



Doporučení
Svazu zdravotních pojišťoven ČR
k úpravám systému
veřejného zdravotního pojištění v ČR

Praha
duben, 2010

I. Úvod

Systém veřejného zdravotního pojištění (dále jen „v. z. p.“) je po 17 let svého fungování stabilizujícím prvkem financování českého zdravotnictví, přičemž je dostatečně funkční a zdravotní pojišťovny uspokojivě zajišťují jeho administraci. Vytváření rezerv v období ekonomického růstu a naopak jejich uvolňování v době ekonomické recese vede k bilanční rovnováze systému. To ve své podstatě představuje garanci úrovně a dostupnosti poskytované zdravotní péče odpovídající potřebám pojištěnců bez ohledu na výkyvy ekonomiky. Pluralitní systém umožňuje rozvoj kvality služeb, a to jak pro pojištěnce, tak pro poskytovatele zdravotní péče.

Současná praxe ukazuje, že zákonem stanovený rámec ochrany finančních prostředků systému v. z. p. je ve zdravotních pojišťovnách správně nastaven, neboť nebyl zaznamenán jediný případ jejich sebemenšího úniku mimo tento systém.

Podobně jako každý jiný systém, musí i systém v. z. p. reagovat na společenské a technologické změny a při dlouhodobé stagnaci by mohlo dojít k narušení jeho základních funkcí.

II. Rámcové hodnocení současného systému

Pozitiva

1. Pluralita systému a s tím spojená existence konkurenčního prostředí jako garance kvality služeb pojištěncům

Konkurenční způsob zajištění dostupnosti zdravotní péče v požadované kvalitě a za podmínek efektivního využití prostředků v. z. p. vede k soutěži mezi zdravotními pojišťovnami o co nejlepší smluvní podmínky s poskytovateli zdravotní péče zejména ve prospěch pojištěnců. Kvalitu služeb lze ověřit na základě výsledků agendy stížností u jednotlivých zdravotních pojišťoven.

2. Růst efektivity využívání svěřených finančních prostředků měřený dostupností nákladné zdravotní péče, zaváděním nových medicínských technologií a využíváním moderních farmakoterapií

3. Dostupnost péče na úrovni nejvyspělejších evropských států

Dochází ke zkracování čekacích listů na plánované operační výkony, dojezdových časů pro zdravotnickou záchrannou službu apod. Zdravotní péče je poskytována blíže k pacientovi v návaznosti na přesuny péče z lůžkových do ambulantních zdravotnických zařízení.

4. Vyvíjející se systém prevence a edukace pojištěnců, a to i za stávajícího způsobu jeho financování a s ním spojeného omezeného objemu finančních prostředků

Na úrovni jednotlivých pojišťoven jsou preventivní programy zaměřeny na cílové skupiny pojištěnců dle rizikových faktorů jejich povolání a věkové struktury. Rozsah preventivních programů je nadstavbou nad národními preventivními programy.

Nedílnou součástí komunikace s pojištěncem je vhodná edukace v zájmu jeho motivace k péči o vlastní zdraví. V mnoha případech jsou právě zdravotní pojišťovny iniciátory zavedení nových preventivních programů zaměřených např. na očkování či screeningová vyšetření nádorových onemocnění. Ověření účinnosti těchto preventivních programů jednotlivými zdravotními pojišťovnami vedlo k zařazení některých z nich do zdravotní péče hrazené z prostředků v. z. p.

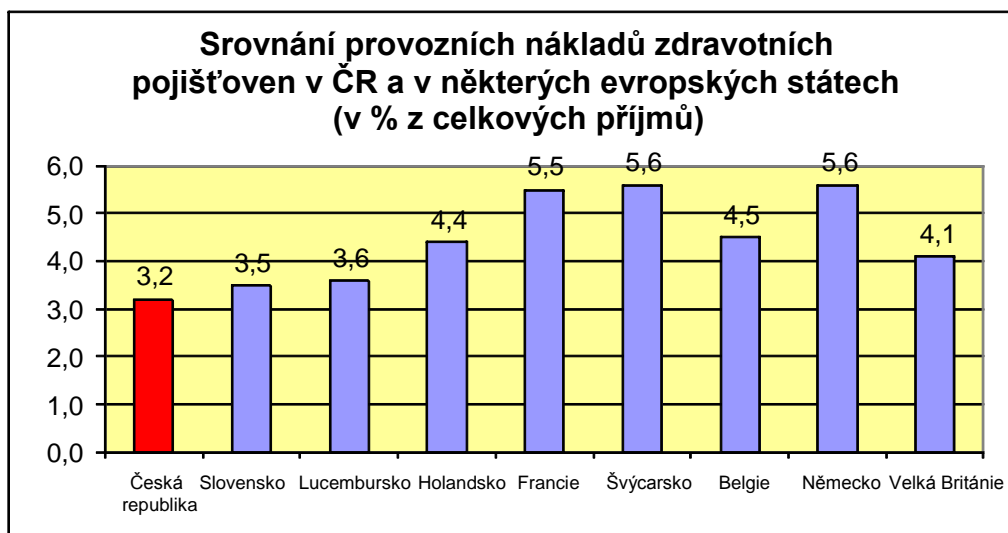
5. Zajištění maximální možné výše výběru pojistného a dodatečných zdrojů do systému v. z. p. (pokuty, penále, přírážky k pojistnému)

Motivace zdravotních pojišťoven k vymáhání dlužného pojistného včetně příslušenství je jedním z faktorů, který napomáhá k udržení dlouhodobé stability systému. Dodatečně vybrané finanční prostředky jsou využívány ve prospěch pojištěnců k financování preventivních programů a specifických aktivit.

6. Efektivní zajištění administrace systému při nízkých provozních nákladech

Za poslední období byly legislativou zdravotním pojišťovnám uloženy další administrativní činnosti (např. agenda součinnosti zejména s exekutory, vydávání potvrzení o bezdlužnosti, atd.) bez současného zvýšení přidělu provozních nákladů. Jak ilustruje níže uvedená tabulka, v systému v. z. p. v České republice jsou provozní náklady v procentním vyjádření na jedné z nejnižších úrovní ve srovnání s obdobnými zdravotně pojistnými systémy zemí Evropské unie, ale i systémy, jež jsou financovány centralizovaně (Velká Británie, Francie).

Tabulka č. 1



Zdroj: AIM Brusel, SZP SR, 2010

7. Společné komunikační kanály zdravotních pojišťoven směrem k pojištěncům

Elektronická komunikace a růst informovanosti pojištěnců jednak posiluje postavení pacientů-pojištěnců ve zdravotnictví a současně snižuje administrativní náklady všech účastníků systému v. z. p.

Negativa

1. Nedostatečně definovaná pozice pojištěnce v systému

Ačkoliv je pojištěnec výhradním plátcem zdravotního pojištění (přímo nebo zprostředkovaně), jeho současná role vyplývající z legislativy tomu neodpovídá a staví ho do pozice „rukojmí“ všech významných hráčů v systému v. z. p. Zároveň u některých skupin pojištěnců dochází ke zneužívání systému nadbytečným využíváním zdravotní péče, neboť systém není nastaven tak, aby dostatečně inicioval jejich motivaci k pozitivnímu chování.

2. Omezená nabídka pojistných produktů

Doposud není definován rozsah základní zdravotní péče hrazené systémem v. z. p., což neumožňuje vytvoření prostoru pro komerční připojištění.

3. Nedostatek motivačních mechanismů k racionálnímu chování jednotlivých účastníků systému

4. Nerovnováha v platbách pojistného, zejména nedostatečná platba státu za státem hrazené pojištění (5,6 mil. státních pojištěnců), zrovnoprávnit výši úhrad mezi jednotlivými skupinami pojištěnců

5. Demografický vývoj populace

6. Vlivy mnoha zájmových skupin, mimo jiné ve „veřejném zájmu“

7. Nerovné postavení VZP a ostatních zdravotních pojišťoven

Dvojkolejnost legislativního prostředí se projevuje zvýhodněním VZP oproti ostatním zdravotním pojišťovnám. Tento stav se mimo jiné opírá o zmocnění VZP k zajišťování centralizovaných agend pro v. z. p. (např. Centrální registr pojištěnců, Informační centrum, zpracovávání Metodik, přerozdělování pojistného), a dále pak o rozdílné definice naplňování některých fondů atd.

8. Oddělení systému zdravotního a nemocenského pojištění

Vysoká úroveň pracovní neschopnosti neodpovídající zdravotnímu stavu obyvatelstva vede k extrémnímu růstu nákladů na zdravotní péči a snížení příjmů obou systémů. Pro systém v. z. p. to znamená roční ztrátu cca 5 mld. Kč.

9. Nedostatečně zřetelná hranice mezi systémy zdravotního a sociálního pojištění

Část nákladů spadajících do oblasti sociálního pojištění je hrazena z finančních prostředků systému v. z. p.

10. Závislost zdravotnických zařízení na státu

Stát, jako zřizovatel zdravotnických zařízení a zároveň regulátor cen, se tak dostává do střetu zájmů, v mnoha případech s dopadem na bilanci hospodaření systému v. z. p.

11. Nevyvážená síť zdravotnických zařízení

12. Neefektivní financování nových technologií a investičních celků

Konkurenční boj zdravotnických zařízení o pacienta a lokální zájmy často vedou k tlaku na management zdravotnických zařízení k zavádění nejmodernějších technologií a získávání nejnovějších přístrojů bez ohledu na hospodárnost. Zkušenosti z ČR i ze světa ukazují, že mezi náklady na technologii a kvalitou péče není přímá úměra.

13. Nízká cena práce ve zdravotnictví

14. Věková struktura poskytovatelů zdravotní péče v některých odbornostech a regionech

III. Navrhovaná opatření k větší efektivitě systému v. z. p.

Na příjmové straně

- Zvýšení výběru pojistného
 - navýšení platby státu dle původního valorizačního mechanismu (§ 3c zák. č. 592/1992 Sb. – uvolnit „zmrazení platby státu“)
 - zrovnoprávnění jednotlivých plátců pojistného (navýšení platby OSVČ a OBZP v závislosti na výši minimální mzdy)
- Penalizace rizikového chování
 - přímý příjem z daně z tabáku a alkoholu do systému v. z. p.
 - legislativní zakotvení postihu pojištěnce za neúčelné čerpání zdravotní péče a zavedení možnosti zdravotních pojišťoven uplatňovat náhradu škody, diferencovanou výši pojistného nebo přirážku

Na výdajové straně

- Potřeba definování „základního balíku“ hrazené zdravotní péče
 - definování „základního balíku“ zpřesní okruh výdajů z prostředků v. z. p., což je nezbytnou podmínkou pro zavedení komerčního zdravotního připojištění a přímých plateb; tato definice zároveň zakládá jasný nárok pojištěnce na čerpání prostředků v. z. p.

- Širší zavedení motivačních systémů úhrad
 - motivace ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče spojená s rozdělením rizik mezi zdravotní pojišťovny a poskytovatele, např. případové úhrady
 - posílení motivace pojištěnce k racionálnímu čerpání hrazené zdravotní péče jeho spoluúčastí na úhradě
- Omezení výdajů na léčiva a zdravotnické prostředky
 - legislativní zakotvení elektronické nabídkové aukce léčiv a zdravotnických prostředků, včetně možnosti centrálních nákupů, jako nástroje na snížení nákladů za léčiva a zdravotnické prostředky
 - zavedení systému preferovaných léčiv (pozitivní listy)
- Zavedení systému hodnocení nových medicínských technologií před rozhodnutím o jejich úhradě z prostředků systému v. z. p., resp. přehodnocení některých v současné době již takto hrazených
- Pokračování v centralizaci nákladné péče.

Opatření k úpravám systému

- Individualizace pojistného vztahu a vytvoření prostoru pro diferenciaci pojistných produktů, včetně posílení motivační role spoluúčasti pacienta

Pojišťovny by nabízely pojištěncům individuální pojistné smlouvy obsahující závazky obou stran. Tím, že by pojištěnec zvolil pro sebe nejvhodnější produkt, vstoupil by do procesu rozhodování a částečného ovlivňování výše svých nákladů. Jednalo by se o posílení pozice pojištěnce a jeho motivace k odpovědnosti za racionální chování v systému v. z. p. při zachování kombinace solidarity a individuální odpovědnosti.

- Propojení zdravotního pojištění s pojištěním nemocenským a úrazovým pojištěním zaměstnanců

Slabým místem současného stavu je finanční náročnost administrace paralelních systémů s překrývající se problematikou pracovní neschopnosti a s tím spojenou neúčinnou kontrolou dodržování léčebného řádu. Zneužívání nemocenského pojištění způsobuje významné výpadky na příjmové straně v. z. p. a nárůst duplicitních výdajů za zdravotní péči. V tuto chvíli je nezbytné minimálně informační propojení všech tří systémů a do budoucna jejich plné převzetí zdravotními pojišťovnami.

- Zvýšení podílu soukromých plateb ve zdravotnictví prostřednictvím zavedení komerčního připojištění a možnosti přímých plateb za zdravotní péči nad rámec „základního balíku“ hrazené zdravotní péče

- Vytvoření systému porovnávání kvality zdravotní péče mezi jednotlivými poskytovateli mimo jiné v zájmu zvýšení informovanosti pojištěnce, včetně produkce a distribuce porovnatelných informací o kvalitě a nákladovosti zdravotní péče
- Vytvoření motivací zaměstnavatelů k financování preventivní a nadstandardní zdravotní péče pro svoje zaměstnance
- Posílení účinnosti sociálního systému pro řešení situace občanů, kteří nemohou nastavenou výši pojistného či spoluúčasti řešit.

IV. Závěr

Žádná radikální reforma nemá dostatečnou politickou podporu a není ani připravena. Proto SZP ČR navrhuje sice významné, ale postupné a nedestabilizující úpravy systému veřejného zdravotního pojištění.

Stávající podoba systému v. z. p. garantuje dostatečný prostor ke zvyšování jeho efektivity postupnými legislativními kroky a může i v příštím období působit jako stabilizační prvek při přijímání nezbytných reformních kroků v českém zdravotnictví. Pro zajištění vývojové kontinuity navrhujeme soubor realizovatelných krátkodobých až střednědobých opatření, jejichž prostřednictvím může být zvýšené efektivity dosaženo. Jednotlivá navržená opatření mohou být zaváděna provázaně nebo samostatně. Žádné z nich však nepopírá to, na čem je systém v. z. p. až doposud založen, tedy zejména dostatečnou míru solidarity mezi skupinami pojištěnců.

Pozitivní ekonomický efekt navrhovaných opatření se promítne nejen do systému v. z. p., ale i do ostatních oblastí života společnosti. Tato opatření však s sebou ponесou i přiměřený nárůst nákladů na jejich administraci, který ale bude představovat vždy pouze zlomek celkového očekávaného finančního přínosu.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR

Nám. W. Churchilla 2
113 59 Praha 3
email : info@szpcr.cz
www.szpcr.cz

Svaz zdravotních pojišťoven ČR (SZP ČR) vznikl v roce 1997 jako nástupnická organizace Sdružení zdravotních pojišťoven, které bylo ustaveno na dobrovolné bázi v roce 1993 a v současné době sdružuje všech 8 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v České republice.

SZP ČR hájí společné zájmy zdravotních pojišťoven a jejich klientů ve vztahu ke státním organizacím, profesním svazům a poskytovatelům zdravotní péče s hlavním cílem zkvalitňování služeb pro své klienty. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny poskytují služby pro cca 4,1 mil. občanů ČR.

SZP ČR se stal v roce 1995 členem korespondentem mezinárodní organizace AIM a v říjnu 2002 byl přijat za řádného člena AIM. **Association Internationale de la Mutualité (AIM)** je uskupením autonomních orgánů pro oblast zdravotního pojištění a sociální ochranu.

Hlavním cílem pro SZP ČR je dostupná a kvalitní zdravotní péče pro všechny pojištěnce.

Členské zdravotní pojišťovny:



[Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky](#)

kód ZP: 201

sídlo: Drahobejlova 1404/4, Praha 9



[Česká průmyslová zdravotní pojišťovna](#)

kód ZP: 205

sídlo: Jeremenkova 11, Ostrava - Vítkovice



[Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví](#)

kód ZP: 207

sídlo: Roškotova 1225/1, Praha 4



[Zaměstnanecká pojišťovna Škoda](#)

kód ZP: 209

sídlo: Husova 302, Mladá Boleslav



[Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra České republiky](#)

kód ZP: 211

sídlo: Na Míčánkách 2, Praha 10



[Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna](#)

kód ZP: 213

sídlo: Michálkovická 108, Slezská Ostrava



[Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE](#)

kód ZP: 217

sídlo: Čermákova 1951, Kladno



[Média zdravotní pojišťovna](#)

kód ZP: 228

sídlo: Na Pořící 1079/3a, Praha 1