

Zdravotní pojištění a organizace zdravotnictví v ČR: subjekty, postavení, finanční toky. Aktuální metody úhrad za péči v ČR.

Obsah

- Systém veřejného zdravotního pojištění
- Postavení a fungování zdravotních pojišťoven
- Přerozdělování pojistného
- Zdravotnická zařízení
- Úhradové mechanismy
- Postavení občanů
- Role státu

Základní charakteristiky systému veřejného zdravotního pojištění (v.z.p.)

- Jeden ze základních sociálních veřejnoprávních systémů v ČR
- Zřízen zákonem č. 48/1997 Sb., o v.z.p.
 - Zákon provádí příslušné ustanovení Listiny základních práv a svobod, který garantuje každému právo na čerpání zdravotní péče bez přímé úhrady v systému v.z.p.
- Pojistná povaha systému: založen na příspěvcích jeho účastníků
- Systém s povinnou účastí
- Z pojistného tvořen fond, ze kterého jsou následně hrazena plnění poskytnutá účastníkům systému.

Účastníci systému v.z.p.

- Vymezeno zákonem a předpisy Evropských společenství
 - Účastníkem prakticky celá populace obývající Českou republiku
 - Povinnou účast zakládá status trvalého pobytu na území ČR nebo zaměstnání na území ČR
- Na základě právních předpisů Evropských společenství jsou v našem veřejném zdravotním systému pojištění také:
 - všichni občané EU, kteří zde vykonávají relevantním způsobem ekonomickou činnost (zaměstnanci a osoby samostatně výdělečně činné) a dále
 - ti občané EU, kteří zde mají skutečné bydliště (tzv. těžiště zájmu)

Další charakteristiky systému v.z.p.

- Významná míra solidarity:
 - neobyčejně široký rozsah nárokového plnění věcných dávek zdravotního pojištění bez přímé úhrady (tedy hrazeného solidárně z veřejného pojištění),
 - Projevuje se také v institutech přerozdělování pojistného mezi zdravotními pojišťovnami a úhradách nákladů zdravotní péče pro zvlášť nákladné pojištěnce.
- Významné rozdíly ve výši pojistného jednotlivých kategorií pojištěnců.
- Nulové rozdíly v nárocích na věcná plnění s ohledem na výši pojistného.
- Poměrně nízká spoluúčasť konkrétního pojištěnce při úhradě jeho zdravotní péče ze společného systému.

Institucionální zajištění systému v.z.p.

- Prováděn zdravotními pojišťovnami (ZP)
 - specifické právnické osoby,
 - zřízené na základě speciálních zákonů,
 - nezávislé na státu.
- Každá ZP má určitý okruh svých pojištěnců:
 - má povinnost zajistit jim zdravotní péči ve svých smluvních zdravotnických zařízeních,
 - vybírá od nich pojistné v zákonem předepsané výši, přičemž disponuje i autoritativními prostředky vymození tohoto pojistného,
 - je povinna vytvořit kvalitní síť svých smluvních zdravotnických zařízení, ve kterých je jejím pojištěncům poskytována zásadně bezplatně zdravotní péče.
- ZP nesmí tvořit zisk, resp. její přebytekový hospodářský výsledek je vždy odveden do rezervního fondu.

Zdravotní pojišťovny I.

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP ČR) a tzv. zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (ZZP).
- Vztah mezi ZP navzájem velmi specifický:
 1. Teoreticky by si měly ZP konkurovat.
 2. Prakticky k tomu však nemají ani nástroje, ani příliš mnoho důvodů.
 3. Nemohou nabízet pojištěnci odlišný produkt.
 4. Rozsah věcných dávek hrazených z veřejného pojištění je přesně předepsán a nemůže být ani rozšiřován ani zužován.
 5. Možnost konkurence je omezena na poskytování nadstandardního plnění z fondů prevence ZP, které však obsahují zcela marginální množství financí.
 6. ZP dále nemají ani dostatek prostředků na konkurenční boj a vytváření a realizaci konkurenčních strategií.
 - Všecké provozní fondy zdravotních pojišťoven jsou tvořeny zákonem limitovaným odvodem ze základního fondu zdravotního pojištění zdravotní pojišťovny, který je souhrnem vybraného pojistného. Jde o konečné množství financí, jehož odčerpáním na konkurenční boj se zdravotní pojišťovna připravuje o znovu neziskatelné prostředky na vlastní správu.

Zdravotní pojišťovny II.

- ZP nemá vlastníka ani jakoukoliv jinou osobu v obdobném postavení (podílů, společníka, akcionáře a pod.), je tak zcela specifickou právníčkou osobou, která není nikým jakoukoliv formou vlastněna či ovládána a negeneruje zisk.
- ZP tak vlastně existuje jen za tím účelem, aby v daném roce s co nejvyšší kvalitou z vybraných prostředků zajistila a uhradila svým pojištěncům zdravotní péči.
- Způsob činnosti zdravotní pojišťovny určuje její management a zaměstnanci, přičemž ke způsobu výkonu jejich práce nejsou dány standardní ekonomické motivy (tedy motiv zisku či naopak srozumitelný a veřejně deklarovaný neziskový motiv).
- Růst pojišťovny = růst počtu pojištěnců = větší absolutní částka vybraného pojistného.
- K zásadním přesunům pojištěnců však v poslední době mezi ZP nedocházelo (výjimkou loňský rok).
- (?) Metoda výběru ekonomicky atraktivnějších pojištěnců jako nástroj konkurence
 - Oslabeno institutem přerozdělování pojistného.

Hospodaření ZP

- ZP hospodaří podle zdravotně pojistného plánu, což je vlastně rozpočet zdravotní pojišťovny.
- Návrh zdravotně pojistného plánu na další kalendářní rok je v návaznosti na termíny zpracovávání státního rozpočtu předkládán Ministerstvu zdravotnictví.
- To jej spolu s Ministerstvem financí posoudí s ohledem na soulad s právními předpisy a s veřejným zájmem a buďto jej vrátí ZP k přepracování či jej postoupí Vládě ČR.
- Vláda zdravotně pojistné plány ZP na další rok předkládá ke schválení Poslanecké sněmovně. Pokud není zdravotně pojistný plán chválen Poslaneckou sněmovnou, hospodaří ZP v režimu rozpočtového provizoria, které stanoví Ministerstvo zdravotnictví a financí.
- Spolu s návrhem zdravotně pojistného plánu je takto podávána také účetní závěrka za předcházející rok, výroční zpráva a výrok auditora.

Kontrola činnosti ZP

- Vykonalána Ministerstvem zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí.
- Průběžná kontrola je realizována několika způsoby:
 - ZP především ze zákona čtvrtletně vypracovávají zprávy o svém hospodaření pro stát.
 - Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo financí taktéž provádějí periodicky kontroly přímo ve ZP.
- Zjistí-li tato ministerstva závažné nedostatky v činnosti zdravotní pojišťovny, jsou oprávněna:
 - požadovat, aby zdravotní pojišťovna ve stanovené lhůtě zjednala nápravu nebo
 - zavést nucenou správu.

VZP ČR

- VZP ČR provádí v.z.p. pro většinu české populace (přes 6 milionů pojištěnců), tedy vybírá většinu pojistného v celém systému (v roce 2009 přes 120 miliard korun).
- Zcela specifické postavení, když provádí a koordinuje některé aktivity společně všem ZP.
- Právně formálně oddělena od státu,
 - nicméně stát má prostřednictvím některých institutů (zejména ustavování celé správní rady VZP ČR státem) významný vliv.
- Považována za určitého garanta fungování celého systému
 - za stávající situace je prakticky nemožné, aby z důvodů nepříznivých ekonomických jevů zanikla či byla jinak ohrožena její existence,
 - zákon ani nepočítá s právním zánikem této zdravotní pojišťovny,
 - v případě ekonomických obtíží je jí státem pomáháno.

ZZP

- Osm (Vojenská; Česká průmyslová; Oborová ZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví; Škoda; Ministerstva vnitra ČR; Revírní bratrská pokladna; METAL-ALIANCE; MEDIA)
- Vznikly ve valné většině v první polovině devadesátých let (až 27)
 - V průběhu následujících let však došlo k zásadní redukci jejich počtu vzájemným slučováním a zanikáním z ekonomických důvodů.
 - V poslední době vznikly jen dvě nové ZP, z nichž jedna byla obratem sloučena do většího celku a druhá je stále v počátcích svého fungování.
- Co do metody provádění veřejného zdravotního pojištění není však mezi VZP ČR a ZZP rozdíl.

Přerozdělování pojistného-obecně

- Účelem je vyrovnat rozdíly, které jsou mezi jednotlivými ZP, jak na straně solventnosti plátců, tak na straně výše nákladů na úhradu zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění.
- Přerozdělování pojistného má za úkol udržet určitou míru solidarity pojištěnců s vysokými příjmy s pojištěnci s nižšími příjmy a dále pojištěnců zdravých s pojištěnci nemocnými.

Přerozdělování pojistného-vývoj

- Od roku 1993
- Kritériem přerozdělování je počet a věk pojištěnců, za které hradí pojistné stát (státní pojištěnci).
- **Principy přerozdělování platné od 1. ledna 1993:**
- 50% výběru pojistného podléhá přerozdělování
- kritérium - státní pojištěnci dle věku do 60 let a nad 60 let (1podíl :2 podíly z přerozdělení)
- **Principy způsobu přerozdělování platného v plné míře do konce roku 2004:**
- 60% výběru pojistného podléhá přerozdělování
- kritérium - státní pojištěnci dle věku do 60 let a nad 60 let (1podíl :3 podíly z přerozdělení)

Nedostatky systému přerozdělování (1993-2004)

- Není zohledněn věk a zdravotní stav pojištěnců – umožňuje výběr „ziskových“ pojištěnců podle věku, příjmu a zdravotního stavu (různá struktura pojistného kmene);
- Nizký je i stupeň přerozdělování – pouze ze 60% vybraného pojistného;
- Nepřesná kompenzace rizika spojená s věkem a to ještě pouze u státních pojištěnců;
- Chybí kompenzace nákladů na velmi drahé pojištění (1% nejdražších pojištěnců jakékoliv věkové struktury spotřebuje 20 až 30% nákladů).

Zdroj: VZP

Přerozdělování dnes

- Zákon č. 117/2006 Sb. zavedl 100% přerozdělování v plné míře od 1. 4. 2006.
- **Principy nového způsobu přerozdělování, které nastupuje postupně od 1. ledna 2005:**
- 100% výběru pojistného podléhá přerozdělování
- Kritérium přerozdělování je počet všech pojištěnců nikoliv jen státních podle :
 - podle **nákladovosti pojištěnců** dle věku a pohlaví (36 nákladových indexů: zohledňuje riziko nákladovosti zdravotní péče u jednotlivých pojištěnců dle věkových skupin a pohlaví)
 - podle počtu **nákladných pojištěnců** (výše úhrady na jednoho pojištěnce překročila v období jednoho kalendářního roku částku odpovídající třicetinásobku průměrných nákladů na jednoho pojištěnce v systému veřejného zdravotního pojištění za poslední účetně uzavřený kalendářní rok)

Zdravotnická zařízení (ZZ) I.

- Zařízení s licencí poskytovat zdravotní péči
- Poskytnutá péče je jim proplácena ZP
- V současné době je v ČR evidováno celkem 27 769 zdravotnických zařízení
- Na 1 lékaře připadá v průměru 236 obyvatel, na 1 ambulantního lékaře 332 obyvatel (ÚZIS)
- Více viz: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/zdravotnicka-zarizeni-cr-roce-2009>

ZZ v číslech 2009 (zdroj: ÚZIS)

ZZ celkem	27 769
z toho samostatné ordinace	19 824
Státní ZZ	261
Nestátní ZZ	27 698
z toho zřizovaná krajem	163
z toho zřizovaná městem, obcí	170
z toho zřizovaná fyzickou osobou, církví, jinou právnickou osobou	27 365
Lékařů celkem	45 200
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	20%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	7,6%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	69%
z toho ambulantních	71%
Nelekařských pracovníků celkem	106 800
z toho zaměstnaných ve státních ZZ	26%
z toho zaměstnaných v krajských ZZ	11,5%
z toho zaměstnaných v soukromých ZZ	58,0%
Lůžkový fond	
ve státních zařízeních ústavní péče	27,65%
v krajských ZZ	11,30%
v městských, obecních	4,98%
v soukromých ZZ	53,97%

Zdravotnická zařízení II.

- Rozsah zdravotní péče hrazené ze systému v z.p. velmi široký, nepokrývá samozřejmě veškerou zdravotní péči poskytovanou ve zdravotnických zařízeních.
 - ZZ poskytují tedy také péči hrazenou přímo pojištěnci.
- Některá ZZ se do systému v z.p. nezapojují, neuzavírají smlouvy se ZP a poskytují zdravotní péči výhradně za přímou úhradu.
- Činnost ZZ má obvykle povahu podnikání (existují však také mnohá nepodnikatelsky provozovaná zdravotnická zařízení).
- Mezi ZZ a ZP vztah smluvní svobody.
 - Je-li však smlouva se ZP uzavřena, nesmí ZZ od pojištěnců příslušné ZP za poskytnutí zdravotní péče zákonem zařazené do rozsahu v z.p. vyžadovat přímou úhradu.
 - Výjimkou jsou některé formy spoluúčasti typické zejména pro oblast léků.

Cena poskytované péče

- Většina poskytované zdravotní péče je rozdělena do tzv. zdravotních výkonů.
- Jejich cena je určena zvláštním dohodovacím řízením mezi sdruženími poskytovatelů zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami.
- V tomtéž řízení jsou také určovány výše paušálních úhrad zdravotnickým zařízením.
- Pokud strany dohodovacího řízení dospějí k dohodě o výši úhrad zdravotní péče, vydává takovou dohodu stát právním předpisem jako všeobecně závaznou.
- Pokud však v některém roce taková dohoda nevznikne, určí stát cenu zdravotní péče autoritativně.

Úhrady péče: praktičtí lékaři

- Většinou privátní
- Způsob úhrady:
- **Kombinovaná kapitačně výkonová platba:** platba za každého registrovaného pacienta a platba za výkony provedené nad rámec kapítace.
 - v kapitaci zahrnutý předem definované výkony péče;
 - lékař ji obdrží bez ohledu na to, zda pacient v daném měsíci lékaře navštívil nebo ne;
 - základní sazba kapítace se násobí indexy v rozpětí 0,90-3,80 dle věku pacienta;
 - náklady na kapitaci tvoří přibližně 70 % všech nákladů na segment.
- **Kombinovaná kapitačně výkonová platba s dorovnáním kapítace:**
 - úhrady se týkají ordinací praktických lékařů, kterým byl Komisí pro malé praxe přiznán statut malé praxe;
 - cílem motivovat lékaře k poskytování péče v regionech s nízkou hustotou obyvatel;
 - dorovnání kapítace se poskytuje, pokud má lékař méně než 70% zaregistrovaných pacientů než je průměr podle celostátního registru (VZP);
 - kapítace může být dorovnána až do výše 90% celostátní průměrné kapítace na jednoho pojištěnce.

Úhrady 2011: praktičtí lékaři

- 50 Kč pro praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost - rozsah alespoň 30 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně
- 49 Kč pro praktické lékaře - rozsah alespoň 25 ordinčních hodin rozložených do 5 pracovních dnů týdně
- 47 Kč pro ostatní praktické lékaře
- 49 Kč pro ostatní praktické lékaře pro děti a dorost
- Hodnota bodu 1,08 Kč - pro péči dle seznamu výkonů a některé výkony nezahrnuté do kapítace
- Hodnota bodu 0,90 Kč - doprava v návštěvní službě

Úhrady péče: ambulantní specialisté

- Poskytována v různých formách: soukromá praxe, poliklinika, nemocnice; 75% zařízení privátních
- Bez gate-keeping
- Způsob úhrad: fee-for-service, objemové limity, velikost bodu závisí na počtu odpracovaných hodin

Úhrady 2011: ambulantní specialisté

- 1,08 Kč - psychoterapie, klinická psychologie
- 1,06 Kč - hemodialýza
- 1 Kč - ortoptista, klinická logopedie
- 0,71 Kč - vyjmenované výkony radiační onkologie (lineární urychlovač)
- 0,71 Kč - vyjmenované výkony oftalmologie (implantace čočky)
- 1,03 Kč - screeningová kolonoskopie (prevence)
- 1,02 Kč - ostatní odbornosti - limitace úhrady vypočteným objemem referenčního počtu bodů (rok 2009) na unikátního pojištěnce, nad rámec vypočteného objemu regresní hodnota bodu 0,30 Kč

Nemocnice

- 191 v ČR
- 4 druhy dle zřizovatele: „státní“, krajské, obecní a soukromé
- 19 (+5) státní, ALE znamená to 29,8% lůžkového fondu
- Způsob úhrad: paušály

Úhrady 2011: akutní lůžková péče

- Zdravotní péče se hradí paušální úhradou ve výši 98 % celkové úhrady v roce 2009
- Počet hospitalizací alespoň 94 % roku 2009
- Počet bodů za výkony v ambulantní péči alespoň 95%
- Umožňuje optimalizovat a lépe plánovat péči
- Za menší množství poskytnuté péče obdrží více peněz než ve 2009
- Při 50 % fixních nákladů získají zdravotnická zařízení navíc 2 mld. Kč pro vlastní potřebu (vzdělávání, mzdy apod.)
- Navíc - úspora v systému cca 1,930 mld. Kč

Domácí zdravotní péče

Zákon č. 48/97 Sb.

- § 22

- Zvláštní ambulantní péče:

Hrazenou péčí je i zvláštní ambulantní péče poskytovaná pojištěncům s akutním nebo chronickým onemocněním, pojištěncům tělesně, smyslově nebo mentálně postiženým a závislým na cizí pomoci a paliativní péče, poskytovaná pojištěncům v terminálním stavu, v jejich vlastním sociálním prostředí; tato péče se poskytuje jako domácí zdravotní péče, pokud je poskytována na základě doporučení registrujícího praktického lékaře, registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo ošetřujícího lékaře při hospitalizaci, nebo na základě doporučení ošetřujícího lékaře, jde-li o paliativní péči o pojištěnce v terminálním stavu, ...

- **Způsob úhrad: výkonový**

Úhrady 2011: domácí zdravotní péče

- Hodnota bodu v odbornosti 925 (sestra domácí péče) - **1 Kč**
- V odbornosti 911 (všeobecná sestra), 914 (psychiatrická sestra), 916 a 921 (porodní asistentka) hodnota bodu **0,90 Kč**
- Pro výkony dopravy v návštěvní službě hodnota bodu ve výši **0,90 Kč**
- Zdravotní péče nad 105 % objemu se v odbornosti 925 hradí s hodnotou bodu **0,70 Kč** a v odbornostech 911, 914, 916 a 921 s hodnotou bodu **0,63 Kč**

Náklady z v.z.p. na segment domácí péče

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Podíl segmentu na výkonech v.z.p.	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	0,5%	0,6%	0,5%	0,6%	0,6%
Náklady celkem (v tis. Kč)	281 982	393 422	419 727	500 235	617 402	725 368	838 790	901 606	895 486	1 021 161	1 064 712
Meziroční změna	1,00	1,40	1,07	1,19	1,23	1,17	1,16	1,07	0,99	1,14	1,04
Náklady na 1 pojištěnce (v Kč)	27	38	40	48	60	70	81	88	87	99	103
Meziroční změna	1,00	1,40	1,07	1,19	1,24	1,18	1,16	1,08	0,99	1,14	1,04

Práva pojištěnců

- Právo na výběr lékaře a zdravotnického zařízení;
 - u zvolených lékařů v primární péči se musí občané zaregistrovat (praktičtí lékaři, ambulantní gynekologové, zubní lékaři).
 - Změnu lékaře v primární péči, tj. registraci u jiného lékaře, je možné učinit nejdříve po 3 měsících.
- Právo na výběr ZP
 - Změna možná jednou za 12 měsíců, a to vždy jen k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí.

Odváděné pojistné

- Výše příspěvků stanovena zákonem jako % ze mzdy/ platu => 13,5%
- Zaměstnanci platí 4,5%, zaměstnavatelé 9% - od 2008 maximální vyměřovací základ zaměstnance: 48-ti násobek průměrné mzdy v národním hospodářství (aktuálně cca 920 000 Kč ročně)
- MF 13,5% z částky stanovené zákonem (723 Kč)
 - 55% populace
- OSVČ platí 13,5 % z vyměřovacího základu,
 - minimální výše zálohy na pojistné pro rok 2010 je 1601 Kč
 - maximální vyměřovací základ 486 000 Kč

Co je propláceno?

- Balíček proplácené zdravotní péče široký (včetně lázní..)
- Nejlevnější lék z dané skupiny vždy plně hrazen (ve speciálních případech může revizní lékař ZP povolit plné proplacení jiných léků)
- Od ledna 2008 regulační poplatky

Role státu

- Stojí vně základního právního i ekonomického vztahu, tedy vztahu mezi pojištěncem, ZP a ZZ.
- Nicméně určuje prostřednictvím legislativy všechny základní mantinely existence a fungování systému. Zákonem je určena:
 - výše pojistného na veřejné zdravotní pojištění,
 - rozsah nároku pojištěnců na věcné dávky ze systému veřejného zdravotního pojištění
 - jaké věcné plnění ZP musejí zaplatit ZZ
 - a částečně také výše úhrad zdravotnickým zařízením.
- Výší pojistného za tzv. státní pojištěnce je schopen ovlivňovat bilanci celého systému v.z.p..
- Změnou rozsahu hrazené péče z v.z.p. by bylo možné taktéž měnit ekonomickou bilanci zdravotních pojišťoven.
- Dohodovací řízení
- Výše úhrad léčiv taktéž významně závislá na státu, když o výši úhrad za jednotlivé léky jsou vedena státními orgány správní řízení.
- Přímý vliv státu v dozorčích a správních radách ZP

Tedy je zřejmé, že stát ...

- ... i beze změn základních prvků fungování systému v.z.p. je schopen jej významně ovlivňovat.
- Chování státu přitom na úrovni legislativních a výkonných orgánů značně podléhá rozložení politických sil.
- Stát vlastně reguluje také:
 - způsob poskytování zdravotní péče po obecné i zvláštní rovině (od definice poskytování péče lege artis po některé specifické zdravotnické výkony – umělé oplodnění, interrupce, tkáňové banky a pod.),
 - způsob fungování zdravotnických zařízení i zdravotních pojišťoven,
 - náležitosti přípravy a vzdělávání zdravotnických pracovníků,
 - výrobu a poskytování léčiv a zdravotnických prostředků, lázeňství a mnohé další oblasti.

Celkově ...

- Podíl celkových zdravotnických výdajů na HDP: 7,9% (2009), tj. cca 286 MLD (předběžné údaje, ÚZIS)
- 83,7% z celkových výdajů je veřejných; 16, 3% soukromých výdajů (předběžné údaje, ÚZIS)
- Zdravotní stav srovnatelný s ostatními evropskými státy
- Průměrný počet návštěv u lékaře jeden z nejvyšších v Evropě (13x)
- Výdělky lékařů dvojnásobek průměrné mzdy v národním hospodářství, problémová oblast:
<http://www.uzis.cz/rychle-informace/mzdy-platy-zdravnictvi-roce-2009>
- Mnoho reformních strategií, většinou však pouze na papíře

Zdravotnické zdroje (2009)

- Zdravotní pojištění (75,2%)
- Daně (cca 7,4%): investice, výzkum, specializované zdravotní programy
- Soukromé výdaje – 17,5% z celkových výdajů na zdravotnictví
- Připojištění (necelých 0,1%)

Zdroj: OECD

Výdaje na zdravotnictví- mezinárodní srovnání

<http://data.euro.who.int/hfad/>


