

Fond veřejného zdravotního pojištění v ČR

Ivan Malý

Úvod

Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP se u nás v posledních letech pohybuje kolem 7% (2001 – 7,4%) a je od roku 1993, kdy došlo ke skokovému zvýšení zhruba o 2-3 procentní body v důsledku zavedení systému zdravotního pojištění, poměrně stabilní. Bráno úzce z hlediska klasického *cost containment* (kontroly nákladů) je současný systém financování zdravotnictví dosti úsporný přes všechny dobře známé problémy s deficitem zdravotních pojišťoven i zdravotnických zařízení.

Měřeno objemem prostředků, které protékají veřejným zdravotním pojištěním, jde bezpochyby o **nejvýznamnější fond v celé soustavě veřejných rozpočtů ČR**.¹ Je zde splněn věcný definiční znak mimorozpočtových fondů – účelová vázanost peněžních prostředků.

Do značné míry se na fond zdravotního pojištění vztahuje i výstižný výčet důvodů existence mimorozpočtových fondů, který je uveden v Koncepti reformy veřejných financí (MFCR:2002a, s.120): „Za hlavní důvody vedoucí ke zřízení mimorozpočtových fondů se považuje:

- Ochrana prioritních výdajů proti rozpočtovým škrtnutím
- Snaha obejít některá pravidla obecně upravující „řádné“ rozpočtové výdaje (možnost převodu nevyčerpaných prostředků do následujícího roku)
- Snaha vyhovět požadavkům silných zájmových skupin
- Snaha podřídit vybrané transakce výrazně slabší kontrole ze strany parlamentu“

Tato kapitola představuje fond veřejného zdravotního pojištění jako součást rozpočtové soustavy ČR. Popisuje jeho vznik, hlavní pravidla fungování a současnou institucionální podobu. Zejména si všimáme způsobu tvorby fondu, resp. jeho příjmů, a způsobu použití prostředků fondu. V závěru blíže rozebereme některé současné problémy existence fondu veřejného zdravotního pojištění a jeho možný budoucí vývoj.

1. Vznik zdravotního pojištění

Po roce 1989 se naplno projevila již dříve existující potřeba reformovat zdravotnický systém. Od poloviny šedesátých let ukazovaly ukazatele zdravotního stavu zhoršující se zdravotní stav české populace. Bylo potřeba od základů reformovat celé zdravotnictví, v té době hierarchicky organizovaný a silně centralizovaný státně monopolní systém financovaný prostřednictvím státního rozpočtu. Zdravotnictví silně trpělo nedostatkem finančních prostředků², zejména devizových. Projevovalo se to v nedostatku moderních technologií a některých léků.

Již v roce 1990 byl předložen návrh reformy zdravotnictví Skupinou pro reformu zdravotnictví (SKUPR) složenou ze zástupců odborné veřejnosti. Nový systém zdravotní péče s sebou přinesl především následující změny:

Změna organizační a institucionální struktury

Významným bodem reformy bylo oddělení plátců a poskytovatelů zdravotní péče díky vzniku zdravotních pojišťoven jako institucí plátců zdravotní péče. Došlo ke změně integrovaného modelu plátce a poskytovatele (tj. plátcem i poskytovatelem byl jeden subjekt, a to stát), který

¹ To platí i přesto, že např. ministerstvo financí se přidržuje formálně právního vymezení pojmu fond a díky tomu nepracuje s veřejným zdravotním pojištěním jako s mimorozpočtovým fondem.

² Celkové výdaje na zdravotnictví dosahovaly v r.1989 5,3% HDP...

byl nahrazen modelem smluvním. Dosavadní organizační celky (ÚNZ) byly transformovány v síť jednotlivých právně samostatných zdravotnických zařízení (jednotlivé ordinace, sdružená ambulantní zařízení, nemocnice, léčebny apod.). V roce u nás 1991 existovalo 430 zdravotnických zařízení (ZZ), v roce 1995 jich bylo již více než 22000 (za ZZ je považována i soukromá praxe praktického lékaře). Začala vznikat nová nestátní zdravotnická zařízení. Dilem šlo o převádění zdravotnických zařízení na obce, dilem byla odstartovaná privatizace stávajících státních zdravotnických zařízení (včetně některých nemocnic) a privatizace činnosti jednotlivých lékařů.

Změna financování péče o zdraví

Nejvýznamnějším prvkem reformy zdravotního systému se stal přechod od systému financovaného ze státního rozpočtu k systému postaveném na povinném, všeobecném veřejném zdravotním pojištění. Česká republika se tak v podstatě vrátila ke kontinentálnímu (bismarckovskému) modelu financování, na kterém fungovalo zdravotnictví v období první republiky a který se vyskytuje v řadě evropských zemích (Belgie, Francie, Německo, Nizozemsko).

Toto strategické rozhodnutí bylo vedeno především snahou zaručit občanům i nadále dostupnost věcných dávek zdravotní péče na solidární bázi. Zdravotní pojištění koresponduje s historickým systémem sociálního pojištění v ČR a se systémy okolních evropských zemí, jde o poměrně jednoduchý systém, který je pro občany snadno pochopitelný. Navíc vytváří předpoklady pro zavedení takových forem úhrad péče, které odrážejí kvantitu a kvalitu poskytované péče a umožňuje vznik soukromého vlastnictví ve zdravotnictví. V neposlední řadě šlo také o to, učinit výdaje na zdravotní péči přehlednějšími, v zájmu vyšší motivace občanů na uchování a zlepšování vlastního zdraví.

Systém financování byl konstruován od počátku jako systém s konkurencí plátců³. Zdravotní pojišťovny vznikly ze zákona (viz zákon č.551/1991 Sb. o všeobecné zdravotní pojišťovně a zákon č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách), který definuje jejich uspořádání a způsob fungování. Jsou to veřejnoprávní samosprávné organizace neziskové povahy. Jde o organizace otevřené, tj. pojištěncům je dána svobodná volba zdravotní pojišťovny. Pojišťovny jako plátcí zdravotní péče mají svůj zdroj příjmů zejména z prostředků povinného zdravotního pojištění, což zahrnuje platby od pojištěnců, zaměstnavatelů a od státu. Mezi jejich další finanční zdroje patří především vlastní zdroje z fondů zdravotních pojišťoven, příjmy z přírážek k pojistnému a pokut apod.

Příjmy ze zdravotního pojištění tvoří daleko největší část zdrojů plynoucích do zdravotnictví (viz tab.1) Podíl zdravotního pojištění na celkových výdajích se pohybuje v jednotlivých letech v intervalu 77 – 83 % (82,6% v roce 2001). Na první pohled to signalizuje vysokou míru nezávislosti zdravotnického finančního systému na každoročních fiskálních rozhodnutích vlády. Ve skutečnosti tomu tak ovšem není. Systém je silně závislý na jednorázových zásazích státu z rozhodnutí vlády (viz např. odkup pohledávek za dlužníky pojistného v roce 2001⁴, oddlužení nemocnic v devadesátých letech, bezúročné půjčky zdravotnickým zařízením). Nemalá část vybraného pojistného je rovněž determinována rozhodnutím státu o výši vyměřovacího základu u pojištěnců, za které platí stát. Toto rozhodnutí bylo za posledních deset let již pětkrát změněno (vyměřovací základ byl několikrát novelizován i u dalších kategorií plátců).

³ Na přelomu roku 1993 a 1994 existovalo v našem systému již 19 zdravotních pojišťoven a v roce 1995 dokonce 27

⁴ V roce 2001 došlo z rozhodnutí vlády ČR k odkoupení části pohledávek zdravotních pojišťoven za dlužníky v konkursech Konsolidační bankou. Na úhradu takových dluhů přijala např. VZP částku 3,155 miliard Kč, což by mělo představovat úhradu cca 70 % ze všech pohledávek, které Konsolidační banka převzala. Vlivem odkoupení pohledávek došlo poprvé od začátku existence VZP k meziročnímu snížení kumulované částky pohledávek za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti (VZP 2002)

Ze **státního rozpočtu** jsou financovány pouze příspěvky zdravotnickým organizacím na vybrané činnosti, které zdravotní pojišťovny nehradí (lékařský výzkum, výuka lékařů, problematika AIDS, protidrogový program apod.). Celkové výdaje kapitoly Ministerstva zdravotnictví a výdaje na zdravotní kapitoly územních rozpočtů dosáhly za rok 2001 částky 13,96 mld. Kč, což je 9,6 % z celkových veřejných výdajů na zdravotnictví a 8,8 % celkových výdajů. (Nejsou zde zahrnuty výdaje ostatních resortů - národní obrana a vnitra – ty se pohybují zhruba v řádu další 1 mld. Kč.

Podíl přímých plateb pacientů je významný pouze ve vztahu k platbám za léky. (Od roku 1994 nezahrnuje koš plně hrazených služeb např. 50 procent léků, desítky stomatologických výkonů, kosmetické a plastické operace, interrupce, umělé oplodnění apod.)

Tab. 1 Vývoj výdajů na zdravotnictví^{*)} (v mil. Kč.)

Rok (1)	celkem	veřejné				soukromé		
	(2)	celkem, z toho: (3)	státní a územní rozpočty		zdravotní pojišťovny		Soukromé výdaje celkem ³⁾ (8)	
			(3) + (8)	celkem	neinvestiční	celkem		zdrav. péče
				(4)	(5)	(6)		(7)
	45 652	43 552	43 552	36 971	32 479 ¹⁾	32 023	2 100 ⁴⁾	
1993	73 062	69 262	13 027	6 114	56 235	52 290	3 800 ⁴⁾	
1994	86 418	81 136	13 791	7 052	67 345	63 633	5 282	
1995	100 675	93 309	15 076	7 674	78 233	74 168	7 366	
1996	110 662	102 400	12 641	7 212	89 759	86 088	8 262	
1997	118 914	109 033	11 459	7 015	97 574	93 145	9 881	
1998	129 871	119 267	11 769	6 408	107 498	101 450	10 604	
1999	134 928	123 453	13 128	7 418	110 325	106 351	11 475	
2000	141 871	129 626	13 708	7 164	115 918	111 397	12 245	
2001 ²⁾	158 799	145 096	13 960	8052	131 136	126 649	13 711	

*) nezahrnutý výdaje ostatních resortů mimo resort zdravotnictví

1) započteno ve výsledcích státního rozpočtu (v roce 1992 existovala VZP, která získala prostředky ze státního rozpočtu)

2) předběžné údaje

3) Výpočet ÚZIS ČR na základě statistiky rodinných účtů ČSÚ

4) Odhad ÚZIS ČR

Zdroj: ÚZIS, 2002. upraveno autorem

Nový způsob úhrady

Původní způsob financování zdravotnických zařízení byl postaven na metodě historických nákladů, podle níž byl ústavům národního zdraví stanovován roční rozpočet. Tento způsob úhrady byl ostře kritizován již v osmdesátých letech pro své demotivační účinky. Požadavek ekonomizace zdravotnictví, vytvoření způsobu úhrady, který by zvýhodňoval ty, kteří pracují více a lépe, byl jedním z hlavních principů transformace.

Mechanismus úhrady nákladů poskytované zdravotní péče byl v novém systému založen na platbách podle podrobně stanovených výkonů. Šlo o systém tzv. relativního ocenění výkonu prostřednictvím bodů (viz. vyhláška MZ č. 258/1992 Sb. o seznamu výkonů a jejich bodové hodnotě). Seznam výkonů obsahoval zdravotní výkony hrazené zdravotními pojišťovnami plně nebo částečně a zdravotní výkony jimi nehrazené, kódy výkonů, jejich názvy, bodové hodnocení a podmínky pro poskytnutí úhrady za provedené výkony prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Bodové hodnoty zdravotních výkonů obsažené v seznamu měly vyjadřovat průměrné vlastní náklady na příslušný výkon. Zahrnovaly přímé mzdy, prvotní režii a správní

režii včetně odbytové. Přímý materiál nebyl zahrnut do vlastních nákladů, byl v seznamu uveden odděleně a vyjádřen v Kč.

Tento mechanismus byl uplatněn na zdravotnická zařízení i lékaře se soukromými praxemi od srpna r.1992. Zajímavé je, že byl uplatněn plošně na ambulantní i lůžkovou péči, což se velmi brzy ukázalo jako chyba. V roce 1997 došlo k významným změnám způsobů úhrady, zavedení kombinované kapitační platby praktickým lékařům a paušálních úhrad lůžkovým zařízením.

Originálně byla v prvních letech fungování nového systému řešena otázka ceny bodu. Množství výkonů nebylo nijak limitováno. Hodnota bodu nebyla známa předem (neexistovala ani jeho minimální hodnota) a hodnota jednoho bodu byla kalkulována *ex post* z celkového množství prostředků daného skutečně vybraným pojistným. Z této částky se odečetly náklady na tzv. "přímo hrazené položky" (léky, zdrav. materiál, krev, cestovné pacientů, paušály apod.) a zbytek sloužil jako základna pro výpočet hodnoty jednoho bodu. Ta se počítala vždy po uplynulém období (čtvrtletí) tak, že se všechny vykázané bodové hodnoty se sečetly a dělila se jimi základna. Celkové příjmy zdravotnických zařízení tak byly dány součtem proplacených bodů a výdajů za přímo hrazené položky.

Tento systém vedl okamžitě k jevu, zvanému „inlace bodu“. Cena bodu dramaticky klesala, neboť množství vykazovaných bodů velice rychle rostlo. Fakt, že faktická cena, resp. výše úhrad byla známá až *ex post*, vedl ke značné nestabilitě v postavení poskytovatelů péče. Efektivní finanční ani strategické plánování prakticky nebylo možné. Jako řešení bylo přijato stanovení „minimální garantované ceny bodu“ jako výsledku pravidelného dohodovacího řízení mezi plátcí a poskytovateli (zprvu za přímé účasti státu).

2. Pravidla fungování fondu zdravotního pojištění

Fungování fondu zdravotního pojištění je upraveno řadou právních norem. Základní zákonnou normou přímo ovlivňující formy a metody úhrad je čl. 31 Listiny základních práv a svobod zakotvené v Ústavě ČR, ve které se hovoří o veřejném pojištění a právu na bezplatnou zdravotní péči za podmínek stanovených zákonem. Ze zákonů, které jsou pro tuto oblast nejvýznamnější, je třeba jmenovat především zákon o veřejném zdravotním pojištění (z.č. 48/1997 Sb.), o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění (z.č. 592/1992 Sb.) a z.č. 60/1995 Sb., kterým se mění a doplňuje zákon ČNR č. 551/1991 Sb. o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR, zákon ČNR č. 280/1992 Sb. o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách.

Tvorba fondu pojistného

Fond pojistného je vytvářen a spravován zdravotními pojišťovnami, které *provádějí zdravotní pojištění* (§ 40 zákona č.48/1997 Sb.). V ČR vzniklo několik typů zdravotních pojišťoven. Jako první vznikla **Všeobecná zdravotní pojišťovna**, u níž byli pojištěni v přechodném období všichni pojištěnci před vznikem ostatních zdravotních pojišťoven. Tato instituce měla a stále má mezi zdravotními pojišťovnami specifické postavení - je na rozdíl od ostatních zřízena podle zvláštního zákona, vztahují se na ní v některých případech odlišná kritéria a má více zákonných povinností než ostatní zdravotní pojišťovny. VZP je jedinou zdravotní pojišťovnou jež nemohla a nemůže na základě platné zákonné úpravy zaniknout.

Zákon č.280/1992 Sb. upravuje vznik, činnost a zánik širšího spektra **zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven** - jedná se o pojišťovny s vazbou na resorty (vnitřní, obrany) - **resortní** zdravotní pojišťovny. Druhým typem jsou pojišťovny se strukturou pojištěnců - zaměstnanců jednoho oboru - **oborové** zdravotní pojišťovny, třetím typem jsou zdravotní pojišťovny s vazbou najeden nebo více podniků – **podnikové**.

Plátcí pojistného jsou pojištěnci (zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné), zaměstnavatelé a stát. Stát je plátcem prostřednictvím státního rozpočtu především za nezaopatřené děti, důchodce, ženy na mateřské dovolené, vojáky základní služby a uchazeče o zaměstnání.

Výše pojistného činí 13,5% z vyměřovacího základu, kterým je u zaměstnanců hrubá mzda (9 % platí zaměstnavatel a 4,5 % zaměstnanec), u OSVČ 35% z příjmů z podnikání po odpočtu výdajů na jejich dosažení podle zákona o dani z příjmů. U osob, za které je plátcem stát, byl původně vyměřovací základ pojistného odvozen od minimální mzdy. Od roku 1999 je vyměřovací základ stanoven pevnou částkou (3250,- Kč od 1.7.2001).

Přerozdělování pojistného

Pojišťovny vybírají pojistné za své pojištěnce. Důležitým principem tvorby příjmů fondu zdravotního pojištění je **přerozdělování pojistného**. Přerozdělování pojistného bylo zavedeno s cílem zabránit případné selekci pojištěnců s vyšší věkovou strukturou, na které ve většině případů plynou vyšší částky z prostředků zdravotních pojišťoven.

Každá zdravotní pojišťovna obdrží přímo 40 % vybraného pojistného, zbývajících 60 % je přerozdělováno prostřednictvím zvláštního účtu zřízeným a spravovaným Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Každá pojišťovna získá z přerozdělení prostředky podle počtu registrovaných pojištěnců pojištěných státem. Celkovou částku získanou z přerozdělení pro příslušnou zdravotní pojišťovnu tvoří součet podílů připadajících na každého jejího pojištěnce, za kterého je plátcem stát, přičemž na takového pojištěnce ve věku do 60 let připadá jeden podíl a na pojištěnce od 60 let tři podíly.

Používání prostředků fondu

Zdravotní pojišťovny na základě smluv se zdravotnickými zařízeními *proplácejí poskytovanou zdravotní péči*, která je hrazena z prostředků povinného zdravotního pojištění.

Rozsah hrazené zdravotní péče je v současné době dán zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, podle něhož má pojištěnec právo na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení, kteří jsou ve smluvním vztahu k příslušné zdravotní pojišťovně. V takovém případě má pojištěnec právo na zdravotní péči bez přímé úhrady (s výjimkou péče vyjmenované v zákoně jako nehrazené ze zdravotního pojištění, hrazené za určitých podmínek nebo zčásti). Pokud smluvní zdravotnické zařízení vyžaduje za hrazenou péči platbu v hotovosti, jedná v rozporu se zákonem. Pojištěnci si mohou pro všechny druhy péče, včetně péče neakutní, vybrat i nesmluvní zdravotnické zařízení. Tím se však vzdávají práva na úhradu péče z veřejného zdravotního pojištění a veškerou zdravotní péči poskytnutou v nesmluvním zdravotnickém zařízení, včetně léků a doprovodných vyšetření, kromě nutné a neodkladné péče, si hradí sami ze svých prostředků.

Hrazená zdravotní péče zahrnuje:

Léčebnou péči ambulantní a ústavní, včetně diagnostické péče, rehabilitace a péče o chronicky nemocné. Léčivé přípravky a zdravotní prostředky indikované v případě ústavní léčby jsou plně hrazeny ze zdravotního pojištění.

Pohotovostní a záchrannou službu.

Preventivní péči

Dispensární péči (soustavnou péči o určité skupiny nemocných, nebo rizikových pojištěnců)

Poskytování léčivých přípravků. Prostředky zdravotnické techniky se hradí v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení v základním provedení, nejméně ekonomicky náročném. Toto je stanoveno platným ceníkem prostředků zdravotnické techniky, případně podléhá schválení revizním lékařem pojišťovny.

Poskytování prostředků zdravotnické techniky. Prostředky zdravotnické techniky se hradí v závislosti na míře a závažnosti zdravotního postižení v základním provedení, nejméně ekonomicky náročném. Toto je stanoveno platným ceníkem prostředků zdravotnické techniky, případně podléhá schválení revizním lékařem pojišťovny.

Poskytování stomatologických výrobků. Je stanoveno platným ceníkem stomatologických výrobků.

Lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách

Závodní preventivní péči

Dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů

Posudkovou činnost

Prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu včetně přepravy

Kromě zdravotní péče hrazené plně z veřejného zdravotního pojištění existuje celá řada výkonů, prostředků zdravotnické techniky, léčivých přípravků, jakož i dalších služeb (např. úhrada ubytování ve zdravotnickém zařízení – lázeňské léčebny), které z veřejného zdravotního pojištění **nejsou hrazeny buď vůbec, nebo pouze částečně**, nebo při splnění určitých zákonem stanovených podmínek. Ze zdravotního pojištění se nehradí např. výkony akupunktury, zdravotně výchovná činnost, zubní implantáty a další výkony s tím související, preventivní rehabilitace a rekondiční pobyty. Rovněž nejsou hrazeny vyšetření, prohlídky a jiné výkony provedené v osobním zájmu a na žádost fyzických osob nebo v zájmu a na žádost právnických osob, jejichž cílem není zachovat nebo zlepšit zdravotní stav pojištěnce (např. zdravotní způsobilost k řízení motorového vozidla).

Financování provozu ZP

Z vybraného zdravotního pojištění, které je primárně zdrojem „základního fondu“ (§ 1 vyhl. MF č.227/1998 Sb.) je rovněž spolufinancován provoz zdravotních pojišťoven, resp. ze základního fondu může pojišťovna provést přiděl prostředků do provozního fondu a dalších fondů, které smí ze zákona zřídít. Výše tohoto přidělu je dána ročním limitem nákladů na činnost zdravotní pojišťovny, stanoveným v § 7 odst.1 citované vyhlášky. Výše limitu je závislá na výši příjmů ze zdravotního pojištění a průměrném počtu pojištěnců. Pohybuje se řádově ve výši 4%.

3. Hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění

Systém zdravotního pojištění se od počátku potýkal s důsledky základní makroekonomické nerovnováhy mezi poptávkou po zdravotní péči, u které se spojuje nadměrná (neboť s náklady péče nekonfrontovaná) poptávka domácností s důsledky nedostatečně regulované nabídky, a nutně omezenými dostupnými zdroji. S tím jsou spojeny z finančního pohledu negativní jevy, jako je deficit fondu, existence závazků po lhůtě splatnosti, druhotná zadluženost, či nesystémové zásahy vlády.

Napětí mezi zdroji a náklady je přítomné stále, i když v posledních letech (díky pozitivnímu vývoji ekonomiky) se vývoj příjmů z pojištění vyvíjí velmi uspokojivě a již několik let dochází

k tomu, že celkové saldo hospodaření zdravotních pojišťoven je kladné. I po částečné konsolidaci zůstává problémem finanční pozice největší z pojišťoven – Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), které se nedaří naplnit svůj rezervní fond ve výši dané zákonem 551/1991 o VZP.

Z tabulky 2 je patrné, že záporná salda příjmů a výdajů se od roku 1999 podařilo odstranit. Také je dobře vidět, že dosavadní role komerční činnosti, připojištění a smluvního pojištění je velmi malá a za poslední roky dokonce klesá.

Tab. 2 Vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění (mil. Kč)

Vybrané ukazatele	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Příjmy zdravotního pojištění celkem	73 707	.	95 906	106 422	112 789	118 040	132 560
v tom: inkaso pojistného po přerozdělení	72 190	83 106	93 576	102 934	110 817	115 989	128 584
z toho: ze státního rozpočtu na nevýdělečné pojištěnce	12 869	.	18 475	22 886	27 437	27 258	29 077
ostatní příjmy a výnosy	1 370	.	1 995	2 612	1 363	1 496	3 544
výnosy z komerční činnosti, smluvního pojištění a připojištění	147	.	335	876	609	555	432
Výdaje zdravotního pojištění	77 358	.	96 764	107 498	110 325	115 919	131 136
v tom: výdaje na zdravotní péči	74 115	84 746	93 145	101 450	106 351	111 405	126 649
provozní režie ¹⁾	3 137	3 466	4 197	5 355	3 699	4 172	4 191
náklady na celkovou komerční činnost ²⁾	92	.	232	693	275	342	296
Saldo příjmů a výdajů	-3 651	.	-858	-1 076	2 464	2 121	1 424
Saldo inkasa pojistného po přerozdělení a výdajů na zdravotní péči	-1 925	-1 640	431	1 484	4 466	4 584	1 935
Saldo příjmů a výdajů bez komerční činnosti	-3 706	.	-961	-1 259	2 130	1 908	1 288

¹⁾ Od 1.1.1999 jsou v provozní režii sledovány skutečné výdaje provozního fondu, fondu reprodukce inv. majetku a fondu sociálního

²⁾ Zahrnují náklady zdanitelných činností, náklady na pojistné plnění ze smluvního pojištění a připojištění a na provoz smluvního pojištění a připojištění

Poznámka: Kategorie příjmy a výdaje lze používat až od r. 1999

Zdroj: MZ ČR

Navzdory tomu, že nejbližší vývoj příjmů z pojistného na veřejné zdravotní pojištění je poměrně optimistický (VZP pro rok 2002 odhadovala růst o 5,8 %...), dosažení dlouhodobého vyrovnaní salda je podmíněno především schopností dlouhodobě regulovat rostoucí náklady na poskytování péče. Vývoj nákladů na zdravotní péči podle druhů poskytované péče jsou prezentovány v tabulce 3.

Je zřejmé, že zcela klíčovým segmentem je lůžková péče. Zde se již dlouho připravuje přechod na způsob úhrady podle diagnosticky příbuzných skupin (tzv. DRG). Ten ovšem sám o sobě nebude znamenat klíč k nalezení dlouhodobé rovnováhy. K tomu by bylo pravděpodobně třeba uskutečnit řadu dalších opatření, zejména:

- optimalizovat (resp. redukovat) síť zdravotnických zařízení, zejména lůžkových zařízení a restrukturalizovat jejich užití pro jiné zdravotnické služby;
- vymezit širší škálu nástrojů časové a věcné regulace a kontroly nákladů a zvýšením efektivnosti hospodaření smluvních zdravotnických zařízení, zejména zřizovaných státem a ÚSC, resp. zvýšit pravomoci smluvních stran ve vztahu k definování způsobu úhrad;
- revidovat definovaný okruh zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, zejména se zřetelem na možnost zavedení úhrady za stravu a jiné obslužné služby, které přímo nesouvisí nebo nejsou součástí zdravotní péče.

Tab. 3 Průměrné náklady na zdravotní péči na jednoho pojištěnce a z toho na jednoho pojištěnce VZP dle druhu poskytované péče (v Kč)

Zdravotnická zařízení	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Praktičtí lékaři	341	360	430	508	544	562	601
Stomatologie	538	561	587	625	660	667	698
Ostatní ambulantní ZZ	689	890	968	1 044	1 108	1 199	1 281
Lůžková ZZ (včetně LDN)	3 628	4 194	4 638	4 992	5 346	5 560	6 182
Lázně a ozdravovny	204	233	245	247	250	248	259
Doprava ¹⁾	178	182	186	156	186	190	210
Léky vydané na recepty	1 833	2 104	2 197	2 246	2 399	2 408	2 648
Prostředky zdravotn. Techniky	x	x	x	251	297	325	357
Ostatní	4	+9	1	63	74	91	108
Celkem pojištěnci VZP ²⁾	7 415	8 515	9 252	10 132	10 864	11 250	12 344
Celkem pojištěnci všech ZP ²⁾	6 915	8 109	8 806	9 677	10 324	10 706	11 830

¹⁾ Do roku 1997 zahrnuje úhrada za "dopravu" celkovou úhradu bez ohledu na to, v jakém ZZ byla doprava poskytnuta. V roce 1998 zahrnuje "doprava" pouze úhradu ZZ poskytujícím dopravu; úhrada za dopravu je zahrnuta v lůžkových ZZ (včetně LDN)

²⁾ Náklady na zdravotní péči hrazenou z oddílu A ZFZP celkem na jednoho pojištěnce

Zdroj: VZP

Nedovýběr pojistného

Od počátku fungování zdravotního pojištění docházelo k tomu, že ne všichni plátcí řádně odváděli zákonem stanovené pojistné. Pohledávky pojišťoven za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti tvoří jednak dlužné pojistné, dále penále, které je součástí dluhu na pojistném, a případně neuhrazené přírážky k pojistnému. Rozsah tohoto jevu se pohybuje v řádu procent z potenciálního výnosu z pojistného a neliší se pravděpodobně nijak mimořádně se stavem, který panuje u výběru daní či příspěvku na sociální pojištění.

Např. v roce 1996 se odhadovalo, že všem zdravotním pojišťovnám dluží plátcí pojistného 3 miliardy korun a v roce 1997 se už nedovýběr pohyboval kolem 4 miliard korun. Všeobecná zdravotní pojišťovna měla k 30. září 1997 pohledávky

vůči plátcům pojistného ve výši 1,7 miliardy korun za nezaplacené pojistné a 1,5 miliardy korun za nezaplacené penále a pokuty. V roce 1998 propad ve výběru pojistného činil už 5,9 miliard korun včetně nezaplaceného penále a pokut (Forejtová, 2001). Do roku 2000 činil jen u VZP kumulovaný stav pohledávek za plátci pojistného po lhůtě splatnosti 11,8 mld. Kč.

V roce 2001 došlo k odkoupení části pohledávek zdravotních pojišťoven za dlužníky v konkursech Konsolidační agenturou. Od ledna do konce července roku 2001 došlo ke snížení dlužných pohledávek na pojistném, zvýšil se však stav neuhrazených pohledávek na sankcích. Na konci roku 2002 odhaduje VZP pohledávky po lhůtě splatnosti na pojistném ve výši 5,7 miliardy Kč a neuhrazené pohledávky na sankcích ve výši 6,3 miliardy Kč, tj. neuhrazené pohledávky ve výši cca 12,0 miliard Kč. Většina z výše uvedených neuhrazených pohledávek, zvláště těch starších, již s vysokou pravděpodobností nikdy uhrazena nebude, protože plátci již neexistují. (VZP, 2002).

K nedovýběru pojistného dochází zejména pro častou prvotní i druhotnou platební neschopnost zaměstnavatelů, pro možnost úniku zadlužené společnosti s.r.o. z plateb dlužného pojistného převedením majetku na společnost novou, pro nepřiznávání skutečných výší platů zaměstnanců zaměstnavateli a pro umělé snižování vyměřovacích základů pro výpočet pojistného osobami samostatně výdělečně činnými, pro bankroty podniků a firem a pro stávající dikci zákona o konkursu a vyrovnání, která dává zdravotním pojišťovnám pouze malé šance k získání dlužného pojistného od úpadců, atd.

Podle představitelů zdravotních pojišťoven je dále na vině skutečnost, že státní správa nedostatečně dohlíží nad řádným odvodem zdravotního pojištění zaměstnavateli. Pojišťovny sice neplatíče registrují a oznamují příslušným soudům, ale vzhledem k jejich zahlcenosti se pohledávky stávají téměř nedobytnými. Je to ovšem obecný problém právního prostředí v České republice.

Celkově lze říci, že jakkoliv je tento problém akcentován při diskusi o finanční nerovnováze systému veřejného pojištění (koneckonců jde řádově o 10-15 mld. Kč, které by nepochybně mohly být velice smysluplně využity na úhradu nákladů zdravotní péče), nezdá se, že by se jednalo o problém řešitelný nějakými specifickými prostředky právě a jen pro veřejné zdravotní pojištění.

Počet pojišťoven – konkurence plátců

V současné době funguje v České republice devět zdravotních pojišťoven.

Tabulka 4.1: Zdravotní pojišťovny a jejich velikost (k 31.12.2001)

název	Počet pojištěnců (2001) (zaokrouhlo v tisících)	procent
Všeobecná zdravotní pojišťovna	7 177	69,5%
Vojenská zdravotní pojišťovna	570	5,5%
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven a stavebnictví	503	4,9%
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	118	1,1%
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	308	3,0%
Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	886	8,6%

Česká národní zdravotní pojišťovna	241 ¹⁾	2,3%
Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance	260	2,5%
Revírní bratrská pokladna	263 ²⁾	2,6%

¹⁾ hrubý odhad (celkový počet mínus údaje za osm ostatních)

²⁾ údaj k 31.1.2000

Zdroj: Výroční zprávy jednotlivých pojišťoven a údaje z jejich webových stránek

Veřejné zdravotní pojištění pracuje s principem **konkurence plátců**. Původní představa, že pojišťovny budou kvalitou svých služeb a nabízenými nadstandardními službami soutěžit o pojištěnce, se ukázala jako správná. Vedlo to ovšem k tomu, že část prostředků z vybraného pojistného byla použita na (z hlediska medicínského) méně potřebné věci – nadstandardní služby⁵ - v rámci naplňování marketingových strategií oborových zdravotních pojišťoven snažících se o přilákání výhodné klientely. To bylo předmětem značné kritiky. Poměrně záhy se ukázalo jako neprůchodné, aby se z peněz veřejného pojištění hradily u někoho „nadstandardní“ služby, když jinde není ani na nezbytnou základní péči. Následoval „logický“ krok - pojišťovnám bylo zakázáno poskytovat nadstandard hrazený z všeobecného zdravotního pojištění. Tím se jejich nabídka služeb prudce nivelizovala. Vznikla rozumná pochybnost, k čemu že jich vlastně tolik potřebujeme, zejména pokud se bere v úvahu zkušenost s vývojem tohoto specifického trhu v minulém desetiletí.

Za vynaložení značných investičních nákladů došlo po roce 1992 v rychlém vybudování systému zdravotních pojišťoven, kterých bylo v jednom okamžiku dokonce 27. Mnohé z nich byly příliš malé na to, aby mohly seriózně fungovat. Řada z nich byla založena vyloženě ze spekulativních důvodů. Bankroty některých pojišťoven (např. Hornická...) způsobily vážné finanční problémy mnohým zdravotnickým zařízením a jejich dopady musela řešit vláda. Ta vyvinula důrazný tlak na redukci počtu pojišťoven. Ten se skutečně postupně snižoval, nejčastěji prostřednictvím fúzí. Ke konci roku 1997 působilo v ČR už jen 11 zdravotních pojišťoven. Trh pojišťoven se po počátečních turbulencích ustálil. Pojišťovny, které na něm zůstaly, prokazují adaptační schopnost i zlepšenou ekonomickou stabilitu.

V současném prostředí, ve kterém si pojišťovny v podstatě nemají čím konkurovat a mají zdánlivě roli pouhého administrativního zprostředkovatele, se často objevuje myšlenka, že by bylo efektivní omezení jejich počtu (například stanovením vyšší úrovně minimálního počtu pojištěnců) a využití úspor z rozsahu.

Představitelé zdravotních pojišťoven poukazují na to, že za tezí o dostatečnosti jedné pojišťovny se skrývá snaha zakonzervovat monopol Všeobecné zdravotní pojišťovny. Takový monopol je podle nich spojen s mnoha negativními důsledky, například za ně označili neustálé požadavky na státní dotace pro deficitní hospodaření VZP.

Mezi argumenty svědčící zachování stávající situace patří: fiktivnost resp. marginálnost úspor administrativních nákladů, zachování plurality jako pojistky proti monopolní degeneraci, inovativnost prostředí, újma dnešních cca 3 mil. občanů, kterým by byla fakticky zrušena možnost volby.

Z ekonomického hlediska se jedná o problém, zda výhody, plynoucí ze vzrůstající konkurenčnosti prostředí, ve kterém pojišťovny fungují, převažují náklady v podobě růstu podílu administrativních nákladů na celkových výdajích do zdravotnictví. Jinými slovy jde o to, v čem

⁵ Velmi typické byly např. nabídky plné či zvýhodněné úhrady antikoncepčních přípravků, léčebných pobytů u moře pro děti, oční optiky, stomatologických zákroků. Měly společné nasměrování na mladou a střední generaci (teenagery, mladé rodiny, pracující), tj. skupiny, které vykazují relativně nízké průměrné náklady na zdravotní péči. Došlo k učebnicovému projevu selekce pojištěnců na základě rizika a bonity.

se v našich podmínkách projevuje konkurence zdravotních pojišťoven, resp. jaké výhody a rizika z ní plynou.

V současné době se mnohé pojišťovny orientují na společensky prospěšnější aktivity, kterými soutěží o své klienty. Daly se zaznamenat případy, kdy pojišťovny iniciovaly nebo podpořily projekty podporující zdravější životní styl a prevenci. Objevují se tendence k promyšlenějšímu přístupu k tvorbě pojistných plánů a snahy o zavádění určitých modelů „řízené péče“ v komplexní síti smluvních partnerů pojišťovny.

Kontrolní otázky (návrh)

1. Co považujete za nejvýraznější změny v systému poskytování zdravotní péče?
2. Jakými nástroji zasahuje stát do tvorby zdrojů směřujících na úhradu zdravotní péče?
3. Za které osoby platí stát zdravotní pojištění a jak se stanovuje výše pojistného?
4.

Použitá literatura (*dát dozadu spolu s literaturou za ostatní kapitoly*)

ABEL-SMITH,B., LEISERSON,A. (1980): *Making the most of scarce resources*. World Health Forum, 1(1980):142-152, převzato z Health Care - Who Pays? (Sborník článků pře tištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.12-22

ABEL-SMITH,B.(1986): *Funding health for all - is insurance the answer?* World Health Forum, 7(1986):3-32, převzato z Health Care - Who Pays? (Sborník článků pře tištěných z WHF) WHO, Geneva 1987, str.55-63

BAUTZOVÁ, L. (1993): *Zdravotnictví na začátku dlouhé cesty*. Ekonom (21/1993):36-39, Economia, a.s.

DRBAL, C.(1998): Několik otázek ke koncepci zdravotnictví, ZdN č.47/1998, s.4

ENTHOVEN, A.C. (1987): *Economic incentives for consumers and health insurance - the U.S. health care economy: from guild to market in ten years*. Health Policy, 7(1987):241-251 Elsevier Science Publishers B.V.

FOREJTOVÁ, L. (2001): *Financování zdravotnictví v České republice*. Zdravotní politika a ekonomika, 2/2001. IZPE Kostelec nad Černými lesy, s.43-95

LUDBROOK, A., MAYNARD, A. (1988): *The funding of the National Health Service: What is the problem and is social insurance the answer?* Centre for Health Economics, University of York.

MALÝ, I.: (1993): Vliv způsobu financování na efektivnost zdravotnických služeb. Dizertační práce. VŠE Praha

MALÝ, I.: (2001): *K problémům využití přímých plateb při financování zdravotnických služeb*. In Problematika financování veřejného sektora z aspektu jeho příjmů a výdávků. Bratislava : Ekonomická univerzita, NHF, Bratislava, 2001. ISBN 80-225-1406-3, s. 128-139.

MFCR: (2002a) - Rozpočtový výhled 2003-2006: Koncepce reformy veřejných rozpočtů. Publikováno na <http://www.mfcr.cz/scripts/hp/default.asp?Reforma>

MFCR: (2002b) – Makroekonomická predikce. Publikováno na <http://www.mfcr.cz/scripts/hp/default.asp?MakroPre>

ÚZIS: Aktuální informace ÚZIS, Praha 1997,1998, 2000, 2002a

ÚZIS (2002): Zdravotnictví České republiky 2001 ve statistických údajích. ÚZIS, Praha 2002, ISBN 80-7280-118-X

VZP (2002): Výroční zpráva VZP za rok 2001, Praha 2002