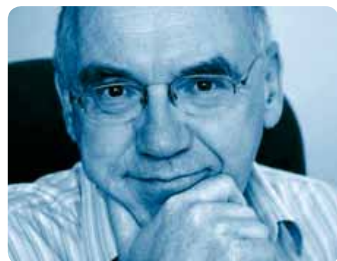


Před dvaceti lety jsme se vymkli kuratele státního zdravotnictví a pustili se do formování pluralitního pojišťoven-ského systému. V prvních letech



se prášilo za kočárem, vznikly zdravotní pojišťovny, zvládly základy řemesla a místo KÚNZů a OÚNZů začala o naše zdraví pečovat pestrá síť privátních ambulancí zdravotnických zařízení a postupně se diferencující a proměňující nemocnice. Zásadní změnu prostředí neprovázelo pouze nadšení z nových netušených možností, ale také potýkání se s právě tak novými a dříve neznámými problémy. Nutnost průběžné adaptace, kreativity a setrvávání ve střehu vedla k únavě materiálu a koncem devadesátých let převládla touha po stabilitě a klidu na práci. Reformní proces dostal dovolenou a zdravotnictví uvízlo v prostoru mezi přidělovým systémem a regulovaným trhem. Právě nedotaženost řešení a prolínání obou konceptů je příčinou našich současných trampot.

K dobrému fungování regulovaného trhu je nutné, aby se v něm všechny zúčastněné subjekty – tedy stát, občané, pojišťovny a poskytovatelé – chovaly tak, jak jim přísluší. Občané

nemají být pasivními prosebníky, ale aktivními zákazníky jak poskytovatelů, tak zdravotních pojišťoven a v politické rovině státu. Poskytovatelé i pojišťovny mají soutěžit kvalitou a cenou svých služeb o přízeň občanů/pacientů a stát má nastavovat pravidla chování a dohlížet na jejich dodržování. Dnešní stav je sice dalek dokonalosti, ale nabízí dobrý základ k dotvoření funkčního trhu založeného na řízené konkurenci zdravotních pojišťoven. Aby se tak stalo, potřebujeme „srovnat meče“ zdravotním pojišťovnám a posílit jejich motivaci hospodárně a účelně spravovat prostředky veřejného pojištění. S tím souvisí vytvoření servisní organizace na zajištění aktivit přesahujících záběr jednotlivých pojišťoven a strižení fazóny pojišťoven podle jednoho metru. Zeštíhlené a odpolitizované statutární orgány se členy nesoucími plnou odpovědnost za výsledky musejí dostat šanci tyto výsledky reálně ovlivnit. S tím souvisí zpřesnění přerozdělení zavedením dalších parametrů a uvolnění rukou pojišťoven při ovlivňování své bilance. V neziskovém uspořádání mohou pojišťovny přetavit své rozdílné výsledky buďto do rozsahu služeb, které za vybrané pojistné zajistí, nebo do ceny, za kterou zajistí předem definovaný rozsah péče. Za B je správné, konkurence v rozsahu péče narušuje princip ekvity a je obtížně kontrolovatelná. Cenová konkurence prostřednictvím dvousložkového pojistného je rozumným řešením. Jako poznámku do šatny připomenu, že základem

Jaké chceme mít zdravotní pojišťovny?



Petr Nosek

úhel pohledu

volné fórum



Jan Žaloudík



Michal Zděnek



Petr Chudomel



Jiří Skalický

Výběr z analýzy vývoje systému veřejného zdravotního pojištění zpracované na Ministerstvu zdravotnictví ČR

pluralitního systému je pluralita. Při poklesu počtu pojišťoven pod čtyři nám státní zdravotnictví brzy řekne: „Vítejte z vandru domů!“

*Přijemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

úhel pohledu >

**Ing. Petr Nosek,
náměstek pro zdravotní pojištění, MZ ČR**

Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách

Věcný záměr byl vypracován na základě Programového prohlášení vlády ze dne 4. srpna 2010, kde je stanoveno, že vláda bude prosazovat větší roli a odpovědnost pojišťoven při rozhodování o úhradách léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Zavede transparentní pravidla pro fúzování zdravotních pojišťoven a posílí dozor a kontrolu zdravotních pojišťoven, jejich hospodaření a zajišťování nároku pro pojištěnce.

Současnou právní úpravu v oblasti zdravotních pojišťoven lze vzhledem k významu zdravotních pojišťoven hodnotit jako nedostatečnou a z hlediska dalšího rozvoje systému veřejného zdravotního pojištění a zvýšení jeho efektivity jako nevyhovující.

K hlavním problémům současné právní úpravy patří zejména nedostatečné a nejasné vymezení podmínek pro vznik a zánik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, nedostatečně vymezené podmínky fungování zdravotních pojišťoven, nedostatečně upravené povinnosti vůči pojištěncům, nevhodné vymezení rolí a zodpovědností orgánů zdravotních pojišťoven, neexistence subjektu dlouhodobě odpovědného za činnost zdravotní pojišťovny, neodůvodněné rozdíly v právní úpravě postavení a činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven a nedostatečně upravený a nejasně vymezený dohled nad činností zdravotních pojišťoven,

Hlavním následkem uvedených nedostatků je nižší efektivita využívání finančních prostředků ve zdravotnictví, než jaké lze dosáhnout. Současná právní forma zaměstnaneckých pojišťoven a výjimečné postavení Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR vytvářejí prostředí měkkých rozpočtových omezení. Z dlouhodobého hlediska je nepřipustné a neudržitelné přenášet neefektivnost stávajícího uspořádání na občany

jako plátce daní a riskovat ohrožení dlouhodobé stability státního rozpočtu a veřejných financí.

Celkově lze tedy jednoznačně konstatovat nezbytnost nové právní úpravy regulující vznik, činnost a zánik zdravotních pojišťoven, která by byla vhodně zasažena do kontextu českého právního řádu a vedla k naplnění role zdravotních pojišťoven jako subjektů zodpovědných za zajištění dostupnosti



Petr Nosek

zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a za skutečně efektivní vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Prostřednictvím této nové právní úpravy má být dosaženo prosazování a ochrany veřejného zájmu na bezproblémovém fungování zdravotních pojišťoven, efektivní dostupnosti zdravotních služeb, vytvoření jasně zodpovědnosti a systému kontroly plnění povinností zdravotních pojišťoven, jasného definování odpovědností a pravomocí subjektu (ministerstvo zdravotnictví), který by měl motivaci dohlédnout na zajištění efektivního fungování a dlouhodobé prosperity zdravotní pojišťovny a kvalitu služeb jejím pojištěncům, jednotné právní úpravy pro všechny zdravotní pojišťovny, úpravy právní formy sui generis zdravotních pojišťoven jakožto veřejnoprávních právnických osob zřízených na základě

zákona, povinné neziskovosti zdravotních pojišťoven, která vyplývá z toho, že zdravotní pojišťovny hospodaří s veřejnými finančními prostředky, které jsou primárně určeny

... naplnění role zdravotních pojišťoven jako subjektů zodpovědných za zajištění dostupnosti zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a za skutečně efektivní vynakládání prostředků veřejného zdravotního pojištění.

na úhradu poskytnuté zdravotní péče, posílení role a odpovědnosti managementu a dozorčích rad zdravotních pojišťoven, jakož i jejich zainteresovanost na výsledcích hospodaření zdravotních pojišťoven, nového systému voleb do dozorčích rad zdravotních pojišťoven, aby volba členů orgánu, kteří zastupují pojištěnce, byla spravedlivější,

oproti dnešnímu stavu, posílení kontroly a dohledu nad zdravotními pojišťovnami, možnosti zakládat dceřiné společnosti nabízející nejen zdravotní připojištění v oblasti poskytování zdravotních služeb, převodu NRC a CMÚ a činnosti VZP ČR, které vykonává pro všechny zdravotní pojišťovny, na nově ustanovený subjekt (Kancelář).

◀ volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. *Jakou roli mají hrát zdravotní pojišťovny ve zdravotním systému a jak by měly být uspořádány?*
2. *Co by se mělo v našem systému změnit, aby zdravotní pojišťovny mohly své roli dostát?*
3. *Jak by měl stát dohlížet na zdravotní pojišťovny?*



prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., místopředseda senátního Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku

odpovědi Jana Žaloudíka:

1. Dvacet let praxe ukázalo, že naše zdravotní pojišťovny a jejich expertní týmy nedokáží náš zdravotní systém strukturně ani funkčně kultivovat, ačkoli drží v rukou prý neúčinnější, tedy finanční nástroje. Pojišťovny volají po větších kompetencích, pravidelně se jich však samy rády zbavují, zejména pak odpovědnosti za zejména disproporce a nerovnováhy.

Nasmlovat třeba i nesmysly a darebnosti činí v praxi někdy menší problém než stabilizovat potřebné a osvědčené. Systém, který spíše ironicky označujeme jako pojišťovenský, byť je teď už každoročně obohacován ministerskou direktivou úhradové vyhlášky, dále degeneruje. Nespraví to ani ty či ony formy plateb paušálních, výkonových či individuálně vydobytych, ani současná modla DRG, která distribuci prostředků jen dále zašmodrchává a mnohé lékaře promění ve více či méně zdatné kodéry.

Je už na čase přestat hrát hru na zdánlivou konkurenci zdravotních pojišťoven a jejich virtuální soutěž ve prospěch pojištěnců. Pokud v této oblasti nějaká konkurence existuje, pak nepochybně v kontroverzní konkurenci soukromých subjektů, které chtějí přímým či nepřímým ovládním pojišťoven dále získávat větší kontrolu nad prostředky veřejného zdravotního pojištění, potažmo nad zdravotnickými zařízeními a obraty nemalých finančních objemů.

2. Současné zdravotní pojišťovny, ať už ve skladbě dosavad-

ní nebo jakkoli fúzované podle přání státu či tužeb řetězců, například Agelu či PPF, se ve své společensky prospěšné roli u nás už dále nedostanou. Mohou jen udržovat současný špatný stav a dále vyprazdňovat vliv státu občanů, zdravotníků a veřejné kontroly nad svěřenými veřejnými prostředky.

Sklízíme fatální důsledky dvacetileté české cesty zcela nesmyslného oddělování financování, rozhodování a provádění zdravotních služeb. Organizační, zřizovatelský a ekonomický management, který má být spíše jen technickým nástrojem pro zajišťování zdravotní péče, podmínek pro nemocné a pro odbornou práci zdravotníků se zvrhl a hodnotově zcela obrátil. Zdravotní péče, nemocní i zdravotníci se naopak stali nástrojem pro dosahování manažerských cílů a zájmů, často jen pragmaticky účtařských, koncepčně plochých, případně i velmi pochybných. Toto obrácení smyslu, účelu a hodnotového žebříčku českého zdravotnictví pojišťovny jen dále udržují, aniž nabízejí jakákoliv prospěšná řešení. Spíše přibývá rizik neefektivity a zneužití. Pojišťovny,

seskupené do tří zájmově různých celků, se stávají v našich podmínkách zbytnou přítěží a překážkou v cestě za solidností, efektivitou a kvalitou.

Zcela se u nás vytratilo odborné řízení medicíny, a to je nezbytné do zdravotnictví vrátit především. Pak se budeme méně potýkat s problémy struktury služeb, hodnocení kvality, efektivního výběru léků i přístrojů, komunikace s nemocnými, analytické práce s daty nebo účelností rozvojových kroků. Posílí se motivace a vzájemná kontrola i sebekontrola zdravotníků přímo na pracovištích, bude-li v jejich dohledu aspoň nějaký vliv na rozhodování a účelné využívání veřejných prostředků.

Ukazuje se, že tradiční mentalita v České republice a dosažená úroveň dezorganizace, korupce a hodnotové degradace vyžaduje novou a zásadní kontrolu nad mechanismy toků veřejných prostředků určených pro zdravotnictví. Bude nejlépe se spolu s řadou evropských států konečně vydat cestou národní zdravotní služby (NHS). Pak plně postačí pojišťovna jedna, respektive jedna správa a distribuce jedněch prostředků veřejného zdravotního pojištění či zdravotní daně. Ostatně disponuje k tomu i vládní plán na jednotné inkasní místo (JIM). Kontrolní možnosti státu a odborného řízení medicíny, bude-li připuštěno do hry, budou dostatečné, postaví-li svou činnost na pluralitě dohledu a kompetenci.

3. Stát musí dbát především na dodržování zákonnosti a přijatých legislativních pravidel. Neměl by ovšem sám produkovat pravidla a normy plevelné, jak se teď ve zdravotnictví nezřídká děje. Pouhý dohled státu, byť je veden odpovědně

a správně, však ničím nepřispěje k efektivitě celého systému, chybí-li odborné řízení medicíny. Zůstává-li zcela oddělen management ekonomický od odborného řízení, vzdaluje-li se dohled nad fungováním systému také výkonným zdravotníkům a zejména pacientům.

Pojišťovenský systém u nás evidentně selhal, stal se neperspektivním a je pouze otázkou času a ochoty k psychickému sebetrápení než si to přiznáme, než se to odvážíme vyslovit a měnit. Je třeba ho nahradit evropsky prověřenou a pro nás nepochybně vhodnější i bezpečnější alternativou se sjednocenou institucí pro správu a distribuci povinné zdravotní daně a odborně řízeným systémem národní zdravotní služby jako funguje v Británii, Skandinávii, Španělsku a leckde jinde. Dosaďované pojišťovny mohou získat prostor ke své transformaci v různých formách zdravotního, úrazového a sociálního komerčního připojištění.

Zdravotní systém národní zdravotní služby (NHS) by byl u nás více transparentním, úspornějším, více přátelským k občanům a zdravotníkům, samozřejmě však méně přátelským k těm, kteří dosud na systému různými formami parazitují. Pro ty je taková zdánlivě revoluční změna v České republice noční můrou a budou jí všestranně bránit. Možná se jí tedy dočkají až příští poučenější generace. Než k zásadní změně dojde budeme si dále nalhávat konkurenci zdravotních pojišťoven, prý ku prospěchu pacienta, a pasivně přihlížet jak se stávají drenážními nástroji pro odklání kontroly nad veřejnými prostředky pod soukromý a skupinový vliv.

odpovědi Michala Zděnka:

1. Aktuální role zdravotních pojišťoven v českém zdravotním systému je nedostatečná a představuje jeden ze základních problémů současného systému. V rámci reformního úsilí je proto třeba podporovat a realizovat takové změny, které povedou k významnější roli zdravotních pojišťoven. Pokud by ke změně ve smyslu posílení role zdravotních pojišťoven nedošlo, jsem přesvědčen, že systém s více než jednou zdravotní pojišťovnou tak trochu v našich podmínkách ztrácí smysl.



*Ing. Michal Zděnek, M.A.,
CERGE-EI a Norwegian School
of Economics*

Zdravotní pojišťovny by měly, na straně jedné, získat větší kompetence tak, aby mohly začít plnit funkci pojišťoven v pravém významu tohoto slova. Je proto především třeba rozšířit jejich flexibilitu v oblasti smluvní politiky ve vztahu k poskytovatelům a posílit funkce kontrolní. Na straně druhé by rozšíření kompetencí měl provázet zvýšený tlak na efektivitu vynakládaných veřejných prostředků. S tím souvisí přímá odpovědnost řídicích orgánů pojišťoven respektive obsazení správních a dozorčích rad.

2. Především musí dojít k rozšíření prostoru pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami.

Jsem přesvědčen, že skutečné konkurence mezi zdravotními pojišťovnami lze dosáhnout pouze prostřednictvím konkurence cenové. Za příjemné překvapení proto považuji nedávno avizovaný záměr ministerstva zdravotnictví zavést systém s dvousložkovým pojistným, kde by jedna z těchto složek - nominální pojistné - plnila právě roli tolik potřebného cenového signálu. Na základě mezinárodních zkušeností, je oprávněné domnívat se, že dvousložkové pojistné i u nás povede ke zvýšení efektivity, konsolidaci trhu a ve svém důsledku bude pozitivní změnou pro pojištěnce.

Druhým bodem, který zmíním, jsou do značné míry nepodstatné rozdíly v právní úpravě činnosti Všeobecné zdravotní pojišťovny na straně jedné a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven na straně druhé. Nerovné postavení subjektů poskytujících veřejné zdravotní pojištění systému nijak neprospívá a proto by měla být uzákoněna jednotná právní úprava pro všechny zdravotní pojišťovny. I tento krok, dle mého názoru, pomůže konkurenci a bude ve svém důsledku přínosem pro pojištěnce.

3. Současná právní úprava dohledu nad činností zdravotních pojišťoven je nevyhovující. Účinná regulace oblasti veřejného zdravotního pojištění je tak v tuto chvíli de facto nemožná. Ministerstvo zdravotnictví ČR jakožto dohledová autorita má v tento moment ve svých rukou jediný nástroj, kterým je zavedení nucené správy. Zákon navíc nepamatuje na jasné vymezení podmínek, za kterých je

možno k tomuto opatření sáhnout. V první řadě je proto třeba rozšířit portfolio nástrojů, kterými může regulátor operovat. V řadě druhé jasně vymezit a definovat situace, ve kterých bude ta která sankce uplatněna. Kombinace těchto dvou kroků omezí nejistotu tržních subjektů a přispěje k větší transparentnosti celého procesu dohledu.



MUDr. Petr Chudomel, ředitel, Oblastní nemocnice Kolín, a. s.

odpovědi Petra Chudomela:

1. Zdravotní pojišťovny neboli plátcí jsou organizace, které realizují výběr pojistného a přerozdělují jej směrem ke smluvním zdravotnickým zařízením a ty z nich financují svůj provoz (léčí pacienty). Jinými slovy platí zdravotnickým zařízením za poskytované zdravotnické služby. O tom, kolik peněz na to budou mít, rozhodují politici (výše zdravotní daně, platby za státní pojištěnce atd.) a dále množství a nemocnost jejich klientů. Bohatá je ta pojišťovna, která vybere více, nežli zaplatí za léčbu. Potíž je v tom, že u nás, je pojistné daní, která je závislá na ekonomickém cyklu.

Při růstu HDP a nízké nezaměstnanosti, se výběr pojistného zvyšuje a v systému tedy zbývá více peněz. V případě ekonomické recese je tomu právě naopak. Počet nemocných se takovou zákonitostí ovšem neřídí. Kromě popsané závislosti na křivce ekonomického vývoje existuje i problém strukturální – zde je namísto zmínit možnost vícezdrojového financování systému včetně míry angažovanosti klienta.

V poslední době se často setkáváme s názorem, že by stačila jedna zdravotní pojišťovna. Stačí nám jedna anebo je lepší jich mít více?

V případě jedné zdravotní pojišťovny se vytvoří monopolní postavení jednoho plátce. Ten si nepochybně velmi rychle vytvoří síť smluvních partnerů, eliminuje přebytečné kapacity. Dá se předpokládat, že bude ovlivňovat a později i stanovovat zásadní nákladové položky zdravotnických zařízení (mzdy, SZM, léky). Vlastně půjde o státní zdravotní systém.

Více pojišťoven znamená konkurenci. Soutěžení nejen mezi pojišťovnami, ale i mezi poskytovateli. Na výběr by měl mít i klient zdravotní pojišťovny. Je nepochybné, že v současné době si naše zdravotní pojišťovny v sortimentu nabízených produktů nekonkurují. Právní prostředí jim to ani neumožňuje. Mobilita pojištěnců je podle nové legislativy významně omezena, protože konzervuje jejich počty u jednotlivých pojišťoven.

2. Vytvořit právní rámec (politický úkol), který jim umožní nabízet produkty, které je budou zvýhodňovat oproti konkurenci a dá jim možnost pracovat i s příjmovou stránkou pojistného (bonusy, malusy). Dbát

na větší kontrolu kvality péče ve smluvních zařízeních, transparentně vybírat své smluvní partnery a především péči hradit průběžně dle předem jasné smluvně stanovených a dohodnutých kritérií. V současném systému zdravotního pojištění je vlastně více pojišťoven pouze zdrojem vyšších nákladů spojených s fungováním systému zdravotního pojištění (samoostatné aparáty ZP) bez nějakých viditelných přínosů.

3. Dovedu si představit arbitrážní orgán, který by plnil roli dohlázeatele nad zdravotními pojišťovnami a který by řešil sporné okamžiky nejen mezi pojišťovnami a jejich smluvními partnery, mezi pojišťovnami navzájem, ale i mezi klientem a pojišťovnou. K čemu je úhradová vyhláška, když není některými zdravotními pojišťovnami respektována!

odpovědi Jiřího Skalického:

1. ZP by měly hrát podstatně aktivnější roli v systému zdra-

votní péče. Zejména v oblasti preventivní péče, nadstandardů i speciálních, neakutních výkonů.



*PharmDr. Jiří Skalický,
poslanec a člen Výboru pro
zdravotnictví*

Měly by umět pacienta (klienta) více "vtáhnout" do toho, aby se více zajímal o svůj zdravotní stav na straně jedné a měl možnost vybrat si péči (viz výše)

tam, kde bude přesvědčen, že je kvalitní a vyhovuje mu. Za optimální počet považují 4–5 ZP v konkurenčním vztahu. Z konkurence bych vyjmul akutní péči a superspecializovnou, vysoce náročnou péči. Za důležité též považují schopnost ZP řešit lékovou politiku (spektrum, dostupnost, cenu, doplatky) a také náklady na zdravotnické prostředky (to zatím vůbec nikdo neřeší).

2. Upravit kompetence a odpovědnosti ZP. Toto by měl řešit nový zákon o ZP připravovaný ke konci letošního roku.

3. Podstatně aktivnější roli svých zástupců ve správních a dozorčích radách ZP. Přičemž jsem přesvědčen, že by tam měli dostat jednoznačně přednost odborníci (ekonomové, zdravotníci, manažeři). Počet členů na nezbytné efektivní minimum. Ponechal bych státu právo „veta“ pro zvláštní situace ekonomicky dramatických situací.



S tématy otevíranými na seminářích v CERGE-EI a v Občanovi v síti se můžete pravidelně setkávat na vlnách Českého rozhlasu 6.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Výběr z analýzy vývoje systému veřejného zdravotního pojištění zpracované na MZ ČR

Ekonomické vlivy působící na systém veřejného zdravotního pojištění, doporučení OECD

Fiskální konsolidace, rostoucí tlak na veřejné výdaje (v roce 2011 odešlo do předčasného důchodu přes 150 000 osob) a již vysoká míra zdanění vyžaduje zvýšení efektivity fungování veřejného sektoru. Zpomalující se konvergence reálného růstu ekonomik v Evropě, našich hlavních obchodních partnerů, a stárnutí populace způsobí zpomalení ekonomického růstu ve střednědobém až dlouhodobém horizontu. Dosažení vyrovnaného rozpočtu v roce 2016, jak je plánováno, je podmíněno ekonomickým růstem země a stabilními veřejnými výdaji. Výše daňové zátěže obyvatel je srovnatelná s Německem, Španělskem nebo Velkou Británií, což ukazuje jedinou cestu snižování veřejného deficitu, a tou je zvyšování efektivity veřejného systému, kam patří i veřejné zdravotní pojišťovny.

V českém systému veřejného zdravotního pojištění je implicitně zabudované měkké rozpočtové opatření a potenciální hrozba pro veřejné rozpočty, jelikož stát ručí za závazky Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR (VZP) do výše 50 % a v případě finančních problémů se tyto závazky mohou přesunout na státní rozpočet. V případě, že se nějaká zdravotní pojišťovna ocitne v problémech, dojde ke sloučení s VZP a přecházejí jak pojištěnci, tak závazky.

Efektivitu trhu více pojišťoven lze měřit například počtem přestupů pojištěnců mezi jednotlivými pojišťovnami. Hodnota nemusí být vysoká, ale již existující hrozba přesunu pojištěnců mezi fondy zvyšuje konkurenci. V Nizozemsku, které je nejprogresivnější zemí s mnoha pojišťovnami, které si navzájem přetahují klienty, dochází ročně k přesunu 4 % pojištěnců, ve Švýcarsku pak každý rok mění pojišťovnu na 7 % klientů. V České republice se odhaduje počet pojištěnců měnící pojišťovnu na 3 %, tedy relativně srovnatelný počet. Studie ze Švýcarska ukázaly, že cena pojistky není hlavním důvodem změny pojišťovny. V některých státech není jednoduché pojišťovnu změnit, jedním z nejdůležitějších důvodů, proč pojištění nakonec svou pojišťovnu nemění, jsou administrativní překážky.

Jediným trhem v Evropě, kde je méně než 5 pojišťoven, je Slovensko. V ostatních státech OECD, kde existuje trh více zdravotních pojišťoven, není trh tak významně koncentrován.

Nárůst efektivity zdravotnictví doporučuje ve svých studiích o ČR i OECD. Jedná se především o optimalizaci poskytovatelů, úhradové mechanismy, řízení spotřeby péče pacienty a systémy řízené péče. Jelikož však státní správa nemá přímý vliv na systém, je důležité nastavit správné motivace pro všechny aktéry.

Doporučují zefektivnit fungování zdravotních pojišťoven (včetně slučování) a nastavení lepší legislativy, která lépe definuje jejich role.

OECD doporučuje také zavést standardizované a unifikované informační výstupy z jednotlivých fondů veřejného zdravotního pojištění a vítá zavedení Kanceláře zdravotních pojišťoven, čímž se sníží zvláštní role VZP v systému. Vedlejší nástroj zvýšení efektivity pak vidí v lepším systému přerozdělení.

Hlavní možnosti zvýšení efektivity, jelikož administrativní náklady systému jsou relativně nízké, však OECD vidí a doporučuje v oblasti poskytování zdravotní péče a v počtu a odměňování poskytovatelů zdravotní péče. Zde by ministerstvo zdravotnictví mělo začít hrát aktivnější roli koordinátora.

Zkušenosti z Nizozemska ukazují, že převod systému pojišťoven do soukromých rukou nevede ke snížení nákladů na zdravotnictví. Náklady zdravotní péče se v Nizozemsku po provedené reformě zvýšily, ačkoli si jednotlivé fondy na začátku reformy velmi tvrdě konkurovaly.

Struktura trhu zdravotních pojišťoven

	Země				
	ČR	Německo	Nizozemsko	Slovensko	Švýcarsko
Počet pojišťoven	více než 5	více než 5	více než 5	3–5	více než 5
Podíl největšího fondu na trhu (%)	60	10,2	29	n/a	12
Podíl tří největších fondů na trhu (%)	79,9	27,7	75	100	31
Podíl pěti největších fondů na trhu (%)	88,9	38,9	94	-	43
Podíl deseti největších fondů na trhu (%)	100	55,5	100	-	66
Podíl neziskových pojišťoven na trhu (%)	100	85	n/a	100	100

Otázka zisku v českém systému veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovny nemohou dosahovat zisku, pouze zajímavých provozních nákladů

Český systém veřejného zdravotního pojištění je charakteristický svobodnou volbou zdravotní pojišťovny, svobodnou volbou lékaře, relativně volnými smluvními podmínkami mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Na druhé straně však existuje velmi silná regulace ohledně podmínek registrace zdravotnického zařízení (věcné, technické, hygienické a personální normativy), podmínek, za nichž je péče hrazena, výše cen a úhrad jsou regulovány ministerstvem zdravotnictví, jednotlivé zdravotní pojišťovny nemají mnoho prostoru se odlišovat od ostatních, když musejí zajistit svým pojištěncům péči „lege artis“. Také zisky zdravotních pojišťoven není možno přímo ovlivňovat, jelikož je administrativně stanoveno, jak vysoké provozní náklady mohou realizovat. Jejich nominální výše se odvíjí od obratu, respektive vybraného pojistného po přerozdělení. S větším kmenem pojištěnců má tedy její management více prostředků na úhradu provozních nákladů. V našem systému, ve kterém mnoho administrativních a technických agend zajišťuje Všeobecná zdravotní pojišťovna (přerozdělení, registr pojištěnců, registr smluvních zařízení, datové rozhraní a metodiky úhrad atd.), jsou ostatní zdravotní pojišťovny pouze následovnice, a nemusejí proto investovat významné prostředky do svého provozu.

Investice do náběru nových pojištěnců se také nevyplatily a podmínky pro motivaci vstupu nových pojištěnců se také stále zpříšňují. Nejprve používaly zdravotní pojišťovny prostředků fondu prevence. Nyní jsou však podmínky využívání tohoto fondu omezené. Navíc od roku 2012 je komplikovanější změnit zdravotní pojišťovnu. Tu je možné měnit jednou za 12 měsíců, ale vždy jen k 1. lednu následujícího kalendářního roku. Přihlášku je nutné podat vybrané zdravotní pojišťovně nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny. Proto je daleko jednodušší navýšit svůj kmen prostřednictvím spojení s již existující zdravotní pojišťovnou.

Poskytovatelé zdravotnických služeb zisku dosahovat mohou, stabilní zisky zaručeny

Ačkoli je mnoho aspektů českého zdravotnictví významně regulováno a jakékoli pokusy zavést v něm ziskový princip například u zdravotních pojišťoven nejsou politicky ani společensky přípustné, poskytovatelé zdravotní péče, a především ambulantní sektor, však představují velmi aktivní podnikatelský sektor, který dosahuje zajímavých zisků. To se týká také dalších složek systému, jako jsou dodavatelé materiálu, přístrojů, vybavení, léků, tepla a dalších vstupů. Největšími ekonomickými objekty jsou nemocnice. Jejich hospodaření však provází mnoho nezdarů, což je v mnohém dáno jak administrativními opatřeními, která zvyšují jejich náklady (technické, personální a hygienické předpisy), na druhou stranu existuje velmi netransparentní pro-

středí stanovení reálných odměn ze systému veřejného zdravotního pojištění. Úhrady z veřejného zdravotního pojištění přesahují 90 % jejich příjmů, a jejich výše tedy ovlivňuje jejich ekonomické výsledky. Navíc historické vazby na okresní úrovni mezi nemocnicemi a okresními pobočkami zdravotních pojišťoven a nízká míra governance zdravotních pojišťoven vedla k velmi odlišným úhradám za stejné služby. Z veřejných prostředků, které jsou ještě relativně silně regulovány v případě zdravotních pojišťoven, se tak relativně snadno stávají zdroje v neprůhledném systému úhrad, nad kterým nemá stát žádný dohled, a téměř žádné možnosti trestání (kromě nucené správy). Toto neprůhledné prostředí pak umožňuje nekontrolovatelný přesun veřejných prostředků. To je pak využitelné v případech, kdy je zdravotní pojišťovna ekonomicky propojena s poskytovateli zdravotní péče. Omezení „zisku“ zdravotní pojišťovny není proto tak důležité, pokud dokáže své příjmy ze zdravotní „daně“ změnit v úhrady svým nemocnicím, které za těchto příznivých podmínek realizují zisk, který není nijak regulován. V případě, že se jedná navíc i o ekonomicky subjekt, který odvádí významné prostředky do veřejného zdravotního pojištění, kruh se uzavírá a v současném systému to pak představuje velmi efektivní způsob vytvoření samostatného ekonomického modelu, který má jisté příjmy (minimálně prostřednictvím platby státu za „státní pojištěnce“) a jistý zisk. Ačkoli se za současných podmínek tlaku lékařů na zvyšování platů nemusí jednat o výnosný projekt, jeho existence je velmi stabilní, což je v době ekonomické nejistoty, fluktuace trhu a hospodářské krize možná jeho nejsilnější devíza.

Předpokládaný vývoj situace na trhu ZP od roku 2012

Pojišťovnám, které stanoví výši úhrad zdravotnickým zařízením podle úhradové vyhlášky, budou klesat zůstatky na základním fondu zdravotního pojištění. To se předpokládá u pojišťoven ZPMA, ZPMV, RBP, ČPZP, ZPŠ. Do roku 2014 se ale nepředpokládají zásadní problémy s jejich bilancí. Druhé části ZP však jejich finanční situace nedovolí hradit péči v termínech splatnosti a dojde k jejich mírnému zpoždění. Lze proto očekávat větší množství konfliktů v cenových jednáních a možnou potávku po řešení situace ministerstvem zdravotnictví.

Cílem ministerstva zdravotnictví je stabilita systému veřejného zdravotního pojištění

Nástroje k dosažení deklarovaného cíle

Rozšíření parametrů přerozdělování – VZP ve spo-

lupráci s SZP ČR realizuje projekt implementace PCG skupin a zohlednění nerovnoměrného regionálního rozložení nákladů na zdravotní péči. Ministerstvo zdravotnictví zadalo projekt Lokalizace holandského modelu PCG pro Českou republiku.

Stabilizace jednotlivých ZP formou podpory sloučení některých „nestátních“ zdravotních pojišťoven a iniciování sloučení „státních“ zdravotních pojišťoven.

Nový zákon o zdravotních pojišťovnách

Rozšíření parametrů přerozdělení

Ministerstvo zdravotnictví v současné době analyzuje možnosti, jakým způsobem zvýšit schopnost modelu používaného pro přerozdělování prostředků mezi zdravotními pojišťovnami a predikovat náklady na léčbu daného kmene pojištěnců. V současné době je používán model pro výpočet objemu prostředků vybraných na veřejném zdravotním pojištění založen výlučně na demografických charakteristikách kmene pojištěnců.

Do budoucna se uvažuje o modelu, který by nabídl vyšší prediktivní hodnotu. Jednou z variant je i implementace modelu PCG, který je používán v současné době v Nizozemsku.

Model, který bude v budoucnu zvolen, by měl zásadním způsobem přispět k vyrovnání rozdílů mezi zdravými a nemocnými pojištěnci v tom smyslu, že za nemocné pojištěnce, kteří pojišťovně přinášejí vyšší náklady, dostane pojišťovna vyšší přerozdělené prostředky, zatímco zdravý, méně nákladný pojištěnec, jí přinese prostředků méně. Pojišťovně se tak již nevyplatí různými nástroji lákat zdravé pojištěnce a nemocným se vyhýbat a bude mít dostatečný objem prostředků, který jí umožní svému kmenu zajistit odpovídající léčbu.

Stabilizace jednotlivých zdravotních pojišťoven formou podpory jejich sloučení

Po roce 2000 proběhla tři sloučení zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovna AGEL se včlenila do Hutnické zdravotní pojišťovny. Hutnická zdravotní pojišťovna se poté sloučila s Českou národní zdravotní pojišťovnou, přičemž vzniklá pojišťovna byla přejmenována na Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnu. Zdravotní pojišťovna MEDIA byla včleněna do VZP.

Postoj ministerstva zdravotnictví k případným dalším fúzím zdravotních pojišťoven

Postoj MZ ČR k případně nově iniciovaným fúzím by měl být následující. V případě možných sloučení „stát-

ních“ ZP by mělo hrát MZ aktivní roli. Sloučení Vojenské zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra je součástí programového prohlášení současné koaliční vlády.

V případě vyvolávání fúzí „nestátních“ ZP by MZ aktivní roli hrát nemělo. Pokud by se ale návrhy na fúzi „nestátních“ zdravotních pojišťoven objevily, mělo by je MZ posuzovat z pohledu jejich výhodnosti pro stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění v České republice jako celku, jak ostatně vyplývá i z doporučení OECD (viz výše).

Způsob, jakým může ministerstvo zdravotnictví zasahovat do procesu schvalování fúzí, je v první fázi následující. Role ministerstva zdravotnictví je dvojího druhu. Jednak MZ figuruje jako orgán státní správy, který po vyjádření ministerstva financí schvaluje sloučení ZP, jednak jako návrhovač jedné třetiny členů správních rad. MZ tak může zabraňovat netransparentním nebo nesystémovým fúzím již ve stadiu záměru, prostřednictvím svých zástupců ve správních radách zdravotních pojišťoven.

Hodnocení variant případného dalšího slučování ZP z hlediska systému v. z. p.

Následující tabulka shrnuje přínosy některých variant slučování zdravotních pojišťoven pro systém veřejného zdravotního pojištění.

	ZPMV + VoZP	VZP + VoZP	ČPZP + ZPMA	OZP + ZPMA
velikost	+	--	++	++
regionální pokrytí	+	-	0	+
finanční stabilita	+++	-	-*	+++
technická realizace	+	+++	++	++

* přílišná kumulace zdrojů na účtech jedné ZP

Závěrečné shrnutí k otázce případných sloučení ZP

Realizaci všech sloučení lze uskutečnit po schválení správními radami v souladu s platnými právními předpisy. Celý proces by měl být transparentní a podložený rozбором podkladů. Z důvodu přípravy celého procesu, nutnosti úprav informačního systému, zpracování návrhu ZPP pro sloučené pojišťovny a zejména nastavení úhrad za zdravotní péči by byl nejhodnějším datem realizace termín 1. 1. 2013.

Byl by tak vytvořen potenciál k restrukturalizaci

nákladů na vlastní činnost s významným prostorem pro jejich snížení. Vytvoření jednotné smluvní politiky sloučených subjektů by posílilo vyjednávací potenciál vůči poskytovatelům zdravotní péče. Došlo by také ke sjednocení sítě kontaktních míst a zvýšení dostupnosti služeb pro pojištěnce sloučených pojišťoven.

Slučování ZP z hlediska veřejného zájmu a rozvoje zdravotního systému

Česká republika se po roce 1989 vydala cestou veřejného zdravotního pojištění realizovaného prostřednictvím konkurujících si zdravotních pojišťoven. Tento koncept se za minulých dvacetiletí osvědčil a přinesl výrazně lepší výsledky než koncept jedné veřejné zdravotní pojišťovny (Maďarsko) nebo regionálních nekonkurujících si veřejných zdravotních pojišťoven (Polsko). Současně je zřejmé, že realizace plně funkčního modelu řízené konkurence zdravotních pojišťoven a vytvoření efektivního regulovaného trhu ve zdravotnictví vyžaduje uskutečnění jak prováděných a připravovaných, tak i některých uvažovaných reformních kroků. Mezi ně patří zpřesňování definice rozsahu hrazené péče, zlepšení corporate governance zdravotních pojišťoven, vytvoření podmínek pro jejich cenovou konkurenci, zvýšení efektivity státního dohledu a udržení pluralitního prostředí ve zdravotním pojištění.

Pro udržení pluralitního prostředí ve zdravotním pojištění je nezbytné, aby počet zdravotních pojišťoven, v zemi naší velikosti, neklesl pod 4. Experti na řízenou konkurenci říkají, že 6 ZP je příliš mnoho a 3–4 zase příliš málo. Státy, které model řízené konkurence zdravotních pojišťoven v současné době realizují (Nizozemsko, Německo, Švýcarsko, Belgie, Slovensko, Izrael), začínaly (až na Izrael) své reformy s větším počtem ZP a zvýšený tlak na jejich efektivitu vedl ke konsolidaci trhu a postupné redukci počtu pojišťoven. Případ Slovenska, kde vznikl faktický duopol

Základní varianty možných výsledků konsolidace zdravotních pojišťoven

	Státem ovládané ZP	Zaměstnanecké pojišťovny ovládané na tripartitním principu
Celostátní	VZP	ČPZP (již dříve AGEL, HZP, ČNZP – dále ZPMA)
	ZPMV + VoZP	OZP (již dříve STAZPO – dále ZPMA)
Regionální		ZPŠ
		RBP

státní a soukromé pojišťovny sekundovaný jednou malou ZP, ukázal, že přílišná horlivost při slučování není optimální. Je v bytostném veřejném zájmu státu moderovat trh zdravotního pojištění tak, aby se na něm pohybovali přiměřeně stejně silní hráči, z nichž ani jeden nemá jistotu regionálního monopolu.

U nás se již rýsuje finální podoba pojišťovenského systému. Vedle dvou silných pojišťoven (VZP a pojišťovny vzniklé již realizovaným spojováním ZPMV + VoZP), které jsou dnes pod kontrolou státu, je budou tvořit 2–4 zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, které vzniknou konsolidací pětice stávajících (ČPZP, MA, OZP, RBP, ZP Škoda). Z aktuálně posuzovaných variant sloučení ZP Metal Alliance s ČPZP nebo s OZP je ve veřejném zájmu preferovat tu druhou.

Varianta spojení ZP MA s ČPZP je nevýhodná pro stát i pro systém jako celek. Obě ZP jsou „bohaté nevěsty“ s výhodným regionálně-demografickým profilem pojištěnců a výsledná ZP by získala silné postavení v Olomouckém a Moravskoslezském kraji. Navíc se dá předpokládat, že v dalším vývoji by posílila absorpci RBP a tím získala dominanci ve zmíněných regionech. Při tomto scénáři dojde k ohrožení OZP i ZP Škoda, které ztratí šanci stát se součástí konden-

začního jádra perspektivní pojišťovny a místo toho budou pravděpodobně začleněny do některé ze tří velkých pojišťoven. Při třech regionálně silných pojišťovných ztratí stát možnost efektivně využívat konkurenční prostředí ve zdravotním pojištění, nebude moci efektivně vykonávat roli regulátora a systém se stane nestabilním.

Sloučení MA s OZP řeší dva zásadní problémy – odvrací finanční ohrožení pragocentrické OZP a současně i budoucí riziko redukce počtu pojišťoven na 3 i méně (to při sebedestruktivním následování slovenského postupu). Vzhledem k regionálně komplementárnímu rozložení pojištěnců obou pojišťoven by pojišťovna vzniklá jejich spojením získala i bez dalších zásahů do přerozdělení na finanční stabilitě. Navíc by posílení její vyjednávací síly v celostátním měřítku neprovázelo nakročení k nežádoucí dominanci v některém z regionů.

Spojení MA a OZP s vysokou pravděpodobností garantuje udržení počtu zdravotních pojišťoven nad kritickou hladinou, kterou představují čtyři silné ZP. „Veřejným zájmem“ tedy je podporovat sloučení ZPMV + VoZP a OZP + ZPMA.

