k řešení tohoto základního problému, vedou se v České republice polemiky z pozic politické a ideologické rivality a společenský a politický konsenzus vlastně hledán – a tudíž ani nalézán – obvykle není.

Základním cílem zdravotní politiky je zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva. Neméně důležitým cílem zdravotní politiky je důvěra a jistota občanů, že je jim dostupný fungující zdravotní systém, který se o ně v případě potřeby kvalitně, odborně a důstojně postará.

Zdravotní systém pak musí odpovídat jejich představám, které se formují na základě historických, sociálních a kulturních zkušeností, což je jeden z důvodů, proč jsou zahraniční modely zdravotnictví a jejich základní principy jen velmi obtížně přenositelné.

Je jistě pozitivní, že v české populaci převládá spokojenost s lékařskou péčí (44 %) nad nespokojeností (21 %) (Sociologický ústav AV ČR, 2011). Přesto je provedení zásadních reforem podle více než dvoutřetinové většiny Čechů žádoucí i v oblasti zdravotnictví (68 %) (Sociologický ústav AV ČR, 2012).

Většina Čechů pocítuje problémy především v případě financování zdravotnictví (80 %), hospodaření v oblasti léků (61 %) a fungování pojišťoven (56 %). Na druhé straně u zbývajících položek převládá podíl lidí, kteří problémy v dané oblasti považují za malé či za žádné. Konkrétně nejmenší potíže existují podle českých občanů v oblasti vztahu mezi lékaři a pacienty, který označilo za relativně bezproblémový 69 % osob. Téměř dvě třetiny (65 %) soudí, že bez větších problémů je zajišťována kvalita zdravotní péče a skoro stejný podíl osob (63 %) nespatřuje žádné zásadní potíže ani v její dostupnosti (Sociologický ústav AV ČR, 2008).

Nakolik jsou tyto výsledky výzkumu veřejného mínění skutečnou výpovědí občanů, která vychází z jejich reálných zkušeností s naším zdravotnictvím a nakolik jsou jejich názory ovlivňovány např. mediálními informacemi, lze jen spekulovat.

Již od počátku 90. let 20. století se řeší problém, jak nejlépe uchopit reformu českého zdravotnictví. Ačkoli se o nutnosti reformy českého zdravotnictví mluví více jak dvacet let, zásadnější změny byly provedeny pouze krátce po revoluci. Krátce po pádu režimu v roce 1989 proběhla transformace státem řízeného zdravotnictví. Mezi nejdůležitější změny patřilo zavedení povinného zdravotního pojištění, nastartování privatizace zdravotnických zařízení a důslednější napojení výše úhrad poskytovatelů zdravotní péče na jejich úkony.

I když se pak v 90. letech vypracovávalo velké množství reformních návrhů, nedařilo se je prosadit, a to z různých důvodů a pokud se odhlédne od transformace z počátku 90. let, dalších zásadnějších změn se české zdravotnictví již nedočkal. V současnosti se proto české zdravotnictví potýká s mnoha problémy, které jsou spojeny zejména s nevyhovujícím nastavením systému (Almerová, 2009).

Problémy, které má současný systém zdravotní péče, lze spatřovat především v absenci základní koncepce zdravotnictví, která by fungovala jako výchozí legislativní norma a nahradila by roztržitou soustavu právních norem týkajících se péče o zdraví. S tímto souvisí i faktor chybějící definice garantované péče. Mezi další problémy patří nedořešená koncepce financování lůžkové péče a neukončená transformace lůžkového fondu, nedostatek účinných řídicích a kontrolních systémů, jež by dohlížely na kvalitu a hospodárnost poskytované péče a nedostatečná spolupráce všech účastníků procesu poskytování zdravotní péče. Slabou stránkou je také nedostatečná úroveň zdravotního uvědomění (zdravotní gramotnosti) některých skupin obyvatelstva, se kterou souvisí zvýšená míra zdravotních rizik a nedostatečná zodpovědnost za zdraví.

Obecným problémem zdravotnictví, nejen však toho českého, jsou vzrůstající výdaje na zdravotní péči, které jsou dány zvyšující se technickou úrovní zdravotnictví a rostoucími cenami zdravotnických technologií a léčiv, rostoucím očekáváním občanů i zdravotníků i důsledkem stárnutí populace. Stoupající výdaje na zdravotnictví nejsou kompenzovány růstem zdrojů pro jejich pokrytí.

Na základě zahraničních zkušeností lze poukázat na skutečnost, že základem úspěšného nastartování reformy je především porozumění jejímu širšímu kontextu. Klíčové je zmapování a zhodnocení dopadu sociálního, politického, kulturního a ekonomického kontextu, uvnitř

kterého se reformy nacházejí. Právě faktory historické, kulturní a sociální pomáhají formovat očekávání spojená se zdravotnickým systémem.

Úspěch reformy zdravotnictví může být značně ovlivněn tím, do jaké míry je vláda schopná přesvědčit veřejnost, že za jejich reformním programem stojí čistě pozitivní zájmy a ne pouze ekonomické důvody.

V názorech jednotlivých politických stran je možné vyselektovat několik styčných bodů, které jsou pro všechny strany charakteristické. Těmi jsou např. dostupnost, kvalita či efektivnost poskytování zdravotní péče. Za rozdělující prvek lze ve zdravotní politice označit např. trh a míru spoluúčasti pacientů (Saltman, 1997).

Další významnou překážkou je v mnoha zemích obecně méně významná pozice ministerstev zdravotnictví v politické hierarchii, z čehož vyplývá nižší význam zdravotní politiky v reformní agendě. Ministerstva zdravotnictví bývají také v porovnání se zdravotními pojišťovnami, které alokují finanční prostředky, mnohem slabší a zdravotní pojišťovny obvykle méně podporují priority ministerstva zdravotnictví.

Realizace reformy zdravotnictví bude vždy vyžadovat, aby politici efektivně vyjednávali s rozličnými zájmovými skupinami, které ve většině případů sledují své vlastní zájmy. Klíčem k úspěšnému spuštění a realizaci reformy je schopnost příslušné aktéry vůbec rozpoznat, dohodnout se s nimi a případně s nimi vytvořit i strategické svazky. Existují čtyři základní skupiny aktérů, které hrají zásadní roli v zahájení reformy zdravotnictví (Saltman, 1997):

- veřejnost,
- poskytovatelé zdravotní péče,
- politická elita,
- zájmové skupiny v užším slova smyslu.

Veřejnost je bezesporu největší skupinou aktérů v oblasti zdravotnictví. Její relativní síla ovlivnit vývoj zdravotnictví, buď jako jednotlivců nebo jako členů zájmových skupin, se stát od státu liší a závisí na stupni participace občanů na systému zdravotnictví a na politickém dění vůbec. Ať už je účast občanů na vysoké úrovni, jak je tomu například ve Velké Británii nebo Skandinávských zemích, či na úrovni nižší jako ve většině zemí jižní a východní Evropy, pohled pacientů na reformu zdravotnictví je často opomíjen, ačkoliv jsou to právě občané, pro které jsou zdravotní služby určeny. I když mnohé reformní návrhy formálně usilují o zvýšení zainteresovanosti občanů, jejich názor nebývá brán příliš v potaz. Nicméně na druhou stranu široká podpora veřejnosti může být významným hnacím motorem reformy, stejně jako nedostatečná podpora občanů může znamenat velice významnou překážku v její realizaci. Tuto relativní sílu veřejnosti při prosazování reformy si v posledních letech uvědomuje stále více jak tvůrců reformních návrhů, tak ale i jejich odpůrců. Příkladem může být využití politické opozice nesouhlasu mnoha pacientů se zavedením regulačních poplatků ve zdravotnictví v krajských volbách v roce 2008 v České republice. Opoziční Česká strana sociálně demokratická jejich nespokojenost záměrně ještě více v předvolebním boji prohloubila a ta jí následně pomohla k výhře ve všech českých a moravských krajích (Almerová, 2009).

Poskytovatelé zdravotní péče nejsou zdaleka tak početnou skupinou, jako pacienti, ale často mají na reformní vývoj větší vliv a zdravotníci hrají ve vývoji a implementaci zdravotní politiky často až nepřiměřenou roli. Zdravotnické profese často prosazují své zájmy prostřednictvím svých zájmových skupin (u nás např. profesní komory, LOK, ČAS, odborné společnosti a mnohé další).

Dalšími velice vlivnými aktéry jsou politici, úředníci a manažeři, kteří formulují a realizují politiku, a tvoří tzv. politickou elitu. Nedostatek politické vůle představuje jednu

z hlavních překážek v realizaci reformy. Tento důsledek není příliš překvapující, protože reforma zdravotnictví se svojí komplexností vyžaduje zásadní zásahy do stávajícího systému a vytváří přínosy většinou až v delším období, což se v mnoha případech nehodí ke krátkodobé podstatě politických programů. Jednou z podmínek úspěchu reformy zdravotnictví je budování širokého konsensu již od samého počátku, aby se maximalizovala politická podpora reformy. Časté politické změny, a to nejen u vlád a ministrů, ale např. i u ministerských úředníků, mohou vést k překrývání nebo soupeření reformních návrhů a nakonec k celkové nečinnosti.

Vzrůstající vliv zájmových skupin je zřejmý. Zájmové organizace již nepodporují jen pacienty a lékaře, jak tomu bylo z počátku, ale stále více jsou různými organizovanými skupinami hájeny i zájmy komerční, a to zejména zájmy farmaceutického a medicínského průmyslu, či zdravotních pojišťoven. Většina těchto „nových“ skupin není příliš altruistických, ale usilují spíše o ochranu svých vlastních zájmů. V takovémto prostředí, kde různé skupiny hájí své mnohdy diametrálně odlišné zájmy, je politické rozhodování samozřejmě velice obtížné.

K hlavním problémům české zdravotní politiky, které dosud nebyly uspokojivě řešeny, patří v současné době financování zdravotní péče, vlastnické vztahy a legislativa. Na těchto třech prioritách se shodnou všechny politické subjekty, jsou prioritní pro veřejnost, pro poskytovatele zdravotní péče i pro další zájmové skupiny, i když jejich řešení vidí jednotliví aktéři poměrně často v odlišných přístupech a opatřeních.

Problematika ekonomických zdrojů

„Obecným problémem zdravotnictví je rozpor mezi rychle rostoucí technickou úrovní zdravotnictví a tím i rychle rostoucími výdaji, a pomaleji rostoucími zdroji pro jejich pokrytí“ (Vepřek, Vepřek, Janda, 2002).

„Jedním z dominantních témat zdravotní politiky je financování zdravotnictví, tj. jaké zdroje a v jaké výši budou každoročně příjmem celého systému péče o zdraví. Středem pozornosti ze strany poskytovatelů jsou i způsoby, jimiž jsou následně finanční zdroje rozdělovány mezi jednotlivé segmenty zdravotnických služeb. Minimální pozornost je naopak věnována otázce efektivnosti využívání finančních zdrojů v praxi (Háva, Goulli, 2003).

K neefektivnímu využívání a plýtvání se zdroji dochází ve větší či menší míře téměř u všech zainteresovaných subjektů. Počínaje státem, přes hospodaření zdravotních pojišťoven a některých zdravotnických zařízení až po pacienty zbytečným nadužíváním zdravotnických služeb. S problémy s financováním souvisí problém odměňování zdravotníků a úhrady za poskytnuté zdravotnické služby. Současný systém úhrad neobsahuje dostatečné množství motivačních prvků, které by vedly k efektivnějšímu zacházení se zdroji.

V současném systému nejsou ani pacienti motivováni k šetrnému zacházení se zdroji, což je přičítáno nízké míře spoluúčasti pacientů. Zde se ovšem objevuje další otázka týkající se rozsahu spoluúčasti, aby nedocházelo ke znevýhodnění určitých sociálních skupin a nebyla ohrožena ekvita zdravotní péče.

Problémy s financováním a finanční udržitelností systému zdravotní péče budou do budoucna navíc podpořeny změnami v demografickém vývoji (zvyšování se počtu osob v důchodovém věku a z toho plynoucí vyšší náklady státu na platby za tyto pojištěnce, snižování počtu ekonomicky aktivních osob a s tím související snižování příjmů z veřejného zdravotního pojištění, Krutilová, 2007).

Vlastnické vztahy

Další problémovou oblastí je vyřešení otázky vlastnických vztahů a právní formy zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven. V současném systému vedle sebe fungují zařízení, která jsou ve vlastnictví státu, územně samosprávného celku či soukromého subjektu, která mají různou právní formu. Z důvodu těchto rozdílů je poukazováno na to, že jsou některá zdravotnická zařízení zvýhodňována, jiná mohou být naopak diskriminována. Pro odstranění těchto problémů je třeba vytvořit vhodnou legislativu, která by zabezpečovala rovné podmínky pro všechna zdravotnická zařízení. Dlouhodobě neudržitelná je také právní postavení fakultních nemocnic s odlišným a odděleným právním postavením veřejné vysoké školy na straně jedné a fakultní nemocnice na straně druhé.

Legislativa

Problematika legislativního rámce úzce souvisí jak s financováním zdravotnictví (např. stanovení rozsahu garantované péče, vymezení míry solidarity apod.) tak s vymezením vlastnických vztahů. Pro dosažení cílů zdravotní politiky a bezproblémové fungování zdravotnického systému je třeba vytvořit dostatečnou legislativní platformu, která bude jasně vymezovat kompetence a odpovědnost jednotlivých subjektů.

ORGANIZACE ZDRAVOTNICKÉHO SYSTÉMU

Druhy a základní formy zdravotních služeb

Ambulantní péče

Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž zdravotní stav nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí na lůžko.

Primární ambulantní péče je poskytována lékařem primární péče, u kterého je občan povinně registrován. Jejím účelem je především poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče, zajišťování návštěvních služeb a koordinace a zajištění návaznosti dalších zdravotních služeb. Primární péče je zajišťována praktickými lékaři pro dospělé, praktickými lékaři pro děti a dorost, zubními lékaři (stomatology) a praktickými ženskými lékaři (**gynekology**).

U všech lékařů primární péče se musí pacient nejprve **zaregistrovat**. Lékař může pacienta odmítnout zaregistrovat pouze v případech, kdy by jeho přijetí znamenalo pro lékaře takové pracovní zatížení, které by mu znemožnilo kvalitní péči o tohoto pacienta či o jiné pacienty, které již ve své péči má. Lékař ovšem **nemůže odmítnout ošetření v případě neodkladné péče** (úrazu, akutního náhlého onemocnění).

Specializovanou ambulantní péči poskytují lékaři – specialisté v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče. **Odborného specialistu může pacient v ČR navštívit i bez doporučení** lékaře primární péče.

Lůžková péče

Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče je poskytována nemocnicemi nebo odbornými

léčebnými ústavu v rámci nepřetržitého provozu jako péče akutní (intenzivní nebo standardní), následná či dlouhodobá.

Pokud to vyžaduje charakter onemocnění, doporučí a zajistí lékař primární péče nebo ambulantní specialista pacientovi **léčbu lůžkovou**. Pacienti se však mohou v případě akutních obtíží dostavit do nemocnice sami nebo jsou v případě život či zdraví ohrožujících stavů indikováni k přijetí do nemocnice pracovníky rychlé záchranné služby.

Lůžková péče je vedle nemocniční péče poskytována v síti odborných léčebných ústavů. Jde o léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, ozdravovny a noční sanatoria, léčebny tuberkulózy a respiračních nemocí a lázeňské léčebny.

Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta

Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta je návštěvní služba a domácí péče. V rámci domácí péče je zdravotníky poskytována v domácím prostředí pacienta ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče (péče o umírající pacienty).

Pohotovostní a neodkladná péče

Zdravotní péče je zajištěna i v případě náhlého onemocnění nebo úrazu v době mimo ordinací hodiny nebo nepřítomnosti ošetřujícího lékaře. Toto zajištění se uskutečňuje v závislosti na místních podmínkách – v menších místech se tak děje obvykle ve spolupráci lékařů, kteří se navzájem zastupují, ve větších lokalitách jsou pak organizovány **pohotovostní služby jako lékařská služba první pomoci (LSPP) nebo ústavní pohotovostní služba (ÚPS)** ve zvláštních ordinacích nebo v pohotovostní službě nemocnic.

Pohotovostní služby jsou v rámci krajů organizovány i pro náhlá stomatologická onemocnění.

Pro případy náhlých těžkých onemocnění, kdy se pacient nemůže sám dopravit k lékaři a kdy je nezbytné rychlé ošetření a jeho přeprava do zdravotnického zařízení, tak, aby nedošlo k nebezpečnému zhoršení zdravotního stavu nebo ohrožení jeho života, je na území ČR organizována zdravotnická **záchranná služba**, která poskytuje tzv. **neodkladnou péči**. Neodkladná péče je poskytována v případě náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví. Je poskytována také pacientům, kteří trpí náhlou nebo intenzivní bolestí a těm, u nichž dochází k náhlé změně chování, která může ohrozit je samotné nebo jejich okolí.

Závodní preventivní péče

Závodní preventivní péče zabezpečuje ve spolupráci se zaměstnavatelem prevenci a ochranu zdraví zaměstnanců před nemocemi z povolání a jinými poškozeními zdraví na pracovišti, včetně prevence úrazů. Zařízení závodní preventivní péče provádějí odbornou poradní činnost v otázkách ochrany a podpory zdraví, pravidelně kontrolují pracoviště podniků, zjišťují vlivy práce a pracovních podmínek na zdraví zaměstnanců a vykonávají preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců (vstupní, průběžné a výstupní).

ZÁKLADNÍ PRINCIPY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ V ČR

Zdravotnický systém a jeho fungování lze chápat jako soustavu vztahů mezi třemi základními subjekty – pacienti, poskytovateli a plátcí.

Pacienti (občané, pojištěnci)

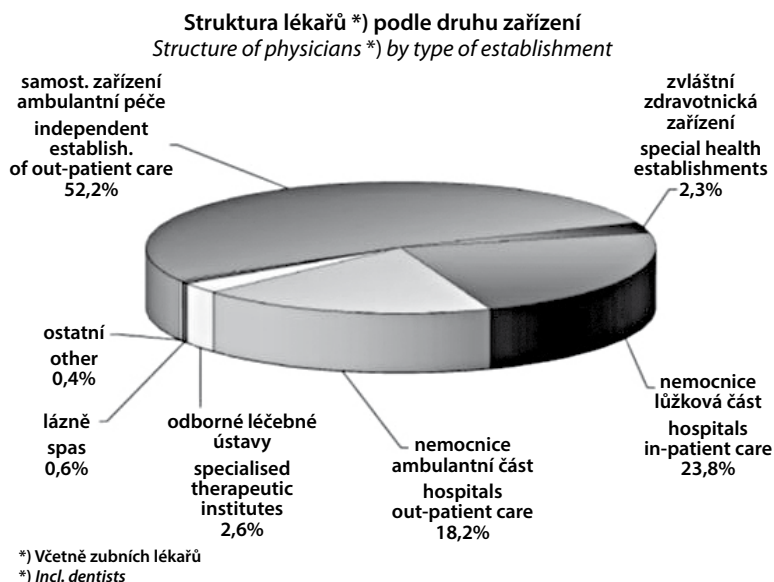
V České republice jsou ze zákona povinně zdravotně pojištěny všechny osoby, které mají na území České republiky trvalý pobyt. Zdravotní pojištění vzniká těmto osobám získáním trvalého pobytu na území České republiky a zaniká úmrtím pojištěnce nebo jeho prohlášením za mrtvého nebo ukončením trvalého pobytu na území ČR.

Poskyvatelé

Podle údajů Ústavu pro zdravotnické informace (ÚZIS, 2015) bylo v České republice v roce 2013 evidováno celkem 29 218 zdravotnických zařízení, z toho bylo 20 388 samostatných ordinací. Ve všech zdravotnických zařízeních pracovalo v roce 2013 celkem 47 459 lékařů a 107 244 samostatných zdravotnických pracovníků – nelékařů. Struktura lékařů podle druhu zařízení, ve kterých působí, je uvedena v grafu č. 1.

Státních zařízení, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví a ostatní centrální orgány, bylo k 31. 12. 2015 celkem 189 a nestátních zdravotnických zařízení, jejichž zřizovatelem je kraj, město, obec, fyzická osoba, církev nebo jiná právnická osoba bylo celkem 30 999 (6). Z **hlediska vlastnické struktury** je tedy většina poskytovatelů zdravotnických služeb v ČR v soukromém vlastnictví.

Z **hlediska druhu zařízení** byla soustava zdravotnických zařízení na konci roku 2015 tvořena 187 nemocnicemi, 161 odbornými léčebnými ústavami (včetně ozdraven



Graf 1 Struktura lékařů podle druhu zařízení, ve kterých působí (ÚZIS, 2013)

a hospiců), lázeňskou péči poskytovalo 88 lázeňských léčeben. Ambulantní péči zajišťovalo 26 862 samostatných ambulantních zařízení, z toho celkem 13 729 samostatných ordinací zajišťovalo primární péči, 8 024 patřilo specializovaným lékařům. Lékárenskou péči poskytovalo 2 708 lékáren a 206 výdejen zdravotnických prostředků. Součástí zdravotnické soustavy bylo i 355 tzv. zvláštních zdravotnických zařízení (sem patří kojenecké ústavy a dětské domovy, stacionáře pro děti a dospělé, dopravní a záchranná zdravotnická služba a záchranné stanice).

Plátcí

V roce 2015 zajišťovalo systém veřejného zdravotního pojištění celkem 7 zdravotních pojišťoven. Počet zdravotních pojišťoven postupně klesá (např. počátkem devadesátých let minulého století jich bylo 27) a i v budoucnu pravděpodobně dojde k další redukci jejich počtu. Zdravotní pojišťovny jsou zřízeny podle příslušných právních předpisů jako veřejnoprávní instituce a podléhají veřejnoprávní kontrole a kontrole státních orgánů ČR. Krajské uspořádání doplněné územními pracovišti je ze zákona povinné pouze pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), jejíž činnost musí garantovat celostátní dostupnost. VZP je naší největší pojišťovnou a pojišťuje přibližně 60 % občanů.

Zdravotní pojišťovny jsou především povinny zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými uzavřely na základě výběrového řízení smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče (zdravotnická zařízení se tak stanou tzv. smluvními zdravotními zařízeními). Smlouvy se nevyžadují jen při poskytnutí nutné a neodkladné zdravotní péče. Ve lhůtách, které jsou uvedeny v těchto smlouvách, jsou pak pojišťovny povinny uhradit zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči.

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav. Zdravotní pojišťovny hradí poskytovatelům:

- léčebnou ústavní péči a ambulantní péči,
- pohotovostní a záchrannou službu,
- preventivní péči,
- odběry tkání nebo orgánů určených k transplantaci a nezbytné nakládání s nimi,
- poskytování léčivých přípravků, zdravotnických prostředků a stomatologických výrobků,
- potraviny pro zvláštní lékařské účely,
- lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- závodní preventivní péči,
- dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- posudkovou činnost,
- prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu.

Plátcí pojistného jsou **pojištěnci** (zaměstnanci, osoby samostatně výdělečně činné a osoby bez zdanitelných příjmů), **zaměstnavatelé** a **stát**.

Povinnost placení pojistného je rozložena mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1 : 3 tedy 4,5 % z úhrnu příjmů platí zaměstnanec a 9 % zaměstnavatel. Vyměřovacím základem pro osoby samostatně výdělečně činné je stanovené procento příjmu z podnikání a z jiné samostatné výdělečné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení.

Do skupiny, za které platí zdravotní pojištění stát, patří např. nezaopatřené děti do 26 let, lidé ve výkonu trestu či ve vazbě, nezaměstnaní evidovaní úřadem práce, důchodci, příjemci nemocenských dávek, ženy na mateřské nebo rodičovské dovolené. Vyměřovacím základem je stanovené procento všeobecného vyměřovacího základu stanoveného nařízením vlády.

Ke zdrojům veřejného zdravotního pojištění tedy patří především výběr pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů a státu. K ostatním zdrojům veřejného zdravotního pojištění pak tzv. „ostatní“ zdroje (např. pokuty a penále). Kromě uvedených finančních zdrojů mohou mít zdravotní pojišťovny příjmy z komerční činnosti, kterou mohou vykonávat např. v oblasti smluvního nebo cestovního pojištění.

ZÁKLADNÍ PRINCIPY FINANCOVÁNÍ A ÚHRADY ZDRAVOTNÍ PÉČE ZE ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

Celkové roční výdaje na zdravotnictví, které stejně jako v jiných vyspělých zdravotních systémech rok od roku stoupají, dosahují v současné době přibližně 300 mld. Kč, což představuje výdaje ve výši 7,5 % HDP v roce 2012. Mezinárodní srovnání % HDP v roce 2012 na zdravotnictví ukazuje graf č. 2 (ÚZIS, 2012).

Hlavním zdrojem financování zdravotní péče jsou úhrady zdravotní péče realizované prostřednictvím všeobecného zdravotního pojištění. Podíl státního rozpočtu a územních rozpočtů (krajských, městských či obecních) na financování zdravotnictví postupně klesá a pohybuje se přibližně mezi 5 a 6 %. Soukromé zdroje (přímé platby pacientů, spoluúčast), které se zejména v posledních několika letech zvyšují, v roce 2013 činily 15,3 % ročních výdajů na zdravotnictví. Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování v letech 1995–2013 jsou uvedeny v grafu č. 3.

Úhrady zdravotní péče

Od znovuzavedení všeobecného zdravotního pojištění v roce 1992 byla zdravotní péče hrazena **výkonovým způsobem**, kdy byly jednotlivé zdravotní výkony oceněny bodovými hodnotami na základě kalkulace jejich mzdových, materiálových a režijních nákladů. Vlastní úhrada výkonů byla realizována na základě stanovené hodnoty bodu. Mimo úhradu výkonů byly hrazeny zvláště léky a zdravotnické prostředky. Výkonový způsob úhrad byl v tomto období užíván pro všechny typy zdravotní péče (ambulantní, lůžková i další druhy zdravotní péče). Zásadním problémem výkonového způsobu úhrady byl růst počtu vykázaných výkonů a zvyšující se náklady zdravotních pojišťoven, které nebyly kompenzovány výběrem pojistného. Na to zdravotní pojišťovny reagovaly snižováním hodnoty bodu a to až na hodnotu menší než 0,50 Kč, přestože systém byl původně kalkulován na hodnotu bodu 1 Kč. Ze strany poskytovatelů pak docházelo k poskytování nadbytečné péče a vykazování neprovedené péče a ke zhoršování ekonomické stability zdravotních pojišťoven. V reakci na uvedené problémy v úhradách zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění došlo v roce 1997 k významným změnám. Pro praktické lékaře byla zavedena **kapitační platba** (určitá pevná částka na každého registrovaného pacienta) kombinovaná s výkonovou úhradou, pro stomatology byl vytvořen ceník výkonů a materiálů a v hospitalizační péči byla zavedena **paušální úhrada** na základě tzv. referenčních úhrad (t. j. výkonosti zdravotnického zařízení v předchozím