



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Diplomová práce

Bc.Michal Ferkl

2007

Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu

Jindřichův Hradec

Diplomová práce

Bc. Michal Ferkl

2007



Vysoká škola ekonomická v Praze

Fakulta managementu v Jindřichově Hradci

Katedra managementu zdravotnických služeb

**Efekty snížení podílu veřejných
prostředků na financování zdravotní
péče.**

Vypracoval:

Bc. Michal Ferkl

Vedoucí diplomové práce:

prim. MUDr. Rudolf Střítecký

Vysoké Mýto, duben 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma

» **Efekty snížení podílu veřejných prostředků na financování zdravotní péče**«

jsem vypracoval samostatně.

Použitou literaturu a podkladové materiály

uvádím v příloženém seznamu literatury.

Vysoké Mýto, duben 2007

podpis studenta

Anotace

Zmapování možných efektů/dopadů snížení podílu veřejných rozpočtů na financování zdravotní péče a posouzení alternativních zdrojů financování.

Cílem práce je na základě dostupných informací popsat současný systém financování zdravotní péče a zmapování dopadů případné reformy financování zdravotní péče v České republice navrhované týmem nynějšího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka.

duben 2007

Poděkování

Za cenné rady, náměty a inspiraci

bych chtěl poděkovat

prim. MUDr. Rudolfovi Stříteckému

a

Ing. Ondřeji Lešetickému

z Vysoké školy ekonomické v Praze,

Fakulty managementu v Jindřichově Hradci

Úvod	1
A. Teoretická část	3
1. Popis základních konceptů zdravotnických systémů	3
1.1 Tržní model zdravotnictví	3
1.1.1 Charakteristické znaky modelu	3
1.2 Model na Beveridgeovských principech	4
1.2.1 Charakteristické znaky modelu	4
1.3 Model na Bismarckovských principech	5
1.3.1 Charakteristické znaky modelu	6
1.4 Popis existujících modelů financování zdravotní péče	6
1.4.1 Švýcarský model	7
1.4.2 Britský model „gatekeeping“	7
1.4.3 Model řízené zdravotní péče	8
1.4.4 Zdravotní spojení v Singapuru	9
2. Zdravotnictví v České republice	11
2.1 Financující subjekty a jejich funkce ve zdravotnickém systému České republiky	12
2.2 Zdravotnická zařízení v ČR	13
B. Praktická část	14
3. Východiska pro podporu reformy financování zdravotní péče	14
3.1 Finanční situace českého zdravotnictví	15
3.2 Chyby v systému veřejného zdravotního pojištění	18
3.3 Náklady a kvalita	20
3.4 Motivační selhání	21
3.4.1 Averch – Johnsonův efekt ve zdravotnictví	21
3.4.2 Neefektivní investice	22
3.4.3 Cena jako nositel informací	22
3.4.4 Příklad motivačního selhání českého zdravotnictví	23
3.5 Morální hazard	25
3.5.1 Pojištění a morální hazard	25
3.6 Zdravotní péče jako luxusní statek	26
3.7 Očekávání spotřebitelů zdravotní péče	26
3.8 Rozvoj nových technologií	26
3.9 Demografický vývoj	28
3.9.1 Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050	32
3.10 Posouzení krajních variant financování zdravotní péče	35
3.10.1 Sazba 13,5 % pojistného z hrubého příjmu zůstane zachována	35
3.10.2 Zvyšování sazby pojistného	35
3.10.3 Zhodnocení obou variant	36
4. Reforma financování zdravotní péče	37
4.1 Cíl reformy financování ZP	39
4.1.1 Navrhované změny	39
4.2 Rozdělení financování na základní a doplňkovou část	40
4.2.1 Metody rozdělení zdravotní péče dle pojištění	40
4.2.2 Základní zdravotní pojištění	41

4.2.3	Doplňkové zdravotní pojištění	42
4.2.4	Péče plně hrazená ze základního pojištění	42
4.2.5	Péče hrazená ze základního pojištění s povinnou spoluúčastí	43
4.2.6	Nepředvídatelná a nákladná zdravotní péče	43
4.2.7	Předvídatelná zdravotní péče	43
4.2.8	Levná zdravotní péče	43
4.3	Zdravotní pojištění na bázi OZÚ	44
4.3.1	Princip OZÚ	44
4.3.2	Hrazení péče	44
4.3.3	Dispozice se zůstatkem OZÚ	45
4.3.4	Přečerpání OZÚ	45
4.3.5	Vlastnická práva	45
4.3.6	Volba pojišťovny	45
4.4	Zdravotní plány	46
4.4.1	Základní pojistný plán	46
4.4.2	Volitelné pojistné plány	47
4.4.3	Předpokládané typy zdravotních plánů	47
4.4.4	Zahraniční zkušenosti se zdravotními plány	48
4.5	Regulační poplatky	49
4.5.1	Poplatek za položku na receptu – 30 Kč	49
4.5.2	Poplatek za návštěvu lékaře – 30 Kč	50
4.5.3	Poplatek za den hospitalizace – 60 Kč	51
4.5.4	Za poskytnutou pohotovostní službu – 90 Kč	52
4.6	Změny financování zdravotní péče	52
4.6.1	Povinný a dobrovolný příspěvek na OZÚ	53
4.6.2	Financování základního pojištění a OZÚ	53
5.	<i>Dopady snížení podílu veřejných prostředků na financování zdravotní péče</i>	56
5.1	Cost benefit analýza	56
5.2	Motivace pojištěnce	56
5.3	Problémy modelu	57
5.3.1	Definování objemu péče hrazené ze základního pojištění	57
5.3.2	Politická průchodnost	58
5.3.3	Motivační selhání	58
5.4	SWOT analýza reformy	59
5.4.1	Silné stránky	59
5.4.2	Slabé stránky	59
5.4.3	Příležitosti	59
5.4.4	Hrozby	60
ZÁVĚR		61

Úvod

Motto:

Náklady na zdravotní péči díky technologickému rozvoji v posledních letech rapidně rostou a překračují tak reálné možnosti financování ze státního rozpočtu. Každý občan by si měl sám určit, kolik finančních prostředků je ochoten vynaložit na zdravotní péči (nyní to určuje stát.) Takovýto systém by měl motivovat všechny občany k hospodárnému, efektivnímu chování. „Základem zdravotního systému musí být uspokojení potřeb občana v mezích ekonomické reality se zachováním jistot veřejného zdravotního pojištění.“

Modrá šance pro zdravotnictví, Julínek T., ODS, Praha, 2004.

Systém poskytování péče je existenčně závislý na udržitelném systému financování. Současná situace ve zdravotnictví v České republice je velmi závažná. Deficit zdravotního pojištění dosahuje 2 mld. Kč, ale to jen díky faktu, že jednotlivé deficity financování zdravotní péče vzniklé v minulých letech byly vždy řešeny jednorázovými finančními injekcemi, tedy nesystémově. Minulý rok zaplatili daňoví poplatníci 10 mld. Kč na umoření dluhu veřejného zdravotního pojištění vzniklého v předchozích letech, přesto deficit českého zdravotnictví neustále dál roste vyšším tempem. Tento trend růstu zadlužení je způsoben mnoha faktory. Stárnutí populace, pokrok v medicínských technologiích a rostoucí požadavky spotřebitelů zdravotních služeb způsobují, že náklady na zdravotnictví rostou vyšším tempem, než roste hrubý domácí produkt. České zdravotnictví trpí plýtváním se vzácnými zdroji. Současným systémem financování zdravotní péče dostatečně nemotivuje zdravotnické zařízení k efektivnímu vynakládání finančních prostředků a k poskytování kvalitních zdravotních služeb. Stát ovlivňuje dostupnost zdravotní péče administrativními zásahy formou zákonů, vyhlášek a nařízení, které často nerespektují ekonomickou realitu ani potřeby pacientů. Na tomto plýtvání se podílí i pacient, který není motivován k hospodárné spotřebě zdravotní péče. Poskytovaná zdravotní péče je v okamžiku spotřeby bezplatná a pacientovi tak chybí spojnice mezi účelností zdravotní péče a náklady vynaloženými na tuto péči. Český pacient se řadí na přední místa v Evropě v počtu návštěv lékaře, délce hospitalizace a spotřebě léků hrazených z veřejných prostředků.

Další zadlužování systému zdravotní péče je pro stát, ale i pro samotný systém neúnosné. Pro zachování udržitelného zdravotního systému je nezbytné provést komplexní reformu financování a reformu institucionální českého zdravotnictví. Předmětem této práce bude reforma financování založená na snížení podílu veřejných prostředků na financování zdravotní péče.

Předkládaná práce by měla poskytnout ucelený pohled na problematiku financování systému zdravotní péče v České republice. Práce se skládá z pěti ucelených částí, které popisují teoretické a existující koncepty financování zdravotní péče, současný model financování zdravotní péče v České republice, analýzu jednotlivých východisek pro reformu financování zdravotní péče včetně analýz alternativních zdrojů financování, návrh reformy financování založené na snížení podílu veřejných prostředků a závěrečná část se zabývá analýzou dopadů této reformy na celý systém poskytování zdravotní péče a na jeho subjekty (pacient, zdravotnické zařízení, stát).

Mým vlastním přínosem pro tuto práci je práce rešeršní a analytická. Vycházel jsem z dostupných studií a materiálů, které se zabývaly dílčími problémy nebo popisovali problematiku financování zdravotní péče velmi povrchně. Tato diplomová práce spojuje všechny získané poznatky studií, odborné texty a vlastní závěry a propojuje tak ekonomickou teorií s praxí v jeden ucelený text, který by měl poskytnout komplexní pohled na problematiku financování zdravotní péče. V práci se zaměřuji na identifikaci příčin problémů systému financování zdravotní péče, reformou systému a dopady této reformy založené na snížení podílu veřejných prostředků na financování zdravotní péče.

A. Teoretická část

1. Popis základních konceptů zdravotnických systémů

V současné době nejčastěji dělíme zdravotní systémy dle kritéria převažujícího zdroje financování zdravotní péče. Na základě tohoto kritéria můžeme zdravotnické systémy rozčlenit na tři základní typy¹:

- Typ tržní - financovaný ze soukromých zdrojů
- Typ Beveridgovský - financovaný z daní
- Typ Bismarckovský - financovaný ze zdravotního pojištění

V novější literatuře² můžeme najít členění zdravotnických systémů dle dalších kritérií. Těmito kritérii jsou zdroje financování zdravotní péče, přístup populace ke zdravotní péči, garance zdravotní péče státem, a postavení poskytovatelů zdravotní péče.

- Tržní zdravotnictví – USA
- Národní zdravotní pojištění (povinné, všeobecné, zákonné) – ČR, SRN, Francie, Rakousko.
- Národní zdravotní služba, státní zdravotnictví – Velká Británie, Norsko, Švédsko, Kuba.

Nyní si podrobněji popíšeme jednotlivé modely zdravotnických systémů. Jako hodnotící kritéria přitom použijeme jejich charakteristické znaky.

1.1 Tržní model zdravotnictví

1.1.1 Charakteristické znaky modelu

- Zdravotní péče je hrazena ze soukromých zdrojů buď přímou platbou nebo soukromými zdravotními pojišťovnami komerčního charakteru.
- Zdravotní pojištění je dobrovolné. Pojistit se může jednatlivec a nebo zaměstnavatel pojišťuje své zaměstnance.
- Zdravotní péče není garantována státem, je záležitostí jedince, jeho rozhodnutí a svobodné volby. Stát nechce zasahovat a vstupovat do vztahu svobodných subjektů.
- Zdravotní péče je v tomto systému chápána jako zboží s určitou tržní cenou.
- Lékaři jsou soukromé podnikajícími subjekty, ziskového i neziskového charakteru.

¹viz: Křížová, E. Zdravotnické systémy v mezinárodním srovnání, Studie Národohospodářského ústavu Josefa Hlávky, Praha 1998

² viz: Durdisová, J. Ekonomika Zdraví, Oeconomia, 2005, str. 153

- Pacient má svobodnou volbu lékaře, zdravotnického zařízení i zdravotní pojišťovny a záleží na jeho sociální situaci, zda bude mít přístup ke zdravotní péči, v jaké kvalitě a rozsahu.
- Nemocniční péči poskytují soukromá zařízení ziskového i neziskového charakteru, někdy v kombinaci s veřejnými zřizovateli.
- Postavení stavovské lékařské organizace je mimořádně silné a má schopnost prosazovat zájmy lékařské a lékárenské lobby.
- Stát nekontroluje nabídku ani ceny zdravotnických služeb, ani výši pojistného a způsob plnění.
- Existuje volná konkurence poskytovatelů, plátců i pojišťoven.
- Financování je založeno na výkonových platbách.
- Stát nevstupuje do vztahu poskytovatel a pacient, ale pomocí programu ve veřejném zájmu řeší problém přístupu ke zdravotní péči určitých sociálních skupin obyvatelstva. Tržní model financování zdravotní péče je aplikován v USA. Americké zdravotnictví historicky spočívá na tradicích, na filozofii liberalismu. Nikdy nepřijalo princip státem organizované sociální solidarity.

1.2 Model na Beveridgeovských principech

Beveridgeův model je koncept financování zdravotnictví z daní. Tento model je jedním z nejvíce demokratizovaných a socializovaných systémů, který vznikl v kapitalistické zemi udržel se do dnešní dobyv téměř nezměněné podobě. Nejlepším příkladem je National Health Service (NHS) - model financování užitý ve Velké Británii, kde vznikl jako reakce na situaci po druhé světové válce.

Na podobných principech národní zdravotní služby stavělo i socialistické zdravotnictví uplatňované v Československu po roce 1945 a dále od šedesátých let 20. století zdravotnictví v Kanadě a v severských státech Evropy.

1.2.1 Charakteristické znaky modelu

- Financování ze státního rozpočtu, resp. z veřejných rozpočtů (neexistuje fond zdravotního pojištění jako samostatný okruh financování), zdrojem není pojistné, ale daně.
- Bezplatná zdravotní péče je garantována státem.
- Míra finanční spoluúčasti je velmi nízká a nebo žádná.
- Systém nevylučuje rozvoj soukromého pojištění a připojištění pro nadstandardní péči,

avšak tato nesmí spočívat v poskytování jiné kvality zdravotní péče, ale v jiných výhodách, např. krátké čekací lhůty, luxusní vybavení zdravotnického zařízení apod.

- Zdravotnická zařízení (nemocnice) jsou ve vlastnictví státu a zdravotničtí pracovníci jsou státními zaměstnanci, případně soukromými subjekty ziskového či neziskového charakteru.
- Základním článkem zdravotnického systému jsou ordinace praktických lékařů (silná první linie kontaktu pacienta a zdravotnického zařízení), praktický lékař kontroluje vstup pacienta do specializované péče a je koordinátorem poskytovaných zdravotních služeb, tzv. *gatekeeper*. Má hlavní odpovědnost za prevenci a podporu zdraví ve svém regionu.
- Proplácení ambulantní sféry ze státního rozpočtu je převážně kapitační a v lůžkových zařízeních v závislosti na využití lůžek = ošetrovací den.
- Silně je prosazována podpora týmové mezisektorové práce.
- Sledovaná a státem garantovaná dostupnost zdravotní péče vyžaduje určenou síť zdravotnických zařízení a sledování jejího využití.
- Přístup k praktickým lékařům je neomezený.
- Tento systém musí umožňovat vládě kontrolovat a regulovat efektivnost využití disponibilních finančních zdrojů. Tento požadavek vyplývá z objektivní potřeby souladu pravomoci a odpovědnosti.
- Dynamika vývoje výdajů v důsledku vládní kontroly a regulace je mnohem nižší než v tržních systémech.

1.3 Model na Bismarckovských principech

Bismarckovskův model je založen na principu všeobecného zdravotního pojištění. Vztahy mezi poskytovateli a plátcí jsou kombinací podílu trhu a veřejného dohledu. Problémem modelu je jeho efektivnost, protože v něm dochází k symetrii pravomoci a odpovědnosti zúčastněných subjektů. Platby pojistného jsou pro občany povinné ze zákona a spravovány v parafiskálním fondu. Stát je tedy odpovědný za efektivního vynakládání prostředků ve zdravotnictví. Typické pro tento model je, že vybírané pojistné snižuje daňový základ pro plátce pojistného, což slouží jako nepřímá podpora zdravotnictví státem. Tento systém financování byl poprvé uplatněn v Německu konce 19. století. V současné době se jej využívají tyto země - Německo, Rakousko, Belgie, Nizozemí, Lucembursko, Francie, Švýcarsko, Polsko, Česká republika a další.

V těchto zemích se systémy podstatně liší svou účinností a funkčností, což je zpravidla způsobeno tradicí, stabilizací systému a zejména navazující legislativou.

Bismackovský model pojištění se pokouší skloubit výhody tržního a státního zdravotnictví tím, že se snaží vytvořit prostor pro trh, privatizaci, svobodnou volbu lékaře, konkurenci, decentralizaci a současně má jasně definovanou úlohu státu a veřejných institucí, které dbají ze zákona na to, aby zdravotní péče byla dostupná, efektivní a kvalitní.

1.3.1 Charakteristické znaky modelu

Zdravotní péče je garantována státem a to tak, že je zákonem stanovena povinnost za určitých podmínek platit pojistné do fondu zdravotního pojištění, který není spravován orgánem státní správy, ale zdravotní pojišťovnou jako nekomerčním subjektem, který koná ve veřejném zájmu.

- Princip solidarity se realizuje tak, že každý platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči podle potřeb
- Rozsah a kvalitu zdravotní péče určuje lékař
- Základem tohoto systému jsou individuální soukromé praxe ambulantních lékařů a ambulantních specialistů. Ambulantní lékař má nepoměrně širší rozsah činnosti než v systémech financovaných ze státního rozpočtu
- Zdravotní péče je garantovaná státem (pouze do výše standardu)
- Převažující způsob úhrady je platba za výkon, která má silně extenzivní charakter a proto bývá kombinována s kapitační platbou
- V lůžkových zařízeních (mohou převažovat státní zdravotnická zařízení) se realizuje platba za ošetrovací den, která zahrnuje
 - paušál za diagnostický případ s ošetrovací sazbou
 - provozní sazbu
- Podíl státu na financování zdravotní péče se realizuje platbou pojistného za osoby společensky uznané do fondu zdravotního pojištění
- Prováděcí kompetence a kontrolní funkce jsou delegovány na jiné subjekty, které stojí mimo státní správu (veřejnoprávní pojišťovny).

1.4 Popis existujících modelů financování zdravotní péče

- **Švýcarský model**, v němž tlak na úsporné chování poskytovatelů zdravotní péče přichází pouze ze strany zdravotních pojišťoven a který je založen na konkurenci zdravotních pojišťoven.

- **Britský model „gatekeeping“**, v němž tlak na úsporné chování přichází ze strany praktických lékařů a který je založen na tzv. kapitačních platbách.
- **Model řízené zdravotní péče**, rozšířený hlavně v USA. A čtvrtým modelem jsou osobní zdravotní účty, jejichž využití je nejvíce propracováno v Singapuru.
- **Model zdravotního spoření v Singapuru**

1.4.1 Švýcarský model

Podstatou švýcarského modelu je existence několika velkých zdravotních pojišťoven, které se chovají podle tržních principů a navzájem si konkurují. Pojišťovny soutěží o pacienty, což jim umožňuje určitá volnost ve stanovení své sazby pojistného a mohou též nabízet nadstandardní péči. Konkurence motivuje pojišťovny k úsporným výdajům na zdravotní péči. Tak dochází k tlaku na poskytovatele zdravotní péče (lékaře a zdravotnická zařízení) - na jejich úsporné chování v lékařské péči. Švýcarský systém má propracovaný systém rozložení rizika. Pojištěnci jsou v něm rozděleni do rizikových skupin podle věku a pohlaví. Základní část pojistného je vybírána centrálně a je následně přerozdělována mezi pojišťovny podle rizikosti jejich pojištěnců. Druhá část pojistného je vybírána pojišťovnami od svých pojištěnců, přičemž její výši mohou samy stanovit (tím si právě konkurují), případně mohou následně poskytovat bonifikace těm svým pojištěncům, kteří čerpají málo zdravotní péče. Další částí modelu je finanční spoluúčast pacienta (ve Švýcarsku dosahuje tato spoluúčast až 30%), což představuje dodatečný tlak na úsporné čerpání zdravotní péče. Švýcarský systém nevyžaduje velké zásahy státu do systému zdravotního pojištění a je samoregulován tržním chováním zdravotních pojišťoven.

1.4.2 Britský model „gatekeeping“

Britský model je postaven na kapitačních platbách. Tlak na úsporné čerpání zdravotní péče zde nepřichází, zde není od zdravotních pojišťoven nýbrž od praktických lékařů. Praktičtí lékaři dostanou finanční normativ - kapitační platbu - na každého pacienta. Lékaři jsou motivováni k tomu, aby se k nim zaregistrovalo co nejvíce pacientů (nikoli k tomu, aby prováděli co nejvíce zdravotních výkonů). Praktický lékař má v systému poskytování zdravotní péče funkci gate keepera (vrátného) ke specialistům, a to tím, že za své pacienty specialistovi platí - hradí výkony z kapitační platby, kterou dostal za svého pacienta. Praktický lékař je tedy motivován omezovat svým pacientům zbytečná vyšetření u specialistů. Mohlo by se tedy zdát, že pacient v takovémto systému bude šízen na poskytované zdravotní péči. Ale právě model kapitace posiluje do určité míry roli pacienta tím, že zůstává

konkurenci mezi praktickými lékaři o pacienty. Je obdobou švýcarského modelu konkurujících si pojišťoven. Ve Švýcarsku je vybrané pojistné přidělováno pojišťovnám podle získaných pacientů, zde je rovnou přidělováno praktickým lékařům podle získaných pacientů.

Britský systém kapitačních plateb na rozdíl od švýcarského systému nevyžaduje více zdravotních pojišťoven. Pacienti jsou však "v rukou" praktických lékařů, kteří plně rozhodují o jejich vyšetření u specialistů, což vede k neefektivitě systému. Zkušenosti z Velké Británie jsou spíše negativní. Podle posledních průzkumů pacienti nejsou s lékařskou péčí příliš spokojeni.

1.4.3 Model řízené zdravotní péče

Model řízené zdravotní péče je kladně hodnocen především z hlediska hospodárnosti a úspornosti. V systému řízené zdravotní péče je odpovědnost za regulaci nákladů na zdravotní péči přenesena jednoznačně na stranu *nabídky* - na poskytovatele zdravotní péče. Dochází zde ke spojení plátce, tedy pojišťovny, a poskytovatele zdravotní péče v jeden subjekt. Řízená péče vznikla v USA, kde je řízená péče nabízena a uskutečňována institucemi zvanými Health Maintenance Organizations (HMO). *První formy řízené péče vznikly v USA již ve 40. letech, kdy velké lodářské společnosti hledaly způsob, jak pro své zaměstnance zajistit úsporný způsob zdravotní péče. Vytvořily dceřinou společnost, která zaměstnance pojišťovala a zároveň jim poskytovala zdravotní péči ve vlastních zdravotnických zařízeních. HMO se pak v USA dále rozšiřovaly (zejména v Kalifornii a ve východních státech USA). V roce 1996 již v USA existovalo 550 HMO, které mají 65 milionů členů.*³

HMO poskytují svým členům všeobecnou a komplexní zdravotní péči na základě fixního periodického předplatného. Řízená péče prakticky potlačuje možnost volby, neboť pojištěnec se dobrovolně svěřuje do péče lékařů a zdravotních zařízení, které jsou kontrahovány HMO nebo jsou přímo její součástí. HMO poskytující řízenou péči má buď vlastní léčebná zařízení nebo kontrahuje zdravotní péči se zdravotnickými zařízeními. Těmto zařízením platí pevnou částku za zdravotní péči o každou zaregistrovanou osobu. HMO je finančně zainteresována na rozdílu mezi předplacenými příjmy od pojištěnců a náklady na poskytování komplexní zdravotní péče, k níž je smluvně zavázána. Takovéto uspořádání motivuje k hospodárnosti a k úspornému poskytování zdravotní péče a jednak k dlouhodobé a komplexní péči o své členy,

³ cit: Holman, R. a kol. Studie k reformám zdravotního a penzijního pojištění, Oeconomia, 2005, str. 5

protože dlouhodobě zdravý člověk je pro HMO finančním přínosem. Proto HMO usiluje o zdravotní prevenci svých členů. Snahou HMO je tedy stejně jako u britského systému Gate keepers poskytovat spíše primární než nákladnější specializovanou zdravotní péči. Ale na rozdíl od britského systému kapítací zde praktičtí lékaři nemají tendenci šetřit na pacientech. Lékaři dobře vědí, že případné zanedbání specializované zdravotní péče by v budoucnu vyvolalo vysoké náklady, které by dopadaly na celou HMO, tedy na všechny lékaře zaměstnané v HMO.

V hodnocení systému řízené péče v USA neexistuje shoda. Existují zastánci i odpůrci této formy poskytování zdravotní péče. Různé studie zabývající se řízenou péčí si dosti odporují. Ve prospěch řízené hovoří argument úspornosti. Náklady HMO na zdravotní péči jsou mnohem nižší než je tomu v případě klasického systému zdravotního pojištění. Díky úspornosti systému mohou HMO nabízet svým pojištěncům dobré finanční podmínky pojištění, což nepochybně přispělo k jejímu velkému rozšíření.

Existují však neméně vážné argumenty hovořící v neprospěch systému řízené zdravotní péče. Poskytovatelé nejsou zainteresováni na kvalitě poskytované zdravotní péče. Některé studie dokazují, že dochází ke zhoršování zdravotní péče. Hlavními zákazníky jsou především zaměstnavatelé, kterým přirozeně leží na srdci spíše nízké náklady než kvalita zdravotní péče. Ani lékaři se k řízené péči zdaleka nestaví moc pozitivně, což vyplynulo z průzkumu, ve kterém téměř polovina amerických lékařů uvedla, že řízená zdravotní péče vede ke zhoršení vztahů mezi lékařem a jeho pacienty.

V současné době dochází k opouštění od systému HMO a přechází se na systém CDHS (consumer driven health care) založený na osobních zdravotních spořicíh účtech.

1.4.4 Zdravotní spoření v Singapuru

Zajímavou alternativou zdravotního pojištění je zdravotní spoření, které vzniklo v Singapuru. Zdravotní systém v Singapuru, někdy prezentovaný jako „liberální“ či „pravnicový“, překvapivě není příliš tržní, ceny poskytované péče a počty lékařů jsou centrálně řízeny. Obsahuje mechanismy, které vedou k efektivitě a kvalitní péči i přes nízké výdaje. Ústřední fond péče vede zvláštní účty, na které si lidé povinně ukládají a z kterých hradí zdravotní a sociální výdaje. Na účet přispívá 20 procentech z hrubého příjmu zaměstnanec i zaměstnavatel, přičemž existuje horní strop pro měsíční odvody. Účty jsou úročeny, a jsou rozděleny na tři části: 30 procent mzdy jde na *obyčejný účet*, ze kterého se hradí investice na

bydlení, náklady dětí na vysokoškolské studium a příspěvek na penzijní účet *rodičů*. Na zdravotní účet připadá část 6 - 8 procent dle věku a na pensijní účet, který slouží jako penzijní spoření, 4 procenta hrubé mzdy.

Jsou stanoveny cenové limity u jednotlivých zákroků a služeb, ale mnohé ambulantní zákroky musí lidé hradit sami. Tento systém osobních účtů nazývaný Medisave je doplněn podpůrnými programy Medishield a Medifund, určených pro osoby s nedostatečnými příjmy a zůstatky na účtech.

Výsledky singapurských osobních účtů ve zdravotnictví jsou srovnatelné s nejvyspělejšími zeměmi, přestože pohlcuje jen 3 % HDP (ČR – 7 %, USA – 14 %). Podle Roberta Holmana singapurský systém motivuje lidi k větší odpovědnosti za svůj život a k předcházení rizikům. Dalším státem, kde jsou osobní zdravotní účty velmi rozšířené, je Jihoafrická republika. Trh zdravotního pojištění byl v roce 1994 deregulován a pojišťovny začaly nabízet i osobní účty. Je však zajištěna solidarita, neboť operace a chronická onemocnění jsou hrazena z povinného základu pojištění, zatímco návštěvy u lékaře, ambulantní ošetření a léky mohou být hrazeny z osobních účtů. Ve výsledku je asi třetina výdajů financována z osobních účtů a dvě třetiny z pojištění.

2. Zdravotnictví v České republice

Zdravotnický systém je po důchodovém systému druhou největší oblastí veřejného sektoru. Svými výdaji přesahuje 200 mld. Kč ročně. Nový systém financování zdravotní péče byl koncipován na základě usnesení vlády ČR č. 339/1990. Návrh systému zdravotní péče obsahoval zásady transformace zdravotnictví a měl se formovat jako nedílná součást ekonomického transformačního procesu. Základ koncepce systému je dán Ústavou a dalšími navazujícími zákony jako např. Zákonem o péči a zdraví lidu, státní garance dostupnosti zdravotní péče na základě zdrojů všeobecného zdravotního pojištění.

Cílem reformy bylo vybudování „liberálního a efektivně fungujícího“ systému založeného na svobodné volbě občanů v rámci plurality pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče. Hlavním principem bylo posilování právní a ekonomické subjektivity zúčastněných subjektů při současném omezení státních regulací a intervencí. Jednalo se o opuštění úplného státního monopolu a nastolení pluralitního systému zdravotní péče na základě funkční a územní decentralizace. V procesu transformace pak je po více než 40ti letech socialismu obnovována činnost profesních sdružení, především komor, jsou nově formulovány jejich funkce. Současně tak jsou vytvářeny legislativní předpoklady pro vznik a činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny a dalších pojišťoven. Nově jsou koncipovány pravomoci a odpovědnost orgánů státní správy, samosprávy a občanů, nově jsou definovány jejich vzájemné vztahy. Dochází k zásadní institucionální restrukturalizaci majetkoprávních vztahů poskytovatelů zdravotní péče cestou privatizace (v roce 1991 bylo registrováno v ČR přibližně 430 zdravotnických zařízení, zatímco v současné době jejich počet přesahuje 2000).

Další charakteristikou transformace je financování zdravotnictví z více zdrojů (pojišťovny, občané, státní rozpočet, rozpočty samospráv, zaměstnavatelé, církve, nadace apod.).

Z hlediska spotřeby a úhrady lze poskytované služby rozdělit⁴:

- a) osobní spotřeba financovaná z veřejných zdrojů - potřebná, tzv. standardní zdravotní péče, kterou pojištěnci hradí příslušná pojišťovna na základě všeobecného zdravotního pojištění;
- b) veřejná spotřeba financovaná z veřejných rozpočtů - financování zdravotnických zařízení, které vykonávají státní zájem a preventivních programů (Státní ústav pro kontrolu léčiv, činnost hygienické služby, antidopingové centrum a programy);

⁴viz: Durdisová, J. *Ekonomika Zdraví*, Oeconomia, 2005, str. 178

- c) osobní spotřeba nezdůvodněna zdravotní stavem - financovaná z vlastních zdrojů pacienta, který takovou péčí vyžaduje;
- d) institucionální spotřeba - zdravotní péče objednaná a hrazená právníckými osobami, institucemi, které si péči vyžádají (např. pracoviště s mimořádnou zdravotní zátěží mohou zabezpečovat zvláštních zdrojů různé preventivní programy - rehabilitace apod.).

Tím mělo dojít k vyvedení celého procesu financování zdravotnictví ze státní správy do odděleného systému zdravotního pojištění. Systém zdravotní pojištění vychází z principu solidarity, jeho podstatou je soustředění finančních prostředků do fondu všeobecného zdravotního pojištění jako nejsilnějšího zdroje financování zdravotní péče. Fond všeobecného zdravotního pojištění je oddělen od státního rozpočtu a je spravován Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Na rozdíl od ostatních evropských zemí, kde zdravotní pojištění tvoří integrální součást sociálního pojištění a spojuje tak nárok na hmotné i peněžní plnění, je v ČR koncipován zdravotnický systém tak, že zdravotní pojištění je odděleno od nemocenského a je chápáno výlučně jako hmotné plnění.

2.1 Financující subjekty a jejich funkce ve zdravotnickém systému České republiky

Počátkem 90. let byl opuštěn centralizovaný systém zdravotnictví založený na financování ze státního rozpočtu a rozpočtů národních výborů a státním vlastnictvím zdravotnických zařízení. Byl nahrazen systémem pluralitním, který je založen na financování z více zdrojů (vícezdrojovém), přičemž základní zdroj tvoří povinné všeobecné zdravotní pojištění.

Financování zdravotnictví v České republice je zajištěno prostřednictvím⁵:

- všeobecným zdravotním pojištěním a finanční spoluúčastí pacientů,
- státním rozpočtem a rozpočty územně správních celků,
- přímými úhradami fyzických nebo právníckých osob,
- úhradami mimo okruh zdrojů státního rozpočtu,
- sponzory, nadacemi apod.

Zdravotní pojištění provádějí zdravotní pojišťovny, mezi kterými má VZP zvláštní postavení. Zdravotní pojišťovny provádějí výběr pojistného a organizaci úhrad poskytovatelům zdravotní péče. Jde tedy o systém s pluralitou zdravotních pojišťoven, jehož smyslem mělo být vytvoření konkurenčního prostředí a tím dosažení větší efektivity systému, čehož zjevně

⁵ viz: Durdisová, J. *Ekonomika Zdraví*, Oeconomia, 2005, str. 192

dosaženo nebylo. V současné době existuje kromě VZP ČR osm ostatních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny plní kromě výběru pojistného a úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením funkci regulační a kontrolní vůči smluvním zdravotnickým zařízením.

Kontrolní funkce je definována jako "kontrola využívání a poskytování péče hrazené ze zdravotního pojištění v jejím objemu a kvalitě včetně dodržování cen u smluvních zdravotnických zařízení a pojištěnců". Kontrolní činnost provádějí revizní lékaři. Regulační funkcí se rozumí regulace počtu a kvality poskytovatelů zdravotní péče prostřednictvím uzavírání smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče a regulace finančních prostředků, které budou těmto smluvním poskytovatelům uhrazeny.

V současnosti je velmi diskutovanou otázkou kompetence zdravotních pojišťoven, pokud jde o posuzování kvality poskytované zdravotní péče jednotlivými zdravotnickými zařízeními. Hlavní zásadou financování zdravotní péče na principu solidarity je dosažení maximálně možné cenové regionální a časové dostupnosti kvalifikované zdravotní péče, která je garantována státem, nelze nevidět, že pojišťovny, které na základě smluvního vztahu určují rozsah a kvalitu zdravotní péče (smlouva je plně v kompetenci zdravotních pojišťoven), jsou objektivně zainteresovány na minimalizaci nákladů, ale již nikoliv na maximálně dosažitelné kvalitě a efektivitě zdravotní péče. V současné době pojišťovny nejsou dostatečně vybaveny systémem informací a nástrojů k zajištění ekonomické efektivnosti a rozhodují pod vlivem neobjektivizovaných kritérií.

2.2 Zdravotnická zařízení v ČR

Funkci zdravotnictví naplňují zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace uspořádané do zdravotní sítě. Síť zdravotnických zařízení by měla být taková, aby garantovaná zdravotní péče byla dostupná v potřebné kvalitě.

V souladu se zákonem můžeme soustavu zdravotnických zařízení členit dle druhu poskytované služby následovně:

- a) Hygienická služby
- b) Zřízení léčebně - preventivní péče
- c) Ambulantní péče a nemocnice
- d) Zařízení závodní preventivní péče
- e) Odborné léčebné ústavy
- f) Lékárny
- g) Zvláštní dětská zařízení

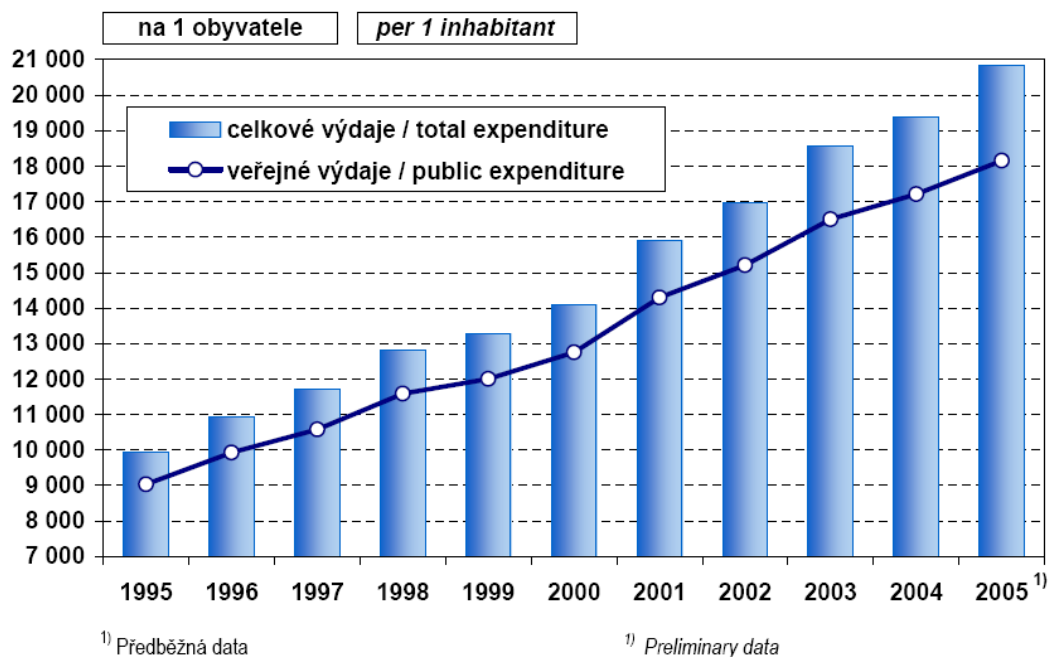
B. Praktická část

3. Východiska pro podporu reformy financování zdravotní péče

Zdravotnictví je existenčně závislé na udržitelném systému financování. Současný systém ovlivňuje dostupnost zdravotních služeb administrativními zásahy státu prostřednictvím zákonů, vyhlášek a nařízení, které často nerespektují ekonomickou realitu ani potřeby pacientů. Velkým problémem je také nazírání občanů na systém poskytování zdravotní péče jako na bezplatný, tudíž nemotivující k přiměřené spotřebě.

Demografický vývoj populace v České republice, zvyšující se technická náročnost poskytovaných služeb ve zdravotnictví a rostoucí nároky spotřebitelů zdravotní péče si v následujících letech nutně vyžádají zvýšení objemu peněz plynoucích do zdravotnictví. Zvyšování daňové zátěže je však z makroekonomického pohledu neefektivní. Nabízí se tedy otázka zapojení soukromých zdrojů do financování zdravotní péče, čímž by došlo k zapojení občanů do rozhodování o spotřebě zdravotní péče a zároveň částečnému přenesení odpovědnosti za náklady na tuto péči směrem k občanovi.

Obrázek 1 – Vývoj výdajů na zdravotnictví



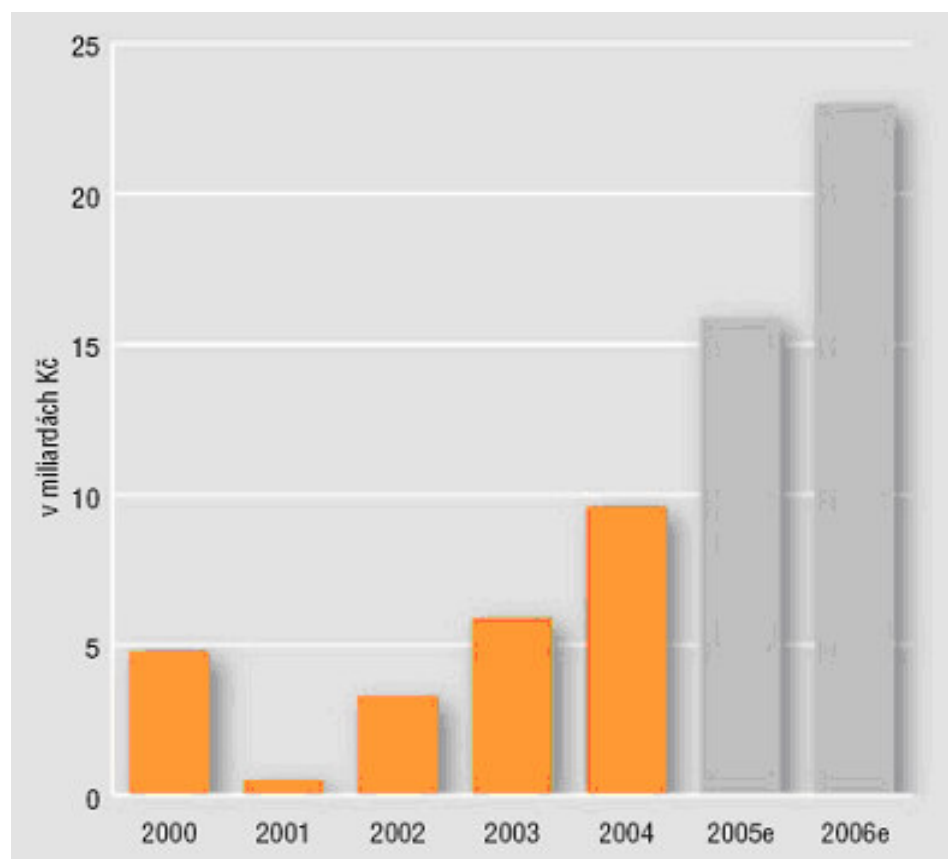
Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2005, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, str. 198

3.1 Finanční situace českého zdravotnictví

Vývoj výdajů na zdravotnictví

České zdravotnictví v současné době vykazuje finanční deficit a významné rozdíly v dostupnosti, kvalitě a efektivitě poskytované zdravotní péče. Deficit systému veřejného zdravotního pojištění činil koncem roku 2004 9 mld. Kč, ke konci roku 2005 více jak 15 mld. Kč a za rok 2006 činí 20 mld. Kč (viz obr. č.1). Deficit v této výši je roven zpoždění plateb směrem ke zdravotnickým zařízením v průměru o 50 až 60 dní po lhůtě splatnosti. Takové zpoždění plateb způsobuje druhotnou platební neschopnost a přenáší tak dluhový problém na ostatní subjekty na trhu, což má neblahé dopady na celou ekonomiku státu. K 31.12.2005 evidovaly zdravotní pojišťovny závazky vůči zdravotnickým zařízením po lhůtě splatnosti ve výši 10 670 mil. Kč. Celkový objem pohledávek z obchodního styku se oproti roku 2004 zvýšil o 9 %, pohledávky po lhůtě splatnosti vzrostly o 20 %.

Obrázek 2 – Objem závazků pojišťoven po lhůtě splatnosti v letech 2000 až 2006



Zdroj: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 20

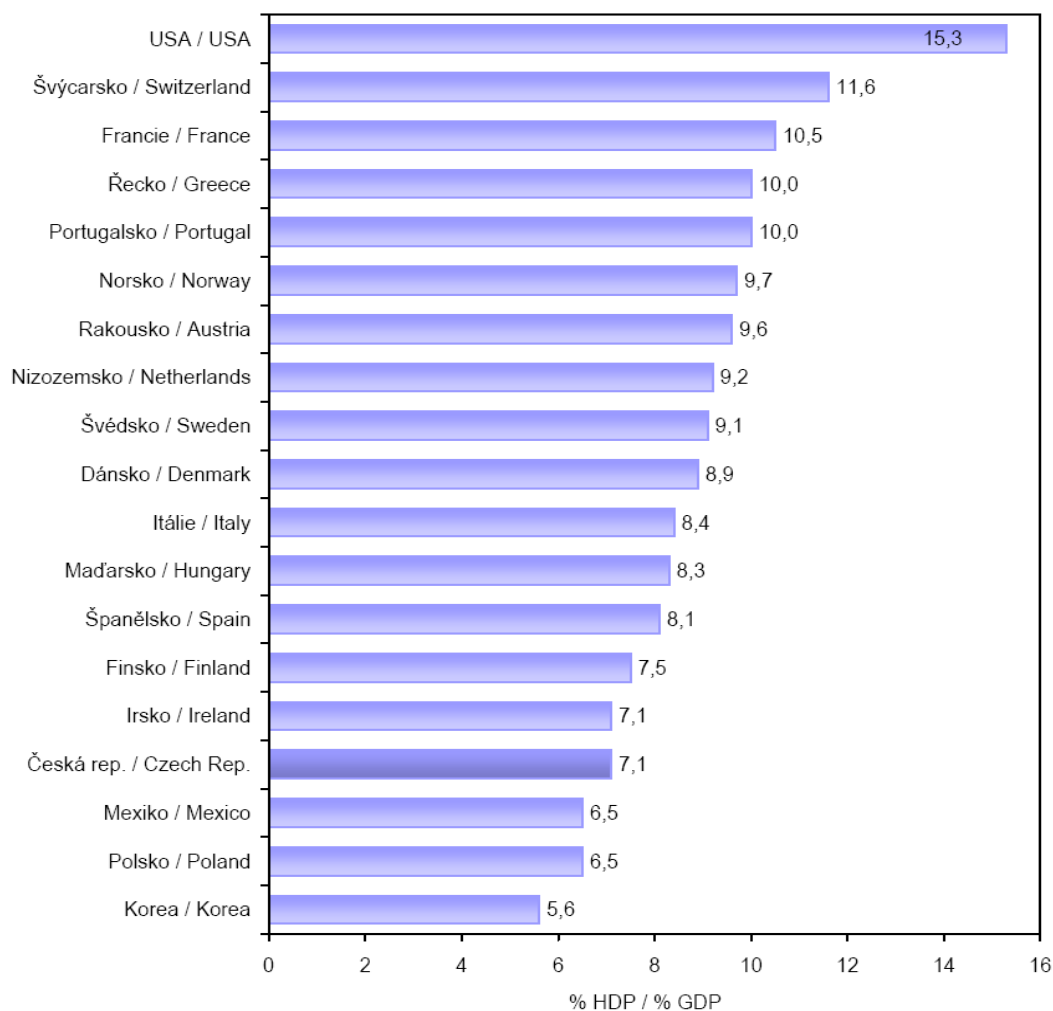
Odhad deficitu zdravotnických zařízení

K deficitu zdravotních pojišťoven je ještě třeba přidat deficit na úrovni zdravotnických zařízení, a to jak deficit, který lze odhadnout podle účetních výkazů (vyjádřeno jako rozdíl mezi závazky a pohledávkami po lhůtě splatnosti), tak skrytý tzv. vnitřní dluh, vznikl nedostatečným vytvářením rezerv na obnovu majetku. Závazky českých nemocnic po lhůtě splatnosti dosahovaly ke konci roku 2004 přes 6,5 miliard Kč. Vzhledem k průměrnému zpoždění plateb Všeobecné zdravotní pojišťovny ke konci roku 2004 o 26 dní je jenom zhruba 60 procent z nesplacených závazků zdravotnických zařízení možné postavit proti jejich pohledávkám vůči zdravotním pojišťovnám. Minimálně 2,7 miliard Kč tedy představuje skutečný vnější dluh zdravotnických zařízení. / Tento ukazatel skutečný stav zadlužení podhodnocuje, protože nemocnice mají často vyjednané velmi dlouhé lhůty splatnosti svým dodavatelům, nesrovnatelné s 20 denní splatností zakotvenou ve smlouvách mezi nemocnicemi a pojišťovnami./ Naproti tomu vnitřní dluh nelze prakticky odhadnout, mimo jiné proto, že vyhláška ministerstva financí dovoluje příspěvkovým organizacím státu de facto neuplatňovat odpisy (v roce 2004, pro který tato vyhláška začala platit, tak klesly odpisy nemocnic v průměru na 5,4 procent dlouhodobého majetku z 6,2 procent v roce 2003).⁶

Často užívaným ukazatelem mezinárodního srovnávání zdravotnictví po ekonomické stránce je podíl výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu. V uvedeném srovnávání zjednodušeně platí, že ekonomicky vyspělejší země vykazují i vyšší podíl výdajů na zdravotnictví na HDP, což svědčí nejenom o vyspělejších, ale i o nákladnějším zdravotnictví. Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v České republice se v posledních letech pohybuje okolo 7 %.

⁶cit: .Hroboň, P;Macháček, T; Julínek, T. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. Reforma zdravotnictví – forum.cz, 2005, str. 19-21

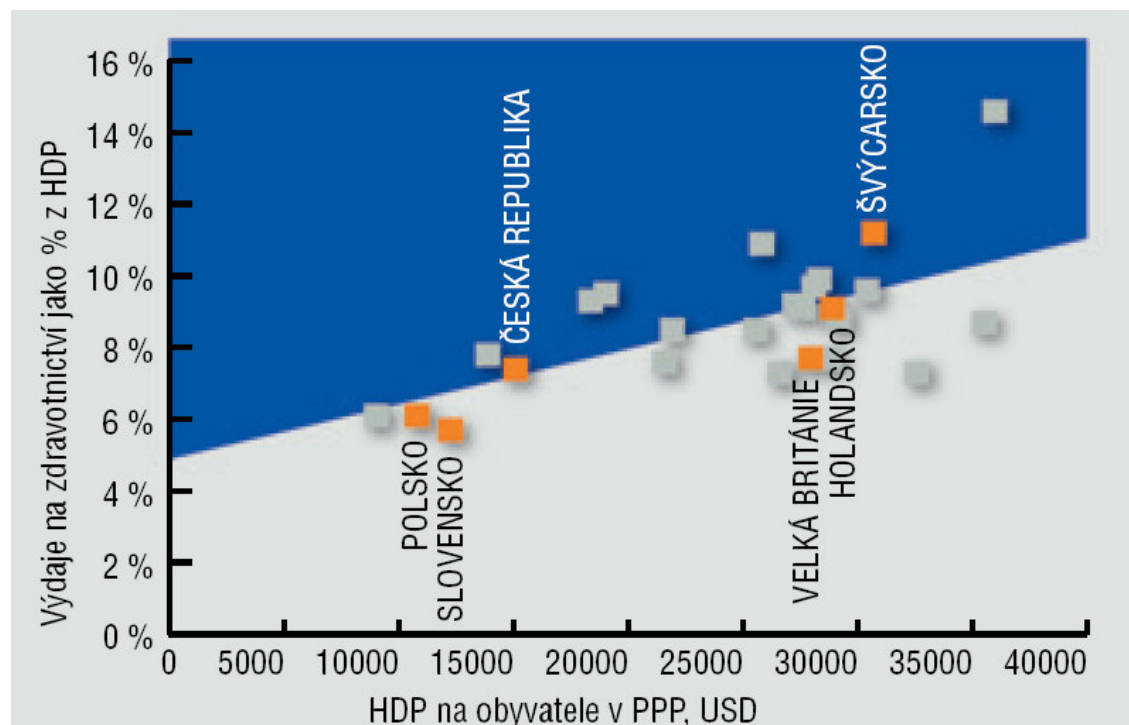
Obrázek 3 - Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu



Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2005, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, str. 228

Nabízí se otázka, zda české zdravotnictví netrpí nedostatkem financí. Avšak v mezinárodním srovnání si Česká republika stojí velmi dobře. Státy s vyšším HDP na obyvatele dávají na zdravotnictví více peněz nejen absolutně, ale i relativně, ve smyslu podílu financí vydávaných na zdravotnictví na HDP. Podíváme-li se na obrázek číslo 4, docházíme k závěru, že české zdravotnictví není podfinancováno. V porovnání se zeměmi OECD dává Česká republika na zdravotnictví srovnatelný podíl HDP.

Obrázek 4 – Vztah výdajů na zdravotnictví v zemích OECD v roce 2002

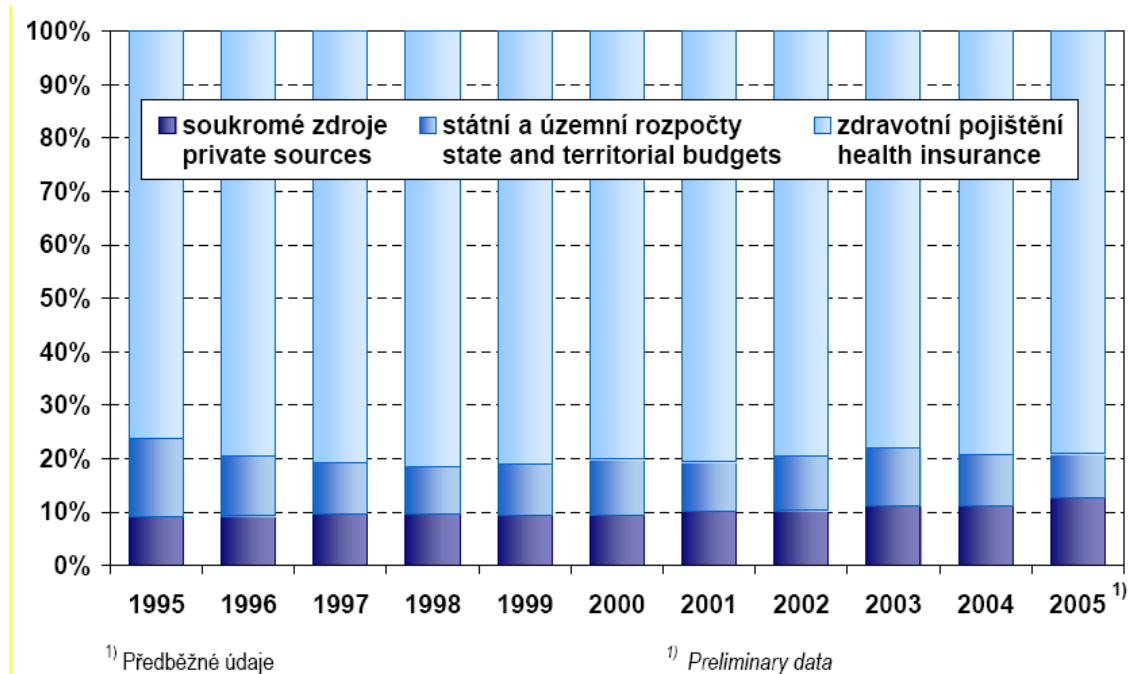


Zdroj: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 20

3.2 Chyby v systému veřejného zdravotního pojištění

Po pádu komunismu se Česká republika rozhodla pro systém veřejného zdravotního pojištění. Bylo do něho však vneseno několik systémových chyb, které nebyly dodnes napraveny. Dochází v něm k nevhodné kombinaci samoregulace, tržních prvků a administrativních zásahů. Česká republika financuje téměř 90% zdravotní péče z veřejných peněz (viz obrázek číslo 5 níže) a tím se řadí na přední místo na světě v podílu veřejných zdrojů na financování zdravotnictví. Pacient je nedostatečně zapojen do systému a tato skutečnost má dopady na spotřebu zdravotní péče. Většina zdravotní péče je v okamžiku spotřeby poskytována bezplatně, což vede k jejímu nadužívání.

Obrázek 5 - Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování



Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2005, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, str. 198

Současné nastavení systému financování zdravotní péče demotivuje i management zdravotnických zařízení. Management na místo hledání úspor a zavádění nových postupů poskytování zdravotní péče věnuje veškerou energii na získávání státních výhod a dotací. Stát namísto systému jasných pravidel vytváří svými nekoncepčními zásahy nepřehlednou situaci pro pacienta a dále tak zhoršuje stav systému.

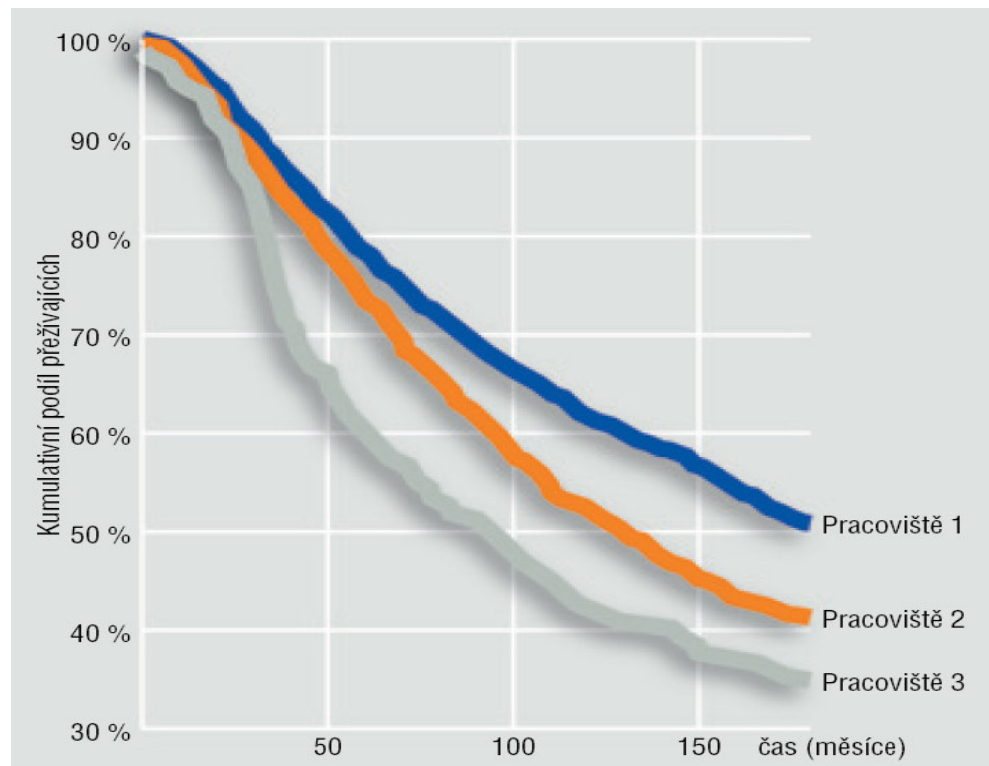
Příkladem tohoto nekoncepčního zásahu je stanovením limitů na poskytování zdravotní péče formou úhradové vyhlášky pro 1.pololetí roku 2005. Tato vyhláška zaručuje 103% příjmu při vykázání alespoň 90% bodové hodnoty ve srovnání s rokem předchozím. Dochází tak k řešení finanční situace nemocnic na úkor pacienta. Vyhláška nabádá nemocnice k omezování poskytování nákladné lékařské péče, čímž by mělo dojít ke zlepšení finanční situace nemocni. Zdravotnická zařízení tak mohou poskytovat lékařskou péči bez jakéhokoli ohledu na kvalitu, efektivitu či přístup k pacientům, protože zisk vychází z historických příjmů. Dochází tím k úplnému oddělení poskytnutých služeb od financování a k zhoršování situace v systému financování zdravotní péče.

3.3 Náklady a kvalita

Dalším velkým problémem současného systému financování zdravotní péče je disproporce v nákladech a kvalitě zdravotní péče. V českém systému došlo k téměř úplnému oddělení skutečně poskytnutých služeb a jejich kvality od financování. Zdravotní služby jsou poskytovány, aniž by byl vyvíjen tlak na kvalitu poskytovaných služeb. Náklady různých zdravotnických zařízení na poskytování identických služeb jsou odlišné a zároveň zde chybí motivace tyto náklady snižovat. V poskytovaných zdravotních službách existují velké rozdíly a tato situace není nijak systémově řešena. Příčinou vzniklé situace je absence konkurenčního prostředí. Zdravotnické zařízení, které poskytuje své služby kvalitněji a levněji je finančně ohodnoceno stejně jako zařízení, které poskytuje služby méně kvalitní a dražší. Zdravotnická zařízení jsou placena na základě historických cen, které nezohledňují kvalitu a skutečně vynaložené náklady.

Na obrázku níže vidíme rozdíl v kvalitě poskytnutých zdravotních služeb třech různých zdravotnických zařízeních, demonstrováný na délce dožití pacienta. V následujícím grafu je vidět, že pravděpodobnost přežití pacienta se mezi jednotlivými pracovišti liší.

Obrázek 6 – Výsledky léčby onkologických pacientů: srovnání celkového přežití nemocných operovaných na různých pracovištích, karcinom prsu, stadium I a II



Zdroj: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 26

3.4 Motivační selhání

Tato teorie říká, že lidé se rozhodují podle toho, jak jsou za jednotlivou činnost odměněni – není zde podmínkou, že odměna musí být finanční, ale obecně nějakým výnosem. Pokud bude jednatel odměněn za neefektivní činnost, jakkoli s ní bude vnitřně nesouhlasit a domnívat se, že je neefektivní, bude jí provádět. Pokud je celý systém z hlediska odměňování špatně nastaven, projeví se to nerovnováhou na makro-úrovni a právě k tomuto efektu dochází v českém systému poskytování zdravotní péče.

3.4.1 Averch – Johnsonův efekt ve zdravotnictví

Podstatou tohoto efektu je, že většina regulací působí jako skryté dotace pro výrobní prostředky. Tyto dotace fakticky mění cenu příslušných výrobních faktorů nestejně ve všech. Pokud je alespoň jeden výrobní faktor zvýhodněn, pak se změní relativní ceny a tím i výrobní struktura, poptávka po zdrojích.

Averch – Johnsonův efekt si můžeme demonstrovat na provozování nemocnic jako příspěvkových nebo rozpočtových organizací. V této situaci mají nemocnice tendenci být paradoxně přeinvestovány, ale ne vždy optimálním směrem. Miroslav Zajíček a Jiří Schwarz v Studii k reformám zdravotního a penzijního pojištění dochází k následujícím závěrům. *Důvodem je to, že nemocnice mají omezené rozpočtové zdroje na provoz, ale na investice získávají dotace - z tohoto hlediska je pro nemocnici jakákoliv investice, která sníží provozní náklady výhodná — neboť řeší základní rozpočtové omezení (tj. rozpočet na běžný provoz) a velikost investičních prostředků není z pohledu nemocnice zajímavá, protože jde z rozpočtu někoho jiného. Často jsou tak prováděny investice, jejichž návratnost je omezená nebo vůbec neexistuje, nicméně pro nemocnice jsou výhodné. Z toho také vyplývá, že poptávka po prostředcích na investice je nadměrně vysoká a tak o jejich přidělování rozhodují jiná kritéria, než je ekonomická výhodnost jednotlivých projektů, která rozhoduje o tom, jaké projekty budou provedeny na neregulovaném kapitálovém trhu. Dotace ze státního rozpočtu a jiných fondů na investice jsou fakticky prostředkem jak nedokonale napodobit rozdělování kapitálových vzácných zdrojů. Paradoxně je pak zdravotnictví v důsledku Averch-Johnsonova efektu nejenom přeinvestováno, ale i ve špatné struktuře.*⁷

⁷ cit: Holman, R. a kol. Studie k reformám zdravotního a penzijního pojištění, Oeconomia, 2005, str. 60

3.4.2 Neefektivní investice

Pokud má někdo jistotu, že mu budou nahrazeny jakékoliv náklady, které vynaloží, pak bude podnikat i velice riskantní podniky. Přestane zde platit závislost cena investice – její návratnost. Vedení nemocnice bude realizovat takové investice, u kterých nebude zaručena a nebo nebude vůbec možná návratnost. V současném systému financování zdravotní péče ceny vycházejí z minulých provedených nákladů a ztrácejí svůj motivační charakter. Není odměňován ten nejefektivnější, nýbrž naopak ten, kdo vynaloží nejvíce nákladů, protože také získá největší část koláče k rozdělení. Ve zdravotnictví jsou ceny fakticky regulovány. Ve většině systémů na světě se zákonné platby do systému zdravotnictví stanovují tak, aby byly pokryty náklady na tento systém. Zde narážíme na problém, protože náklady mohou na rozdíl od příjmů růst do nekonečna.

3.4.3 Cena jako nositel informací

Cenový systém je v ekonomice jediným způsobem, jak přenést ty informace, které ekonomické subjekty potřebují. Ceny jsou indexy, které v jednom čísle zahrnují všechny relevantní informace o relativní vzácnosti jednotlivých statků vůči všem ostatním. Pokud je tento systém narušen, pak přijdeme o jediný koordinační nástroj v ekonomice. Cenový systém je nejen zdrojem informací, ale i velmi efektivní motivační nástroj, který dokáže přimět ekonomické subjekty chovat se efektivně. Pokud dojde k zásahům do cenového systému, pak se z informací stanou dezinformace, ale motivační role cenového systému zůstává nezměněná. Subjekty se podle přenášených dezinformací i nadále řídí a to i tehdy, kdy ví, že se jedná o dezinformace, protože pokud by se jimi neřídili, pak by jednali paradoxně iracionálně. Takováto dezinformace narušuje cenový systém relativní vzácnosti statků, a tak se postupně šíří celým ekonomickým systémem. Vezmeme-li v úvahu velikost sektoru zdravotnictví, pak takovéto dezinformace mohou působit dalekosáhlé ekonomické škody z nekoordinace, chaosu, plýtvání a nákladů přizpůsobení se ze strany ostatních ekonomických subjektů. Odbourávání těchto dezinformací bude jistě velmi nákladné, ale jistě méně nákladné než jejich udržování při životě.

3.4.4 Příklad motivačního selhání českého zdravotnictví

Na tomto místě bych rád uvedl jeden ze závěrů studie Miroslava Zajíčka a Jiřího Schwarze, která se zabývá řešením deficitu v českém zdravotnictví vzniklém v roce 2004. Vzhledem k výstižnosti a komplexnosti textu odcituji studii v původním znění.

V roce 2003 bylo rozhodnuto o změně přerozdělování mezi českými zdravotními i pojišťovnami. Místo tehdejších 60% se začalo od roku 2004 přerozdělovat plných 100%. Důvody byly následující. Na českém trhu financování zdravotní péče stojí jedné straně stojí dominantní a státem zvýhodněná VZP stržním podílem na pojištěncích cca 70%. Na druhé straně oborové, resortní a zaměstnanecké pojišťovny. Rozdíl není jenom ve velikosti. Nad oborovými a zaměstnaneckými pojišťovnami bdí státní dozor a navíc jsou tlačeny prostou ekonomickou logikou - nemohou dlouhodobě prodělavat (na rozdíl od státem implicitně zajištěné VZP). Zákonem o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách byl dokonce zřízen Zajišťovací fond zdravotních pojišťoven. Do tohoto fondu jsou povinny přispívat všechny zdravotní pojišťovny mimo VZP a to částkou ve velikosti 0,5% ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny. Takové platby v žádném případě VZP nehrozí. VZP patří bez ohledu na své hospodářské výsledky mezi ty instituce, v jejichž řízení hrají klíčovou roli politické faktory. VZP tak může prodělavat v podstatě jakoukoliv sumu jakkoliv dlouho do doby, kdy stát bude ochoten její závazky řešit. Bohužel právě tento systém zaručoval, že jeho vnitřní deficit se projeví právě u VZP. Resortní, oborové a zaměstnanecké pojišťovny jsou tlačeny k mnohem efektivnějšímu hospodaření, pokud to jenom trochu jde. V praxi se to projevuje zejména tím, že mezi poskytovateli zdravotnické péče jsou právě tyto zdravotní pojišťovny mnohem populárnější než VZP - své závazky totiž plní mnohem lépe (tj. řádně a včas, opět pokud je to jenom trochu možné). Poskytovatelé mají proto tendenci působit na přechod pojištěnců právě k těmto zaměstnaneckým, resortním a oborovým pojišťovnám (někdy pacienti dokonce přehlásí bez jejich vědomí - a tyto případy nejsou jakkoliv řídké a lidé „panu doktorovi“ věří). A takové působení se nejvíce projevuje u těch pojištěnců, kteří často navštěvují zdravotnická zařízení - tedy jsou dražšími pojištěnci. Na ty, kteří jsou zdraví a nenavštěvují jako pacienti zdravotnická zařízení, nemá kdo, jak a proč působit. Dlouhodobě to znamená, že dražší pojištěnci ze všech věkových skupin se přesouvají postupně od VZP k oborovým, resortním a zaměstnaneckým pojišťovnám, které se takovým pacientům nemohou vyhnout.

Průměrné náklady péče na pojištěnce vdané věkové skupině a pohlaví jsou z tohoto důvodu u VZP nižší, než u oborových a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

To mělo však zajímavý důsledek - tlak na rozpočty oborových, resortních a zaměstnaneckých pojišťoven byl mnohem větší než na rozpočet VZP. Avšak v roce 2003 zavedený systém 100% přerozdělení byl postaven na celkových průměrných nákladech všech zdravotních pojišťoven a tlak na rozpočty oborových a zaměstnaneckých pojišťoven se ještě zvýšil - viz tabulka.

Tabulka 1 - Rozdíl při 100% přerozdělení v příjmech oproti stavu při 60% přerozdělení

Název pojišťovny	Rozdíl při 100% přerozdělení v příjmech oproti stavu při 60% přerozdělení
VZP	2 023 923 077
VoZP	-377 028 280
HZP	-62994810
OZP	-945918531
ZP Skoda	-91 837 641
ZPMV	-435 760 046
RBP	-86 620 202
M-A	-29441 648
CNZP	5678081
Celkem	0

Zdroj: Holman, R. a kol. Studie k reformám zdravotního a penzijního pojištění, Oeconomia, 2005

100% přerozdělení mělo však ještě jeden důsledek pro motivace zdravotních pojišťoven. Výběr pojistného v současnosti zajišťují samotné zdravotní pojišťovny. Jejich motivace vybrat pojistné dlouho spočívala mimo jiné a zejména v tom, že alespoň 40% jimi vybraných příjmů jim zůstalo na účtech. Po zavedení 100% přerozdělení tato motivace zmizela a výběr pojistným se skutečně zhoršil.

Změna pravidel ke 100% přerozdělení pak podezřele připomnělo návrhy Ministerstva zdravotnictví z roku 1999 na zřízení Správy zdravotního pojištění, jejímž hlavním úkolem měl být dohled nad zdravotními pojišťovnami, sběr informací a vypracovávání analýz z těchto informací. Hlavním cílem pak měla být kontrola a regulace příjmů a výdajů jednotlivých

zdravotních pojišťoven. 100% přerozdělením bychom se de facto dostali do situace velmi podobné. Celou navrženou úpravu na 100% přerozdělování tak lze charakterizovat jako: účelovou, jejímž cílem bylo převést dodatečné prostředky na VZP na úkor ostatních zdravotních pojišťoven;

- *neměnicí stávající systém, který je z vnitřní podstaty deficitní;*
- *neřešící žádný z klíčových problémů systému financování;*
- *zhoršující výběrání pojistného na veřejné zdravotní pojištění;*
- *zhoršující postavení oborových a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.*

Nutno dodat, že po necelých dvou letech jasné, že tehdy autorem studie vznesené námitky (z nich byla sestavena i tato část textu této studie) se ukázaly jako pravdivé a reálný vývoj je potvrdil. Situaci zdravotnictví tento návrh jakkoliv nezlepšil a nezlepšil ani situaci VZP. VZP si pouze koupila několik málo měsíců času navíc. S ohledem na neschopnost VZP se však situace ani po dodatečném přerozdělení nijak nezlepšila a v současnosti je opět VZP nejhůře hospodařící pojišťovnou -v podstatě před uvalením nucené zprávy - ta byla nakonec na VZP uvalena 10. listopadu 2005.⁸

3.5 Morální hazard

Morální hazard nastává v situaci, kdy jednotlivé ekonomické subjekty ví, že ať realizují jakkoliv špatné rozhodnutí, tak někdo - zejména stát – jim vyvolané náklady nějakým způsobem uhradí. Tím subjekty ztrácejí jakoukoli motivaci vynakládat finanční prostředky efektivně a nevyvolávat ztráty. Takto funguje české zdravotnictví zhruba v posledních deseti letech. Deficity zdravotního systému se po dvou až třech letech nakumulují tak, že z hlediska zdravotních pojišťoven se stanou neřešitelnými. Přičemž interval mezi nakumulováním deficitu má zkracující se tendenci. Za takovéto situace do zdravotnictví nesystémově zasáhne stát formou převzetí některých dluhů, pozmění regulační schéma (třeba procento přerozdělování) a systém vnitřně hnaný do neustálých deficitů může zase na nějakou dobu fungovat.

3.5.1 Pojištění a morální hazard

Pod pojmem morální hazard pro naše účely rozumějme předpoklad, že pojištěný člověk se chová méně zodpovědně v situacích, kdy se proti případné škodě pojistil, čímž zvyšuje pravděpodobnost, že takováto situace nastane. Lidé velmi často riskují se svým zdravím nebo

⁸ cit: Holman, R. a kol. Studie k reformám zdravotního a penzijního pojištění, Oeconomia, 2005, str. 63-64

si jej soustavně poškozují, ale přitom nemusejí jako následky takového to jednání započítávat náklady zdravotních služeb. Pojištění musí ze zákona odvádět a spoluúčast neexistuje, schází zde motivace.

Pokud jsme pojištěni proti „na vše“ a bez spoluúčasti, jak je tomu ve stávajícím systému financování zdravotní péče, spotřebováváme i služby, u kterých bychom si to jinak rozmysleli, protože o jejich léčebném účinku zdaleka nejsme přesvědčeni. Klasickým příkladem tohoto jednání je krabička léků předepsaná lékařem „do zásoby“. Příliš velkorysé pojištění nenutí pacienty pátrat (ostatně chovali by se iracionálně) po souvislostech mezi náklady na jejich léčbu a přínosem jejich čerpaných služeb. Toto je jeden z mnoha faktorů, který zdražuje pojištění a způsobuje jeho růst.

3.6 Zdravotní péče jako luxusní statek

Většina zdravotních služeb nepatří mezi nezbytné statky, ale mezi statky luxusní. Poptávka po luxusních statcích roste rychleji než roste důchod, jinými slovy - s růstem důchodu o jedno procento vzroste poptávka po zdravotních službách o více než jedno procento. V posledních čtyřiceti letech došlo k nárůstu důchodu obyvatelstva ve vyspělém světě o desítky procent, celkové výdaje na zdravotnictví vrostly o více než desítky procent. Bez většiny zdravotních služeb se dá žít - byť je to život kratší, bolestnější a méně plnohodnotný. Bez statků jako je voda nebo potraviny se žít nedá. Kvalitní zdravotnictví je luxusem a vyvolává s růstem důchodu nadproporcionálně vyšší růst poptávky.

3.7 Očekávání spotřebitelů zdravotní péče

Ze studie Wellness report NHS vyplývá, že se přístup občanů ke svému zdravotnímu stavu mění a do budoucna bude jejich zájem o zdraví dále stoupat. Tento fenomén můžeme pozorovat v celé Evropě. Občané kladou vyšší nároky na kvalitu poskytovaných služeb a na komfort při jejich čerpání. Občané nechtějí pasivně přijímat zdravotní péči, chtějí se stát aktivní součástí celého procesu. Takovýto občan očekává profesionální a vstřícný přístup personálu a dostatečnou informovanost o svém zdravotním stavu a možných medicínských postupech ze strany lékařů.

3.8 Rozvoj nových technologií

Nové medicínské postupy a technologie mají nepochybně velký přínos při léčbě pacienta, ať již ve formě většího komfortu, významnějšího zlepšení zdravotního stavu nebo rychlejšího uzdravení. Nové medicínské postupy a technologie s sebou většinou nesou také mnohem větší

náklady na poskytovanou zdravotní péči. Jedním z důvodů jejich vysoké ceny je velmi nákladný výzkum a vývoj.

Dalším faktorem spojeným s novými postupy a technologiemi je bezpečnost. Její zvyšování vede k širší použitelnosti, takže i když je nová metoda levnější, s její rostoucí četností rostou celkové náklady. Ve studii (Legoretta, 1992, v: OECD, Health Care Systems: Lessons from the Reform Experience, 2003, ECO/CPE/WP1(2003)4) provedené společnostmi řízené péče na přelomu 90. let, se uvádí, že zavedením laparoskopické metody operace žlučníku se sice snížily náklady na jednu operaci o 25 procent, ale celkové náklady na operace žlučníků během následujících pěti let vzrostly, protože počet operací stoupl o 60 procent. Nová metoda významným způsobem snížila rizika operace a zátěž pro pacienta, a tak se její použití rozšířilo i na případy, u nichž by se dříve k operaci žlučníku vůbec nepřistoupilo.

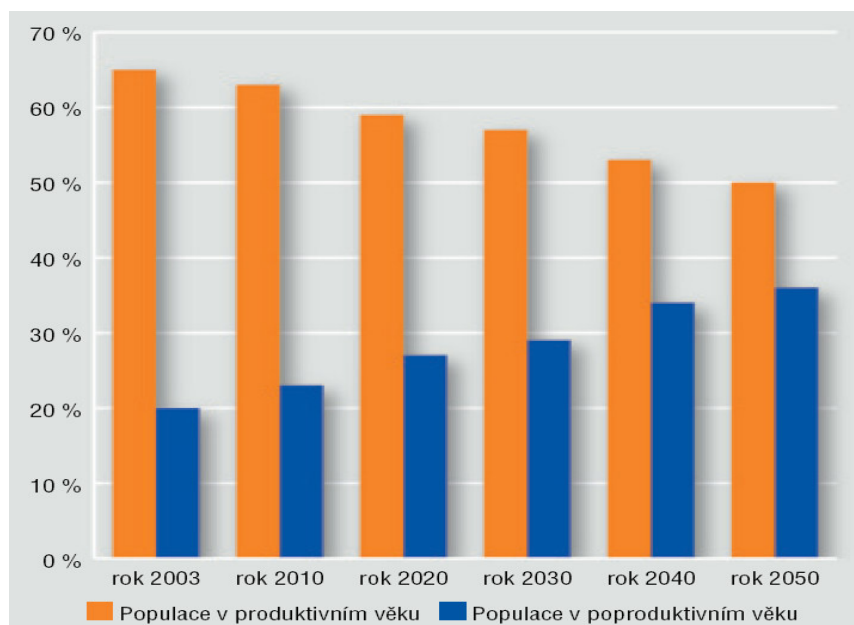
V posledních několika desetiletích zdravotnictví zažívá obrovský rozvoj v oblasti technologií, které jsou, jak již bylo řečeno spojeny s rostoucími náklady. Ovšem nárůst objemu prostředků plynoucích do českého systému financování zdravotní péče neodpovídá růstu cen těchto technologií. Tím zde vzniká deficit financování nových medicínských technologií.

V 90. let 20. století byl zaznamenán obrovský nárůst zdravotnických systémů v evropských zemích v 90. let 20. století. Mezi lety 1991 až 2002 byl růst výdajů na zdravotní péči meziročně o 0,65% vyšší než růst hrubého domácího produktu. Soustavný náskok růstu výdajů na zdravotnictví nad tempem růstu ekonomiky nemůžeme vysvětlit ani pomocí stárnutí populace, protože v 90. letech minulého století nedocházelo v žádné z evropských zemí k významné změně věkové struktury obyvatelstva. Jako další důvod růstu výdajů na zdravotnictví bývají uváděny rozsáhlé změny zdravotních systémů, ale ty se týkali pouze postkomunistických evropských států. Docházíme k závěru, že růst výdajů na zdravotnictví je ovlivňován nepřetržitým technologickým pokrokem a s ním i zvyšujícími se nároky a očekáváními pacientů. Zvyšuje se tedy nejen kvantita poskytované péče, ale i kvalita.

3.9 Demografický vývoj

Demografická prognóza Organizace spojených národů předpokládá, že obyvatelé České republiky budou okolo roku 2055 jedni z nejstarších obyvatel na světě⁹. Tím nastane situace, kdy bude přibývat lidí v neproduktivním věku, tím pádem bude méně plátců zdravotního pojištění. Na obrázku číslo 7 je předpokládaná situace znázorněna graficky.

Obrázek 7 – Podíl obyvatel v produktivním věku na celkovém počtu obyvatel České republiky – změna mezi léty 2003 a 2050

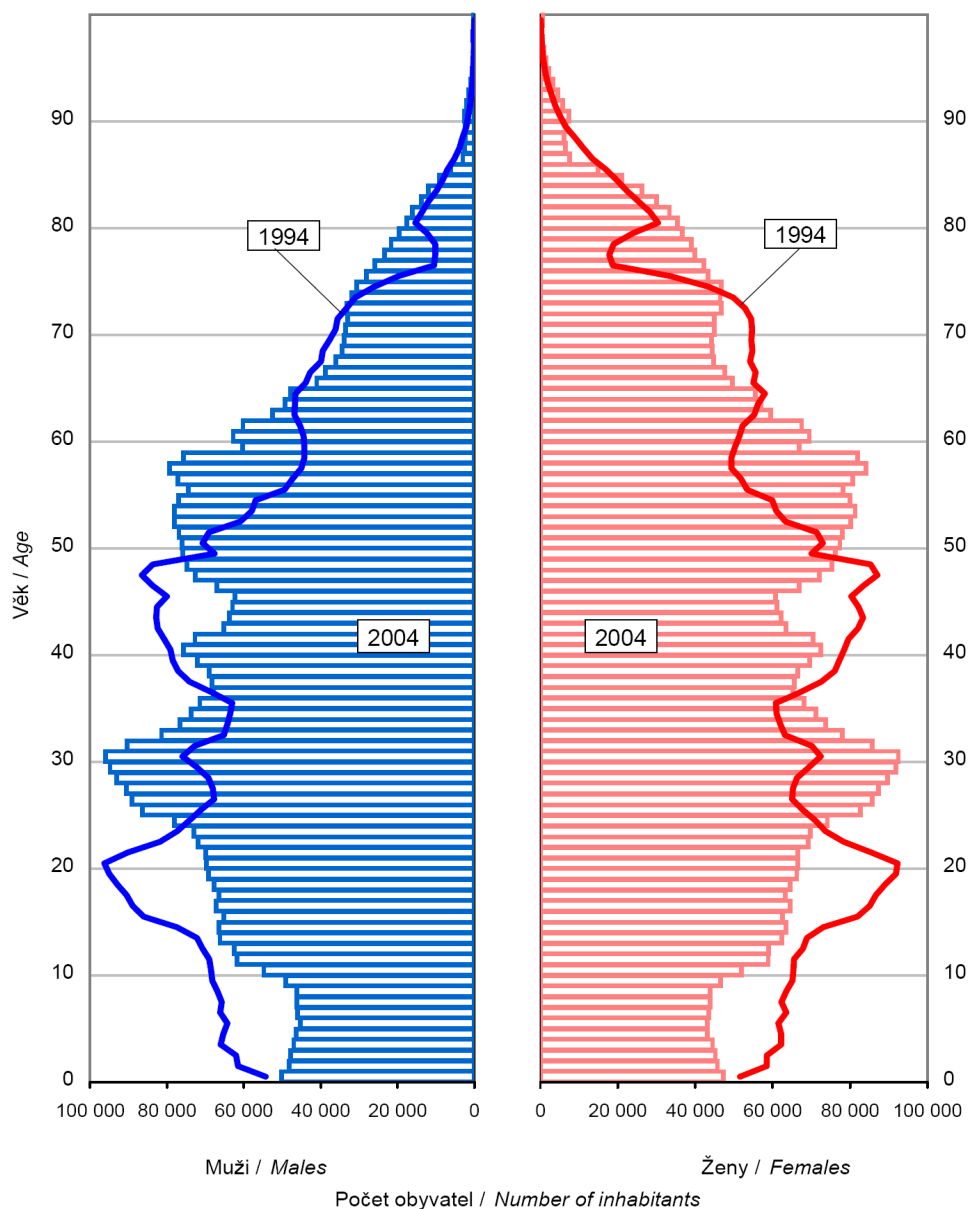


Zdroj: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 64

⁹ cit: B. Burcin, T. Kučera, Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2003 – 2065, přírodovědecká fakulta UK v Praze, 2003.

Velmi názorně je vidět průběh stárnutí populace na grafu zveřejněném Ústavem zdravotnických informací a statistiky na následující straně. Zachycuje vývoj věkové struktury obyvatelstva v letech 1994-2004.

Obrázek 8 – Vývoj věkové struktury obyvatelstva v letech 1994 – 2004



Zdroj: Trendy vývoje zdravotnických dat v SR a ČR v letech 1994-2004, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, str. 15

Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v publikaci Zdravotnická ročenka České republiky 2005 dochází k následujícím závěrům:

Pro většinu evropských zemí se charakteristickým rysem demografického vývoje stalo stárnutí populace. Dochází k poklesu podílu dětí v populaci a nárůstu podílu osob starších 64 let. Česká republika se v důsledku nízké porodnosti zařadila mezi země s nízkým podílem dětí do 15 let (15,1 % v roce 2004). Vzhledem k relativně menšímu zastoupení starších osob v populaci (14,0 % v roce 2004) však zatím nepatří mezi nejstarší země, ale nachází se zhruba uprostřed. Přesun početně silných poválečných ročníků nad věkovou hranici 64 let bude mít za následek, že se Česká republika zařadí mezi země s nejstarší věkovou strukturou populace. Česká republika, i přes nárůst počtu narozených dětí v posledních čtyřech letech, se řadí hodnotami 9,6 v roce 2004 a 10,0 v roce 2005 k zemím s nízkou úrovní porodnosti. Společným rysem většiny evropských zemí se stal pokles dynamiky růstu počtu obyvatel, pokles plodnosti a zlepšování úmrtnostních poměrů provázené prodlužováním délky života. Tento trend má za následek demografické stárnutí populace. Evropa se stala „věkově nejstarším“ kontinentem, je kontinentem s nejvyšším počtem osob starších 64 let.¹⁰

Pokud by se prognóza naplnila, vznikl by velký deficit financí na zaplacení zdravotní péče. Se stárnutím obyvatelstva České republiky je spojen problém rostoucího počtu obyvatel ve věku nad 64 let, což vyvolává tlak na navyšování finančních prostředků plynoucích na zdravotní péči. Právě malé děti a pacienti ve věku nad 64 let spotřebovávají nejvíce zdravotní péče. Viz tabulka číslo 2.

¹⁰ cit: : Zdravotnická ročenka České republiky 2005, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2006, str. 227

Tabulka 2 - Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2004

Věková skupina Age group	Průměrné náklady na 1 pojištěnce v Kč Average costs per 1 insured person in CZK			
	muži males		ženy females	
	absolutně	index (2000 = 100)	number	index (2000 = 100)
0-4	13 086	126,2	11 242	122,6
5-9	7 440	138,4	6 679	132,3
10-14	6 994	125,7	6 988	129,0
15-19	6 297	120,5	7 975	127,0
20-24	5 456	115,8	8 026	115,4
25-29	5 998	117,7	10 458	126,4
30-34	6 655	126,6	10 551	133,6
35-39	7 815	136,8	10 525	131,8
40-44	9 123	130,2	11 566	127,9
45-49	12 026	131,0	14 348	127,2
50-54	16 645	136,0	17 738	126,7
55-59	22 242	139,8	20 069	132,1
60-64	26 769	151,7	23 502	138,0
65-69	33 298	161,6	27 984	138,8
70-74	39 741	161,2	33 157	146,1
75-79	43 718	162,0	36 697	145,5
80-84	43 684	152,3	38 842	137,5
85+	39 758	162,4	40 961	148,3
Průměr / Average	14 060	144,8	16 149	136,7

Zdroj dat: Analýza zdravotnických účtů, ČSÚ 2006

Source : Health Accounts Analysis, CZSO 2006

Zdroj: Zdravotnická ročenka České republiky 2005, Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, str. 204

Dalším faktorem zadlužování by byl nižší objem peněz vybraných na veřejné zdravotní pojištění, protože většina finančních prostředků je vybírána formou daně z příjmu.

Je třeba si uvědomit, že stejně jako např. důchodový systém i systém financování zdravotní péče je pouze průběžný. V současném systému financování zdravotní péče neexistují žádné úspory a úbytek občanů v produktivním věku má okamžitý vliv na finanční bilanci systému.

Jak již bylo řečeno, výše stárnutí obyvatelstva a další faktory přispívající k růstu výdajů na zdravotní péči (nové medicínské technologie a zvyšující se očekávání obyvatelstva) povedou

v České republice v příštích letech k prudkému zvýšení výdajů na zdravotní péči, které nebude vyrovnáno nárůstem příjmů systému veřejného zdravotního pojištění. Vzniku významných deficitů ve financování českého zdravotnictví pravděpodobně nelze zabránit pouze provedením parametrických změn financování, ale jen strukturálními reformními kroky uskutečněnými na výdajové i příjmové stránce systému.

3.9.1 Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050

Dále budu v této kapitole vycházet ze studie modelu Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, Odpovědný řešitel projektu: Doc. Mphil. Ondřej Schneider, PhD. , Spoluřešitelé projektu: PhDr. Lucie Antošová, Mgr. Radovan Chalupka, MUDr. Pavel Hroboň, M.S. .

Tato studie vychází z předpokladu, že současný systém veřejného zdravotního pojištění a jeho financování se v příštích letech nijak nezmění, tj. neproběhnou v něm žádné institucionální ani parametrické změny oproti jeho stavu v roce 2005, kdy byl model sestavován . V modelu byly modelovány jen veřejné finance plynoucí do sektoru zdravotnictví.

Co se týká výdajů na zdravotní péči, predikce vychází z předpokladu v čase konstantního profilu relativních věkově specifických nároků (nákladů) na zdravotní péči. Kromě výdajů na zdravotní péči jsou zahrnuty i výdaje na režii zdravotních pojišťoven a investiční výdaje, které jsou dnes realizovány z financí mimo veřejné zdravotní pojištění. V predikci je použit předpoklad, že náklady na zdravotní péči na osobu budou v čase růst vyšší měrou, než ekonomika země.

Největší příjmy do systému českého veřejného zdravotnictví představují finance vybrané od ekonomicky aktivní části obyvatelstva jako příspěvek na zdravotní pojištění formou jednotné sazby (zdravotní daně) z hrubé mzdy.

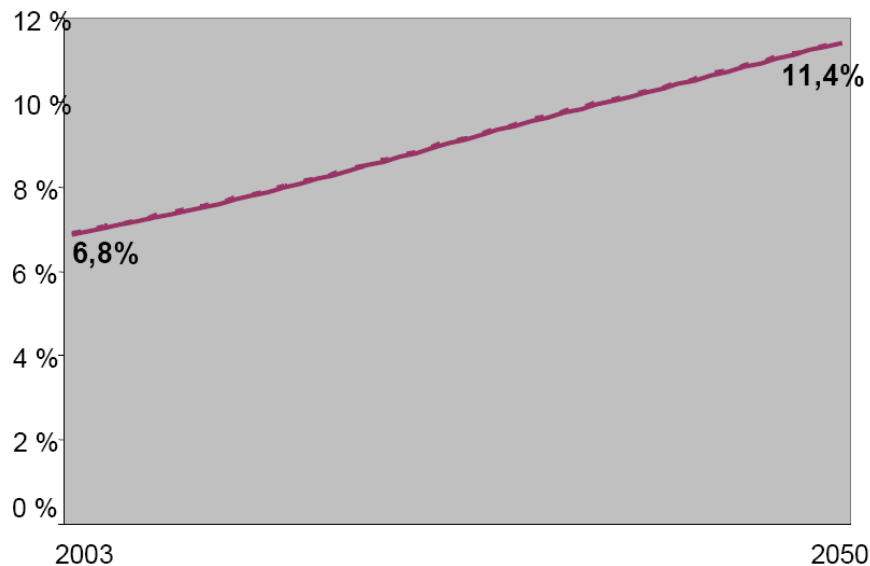
Pro lepší pochopení problematiky demografického vývoje v souvislosti s financováním zdravotní péče si dovoluji odcitovat některé závěry výše uvedené studie.

Pokud by se v systému veřejného zdravotního pojištění nic nezměnilo, jak se budou vyvíjet výdaje na zdravotnictví jako procento HDP (při respektování všech vstupních předpokladů a parametrů)?

Na základě modelací lze odhadnout, že do roku 2050 se podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na HDP zvýší z cca 6,8 procent v roce 2003 na téměř 11,4 procent. Svým dílem k tomu přispějí všechny výše jmenované faktory, tedy jak proces stárnutí české populace daný prodlužující se očekávanou dobou dožití a snižující se mírou porodnosti, tak pokračující

technologický rozvoj a očekávaný růst nároků a očekávání spotřebitelů pacientů .

Obrázek 9 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v poměru k HDP

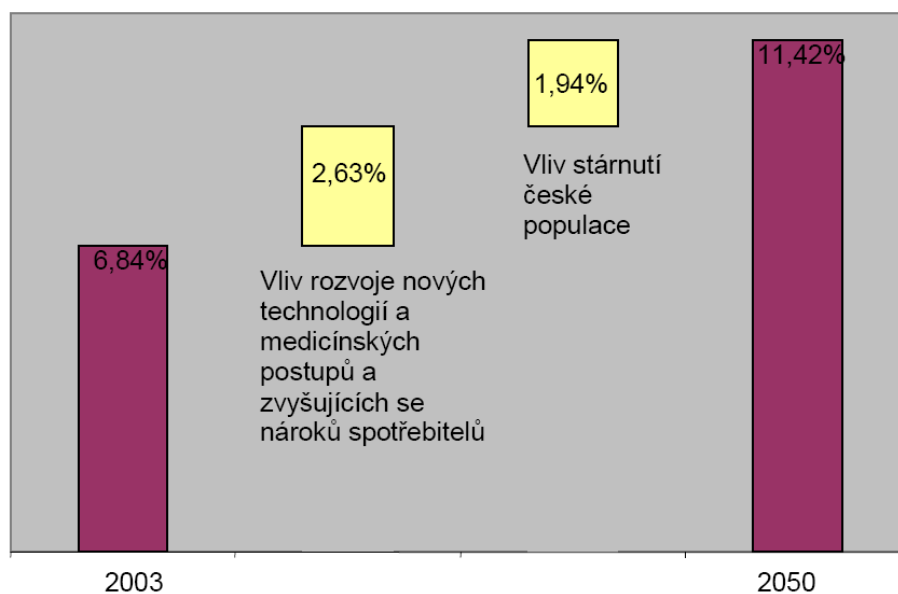


Zdroj: Závěrečná zpráva projektu Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, str. 9

Jaké jsou hlavní příčiny očekávaného budoucího růstu výdajů na zdravotnictví a jak velký je vliv těchto faktorů?

Podle demografické prognózy PŘUK vzroste průměrný věk v české populaci ze současných necelých 40 let na více než 47 let v roce 2050, přičemž podíl osob ve věkové skupině nad 65 let bude činit téměř 30 % oproti současným necelým 14 %. Fenomén stárnutí působí do všech systémů (resp. oblastí) závislých na demografické struktuře obyvatel, mezi které patří také systém veřejného zdravotního pojištění.

Obrázek 10 – Příčiny růstu výdajů na zdravotnictví a jejich příspěvky relativně k HDP



Zdroj: Závěrečná zpráva projektu Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, str. 9

Z modelací dlouhodobých trendů vyplývá, že pro růst výdajů na zdravotnictví v příštích letech bude naprosto určující faktor rozvoje medicínských technologií a zvyšující se emancipace spotřebitelů (pacientů). I pokud přijmeme velmi optimistický předpoklad, jaký byl použit v predikci, a totiž že v příštích letech se Česká republika růstem svých zdravotnických výdajů způsobených touto příčinou přiblíží současnému růstu způsobenému pouze pokrokem a změnou vnímání zdravotnictví společností ve starých členských zemích EU (tj. předpokládáme určité „uklidnění“ dosavadního zběsilého tempa růstu zdravotnických výdajů v ČR z této příčiny – za posledních 5 let byl zaznamenán nárůst v poměru k HDP o cca půl procentního bodu), převáží růst výdajů způsobený pokrokem nad růstem výdajů způsobeným stárnutím českého obyvatelstva.

Rozvoj technologií a nových medicínských postupů spolu se zvyšujícími se nároky lidí přispěje v příštích 45ti letech cca 2,63 procentního bodu k nárůstu poměru veřejných zdravotnických výdajů k HDP. Naproti tomu postupné zvyšování počtu lidí v seniorské věkové skupině, kteří jsou statisticky většími čerpateli zdravotní péče než mladší část populace, přispěje mezi lety 2003 a 2050 k nárůstu tohoto podílu „jen“ zhruba 1,94 procentního bodu.¹¹

¹¹ Cít: Závěrečná zpráva projektu Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, Odpovědný řešitel projektu: Doc. Mphil. Ondřej Schneider, PhD.

3.10 Posouzení krajních variant financování zdravotní péče

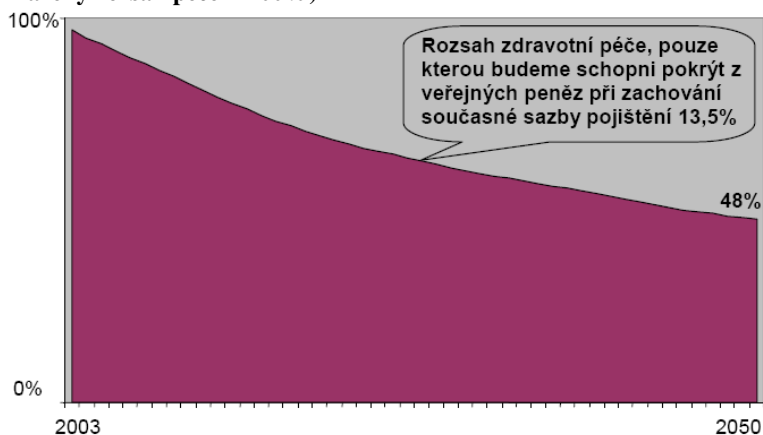
Při zachování současného nastavení systému financování zdravotní péče a s očekávaným objektivním nárůstem nákladů a současně s poklesem výběru zdravotního pojistného (při sazbě 13% z hrubého příjmu) se nabízejí dvě varianty financování zdravotní péče.

3.10.1. Sazba 13,5 % pojistného z hrubého příjmu zůstane zachována

Nebude tedy navyšován objem veřejných zdrojů plynoucích do zdravotnictví. Platba státu za nevýdělečnou osobu se bude valorizovat v závislosti na růstu průměrné mzdy v národním hospodářství. Nebudou provedeny žádné institucionální nebo zásadní změny ve financování zdravotní péče.

Za takovéto situace budou veřejné zdroje stačit na stále menší část v současnosti hrazené zdravotní péče. Na obrázku níže uvidíme, jak se bude postupně percentuelně snižovat objem poskytované zdravotní péče vzhledem ke stavu v roce 2005. Z grafu je zřejmé, že v roce 2050 by bylo z veřejných zdrojů možno hradit pouze 48 % dnešního rozsahu poskytované zdravotní péče. Takováto varianta je tedy nepřijatelná. Podíváme se tedy na druhou variantu.

Obrázek 11 – Rozsah zdravotní péče uhraditelné z veřejných zdrojů při sazbě pojistného 13,5 % (dnešní hrazený rozsah péče = 100%)

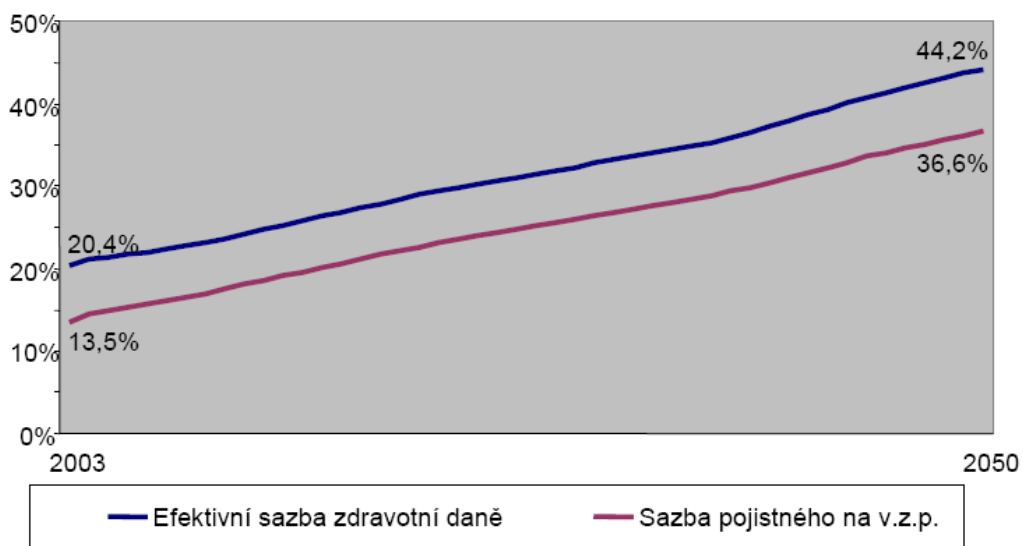


Zdroj: Závěrečná zpráva projektu Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, str. 11

3.10.2 Zvyšování sazby pojistného

Další z posuzovaných možností je zvyšování sazby zdravotního pojištění odváděného z hrubé mzdy. Při hrazení 100 % rozsahu v současnosti poskytovaných zdravotních služeb, by bylo pro vyrovnanou bilanci veřejného zdravotního pojištění nutné, aby sazba pojistného z hrubé mzdy ekonomicky aktivních obyvatel vzrostla na 36,6 %. Viz. graf níže.

Obrázek 12 – Sazby pojistného a efektivní zdravotní daně nutné k udržení veřejného financování dnešního rozsahu zdravotních služeb



Zdroj: Závěrečná zpráva projektu Predikce finanční bilance veřejného zdravotního pojištění do roku 2050, str. 11

Na obrázku číslo 12 vidíme křivku tzv. *efektivní sazby zdravotní daně*. Efektivní sazba zdravotní daně vyjadřuje, kolik procent by ekonomicky aktivní občan musel platit ze svých příjmů přímo na zdravotnictví, pokud bychom chtěli eliminovat všechny další primárně daňové příjmy do zdravotnictví, pocházející např. z daně z přidané hodnoty nebo daně z příjmů a plynoucí do zdravotnictví přes státní rozpočet (formou buď platby státu za ekonomicky neaktivní občany nebo formou dotací na investice atp.). Efektivní sazba zdravotní daně již v roce 2003 dosahovala hodnoty 20,4 % hrubého příjmu. Z predikce vývoj vyplývá, že při udržení současného objemu poskytovaných zdravotních služeb by efektivní sazba zdravotní daně vzrostla až na 44,2 %.

3.10.3 Zhodnocení obou variant

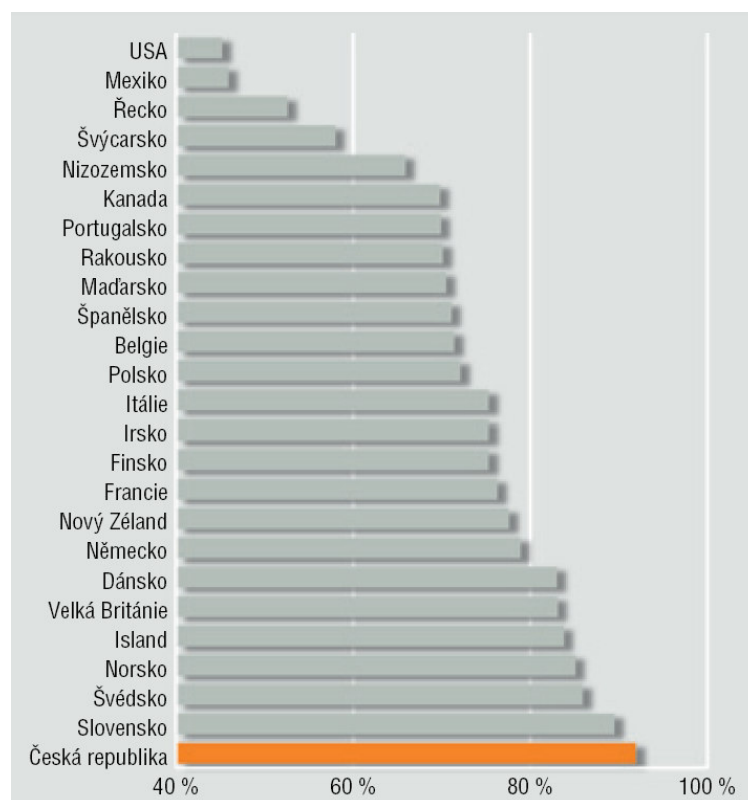
Výše uvedené varianty financování zdravotní péče v České republice popisují krajní scénáře řešení očekávané nerovnováhy v systému jeho financování. Ani jeden z těchto scénářů není ekonomicky ani společensky přijatelný. Postupné omezování rozsahu pojištění až na polovinu je pro občany nepřijatelné. Na druhou stranu daňové sazby nemohou růst do nekonečna, to by mělo za následek zdražení lidské práce a tím by byla negativně ovlivněna celá ekonomika státu.

Nabízí se alternativa kombinace obou zmiňovaných přístupů. Například navýšit odvody na zdravotní pojištění o 10 procentních bodů na 23,5 % v kombinaci se snížením rozsahu poskytované zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění na 70 % současného objemu. Ale i tato kombinace obou přístupů nám ukazuje, že čistě parametrické změny ve financování veřejného zdravotního pojištění nenabízejí uspokojivé řešení finanční nerovnováhy systému. Jediným možným řešením je komplexní reforma systému poskytování a financování zdravotní péče zaměřená na zvyšování efektivity a hospodárnosti poskytovaných zdravotních služeb. Za takovouto reformu považují reformu financování na bázi osobních zdravotních účtů navrhovanou týmem odborníků současného ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka, kterou popíši v další kapitole.

4. Reforma financování zdravotní péče

Ve čtvrté části této práce se budu zabývat reformou financování zdravotní péče v České republice, navrhovanou týmem odborníků ministra zdravotnictví Tomáše Julínka. Stárnutí obyvatelstva, nové medicínské postupy a zvyšující se nároky pacientů budou v následujících letech vyžadovat zvýšení objemu peněz plynoucího do zdravotnictví. Jak bylo ukázáno v předchozí kapitole, zvyšování daňové zátěže je z makroekonomického pohledu neúnosné. Další zvyšování daňové zátěže by vedlo ke zpomalení ekonomického růstu, a tedy ke snížení celkových zdrojů, které by mohly být k dispozici pro financování zdravotní péče. Proto je nutné zapojit do financování zdravotní péče větší podíl soukromých zdrojů. Česká republika financuje 90 % zdravotní péče z veřejných zdrojů. Řadí se tak na první místo v podílu veřejných zdrojů na výdajích na zdravotnictví mezi všemi zeměmi OECD (obr. 13).

Obrázek 13 – Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích ve zdravotnictví v zemích OECD v roce 2002



Zdroj: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 24

Současný systém vede ke zbytečné daňové zátěži a nedostatečně zapojuje soukromé zdroje do financování zdravotní péče. Tu část zdravotní péče, která je nepředvídatelná a nákladná, je samozřejmě nejvhodnější platit pomocí zdravotního pojištění, u předvídatelné levné zdravotní péče je platba třetí stranou nahraditelná jinými zdroji financování. Dnešní systém zahrnuje i platbu třetí stranou i za obyčejné nosní kapky. Díky takovému rozsahu veřejného zdravotního pojištění, dochází k nadužívání zdravotní péče. Fakt, že většina zdravotní péče je v okamžiku spotřeby bezplatná, vedl k přetrvávající mýtu o bezplatnosti zdravotních služeb. Je velmi důležité zapojit občany do rozhodování o spotřebě zdravotní péče a tím jim částečně předat odpovědnost za náklady na poskytnutou zdravotní péči. Státu zároveň zůstane nezastupitelná role při zajišťování přístupu všech občanů k potřebné zdravotní péči, kterou vykonává prostřednictvím legislativní činnosti. Jak by měla takováto reforma vypadat a jaké bude mít dopady, se pokusím popsat v následující části textu.

4.1 Cíl reformy financování ZP

Cílem reformy financování českého zdravotnictví by měli být systémové změny vedoucí k efektivnějšímu vynakládání finančních prostředků prostřednictvím zapojení občanů do rozhodování, jakou zdravotní péči potřebují, chtějí a kolik jsou ochotni za ni zaplatit. Toho by mělo být dosaženo při zachování všeobecné dostupnosti zdravotní péče. Zapojení občana do rozhodování o nákupu zdravotních služeb spolu s institucionálními změnami, by mělo umožnit vznik konkurenčního prostředí v systému poskytování zdravotní péče. Výsledkem této reformy by mělo být zkvalitnění zdravotní péče, lepší dostupnost zdravotní péče, vyrovnání rozdílů v poskytované zdravotní péči, větší hospodárnost systému a především možnost pacienta rozhodovat o svém zdraví. Reforma by měla zajistit dlouhodobě stabilní prostředí pro poskytování medicínských služeb a rozvoj zdravotní péče obecně.

4.1.1 Navrhované změny ¹²

- Zachovat současně objem veřejných financí plynoucích do zdravotnictví ve smyslu jejich podílu na HDP (absolutní výše těchto peněz tedy poroste spolu s růstem HDP).
- Rozdělit současné veřejné zdravotní pojištění na základní pojištění, povinné pro všechny občany a plně financované z veřejných zdrojů a na dobrovolné doplňkové pojištění, financované z veřejných a soukromých zdrojů.
- Zapojit občana do rozhodování o spotřebě zdravotních služeb a míře zdravotního pojištění pomocí osobních zdravotních účtů, které umožní transparentní kombinování veřejných a soukromých zdrojů a posílí suverenitu pacienta – spotřebitele a jeho odpovědnost za rozhodnutí o spotřebě zdravotních služeb.
- Nabídnout občanům široký výběr z možností doplňkového pojištění nabízených jejich zdravotní pojišťovnou, který bude vycházet vstříc jejich potřebám a preferencím.

Toto uspořádání umožňuje zachovat jeden společný prostor pro financování zdravotních služeb z veřejných i soukromých zdrojů.

¹² viz: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 70

4.2 Rozdělení financování na základní a doplňkovou část

Současný rozsah zdravotního pojištění se pomalu vzdaluje konceptu zdravotního pojištění, jako ochrany před vysokými a nečekanými náklady. Ze zdravotního pojištění jsou hrazeny takové náklady, které je schopen hradit ze svých soukromých rozpočtů každý jednotlivec. Další náklady na zdravotní péči je možno hradit z předem definovaného objemu peněz, deponovaných na osobních účtech občanů. Tyto peníze by byly přerozdělovány na osobní zdravotní účty s ohledem na větší spotřebu zdravotní péče ve vyšším věku.

4.2.1 Metody rozdělení zdravotní péče dle pojištění

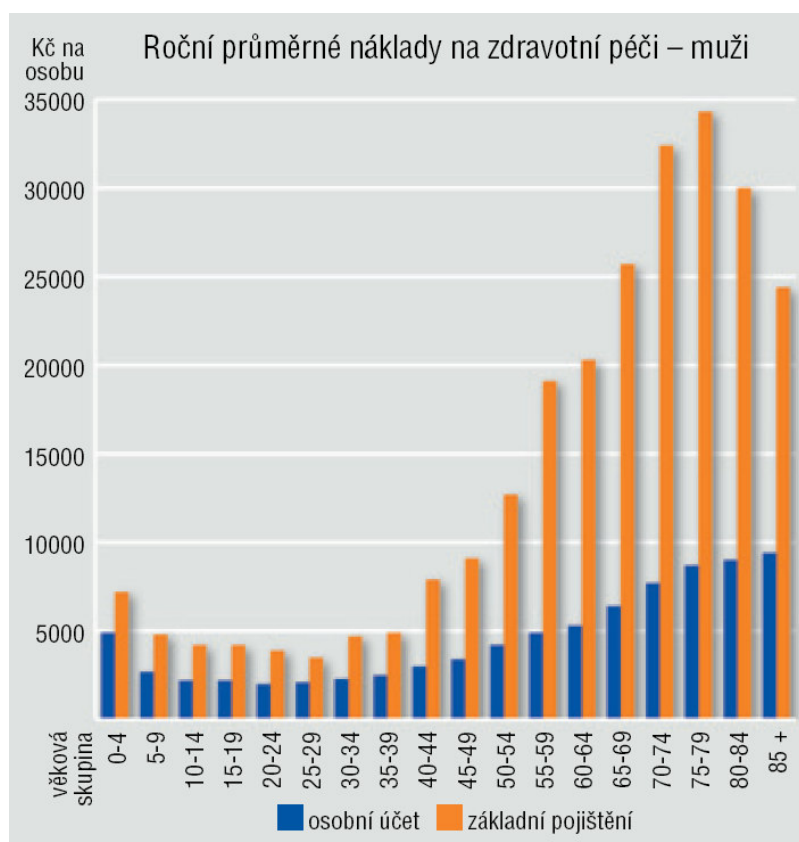
Zdravotní péči můžeme dle kritéria pojištění rozdělit na zdravotní péči hrazenou ze základního pojištění a péči hrazenou z doplňkového pojištění. Dále můžeme zdravotní péči hrazenou ze základního pojištění rozdělit z hlediska medicínského a z hlediska nákladového. Přístup dělení z hlediska medicínského, spočívá v označení diagnóz, jejichž léčba je plně kryta z veřejného pojištění. Toto rozdělení není však rozdělením ideálním. Stejná diagnóza u různých pacientů není stejnou skupinou z hlediska medicínského ani nákladového. Vezměme si příklad pacienty s diagnózou diabetes II. typu. Jedné skupině pacientů s touto diagnózou stačí ke kompenzaci zdravotního stavu změna životního stylu. Druhá skupina pacientů se stejnou diagnózou vykazuje mnoho komplikací a jsou odkázáni na nákladnou zdravotní péči. Přístup dělení dle finančního kritéria hradí z veřejného systému vyjmenované výkony poskytnuté v ambulantní péči např. ve výši 75 % jejich ceny a výkony poskytnuté při hospitalizaci ve výši 85 % jejich ceny (australský systém Medicare).

Reforma zdravotnictví dle návrhu ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka vidí řešení v kombinaci obou přístupů, tedy medicínského i finančního, citují:

Pro náš návrh jsme zvolili přístup kombinující medicínská i finanční kritéria. Spočívá v rozdělení zdravotní péče do několika typů (například primární péče, preventivní péče, konzultace lékaře – specialisty, neodkladná intenzivní péče, ambulantní zákrok, zákrok provedený za hospitalizace, den hospitalizace, úhrada léků a zdravotních pomůcek ...) a určení různé výše úhrady z povinného pojištění pro jednotlivé typy péče. Tento princip může být v případě potřeby doplněn krátkým explicitním seznamem mimořádných léčebných metod plně hrazených ze základního pojištění. Příkladem takové výjimky mohou být dietní potraviny nebo léky u vrozených metabolických poruch. Použijeme-li tento způsob určení rozsahu základního pojištění, můžeme např. velmi přesně modelovat, jak nerovnoměrně budou rozloženy v populaci náklady zdravotní péče kryté základním zdravotním pojištěním ve

srovnání s relativně rovnoměrně rozloženými náklady, u kterých bude ponecháno na rozhodnutí občana, jakým způsobem chce zajišťovat jejich úhrady (zda z připojištění nebo přímo ze svého osobního zdravotního účtu). Pro ilustraci zde uvádíme výsledek jedné takové modelace, která ponechává v základním zdravotním pojištění zhruba 70 procent celkových nákladů dnešního veřejného zdravotního pojištění.¹³ (viz Obrázek 14).

Obrázek 14 – Rozložení nákladů na zdravotní péči mezi jednotlivými skupinami občanů



Zdroj: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 73

4.2.2 Základní zdravotní pojištění

Jet to pojištění, které by mělo pokrývat nákladnou zdravotní péči, jejíž spotřeba je nerovnoměrně rozložena mezi občany. Základní zdravotní pojištění by mělo být povinou součástí každého pojistného plánu nabízeného zdravotními pojišťovnami. Tato část pojištění

¹³ cit: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví forum.cz, str. 72-73

bude samozřejmě zahrnovat i služby neodkladné intenzivní péče, o které se pacient v době spotřeby nemůže dostatečně rozhodovat.

4.2.3 Doplnkové zdravotní pojištění

Je volně volitelnou součástí zdravotního pojištění. Mělo by být významně podporováno z veřejných zdrojů a v různém rozsahu zahrnovat pojištění proti nákladům zdravotních služeb nekrytých základním zdravotním pojištěním. Dobrý zdravotní systém by neměl bránit občanovi připojit si zdravotní péči v libovolném rozsahu. Na druhou stranu, současný rozsah služeb se může pro některé občany jevit jako neefektivní.

4.2.4 Péče plně hrazená ze základního pojištění

Do skupiny péče plně hrazené ze základního pojištění by dle studie Roberta Holmana měly spadat následující druhy zdravotní péče:

- a) tzv. „nepojistitelná péče“, tedy péče extrémně finančně nákladná (právě tato péče by teoreticky mohla být hrazena z ESF),
- b) rychlá záchranná služba,
- c) péče na jednotkách ARO,
- d) péče vedoucí k odvrácení invalidity, tzn. vyšetření zbytkového pracovního potenciálu v rámci poskytnutí ucelené (komplexní, komprehenzivní) rehabilitace,
- e) péče v odborných léčebných ústavech včetně psychiatrických léčen,
- f) komplexní lázeňská péče u pacientů zařazených do určitých typů zdravotních skupin,
- g) preventivní péče, jejíž rozsah je dán vyhláškou,
- h) dispenzární péče, jejíž rozsah je dán vyhláškou,
- i) domácí ošetrovatelská péče (home care) v prvních 5-ti dnech po propuštění z akutního nemocničního lůžka do domácí péče,
- j) zdravotní péče o terminálně nemocné a umírající, včetně léčby bolesti,
- k) péče o děti do 18. let,
- l) geriatrická péče,
- m) léčba infekčních onemocnění, jejichž rozsah stanoví vyhláška,
- n) léčba psychiatrických onemocnění, jejichž rozsah stanoví vyhláška,
- o) ohledání těla a pitva.

4.2.5 Péče hrazená ze základního pojištění s povinnou spoluúčastí

Pro efektivní využívání zdrojů je důležité, aby část péče hrazené ze základního pojištění byla hrazena se spoluúčastí pacienta. Do skupiny zdravotní péče hrazené ze základního pojištění s povinnou spoluúčastí pacienta Robert Holman předpokládá zařazení následující péče:

- a) neodkladná péče na akutním nemocničním lůžku, nejedná-li se o službu výše definovanou jakou plně hrazenou,
- b) léčiva a prostředky zdravotnické techniky, pokud nejsou součástí léčby definované jako plně hrazená,
- c) domácí ošetrovatelská péče (home care) mezi 6. až 10. dnem po propuštění z akutního lůžka do domácí péče.
- d) návštěva LSPP popř. jiné podobné služby (např. v nemocnicích),
- e) léčebná rehabilitace
- f) zdravotní péče ve stacionářích a jednotkách jednodenní hospitalizace,
- g) péče v léčebnách pro dlouhodobě nemocné.

4.2.6 Nepředvídatelná a nákladná zdravotní péče

Tuto nákladnou péči je výhodné řešit cestou pojištění a měla by být zahrnuta v pojištění základním (např. léčba leukemie, transplantace srdce, těžké úrazy, ...).

4.2.7 Předvídatelná zdravotní péče

Lze definovat jako zdravotní péči relativně nákladnou, ale předvídatelnou. Spadají do ní chronická onemocnění, jako např. již zmiňovaná diabetes mellitus. Lze ji tedy teoreticky hradit z fondů mimo pojištění. Avšak takovýto model se v praxi zatím pouze ověřuje z hlediska jeho funkčnosti. Je velmi těžké namodelovat odhad očekávaných nákladů s péčí spojených. Proto by měla být českém systému zdravotního pojištění tato péče zahrnuta do základního pojištění.

4.2.8 Levná zdravotní péče

Je definována jako zdravotní péče finančně dostupná jednotlivcům. Není povinně hrazena ze zdravotního pojištění a měla by být hrazena formou přímých plateb prostřednictvím soukromých zdravotních účtů.

4.3 Zdravotní pojištění na bázi OZÚ

Navrhovaná reforma počítá se zavedením systému tzv. osobních zdravotních účtů (dále jen OZÚ). Cílem je alespoň částečně propojit obě zatím oddělené oblasti českého zdravotnictví - tj. vytváření zdrojů pro financování a čerpání péče. Nejedná se o systém bez možných ekonomických selhání, nicméně je to krok směrem k větší odpovědnosti občana za jeho zdraví a také odpovědnosti za to, jak bude financována péče jemu zdravotnickými zařízeními poskytovaná. OZÚ umožní individualizovat část veřejných peněz a ponechat tak na občanova rozhodování, zda tyto finanční prostředky využije na zakoupení doplňkového zdravotního pojištění a nebo bude z těchto prostředků hradit spotřebovávanou zdravotní péči přímo. Tím dojde k velmi důležité skutečnosti, a to k omezení rozsahu povinného zdravotního pojištění při zachování všeobecné finanční dostupnosti zdravotní péče. OZÚ jsou také téměř ideálním nástrojem, jak transparentně propojit soukromé finanční zdroje se soukromými. Pacientům bude při rozhodování o spotřebě zdravotní péče ponechána větší samostatnost a zároveň jim přibude větší odpovědnost za náklady na spotřebovávanou zdravotní péči.

4.3.1 Princip OZÚ

OZÚ bude účet, který bude vést pojišťovna každému jednotlivému pojištěnci. Principiálně by se tento účet dal přirovnat k účtu bankovnímu, kdy banka poskytuje klientovi službu uložení peněz na neurčitou dobu. Pojištěnec bude mít přehled o pohybech na jeho účtu (platby za doplňkové pojištění nebo přímé úhrady zdravotní péče). OZÚ bude také nástrojem kontroly poskytnutých zdravotnických služeb. Jednotlivé služby výkony naúčtované pojišťovně budou podrobně zachyceny na účtu.

4.3.2 Hrazení péče

Z OZÚ pojištěnec hradí tzv. levnou zdravotní péči, kterou lze definovat negativně jako péči, která nespadá do množiny základní zdravotní péče (ZZP) hrazené ze základního pojištění. Volba pojišťovny bude ponechána jako v současném systému s tím, že si pojištěnec bude moci jednou ročně pojišťovnu změnit. Zdravotní pojištění zůstává v systému OZÚ povinné. Každý výdělečně činný občan bude muset přispívat zákonem stanovenými sazbami - kvazidaněmi a za nepracující bude pojištění hradit stát. Rozsah péče hrazené ze základního pojistného plánu bude dán právní normou.

4.3.3 Dispozice se zůstatkem OZÚ

U základního pojistného plánu pojišťovna každý rok k určitému datu provede zúčtování OZÚ pojištěnce a oznámí pojištěnci zůstatek na tomto účtu. Bude-li zůstatek vyšší než povinný zůstatek účtu, může si pojištěnec částku nad tento limit vybrat. Pojišťovna bude zůstatky na OZÚ úročit úrokem stanoveným vyhláškou.

4.3.4 Přečerpání OZÚ

Výdaje z OZÚ budou omezeny ročním limitem, od kterého bude zdravotní péče hrazena pojištěncovou pojišťovnou jako součást základního zdravotního pojištění. Jde o tzv. stop – loss pojištění výdajů OZÚ. Předpokládá se, že tohoto limitu bude ročně dosahovat jen velmi malý počet pacientů v řádech desetin procenta. Pokud pojištěnec před koncem zúčtovacího období přečerpá svůj OZÚ, avšak nebude naplněn limit pro stop – loss stav, může mu pojišťovna podle svých vlastních obchodních podmínek poskytnout do určitého limitu úvěr. U základního pojistného plánu budou tyto limity i úroky z úvěru stanoveny vyhláškou. Avšak ve volitelných plánech budou těmto podmínkám ponechána smluvní svoboda a tím by měl vzniknout velký prostor pro konkurenci pojišťoven. Kombinace stop – loss limitu, možnosti získat výhodný úvěr a pravidelného příspěvku na OZÚ by měly být zárukou, že pokud občan převezme odpovědnost za náklady spojené s poskytovanou zdravotní péčí, nedostane se do neřešitelné zdravotní situace anebo do situace, kdy mu nebude potřebná zdravotní péče poskytnuta.

4.3.5 Vlastnická práva

OZÚ bude majetkem pojištěnce. V případě úmrtí pojištěnce bude zůstatek OZÚ předmětem dědictví. V případě úpadku zdravotní pojišťovny budou pohledávky pojištěnců (zůstatky na jejich OZÚ) uspokojeny z konkurzní podstaty. Za děti a osoby bez způsobilosti k právním úkonům bude provádět úkony spojené s OZÚ zákonný zástupce. Po zrušení smlouvy se zdravotní pojišťovnou bude OZÚ pojištěnce automaticky převeden do jeho nové pojišťovny.

4.3.6 Volba pojišťovny

Občané si budou moci bez rozdílu věku a pohlaví vybrat a měnit pojišťovnu i volitelný zdravotní plán, pokud prokazatelně disponují finančními zdroji potřebnými k pokrytí plateb za tento pojistný plán. Takovými to zdroji se rozumí nejméně 2,5 násobek životního minima.

Pokud občan prokáže tuto způsobilost, jeho svobodná volba není nijak omezena. Testování příjmu by mělo přinést pozitivní v efekt v podobě omezení šedé ekonomiky, daňové úniky budou mít negativní vliv na volbu pojištění. Rodinní příslušníci pojištěnce, který splnil výše uvedené podmínky volby volně volitelného zdravotního pojištění, mají právo na stejný typ pojištění, i když spadají do skupiny občanů za které platí zdravotní pojištění stát.

4.4 Zdravotní plány

Zdravotní plány budou nabízeny zdravotními pojišťovny. Každý zdravotní plán bude povinně ze zákona zahrnovat základní zdravotní pojištění definované příslušnou právní normou. Předpis bude definovat rozsah a minimální dostupnost zdravotní péče poskytované v rámci základního zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny budou dostávat od státu finanční prostředky na pokrytí základního pojištění odpovídající odhadované spotřebě a skutečné věkové struktuře jejich pojištěnců. Pokud dokáže pojišťovna pojištěncům obstarat zdravotní péči levněji, může to využít jako konkurenční výhodu v boji o pojištěnce (např. sleva na základním pojistném plánu). Volně volitelné částí zdravotního pojištění budou doplňkové plány. Cena doplňkové části zdravotního pojištění nebude stanovována na základě individuálního rizika, ale na základě průměrného rizika všech pojištěnců, kteří si vyberou tento zdravotní plán. Tyto se budou lišit rozsahem hrazené zdravotní péče, výší spoluúčasti, sítí poskytovatelů a v neposlední řadě cenou. Pro snadnější orientaci občana ve zdravotních plánech, budou mít tyto plány předepsanou jednotnou strukturu. Dodržování podmínek daných plánem a finanční zdraví pojišťoven bude dozorovat regulátor trhu se zdravotním pojištěním.

4.4.1 Základní pojistný plán

Základním zdravotním plánem bude zaručena dostupnost zdravotní péče všem občanům České republiky. Tento pojistný plán je povinným zdravotním pojištěním pro všechny občany a zároveň jediným zdravotním plánem pro občany, kterým nevzniklo právo volby ve smyslu kapitoly 4.3.6. Tento plán zajišťuje dostupnost zdravotní péče pro občany méně majetné, popřípadě pro ty, kteří nejeví z jakýkoliv důvodů aktivní přístup ke svému zdraví.

Do základního zdravotního plánu budou automaticky spadat následující skupiny obyvatel:

- osoby, za které platí pojistné stát
- osoby s nižšími příjmy než bude zákonem stanovený limit dva a půl násobkem životního minima
- osoby nezpůsobilé k právním úkonům, jejichž opatrovníkem je opatrovník „veřejný“,

- osoby, které byly vyloučeny z volitelného plánu pro nesolventnost, popř. pro porušování smluvních vztahů a pravidel stanovených pojistným plánem

Výše vyjmenované osoby, za něž platí zdravotní pojištění stát, pozbývají práva disponovat s přebytkem na jejich OZÚ. Základní pojistný plán bude muset nabízet každá zdravotní pojišťovna a toto bude stanoveno zákonem.

4.4.2 Volitelné pojistné plány

Volně volitelné pojistné plány (doplňkové pojistné plány) se stanou předmětem konkurence zdravotních pojišťoven. Základní pojistný plán bude obligatorní součástí každého volitelného zdravotního plánu. Doplnkové zdravotní plány budou dalším nástrojem zajištění dostupnosti zdravotní péče nekryté základním zdravotním pojištěním. Mechanismus stanovení ceny doplňkového pojištění bude regulován. Cena doplňkového pojištění bude stanovována na základě skupinového rizika, nikoli rizika individuálního, čímž by měla být zajištěn dostatečný přístup k doplňkovému pojištění pro všechny občany bez ohledu na jejich zdravotní stav. Nemělo by tak dojít k situaci, kdy bude občan pojišťovnu odmítnut na základě své předchozí zkušenosti s velkými úhradami. Občan má nárok na volbu tohoto plánu pokud prokazatelně disponují finančními zdroji potřebnými k pokrytí plateb za tento pojistný plán. Takovými to zdroji se rozumí nejméně 2,5 násobek životního minima. Předpokládá se, že možnost volby plánu bude pojištěnce motivovat k aktivnímu typu prevence (např. sleva na pojistném plánu, při dodržování pravidelných preventivních prohlídek). Dále se také předpokládá propojení volitelného zdravotního plánu s úrazovým pojištěním.

4.4.3 Předpokládané typy zdravotních plánů

Prvním typem zdravotního plánu bude plán obsahující pouze základní zdravotní pojištění. Tento zdravotní plán budou muset obligatorně ze zákona nabízet všechny zdravotní pojišťovny. Pojištěnec si bude veškerou zdravotní péči spotřebovanou nad rámec základního zdravotního pojištění hradit přímo ze svého osobního účtu. Pojišťovna mu však může nad rámec tohoto pojištění nabídnout např. služby spojené s administrací plateb zdravotnickým zařízením popřípadě s výběrem vhodného zdravotnického zařízení.

Dále lze předpokládat vznik zdravotního plánu, který bude pokrývat současný rozsah veřejného zdravotního pojištění. V přechodném období budou pojišťovny muset nabízet takovýto plán, přičemž jeho cena bude limitována součtem veřejného a povinného soukromého příspěvku na OZÚ. Toto opatření by mělo zajistit plynulejší přechod ze současného systému financování na systém na bázi OZÚ. Tento zdravotní plán bude po

přechodu na nový systém automaticky přiřazen těm občanům, kteří se aktivně nezvolí jiný nabízený zdravotní plán. Lze očekávat, že do budoucna se cena zdravotního plánu pokrývajících současný rozsah zdravotní péče bude zvyšovat rychleji, než výše veřejného příspěvku na OZÚ. Občané, kteří si chtějí ponechat takto široký rozsah zdravotního pojištění, budou v budoucnu nuceni hradit část doplňkového pojištění ze soukromých zdrojů.

Alternativou k takto širokému pojetí zdravotního pojištění by mohl být plán s vyšší spoluúčastí. Takovýto plán by zachovával velkou šíři zdravotního pojištění, ale vzhledem k vyšší spoluúčasti by pojištěnec platil nižší sazbu doplňkového pojištění. O tomto typu zdravotního plánu se ještě zmíním v následující kapitole.

Pojišťovny budou také nabízet „luxusní“ zdravotní plány, které budou zahrnovat nadstandardní služby vzhledem k současnému rozsahu veřejného zdravotního pojištění. Takovýto plán bude logicky dražší a bude již od počátku vyžadovat příspěvky za soukromých zdrojů na OZÚ.

Mezi těmito předpokládanými typy pojištění existuje nekonečně mnoho různých kombinací pojistných plánů a bude jen na zdravotních pojišťovnách, jak své služby přizpůsobí přáním a požadavkům svých klientů.

4.4.4 Zahraniční zkušenosti se zdravotními plány

V zemích, jakými jsou například USA nebo Jihoafrická republika se těší v oblasti zdravotního pojištění stále větší oblibě produkty kombinující osobní zdravotní účty (spořicí) se zdravotním pojištěním. Jedná se o tzv. zdravotní plány s vysokou mírou spoluúčasti. Spoluúčast je kryta právě ze zmiňovaného OZÚ. Takovéto pojistné plány jsou pro pojištěnce méně nákladné, protože pojišťovny převádějí značnou část finančních prostředků (pojistného) na OZÚ. Cenu, kterou pojištěnec platí za tuto úsporu je přijmutí odpovědnosti za náklady za zdravotní péči až do výše definovaného limitu. Tento limit je logicky vyšší, než příspěvek pojišťovny na osobní účet klienta. Limit je většinou definován k danému roku a pohybuje se okolo 140 % příspěvku pojišťovny klientovi. Ta část nákladů, která je vyšší než příspěvek pojišťovny a zároveň nepřekračuje definovaný limit, je hrazena pojištěncem z vlastních zdrojů.

Takovéto uspořádání staví občana do role zákazníka na trhu zdravotních služeb a podstatně tak mění chování pojištěnce. Tento koncept je nazýván *consumer driven health*, tedy zdravotní péče řízená spotřebitelem. První ekonomické výsledky ukazují, že lidé více investují do preventivních aktivit podporujících jejich zdraví a zároveň dochází k poklesu čerpání zdravotnických služeb, které se jeví jako medicínsky neodůvodněné a tedy zbytečné.

Myšlenka zavedení kombinace základního zdravotního pojištění a OZÚ je nyní zkoumána i ve Švédsku, známém svým v dobrém slova smyslu socialistickým systémem poskytování zdravotní péče.

4.5 Regulační poplatky

Součástí reformy financování zdravotní péče je zavedením regulačních poplatků za zdravotní služby. Tyto poplatky by neměly být nijak vysoké částky, avšak měly by zabránit velkému plýtvání a zneužívání vzácných zdrojů ve zdravotnictví. Regulační poplatky by mělo být možno hradit z osobního účtu, nejpravděpodobněji čipovou kartou. Od poplatků budou plně osvobozeni děti do věku 3 let, ochranné léčení nařízené soudem, nařízená izolace ve zdravotnickém zařízení při povinném léčení infekčního onemocnění. Na regulační poplatky a doplatky za léky bude stanoven roční limit 5 000 Kč. Limit se nevztahuje na regulační poplatky za hospitalizaci a za pohotovost a započítávají se doplatky na léky pouze v rozsahu doplatku na nejlevnější lék se stejnou účinnou látkou (generikum). Částku, o kterou pojištěnec překročil limit mu zpětně vyplatí jeho zdravotní pojišťovna. Přínosem by měla být motivace pacientů k účelné spotřebě zdravotní péče. Občané si uvědomí, že zdravotní péče, byť bez přímé úhrady není zadarmo. Není ovšem plně dořešena otázka, kam budou převedeny prostředky získané výběrem těchto poplatků. Jednou z možností je příspěvky za den hospitalizace, návštěvu lékaře a pohotovostní službu ponechat poskytovatelům této péče a příspěvek za položku na receptu přeposlat do fondu na hrazení vysoce nákladné specializované péče. Positivním efektem takového přerozdělení by mělo být posílení role pacienta.

4.5.1 Poplatek za položku na receptu – 30 Kč

V české republice bylo za rok 2005 předepsáno 96,5 mil. receptů a poukazů, za léky a zdravotnické prostředky se utratilo 59,4 mld. Kč. V průběhu roku 2005 vrátili pacienti do lékáren léky v hodnotě 2 mld. Kč a podle různých odhadů celková hodnota nepoužitých léků je v rozmezí 4-10 mld. Kč. Zavedením tohoto poplatky by mělo dojít k výraznému snížení nadspotřeby léčiv. Občané si přestanou od lékaře nechávat předepisovat krabičku léků “do zásoby“ a zároveň by mělo dojít ke snížení předpisů znejčisticích na léky volně prodejné (ibalgin, nosní kapky, atd.).

4.5.2 Poplatek za návštěvu lékaře – 30 Kč

Dle dat získaných z OECD Health Data připadá na jednoho občané České republiky 13,1 návštěva lékaře ročně. V důsledku toho dochází k plýtvání s finančními prostředky veřejného zdravotního pojištění. Vysoké frekvence návštěv u lékaře má za následek, že lékař má jen velmi málo času na vyšetření pacienta, což má dopad na celý systém poskytování zdravotní péče. Poplatek by se měl týkat návštěv:

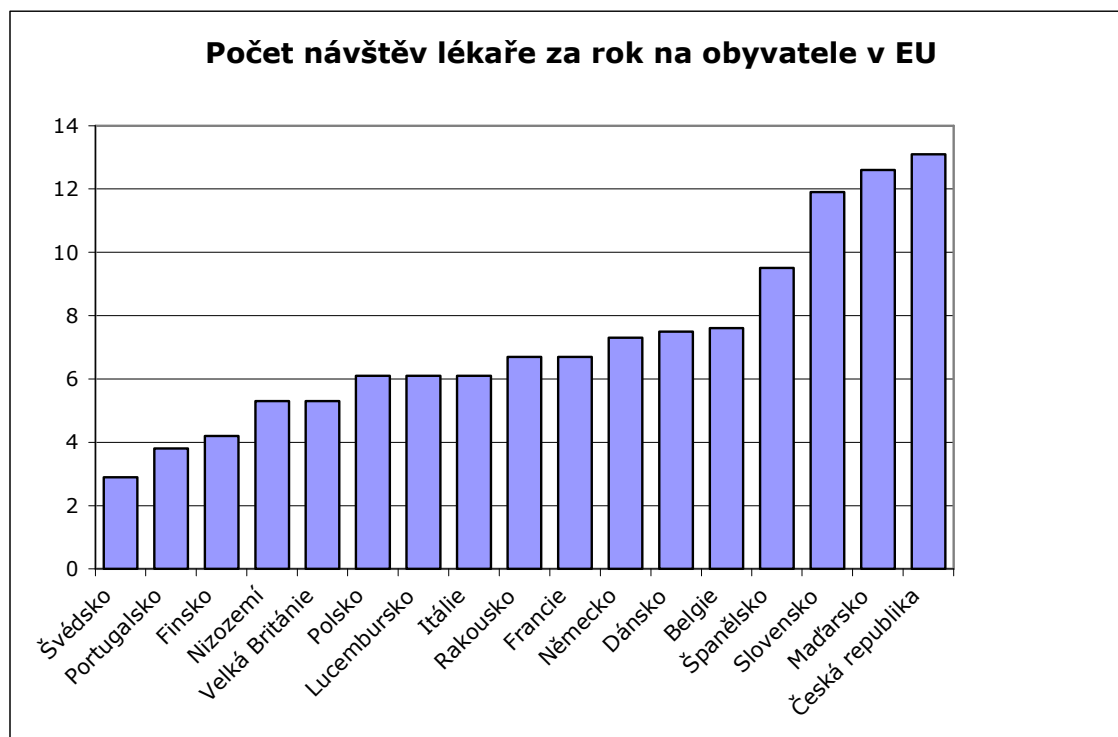
- praktického lékaře nebo praktického lékaře pro děti a dorost (včetně návštěvní služby)
- zubního lékaře
- ženského lékaře
- ambulantního specialisty
- klinického psychologa
- klinického logopeda

Od tohoto poplatku budou osvobozeny:

- preventivní prohlídky
- hemodialýza
- laboratorní a diagnostické vyšetření
- vyšetření při odběru krve, plazmy nebo kostní dřeně

Na následujícím grafu je zachycena situace v zemích EU.

Obrázek 15 – Počet návštěv lékaře za rok na obyvatele v EU



Zdroj: <http://www.mzcr.cz/data/c2651/lib/TK_070412_poplatky.ppt>

4.5.3 Poplatek za den hospitalizace – 60 Kč

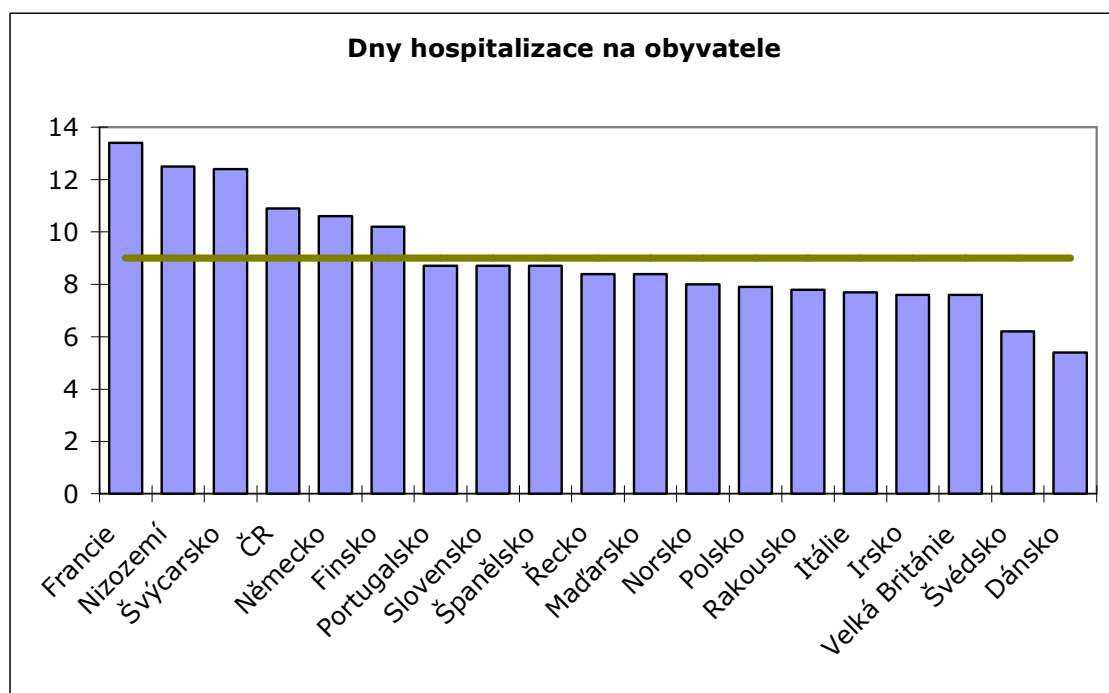
Počet hospitalizačních dnů v České republice je téměř o polovinu vyšší než průměr v zemích OECD. Počet lůžko dnů je vysoký jak u akutní péče, tak u dlouhodobých hospitalizací. Trendem ve světě je snižování počtu hospitalizací i ošetřovacích dnů. Otázkou je, o kolik se tímto poplatkem sníží počet lůžkodnů a jak velký vliv bude mít snižování dnů hospitalizace na zdravotní stav pacienta. Tento poplatek by se měl týkat hospitalizací:

- v nemocnicích
- v odborných léčebných ústavech
- v dětských odborných léčebnách a ozdravovnách
- při poskytování komplexní lázeňské péče

Pozn. : Den, kdy byl pojištěnec hospitalizován a den, kdy byl propuštěn, se počítají jako jeden den

Na následujícím grafu je zachycena situace v ČR a ve světě.

Obrázek 16 - Počet dnů hospitalizace na obyvatele



Zdroj: <http://www.mzcr.cz/data/c2651/lib/TK_070412_poplatky.ppt>

4.5.4 Za poskytnutou pohotovostní službu – 90 Kč

Tento poplatek by měl snížit nadužívání zdravotní péče v následujících zařízeních: zdravotnickým zařízením poskytujícím lékařskou službou první pomoci a zdravotnickým zařízením poskytujícím ústavní pohotovostní službu:

- ve dnech pracovního klidu
- ve dnech pracovního volna
- v pracovních dnech od 17:00 do 7:00,

pokud nedojde k následné hospitalizaci pojištěnce.

4.6 Změny financování zdravotní péče

V systému financování zdravotní péče zůstanou i nadále základním zdrojem financování povinné odvody stanovené jako procento z příjmů zaměstnanců a osob samostatně výdělečně činných. Za ekonomicky neaktivní občany, tzv. státní pojištěnce (děti, důchodci, studenti, rodiče na mateřské dovolené, atd.) bude nadále přispívat do systému zdravotního pojištění stát. Platba státu by měla být každoročně valorizována vzhledem k rostoucí průměrné mzdě v hospodářství. Předpokládá se vznik speciální servisní organizace, která bude pro pojišťovny

provádět společný výběr odvodů. Avšak využívání těchto služeb nebude pro pojišťovny povinné, pojišťovny budou moci tyto výběry provádět samostatně.

4.6.1 Povinný a dobrovolný příspěvek na OZÚ

Významnou změnou na příjmové straně v systému financování zdravotní péče je zavedení povinného soukromého příspěvku na zdravotní účet. Tento příspěvek bude poukázán přímo na OZÚ pojištěnce a nebude procházet procesem přerozdělování jak je tomu u povinných odvodů. Tento příspěvek na OZÚ bude platit každý účastník (pojištěnec) zdravotního pojištění. Otázkou zůstává, jak bude tento příspěvek hrazen státním zaměstnancům. Je zde možnost, že by stát přispíval pojištěnci (státnímu zaměstnanci) přímo ze státního rozpočtu a tuto částku by si odečítal z platby státu za státní pojištěnce. Povinný soukromý příspěvek povede ke snížení procentní sazby odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Částka již okolo 200Kč by v kalkulaci v cenách z roku 2003 umožnila snížit sazbu pojistného z 13,5 % o jeden procentní bod na 12,5 %. Toto snížení by bylo provedeno u části pojistného, které platí přímo zaměstnanec, zaměstnavatel by tedy nadále platil 9 %, ale zaměstnanec by místo 4,5 % odváděl státu 3,5 %. Zavedením povinného soukromého příspěvku vznikne spojnice mezi tím, co občané na zdravotním pojištění ze své mzdy nebo platu odvádějí, a tím s čím mohou při spotřebovávání zdravotní péče nakládat.

Dobrovolný příspěvky na OZÚ budou dalším zdrojem příjmů pro systém financování zdravotní péče. Výše dobrovolných příspěvků nebude ničím limitována. Tento příspěvek bude moci poskytnout kdokoli komukoli, i když se především počítá s příspěvky zaměstnavatelů zaměstnancům na jejich OZÚ.

4.6.2 Financování základního pojištění a OZÚ

Finanční zdroje vybrané v rámci povinných odvodů z mezd a plateb státu za státní pojištěnce budou rozděleny na dvě části. Z jedné této části bude financováno základní zdravotní pojištění a druhá část bude určena na hrazení zdravotní péče v rámci doplňkového pojištění. Část vybraných peněz určená na krytí nákladů základního zdravotního pojištění bude po přerozdělení poukázána přímo zdravotním pojišťovnám. Tento systém se stoprocentním přerozdělením kompenzuje rozdíly v riziku čerpání zdravotní péče mezi jednotlivými věkovými skupinami.

Druhá část získaných veřejných prostředků bude zasílána ve formě veřejného příspěvku zasílána pojištěnci na jeho OZÚ. Pojištěnec bude znát přesnou částku, kterou v následujícím roce na svůj OZÚ obdrží. Pojišťovna, stejně jako je tomu dnes, ponese riziko vznikající

z rozdílu mezi plánovanou a skutečnou výší odvodů na veřejné zdravotní pojištění. Veřejný příspěvek na OZÚ bude také přerozdělen, a to tak, že tyto příspěvky budou mít různou výši podle věku a pohlaví pojištěnce. Toto přerozdělení však bude probíhat dle jiného mechanismu, než u přerozdělení části veřejných zdrojů určených na krytí nákladů základního zdravotního pojištění. Náklady na doplňkovou zdravotní péči jsou rozloženy mezi občany mnohem rovnoměrněji, než je tomu u nákladů základního zdravotního pojištění, a proto budou veřejné příspěvky přerozdělovány podle nižšího počtu indexů, tedy rovnoměrněji mezi všechny občany.

Nový systém financování zdravotní péče počítá i se soukromými zdroji financování zdravotní péče a proto lze zdroje financování rozdělit do čtyř skupin. Pro lepší pochopení toků finančních prostředků na OZÚ a financování zdravotních plánů využijí grafického znázornění (Obrázek číslo 17.).

4.6.2.1 Veřejný příspěvek na základní zdravotní pojištění

Je jednou z částí finančních prostředků vybraných v rámci povinných odvodů a plateb státu za státní pojištěnce na všeobecné zdravotní pojištění. Tento příspěvek bude plně kryt náklady základního zdravotního pojištění a po přerozdělení na základě kriteria rizika bude poukázán přímo zdravotním pojišťovnám.

4.6.2.2 Veřejný příspěvek na OZÚ

Tento příspěvek představuje druhou část veřejných finančních prostředků vybraných v rámci povinných odvodů a plateb státu za státní pojištěnce na všeobecné zdravotní pojištění. Tyto prostředky budou přerozděleny podle rizika skupiny pojištěnců a zaslány přímo na OZÚ pojištěnce.

4.6.2.3 Povinný soukromý příspěvek na OZÚ

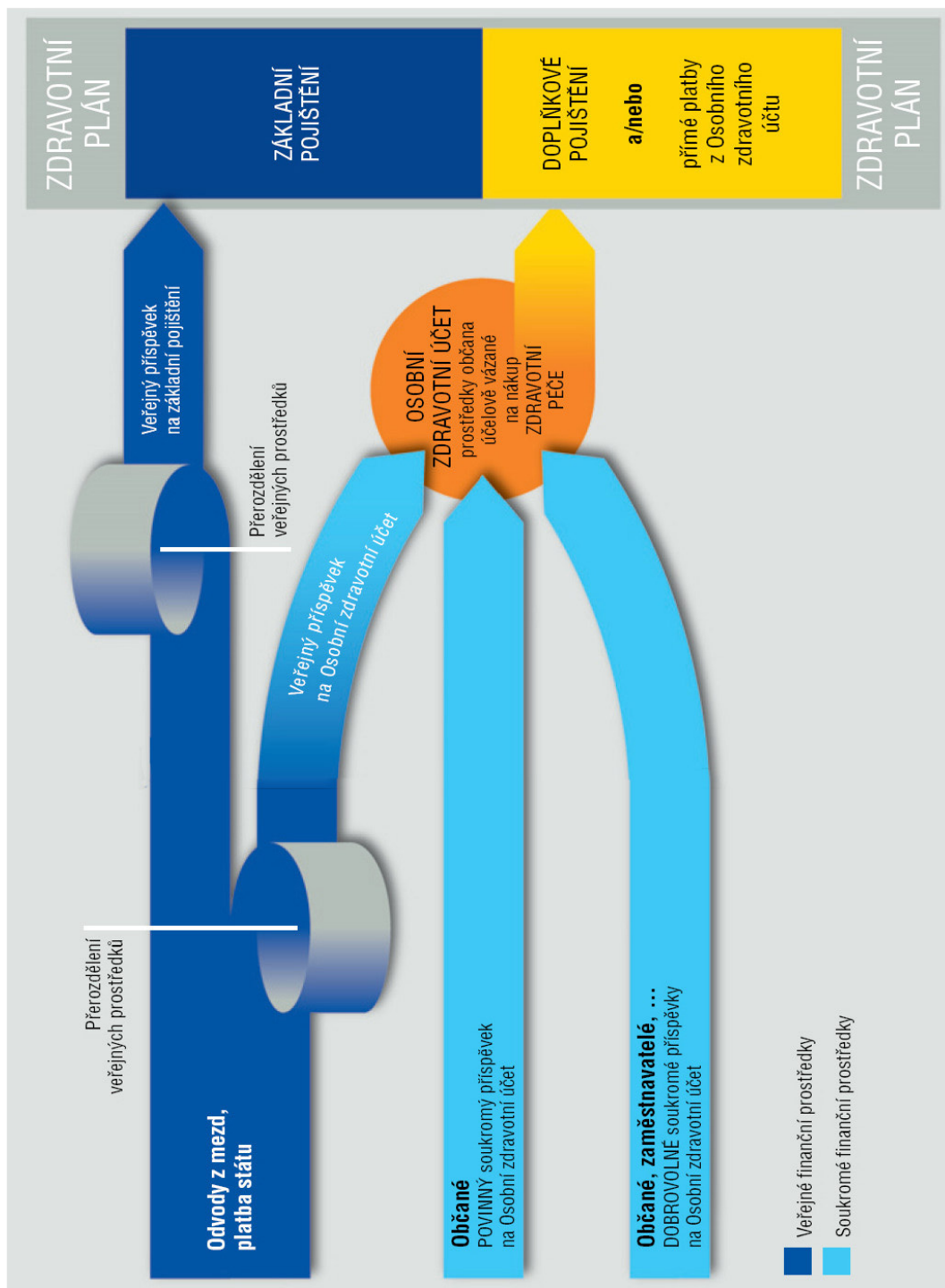
Jedná se o fixní, pro všechny stejný a povinný příspěvek na hrazení nákladů spojených s poskytnutou zdravotní péčí, který je poukazován bez přerozdělování přímo na OZÚ dotyčného pojištěnce.

4.6.2.4 Dobrovolné soukromé příspěvky na OZÚ

Jsou dobrovolnou součástí financování zdravotní péče. Jedná se o příspěvky zasílané pojištěncem nebo jinými subjekty (např. zaměstnavatel) přímo na OZÚ pojištěnce. Část tohoto příspěvku bude daňově odečitatelnou položkou. Daňová odečitatelnost dobrovolného

soukromého příspěvku na OZÚ bude motivovat zaměstnavatele i pojištěnce k takovýmto dodatečným příspěvkům, které se tak stanou dodatečným zdrojem financování zdravotní péče.

Obrázek 17 – Toky finančních prostředků na OZÚ a financování zdravotních plánů



Zdroj: Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21.století, Reforma zdravotnictví – forum.cz, str. 84-85

5. Dopady snížení podílu veřejných prostředků na financování zdravotní péče

V páté a zároveň poslední kapitole provedu zhodnocení výše popsané reformy financování zdravotní péče zaměřené na snížení podílů veřejných prostředků. Pokusím se poskytnout komplexní pohled na problematiku reformy. Pro zhodnocení modelu se budu zabývat analýzou nákladů a výnosů (cost-benefit analysis), vlivem navrhovaných změn na motivaci pojištěnce, nejslabšími místy modelu, SWOT analýzou a popíši dopady na jednotlivé subjekty v systému poskytování zdravotní péče.

5.1 Cost benefit analýza

Zavedením OZÚ a regulačních poplatků jak jsou popsány výše, vznikne velký tlak na efektivitu poskytovaných zdravotní péče a využívání finančních prostředků, což by mělo přinést mnoho pozitivních změn.

Zavedení přímých úhrad za poskytnuté zdravotní služby formou regulačních poplatků, hrazených přímo nebo z OZÚ, povede ke snížení návštěvnosti ambulantních zařízení pro triviální zdravotní obtíže. Dále dojde k optimalizaci počtu komplementárních vyšetření a tedy i specializovaných pracovišť. Zavedením hospitalizačních poplatků dojde ke snížení počtu nemocničních lůžek. Zapojením pacientů do systému financování zdravotní péče bude vytvářen tlak na kvalitu poskytovaných zdravotních služeb a tím dojde ke zvýšení kvality zdravotnických služeb. Regulační poplatky dále pozitivně ovlivní spotřebu léčiv. Kdyby tyto předpoklady nebyly pravdivé, nemělo by zavádění systému financování na bázi OZÚ žádný smysl.

5.2 Motivace pojištěnce

Základním rysem modelu financování založeném na OZÚ je existence mnoha motivací, které by se měly pozitivně projevit na stavu celého systému poskytování zdravotní péče. Klíčovým subjektem v systému je spotřebitel zdravotní péče – pojištěnec. Právě pojištěnec spotřebovává zdravotnické služby a vytváří svou poptávkou nabídku těchto služeb, a proto se zaměřím především na spotřebitele zdravotních služeb a na nové motivace, které mu model financování založený na bázi OZÚ a regulačních poplatků přinese.

Tabulka 3 – Motivace pojištěnce

MOTIVACE	DŮSLEDEK MOTIVACE
Zavedení OZÚ	Uvědomění si odpovědnosti za vlastní zdraví
Volba pojistného plánu až od určité výše příjmu	Přiznávání příjmů, snížení podílu černé ekonomiky
Doplňkové pojistné plány	Důraz na prevenci
Limity doplatků na léky hrazeny pouze v rozsahu generika	Snížení výdajů na farmakoterapii
Úhrada za návštěvu lékaře	Snížení výdajů za nadbytečnou zdravotní péči, zvýšení kvality poskytované péče
Poplatek za položku na receptu	Snížení výdajů na farmakoterapii
Poplatek za den hospitalizace	Snížení celkových výdajů za hospitalizace
Poplatek za pohotovostní službu	Snížení výdajů za pohotovostní službu

Zdroj: autor

5.3 Problémy modelu

Tento model není modelem ideálním, a jako každý takto složitý systém má mnoho nedostatků. V této podkapitole uvedu základní problémy modelu. Jedním z prvních problematických míst je přechodné období, kterým se budu zabývat níže. Vlivem značné regulace, která bude v systému stanovena a dozorována státem, nevznikne plně konkurenční prostředí a bude tak docházet k různým tržním deformacím, např. nikdy nebude existovat úplná vazba mezi částkou hrazenou na zdravotní pojištění a krytím z pojištění. Nebudou také vyřešena všechna motivační selhání a vzniknou nové druhy motivačního selhání.

5.3.1 Definování objemu péče hrazené ze základního pojištění

Definování rozsahu zdravotní péče hrazené ze základního balíku pojištění bude jistě jedním z největších problémů modelu. Jedna diagnóza se léčí mnoha způsoby a bude třeba definovat způsoby standardní. Potom bude teprve jasné, na jakou zdravotní péči se budou moci občané v rámci doplňkových zdravotních plánů připojistit. Na vytváření seznamu zdravotní péče by se mělo podílet Ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny, neboť vlastní rozsáhlá zdravotnická data a statistiky a odborné lékařské společnosti. S technologickým a gnoseologickým rozvojem medicíny se bude muset tento seznam velmi pružně přizpůsobovat aktuální úrovni lékařského poznání, zde spatřuji další úskalí modelu. Nelze předpokládat, že

ke každé diagnóze bude taxativně přiřazen jeden způsob léčby, protože u většiny diagnóz nelze detailně stanovit, jaký postup má být u jakého pacienta aplikován. Lze očekávat, že u složitějších diagnóz bude péče hrazená ze základního zdravotního pojištění definována jako péče medicínsky účinná a efektivní a u diagnóz méně složitých bude použito přesnější definice. Model OZÚ předpokládá, že role subjektu definujícího efektivní a medicínsky účinnou zdravotní péči se bude v budoucnu přesouvat směrem ke zdravotním pojišťovnám, které si budou tímto způsobem hlídat kvalitu a náklady zprostředkované péče. Vzhledem k faktu, že zdravotní pojišťovny budou jako každý jiný racionálně uvažující obchodní subjekt motivovány ziskem, lze očekávat v případě posílení jejich role subjektu definujícího zdravotní péči, tlak na definice motivovaný náklady zprostředkované zdravotní péči.

5.3.2 Politická průchodnost

Za stávající politické situace v České republice, kdy vláda není jednotná a nemá příliš silný mandát, bude velmi obtížné výše popsanou reformu prosadit v parlamentu a uvést ji v život. Opozice jistě nebude chtít připustit, aby občan přijal finanční odpovědnost za své zdraví. Další otázkou je, z jakých zdrojů bude chtít vláda ve fázi zavádění systému OZÚ naplnit peníze a v jaké výši. Vláda bude potřebovat pro počáteční naplnění OZÚ dodatečné veřejné výdaje, které budou opět trnem v oku opozici. Budou-li OZÚ naplněny do určité úředně stanovené výše, vznikne diskontinuita vzhledem k předchozím úhradám na všeobecné zdravotní pojištění, což budou zejména starší občané vnímat velmi negativně. Zároveň tímto „naplněním účtu“ nevznikne na počátku zavádění systému dostatečná motivace ke snižování nákladů na spotřebovávanou zdravotní péči.

5.3.3 Motivační selhání

Ocitne-li se pacient v situaci, kdy se náklady na jeho léčbu budou blížit stop – loss limitu (viz. kapitola 4.3.4) , bude zde motivace jak ze strany pacienta tak ze strany zdravotnického zařízení tento limit překročit. Nafukováním nákladů by pacient mohl získat kvalitnější zdravotnické služby a zdravotnické zařízení bude vytvářet větší zisk na úkor dotčené zdravotní pojišťovny. Jak u pacienta tak i zdravotnického zařízení je takovéto chování racionální, protože se oba snaží dosáhnout vyššího užitku. Zároveň však nebude existovat mechanismus, který by tomuto chování účinně zabránil.

5.4 SWOT analýza reformy

5.4.1 Silné stránky

- Zavedení tržního (konkurenčního) prostředí do systému poskytování zdravotní péče
- Zvýšení konkurence zdravotních pojišťoven
- Posílení role pacienta
- Státem garantovaná základní zdravotní péče
- Snížení spotřeby léčiv
- Zkracování doby hospitalizace
- Snížení počtu nemocničních lůžek
- Snížení frekvence návštěv u lékaře
- Tlak na kvalitu a efektivitu poskytované zdravotní péče
- Motivace k aktivní prevenci
- Motivace k přiznávání příjmů
- Zlepšení platební morálky zdravotních pojišťoven
- Posílení ekonomiky

5.4.2 Slabé stránky

- Těžká politická průchodnost
- Nutnost opravdu komplexního přístupu. Pro dosažení výsledného efektu nelze opomenout žádnou komponentu systému, což nebude u takto složitého systému nijak jednoduché.
- Náročnost celé transformace
- Silně zakořenění mýtus o bezplatnosti zdravotní péče
- Větší administrativní zatížení zdravotnických zařízení
- Definice zdravotní péče hrazené ze základního zdravotního pojištění
- Motivace zdravotních pojišťoven k tlaku na minimalizaci nákladů
- Motivace pacientů překračovat za určitých podmínek stop – loss limit
- Zhoršení dostupnosti zdravotní péče pro nízkopříjmové skupiny obyvatel

5.4.3 Příležitosti

- Propojení zdravotního pojištění s úrazovým pojištěním
- Daňové úlevy podporující příspěvky zaměstnavatelů na OZÚ zaměstnanců
- Vznik vnitropodnikové zdravotní péče

- Vznik fondu na podporu supernákladné zdravotní péče a výzkumu
- Propojení internetové zdravotní knížky systému IZIP s čipovou kartou určenou pro správu OZÚ
- Bonifikace zdravotních pojišťoven pojištěncům, kteří čerpají málo zdravotní péče
- Pozitivní změny ve financování poskytovatelů zdravotní péče
- Zlepšení celkového zdravotního stavu obyvatelstva

5.4.4 Hrozby

- Současná politická situace v České republice
- Rozsáhlé legislativní změny
- Velký objem finančních prostředků potřebných pro nastartování systému
- Vznik regionálních nerovností zdravotního stavu obyvatelstva mezi „bohatými“ a „chudými“ regiony
- Nedostatečné PR o reformě
- Nevole občanů k přijetí odpovědnosti za vlastní zdraví

ZÁVĚR

V závěru této diplomové práce shrnu dopady připravované reformy financování zdravotní péče na pacienta, zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovny, český stát a jeho ekonomiku obecně.

Připravovaná reforma by měla občanům České republiky přinést mnohá positiva. Uvolněním trhu s zdravotním pojištěním bude umožněn konkurenční boj zdravotních pojišťoven o pojištěnce, který už nebude pasivním příjemcem zdravotnických služeb, ale bude do systému zdravotní péče přímo zapojen. Pacient získá prostřednictvím volitelných plánů a úhrady zdravotní péče z osobního zdravotního účtu účinný nástroj, kterým bude aktivně ovlivňovat množství a kvalitu spotřebované zdravotní péče. Spotřebitel zdravotních služeb se nebude muset rozhodovat na základě administrativních omezení dostupnosti zdravotní péče, ale na základě ekonomické reality. Pacient velkou měrou přijme odpovědnost za vlastní zdraví. Zdravotní pojišťovny budou vyvíjet tlak na kvalitu a efektivitu služeb zdravotnických zařízení a spotřebitelé zdravotní péče tak budou profitovat z vyšší kvality zdravotnických služeb. Tlak na efektivitu a kvalitu bude vytvářen na základě porovnatelných informací, které budou tyto zařízení zveřejňovat. Pojištěnec tak získá informace o kvalitě a efektivitě zdravotní péče v jednotlivých zdravotních zařízeních, které mu vytvoří informační bázi pro kvalifikované rozhodnutí o spotřebě zdravotní péče. V systému založeném na financování zdravotnictví z osobních zdravotních účtů budou na pojištěnce kladeny větší nároky, než je tomu v systému stávajícím. Občan bude muset sledovat stav svého osobního zdravotního účtu, platit nově stanovené regulační poplatky, aktivně se účastnit preventivních programů, které budou s vysokou pravděpodobností součástí doplňkové části zdravotního pojištění, a především bude muset přijmout odpovědnost za rozhodnutí týkající se vlastního zdraví. A právě přijetí odpovědnosti za vlastní zdraví nebude jistě velká část občanů nakloněna.

Zdravotní pojišťovny si budou moci konkurovat nabídkou doplňkových zdravotních plánů a službami spojenými se správou osobních zdravotních účtů. Zdravotní pojišťovny budou vyvíjet tlak na zdravotnická zařízení na zvýšení efektivity, kvality a minimalizaci nákladů zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny a zdravotnická zařízení se dostanou do přirozeného ekonomického kontextu. Pojišťovna získá prostřednictvím ovlivňování nabídky a poptávky po zdravotních službách účinné nástroje pro minimalizaci nákladů. V rámci minimalizace nákladů zdravotních pojišťoven lze předpokládat vznik doporučených zdravotnických zařízení, ve kterých budou mít případně zdravotní pojišťovny majetkovou účast.

Stát bude muset ve vztahu k zdravotním pojišťovněm zaujmout roli regulátora, který stanoví přísná, nicméně velmi transparentní pravidla

Zdravotnická zařízení získají reformou větší autonomii v rozhodování o poskytované zdravotní péči. Budou motivována k minimalizaci nákladů, maximalizaci efektivity a kvality poskytované zdravotní péče. Ve zdravotnických zařízeních by mělo dojít k obnovení pozitivní motivace zdravotnických pracovníků a managementu, kteří budou odměňováni na základě skutečných výsledků jejich práce, a ne na základě splnění administrativně stanovených limitů. Mezi poskytovateli zdravotních služeb bude fungovat kompetitivní tržní prostředí, které bude motivovat ke zvyšování kvality a efektivity poskytovaných zdravotnických služeb. Předpokládá se také vznik výzkumných center super – nákladné zdravotní péče, které by mohly být financovány z výnosů z regulačních poplatků. Na počátku reformy lze očekávat snahu zdravotnických zařízení o pozitivní diskriminaci ziskových zdravotnických oborů a negativní diskriminaci neziskových oborů, avšak po relativně krátké době dojde k nasycení trhu a situace na trhu zdravotnických služeb se stabilizuje. Dojde tak k přirozenému „pročištění“ trhu.

Reforma bude mít pozitivní dopad i na celou ekonomiku České republiky. Na zdravotnictví je často mylně nahlíženo jako na sektor, který je vytržený z ekonomické reality a v myslích občanů je hluboce zakořeněn mýtus o bezplatnosti zdravotní péče z dob socialismu. V praxi by toto tvrzení znamenalo, že ve zdravotnictví dochází pouze ke spotřebě a není vytvářena žádná hodnota. To je však pohled velmi mylný. Spotřeba zdravotní péče přispívá ke zvýšení našeho užítku a tak v konečném důsledku přispívá k blahobytu celé společnosti, protože blahobyt společnosti není ničím jiným než prostým součtem užítků jednotlivců. Na spotřebu zdravotní péče lze nahlížet také jako na mezispotřebu, tedy že statky ve zdravotnictví spotřebované budou následně použity k vytvoření dalšího statku. Výsledným produktem zdravotnictví může být na straně jedné průceschopnější populace, která může vytvářet další statky a posilovat tak ekonomiku státu. Na straně druhé u péče paliativní a péče o ekonomicky neaktivní občany dochází ke zvyšování kvality jejich života, tedy ke zvyšování jejich osobního užítku a výsledným produktem je zvyšování blahobytu společnosti. Na sektor zdravotních služeb je potřeba nahlížet jako na sektor ziskový, který má vysoký ekonomický potenciál pro Českou republiku. Svými znaky se zdravotnictví řadí mezi „high – tech“ odvětví, pro které je typickým znakem vysoká přidaná hodnota vytvářená vysoce kvalifikovanou pracovní silou za použití nejmodernějších technologií a vědomostí. Tedy

odvětví vytvářející vysokou přidanou hodnotu, které může velmi pozitivně ovlivňovat růst hrubého domácího produktu.

Navrhovaná reforma financování zdravotní péče bude proces postupně navazujících kroků trvající osm až deset let. Postupně bude přibývat soukromých financí do zdravotnictví, tím dojde ke stabilizaci systému. Vznikne tak dostatečně dlouhé období pro zavádění změn financování zdravotní péče založené na posílení role občana prostřednictvím osobních zdravotních účtů. Po přechodnou dobu zachován současný rozsah zdravotní péče hrazený z veřejných zdrojů. Pojišťovny budou na počátku uvolnění trhu se zdravotním pojištěním nabízet velký počet zdravotních plánů. Poptávka občanů ukáže, jakému typu zdravotních plánů dávají přednost a postupně se nabídka zdravotních pojišťoven přizpůsobí poptávce pojištěnců. Občané se tak budou postupně dostávat do ekonomické reality trhu zdravotních služeb.

Reforma financování zdravotní péče bude úspěšná jen za podmínky, že bude zachována její komplexnost a budou naplněny všechny navrhované reformní kroky. Jenom tak lze zaručit stabilitu systému a pozitivní efekty reformy pro občana a celou společnost.

Použité zdroje:

1. **ANTOŠOVÁ, Lucie:** ZMĚNY ZDRAVOTNICTVÍ CHTĚJÍ VŠUDE NA SVĚTĚ. *Medical Tribune*.13/2006 str.17 .
2. **ANTOŠOVÁ, Lucie:** ZDRAVOTNICTVÍ JAKO SOUČÁST NÁRODNÍHO HOSPODÁŘSTVÍ. *Institut ekonomických studií FSV UK*, 2005. [online]: [2007-01-03] <<http://www.cabrnoch.cz/media/prezentace-antosova.pdf> >
3. **DURDISOVÁ, Jaroslava:** EKONOMIKA ZDRAVÍ. *Praha, Oeconomica*,2005. ISBN 80-245-0998-9.
4. **HAZLIT, Henry:** EKONOMIE V JEDNÉ LEKCI. *Liberální insitut, Praha*, 1999. ISBN 80-902701-2-3
5. **HOLMAN, Robert a kol:** STUDIE K REFORMÁM ZDRAVOTNÍHO A PENZIJNÍHO POJIŠTĚNÍ. *Praha, Oeconomic*. ISBN 80-245-0994-6
6. **HROBOŇ, Pavel; MACHÁČEK, Tomáš; JULÍNEK, Tomáš:** NÁVRH ZMĚNY SYSTÉMU ZDRAVOTNÍHO ZABEZPEČENÍV ČESKÉ REPUBLICE. www.zdravotnireforma.cz, 2004. [online]: [2006-12-22] <http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_vstupni_studie.pdf>
7. **HROBOŇ, Pavel; MACHÁČEK, Tomáš; JULÍNEK, Tomáš:** REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ PRO ČESKOU REPUBLIKU V EVROPĚ 21. STOLETÍ. *REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ FORUM CZ*. [online]: [2006-12-22] <http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf>
8. **HROBOŇ, Pavel:** CO ČEKÁ PACIENTY V ROCE 2006?. *Český pacient*, 2006. [online]: [2006-12-22] <http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Clanky/CP_2006_02_20_PH.doc>
9. **HROBOŇ, Pavel:** ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ A SVĚTLO NA KONCI TUNELU. *Lidové noviny*, 2006. [online]: [2006-12-22] <http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Clanky/Lidovky_14.7.06.pdf>
10. **HROBOŇ, Pavel:** ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ NEVZKVÉTÁ. *Český pacient*, 2006. [online]: [2006-12-22] <http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Pacient_01_06.pdf>

11. **HROBOŇ, Pavel:** DOČKÁ SE KONEČNĚ ZDRAVOTNICTVÍ ZMĚN. *Hospodářské noviny*, 2006. [online]: [2006-12-22]
<http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Clanky/PH_19.6.06.pdf>
12. **HROBOŇ, Pavel:** KDYŽ BUDE STÁT ŘÍDIT ZDRAVOTNICTVÍ BUDE HŮŘ. *Hospodářské noviny*, 2005.
[online]: [2006-12-22] <http://www.healthreform.cz/content/files/cz/O_nas/HN15.12.05.pdf>
13. **HROBOŇ, Pavel:** KONKURENCE JE VÝKONĚJŠÍ. *Medical tribune*, 2005.
[online]: [2006-12-22] <http://www.healthreform.cz/content/files/cz/O_nas/MT_10.10.05.pdf>
14. **HROBOŇ, Pavel:** MÝTY A REALITA NEZISKOVÝCH NEMOCNIC. *Středočeské listy 2006*. [online]: [2006-12-22]
<http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Clanky/PH_Stredoceske_listy.pdf>
15. **HROBOŇ, Pavel:** NUTNÉ ROLE STÁTU VE ZDRAVOTNICTVÍ. www.healthreform.cz, 2005. [online]: [2006-12-22]
<http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_euroforum_22_11_05.pdf>
16. **HROBOŇ, Pavel:** OSOBNÍ ÚČTY JAKO PODPORA OBČANA VE ZDRAVOTNICTVÍ. www.healthreform.cz, 2005.
[online]: [2006-12-22]
<http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_euroforum_24.05.pdf>
18. **HROBOŇ, Pavel:** POJIŠŤOVNY JAKO NÁKUPČÍ PÉČE NYNÍ A PO REFORMĚ. www.healthreform.cz, 2005.
[online]: [2006-12-22]
<http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_Plzen_30_03_05.pdf>
19. **HROBOŇ, Pavel:** PROJEKCE BILANCE ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ DO ROKU 2050. www.healthreform.cz, 2005.
[online]: [2006-12-22]
<http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/PH_Plzen_30_03_05.pdf>
20. **JULÍNEK, Tomáš:** CHTÍT ZDRAVÍ - MODRÁ ŠANCE PRO ZDRAVOTNICTVÍ. Hlavní kancelář *ODS*, 2004. [online]: [2006-12-22] <http://www.ods.cz/docs/publikace/modra_sance-zdravotnictvi.pdf>

21. **MACHÁČEK, Tomáš:** VLIV KONKURENCE NA FUNGOVÁNÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN. *www.healthreform.cz*, 2005.
[online]: [2006-12-22]
<http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/2_Clanky_prezentace/Prezentace/TM_euroforum_27_9_05.pdf>
22. **MZČR:** REGULAČNÍ POPLATKY V KONTEXTU REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ.
[online]: [2007-04-15] <http://www.mzcr.cz/data/c2651/lib/TK_070412_poplatky.ppt>
23. **NECHVÁTAL, Antonín:** NAŠE REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ. *www.cevro.cz*, 2005.
[online]: [2006-12-22] <<http://www.cevro.cz/cs/cevrorevue/aktualni-cislo-online/2005/10/65548-nase-reforma-zdravotnictvi.html>>
24. **POLÁK, Jiří:** JAK SPRÁVNĚ POSODIT REFORMU ZDRAVOTNICTVÍ. *HN.IHNED.CZ*, 2006. [online]: [2007-01-07] <http://hn.ihned.cz/1-10132710-19244900-500000_d-94>
25. **SCHNEIDER, Ondřej:** PREDIKCE FINANČNÍ BILANCE VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ DO ROKU 2050. *REFORMA ZDRAVOTNICTVÍ FORUM CZ*, 2006
[online]: [2007-01-07]
<http://www.healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/Elpida_2005.pdf>
26. **ÚZIS:** EKONOMICKÉ INFORMACE VE ZDRAVOTNICTVÍ 2005.
[online]: [2007-04-04] <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2523>
27. **ÚZIS:** ZDRAVOTNICKÁ ROČENKA ČESKÉ REPUBLIKY 2005.
[online]: [2007-04-04] <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2958>
28. **ÚZIS:** ZDRAVOTNICTVÍ 2005 VE STATISTICKÝCH ÚDAJÍCH.
[online]: [2007-04-04] <http://www.uzis.cz/download_file.php?file=2338>

Seznam obrázků a grafů

<i>Tabulka 1 - Rozdíl při 100% přerozdělení v příjmech oproti stavu při 60% přerozdělení</i>	24
<i>Tabulka 2 - Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na 1 pojištěnce podle věku a pohlaví v roce 2004</i>	31
<i>Tabulka 3 – Motivace pojištěnce</i>	57
<i>Obrázek 1 – Vývoj výdajů na zdravotnictví</i>	14
<i>Obrázek 2 – Objem závazků pojišťoven po lhůtě splatnosti v letech 2000 až 2006</i>	15
<i>Obrázek 3 - Podíl celkových výdajů na zdravotnictví na hrubém domácím produktu</i>	17
<i>Obrázek 4 – Vztah výdajů na zdravotnictví v zemích OECD v roce 2002</i>	18
<i>Obrázek 5 - Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování</i>	19
<i>Obrázek 6 – Výsledky léčby onkologických pacientů: srovnání celkového přežití nemocných operovaných na různých pracovištích, karcinom prsu, stadium I a II</i>	20
<i>Obrázek 7 – Podíl obyvatel v produktivním věku na celkovém počtu obyvatel České republiky – změna mezi léty 2003 a 2050</i>	28
<i>Obrázek 8 – Vývoj věkové struktury obyvatelstva v letech 1994 – 2004</i>	29
<i>Obrázek 9 – Veřejné výdaje na zdravotnictví v poměru k HDP</i>	33
<i>Obrázek 10 – Příčiny růstu výdajů na zdravotnictví a jejich příspěvky relativně k HDP</i>	34
<i>Obrázek 11 – Rozsah zdravotní péče uhraditelné z veřejných zdrojů při sazbě pojistného 13,5 % (dnešní hrazený rozsah péče = 100%)</i>	35
<i>Obrázek 12 – Sazby pojistného a efektivní zdravotní daně nutné k udržení veřejného financování dnešního rozsahu zdravotních služeb</i>	36
<i>Obrázek 13 – Podíl veřejných výdajů na celkových výdajích ve zdravotnictví v zemích OECD v roce 2002</i>	38
<i>Obrázek 14 – Rozložení nákladů na zdravotní péči mezi jednotlivými skupinami občanů</i>	41
<i>Obrázek 15 – Počet návštěv lékaře za rok na obyvatele v EU</i>	51
<i>Obrázek 16 - Počet dnů hospitalizace na obyvatele</i>	52
<i>Obrázek 17 – Toky finančních prostředků na OZÚ a financování zdravotních plánů</i>	55