

# **KONCEPCE REFORMY ZDRAVOTNICTVÍ**

**s použitím**

## **OSOBNÍCH ZDRAVOTNÍCH ÚČTŮ**

Zpracovali:

Prof. Ing. Robert Holman  
MUDr. Jan Šťastný

**Liberální institut  
Listopad 2005**

# **OBSAH**

## **1. ÚVOD**

### **1.1 Osobní zdravotní účty v systému zdravotního pojištění**

#### **1.1.1 Zdravotní péče jako volný statek**

#### **1.1.2 Základní modely financování zdravotní péče**

#### **1.1.3 Osobní zdravotní účty – zkušenosti ze zahraničí**

## **2. NÁVRH REFORMY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA BÁZI OZÚ ORO ČESKOU REPUBLIKU**

### **2.1 Zásadní sdělení**

#### **2.1.1 Aplikace osobních zdravotních účtů nemůže být pouze dílčím aktem**

#### **2.1.2 Obecně lze osobní zdravotní účty chápat dvojím způsobem**

## **3. ZDRAVOTNICTVÍ ČR NA KONCI ROKU 2005**

### **3.1 Právní vědomí občanů České republiky**

### **3.2 Paternalistická role státu**

### **3.3 Informační asymetrie**

### **3.4 Zdravotnictví jako „volný statek“**

### **3.5 Opomíjení vlivu determinant zdraví**

### **3.6 Omezování svobodné volby**

#### **3.6.1 Omezení na úrovni výběru pojistného plánu**

#### **3.6.2 Omezování svobodné volby poskytovatele**

#### **3.6.3 Omezování regulovaného trhu a konkurence**

#### **3.6.4 Absence „aktivní prevence“**

#### **3.6.5 Izolace nemocenského pojištění**

#### **3.6.6 Absence ucelené rehabilitace**

#### **3.6.7 Částečná absence úrazového pojištění**

## **4. ZÁKLADNÍ PRINCIPY DALŠÍ REFORMY**

### **4.1. Princip zajištění dostupnosti péče pro veškeré skupiny obyvatelstva.**

### **4.2 Zvyšování úrovně právního vědomí občanů v oblasti zdravotnictví, včetně eliminace „informační asymetrie“**

### **4.3 Princip „třístupňové garance zdravotní péče“**

### **4.4 Princip motivací a sankcí**

### **4.5 Aplikace poznatků vyplývajících ze studia tak zvaných „determinant zdraví“ do procesu transformace.**

### **4.6 Princip svobodné volby**

### **4.7 Propojení zdravotní péče s navazující péčí sociální.**

## **5. CESTY REFORMY**

## **6. ZÁKLADNÍ PRINCIPY IMPLEMENTACE OZÚ**

### **6.1 Rozsah zapojení OZÚ do úhrad za poskytnutou zdravotní péči**

#### **6.1.1 Minimalistická varianta**

#### **6.1.2 Maximalistická varianta**

### **6.2 Konkrétní principy implementace OZÚ**

#### **6.2.1 Obecné principy při implementaci OZÚ**

#### **6.2.2 Volba pojišťovny a pojistného plánu**

- 6.2.3 Veřejný pojistný plán
- 6.2.4 Volitelné pojistné plány
- 6.2.5 Propojení zdravotního a nemocenského pojištění
- 6.3 Čerpání z osobních účtů
- 6.4 Dispozice se zůstatkem osobního účtu
- 6.5 Přečerpání osobního účtu
- 6.6 Vlastnická práva k účtu
- 6.7 Individuální účty zaměstnavatelů (IÚZ)

## **7. ZDRAVOTNÍ SKUPINY A KOEFICIENT RIZIKA**

- 7.1 „Account Related Group´s“
- 7.2 Základní sazba
- 7.3 Finanční částka na OZÚ
  - 7.3.1 Minimalistická verze
  - 7.3.2 Maximalistická verze
- 7.4 Dodatečné příspěvky na OZÚ

## **8. ROZSAH PÉČE HRAZENÉ MIMO OZÚ (SOLIDÁRNĚ HRAZENÁ PÉČE)**

- 8.1 Péče plně solidárně hrazená
- 8.2 Solidárně hrazená péče s povinnou spoluúčastí

## **9. TVORBA SÍTĚ SUPERNÁKLADNÉ (NEPOJISTITELNÉ) PÉČE**

- 9.1 Úplné vyjmutí supernákladné péče ze zdravotního pojištění
- 9.2 Částečné vyjmutí supernákladné péče ze zdravotního pojištění

## **10. „FEASIBILITY STUDY“ ZAVEDENÍ OSOBNÍCH ZDRAVOTNÍCH ÚČTŮ**

- 10.1 Cost benefit
- 10.2 Motivace při zavádění OZÚ
- 10.3 Modelování aplikace OZÚ
- 10.4 Hypotetický model
- 10.5 Závěry k první fázi implementace
- 10.6 Závěry k druhé fázi implementace

## **11. SWOT ANALÝZA ZAVEDENÍ OZÚ**

## **12. GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ NAVRHOVANÝCH CEST**

## 1. ÚVOD

Tento materiál navazuje na přípravné teze, které byly Svazu zdravotních pojišťoven prezentovány v roce 2004; zahrnuje připomínky, které byly ze strany Svazu vzneseny a obsahuje konkrétní kroky při zavádění osobních zdravotních účtů.

### 1.1 Osobní zdravotní účty v systému zdravotního pojištění

#### 1.1.1 Zdravotní péče jako volný statek

Zdravotní pojištění je poznamenáno stejnými problémy jako každé jiné pojištění. Platba pojistného je pro člověka „utopeným nákladem“ - kdyby se rozhodl zdravotní služby nečerpat, nemůže pojistné ušetřit. V okamžiku čerpání jsou zdravotní služby pro pojištěnce již „volným statkem“. To má významný vliv na způsob čerpání zdravotních služeb ze strany pojištěnců-pacientů. Je-li zboží nebo služba volným statkem, má člověk tendenci spotřebovávat je nadměrně. Protože mají lidé (v okamžiku čerpání zdravotní péče) zdravotní služby zadarmo a nepociťují její náklady, vyžadují mnozí z nich nadměrné nebo zbytečné zdravotní služby. Lékaři, oceňovaní za výkony, jsou podobně motivováni k nadměrnému poskytování zdravotních služeb.

V tom se skrývá ekonomická neefektivnost, protože společenské náklady na volný statek ve skutečnosti nejsou nulové. *Ekonomická neefektivnost* poskytování volného statku je v *nadměrnosti* jeho spotřeby i poskytování. Dochází tím k porušení optimální (efektivní) alokace vzácných ekonomických zdrojů, které jsou nadměrně alokovány do zdravotnictví na úkor jiných statků.

S tím souvisí *perverzní vývoj motivací ve zdravotnictví*. Protože lidé nemají motivace k úspornému čerpání zdravotní péče a lékaři nemají motivace k jejímu úspornému poskytování, získává zdravotnictví samovolnou tendenci k růstu výdajů a stává se příliš nákladným. Zdravotní pojištění pak trpí opakovanou tendencí k deficitům. Extenze zdravotních výkonů a nadbytek řady zdravotnických kapacit (pravděpodobně i některých lékařských specialistů) se stává ve stále větší míře také bariérou růstu platů samotných lékařů i ostatního zdravotnického personálu. Nejde přitom jen o nadměrné čerpání zdravotních služeb. Ze stejných důvodů - tedy z důvodů bezplatnosti zdravotní péče v okamžiku jejího čerpání - chybí také dostatečně silné motivace lidí k celoživotní preventivní péči o své zdraví a vůbec motivace ke zdravému způsobu života.

Tyto ekonomické poznatky jsou zdravotnickou veřejností bohužel stále odmítány s poukazem na to, že užitek ze zdravotnických služeb se vztahuje ke zdraví a životům lidí, které mají nezměřitelnou hodnotu a které navíc nedokáží lidé-pacienti sami posoudit a ocenit. Tyto argumenty pak vedou k tomu, že je zdravotnictví systematicky vyjímáno z působení tržních zákonů a podřizováno státnímu paternalismu a státnímu plánování. Důsledkem tohoto přístupu je vysoký podíl výdajů na zdravotnictví (vyjádřený jako procento z domácího produktu).

#### 1.1.2 Základní modely financování zdravotní péče

Podstatou reformy zdravotnictví musí být vytvoření mechanismů, které vytvářejí motivace k úspornému chování příjemců i poskytovatelů zdravotní péče. Pomineme-li

"socialistický model", ve kterém byl tento tlak zajišťován ze strany státu, existuje jen několik málo základních modelů, ze kterých si můžeme vybrat. Prvním je švýcarský model, v němž tlak na úsporné chování poskytovatelů zdravotní péče přichází pouze ze strany zdravotních pojišťoven a který je založen na konkurenci zdravotních pojišťoven. Druhým je britský model „gatekeeping“, v němž tlak na úsporné chování přichází ze strany praktických lékařů a který je založen na tzv. kapitačních platbách. Třetím je model řízení zdravotní péče, rozšířený hlavně v USA. A čtvrtým modelem jsou osobní zdravotní účty, jejichž využití je nejvíce propracováno v Singapuru.

Švýcarský systém je založen na existenci několika velkých zdravotních pojišťoven, které se chovají podle tržních principů a navzájem si konkurují. Pojišťovny soutěží o pacienty tím, že mají určitou volnost ve stanovení své sazby pojistného a mohou též nabízet nadstandardní péči. Konkurence motivuje pojišťovny k úsporným výdajům na zdravotní péči a tím i k tlaku na poskytovatele zdravotní péče (lékaře a zdravotnická zařízení) - na jejich úsporné chování v lékařské péči. Švýcarský systém obsahuje propracovaný systém rozložení rizika, v němž jsou pojištěnci rozděleni do rizikových skupin podle věku a pohlaví. Výběr pojistného se uskutečňuje tak, že jeho část je vybírána centrálně a je následně přerozdělována mezi pojišťovny podle rizikovitosti jejich pojištěnců. Druhou část pojistného si pojišťovny vybírají od svých pojištěnců samy, přičemž její výši mohou samy stanovit (tím si právě konkurují), případně mohou následně poskytovat bonifikace těm svým pojištěncům, kteří čerpají málo zdravotní péče. Tento systém je doplněn ještě finanční spoluúčástí pacienta (ve Švýcarsku dosahuje tato spoluúčást až 30%), což představuje dodatečný tlak na úsporné čerpání zdravotní péče.

Švýcarský systém nevyžaduje velkou ingerenci státu do systému zdravotního pojištění a je samoregulován tržním chováním zdravotních pojišťoven. Není slučitelný se situací, jaká je u nás, kde Všeobecná zdravotní pojišťovna (již založená se záměrem, že bude veřejnoprávní pojišťovnou s dominantním postavením ve zdravotním pojištění) má 70% pojištěnců.

Britský systém představuje opuštění "výkonového" odměňování lékařů a nahrazuje jej *kapitačními platbami*. Tlak na úsporné čerpání zdravotní péče zde nepřichází od zdravotních pojišťoven nýbrž od praktických lékařů. Praktičtí lékaři dostanou finanční normativ - kapitační platbu - na každého pacienta, kterého mají ve své péči, a jsou tím motivováni k tomu, aby se k nim zaregistrovalo co nejvíce pacientů (nikoli k tomu, aby prováděli co nejvíce zdravotních výkonů). Praktický lékař pak funguje jako "vrátný" (gate keeper) ke specialistům, a to tím, že za své pacienty specialistovi platí - hradí výkony z kapitační platby, kterou dostal za svého pacienta. Proto má praktický lékař zájem omezovat svým pacientům zbytečná vyšetření u specialistů.

Systém kapitace posiluje do určité míry roli pacienta tím, že zostřuje konkurenci mezi praktickými lékaři o pacienty. Svým způsobem je obdobou švýcarského modelu konkurujících si pojišťoven: zatímco ve Švýcarsku je vybrané pojistné přidělováno pojišťovnám podle získaných "hlav", zde je rovnou přidělováno praktickým lékařům podle získaných "hlav".

Kouzlo britského systému kapitací je (na rozdíl od švýcarského systému) v tom, že nevyžaduje více zdravotních pojišťoven. Pacienti jsou však "v rukou" praktických

lékařů, kteří plně rozhodují o jejich vyšetření u specialistů. Zkušenosti z Velké Británie ale nejsou pozitivní, pacienti nejsou s lékařskou péčí příliš spokojeni.

Další model představuje řízená zdravotní péče (viz Malý 1998). Ta je přitažlivá hlavně z hlediska hospodárnosti a úspornosti. V tomto systému je (na rozdíl od osobních zdravotních účtů) odpovědnost za regulaci nákladů na zdravotní péči přenesena jednoznačně na stranu *nabídky* – na poskytovatele zdravotní péče. Dochází zde v podstatě ke spojení plátce (pojišťovny) a poskytovatele zdravotní péče v jeden subjekt. Kolébkou řízené péče jsou USA, kde je řízená péče nabízena a uskutečňována institucemi zvanými *Health Maintenance Organizations (HMO)*. První formy řízené péče vznikly v USA již ve 40. letech, kdy velké loďařské společnosti hledaly způsob, jak pro své zaměstnance zajistit úsporný způsob zdravotní péče. Vytvořily dceřinou společnost, která zaměstnance pojišťovala a zároveň jim poskytovala zdravotní péči ve vlastních zdravotnických zařízeních. HMO se pak v USA dále rozšiřovaly (zejména v Kalifornii a ve východních státech USA). V roce 1996 již v USA existovalo 550 HMO, které mají 65 milionů členů.

HMO poskytují svým členům na základě fixního periodického předplatného všeobecnou a komplexní zdravotní péči. Na rozdíl od klasického zdravotního pojištění, kde pacient platí za jednotlivé léčebné služby a volí si lékaře, řízená péče prakticky potlačuje možnost volby, neboť pojištěnec se dobrovolně svěří do péče lékařů a zdravotních zařízení, které jsou kontrahovány HMO nebo jsou přímo její součástí. HMO poskytující řízenou péči má buď vlastní léčebná zařízení nebo kontrahuje zdravotní péči se zdravotnickými zařízeními, a to tak, že jim platí pevnou částku za zdravotní péči o každou zaregistrovanou osobu. Finančně je tudíž HMO zainteresována na rozdílu mezi předplacenými příjmy od pojištěnců a náklady na poskytování komplexní zdravotní péče, k níž je smluvně zavázána. To ji motivuje jednak k hospodárnosti a k úspornému poskytování zdravotní péče a jednak k dlouhodobé a komplexní péči o své členy, protože dlouhodobě zdravý člověk je pro HMO finančním přínosem. To také posiluje snahu HMO a jejich členů o zdravotní prevenci. Řízená péče tohoto typu má tedy určité shodné rysy se systémem „gate keeping“ (je snaha poskytovat spíše primární než nákladnější specializovanou zdravotní péči). Ale na rozdíl od britského systému kapítací zde praktičtí lékaři nemají tendenci šetřit na pacientech, protože případné zanedbání specializované zdravotní péče by později vyvolalo vysoké náklady, které by dopadaly na celou HMO, tedy na celý kolektiv lékařů zaměstnaných v HMO.

Zkušenosti s řízenou péčí v USA nejsou jednoznačné. Existují argumenty ve prospěch této formy zdravotní péče i proti ní. Dosavadní studie ohledně zkušeností s řízenou péčí si dosti odporují. Ve prospěch řízené péče nepochybně hovoří argument úspornosti. Náklady HMO na zdravotní péči jsou nepochybně nižší než je tomu v případě „klasického“ systému zdravotního pojištění. Instituce poskytující řízenou péči je finančně zainteresována na tom, aby zdravotní péče byla úsporná, aby byla komplexní a provázaná s prevencí, aby léčebná zařízení neplýtvala a nevybavovala se zbytečným počtem drahých přístrojů atd. Díky této úspornosti také mohou HMO nabízet svým pojištěncům dobré finanční podmínky (nízké pojistné), což nepochybně přispělo k jejímu velkému rozšíření.

Neméně vážné argumenty však mluví v neprospěch systému řízené zdravotní péče. Poskytovatelé nejsou zainteresováni na její kvalitě (tedy obdobný problém jako

u britského systému „gate keeping“). Může docházet ke zhoršování zdravotní péče, jak dokládají některé studie. Hlavními zákazníky nejsou ani tak jednotlivci jako zaměstnavatelé, kterým přirozeně leží na srdci spíše nízké náklady než kvalita zdravotní péče. Lékaři se však k řízené péči zdaleka nestaví tak pozitivně. Podle průzkumu si téměř polovina amerických lékařů myslí, že řízená zdravotní péče vede ke zhoršení vztahů mezi lékařem a jeho pacienty.

#### 1.1.4 Osobní zdravotní účty – zkušenosti ze zahraničí

Ani v jednom z výše popsaných systémů není pacient opravdovým suverénním zdravotní péče. Ve švýcarském systému přebírají tuto roli zdravotní pojišťovny, v britském systému praktičtí lékaři a v systému řízené zdravotní péče je pacient plně podřízen instituci, která řízenou péči zajišťuje. Pouze v systému osobních zdravotních účtů je pojištěnec skutečný zákazník zdravotního systému. Existují zkušenosti ze tří zemí - Singapuru, USA a Jihoafrické republiky - které mají systém osobních účtů nebo s ním experimentují.

V Singapuru jsou osobní zdravotní účty součástí celkového systému sociálního zabezpečení, který je centralizovaný a není založen na tržních principech. Počty lékařů jsou státem kontrolovány a limitovány, ceny zdravotnických služeb a léků jsou stanoveny státem a trhy ve zdravotnictví prakticky neexistují. Přesto v sobě singapurský systém obsahuje mechanismy, které silně motivují lidi k racionálnímu a úspornému chování a posilují jejich vědomí odpovědnosti za sebe sama.

Od získání nezávislosti se začal v Singapuru vytvářet paternalistický až autoritativní systém s centralizovaným a extenzivním programem sociální péče. Tento systém vyžaduje od lidí *povinné spoření* na financování jejich sociální a zdravotní péče. Ústřední fond péče vede občanům osobní účty. Lidé na tyto účty povinně spoří a z nich též hradí sociální a zdravotní služby. Postupem času získali majitelé účtu větší volnost v nakládání s prostředky svých účtů, z nichž mohou čerpat prostředky například na splácení hypoték nebo na vzdělání. V roce 1994 bylo v Singapuru 2,4 milionů těchto účtů a na nich celková suma představující 72% hrubého domácího produktu.

Platby na účty mohou posílat jak zaměstnanci tak zaměstnavatelé (což se také děje), ale účty jsou ve vlastnictví zaměstnanců. Povinná platba na účet činí 40% mzdy (20% hradí zaměstnanec a 20% jeho zaměstnavatel), maximálně však 6000 singapurských dolarů měsíčně (průměrná mzda je 30 000 dolarů). Tyto úspory (jak v okamžiku vzniku tak v okamžiku čerpání) nepodléhají zdanění. Účty jsou úročeny a úrok rovněž není zdaňován.

Celkový příspěvek je rozdělen na tři účty : *obyčejný účet, zdravotní účet a speciální účet*. Na *obyčejný účet* jde 30% mzdy a lze z něho hradit bytové investice, náklady dětí na vysokou školu, některé druhy pojištění a příspěvky na penzijní účet rodičů. Na zdravotní účet jde 6 - 8% mzdy (podle věku) a lze z něho hradit pobyty v nemocnicích a některé další druhy zdravotní péče. Na speciální účet jdou 4% mzdy a tento slouží pro důchodový věk.

Tímto způsobem motivuje stát své občany k tomu, aby kupovali statky základní potřeby (jako je bydlení, zdraví nebo vzdělání) z vlastních účtů, zatímco v jiných

zemích jsou tyto statky financovány z veřejných rozpočtů formou veřejných výdajů. Výsledek je zřejmý : tyto statky přestávají být pro občany Singapuru volnými či veřejnými statky a získávají charakter soukromých statků. To má zásadní význam, protože lidé o jejich spotřebě rozhodují na základě vlastní (i když omezené) spotřebitelské volby.

Další význam těchto osobních účtů tkví v tom, že platby na své účty nepokládají lidé za *daně* (jak tomu je v systémech veřejného pojištění) nýbrž za vlastní úspory. Osobní účty spravované státním Ústředním fondem péče tak vstupují do individuálního rozhodování o spotřebě a úsporách (což nelze říci o systémech veřejného pojištění).

Singapur zavedl osobní zdravotní účty v roce 1984. Tyto účty jsou ve vlastnictví lidí a ti z nich mohou hradit mnoho druhů zdravotní péče včetně pobytu v nemocnicích. Lidé vědí, že zdravotní péči za ně neplatí nikdo třetí nýbrž že ji platí oni sami, a toto vědomí je motivuje k uvážlivému a úspornému chování.

Zdravotní péče je založena na povinném spoření na osobní zdravotní účty Medisave. Platba na účet činí 6% mzdy do věku 35 let, 7% mzdy do věku 45 let a 8% mzdy ve věku nad 45 let. Přitom však platí maximální limity měsíčního příspěvku (350 resp. 420 singapurských dolarů). Dosáhne-li stav na účtu 16 000 dolarů (u důchodců 11 000 dolarů), jsou peníze nad tuto částku automaticky převáděny ze zdravotního účtu na obyčejný účet.

Ze zdravotního účtu lze především hradit pobyt v nemocnici (a to i soukromé) a některé další zdravotní služby. Existují však hranice. Pacient může z účtu hradit až 300 dolarů za den pobytu v nemocnici, až 50 dolarů za návštěvu praktického lékaře, až 5000 dolarů za chirurgický zákrok, až 150 dolarů denně (maximálně 3000 dolarů ročně) za psychiatrickou léčbu a také za porod dítěte (prenatální a postnatální péči však musí hradit "z peněženky"). Veškeré zbývající sumy již musí pacient hradit "z peněženky". Protože většina ambulantních zdravotních zákroků není z účtů Medisave hrazena, velcí zaměstnavatelé obvykle svým zaměstnancům na krytí nákladů přispívají.

K programu Medisave má Singapur ještě program Medishield. Ten vznikl později jako reakce na skutečnost, že z účtů Medisave nelze pokrýt všechnu zdravotní péči, přitom ale lidé s velmi nízkými příjmy nebyli schopni uhradit zbývající částky péče "z peněženky". Týkalo se to hlavně případů nákladnější nebo dlouhodobé zdravotní péče. Medishield byl zahájen v roce 1990 jako program "katastrofického" pojištění zejména pro hrazení dlouhodobých pobytů v nemocnici. Roční platby na Medishield jsou automaticky odváděny z osobních účtů Medisave.

Většina zdravotní péče je v Singapuru hrazena ze zdravotního spoření, tj. ze zdravotních účtů. V roce 1992 pouze 19% nákladů na zdravotní péči bylo hrazeno ze státních subvencí.

Výsledky singapurského systému jsou povzbuzující. Podíl celkových nákladů na zdravotnictví se pohybuje kolem 3% HDP (v ČR tyto náklady přesahují 7% HDP). Úroveň zdravotní péče je srovnatelná s Japonskem a USA. Platy lékařů jsou vysoké : mladí lékaři vydělávají v průměru pětkrát a starší lékaři šestkrát více než činí průměrná mzda (což jsou relace obvyklé v USA). Nutno ovšem říci, že relativně



vysoké platy lékařů nejsou výsledkem systému zdravotních účtů nýbrž spíše výsledkem vládní kontroly počtu lékařů. Vláda striktně omezuje celkový počet lékařů, kontroluje podíl lékařů specialistů (zhruba na 40%) a také množství i rozdělování nákladné technologie ve zdravotnických zařízeních.. Vláda též podporuje růst privátních nemocnic, nikoli však jejich subvencováním nýbrž spíše omezováním růstu lůžek ve veřejných nemocnicích. Soukromé nemocnice poskytují kolem 30% lůžek. Vládní financování veřejných nemocnic je založeno na "hvězdičkování" : nemocnice jsou rozděleny do pěti kategorií podle kvality a luxusu poskytované péče, přičemž nejvíce jsou subvencovány nemocnice nejnižší kategorie, zatímco nemocnice nejvyšší kategorie již nejsou subvencovány vůbec a soutěží tudíž se soukromými nemocnicemi.

Poněkud jiný je systém osobních zdravotních účtů v USA. V roce 1996 byl v USA spuštěn pilotní projekt Medical Saving Accounts, když Kongres schválil nový zákon o reformě zdravotního pojištění, a to navzdory odpůrcům, kteří se obávali, že zdravotní účty zničí zdravotní pojištění. Zatímco však v Singapuru jsou osobní zdravotní účty jádrem zdravotní péče, v USA představují menší část financování zdravotní péče, zatímco jádro zdravotní péče je stále založeno na zdravotním pojištění. Další rozdíl je v tom, že zatímco v Singapuru jsou osobní zdravotní účty součástí státního a centralizovaného systému sociálního zabezpečení, v USA jsou tyto účty inovací, kterou zdravotní pojišťovny na značně konkurenčním trhu nabízejí pojištěncům jakožto alternativu ke zdravotnímu pojištění.

Kongres od začátku podřídil osobní zdravotní účty značné regulaci, čímž podvázal jejich expanzi. V pozadí byla zřejmě obava zastánců zdravotního pojištění, že nový systém zdravotního spoření na osobní účty bude představovat příliš velkou konkurenci pro tradiční plány zdravotního pojištění. Osobní zdravotní účty (MSA) byly vyhrazeny pouze pro lidi samostatně výdělečně činné a pro zaměstnance malých firem do 50 zaměstnanců. Osobní zdravotní účty musejí být kombinovány se zdravotním pojištěním. Z účtů lze hradit jen méně nákladné zdravotní služby, přičemž zákon stanovuje horní limity pro platby z účtů. Zbytek musí pacienti hradit "z peněženky". Větší částky pak je nutné hradit z pojištění. Tyto regulace omezily osobní zdravotní účty jen na malý trh, který není pro velké zdravotní pojišťovny zajímavý. To zpomaluje jejich rozšiřování na úkor tradičního zdravotního pojištění. Přesto počet osobních zdravotních účtů roste.

Jihoafrický systém financování zdravotní péče extenzivně využívá osobní zdravotní účty. Nepodobá se příliš singapurskému modelu, kde jsou zdravotní účty součástí centralizovaného státního systému sociálního pojištění. V Jihoafrické republice jsou osobní zdravotní účty součástí konkurenčního trhu zdravotního pojištění, podobně jako v USA. Na rozdíl od USA však nepodléhají takové regulaci a restrikcím. Jihoafrická republika má dnes nejvolnější trh zdravotního pojištění na světě. Osobní zdravotní účty se objevily zcela spontánně jako výsledek tohoto volného trhu.

Jihoafrická republika zavedla osobní zdravotní účty v devadesátých letech. V roce 1994 došlo k deregulaci trhu zdravotního pojištění, což umožnilo zdravotním pojišťovnám nabízet pojištěncům nový produkt - osobní zdravotní účty. Tyto účty začaly konkurovat tradičním zdravotně-pojistným plánům zejména poté, co zákon umožnil, aby příspěvky zaměstnavatelů na osobní účty svých zaměstnanců měly

stejná daňová zvýhodnění jako příspěvky na ostatní typy zdravotního pojištění. Výsledky byly impozantní : během několika let se osobní zdravotní účty staly velice populární a došlo k jejich rychlému rozšíření. Ukázalo se, že deregulace trhu zdravotního pojištění otevírá cestu k velkému růstu popularity osobních zdravotních účtů u pojištěnců. Oproti americkému experimentu se zdravotními účty nebyl a není jihoafrický systém tolik regulován. Osobní zdravotní účty zde nemají povahu "pilotního projektu" nýbrž konkurenčního produktu, který mohou zdravotní pojišťovny volně a bez omezení nabízet svým pojištěncům.

Jihoafrická republika má extenzivní sektor veřejného zdravotnictví, který pečuje o přibližně 80% obyvatelstva. Bezplatnost zdravotní péče (v okamžiku jejího čerpání) vyvolává všechny problémy typické pro systém veřejného zdravotnictví. Docházelo k velkému růstu nákladů na zdravotnictví. Množství nabízené zdravotní péče nestačilo držet krok s rostoucí poptávkou po ní a objevovala se nedostatkost péče ve stále větším počtu jejích segmentů. Objevoval se zejména vážný nedostatek lůžek ve veřejných nemocnicích. Kvalita zdravotní péče a zdravotnické technologie ve veřejném zdravotnictví začala klesat, stejně tak jako platy zdravotnického personálu. Veřejné zdravotnictví podléhalo tlaku na expanzi všeobecné a méně nákladné primární a sekundární péče pro velkou část populace, na úkor dražší léčebné péče pro menší část populace, která léčbu opravdu potřebuje. Reakcí na tento stav veřejného zdravotnictví byl růst soukromého zdravotnictví, které dnes poskytuje péči asi 20% obyvatelstva na bázi volného trhu zdravotního pojištění. Předtím než došlo k jeho deregulaci, připomínal jihoafrický trh zdravotního pojištění situaci v USA a v Evropě: byl dominován byrokratickými neziskovými organizacemi, které se nechovaly jako tržní subjekty. Výše zdravotního pojistného byla regulována na stejné výši a pojišťovny musely přijímat všechny zájemce o pojištění prakticky za stejných podmínek. Za těchto podmínek ztráceli zdraví lidé motivaci se pojišťovat. Příjmy zdravotních pojišťoven byly rovněž regulovány stanoveným procentem z objemu pojištění, což potlačovalo motivace pojišťoven ke snižování nákladů a k inovacím. Absence těchto motivací způsobila, že během osmdesátých let náklady zdravotních pojišťoven markantně vzrostly.

Deregulace trhu zdravotního pojištění v roce 1994 přinesla dramatické změny. Deregulace pojistných sazeb otevřela prostor pro konkurenci a konkurence podněcovala inovace. Došlo k ozdravení trhu: sazby zdravotního pojistného klesly, solventnost zdravotních pojišťoven se zvýšila. Rychle rostl počet lidí kupujících zdravotní plány soukromých pojišťoven. Překvapivě se na jihoafrickém trhu vůbec neprosadily americké pojistné plány řízené péče. V roce 1997 vstoupila dravě na jihoafrický trh zdravotního pojištění americká United Healthcare, která ve spojení s domácími zdravotními pojišťovnami a velkými zaměstnavateli nabízela plány řízené péče. Akce skončila neúspěchem a United Healthcare nakonec jihoafrický trh opustila.

Naopak jednou z nejúspěšnějších a nejvíce poptávaných inovací se staly osobní zdravotní účty. Dnes představují tyto účty polovinu jihoafrického trhu soukromého pojištění. Jednotlivec může dát na svůj zdravotní účet roční částku ekvivalentní 1100 americkým dolarům a tato je odečitatelná od daňového základu. Tuto částku však může čerpat na takové druhy zdravotní péče jako je návštěva u praktického lékaře, většina ambulantních ošetření a léky. Nemocniční ošetření (zejména operace) a léky na chronická onemocnění nelze z účtů hradit.

Pokud jde o nevyčerpané zůstatky na osobních zdravotních účtech, původně byly majitelům účtů propláceny jen tehdy, když zrušili pojistný plán. Nyní však mají majitelé účtů větší volnost v nakládání se zůstatky účtů. Koncem roku může majitel účtu požádat pojišťovnu o proplacení zůstatku na svém účtu, avšak třetina vyplaceného zůstatku pak podléhá zdanění.

Čerpání z účtu na hrazení zdravotní péče obsahuje též možnost přečerpat účet neboli půjčovat si. Majitel účtu může totiž čerpat částku rovnající se jeho ročnímu příspěvku kdykoli v roce (tedy například v lednu), i když na účtu tato částka ještě není naspořena. Zůstatky na účtech (stejně tak jako půjčky) jsou úročeny.

System osobních zdravotních účtů je doplněn informační službou. Nejen že má každý majitel účtu k dispozici průběžnou informaci o stavu svého účtu na Internetu, ale především funguje bezplatná telefonická poradenská služba, která majiteli účtu na požádání poradí, zda je jeho zdravotní problém natolik závažný, aby vyžadoval návštěvu lékaře nebo nemocnice.

## **2. NÁVTH REFORMY ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ NA BÁZI OSOBNÍCH ZDRAVOTNÍCH ÚČTŮ PRO ČESKOU REPUBLIKU**

### **2.1 Zásadní sdělení**

**2.1.1 Aplikace osobních zdravotních účtů nemůže být pouze dílčím aktem** nenavazujícím na další transformační kroky postihující jak zdravotní, tak sociální systém.

Z tohoto důvodu obsahuje prvá část tohoto materiálu rozvahu o možných reformních krocích a o významu osobních zdravotních účtů v další transformaci českého zdravotnictví.

#### **2.1.2 Obecně lze osobní zdravotní účty chápat dvojím způsobem:**

- q jako účty „spořicí“,
- q jako prvek „řízené péče“ .

Historické tradice českého zdravotnictví, vývoj transformace v České republice a v Evropě a další skutečnosti vylučují, aby byly osobní zdravotní účty primárně chápány jako účty spořicí; pracovní skupina při Liberálním institutu je považuje především za významný faktor řízené péče, který společně s dalšími transformačními prvky povede k efektivnímu využívání zdrojů ve zdravotnictví.

Existují politické i nepolitické iniciativy, které zastávají názor, že takové principy jako je konkurence či finanční zainteresovanost do zdravotní péče nepatří, že medicína nemůže podléhat zákonům trhu. Jenže medicína nevyhnutelně má svá finanční omezení. Jak bylo již naznačeno výše, **není pochyb o tom, že ve stávajícím systému existují nezanedbatelné perverzní finanční motivace právě na straně nabídky zdravotních služeb.** Osobní zdravotní účty nevnesou do zdravotního pojištění a do medicíny „tržní chování“ – to tam již dávno je. Jenže dnes působí tržní motivace pouze na straně nabídky (u lékařů), zatímco poptávka

(pacienti) je pasivní. Osobní zdravotní účty poptávkovou stranu systému aktivují a učiní z ní protiváhu zájmů na straně nabídky.

Pokud systém osobních zdravotních účtů splní očekávání a vytvoří takové motivace k úspornému čerpání zdravotní péče, že vznikne celkové aktivní saldo účtů, které pojišťovny budou pojištěncům proplácet, **dojde k odlivu finančních prostředků ze segmentu běžné zdravotní péče do segmentu solidárně hrazené zdravotní péče financované z fondu solidárně hrazené péče.** Zvýšená nabídka reálných zdrojů v tomto segmentu péče povede k odstranění kvalitativních i kvantitativních nedostatků a pravděpodobně i ke zlevnění zdravotní péče v tomto segmentu.

Tím bude naplněn jeden z cílů reformy – přesunout reálné zdroje ze segmentu běžné péče do segmentu mimořádné a náročné zdravotní péče. Lidské a materiální zdroje ve zdravotnictví tak budou alokovány efektivněji než dnes.

### 3. Zdravotnictví České republiky v polovině roku 2005

Zdravotnictví České republiky je poznamenáno řadou zásadních negativních jevů s etickými i ekonomickými dopady na poskytování zdravotní péče; tyto jevy se dají rozdělit do následujících témat:

#### 3.1 Právní vědomí občanů České republiky

Překážkou jakékoli reformy je **úroveň tohoto vědomí občanů**, které má složku **kvantitativní a kvalitativní**:

- Kvantitativní složku představuje úroveň **znalostí problematiky zdravotnictví**, právních norem ovlivňujících zdravotnictví a podobně.
- Kvalitativní složku představuje **ochota ke změnám v systému.**

Lze konstatovat, že úroveň právního vědomí občanů je v České republice v oblasti zdravotnictví velmi nízká, což značně limituje možnost změn, neboť se stávají politicky neprůchodnými; tato **nízká úroveň právního vědomí navíc nahrává různým populistickým aktivitám propagujícím ekonomicky nerealizovatelné „transformační“ kroky.**

Zásadní překážkou transformace systému, která vyplývá z nízkého právního vědomí je podpora udržení všeobecná **neochota změnit současný systém, který má kořeny v centralistických principech rakousko-uherské monarchie, prvorepublikovém zdravotně sociálním systému a socialistických dogmatech.**

**Tržně ekonomické aspekty poskytování zdravotní péče jsou veřejností systematicky odmítány** s poukazem na to, že užitek ze zdravotnických služeb se vztahuje ke zdraví a životům lidí, které mají nezměřitelnou hodnotu.

#### 3.2 Paternalistická role státu

Zdravotnictví je systematicky vyjímáno z působení tržních zákonů a podřizováno státnímu dirigismu; **trh zdravotnických služeb je natolik regulován,**

**že dávno přestal být trhem a stal se de facto objektem státního plánování a státního financování.**

Důsledkem paternalistické role státu ve v oblasti akutní zdravotní péče **pasivní přístup občanů** k ochraně vlastního zdraví a ke změně životního stylu, **nadbytek akutních lůžek** a jejich nevhodná struktura, **upřednostňování ústavní péče** nad péčí ambulantní, domácí a stacionární, **duplicitně poskytovaná ambulantní a komplementární péče** a **předimenzovanost – nebo naopak deficity v síti poskytovatelů finančně nákladné péče.**

**Zaměstnanci nesledují výši pojistného** na výplatních páskách – a často ani netuší, že další 2/3 z celkového pojistného za ně platí zaměstnavatel; **pojistné je považováno za ztracené (utopené) náklady**, neboť jeho výši nelze ze strany zaměstnanců ovlivnit.

Vládne všeobecný **nezájem o preventivní péči** – právní vědomí občanů je v oblasti zdravotnictví minimální; občané z velké části ani nemají ponětí o vyhláškách navazujících na zákon o veřejném zdravotním pojištění.

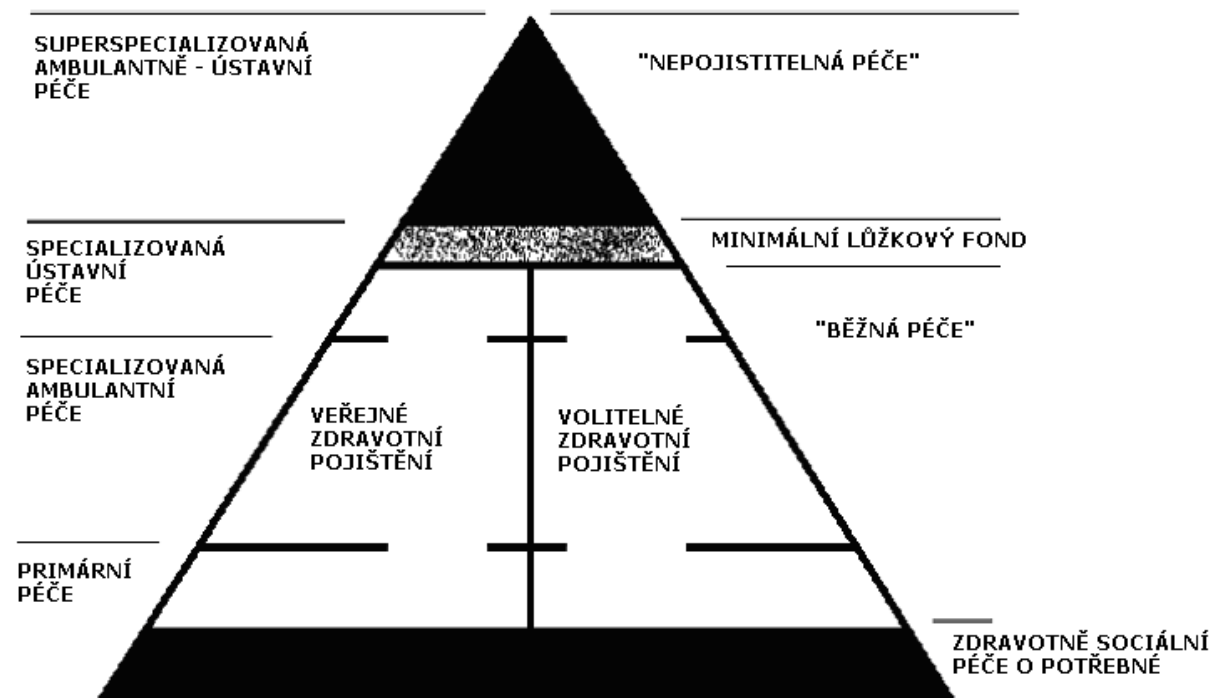
Nástrojem, který stát (popřípadě i region – kraj) používá k realizaci své paternalistické role, je „**horizontální typ tvorby sítě zdravotnických zařízení**“; v podstatě se jedná o **direktivní stanovování sítě administrativním způsobem**, zejména pomocí tabulek udávajících počet lůžek (lékařských míst, ambulancí a podobně) na počet obyvatel).

Oproti modelu horizontálnímu stojí „**vertikální typ tvorby sítě poskytovatelů**“, ve kterém **hrají klíčovou roli pojišťovny** a jejich smluvní vztahy s poskytovateli péče; tento typ je vhodný pro oblast „běžné péče“, neboť počítá se **sít'otvornou schopností regulovaného trhu.**

**Aplikace horizontálního modelu v oblasti běžné péče je negativním jevem**, který je však v současné době prosazován na úrovni státní (neziskové veřejné organizace financované globálními rozpočty) i krajské (krajské zdravotní plány založené na tvorbě základní sítě na bazi bývalých okresních nemocnic.

**Horizontální model tvorby sítě však má svůj význam, a to v oblasti „nepojistitelné péče“ a zdravotně sociální péče poskytované osobám, které z jakýchkoli příčin vypadly ze systému pojištění.**

Výše uvedené skutečnosti pak determinují tak zvaný „**třístupňový způsob garance zdravotní péče**“, který je též graficky znázornitelný pomocí „pyramidy zdravotní péče“:



BÍLE: tvorba sítě vertikálním způsobem  
 ČERNĚ: tvorba sítě horizontálním způsobem  
 ZRNITĚ: průnik obou modelů

Následující tabulka ukazuje základní rozdíly mezi „horizontálním“ a vertikálních“ způsobem tvorby sítě:

	HORIZONTÁLNÍ MODEL	VERTIKÁLNÍ MODEL
TYP GARANCE	garance sítě	garance služeb
METODIKA	direktivní stanovení	regulovaný trh
ORGANIZÁTOR	stát, kraj, obec, region	zdravotní pojišťovna
SPÁDOVOST	převážně regionální	převážně smluvní
SVOBODNÁ VOLBA	omezena regionálně	omezena pojistným plánem
NEJVÝHODNĚJŠÍ STYL POJIŠTĚNÍ	unitární veřejné	pluralitní (veřejné a volitelné)
VÍCEZDROJOVÉ FINANCOVÁNÍ	ano	ne
VHODNÉ PRO	- finančně nekladnou péči - zdravotně sociální péči - minimální počet lůžek (?)	"běžnou" péči
SYNONYMUM	"Národní zdravotní služba" "Kommunální zdravotní služby"	"Pojistovenský systém"

### 3.3 Informační asymetrie

Informační asymetrie spočívá v **hromadění informací na straně poskytovatelů** péče za současného **bloku transportu informací směrem k příjemcům** péče.

**Informační asymetrie** staví pacienta do pozice submisivního „Neználka“ a lékaře do pozice dominantního „Všeználka“; důsledkem je nežádoucí pasivita příjemce péče, s negativními důsledky zdravotními i ekonomickými.

Proti důsledkům informační asymetrie působí konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a **konkurence mezi poskytovateli péče bude tím silnější, čím aktivnější roli bude pacient hrát.**

### 3.4 Zdravotnictví jako „volný statek“

Pojištěnci si neuvědomují cenu zdravotních služeb, v okamžiku čerpání zdravotní péče mají pojištěnci tuto péči zdánlivě „zadarmo“ (nepocitují náklady na péči), **zdravotní péče se stává „volným statkem“**; je-li zboží nebo služba volným statkem, má člověk tendenci spotřebovávat jej nadměrně.

**Zvýšená poptávka není účinně regulována úhradovými mechanismy** a ze stran poskytovatelů je do značné míry i vítána, **zdravotnictví získává samovolnou tendenci k růstu výdajů a zdravotní pojištění trpí opakovanou tendencí k deficitům**, přebytek poptávky nad nabídkou v terénu unitárního veřejného pojištění (které je de facto jedním z mechanismů izolujících zdravotnický systém od vlivu regulovaného trhu), vede též k tomu, **že klesá kvalita** poskytovaných zdravotnických služeb a **zhoršuje se chování lékařů a zdravotnického personálu k pacientům.**

### 3.5 Opomíjení vlivu determinant zdraví

Zásadní chybou řady koncepcí, které byly doposud předkládány je, že ignorují důležitost „determinant zdraví“, tedy faktorů, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva.

Determinanty zdraví lze rozdělit na **přímé** a **nepřímé**.

Mezi přímé determinanty, tedy takové, které mají bezprostřední vliv na zdravotní stav jedince (jsou v přímém vnějším či vnitřním kontaktu s jeho organismem) patří:

- **zdravotnictví** (podílí se na zdravotním stavu obyvatelstva přibližně z 15%),
- **genetický základ** (20%),
- **životní prostředí** (20%)
- **životní styl** (udává se až 60% význam).

Mezi nepřímé determinanty patří ty, které se podílejí na **vytváření právního vědomí obyvatelstva, tedy i právního vědomí v oblasti zdravotnictví**. Patří sem: Nepřímé determinanty nepůsobí přímo na organismus, přesto však mají vliv na zdravotní stav, zejména celé populace; patří sem například:

- o **kulturní tradice a hierarchie hodnot,**
- o **politicko-ekonomický systém,**
- o **demografická situace,**
- o **sociální stratifikace,**
- o **role jednotlivce,**
- o **a sociální prostředí.**

Česká republika náleží do **kulturní oblasti kontinentální Evropy**, tedy do prostředí s převládajícím historickým vlivem katolického křesťanství, s téměř tisíciletou tradicí absolutistických vlád, které se vyznačovaly **přísnou „vertikální“ hierarchií** jak ve smyslu řídicím, tak společenském. Veškeré inovace a změny přicházely „shora“, včetně systémů zabezpečení v nemoci (bismarkovský model) nebo systémů hygienického dozoru. Obyvatelstvo bylo v podstatě udržováno v přesvědčení, že tím, kdo se o ně nejlépe postará, je stát; tendence takto smýšlet přetrvávají do současnosti – a byly posíleny obdobím socialismu.

Význam **politicko-ekonomické systému** je pochopitelný; jasným příkladem vlivu této nepřímé determinanty zdraví na zdravotní stav obyvatelstva je totální nezvládnutí civilizačních chorob komunistickými režimy utlačujícími jakýkoli projev svobodné lidské aktivity, tedy i tendence k aktivní ochraně vlastního zdraví.

Demografická situace se uplatňuje například ve smyslu struktury obyvatelstva dané „**stromem života**“, střední délkou života, novorozeneckou úmrtností a podobně.

**Sociální stratifikace** je významným faktorem vzniku chorob; socialismus se mimo jiné vyznačoval vysokým stupněm „nivelizace“ obyvatelstva – všichni si byli „jakoby“ rovni. Ve smyslu zdravotního stavu byla tato rovnost patrně vyšší, než-li ve smyslu politickém či majetkovém. Po roce 1990 se logicky začala vyvíjet stratifikace podobná rozvrstvení v demokratických státech; vznikly vrstvy sociálně slabých, různě situované „střední vrstvy“ složené jak z podnikatelů, tak z intelektuálů a důchodců – a vrstva bohatých.

Ze zkušeností západních demokracií vyplývá, že **zdravotní stav sociálně výše postavených a více vzdělaných osob bývá lepší**, než-li je tomu u osob antagonisticky postavených; je také pravděpodobné, že se tato **stratifikace ve zdravotním stavu bude dále dotvářet**.

Pozn.: Také proto je nevhodný typ „unitárního“ veřejného pojištění zastřešujícího plošně takto „stratifikovanou“ společnost.

**Role jednotlivce** je pro zdravotní stav neméně významná. V různých kulturách je různá a situace se dá přirovnat k významu jednotlivce ve „včelstvu“, či významu u savců (zde jsou však, samozřejmě, i další „subformy“ společenství). Socialismus člověka jednoznačně zařadil coby „včelku dělnici“, jejíž život nemá vzhledem k existenci celého úlu většího významu. Patrně i to byla jedna z příčin, proč bylo socialistické zdravotnictví ochuzeno o drahé medicínské technologie, kterých se dostávalo jen „vyvoleným“.



Důsledkem oslabení role jednotlivce však byla i jeho pasivita, která se, mimo jiné, demonstrovala i špatným životním stylem, který je nejvýznamnější přímou determinantou zdraví.

**Sociální prostředí** je určitým spojujícím článkem mezi nepřímými a přímými determinantami; sociální stratifikace společnosti vede ke vzniku různých typů sociálních prostředí. Jednotlivci, kteří jsou zavzati do množiny určitého sociálního prostředí musí vykazovat určitý typ chování – a to i ve smyslu životního stylu. Existují sociální skupiny, do kterých by se nemohl nikdy zařadit abstinents, na druhé straně je kuřáctví kontraindikací ke vstupu do určitých společenských struktur.

„Nepřímé determinanty zdraví“ mají vliv na **tvorbu politického klimatu** a druhotně i právních norem ovlivňujících zdravotnický systém.

Zásadní chybou řady koncepcí, které byly doposud předkládány bylo, že ignorovaly důležitost „determinant zdraví“, tedy faktory, které ovlivňují zdravotní stav obyvatelstva.

Vzhledem k tomu, že se na zdravotním stavu populace v největší míře podílí životní styl, **je neúčinná jakákoli reforma, která není zaměřena na změnu životního stylu.**

Životní styl, žebříček hodnot i zdravotní problémy různých sociálních skupin jsou odlišné – **a odlišné musí být i zdravotní zabezpečení různých sociálních skupin.**

### 3.6 Omezování svobodné volby

Svobodná volba je zcela – nebo postupně omezována na různých úrovních poskytování zdravotní a zdravotně sociální péče:

#### 3.6.1 Omezení na úrovni výběru pojistného plánu

**Unitární, veřejné** zdravotního pojištění zastřešuje veškeré sociální a další skupiny obyvatelstva bez ohledu na jejich skutečné potřeby.

Tento stav je kompatibilní se zvyšující se paternalistickou rolí státu, tak jak byla popsána výše.

Ruku v ruce s tímto pojištěním se pozvolna rozvíjí stav **upřednostňování zájmů veřejných nad soukromými a upřednostňování veřejného státního a komunálního) vlastnictví nad vlastnictvím soukromým.**

Existence jediného typu pojistného plánu navíc determinuje tzv. „horizontální typ“ tvorby sítě zdravotnických zařízení – tedy typ, v němž jsou hlavním určujícím faktorem stát a regiony (vit též „paternalistická role státu“).

#### 3.6.2 Omezování svobodné volby poskytovatele

Obecně by měla být svobodná volba poskytovatele zdravotní péče omezena pouze pojistným plánem – tedy smlouvou mezi pojištěncem a zdravotní pojišťovnou.

V prostředí, kde mají všichni poskytovatelé smlouvy prakticky se všemi zdravotními pojišťovnami by měla být svobodná volba absolutní; přesto se objevují tendence k znovuzavádění spádovosti, týkající se zejména „spádových nemocnic“.

Souběžně s omezováním svobodné volby poskytovatele se objevují tendence k **integraci veškeré zdravotní péče (ambulantní i lůžkové) do spádových nemocnic**; vytvářejí se tak organizační útvary velmi podobné socialistickým „ústavům národního zdraví“.

### 3.6.3 Omezování regulovaného trhu a konkurence

Financování spádových integrovaných zařízení formou plateb za poskytnutou zdravotní péči (například za provedené výkony nebo ošetřené diagnostické skupiny) ztrácí význam – a proto se objevují i **tendence vytvářet tak zvané „globální rozpočty“**, což je analogie financování ústavů národního zdraví za socialismu.

Souběžně s prohloubením rozpočtového financování se objeví tendence financovat konglomeráty integrované péče z jediného zdroje, což povede k postupnému **zániku rezortních a zaměstnaneckých pojišťoven** – a také k přeměně VZP na „správu zdravotnických služeb“, tedy ke stavu analogickému ve sféře sociální.

Integrace péče do nemocnic, vytváření globálních rozpočtů nebo i odlišné financování nemocnic a mimonemocniční sféry, povede k **pozvolnému omezování poskytování zdravotní péče mimo nemocnice** a k **potlačení trhu zdravotnických služeb regulovaného zdravotním pojištěním**.

Eliminace trhu a konkurence bude mít stejné následky jako v jiných oblastech; dojde ke **zvyšování provozních nákladů včetně navyšování nákladů personálních, zhoršování kvality péče**, včetně chování zdravotnických pracovníků vůči pacientům.

Integrace péče do spádových nemocnic povede i k **omezování ekonomicky efektivních způsobů poskytování péče** (domácí péče, ambulantní péče, stacionáře, jednodenní hospitalizace), k **fixaci nadbytečného počtu lůžek**, personálního vybavení nemocnic a podobně.

Z výše uvedených hledisek je **problematické hodnocení vzniku akciových společností z okresních nemocnic**:

- Pokud je vznik akciové společnosti prostředkem (odrazovým můstkem) pro další transformaci krajského zdravotnictví, pak se jedná o počinek pozitivní.
- **Pokud je vznik akciové společnosti cílem transformace, pak je jeho neodvratitelným důsledkem potlačení regulovaného trhu a konkurence působením monopolu této a.s., se všemi negativními důsledky uvedenými výše**; v tomto případě je vznik nemocnice jako a.s. nutno hodnotit negativně.

V rámci zachování regulovaného trhu, konkurence – a plurality ve zdravotním pojišтовnictví by se další vývoj nemocnic transformovaných v akciové společnosti měl vyvíjet směrem:

- § k **privatizaci ambulantních složek (popřípadě i komplementu)**, která by zákonitě vedla k odbourání současného ekonomicky, funkčně i eticky neblahého stavu oddělení nemocniční a mimonemocniční ambulantní sféry,
- § ke vzniku „**nemocnice jako otevřeného systému**“ s odbouráním rigidních zaměstnaneckých poměrů ošetřujících lékařů a nastolením možnosti působení ambulantních specialistů u lůžka.

Kromě významu pro zachování a rozvíjení regulovaného trhu by tato další transformace nemocnic měla zásadní vliv na efektivitu hospodaření nemocnic:

- q osvobozením lékařů ze „jha zaměstnaneckého poměru“ by odpadly lobbyistické tlaky na zachování „status quo“ lůžkového fondu a jeho struktury,
- q optimalizací lůžkového fondu by došlo k sekundárnímu poklesu personálních nákladů na jejich hospodářko – technické zabezpečení,
- q eliminací ambulantní, popřípadě komplementární části by došlo ke zprůhlednění finančních a „personálních“ toků, což je základem zavedení systému DRG,
- q privatizace samotná by determinovala příliv investičních prostředků „z vnějšku“.

### 3.6.4 Absence „aktivní prevence“

Veřejné zdravotní pojištění je charakterizováno též pasivním stylem poskytování prevence pojištěncům; kromě osvěty (která je jen minimálně účinná), neexistuje motivační ani sankční prvek, který by pojištěnce „nutil“ podrobit se preventivním programům, popřípadě měnit životní styl.

Za aktivní lze považovat prevenci (preventivní programy) determinované **poptávkou fyzických nebo právnických osob, které se tak stávají „subjektem“** péče (opakem je prevence řízená státem, kde je se občan, zaměstnavatel a podobně dostávají do pozice „objektu péče“, tedy pasivního příjemce).

Aktivní prevenci mohou přinést pouze volitelné pojistné plány, tedy „neveřejná“ alternativa k veřejnému zdravotnímu pojištění.

Tyto volitelné pojistné plány mohou být tedy zaměřeny:

- § na občany, kteří mají zájem aktivně se podílet na udržování svého zdraví,
- § na rodinné pojištění (zástupného či jiného charakteru),
- § na zaměstnavatele, jejichž povinností je zajistit pracovně preventivní péči (pomocí volitelného plánu může být například realizováno propojení zdravotního a úrazového pojištění).

Volitelné pojistné plány mohou rozvíjet principy osobních účtů (zdravotních i nemocenských), mohou být typu „Health Maintenance Organisation“, nebo mohou obsahovat jiné prvky, které zpestří konkurenční prostředí v nabídkách pojistných plánů.

### 3.6.5 Izolace nemocenského pojištění

System nemocenského pojištění, který je v České republice praktikován stojí na „bismarkovských“ základech; **doba vzniku byla charakterizována prioritní potřebou sociálního zabezpečení v nemoci, přičemž cena doprovodné zdravotní péče byla minimální.**

Na začátku třetího tisíciletí je tento model nemocenského pojištění brzdou transformace zdravotnictví.

Od roku 1990 dramaticky stoupá délka pracovní neschopnosti; vzhledem k tomu, že souběžně docházelo ke zlepšování dostupnosti technologií zdravotní péče a kvalitních léčiv, je jediným vysvětlením tohoto jevu **zneužívání dávek nemocenského pojištění.**

Největší procento případů pracovní neschopnosti je ve stavebnictví a největší délka v zemědělství – v obou případech se jedná o sezónní zaměstnání a nelze vyloučit **účelovost v čerpání nemocenských dávek.**

Denní stav pracovní neschopnosti je přibližně **300 tisíc osob**, což je 6% občanů v produktivním věku – a o 100 tisíc více než-li před rokem 1990.

Největší procento případů pracovní neschopnosti tvoří nemoci dýchací soustavy (akutní infekce 11% všech případů), přičemž akutní infekce v drtivé většině návštěvu zdravotnického zařízení teoreticky nevyžadují a ani z epidemiologického hlediska není vhodné, aby nemocní navštěvovali lékaře pouze z důvodu vystavení neschopenky.

**Oddělení nemocenského a zdravotního pojištění tedy determinuje zvýšenou spotřebu zdravotní péče.**

Možnost zneužívání dávek pak determinuje **patologické sociální jevy** (cílem není výdělek, ale dávka) a otevírá možnost **propojování nemocenského pojištění s černou ekonomikou.**

Význam osobních zdravotních účtů při propojování zdravotního a nemocenského pojištění je velmi významný (viz níže).

### 3.6.6 Absence ucelené rehabilitace

Ucelená rehabilitace je multioborový a nadrezortní systém, jehož cílem je umožnit zdravotně postiženým osobám, aby se navrátily do přirozeného sociálního (a pokud možno i pracovního) prostředí.

**Zdravotnický systém, který v neadekvátním množství „produkuje“ invalidní důchodce je ekonomicky i eticky pochybný.**

Celkový počet invalidních důchodů je v České republice obrovský, jedná o přibližně o **půl milionu osob**, jde tedy cca o 5 % všech obyvatel, o 7 % obyvatel v produktivním věku.

Nárůst počtu invalidních důchodů nastoupil po roce 1990 a je pravděpodobné, že se **přidělováním invalidních důchodů částečně řešil problém nezaměstnanosti**, který po roce 1990 nastal; v zájmu snižování nezaměstnanosti je přiznáván statut částečné nebo plné „nezaměstnatelnosti“.

Tomuto konstatování odpovídá i skutečnost, že **nejvíce invalidních důchodů bylo přiznáno na „nemoci svalové a kosterní soustavy“**; téměř 100 tisíc občanů České republiky pobírá na počátku 21. století invalidní důchod na onemocnění meziobratlových plotének.

Nejzávažnějším etickým důsledkem současného způsobu přiznávání invalidních důchodů je **demoralizace občanů**, která se u zdravotně postižených osob projevuje upřednostňováním „invalidizace“ před rehabilitací (renty před výdělkem získaným vlastní pracovní činností) – a u mnohých zdravých či minimálně zdravotně postižených osob snahou „vylákat“ invalidní důchod.

Vlastní struktura ekonomických ztrát navazujících na přiznání invalidního důchodu je pak mnohofaktoriální:

- § přiznaný důchod je ekonomickou ztrátou, neboť není odrazem vyprodukovaných hodnot,
- § neschopnost podílet se na tvorbě HDP se dá považovat za ztrátu ve smyslu „minus“,
- § další ztráty vyplývají i z „inaktivace“ osob pečujících o zdravotně postiženého,
- § těžko kvantifikovatelné ztráty vyplývají i z nelegálního zaměstnávání „invalidních důchodců“, tedy z propojení sociálního systému s „černou ekonomikou“,
- § stále přetrvávají ztráty vyplývající z upřednostňování rezidenční péče,
- § nenahraditelné jsou ztráty vyplývající z nemožnosti uplatnit dosavadní znalosti, zkušenosti a kvalifikaci.

### 3.6.7 Částečná absence úrazového pojištění

Léčba postižení zdraví zaviněné konkrétní fyzickou nebo právnickou osobou není vždy touto osobou hrazena; důvody, proč by tomu tak nemělo být jsou přibližně následující:

- q odlehčení systému zdravotního pojištění,
- q zprůhlednění příčin vzniku úrazů a chorob z povolání osobami,
- q zvýšení hmotné zainteresovanosti fyzických a právnických osob zodpovědných za vznik úrazů a chorobných stavů.

Léčbu úrazů a chorob z povolání by měl již z principu hradit ten, kdo újmu na zdraví způsobil; teoreticky existuje několik typů úhrad takovýchto stavů:

- o přímá platba,
- o regresní řízení vedené zdravotní pojišťovnou,
- o zákonné pojištění,
- o komerční pojištění nebo připojištění.

Pojištění by mělo být povinné pro:

- ✓ zaměstnavatele (tedy financování „pracovní preventivní péče“),
- ✓ osoby samostatně výdělečně činné, které jsou ohroženy úrazem nebo chorobou z povolání,
- ✓ profesionální sportovce
- ✓ nadstandardní záliby.

Svým rozsahem by úrazové pojištění nebo připojištění mělo (v ideálním případě) pokrývat:

- q prevenci,
- q léčbu a rehabilitaci,
- q odškodňování,
- q invalidní důchody.

**Úrazové pojištění může být propojeno s OZÚ (viz níže).**

#### **4. ZÁKLADNÍ PRINCIPY DALŠÍ REFORMY**

**4.1.** Základním principem, vycházejícím z etiky evropské kulturní oblasti je **princip zajištění dostupnosti péče pro veškeré skupiny obyvatelstva. Způsoby zajištění této dostupnosti pro různé sociální, společenské, popřípadě zaměstnanecké skupiny se však mohou lišit**, zejména v závislosti na požadavcích (poptávce), životním stylu a hodnotovém systému jednotlivců a skupin občanů.

**4.2** Principem reformy musí být i vytváření podmínek pro postupné **zvyšování úrovně právního vědomí občanů v oblasti zdravotnictví**, včetně **eliminace „informační asymetrie“**

**4.3** Princip „**třístupňové garance zdravotní péče**“

**4.4** Dalším důležitým principem reformy je **princip motivací a sankcí zaměřených na:**

4.4.1 **efektivní ochranu finančních zdrojů** (plátcí péče),

4.4.2 **efektivní využívání finančních zdrojů** (poskytovatelé péče),

4.4.3 **aktivní ochraně vlastního zdraví** (příjemci péče)

**4.5** Důležitým principem, je **aplikace poznatků vyplývajících ze studia tak zvaných „determinant zdraví“ do procesu transformace.**

**4.6** Neopomenutelný je **princip svobodné volby:**

4.6.1 **pojistného plánu,**

4.6.2 v rámci pojistného plánu **poskytovatele zdravotní péče**; s tím pochopitelně souvisí i důležitá **možnost volby aktivní prevence.**

**4.7** Posledním principem je **propojení zdravotní péče s navazující péčí sociální.** Toto propojení musí nastat ve třech směrech:

- 4.7.1 propojení zdravotního a nemocenského pojištění,
- 4.7.2 propojení zdravotní péče s ucelenou rehabilitací,
- 4.7.3 propojení zdravotní péče se systémem sociální pomoci.

## 5. CESTY REFORMY

Od výše vyjmenovaných principů se odvíjejí cesty, kterými by se reforma měla ubírat; jejich přehled přináší tabulka na následující straně.

Z uvedené tabulky poměrně jasně vyplývá **důležitost implementace osobních zdravotních účtů** – i to, co již bylo konstatováno – tedy že **účty jsou jen součástí komplexu změn**, které by měly být nastoleny; osobní zdravotní účty (OZÚ) představují významný prvek „řízené péče“:

- Ø **aktivizují část „utopených nákladů“** pojištěnce a determinují svobodnou volbu použití části finančních prostředků pojištěncem,
- Ø **posilují konkurenci mezi poskytovateli** péče a tím napomáhají eliminovat informační asymetrii mezi poskytovateli a příjemci péče,
- Ø otevírají cestu ke vzniku **pojistných plánů obsahujících prvky aktivní prevence**,
- Ø umožňují zapojení do systému zaměstnavatelům, neboť **determinují nabídku pojistných plánů propojujících zdravotní a úrazové pojištění**,
- Ø otevírají možnost vzniku „**zástupného**“ **pojištění** na úrovni volitelných pojistných plánů,
- Ø mohou být **prostředníkem propojení zdravotního a nemocenského pojištění**,
- Ø sekundárně **mohou být použity i jako účty spořicí**, například v případě jejich propojení se systémem „osobních důchodových účtů“,
- Ø mohou sloužit jako **jeden z prostředků boje proti černé ekonomice**, neboť nepřiznané příjmy mohou být důvodem ke ztrátě přístupu k volitelnému pojištění,
- Ø mohou být **prostředkem ke snižování nezaměstnanosti**, neboť občan, který z vlastních prostředků není schopen hradit pojistné na zdravotní pojištění v adekvátní výši, nemá možnost volby pojistného plánu a stává se pojištěncem veřejného zdravotního pojištění.

## 6. ZÁKLADNÍ PRINCIPY IMPLEMENTACE OZÚ

### 6.1 Rozsah zapojení OZÚ do úhrad za poskytnutou zdravotní péči

Zapojení OZÚ do úhrad za poskytnutou zdravotní péči může být teoreticky **různě rozsáhlé**:

**6.1.1 Minimalistická varianta předpokládá, že by se z těchto účtů hradila zejména spoluúcast při úhradách za zdravotní péči a dále jednorázová akutní ambulantní zdravotní péče** – i tato varianta by jistě měla velmi pozitivní vliv na výdaje do zdravotnictví – a její realizace by byla nesrovnatelně jednodušší, neboť **nevyžaduje sekundární přerozdělení**.

NEGATIVNÍ JEV	CESTA K JEHO ELIMINACI
nízké právní vědomí občanů v oblasti zdravotnictví  zdravotnictví jako "volný statek"	MOTIVACE: osobní zdravotní účty osobní nemocenské účty SANKCE: přímá spoluúčast při úhradách léčiv a PZT taxy (hospitalizační, návštěvní, jiné)
pasivní přístup pojištěnců k ochraně vlastního zdraví a pozitivní změně životního stylu	MOTIVACE: možnost volby pojistného plánu SANKCE: ztráta možnosti volby pojistného plánu
absence aktivní prevence	pluralita pojistných plánů konkurence mezi pojišťovnami
informační asymetrie mezi příjemcem a poskytovatelem zdravotní péče	osobní zdravotní účty konkurence mezi poskytovateli
nadbytečný počet akutních lůžek nevhodná struktura lůžek	V SYSTÉMU VEŘEJNÉHO POJIŠTĚNÍ: - úhrady dle DRG - vytváření podmínek pro rozvoj "home care" - stacionární péče a "jednodenní hospitalizace" - privatizace ambulantní specializované péče V OBLASTI VOLITELNÝCH PLÁNŮ: - úhrady v rámci smluvních vztahů, HMO
duplicitně poskytovaná specializovaná ambulantní péče	V SYSTÉMU VEŘEJNÉHO POJIŠTĚNÍ: - striktní úhradové oddělení lůžkové a ambulantní péče v rámci NsP - kompletní privatizace specializované ambulantní péče - dodržování pravidel hospodářské soutěže všemi subjekty bez ohledu na formu vlastnictví (konkurence v rámci regulovaného trhu) V OBLASTI VOLITELNÝCH PLÁNŮ: - zodpovědnost pojišťoven v rámci smluvních vztahů
duplicitně poskytovaná komplementární péče	konkurence v rámci regulovaného trhu
paternalistická role státu (regionů)	"třístupňový model garance" zdravotní péče
omezování svobodné volby	vertikální model tvorby sítě poskytovatelů zdravotní péče
zneužívání nemocenských dávek	propojení nemocenského a zdravotního pojištění na bázi osobních účtů
zbytečná invalidizace	ucelená rehabilitace
solidarita při úhradách na ujmě na zdraví způsobené "druhou osobou"	úrazové pojištění volitelné pojistné plány propojující zdravotní a úrazové pojištění individuální účty zaměstnavatelů
nedostupnost "nepojistitelné" péče	externí solidární fond "třístupňový model garance" zdravotní péče
monopol center integrované péče	kompletní privatizace specializované ambulantní péče nemocnice jako "otevřený systém" dodržování pravidel hospodářské soutěže rovnocenný přístup k veřejným finančním prostředkům na základě výběrových řízení
výběr lukrativních pojištěnců	primární fáze přerozdělení při výběru pojistného
výběr lukrativních poskytovatelů (nabídka dumpingových cen)	objektivní výběrová řízení uzavírání smluv se sdružením poskytovatelů popř. se souhlasem sdružení stanovení minimálních cen



6.1.2 **Maximalistická varianta** předpokládá, že by pojištěnec z OZÚ hradil **vše, co není zahrnuto v množině „solidárně hrazená péče“** a dále **spoluúčasti při úhradách solidárně hrazené péče**. Tato varianta zcela jednoznačně **vyžaduje zavedení sekundárního přerozdělení a zdravotních skupin podle koeficientů rizika**.

**Minimalistická varianta může být předstupněm varianty maximalistické**, neboť je spíše politicky i společensky průchodná; může se stát jakousi přípravou na další rozšiřování použití OZÚ.

### 6.3 Konkrétní principy implementace OZÚ

#### 6.2.1 Obecné principy při implementaci OZÚ

- q System výběru pojistného na zdravotní a sociální pojištění se nemění, dochází však k **redistribuci pojistného** (nemocenské pojištění směrem ke zdravotním pojišťovnám) a **celkové snížení pojistného o 0,5 %**.
- q Každá zdravotní pojišťovna, tzn. VZP i zaměstnanecké (rezortní pojišťovny) budou tedy moci, u pojištěnců na které spadá povinnost nemocenského pojištění, disponovat částkou zhruba o 2,0% vyšší než-li v současné době.
- q Dnešní **poměr pojistného odváděného zaměstnavatelem a zaměstnancem zůstane zachován**, je možno diskutovat o jiných variantách.
- q **Přerozdělování finančních prostředků se rozděluje do dvou fází**, v první fázi - externí, která je povinná, dochází k přerozdělení z důvodu **eliminace rizika výběru lukrativních pojištěnců**, druhá fáze – interní se provádí povinně pouze v systému veřejného pojištění a její význam tkví v **objektivitě naplňování osobních zdravotních účtů** podle koeficientu rizika.
- q **Sekundární fáze přerozdělování a rozsah naplňování OZÚ jsou v oblasti veřejného pojištění dána direktivně**, právní normou; v případě volitelných plánů se jedná o smluvní vztah mezi pojišťovnou a klientem; jinak řečeno: **OZÚ jsou povinné pouze v oblasti veřejného zdravotního pojištění**.
- q **Při aplikaci minimalistické formy použití OZÚ není sekundární fáze přerozdělení nutná**.
- q Počítá se s **pluralitou pojistných plánů** v oblasti zdravotního pojištění. Zdravotní plány se dělí na **veřejný pojistný plán zdravotního pojištění a volitelné pojistné plány**.
- q Počítá se s **pluralitou pojistných plánů** v oblasti nemocenského pojištění. Zdravotní plány se dělí na **veřejný pojistný plán nemocenského pojištění a volitelné pojistné plány**.
- q Každá pojišťovna vytváří „**interní solidární fond**“ (dále jen ISF), ze kterého jsou **plně nebo částečně hrazeny zákonem definované výkony zdravotní péče** (dále jen „**solidárně hrazená péče**“).

- q **Rozsah solidárně hrazené péče (péče poskytované všem občanům bez ohledu na typ jejich pojištění) je dán právní normou.**
- q Otevřenou zůstává otázka zřízení **externího solidárního fondu zdravotního pojištění (ESF)**

#### 6.2.2 Volba pojišťovny a pojistného plánu

- q **Volba pojišťovny a pojistného plánu je omezena** na občany bez rozdílu věku a pohlaví, kteří prokazatelně disponují s finančními zdroji potřebnými k úhradám volitelného typu pojištění; za potřebné finanční zdroj se považuje **nejméně dvaapůlnásobek životního minima.**

Pozn.: Prokázání zdrojů, popř. přiznání příjmu je podmínkou volby, systém má tedy pozitivní vliv na útlum černé ekonomiky; daňové úniky omezují možnost volby pojištění a systém osobních účtů je i v tomto smyslu pozitivní.

- q Pokud osoba pobírající důchod prokáže solventnost k úhradám péče ve volitelném zdravotním plánu, není možnost volby pojistného plánu omezena.
- q **Rodinní příslušníci pojištěnce, který splnil výše uvedené podmínky a je pojištěn v rámci volitelného pojištění, mají právo stejného druhu pojištění** jako tento pojištěnec, i když spadají do okruhu pojištěnců, za které platí pojistné stát.
- q **Tak zvanou „zástupnou platbu“ budou moci pojišťovny s pojištěnci uzavírat pouze v rámci volitelných pojistných plánů**, vytváření zástupné platby v oblasti veřejného pojištění je nesystémové (analogií takovéhoho nesystémového přístupu by například bylo zavádění zástupné platby v systému medicare nebo medicaid).

#### 6.2.3 Veřejný pojistný plán

- q Veřejný pojistný plán představuje v případě plurality pojistných plánů **pojišťovací systém pro ty skupiny obyvatel, kterým nevzniklo právo volby** (výběru) pojistného plánu; jedná se o **pojistný plán realizující veřejný zájem**, dostupnost zdravotní péče pro méně majetné sociální skupiny, popř. o občany, kteří nejeví zájem o aktivní přístup k vlastnímu zdraví.
- q Do veřejného plánu automaticky spadají
  - **osoby, za které platí pojistné stát** (motivující faktor zvyšování zaměstnanosti),
  - **osoby s nižšími příjmy** než bude zákonem stanovený limit dvaapůlnásobem životního minima (motivující faktor k přiznávání příjmů),
  - **osoby nezpůsobilé k právním úkonům**, jejichž opatrovníkem je opatrovník „veřejný“,
  - **osoby, které byly vyloučeny z volitelného plánu** pro nesolventnost, popř. pro porušování smluvních vztahů a pravidel stanovených pojistným plánem.
- q **Osoby, za které platí pojistné stát nemají právo disponovat s přebytky na svých osobních účtech**; finanční prostředky, které jejich osobní účty obsahují,

se automaticky převádí do externího solidárního fondu. Jedná se o jeden z motivačních prvků snižování nezaměstnanosti.

- q Veřejný pojistný plán poskytuje **všeobecná zdravotní pojišťovna**, popř. **jiné zdravotní pojišťovny. na základě poptávky**, povinnost pojistit se na nemocenské pojištění zde nevzniká.
- q Pojištěnci, kteří s pojišťovnami uzavírají smlouvy v rozsahu veřejného pojistného plánu jsou povinni uzavřít se stejnou pojišťovnou i **povinné nemocenské pojištění**.

#### 6.2.4 Volitelné pojistné plány

- q Nabídka volitelných pojistných plánů je předmětem **konkurence mezi jednotlivými zdravotními pojišťovnami**; předpokládá se, že vytváření **motivace pojištěnců k aktivnímu typu prevence** prostřednictvím volitelných plánů.
- q Volitelné pojistné plány jsou vytvářeny na základě poptávky ze stran fyzických a právnických osob; jejich **povinnou součástí je vždy pojištění „solidárně hrazené péče“**.
- q Občan má nárok na volbu plánu, pokud prokazatelně disponuje s finančními zdroji potřebnými k úhradám volitelného typu pojištění; za potřebné finanční zdroj se považuje **nejméně dvaapůlnásobek životního minima**.
- q Občan ztrácí nárok na volbu pojistného plánu **pokud nedisponuje potřebnými finančními zdroji**, nebo **pokud prokazatelně nedodržuje smluvní podmínky se zdravotní pojišťovnou** (tyto podmínky se mohou týkat i dodržování preventivního programu dané pojišťovny).
- q Právní normou bude dána pouze minimální spoluúčast na úhradách „solidárně hrazené péče“, takže volitelné pojistné plány se mohou **lišit rozsahem spoluúčasti při poskytování „solidárně hrazené péče“(SHP)**; čím větší spoluúčast na úhradách SHP, tím větší částku možno připisovat na OZÚ.
- q **Volitelné pojistné plány tedy nejsou vázány povinností přerozdělování II. typu.**
- q Volitelné pojistné plány mohou **propojovat zdravotní a úrazové pojištění** a mohou být zaměřeny rezortně; preventivní programy mohou být zaměřeny na potřeby některých specifických profesí.
- q Volitelné pojistné plány se dále mohou lišit:
  - způsobem vytváření osobních zdravotních účtů,
  - individuálními plány nemocenského pojištění,
  - nabídkou úrazového pojištění zaměstnancům a zaměstnavatelům,
  - nabídkou nadstandardu,
  - nabídkou dalších doplňkových pojištění, peněžních služeb atd.,
  - strukturou financování (klasický typ, HMO aj.)

## 6.2.5 Propojení zdravotního a nemocenského pojištění

- q Rozsah povinnosti nemocenského pojištění zůstává stejný jako doposud.
- q **Dojde ke změně rozsahu dávek nemocenského pojištění**, např. zrušení „vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství“, zkrácení doby poskytování „peněžité pomoci v mateřství“ a prodloužením rodičovské dovolené, která je již financována z fondu státní sociální podpory.
- q Výše pojistného na nemocenské pojištění se snižuje o 0,5 %, na 2,0% z vyměřovacího základu.
- q **VZP i rezortní a zaměstnanecké pojišťovny obdrží částky za nemocenské pojištění za ty pojištěnce pojištěné ve volitelném plánu, na něž se vztahuje zákonná povinnost nemocenského pojištění.**
- q Souhrnně tedy **zdravotní pojišťovny obdrží vyšší finanční částky**, než-li je tomu doposud.
- q Pro pojištěnce veřejného zdravotního pojištění vytvářejí zdravotní pojišťovny povinně vedle OZÚ též **osobní nemocenský účet (ONÚ)**, oddělený od OZÚ.
- q Z ONÚ jsou pojištěncům poskytovány nemocenské dávky v denní výši dané právní normou až do vyčerpání ONÚ; **pojištěnci mají volbu nemocenské dávky nečerpat** – a se zbytky na ONÚ po určité době disponovat podobně, jako je to u OZÚ.
- q Po vyčerpání ONÚ nastává interval „**gategiving**“, kdy pojištěnec nemá nárok na žádné nemocenské dávky po dobu 40 pracovních dnů.
- q Po období „gategiving“ začne pojištěnec čerpat nemocenské dávky ve výši dané zákonem ze solidárního fondu nemocenského pojištění spravovaného okresními správami sociálního zabezpečení.
- q **GATEGIVING motivuje pojištěnce ke snižování krátkodobé neschopnosti, např. formou samoléčby respiračních infekcí či jiných lehčích stavů a determinuje stav, kdy je solidarita v nemocenském pojištění uplatňována zejména pro dlouhodobě nemocné**
- q Pojištěnci volitelných pojistných plánů mají **možnost volby použití finančních prostředků nemocenského pojištění** ve výši jejich teoretického ONÚ; mají například možnost tyto prostředky převést na OZÚ, důchodové pojištění, popř. si je nechat vyplatit.
- q Poskytovatelé „volitelných“ pojistných plánů pak mohou nabízet **rozličné typy nemocenského pojištění, například:**
  - § typ s delším intervalem „gategivingu“ a vyššími denními dávkami při dlouhodobém onemocnění,
  - § typ bez ONÚ, dlouhým intervalem „gategivingu“ a vysokými denními dávkami při dlouhodobém onemocnění,
  - § typ s vysokým plněním ONÚ a s volným čerpáním dávek,

§ typ spořicí (namísto ONÚ některá z forem pojištění spořicího),

- q Okresní správy sociálního zabezpečení spravují **solidární fond nemocenského pojištění**.
- q **Solidární fond nemocenského pojištění je naplňován kapitačními platbami pojišťoven** za jednotlivé pojištěnce, na které se vztahuje povinnost nemocenského pojištění; výše kapitační platby je dán právní normou.

### 6.3 Čerpání z osobních účtů

- q Úhrady zdravotní péče z OZÚ se nebudou týkat péče hrazené ze solidárního fondu („solidárně hrazená péče“); pojištěnec však bude mít možnost hradit ze svého OZÚ povinné spoluúčasti na úhradách „solidárně hrazené péče“, například doplatky v lékárnách nebo taxy za hospitalizace.
- q **Rozsah „solidárně hrazené péče“ a rozsah povinné minimální spoluúčasti bude dán právní normou.**

### 6.4 Dispozice se zůstatkem osobního účtu

- q Ve veřejném zdravotním plánu provede pojišťovna na konci účetního období zúčtování osobního účtu s pojištěncem. Oznámí mu zůstatek na účtu, a pokud tento zůstatek přesáhne minimální povinný zůstatek účtu (25% ročního přídělu), pojištěnec si může částku nad tento limit vybrat.
- q Ve volitelných plánech bude smluvní volnost, avšak zásada volné dispozice se zůstatkem účtu musí být zachována, neboť OZÚ bude majetkem pojištěnce podobně jako bankovní účet.
- q Pojišťovna bude zůstatky na OZÚ úročit. Ve veřejném zdravotním plánu bude úroková míra stanovena vyhláškou (v zásadě by měla pouze kompenzovat růst spotřebitelských cen).

### 6.5 Přečerpání osobního účtu

- q Pokud pojištěnec před koncem zúčtovacího období přečerpá svůj OZÚ, bude mu pojišťovna poskytovat do určitého limitu (u veřejného plánu 5% ročního přídělu) automatickou půjčku (čipová karta může být kreditní kartou) se stanoveným úrokem.
- q Ve veřejném plánu budou limit půjčky i úroková míra stanoveny vyhláškou. Pokud před koncem zúčtovacího období pojištěnec přečerpá i limit takové půjčky, pojišťovna jej vyzve k doplacení. Ve volitelných plánech budou podmínky těchto půjček smluvní.
- q Jestliže při ročním zúčtování OZÚ (na konci zúčtovacího období) pojišťovna zjistí, že pojištěnec přečerpal účet o více než stanovenou částku (ve veřejném zdravotním plánu 5% ročního přídělu), vyzve jej k zaplacení této pohledávky.

- q Pokud pojištěnec ve stanovené lhůtě pohledávku nezaplatí, bude ji pojišťovna vymáhat. Ve veřejném zdravotním plánu bude pojišťovna účtovat stejné penále, jaké zákon předepisuje u nedoplatků zdravotního pojištění. Ve volitelných zdravotních plánech bude smluvní volnost.
- q Vymáhat přečerpaní účtu má smysl až od určitého záporného stavu účtu (5% ročního přídělu), protože se bude často stávat, že pojištěnci v jednom roce účet přečerpají a v dalším roce jej zas nedočerpají. Pojišťovna pak může přečerpané částky z minulých let vyrovnat nedočerpanými částkami z dalších let, popř. i z povinného minimálního zůstatku účtu (25% ročního přídělu).

## 6.6 Vlastnická práva k účtu

- q OZÚ bude majetkem pojištěnce.
- q V případě jeho úmrtí bude zůstatek popř. přečerpaní OZÚ předmětem dědictví.
- q V případě úpadku zdravotní pojišťovny budou pohledávky pojištěnců (zůstatky na jejich OZÚ) uspokojeny z konkurzní podstaty stejně jako pohledávky ostatních dlužníků pojišťovny.
- q Pokud pojištěnec zruší smlouvu s pojišťovnou a přejde k jiné zdravotní pojišťovně, bude mu tam jeho OZÚ automaticky převeden.

## 6.7 Individuální účty zaměstnavatelů (IÚZ)

OZÚ jsou záležitostí fyzických osob; **analogické účty by však mohly být zavedeny i u právnických osob** – zaměstnavatelů (individuální účet zaměstnavatele, IÚZ). Tímto způsobem by byla zvýšena hmotná zainteresovanost zaměstnavatelů na **kvalitní prevenci, která by snižovala náklady na léčbu úrazů a chorob z povolání.**

**Struktura IÚZ, možnosti čerpání, přečerpaní apod. mohou být analogické OZÚ; nevyčerpané částky mohou být predisponovány různým způsobem,** patrně by záleželo na dohodě mezi zaměstnavatelem a zástupci zaměstnanců (důchodové připojištění, posílení OZÚ, ONÚ, posílení fondu sociálních a kulturních potřeb a podobně.

## 8. ZDRAVOTNÍ SKUPINY A KOEFICIENT RIZIKA

Primární fáze přerozdělení se uskutečňuje za účelem kompenzace rizika a eliminace „zaujatého výběru“, tedy vyhledávání mladších a zdravých pojištěnců; způsob primární fáze přerozdělování může být obdobný jako nyní.

Jak bylo již sděleno, sekundární fáze, která je naprosto nezbytná v případě, že má být Z OZÚ hrazena část péče o chronicky nemocné, tedy část, která nespadá do množiny „solidárně hrazené péče“; může se například jednat o některé druhy péče ambulantní, stacionární, lázeňské a podobně.

**Sekundární fáze přerozdělení je však nezbytná jen v případě „maximalistického“ pojetí implementace OZÚ.**

Sekundární fáze je navíc **povinná (daná právní normou) jen v rámci veřejného plánu zdravotního pojištění**; v případě volitelných plánů se jedná o smluvní vztah mezi pojišťovnou a klientem.

## **7.1 „Account Related Group´s“**

Sekundární fáze slouží k **objektivizaci výše OZÚ jednotlivých zdravotních skupin chronicky nemocných pojištěnců**; tato objektivizace je nutná ze dvou důvodů:

- § Naplňování OZÚ se nemůže dít pouze na základě jednoduchých statistických závěrů (pohlaví, věk), ale na základě **koeficientů rizika**; tento systém rozděluje pojištěnce do více **zdravotních skupin**, podobně jako systém DRG. Můžeme hovořit o „skupinách vztahených k účtům“ – **Account Related Group´s (ARG)**.
- § Naplňování OZÚ nemůže být vztaheno ani k výši příjmu pojištěnce; základní princip veřejného pojištění, tedy **solidarita mezi zdravými a nemocnými, musí zůstat zachován**.

**ARG** jsou skupiny pojištěnců s podobnými vlastnostmi a finančními náklady na jejich léčbu. Jsou to tedy skupiny s podobným (či stejným) **koeficientem rizika (k)**.

Povinné zařazování klientů do ARG´s je zavedeno pouze v rámci veřejného pojištění, v procesu sekundární fáze přerozdělení a **ARG´s mohou být vytvářeny podobným způsobem jako skupiny DRG v akutní lůžkové péči**.

Vychází se z předpokladu, že existují značné rozdíly v nákladech na zdravotní péči u pojištěnců téže věkové skupiny, popř. i téže základní diagnózy; **v jedné ARG by se tedy měli objevit pojištěnci s podobnými náklady na léčbu, tedy se stejným koeficientem rizika** - relativní vahou, použijeme-li stejnou nomenklaturu jako systém DRG.

**Koeficient rizika je poměr vyjadřující finanční handicap nemocného pojištěnce (pojištěnce s poruchou zdraví) vůči pojištěnci s koeficientem rizika 1,0**; každá ARG má tedy stanoven koeficient rizika (relativní váhu), který určuje relativní náročnost na zdroje té které konkrétní skupiny v poměru k průměrné skupině, jejíž koeficient je 1,0.

Výpočet koeficientu rizika ve smyslu stanovování relativní váhy ( $k_{RV}$ ) jednotlivé zdravotní skupiny se realizuje podle následujícího vzorce:

$$k_{RV} = \frac{\text{průměrné náklady na určitou ARG}}{\text{průměrné náklady na všechny ARG}}$$

Koeficient koncipovaný pouze dle „věkových skupin“ a pohlaví ( $k_v$ ) je nevhodný, neboť nerespektuje rozdíly v nákladech uvnitř těchto skupin; **tato skutečnost, společně s nepochopením významu sekundární fáze přerozdělení je jedním ze zásadních faktorů, které zabrání zavedení OZÚ v České republice.**

**Stejně jako systém DGR nemá význam pouze pro financování nemocnic, nemá ani vytváření skupin ARG význam pouze z hlediska naplňování OZÚ:  
 TYTO CASE MIX SYSTÉMY PŘINÁŠEJÍ ZÁSADNÍ INFORMACE O NÁKLADOVOSTI PÉČE A JSOU VÝZNAMNÝM FAKTOREM STRATEGICKÉHO PLÁNOVÁNÍ C OBLASTI ZDRAVOTNICTVÍ !**

## 7.2 Základní sazba

**Základní sazba (ZS)** je veličina stanovovaná v procesu sekundární fáze přerozdělování, tedy především ve veřejného plánu pojištění. **Jedná se o finanční částku, která by byla přidělena na OZÚ pojištěncům veřejného pojištění bez ohledu na jejich koeficient rizika.**

Lze rozlišit 3 druhy ZS:

1)  $ZS_{POJ}$  jako částka za „průměrného pojištěnce“, jedná se o aritmetický průměr tedy podle vzorce :

$$ZS_{POJ} = \frac{\text{pojistné vybrané za všechny pojištěnce (po primárním přerozdělení)} - \text{odečitatelné položky v minulém rozhodném období}}{\text{počet pojištěnců pojištěných ve veřejném pojištění}}$$

Složkou „odečitatelné položky“ se míní souhrn povinných odvodů, tedy položek, které jdou v oblasti veřejného pojištění zcela mimo OZÚ (proto se odečítají ve jmenovateli). Jedná se o následující položky:

- čerpání z ISF,
- odvody do povinných fondů (rezervní fond apod.),
- odvody do ESF, pokud by byl zřízen,
- jiné definované položky, snad i pohledávky.

2)  $ZS_{URČ}$  představuje částku direktivně určenou například vládním nařízením na určité rozhodné období. Tato částka může být určitou modifikací  $ZS_{POJ}$ , přizpůsobenou potřebám nebo možnostem.

3)  $ZS_{1,0}$  představuje částku, kterou obdrží na osobní účet pojištěnec zařazený do průměrné ARG, tzn. do ARG s koeficientem rizika (relativní vahou) 1,0:

$$ZS_{1,0} = \text{cena průměrné ARG.}$$



## 7.3 Finanční částka na OZÚ

### 7.3.1 Minimalistická verze

V případě minimalistické verze, kdy si ze svého OZÚ pojištěnec může ze svého OZÚ hradit pouze povinné spoluúčasti, taxy a podobně, existují dvě varianty:

n Jednoduchá varianta: **částka připsaná na OZÚ se rovná základní sazbě.**

n Složitější varianta: **naplňování OZÚ je odstupňováno podle věku a pohlaví** (nikoli dle diagnózy!), základem je rozdělení dle statistických údajů z předchozích let.

### 7.3.2 Maximalistická verze

Proces sekundární fáze přerozdělení je zakončen stanovením částky, která může být připsána na OZÚ pojištěnce určité ARG; tuto částku určuje následující vzorec:

$$\text{OZÚ} = \text{ZS}_{1,0} \times k_{RV}.$$

## 7.4 Dodatečné příspěvky na OZÚ

Dodatečné příspěvky na OZÚ může uskutečnit jak pojištěnec, tak i jeho zaměstnavatel, a to v neomezené výši. Avšak pouze část takového dodatečného příspěvku (např. 10%) bude daňově odečitatelná. Daňová odečitatelnost bude motivovat jak pojištěnce tak jejich zaměstnavatele k takovým dodatečným příspěvkům, což může být dodatečným zdrojem peněz pro zdravotnictví. (Je otázkou, do jaké míry bude ministerstvo financí tyto daňové subvence zdravotnictví akceptovat).

## 8. ROZSAH PÉČE HRAZENÉ MIMO OZÚ (SOLIDÁRNĚ HRAZENÁ PÉČE)

Jedná se o **zdravotní péči hrazenou ze solidárních fondů**; jak bylo již sděleno výše mohou být tyto fondy teoreticky dva, interní (ISF) a externí (ESF).

Rozsah solidárně hrazené péče (v jiných materiálech je označována za „povinný balík“) je **záležitostí ekonomických možností a politického rozhodnutí; pro efektivní využívání zdrojů je však velmi podstatné, aby se solidárně hrazená péče dělila na péči hrazenou plně a částečně** (se spoluúčastí).

### 8.1 Péče plně solidárně hrazená

Do množiny péče plně hrazené solidárním fondem (solidárními fondy) by měly patřit zejména následující druhy péče:

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

Péče uvedená v bodech č. d), e) a j) může být teoreticky hrazena i externího solidárního fondu, pokud je vytvořen.

## 8.2 Solidárně hrazená péče s povinnou spoluúčastí

S povinnou spoluúčastí v oblasti veřejného pojištění jsou hrazeny:

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

Formou „tax“ za lůžko či za návštěvu je hrazena spoluúčast a bodech a), c), d), e), f) a g).

Formou spoluúčasti podobné současnému systému jsou hrazeny léčiva a prostředky zdravotnické techniky.

**Taxy (hrazené přímými platbami) i spoluúčasti lze hradit z osobního účtu, nejlépe prostřednictvím čipové karty.**

Taxy jsou příjmem poskytovatele péče, který z nich však určité procento odvádí do fondu zdravotní péče, zdaňuje částku, která zbývá po tomto odvodu.

Úhrady domácí ošetrovatelské péče (home care) zásadně přispějí ke zkrácování doby hospitalizace.

Zdravotní výkony v případě tak zvané „příspěvkové lázeňské léčby jsou plně hrazena z OZÚ, takže tento typ péče do rozsahu SHP nespadá.

## 9. TVORBA SÍTĚ SUPERNÁKLADNÉ (NEPOJISTITELNÉ) PÉČE

Podle názoru některých odborníků, je v České republice síť pracovišť poskytujících superspecializovanou nákladnou péči dostačující; poskytování vysoce nákladné péče je však problémem velmi specifickým, vyžadujícím státní regulaci, a to z následujících příčin:

- § nadprodukce, která je běžnou součástí trhu – a v jistém omezení i trhu regulovaného, by v oblasti supernákladné péče znamenala neadekvátní růst nákladů,
- § podobným způsobem zatěžuje systém zdravotního pojištění i jakákoli duplicita, ať už jednotlivých vyšetření, tak i nadbytečný počet poskytovatelů,
- § každé rozšíření spektra poskytovatelů, přístrojové techniky a podobně je vysoce investičně nákladné.

Je tedy opodstatněné uvažovat o **částečném či úplném vyjmutí supernákladné péče z oblasti zdravotního pojištění**, zejména počítáme-li se vznikem plurality pojistných plánů, která by – za jistých okolností mohla duplicitu této péče determinovat.

Vytváření – a financování sítě supernákladné péče by si, pravděpodobně, vyžádalo **vytvoření externího solidárního fondu (ESF)**.

Organizačně i funkčně by mohl být ESF propojen s primární fází přerozdělování; **jeho struktura by měla odpovídat organizačnímu uspořádání jiných fondů** (správní rada, dozorní rada, výkonná složka).

### 9.1 Úplné vyjmutí supernákladné péče ze zdravotního pojištění

Jednalo by se o zásadní zásah do systému financování zdravotnictví; **externí solidární fond (ESF)**, který by patrně musel být vytvořen, by v podstatě vytvářel určitou „pojišťovnu pojišťoven“.

Příjmy ESF by by v případě úplného vyjmutí supernákladné péče ze zdravotního pojištění mohly být následující:

- § kapitace od všech existujících zdravotních pojišťoven (určitá taxa za pojištěnce),
- § podíl z příjmů za hospitalizační a jiné „taxy“, které zdravotnická zařízení inkasují,
- § příspěvky ze státního rozpočtu,
- § podíl ze spotřebních daní výrobků ohrožujících zdraví,
- § příjmy z privatizace státních zdravotnických zařízení,
- § jiné příjmy (dary a podobně).

Z ESF by se následně financoval provoz i investice poskytovatelů, kteří by byli vybráni na základě výběrových řízení; **nemělo by se však jednat o nemocniční celky, ale o konkrétní pracoviště, která by musel být ekonomicky izolována a**

financována rozpočtovým způsobem.

## 9.2 Částečné vyjmutí supernákladné péče ze zdravotního pojištění

Synonymem částečného vyjmutí je **vícezdrojové financování**; určitá pracoviště, vytypovaná na základě výběrových řízení, by získala **nárok na dotace**.

Tyto dotace by mohl teoreticky **poskytovat přímo stát** (konstituování ESF by v tomto případě nebylo bezpodmínečně nutné), anebo by dotace mohly být poskytovány právě **prostřednictvím ESF**.

Dotace by v případě „částečného vyjmutí“ přicházely **paralelně s platbami od zdravotních pojišťoven**; bylo by žádoucí, aby **zdravotní pojišťovny pokryly výkonovou část** poskytnuté péče (provozní náklady) a **dotace část investiční**, popřípadě odpisy.

## 10. „FEASIBILITY STUDY“ ZAVEDENÍ OSOBNÍCH ZDRAVOTNÍCH ÚČTŮ

### 10.1 Cost benefit

Někteří kritici zavádění OZÚ nesprávně argumentují, že aplikace osobních účtů odčerpá finanční prostředky ze systému zdravotního pojištění; v tom případě by zavádění účtů bylo, samozřejmě, nesmyslné.

Zavedení OZÚ – a realizace dalších transformačních cest, tak jak byla naznačena výše však přinesou zásadní změnu v efektivitě využívání finančních prostředků a plnění OZÚ nebude znamenat ztráty pro systém; bude se jednat zejména o následující pozitivní změny:

- **Zásadní snížení návštěvnosti ambulantní sféry** pro banální zdravotní potíže, vyvolané nutností úhrady z OZÚ nebo přímou platbou.
- **Pokles počtu akutních lůžek**; tento pokles by měl být determinován více faktory, zejména zavedením hospitalizačních tax a přechodem na financování pomocí DRG. V tabulce (viz níže) uvažujeme o hypotetickém snížení na 50 tisíc.
- **Přesun části zdravotní péče z nemocnic do jednodenních stacionářů**; motivace k tomuto přesunu vyplývá z ekonomické výhodnosti (nižší denní taxa) a vzhledem k nižším provozním nákladům by stacionární typ péče měl být zvýhodněn i celkovým způsobem financování. Náš materiál uvažuje s hypotetickým množstvím 15 tisíc lůžek ve stacionářích denně.
- **Přesun části ošetrovatelské péče z nemocnic do systému „home care“**, což je nezbytnou součástí přesunů uvedených v bodech 1 a 2. Náš materiál uvažuje o hypotetickém množství 15 tis. návštěv v domovech pacientů denně. Též systém tax je nastaven tak, aby byl tento typ ošetrovatelské péče zvýhodněn. K dalšímu zvýhodnění by mohlo dojít i tím způsobem, že by systém „home care“ byl v době těsně po propuštění z akutního lůžka nebo lůžka jednodenní hospitalizace od tax oproštěn zcela.

- **Optimalizace počtu komplementárních vyšetření.** V oblasti nemocniční péče se bude jednat zejména o působení systému DRG, v oblasti ambulantní péče pak o důsledek poklesu návštěvnosti pro banální zdravotní potíže.

Kdyby tyto předpoklady nebyly pravdivé, byl by celý systém OZÚ skutečně k ničemu a nebylo by potřebné pokračovat v naší práci.

## 10.2 Motivace při zavádění OZÚ

Systém OZÚ je charakteristický tím, že determinuje řadu motivací, které se postupně pozitivně odrazí v ekonomice celého systému poskytování zdravotní péče; následující tabulka přináší jejich základní přehled:

DRUH	MOTIVACE	MOTIVOVÁN	DŮSLEDEK MOTIVACE
	taxa za hospitalizační den	pojištěnec	snižování doby hospitalizace
	taxa za hospitalizační den vyšší, než-li spoluúčast za "home care", stacionární péči a "jednodenní hospitalizaci"	pojištěnec pojišťovny	- snížení doby hospitalizace - snížení počtu lůžek
	levná léčiva hrazena pouze z OZÚ	pojištěnec	snižování výdajů za farmakoterapii
	úhrady za dopravní zdravotní službu pouze z OZÚ	pojištěnec	snižování výdajů za d.z.s.
	taxa za LSPP	pojištěnec	nezneužívání LSPP
	možnost volby pojistného plánu až po dosažení určité hranice příjmu	pojištěnec	- přiznávání příjmů - snížení "černé ekonomiky"
	zvyšování podílu péče hrazené z OZÚ	pojištěnec	zvyšování významu: - preventivní péče - volitelných plánů

## 10.3 Modelování aplikace OZÚ

Pokud jsou pravdivé předpoklady naznačené v kapitolách 10.1 a 10.2, pak můžeme vytvořit určitý **model možného optimálního rozdělení nákladů na zdravotní péči** – a přitom můžeme vycházet z nákladů současných (použili jsme roky 2002 a 2003).

Tento prvotní model představuje určitou „startovací fázi“, kdy jsou všichni pojištěnci ještě pojištěni ve sféře veřejného pojištění; **předpokládáme, že po přechodu pojištěnců do oblasti volitelných pojistných plánů dojde k dalším zefektivnění systému, které v následujících modelových tabulkách ještě zachyceno není.**

Model je nutné **rozdělit do „dvou fází“**, které jsou v kapitole 4.1 již označeny jako „minimalistická“ a „maximalistická“:

§ v první „startovací“ fázi jsou do úhrady z OZÚ přeneseny jen ty platby, které **nevyžadují výpočet „koeficientu rizika“** a jimž **nemusí předcházet druhá fáze přerozdělování.**

Jedná se zejména o:

- ambulantní péči akutních, subakutních a plně vyléčitelných stavů (vyjma léčby psychiatrických chorob a léčby vyjmenovaných infekčních chorob),
- stomatologickou péči (vyjma děti a dorost),
- dopravní zdravotní službu,
- denní taxy za hospitalizace, za péči ve stacionářích, home care, LSPP,
- spoluúčast na úhradách za léčiva a PZT,
- plná úhrada léčiv a PZT, jejichž cena nepřevyšuje určitou částku.

§ v druhé fázi pak může docházet k **dynamickému rozšiřování úhrad z OZÚ podle poptávky pojištěnců**; v této fázi – která by však již vyžadovala výpočty koeficientů rizika a sekundární přerozdělování, by se tyto úhrady z OZÚ mohly zejména odsířit o:

- fyzioterapii bez návaznosti na akutní hospitalizaci,
- lázeňskou péči bez návaznosti na akutní hospitalizaci,
- stomatologickou péči vyjma preventivních prohlídek,
- dispenzarizaci většiny chronických onemocnění.

#### 10.4 Hypotetický model

V následující tabulce, která se snaží vyjádřit ekonomický efekt první (minimalistické) a druhé (rozšířené) fáze implementace OZÚ jsou **náklady na zdravotní péči uměle zoptimalizovány, jakoby už systém OZÚ a další prvky řízené péče již zapůsobily**; tyto uměle vytvořené parametry jsou ve sloupcích „odhad potřeby I. fáze“ a „odhad potřeby II. fáze“.

Tabulka vychází z nákladů na zdravotní péči v letech 2002 a 2003, pokud by měla být použita pro jiné období, muselo by dojít ke korekci; poměry nákladů na jednotlivé typy péče by však měly být podobné.

Péče, která by měla být hrazena z OZÚ je označena touto zkratkou, takže je jasné vidět, které druhy zdravotní péče by v I. a II. fázi implementace měly být z OZÚ hrazeny.

V další tabulce je pak souhrn úhrad z OZÚ v I. a II. fázi implementace.

Konečně ve třetí tabulce je znázorněn pokus o kalkulaci možného naplnění OZÚ „průměrného“ pojištěnce, tzn. pojištěnce s průměrnými náklady.

V 1. fázi se počítá se **značným zvýhodněním péče o děti a dorost – a péče o seniory**. V této fázi by byly **od placení tax osvobozeny odborné léčebné ústavy**.

**TABULKA č. 1:**  
**„solidárně hrazená péče“**

<b>Název ukazatele</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>odhad potřeby I. FÁZE</b>	<b>odhad potřeby II. FÁZE</b>
<b>1) Léčebná rehabilitace (RHB), z toho:</b>	1 214 729	1 390 372	<b>1,2</b>	<b>1,0</b>
a) RHB v návaznosti akutní hospitalizaci			<b>0,6</b>	<b>1,0</b>
b) RHB bez návaznosti na akutní hospitalizaci			<b>0,6</b>	<b>OZÚ</b>
<b>2) Zdravotní péče komplementu</b>	4 627 356	5 294 634	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>
<b>3) Home care</b>	617 402	694 043	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
<b>4) Ambulantní péče (vyjma stomatologie) celkem</b>	31 054 573	33 621 271	<b>23,0</b>	<b>3,0</b>
a) Péče praktických lékařů pro dospělé	6 804 130	7 373 608	<b>8,0</b>	<b>OZÚ</b>
b) Ambulantní péče o psychiatricky nemocné, ambulantní léčba infekčních chorob	N	N	<b>0,3</b>	<b>0,3</b>
c) Dispenzarizace chronických onemocnění u praktického lékaře nebo specialisty			<b>15,0</b>	<b>OZÚ</b>
d) Ambulantní geriatrická péče o osoby nad 75 let, ambulantní péče v systému „hospic“			<b>0,5</b>	<b>0,5</b>
e) Péče praktických lékařů pro děti a dorost			<b>2,0</b>	<b>2,0</b>
<b>5) Stomatologická péče celkem</b>	7 836 877	8 200 883	<b>5,0</b>	<b>5,0</b>
a) Stomatologická péče o děti a dorost			<b>5,0</b>	<b>5,0</b>
b) Ostatní stomatologická péče			<b>OZÚ</b>	<b>OZÚ</b>
<b>6) Ústavní péče celkem, včetně ZULP, ZUM, paušál na léky i příp.nasmlouvanou péči ambulantní, stomatologickou a dopravu provozovanou v rámci lůžkového ZZ s výjimkou nákladů na léky na recepty a PZT na poukazy, z toho:</b>	66 081 161	69 050 672	<b>60,0</b>	<b>60,0</b>
a) akutní nemocniční lůžka	59 139 715	61 371 834	<b>45,0</b>	<b>45,0</b>
b) odborné léčebné ústavy	7 724 606	6 115 427	<b>7,0</b>	<b>7,0</b>
c) LDN	1 068 776	1 604 482	<b>0,8</b>	<b>0,8</b>
d) ošetřovatelská lůžka zdravotně sociální, včetně lůžek „hospic“	9 604	15 142	<b>0,4</b>	<b>0,4</b>
<b>7) Lázeňská péče</b>	2 538 819	2 505 549	<b>2,5</b>	<b>2,0</b>
a) komplexní (v návaznosti na akutní péči)				<b>2,0</b>
b) příspěvková				<b>OZÚ</b>
<b>8) Péče v ozdravovnách, ozdravné pobyty apod.</b>	104 435	121 309	<b>0,2</b>	<b>0,2</b>
<b>9) Zdravotní péče ve stacionářích , z toho:</b>	21 655	22 903	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>

a) náklady na chirurgie jednodenní hospitalizace			1,0	1,0
b) náklady na jednodenní onkologické stacionáře			0,5	0,5
c) náklady na rehabilitační stacionáře				OZÚ (viz 1b)
d) náklady na jiné typy stacionářů, zejména zdravotně sociální péče			0,5	0,5
10) Záchraná služba	162 797	685 050	0,7	0,7
<b>11) Léky vydané na recepty, v tom:</b>	22 702 281	24 334 974	20,0	20,0
a) předepsané v ambulantních zdrav. Zařízeních (samostatná ambulantní ZZ)	16 447 067	17 235 257	17,0	17,0
b) předepsané v lůžkových zdrav. zařízeních	6 255 214	7 099 717	3,0	3,0
<b>12) PZT vydané na poukazy, v tom:</b>	2 430 806	2 796 068	3,0	3,0
a) předepsané v ambulantních zdrav. zařízeních	1 215 453	1 850 748	2,0	3,0
b) předepsané v lůžkových zdrav.zařízeních	1 215 353	945 320	1,0	2,0
<b>13) Náklady spojené s úmrtím (ohledání, pitva, atd.)</b>			0,4	1,0
<b>14) Výkony LSPP</b>			0,2	0,2
<b>15) Náklady na léčení v zahraničí (neodkladná péče)</b>	22 664	25 663	0,5	0,5
<b>16) Doprava vyjma RZS</b>	1 408 257	1 087 502	1,0	OZÚ
<b>17) Ostatní náklady na zdravotní péči (které nelze zařadit do předchozích bodů)</b>	27 706	28 435	0,5	1,0
<b>Náklady solidárního fondu celkem</b>	100 551 811	106 949 672	118 mld	106 mld

**TABULKA č. 2:  
Péče hrazená z OZÚ**

Název ukazatele	odhad potřeby I. FÁZE	odhad potřeby I. FÁZE
Péče praktických lékařů pro dospělé	0	8,0
Dispenzarizace chronických onemocnění u praktického lékaře nebo specialisty	0	15,0
Stomatologické péče o dospělé	0	3,0
Doprava	1,0	1,0
Taxy celkem, z toho:	cca 1,5	1,5
a) za hospitalizační den (při 50 tis. akutních lůžek, 70% využití, 100 Kč denní taxy a 200 dní v roce)	0,7	0,7
b) za den ve stacionáři (při 15 tis. návštěvních dní, 50 Kč denní taxy a 200 dní v roce)	0, 15	0,15



c) za návštěvu home care (při 10 tis. návštěvách denně, 30 Kč návštěvní taxy a 365 dní v roce)	0,11	0,11
d) za návštěvu LSSP (při 25 tis. návštěvách denně, 50 Kč taxy, 365 dní v roce)	0,45	0,45
IV) Spoluúčasti celkem, z toho:		
a) na úhradách za léčiva	3,0	3,0
b) na úhradách za PZT	cca 1,0	1,0
<b>Náklady celkem</b>	<b>16,5</b>	<b>34,0</b>

**TABULKA č. 3:**  
**Plnění OZÚ průměrného pojištěnce**

POLOŽKA	I. fáze implementace	II. fáze implementace
Solidárně hrazená péče	118 mld	106 mld
Provozní náklady pojišťoven (cca 5% výběru)	7 mld	7 mld
Hypotetický výběr pojistného	150 mld	150 mld
Rezervní fond (cca 5% výběru)	7 mld	7 mld
Počet pojištěnců ve věku 18-74 let	cca 6 milionů	ca 6 milionů
Částka na OZÚ celkem	16,5 mld	34,0 mld
Průměrná částka na jednotlivý OZÚ (bez použití koeficientu rizika)	2 750 Kč / rok	5 660 Kč / rok

### 10.5 Závěry k první fázi implementace

Celkově by tedy náklady na péči hrazenou z OZÚ představovaly **částku přibližně 17 mld. Kč**. Při počtu pojištěnců 6 mil. (děti a dospělí mají péči plně hrazenou), se jedná o teoretickou částku **2750 Kč ročně**. **Riziko zadlužení či hrubších sociálních dopadů by proto v této fázi bylo skutečně poměrně minimální.**

Z tohoto důvodu by **v první fázi bylo možné naplňovat OZÚ bez sekundárního přerozdělení** (viz původní materiál) a celý systém budovat velmi přesně a obezřetně.

Zavedení první fáze implementace by nebylo složité a znamenalo by významný pozitivní průlom do financování zdravotnictví ČR.

### 10.6 Závěry k druhé fázi implementace

Ve druhé fázi implementace by náklady na péči hrazenou z OZÚ představovaly **částku asi 34 mld. Kč**. Při počtu pojištěnců 6 mil. se jedná o teoretickou částku **asi**

**5600 Kč ročně.**

Druhá fáze však již vyžaduje dělení pojištěnců do zdravotních skupin (viz výše).

## **11. SWOT ANALÝZA ZAVEDENÍ OZÚ**

### **11.1 (S) - Silné stránky:**

- § zrovnoprávnění veřejných a soukromých zájmů (alokace systému zdravotnictví do politického středu),
- § zavedení trhu a konkurence v oblasti pojistných plánů,
- § zavedení trhu a konkurence do oblasti poskytování „běžné“ zdravotní péče,
- § motivace k translokaci drahé ústavní zdravotní péče do ambulantní sféry, stacionářů a domácí péče,
- § zkracování doby hospitalizace,
- § aplikace systému „třístupňové garance“ zdravotní péče,
- § zajištění dostupnosti státem definovaného rozsahu zdravotní péče („solidárně hrazená péče“),
- § zabezpečení optimální alokační efektivity zdrojů,
- § motivace k aktivní prevenci,
- § motivace k přiznávání příjmů,
- § podpora zaměstnanosti,
- § definice role státu a regionů při tvorbě sítě zdravotnických zařízení.

### **11.2 (W) – slabé stránky**

- § veřejné zdravotní pojištění je postaveno do pozice „nárazníkového pojištění“ pro sociálně slabé či nezodpovědné jedince,
- § lze připustit, že v oblasti volitelných plánů může být předložen takový pojistný plán, který je kvalitní, avšak není založen na systému OZÚ,
- § hranice mezi péčí hrazenou z OZÚ a „solidárně hrazenou péčí“ není zcela ostrá, (co není taxativně vyjmenováno jako „solidárně hrazená péče“, je automaticky hrazeno z OZÚ),
- § náročnost transformačních kroků,
- § rozpor naznačených transformačních cest s právním vědomím občanů,
- § těžká politická průchodnost,
- § nutnost komplexního přístupu (výpadek určité „cesty“ ohrožuje celý výsledný efekt).

### **11.3 (O) – příležitosti**

- § vytvoření optimální sítě nejnákladnějších služeb a sítě péče o občany nepojištěné způsobem „třístupňové garance“,
- § propojení zdravotního a úrazového pojištění – tedy de facto vznik úrazového pojištění v nabídce volitelných plánů determinované poptávkou rezortů,
- § „individuální účty zaměstnavatelů“ (IÚZ) jako prostředek prevence úrazů a chorob z povolání,
- § propojení zdravotního a nemocenského pojištění,
- § propojení OZÚ s důchodovým systémem,

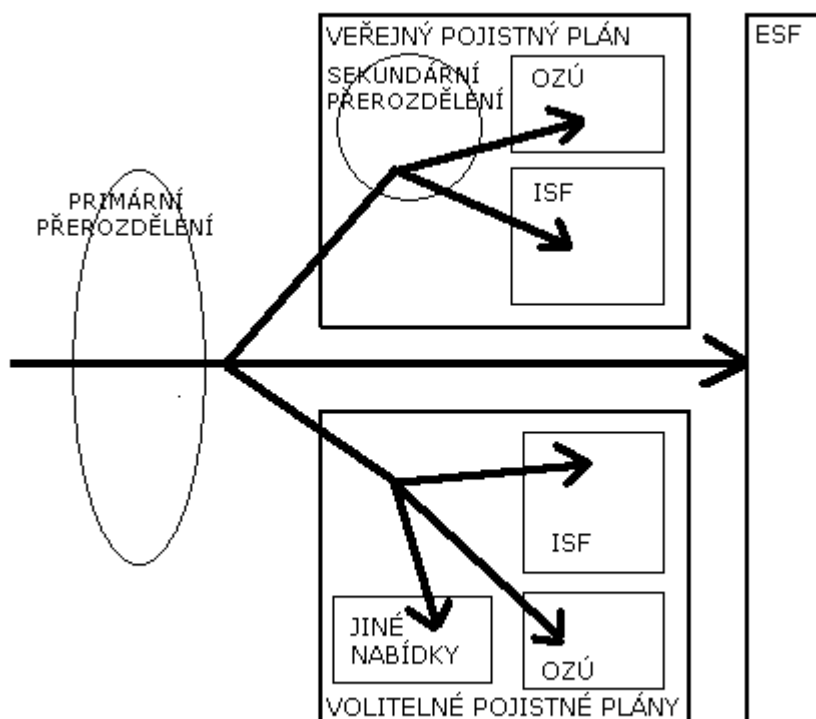
- § pozitivní změny ve financování poskytovatelů,
- § cost benefit,
- § dodatečné příspěvky na OZÚ ze strany pojištěnce nebo jeho zaměstnavatele odečitatelné z daní.

#### 11.4 (T) – hrozby

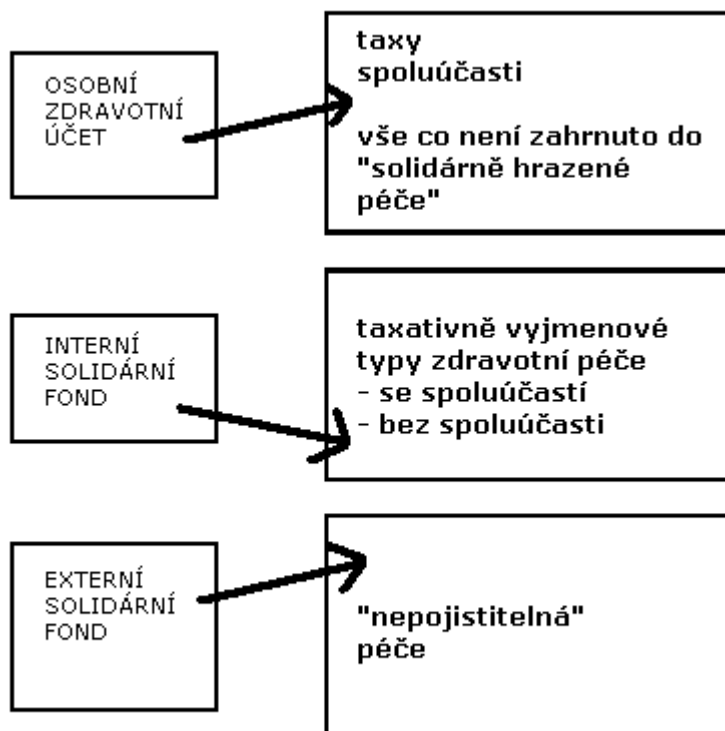
- § nízká motivace pojištěnců pojištěných ve veřejném zdravotním pojištění ke sledování stavu na účtu; snížení motivace může být způsobeno především sociální úrovní pojištěnců veřejného pojištění,
- § potřeba finančních prostředků při nastartování systému,
- § neadekvátně nízká návštěvnost ambulantních služeb v případě jejich plného financování z OZÚ
- § paradoxní přesun ambulantní péče do ústavní, pokud by nebyly zavedeny hospitalizační taxy a systém DRG,
- § nereálnost zavedení systému v případě unifikace horizontálního způsobu tvorby sítě zdravotnických zařízení, a to jak ze strany státu, tak „krajských zdravotních plánů“.

## 12. GRAFICKÉ ZNÁZORNĚNÍ NAVRHOVANÝCH CEST

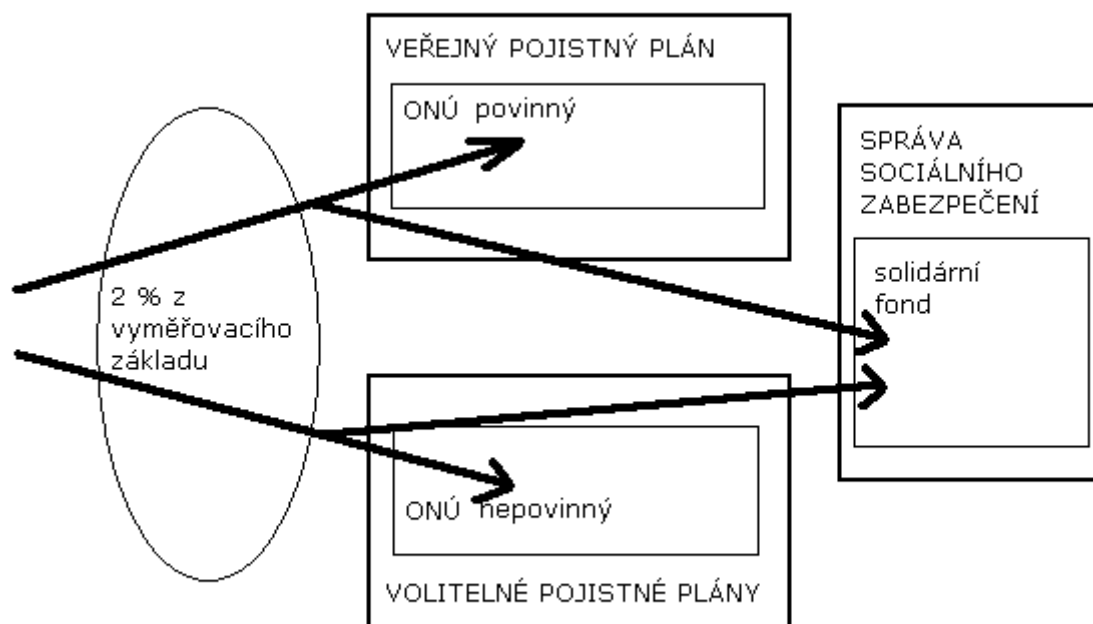
### 12.1 Osobní zdravotní účty - tvorba



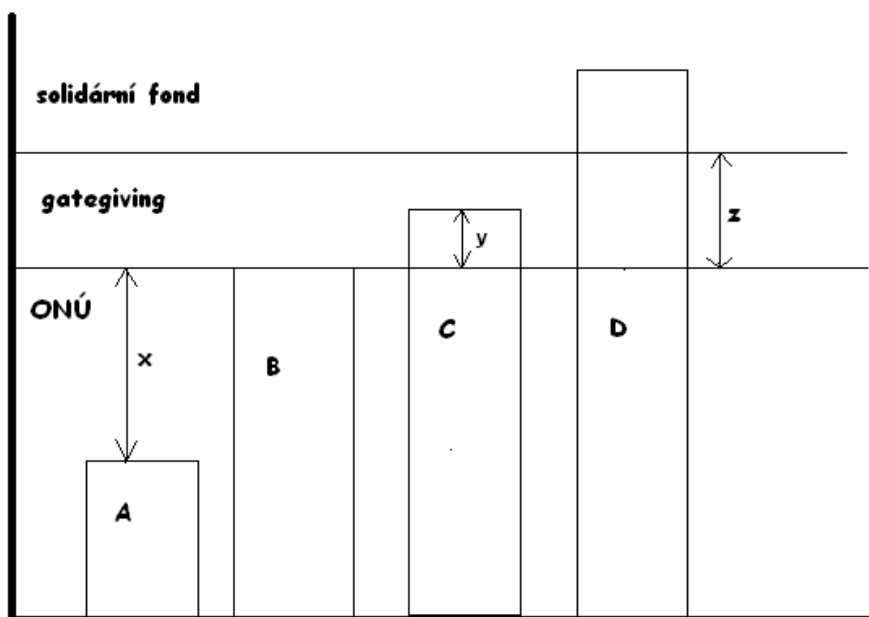
## 12.2. Osobní zdravotní účty – čerpání



## 12.3 Osobní nemocenské účty – tvorba



## 12.4 Osobní nemocenské účty - čerpání



**A - nevyčerpal ONÚ: částka  $x$  mu může být vrácena**

**B - nevyčerpal, ani nepřčerpal**

**C, D -  $y$  a  $z$  dnů musí vydržet bez dávek**