

Technická univerzita v Liberci

Hospodářská fakulta

Studijní program:

6202 – Hospodářská politika a správa

Studijní obor:

Pojišťovnictví

**Zdravotní pojišťovny
a
alternativy financování zdravotní péče v České republice**

Health Insurance Companies
and
Alternatives of financing Health Care in the Czech Republic

DP – PO – KPO – 2004 03

ŽANETA BOUČKOVÁ

UNIVERZITNÍ KNIHOVNA
TECHNICKÉ UNIVERZITY V LIBERCI



3146072933

Vedoucí práce: Ing. František Juřina, katedra pojišťovnictví

Konzultant: Ing. Zdeněk Vokuš, OP VZP ČR v Jablonci nad Nisou

Počet stran..... 75

Počet příloh..... 15

21. květen 2004

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

pro

Žanetu Boučkovou

Program č. M 6202 Hospodářská politika a správa

Obor č. 6202T034 Pojišťovnictví

Vedoucí katedry Vám ve smyslu zákona č. 111 / 1998 Sb. o vysokých školách a navazujících předpisech určuje tuto diplomovou práci:

Název tématu:

Zdravotní pojišťovny a alternativy financování zdravotní péče v České republice

Pokyny pro vypracování:

1. Historie a současnost veřejného zdravotního pojištění
2. Analýza trhu zdravotních pojišťoven
3. Alternativy financování zdravotní péče
4. Možnosti vývoje financování zdravotní péče

Rozsah práce: 60 – 70 stran

(do rozsahu práce nejsou započítány úvodní listy, přehled literatury a přílohy)

Seznam odborné literatury:

- Chvátalová, I.: Úvod do práva sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění v České republice, VŠE Praha, Praha 1998
- Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2002
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

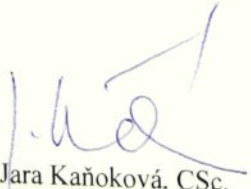
Vedoucí diplomové práce: Ing. František Juřina

Konzultant: Ing. Zdeněk Vokuš

Termín zadání diplomové práce: 31. října 2003

Termín odevzdání diplomové práce: 21. května 2004




prof. Ing. Jara Kaňoková, CSc.
vedoucí katedry


prof. Ing. Jiří Kraft, CSc.
děkan Hospodářské fakulty

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce a konzultantem.

Datum: 21. 5. 2004

Podpis: 

Poděkování

Vyslovuji poděkování odborným poradcům panu Ing. Františku Juřinovi
a panu Ing. Zdeňku Vokušovi za poskytnutí potřebných informací
při vypracování této diplomové práce.

Resumé

Tato diplomová práce je zaměřena na problematiku zdravotních pojišťoven a alternativy financování zdravotní péče v České republice. Jedna část obsahuje informace o historii a současnosti systému veřejného zdravotního pojištění. Ve druhé části popisují trh zdravotních pojišťoven a hospodaření zdravotních pojišťoven. V roce 2002 působilo v České republice 9 zdravotních pojišťoven. Největší pojišťovnou byla Všeobecná zdravotní pojišťovna a působilo zde ještě 8 zaměstnaneckých pojišťoven. Poslední dvě části se týkají financování zdravotní péče. Systém financování zdravotní péče v České republice se opírá především o prostředky pocházející z veřejného zdravotního pojištění. Prostřednictvím zdravotních pojišťoven bylo hrazeno přibližně 82 % celkových výdajů. Doplnkovými zdroji byly jednak státní rozpočet, který se podílel zhruba 10 %, a dále soukromé platby obyvatel s 8 % podílem na celku. Uplynulá období ukázala, že trvalým problémem tohoto způsobu financování je otázka pokrytí rostoucích výdajů potřebnými finančními zdroji. Hlavním úkolem do budoucna se jeví zajištění rovnováhy zdravotního systému.

Summary

This final project is intended to show the problems of health insurance companies and alternatives of financing health care in the Czech Republic. One part includes information about the history and the present system of public health insurance. In the second part I describe the market of health insurance companies and the economy of health insurance companies. In 2002 there were 9 health insurance companies operating in the Czech Republic. The largest is General Health Insurance Company. There are also 8 other employees' insurance companies. The last two parts concern health care financing. The system of health care financing in the Czech Republic relies first of all on resources collected from public general health insurance. About 82 % of all expenses for health care are covered by health insurance companies. Supplementary resources are provided by the State Budget, covering about 10 %, and private direct payments by the population provide the remaining 8 %. The previous periods have shown that this system of financing faces permanent problems of covering the increasing costs with adequate financial resources. The future main task is to ensure a balance in the health financing system.

Obsah

Seznam použitých zkratk symbolů	8
Úvod	10
1. Historie a současnost veřejného zdravotního pojištění	11
1.1 Historie veřejného zdravotního pojištění	11
1.2 Současnost veřejného zdravotního pojištění	12
1.2.1 Platné předpisy – upravující oblast zdravotního pojištění	13
1.2.2 Veřejné zdravotní pojištění	14
1.2.2.1 Účastníci zdravotního pojištění	14
1.2.2.2 Osobní rozsah zdravotního pojištění	15
1.2.2.3 Vznik a zánik zdravotního pojištění	15
1.2.2.4 Práva pojištěnce	15
1.2.2.5 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění	16
1.2.2.6 Způsob úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením	17
1.2.2.7 Zdravotní pojišťovny	17
1.2.3 Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění	18
1.2.4 Novela zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění	19
1.2.5 Ministerstvo zdravotnictví ČR	21
2. Analýza trhu zdravotních pojišťoven	23
2.1 Zaměstnanecké pojišťovny	23
2.1.1 Druhy zaměstnaneckých pojišťoven	24
2.1.2 Podmínky k provozování činnosti	24
2.1.3 Organizační struktura a orgány	25
2.1.4 Hospodaření pojišťoven	25
2.1.5 Fondy pojišťoven	26
2.1.6 Novela zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách	27
2.2 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	29
2.2.1 Hospodaření VZP	29
2.2.2 Fondy Pojišťovny	30
2.2.2.1 Základní fond zdravotního pojištění	31
2.2.2.2 Provozní fond	32
2.2.3 Organizační struktura VZP	33
2.2.4 Orgány VZP a orgány okresních pojišťoven	33
2.2.5 Pojištěnci Pojišťovny a jejich pohyb	33
2.2.6 Zdravotně pojistný plán VZP ČR pro rok 2003	34
2.2.7 Novela zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky	35
2.3 Srovnání hospodaření VZP ČR a zaměstnaneckých pojišťoven	37
2.4 Srovnání postojů občanů ČR ke zdravotním pojišťovnám	39

2.4.1 Výběr respondentů a charakteristika výběrového souboru	40
2.4.2 Výsledky výzkumu	41
2.5 Konkrétní dopady vstupu do Evropské unie na české zdravotní pojišťovny	45
2.6 Prodlení VZP ČR s platbou za zdravotní péči v porovnání s evropským průměrem	47
3. Alternativy financování zdravotní péče	49
3.1 Financování zdravotní péče v USA	52
3.2 Financování zdravotní péče v Německu	54
3.3 Financování zdravotní péče ve Velké Británii	53
3.4 Historický přehled financování zdravotnictví v České republice	56
3.4.1 Období 1. republiky	56
3.4.2 Poválečné období	58
3.4.3 Socialistické období	58
3.4.4 Reformy 90. let	59
Období 1990 – 1993	59
Období 1994 – 1996	58
Období 1997 – 2000	61
3.5 Současná situace v ČR	61
3.5.1 Problematika zadluženosti nemocnic	64
4. Možnosti vývoje financování zdravotní péče	66
4.1 Změny v systému veřejného zdravotního pojištění	66
4.2 Změny v přerozdělování zdravotního pojištění	68
4.3 Reforma systému veřejného zdravotního pojištění	69
Závěr	72
Seznam literatury	74
Seznam příloh	77

Seznam použitých zkratk a symbolů

%	.....	procento
Σ	.....	suma
aj.	.....	a jiné
atd.	.....	a tak dále
cca	.....	přibližně
č.	.....	číslo
ČKA	.....	Česká konsolidační agentura
ČNB	.....	Česká národní banka
ČR	.....	Česká republika
ČSR	.....	Československá republika
ČSSD	.....	Česká strana sociálně demokratická
DRG	.....	Diagnosis Related Groups (diagnosticky spřízněné skupiny diagnóz)
EHS	.....	Evropské hospodářské společenství
ES	.....	Evropské společenství
EU	.....	Evropská unie
HDP	.....	hrubý domácí produkt
IZPE	.....	Institut zdravotní politiky a ekonomiky
KNV	.....	Krajský národní výbor
Kč	.....	korun českých
KÚNZ	.....	Krajský ústav národního zdraví
LDN	.....	léčebna dlouhodobě nemocných
mil.	.....	milion
mld.	.....	miliarda
MF	.....	Ministerstvo financí
MZ	.....	Ministerstvo zdravotnictví
NHS	.....	Národní zdravotní služba ve Velké Británii
odst.	.....	odstavec
ODS	.....	Občanská demokratická strana
OF	.....	Občanské fórum
ONV	.....	Okresní národní výbor
OSVČ	.....	osoba samostatně výdělečně činná

OÚNZ.....	Okresní ústav národního zdraví
OZP	Oborová zdravotní pojišťovna
r.	rok
resp.	respektive
s.	strana
SASD.....	statistická analýza sociálních dat
Sb.	Sbírka (zákonů)
SRN	Spolková republika Německo
tis.	tisíc
tj.	to jest
tn.	to znamená
tzv.	tak zvaný
Ú. l.	Úřední list
USA	Spojené státy americké
ÚSP	Ústřední sociální pojišťovna
VZP	Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO	Mezinárodní zdravotní organizace
ZP	zdravotní pojišťovna
ZZP	zaměstnanecká zdravotní pojišťovna

Úvod

Diplomová práce je zaměřena na problematiku veřejného zdravotního pojištění, analýzu trhu zdravotních pojišťoven, alternativy a možnosti vývoje financování zdravotní péče v České republice. Tématicky jsem navázala na svůj ročníkový projekt, ve kterém jsem popisovala způsob fungování veřejného zdravotního pojištění a jakou roli v něm mají zdravotní pojišťovny. Práce je rozdělena do čtyř hlavních kapitol.

První kapitola je věnována historii a současnému stavu veřejného zdravotního pojištění. Mojí hlavní snahou je vytvořit přehled vývoje právních norem upravujících zdravotní pojištění až po navrhované novely. A poskytnout základní informace o veřejném zdravotním pojištění.

Analýzou trhu zdravotních pojišťoven se zabývá druhá kapitola. V České republice působí 9 zdravotních pojišťoven. Na jedné straně stojí Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR a na druhé zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Budu provádět srovnání VZP a zaměstnaneckých pojišťoven z hlediska hospodaření a uvedu možné příčiny vzniku schodku hospodaření českých zdravotních pojišťoven, ale také návrhy pro změnu tohoto nepříznivého stavu. Doplním to srovnáním postojů občanů ČR ke zdravotním pojišťovnám. Část je věnována také prodlení VZP ČR s platbou za zdravotní péči v porovnání s evropským průměrem.

Třetí kapitolou jsou alternativy financování zdravotní péče. Uvedu základní modely současných zdravotnických systémů, jejich výhody a nevýhody. Dále poskytnu historický přehled financování zdravotnictví v České republice, provedené reformy a analýzu současného vývoje celkových výdajů na zdravotnictví v ČR.

Možnostem vývoje financování se věnuje poslední čtvrtá kapitola. Pro odstranění některých nedostatků v systému veřejného zdravotního pojištění budu navrhopvat několik změn. Nakonec zmíním i možnou variantu reformy systému a její přínosy v procesu stabilizace systému financování českého zdravotnictví.

Hlavním cílem práce je provést analýzu v oblasti veřejného zdravotního pojištění a financování zdravotní péče. Dále stanovit nedostatky systému a nalézt možná řešení k vytvoření stabilního a udržitelného systému financování zdravotnictví v České republice.

1. Historie a současnost veřejného zdravotního pojištění

1.1 Historie veřejného zdravotního pojištění

Zdravotnictví v České republice tvoří samostatnou součást sociální politiky vedle sociálního zabezpečení a dalších sociálních oblastí. Základ nynějšího zdravotnického práva byl položen počátkem 50. let v období sjednocování zdravotnictví a legislativně propracován v 60. letech vydáním nové souhrnné právní úpravy zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Až do konce roku 1991 tento zákon zakotvoval státní monopol zdravotnických služeb, což znamená, že zdravotnické služby poskytoval pouze stát svými zařízeními.[1]

Přes tyto skutečnosti po vydání zákona v roce 1966 přežívalo poskytování zdravotnických služeb v soukromých ordinacích na základě vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 129/1958 Ú. l., o soukromých ordinacích lékařů a dentistů a vyhlášky ministerstva zdravotnictví č. 209/1958 Ú. l., o sazbách za úkony prováděné v soukromých lékařských a dentistických ordinacích. Uvedený stav byl dán tehdejšími politickým přístupem, podle kterého v socialistické společnosti bylo nutné omezovat soukromé podnikání. Soukromé ordinace mohly být podle vyhlášky č. 129/1958 Ú. l. ponechány pouze akademikům, vysokoškolským profesorům, docentům a doktorům lékařských věd, kteří prokazatelně pokračovali ve vědecké práci, popřípadě i jiným vynikajícím odborníkům - lékařům, pokud měli plný pracovní úvazek pro státní zdravotní nebo školskou správu. Dále mohla být ponechána soukromá ordinace lékařům a dentistům, kteří pobírali plný invalidní důchod, nebo kteří pobírali starobní důchod a byli starší 60 let, ženy 55 let, nepřicházelo-li u nich v úvahu plné zapojení do práce ve veřejných zdravotních zařízeních. O ponehání oprávnění provozovat soukromou ordinaci rozhodoval odbor zdravotnictví krajského národního výboru na návrh odboru pracovních sil, zdravotnictví a sociálního zabezpečení okresního národního výboru. Pro tuto činnost byl ze strany ministerstva zdravotnictví stanoven postup, jehož cílem bylo omezit počet soukromých lékařských a dentistických ordinací a který vyústil ve zrušení soukromých ordinací vyhláškou ministerstva zdravotnictví ČSR č. 5/1978 Sb.[2]

Na počátku devadesátých let byla započata reforma českého veřejného zdravotního pojištění a bylo přijato několik důležitých zákonů. V novém systému zdravotní péče, schváleném usnesením vlády České republiky č. 339/1990 Sb. je konstatováno, že státní monopol ve zdravotní péči přežil. A většinu zdravotní péče poskytuje síť veřejných zdravotnických zařízení, tj. zařízení bez ohledu na vlastnický subjekt smluvně napojených na zdravotní pojišťovnu. Byl přijat zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a také zákon

č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně. A v roce 1992 byl také přijat zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách a zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Jako jedna z variant reformy zdravotnictví byl také v roce 1990 a 1991 vypracován návrh na vytvoření všeobecného nemocenského a zdravotního pojištění. Argumentem pro spojení nemocenského a zdravotního pojištění byla snaha vytvořit organizačně přehlednou strukturu, omezit administrativní náročnost a vyjít z běžných standardů sociálního zabezpečení v zemích západní Evropy. V těchto zemích sociální zabezpečení většinou zahrnuje i zdravotnictví. Nakonec bylo rozhodnuto, že v ČR budou nejprve vytvořeny dobře fungující jednotlivé systémy, pak budou odstraněny nedostatky každého z nich a teprve po té se přistoupí ke spojení.

Jedním ze zdrojů při zvažování změn v oblasti zdravotnictví byly a stále jsou rozbor zahraničních zkušeností s poskytováním zdravotní péče. Při formulování zdravotní politiky bylo nutné vzít v úvahu také mezinárodní úmluvy, kterými je ČR vázána, a rovněž poznatky i závazky vyplývající z členství ČR v mezinárodních organizacích. Uznávanou organizací v oblasti zdravotnictví je Mezinárodní zdravotní organizace (WHO). Zabývá se rozbořem zdravotního stavu, formuluje zdravotní programy, organizuje mezinárodní setkání lékařů, vydává odborné zdravotnické publikace, včetně srovnávacích mezinárodních studií. Pro Českou republiku má také význam členství v Mezinárodní organizaci práce a Radě Evropy, které zdravotnictví rovněž věnují pozornost.

Reforma zdravotnictví přinesla rozsáhlé změny ve financování a organizaci zdravotnictví. Systém financování ze státního rozpočtu byl nahrazen vícezdrojovým financováním, s důrazem na platby pojistného od pojištěnců a zaměstnavatelů, s příspěvkem státu za okruh sociálně či jinak potřebných osob (za nezaopatřené děti, poživatele důchodu aj.). Právní předpisy zakotvily povinné zdravotní pojištění, současně stanovily případy, které nejsou tímto zákonným pojištěním kryty. Do zákona č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění byla zařazena pasáž o zdravotním připojištění a smluvním zdravotním pojištění.[3]

1.2 Současnost veřejného zdravotního pojištění

V dnešní době platí zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který nahradil zákon z roku 1991. Organizačně bylo odděleno financování od provozovatelů zdravotní péče.

Pojistné plyne na účet zdravotních pojišťoven, které jsou smluvně napojeny na příslušná zdravotnická zařízení. Byla umožněna svobodná volba lékařů a volba zdravotní pojišťovny. Ovšem transformace zdravotnictví zdaleka není ukončena.

1.2.1 Platné předpisy - upravující oblast zdravotního pojištění

Zákony:

1. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů.
2. Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně ČR.
3. Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
4. Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Vyhlášky:

1. Vyhláška MZ č. 101/2002 Sb., kterou se mění vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
2. Vyhláška MZ č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami.
3. Vyhláška MZ č. 458/2001 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2002.
4. Vyhláška č. 56/1997 Sb., kterou se stanoví obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.
5. Vyhláška č. 57/1997 Sb., kterou se stanoví léčivé přípravky plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a výše úhrad jednotlivých léčivých látek.
6. Vyhláška č. 58/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost.
7. Vyhláška č. 59/1997 Sb., kterou se stanoví indikační seznam pro zdravotní péči v odborných dětských léčebnách.
8. Vyhláška č. 60/1997 Sb., kterou se stanoví nemoci, u nichž se poskytuje dispenzární péče, časové rozmezí dispenzárních prohlídek a označení specializace dispenzarizujícího lékaře.
9. Vyhlášky týkající se hospodaření zdravotních pojišťoven:

- i. Vyhláška MF č. 227/1998 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění zdravotních pojišťoven.
- ii. Vyhláška č. 305/1996 Sb., o pravidlech hospodaření se zvláštním účtem všeobecného zdravotního pojištění a o jednacím řádu dozorčího orgánu.
- iii. Vyhláška MF č. 41/2000 Sb., kterou se stanoví podrobné podmínky tvorby a užití finančních prostředků fondů Vojenské zdravotní pojišťovny ČR.

Další předpisy s nimiž má zdravotní pojištění některé souvislosti:

- a) Cenový věstník MF - Výměr MF č. 01/2001;
- b) Zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců;
- c) Vyhláška č. 165/1979 Sb., o nemocenském pojištění některých pracovníků a o poskytování dávek nemocenského pojištění občanům ve zvláštních případech;
- d) Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře;
- e) Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmu;
- f) Nařízení vlády č. 303/1995 Sb., o minimální mzdě.

1.2.2 Veřejné zdravotní pojištění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění (dále jen zdravotním pojištění) upravuje podmínky účasti na zdravotním pojištění, rozsah a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona zdravotní péče poskytována, působnost orgánů státní správy, práva a povinnosti zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, pojištěnců a fyzických a právnických osob při provádění zdravotního pojištění.

1.2.2.1 Účastníci zdravotního pojištění

Účastníky právních vztahů vznikajících podle tohoto zákona jsou pojištěnci, zdravotní pojišťovny, zdravotnická zařízení a správní úřady. Plátcí pojistného zdravotního pojištění jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Pojistné se platí zdravotní pojišťovně, u které je pojištěnec pojištěn.

Pojištěncem je osoba s trvalým pobytem na území České republiky nebo další osoby, o nichž tak stanoví zákon anebo další osoby, o nichž tak stanoví mezinárodní smlouva ratifikovaná Parlamentem České republiky a vyhlášená ve Sbírce mezinárodních smluv.

- na výběr dopravní služby, která je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou pojištěnce,
- na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení, toto právo může pojištěnec uplatnit jednou za 3 měsíce,
- na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Lékař ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto péči přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Při porušení této povinnosti je oprávněn příslušný orgán státní správy odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu. Ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče,
- na výdej léčivých přípravků bez přímé úhrady, jde-li o léčivé přípravky hrazené ze zdravotního pojištění a předepsané v souladu se zákonem; to platí i v případech, kdy zařízení lékárenské péče nemá se zdravotní pojišťovnou pojištěnce dosud uzavřenou smlouvu.

U osob vykonávajících civilní službu a dále u osob ve vazbě nebo výkonu trestu odnětí svobody je výběr lékaře, zdravotnického zařízení a dopravní služby omezen podle zvláštních předpisů.

1.2.2.5 Zdravotní péče hrazená ze zdravotního pojištění

Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá na území České republiky. Ze zdravotního pojištění se pojištěncům uhradí též částka, kterou vynaložili na nutné a neodkladné léčení, jehož potřeba nastala během jejich pobytu v cizině, a to do výše stanovené pro úhradu takové péče na území ČR. Ze zdravotního pojištění se hradí zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav.

Zdravotní péče hrazená v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem zahrnuje :

- a. léčebnou péči ambulantní a ústavní (včetně diagnostické péče, rehabilitace a péče o chronicky nemocné),
- b. pohotovostní a záchrannou službu,
- c. preventivní péči,
- d. dispenzární péči,
- e. poskytování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a stomatologických výrobků,

- f. lázeňskou péči a péči v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách,
- g. dopravu nemocných a náhradu cestovních nákladů,
- h. posudkovou činnost,
- i. závodní preventivní péči,
- j. prohlídku zemřelého pojištěnce a pitvu, včetně dopravy.

1.2.2.6 Způsob úhrady zdravotní péče zdravotnickým zařízením

1. Zdravotní pojišťovny hradí zdravotnickým zařízením poskytnutou zdravotní péči :
 - a. na základě bodového ohodnocení zdravotních výkonů nebo,
 - b. platbou za počet registrovaných pojištěnců (kombinovanou kapitačně výkonovou platbou) nebo,
 - c. agregovanou platbou za ošetřovací den v ústavní zdravotní péči nebo,
 - d. platbou za diagnózu nebo,
 - e. paušální částkou nebo rozpočtem na stanovené období nebo,
 - f. kombinací těchto způsobů.
2. Způsoby úhrady podle odst. 1 pro jednotlivé druhy zdravotní péče se stanoví v rámcových smlouvách.

1.2.2.7 Zdravotní pojišťovny

Zdravotní pojištění poskytují Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky a resortní, oborové, podnikové, popřípadě další zdravotní pojišťovny.

Zdravotní pojišťovny jsou povinny uhradit zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektům, které v souladu se zákonem poskytly zdravotní péči pojištěncům, tuto poskytnutou péči ve lhůtách sjednaných ve smlouvě. Pokud není mezi zdravotní pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, popřípadě jiným subjektem poskytujícím zdravotní péči, smlouva sjednána, zdravotní pojišťovny poskytnutou nutnou a neodkladnou zdravotní péči uhrazují za stejných podmínek jako zdravotnickým zařízením, se kterými zdravotní pojišťovna uzavřela smlouvu.

Zdravotní pojišťovny musí bezplatně vydat svým pojištěncům průkaz pojištěnce nebo náhradní doklad, informovat své pojištěnce o síti smluvních zdravotnických zařízení. Zdravotní pojišťovny si také vzájemně poskytují informace potřebné ke kontrole účelného

a hospodárného nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Pojišťovny jsou oprávněny sdělovat ošetřujícím lékařům informace o zdravotní péči poskytnuté jejich pacientům jinými zdravotnickými zařízeními z důvodu hospodárnosti a zabránění inkompatibility v léčbě.[4]

1.2.3 Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

Podle novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, kterou vláda schválila 21. dubna 2004, se Ministerstva zdravotnictví a financí mají stát řádným účastníkem dohodovacího řízení k seznamu zdravotních výkonů. Výsledky tohoto řízení se však i nadále budou předkládat MZ, jež posoudí jejich soulad s právními předpisy a veřejným zájmem. Novela se pokouší definovat zmíněný veřejný zájem jako zajištění kvality a dostupnosti zdravotní péče a fungování systému zdravotnictví a jeho stability. Budou-li výsledky řízení odporovat právním předpisům nebo veřejnému zájmu, vrátí je MZ zpět jeho účastníkům. Pokud ti účastníci nepředloží přepracovaný výsledek do 30 dnů, MZ bude oprávněno provést příslušné úpravy.[5]

Dalším významným bodem vládou schválené novely, jejíž znění připravila ještě exministryně Marie Součková, je zřízení Národního referenčního centra, které bude součástí příspěvkové organizace zřízené ministerstvem. Centrum má zajišťovat sběr dat pro DRG úhrady, průběžně hodnotit nastavení parametrů z hlediska ekonomického, klinického a statistického, zajišťovat provoz a vývoj referenční databáze i programového vybavení apod. Centrum sestaví podklady pro seznam DRG skupin a předloží je MZ. Pokud by poskytovatelé péče, včetně fyzických osob, nepředali referenčnímu centru klinické údaje o poskytnuté zdravotní péči nebo údaje o struktuře daného zdravotnického zařízení či nákladech na poskytnutou péči, bude jim možné uložit pokuty až do výše půl milionu korun. Dohodovací řízení k DRG úhradám by podle novely mělo probíhat zvlášť. Podle dostupných informací se vláda nakonec přiklonila k tomu, že by MZ a MF nezasahovaly přímo do jednání o základní sazbě při platbě za DRG ani do regulačních omezení. Řádnými účastníky dohodovacího řízení by byli zástupci pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů. Postupy při jejich neshodě jsou však v návrhu novely popsány natolik nepřehledně, že není možné přesně rozlišit, zda se týkají jednání o DRG úhradách či i jiných druhů úhrad.

Třetím stěžejním bodem vládní novely je snaha uzákonit Centrum mezistátních úhrad, jež má sjednocovat činnosti pojišťoven na mezinárodní úrovni. Půjde o potvrzení existence nynějšího sdružení založeného pojišťovnami.[6]

Další navrhovanou změnou je zavedení stoprocentního přerozdělení pojistného. Autorem pozměňovacího návrhu je současný ministr zdravotnictví Jozef Kubinyi. Zatím se mezi pojišťovnami ze zákona přerozděluje jen 60 % vybraného pojistného. V novém modelu přerozdělení pojistného se mají stanovit nákladové indexy jako podíl průměrných nákladů na pojištěnce podle věku i pohlaví a průměrných nákladů na standardizovaného pojištěnce. Metodiku výpočtu stanoví MZ. V rámci nového přerozdělování budou nově řešeny také výdaje na „zvlášť nákladnou péči“. Ta se má rozlišovat podle toho, zda pojišťovna během roku zaplatila za svého pojištěnce více než 750 tisíc korun. Ze zvláštního účtu pak bude mít pojišťovna nárok na úhradu 80 % částky, o kterou nákladná péče překročí zmíněnou částku. Na kontrole účtování se mají podílet všechny pojišťovny. Nový model přerozdělování by měl vstoupit v platnost v lednu 2005, avšak zvláštní účet pro nákladnou péči bude zaveden do praxe zřejmě až v lednu 2006. Podle údajů Ministerstva zdravotnictví by si touto změnou mohla VZP ČR polepšit zhruba o 2 miliardy ročně, o to méně by měly zaměstnanecké pojišťovny. Přehled příjmů jednotlivých zdravotních pojišťoven v systému 60 %-ního a 100 %-ního přerozdělení v roce 2002 uvádím v příloze č. 1.

Novela zákona se dotýká i dalších oblastí. Je v ní i ustanovení, které má zaručit, že v každé lékové skupině bude vždy nějaký plně hrazený lék. A byl zredukován stávající seznam léčivých látek hrazených z pojistného z 521 položek na pouhých 300.[7]

Ministerstvo zdravotnictví se schválením této novely snaží o větší finanční stabilitu celého systému veřejného zdravotního pojištění.

1.2.4 Novela zákona o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění

Nařízením vlády ze dne 10. prosince 2003, byla s platností od 1. ledna 2004 zvýšena minimální mzda z 6 200 Kč na 6 700 Kč. Minimální mzda je minimálním vyměřovacím základem pro zaměstnance v pracovním poměru a vyměřovacím základem pro osoby bez zdanitelných příjmů. V následující tabulce č. 1 lze sledovat postupný růst minimálního pojistného od roku 1993.

Tabulka č. 1:

Období	Minimální mzda	Minimální pojistné
1.1.1993 – 31.12.1995	2 200 Kč	297 Kč
1.1.1996 – 31.12.1997	2 500 Kč	338 Kč
1.1.1998 – 31.12.1998	2 650 Kč	358 Kč
1.1.1999 – 30.6.1999	3 250 Kč	439 Kč
1.7.1999 – 31.12.1999	3 600 Kč	486 Kč
1.1.2000 – 30.6.2000	4 000 Kč	540 Kč
1.7.2000 – 31.12.2000	4 500 Kč	608 Kč
1.1.2001 – 31.12.2001	5 000 Kč	675 Kč
1.1.2002 – 31.12.2002	5 700 Kč	770 Kč
1.1.2003 – 31.12.2003	6 200 Kč	837 Kč
Od 1.1.2004	6 700 Kč	905 Kč

Zdroj: Vývoj pojistného. [online]. [cit. 2004-03-22]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/http://u-por2p.op99.vzp.cz>>

U osob samostatně výdělečně činných bude docházet od ledna 2004 ke zvyšování vyměřovacího základu pro odvod pojistného na zdravotní pojištění z dnešních 35 % na 50 %, postupně v periodě 3 let (2004 – 2006). Pro OSVČ je minimálním vyměřovacím základem dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za kalendářní rok o dva roky předcházejícího roku, pro který je vyměřovací základ stanovován. Ministerstvo zdravotnictví stanovilo Sdělením č. 485/2003 Sb. průměrnou mzdu za rok 2002 ve výši 15 857 Kč. Z toho vyplývá minimální měsíční vyměřovací základ ve výši 7 929 Kč a minimální měsíční záloha na pojistné činí 1 071 Kč. Až doposud se přitom vycházelo při výpočtu minimální výše pojistného z minimální mzdy.

Procentní sazba pro výpočet vyměřovacího základu pro OSVČ ve výši 35 % rozdílu mezi příjmy a výdaji v roce 1992 nebyla stanovena exaktně, ale vycházela ze záměru podpořit rozvoj samostatného podnikání. Na rozdíl od zaměstnanců, jejichž vyměřovací základ tvoří 100 % příjmů, zúčtovaných zaměstnavatelem, jsou OSVČ zvýhodněny zbývajícími 65 %, ze kterých neplatí pojistné. Roční průměrné pojistné za zaměstnance činilo v roce 2002 u VZP ČR 21 757 Kč, zatímco u OSVČ byla tato částka pouze 7 458 Kč. Podpora rozvoje samostatného podnikání v tomto rozsahu se dnes jeví jako nepřiměřená a narušuje vyváženost

solidárního systému veřejného zdravotního pojištění. Proto je navrhováno zvyšování sazby pro stanovení vyměřovacího základu v postupných krocích tak, aby v roce 2006 dosáhla 50 % rozdílu mezi příjmy a výdaji.

Podle zdroje VZP ČR nepřiznávalo 84 % jejích pojištěnců v kategorii OSVČ v roce 2002 příjem vyšší než byla úroveň minimální mzdy (5 700 Kč).

Podle předběžného odhadu změna minimálního vyměřovacího základu u OSVČ přinese zvýšení finančních zdrojů veřejného zdravotního pojištění cca o 1,5 mld. Kč.[6]

1.2.5 Ministerstvo zdravotnictví ČR

Na oblast veřejného zdravotního pojištění dohlíží Ministerstvo zdravotnictví. V tomto resortu existuje mnoho problémů a důkazem může být i fakt, že od roku 1989 se v čele ministerstva vystříдалo již celkem devět ministrů. Pokud nepočítáme Vladimíra Špidlu, který byl jako místopředseda vlády pověřen řízením resortu. Celkový přehled všech ministrů zdravotnictví od roku 1989 až po současnost uvádím v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2:

Jméno	Stranická příslušnost	Funkční období
Pavel Klener	OF	5.12.1989 – 27.6.1990
Martin Bojar	OF/Občanské hnutí	27.6.1990 – 2.7.1992
Petr Lom	ODS	2.7.1992 – 22.6.1993
Luděk Rubáš	ODS	22.6.1993 – 9.10.1995
Jan Stráský	ODS	10.10.1995 – 2.1.1998
Zuzana Roithová	bez stranické příslušnosti	2.1.1998 – 22.7.1998
Ivan David	ČSSD	22.7.1998 – 9.12.1999
Vladimír Špidla	ČSSD	10.12.1999 – 9.2.2000
Bohumil Fišer	ČSSD	9.2.2000 – 15.7.2002
Marie Součková	ČSSD	15.7.2002 – 14.4.2004
Jozef Kubinyi	ČSSD	14.4.2004 – ?

Zdroj: Svobodová Kateřina, Týden, 17, 2004, s. 30; Vlastní zpracování

Bývalý ministr zdravotnictví Martin Bojar přišel s představou, že by povinné zdravotní pojištění mělo zajistit standardní státní zdravotní péči. A nadstandardní specializovanou péči

by si měl každý platit sám. Jako jedinému ministrovi se mu podařilo prosadit významnou změnu, zavedl systém zdravotního pojištění. Od října 1991 si mohli lidé začít svobodně volit lékaře.

První problémy s penězi ve zdravotním systému začaly už v roce 1993, kdy byl ministrem zdravotnictví občanský demokrat Petr Lom. K problémům v systému paradoxně přispěl i vědecký pokrok. Lékaři sice díky němu mohou pomoci lidem, kteří by dříve zůstali nevléčitelně nemocní, současně však neúměrně stoupají náklady na léčbu. Nejen u nás, ale i situace v zahraničí ukazuje, že stát nemá dost peněz na to, aby zajišťoval veškerou léčbu pro všechny lidi.

V roce 2002 šlo z českých veřejných rozpočtů do zdravotnictví 170 miliard korun, což v podílu výdajů vůči HDP představuje přibližně 7,4 procenta. Země OECD vydávají od šesti do deseti procent, což by náš stát mělo řadit mezi slušný průměr, a nikoli mezi země, jejichž zdravotnictví se nachází v problémech.[8]

Přehled podílu veřejných výdajů na zdravotnictví (uvedených jako % HDP) jednotlivých států v roce 2001 lze porovnat v následující tabulce č. 3.

Tabulka č. 3:

Státy	Veřejné výdaje na zdravotnictví v roce 2001, % HDP
Česká republika	6,7
Dánsko	7,1
Francie	7,2
Německo	8
Norsko	6,8
Švédsko	7,4
USA	6,2
Velká Británie	6,2

Zdroj: Statistické údaje OECD [online].[cit. 2004-05-18]. Dostupné z: <<http://www.oecd.org>>

2. Analýza trhu zdravotních pojišťoven

V ČR v průběhu devadesátých let vzniklo celkem 27 zdravotních pojišťoven (příloha č. 2). V současné době je pouze 9 zdravotních pojišťoven činných (příloha č. 3), ostatní pojišťovny buď zanikly nebo se sloučily. Největší pojišťovnou je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, která vznikla 1.1.1992 ze zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky a k 31.12.2002 registruje 6 956 348 pojištěnců. Na druhé straně stojí zaměstnanecké pojišťovny, jejichž vznik, činnost a zánik upravuje zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Seznam všech zdravotních pojišťoven seřazených podle počtu pojištěnců zobrazuje následující tabulka č. 4.

Tabulka č. 4:

Pojišťovna	Počet pojištěnců
Všeobecná zdravotní pojišťovna	6 956 348
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra	933 316
Vojenská zdravotní pojišťovna	579 378
OZP zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	489 410
Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	329 813
Revírní bratrská pojišťovna	310 879
Česká národní zdravotní pojišťovna	308 815*
Zdravotní pojišťovna Metal - Aliance	288 863
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	120 023

* Stav k 31.7.2002; Zdroj: Údaje z Centrálního registru pojištěnců VZP – Ústřední pojišťovna
Zdroj: Výroční zprávy zdravotních pojišťoven za rok 2002

2.1 Zaměstnanecké pojišťovny

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách upravuje vznik, činnost a zánik zaměstnaneckých pojišťoven a dále také jejich vztah k Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky.

2.1.1 Druhy zaměstnaneckých pojišťoven

Resortní zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem České republiky anebo podléhající ucelené části tohoto ministerstva.

Oborovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho oboru.

Podnikovou zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho nebo více podniků.

Další zaměstnaneckou pojišťovnou je pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností.

2.1.2 Podmínky k provozování činnosti

K provádění všeobecného zdravotního pojištění je třeba povolení. O udělení povolení rozhoduje Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí.

Žádost o povolení může podat právnická osoba se sídlem na území ČR, která složila na zvlášť k tomu zřízený vázaný účet v tuzemské bance peněžní prostředky ve výši 50 000 000,- Kč.

V žádosti o povolení musí být uvedeno:

- a) název a sídlo zaměstnanecké pojišťovny,
- b) rozbor předpokládaných příjmů a výdajů,
- c) závazek žadatele, že uhradí náklady spojené se založením pojišťovny s uvedením způsobu zajištění splnění tohoto závazku,
- d) věcné, finanční, a organizační předpoklady pro činnost pojišťovny,
- e) banku, která povede pro pojišťovnu finanční prostředky,
- f) závazek, že pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení počtu nejméně 50 000 pojištěnců,
- g) způsob zrušení pojišťovny v případě nesplnění závazků podle písmen c), d) nebo f).

K žádosti se také připojuje návrh zakládací listiny, prvního zdravotně pojistného plánu a statutu zaměstnanecké pojišťovny (obsahuje rozsah činnosti, obecné zaměření zdravotní politiky, zásady hospodaření a způsob zveřejňování výroční zprávy).

2.1.3 Organizační struktura a orgány

Organizační strukturu, postavení správní a dozorčí rady a ostatních orgánů pojišťovny upravuje statut, který schvaluje Ministerstvo zdravotnictví.

Pojištěnci, zaměstnavatelé pojištěnců a stát jsou zastoupeni v orgánech pojišťovny každý jednou třetinou. Zástupci zaměstnavatelů a zástupci pojištěnců pojišťovny jsou voleni; způsob voleb stanoví volební řád příslušné pojišťovny. Zástupce státu jmenuje a odvolává MZ. Souhlasu většiny přítomných zástupců státu je vždy třeba k platnosti rozhodnutí orgánů zaměstnanecké pojišťovny o změně hodnoty bodu, schválení zásad smluvní politiky, schválení typových smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče, žádosti zaměstnanecké pojišťovny o úvěr, nákupu nemovitostí, nákupu základních prostředků v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč, převzetí ručitelského závazku, nebo použití prostředků rezervního fondu ke krytí schodku základního fondu.

2.1.4 Hospodaření pojišťoven

Příjmy pojišťovny zahrnují platby pojistného od pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu.

Dalšími příjmy mohou být:

- a) příjmy od zaměstnavatelů, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči o zaměstnance,
- b) vlastní zdroje vytvořené využíváním fondů pojišťovny,
- c) příjmy plynoucí z majetkových sankcí stanovených zvláštním zákonem,
- d) dary a ostatní příjmy.

Výdaji pojišťovny jsou:

- a) platby za úhrady zdravotní péče poskytované na základě všeobecného zdravotního pojištění podle smluv uzavřených se zdravotnickými zařízeními,
- b) platby jiným zdravotním pojišťovnám anebo jiným subjektům na základě smluv o finančním vypořádání plateb za zdravotní služby poskytnuté pojištěncům zaměstnanecké pojišťovny,
- c) úhrady nákladů nutného neodkladného léčení v cizině,

- d) náklady na činnost pojišťovny,
- e) úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče.

2.1.5 Fondy pojišťoven

Zaměstnanecská pojišťovna vytváří a spravuje základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond investičního majetku a fond reprodukce investičního majetku. Dále pojišťovna může vytvářet fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče a fond prevence k financování preventivních programů.

Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě zdravotní péče hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění a je tvořen platbami pojistného. Schodky vzniklé při hospodaření s tímto fondem jsou kryty finančními prostředky rezervního fondu.

Minimální výše rezervního fondu činí 3 % průměrných ročních výdajů základního fondu pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. Pojišťovna může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, dluhopisů a pokladničních poukázek ČNB. Rezervní fond slouží ke krytí schodků základního fondu a ke krytí zdravotní péče v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof. Pojišťovna musí rezervní fond naplnit do tří let ode dne získání povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění.

Finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu pojišťovny a příjmy plynoucí z přírůžek k pojistnému, pokut a poplatků z prodlení je pojišťovna povinna použít jako zdroj fondu prevence až v případě, kdy pojišťovna má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně. Finanční prostředky musí být uloženy v tuzemské bance.

Základní a rezervní fond se nevytváří přiděly ze státního rozpočtu České republiky.[9]

2.1.6 Novela zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

Tato novela prošla již třetím čtením a k jejímu schválení zbývá souhlas Senátu Parlamentu ČR. Navrhované změny se týkají oblasti orgánů zaměstnanecské pojišťovny, základního

fondy, výše rezervního fondu, uložení a použití finančních prostředků zaměstnanecké pojišťovny.

Orgány zaměstnanecké pojišťovny jsou Správní rada a Dozorčí rada. Správní rada zaměstnanecké pojišťovny rozhoduje o schválení zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy, schválení objemu úhrad zdravotnickým zařízením, změně hodnoty bodu, schválení zásad smluvní politiky, žádosti zaměstnanecké pojišťovny o úvěr, nákupu nemovitosti, nákupu hmotného investičního majetku v pořizovací ceně vyšší než 1 000 000 Kč, převzetí ručitelského závazku, použití prostředků rezervního fondu a dalších důležitých věcech, které souvisí s činností zaměstnanecké pojišťovny a které si k rozhodování vyhradí.

Pojištěnci, zaměstnavatelé pojištěnců a stát jsou zastoupeni v orgánech zaměstnanecké pojišťovny každý jednou třetinou. Vznese-li všichni přítomní zástupci státu, všichni přítomní zástupci pojištěnců nebo všichni přítomní zástupci zaměstnavatelů pojištěnců při jednání Správní rady námitku, že navržené rozhodnutí Správní rady může ohrozit finanční rovnováhu systému veřejného zdravotního pojištění nebo vyrovnané hospodaření zaměstnanecké pojišťovny, Správní rada rozhodnutí nepřijme a stanoví lhůtu, která nesmí být delší než 3 měsíce, pro předložení doplňujících dokladů, které tuto námitku potvrdí nebo vyvrátí. Nejpozději do 30 dnů od uplynutí lhůty stanovené pro předložení doplňujících dokladů Správní rada projedná navržené rozhodnutí znovu; k přijetí takového rozhodnutí je třeba souhlasu alespoň dvou třetin všech členů Správní rady.

Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, k přidělení do provozního fondu ke krytí nákladů na činnost zaměstnanecké pojišťovny, k přidělení dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Zdrojem základního fondu jsou stále platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění a další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem.

Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. Výše rezervního fondu byla snížena z 3 % na 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění zaměstnanecké pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Záměrem je, aby na tomto fondu nedocházelo k neopodstatněné kumulaci prostředků na úkor základního fondu. Celková výše prostředků na rezervních fondech všech zdravotních pojišťoven k 31.12. 2001 činila 918 184 tis. Kč, z toho u všech zaměstnaneckých pojišťoven 918 178 tis. Kč. Součet propočtených minimálních limitů naplnění rezervních fondů

zaměstnaneckých pojišťoven byl 766 338 tis. Kč. To znamená, že rezervní fondy zaměstnaneckých pojišťoven vykazují k 31.12.2001 naplnění o 151 840 tis. Kč vyšší, než činí povinný minimální stav, a výši těchto prostředků je možno snížit. Při snížení závazného limitu na 1,5 % (383 169 tis. Kč) by došlo ke snížení oproti současnému stavu o cca 535 mil. Kč. Tyto prostředky by byly k dispozici základnímu fondu zdravotního pojištění.¹

Finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu zaměstnanecké pojišťovny a příjmy plynoucí z pokut a penále účtovaných touto pojišťovnou v oblasti veřejného zdravotního pojištění zaměstnanecká pojišťovna není povinna použít, ale může použít jako zdroj fondu prevence až v případě, kdy má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně.

Další navrhovaná změna se týká fondů prevence. V předpokládaném návrhu se upravuje vymezení použití prostředků fondu prevence tak, že přípustné budou pouze aktivity s prokazatelným pozitivním efektem na zdraví pojištěnce nebo zlepšování zdravotního stavu populace. Tím bude vyloučeno použití prostředků fondu prevence k aktivitám, u nichž nelze prokázat pozitivní vliv na zdraví a jejichž jediným cílem je nábor pojištěnců.

Finanční prostředky zaměstnanecké pojišťovny musí být uloženy v bance požívající výhody jednotné licence podle práva Evropských společenství. Před novelou musely být finanční prostředky uloženy v tuzemské bance.

Zaměstnanecké pojišťovny nejsou povinny přispívat do zajišťovacího fondu. Důvodem upuštění od dalšího každoročního navyšování tohoto fondu je fakt, že současná úroveň naplnění se jeví jako dostatečná a dosud nedošlo k žádnému plnění z fondu. K 31.12. 2002 se odhaduje naplnění zajišťovacího fondu (s vazbou na časové plnění odvodů od jednotlivých zdravotních pojišťoven) na 440 mil. Kč, včetně úroků vzniklých na tomto účtu. Tyto prostředky by na účtu Zajišťovacího fondu zůstaly. Roční příděly zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven by za rok 2002 činily celkem cca 101 mil. Kč a tyto příděly se v závislosti na stoupajících ročních výdajích základního fondu každoročně zvyšují. Při zastavení plateb by výše uvedený příděl zůstal na účtu základního fondu zdravotní péče. V současnosti se také nepočítá s plněním ze zajišťovacího fondu vzhledem k ekonomické stabilitě činných zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.[6]

¹ Zdrojem údajů je důvodová zpráva vládního návrhu na změnu zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách

2.2 Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

Zákonem č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, byla ustavena Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (dále VZP nebo Pojišťovna), která provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud toto pojištění neprovádějí resortní, oborové a podnikové zdravotní pojišťovny. 1.1.2002 VZP oslavila deset let své činnosti. Hlavním úkolem VZP v době jejího vzniku bylo zavedení a spuštění systému všeobecného (veřejného) zdravotního pojištění ode dne 1.1.1992, kdy se jejími klienty ze zákona staly osoby, které splňovaly stanovené podmínky účasti v tomto systému (tj. asi 10,5 mil. osob). V roce 1992 VZP sice ještě hospodařila s přiděly finančních prostředků ze státního rozpočtu ČR, ale již v průběhu tohoto roku intenzivními činnostmi vytvořila podmínky pro náběh výběru pojistného na všeobecné zdravotní pojištění. Splnění tohoto úkolu napomohly dvě zvolené systémové a zákonem stanovené komponenty: jednak povinnost zaměstnavatelů vybírat pojistné od zaměstnanců srážkou ze mzdy a odvádět je spolu s platbou zaměstnavatele na účet zdravotní pojišťovny, u které jsou pojištěni, jednak povinnost státu platit pojistné za zákonem vymezený okruh osob, jenž v současnosti zahrnuje více než 50 % účastníků zdravotního pojištění. Nastavení systému ukázalo v následujících letech zvětšující se objem vybraného pojistného, který rok za rokem rostl díky příznivému mzdovému vývoji v ČR.

2.2.1 Hospodaření VZP

Příjmy a výdaje pojišťovny zahrnují stejné položky, které jsou již popsány u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v kapitole 2.1.4.

Rozdíl mezi příjmy a výdaji se zúčtovává v roční závěrce vůči rezervnímu fondu.

Kontrolu činnosti VZP provádí Ministerstvo zdravotnictví v součinnosti s Ministerstvem financí. Pojišťovna je povinna v návaznosti na termíny stanovené MF pro předkládání návrhu státního rozpočtu předložit tomuto ministerstvu prostřednictvím Ministerstva zdravotnictví návrh zdravotně pojistného plánu na následující kalendářní rok, účetní závěrku a výroční zprávu za minulý kalendářní rok a zprávu auditora.

Zdravotně pojistný plán obsahuje plán příjmů a výdajů pojišťovny včetně členění podle jednotlivých fondů, předpokládaný vývoj struktury pojištěnců, plán provozních nákladů, údaje o rozsahu zdravotní péče hrazené pojišťovnou, způsob zajištění dostupnosti služeb nabízených VZP včetně předpokládané soustavy zdravotnických zařízení, se kterými VZP uzavírá smlouvu o úhradě zdravotní péče.

2.2.2 Fondy Pojišťovny

VZP podle zákona vytváří a spravuje fondy:

- a) základní fond zdravotního pojištění, který slouží k úhradě zdravotní péče plně nebo částečně hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění a je tvořen platbami pojistného; ze základního fondu se dále hradí náklady na činnost pojišťovny,
- b) rezervní fond. Minimální výše rezervního fondu činí 3 % průměrných ročních výdajů základního fondu za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky. Rezervní fond se tvoří přiděly z pojistného převodem části zůstatku základního fondu. VZP může použít nejvýše 30 % finančních prostředků rezervního fondu k nákupu státních cenných papírů, dluhopisů a pokladničních poukázek ČNB. Rezervní fond používá pojišťovna ke krytí schodků základního fondu a ke krytí zdravotní péče v případech výskytu hromadných onemocnění a přírodních katastrof nebo pojišťovnou nezaviněného významného poklesu výběru pojistného,
- c) provozní fond,
- d) sociální fond,
- e) fond investičního majetku,
- f) fond reprodukce investičního majetku.

Dále může pojišťovna vytvářet:

- fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče; tvorba tohoto fondu je podmíněna naplněním rezervního fondu a současně vyrovnanou bilancí hospodaření,
- fond prevence k financování preventivních programů nad rámec preventivní péče; zdrojem fondu jsou finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění.

Finanční prostředky VZP musí být uloženy v tuzemské bance.[10]

Pojišťovna vytváří tyto účetně oddělené fondy: základní fond zdravotního pojištění, provozní fond, fond reprodukce investičního majetku, sociální fond, rezervní fond, fond prevence, fond ostatních zdaňovaných činností, fond smluvního pojištění a připojištění.

2.2.2.1 Základní fond zdravotního pojištění

Základní fond zdravotního pojištění zobrazuje hospodaření hlavní činnosti Pojišťovny a jeho výsledek je rozhodující pro hodnocení výsledků hospodaření Pojišťovny, neboť prostřednictvím tohoto fondu je zachyceno hospodaření veřejného zdravotního pojištění.

Do roku 2002 Pojišťovna vstupovala bez závazků po lhůtě splatnosti. Dále předpokládala relativně příznivý vývoj hospodářství ČR a zpomalené tempo pokračujícího poklesu počtu pojištěnců. Optimistické předpoklady vývoje české ekonomiky se nepotvrdily. Nárůst objemu mezd, který vycházel z předpokladu 6,7 %, ve skutečnosti dosáhl pouze 6,4 %. Míra nezaměstnanosti, pro pojištěnce Pojišťovny ve Zdravotně pojistném plánu předpovídaná ke konci roku 2002 ve výši 9,9 %, dosáhla 10,7 %. Negativně se projevuje také zvyšující se nemocnost obyvatel ČR, která není vždy způsobena zdravotními důvody. Počet pojištěnců Pojišťovny klesl rychleji, namísto plánovaných průměrných 7 096 tis. osob měla Pojišťovna 7 046 tis. pojištěnců v roce 2002, tj. o cca 50 tisíc méně. K rychlejšímu úbytku docházelo u osob, za něž je plátcem pojistného stát, nejvíce u dětí. Tyto skutečnosti se na příjmové straně bilance projeví tak, že plánované příjmy nebyly naplněny o necelá 2 %, tj. o necelé 2 miliardy Kč. Ve srovnání s rokem 2001 byly celkové příjmy fondu nižší o cca 120 mil. Kč (v roce 2001 byly postoupeny pohledávky ČKA ve výši 3,7 miliardy Kč), po očištění příjmů fondu o mimořádné příjmy z postoupených pohledávek v roce 2001 celkové příjmy fondu proti roku 2001 vzrostly o 3,95 %.

Naproti tomu vývoj hospodaření na straně čerpání fondu byl opačný k trendům dosaženým u příjmů. Náklady na zdravotní péči tak oproti plánovanému 3,6 % růstu stouply o 9 % proti roku 2001, byly o 3,5 % vyšší, než předpokládal Zdravotně pojistný plán na rok 2002, tj. o 3,3 miliardy Kč. Na růstu se podílely v podstatě všechny druhy nákladů na zdravotní péči. Tento nepříznivý vývoj nákladů kladl velký tlak na výdajovou stranu bilance fondu. Na konci roku Pojišťovna evidovala závazky po lhůtě splatnosti ve výši 2,5 miliardy Kč. Hospodaření Základního fondu zdravotního pojištění tak bylo v roce 2002 deficitní. Základní příčinou deficitní bilance je skutečnost, že jednorázový prodej pohledávek v roce 2001 sice vyrovnal dosažený deficit, trendy růstu příjmů (cca 4 %) a čerpání fondu (cca 9 %) však byly odlišné a způsobovaly nežádoucí vývoj, přičemž na cca 80 % čerpání fondu (léky a hospitalizační péče) měla Pojišťovna malý nebo žádný vliv².

² Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny za rok 2002

2.2.2.2 Provozní fond

Tvorbu i nakládání s provozním fondem upravuje vyhláška Ministerstva financí ČR č. 227/1998 Sb. Z provozního fondu se čerpají prostředky zejména na úhrady provozních výdajů Pojišťovny souvisejících s prováděním veřejného zdravotního pojištění, na převody do fondu reprodukce investičního majetku a na přiděly do sociálního fondu. Hlavním zdrojem provozního fondu je přiděl finančních prostředků ze základního fondu zdravotního pojištění, výše přidělu je stanovena vyhláškou.

Celková tvorba provozního fondu v roce 2002 dosáhla 3 409,3 mil. Kč (včetně výnosů z prodeje majetku a ostatní tvorby). Skutečné čerpání bylo o 283,6 mil. Kč nižší. Tato úspora byla převedena do rezervního fondu.

Vynaložené náklady provozního fondu představují 3,27 % z celkových příjmů Pojišťovny v roce 2002 a v přepočtu na 1 pojištěnce Pojišťovny cca 444 Kč za kalendářní rok. Po odpočtu penále předepsaného Pojišťovně smluvními zdravotnickými zařízeními (za prodlevu v úhradách poskytnuté zdravotní péče) Pojišťovna čerpala v roce 2002 ke krytí svých nákladů na činnost 3 040,3 mil Kč, tj. 3,18 % z celkových příjmů Pojišťovny a v přepočtu na 1 pojištěnce Pojišťovny cca 431 Kč.[11]

2.2.3 Organizační struktura VZP

Organizační strukturu pojišťovny tvoří Ústřední pojišťovna, okresní pojišťovny a úřadovny, které jsou detašovanými pracovišti okresních pojišťoven. Organizaci a postavení organizačních složek VZP podrobně upravuje organizační řád VZP.

Ústřední pojišťovna řídí činnost všech organizačních složek pojišťovny a zabezpečuje součinnost s ústředními orgány státní správy a dalšími orgány.

Okresní pojišťovny a jejich úřadovny vykonávají činnost jménem VZP v rozsahu pravomoci svěřených jim organizačním řádem VZP. K roku 2002 jsou zřízeny okresní pojišťovny v 77 okresech.

2.2.4 Orgány VZP a orgány okresních pojišťoven

Orgány Pojišťovny a orgány okresních pojišťoven zabezpečují účast pojištěnců, zaměstnavatelů pojištěnců a státu na řízení Pojišťovny. Orgány Pojišťovny jsou Sbor

zástupců, Správní rada Ústřední pojišťovny a Dozorčí rada. Orgány okresních pojišťoven jsou Správní rada a Dozorčí rada.[10]

2.2.5 Pojištěnci Pojišťovny a jejich pohyb

Z celkového počtu 10 314 865 osob, které byly ke dni 31.12.2002 účastníky veřejného zdravotního pojištění, bylo pojištěnci Pojišťovny 67,4 % ze všech účastníků, tj. celkem 6 956 348 osob, což je o 220 970 osob (o 3,1 %) méně, než činil stav pojištěnců zjištěný ke dni 31.12.2001. Tuto výši úbytku pojištěnců lze zjistit z tabulky viz příloha č. 4.

Údaje uvedené v tabulkách (viz příloha č. 5) o pohybu pojištěnců umožňují zjistit, že do Pojišťovny se přehlásilo od ostatních zdravotních pojišťoven během roku 2002 celkem 23 442 osob a od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám se přehlásilo celkem 209 286 osob. Celkově se tedy vlivem těchto pohybů počet pojištěnců Pojišťovny snížil o 185 844 osob.

K dalším skupinám osob, které k Pojišťovně v roce 2002 přicházely, patřili novorozenci nebo cizinci (pokud splnili podmínky účasti ve zdravotním pojištění např. přijetím zaměstnání u zaměstnavatele se sídlem na území ČR). Mezi pojištěnce, kteří od Pojišťovny odcházeli, patřili například i osoby, které odešly do ciziny (nepřetržitě nejméně na dobu půl roku), nebo zemřelí. Celkově se vlivem pohybu těchto skupin osob snížil počet pojištěnců Pojišťovny o dalších 35 126 osob.

Celkový počet pojištěnců se ve srovnání s rokem 2001 v roce 2002: výrazněji snížil v 10 okresech (index 0,93-0,95), mírně snížil ve 42 okresech (index 0,96-0,98) a prakticky nezměnil v 25 okresech (index 0,99-1,00) viz příloha č. 6. Podle indexu do druhé skupiny patří i Liberec, kde byl k 31.12.2001 stav počtu pojištěnců 128 472 a k 31.12.2002 se tento stav změnil na 126 391 pojištěnců. Z toho vyplývá, že se počet pojištěnců snížil o 2 081 za rok.[11]

2.2.6 Zdravotně pojistný plán VZP ČR pro rok 2003

Mezi základní cíle Pojišťovny pro rok 2003 patří:

- zmírnění odlivu pojištěnců a změna jejich struktury z hlediska bonity a zdravotně pojistných rizik
- dosažení co nejvyšších příjmů Pojišťovny výběrem pojistného a důsledným vymáháním pohledávek za plátcí pojistného

- realizace stanovených cílů zdravotní politiky a růst objemu poskytované zdravotní péče v rozsahu skutečně získaných finančních zdrojů
- zlepšení finanční pozice Pojišťovny vyrovnaným hospodařením a dosažením stavu, který umožní průběžné placení závazků Pojišťovny ve lhůtách splatnosti.

Pojišťovna bude pokračovat v aktivitách z roku 2002, kdy požádala všechny smluvní nemocnice o zveřejnění informací o jejich činnosti, a to podle předem připravené struktury odpovídající zvyklostem v zemích EU. Ačkoli se k této spolupráci přihlásila necelá polovina zařízení, je nutno pokračovat. Podle mého názoru jde o činnost v zájmu klientů, aby se mohli ve výběru zdravotnických zařízení řídit vlastními informacemi a stávat se tak přirozeně silnějším kontrolním prvkem kvality zdravotní péče.

Mezi základní rizika Zdravotně pojistného plánu Pojišťovny na rok 2003 pojišťovna řadí možné dopady povodní zejména na výkonnost ekonomiky ČR, dopady do nezaměstnanosti a na finanční solventnost jednotlivých firem. Dalším velkým rizikem je rozhodování Ministerstva zdravotnictví o cenách zdravotní péče na příslušné pololetí v případě nedohody plátců a poskytovatelů zdravotní péče v dohodovacích řízeních, které není vázáno ohledem na reálné zdroje veřejného zdravotního pojištění, kterými v reálném čase disponují jednotlivé zdravotní pojišťovny. Cíle a záměry Pojišťovny bude také ovlivňovat kumulace pojištěnců s nákladnými zdravotními riziky v pojistném kmeni Pojišťovny, zvyšování oprávněné i neoprávněné spotřeby věcných dávek zdravotní péče a hromadné uplatňování sankcí ze strany smluvních zdravotnických zařízení za nedodržování smluvní lhůty úhrady předložených vyúčtování za poskytnutou zdravotní péči v předchozích obdobích.[12]

2.2.7 Novela zákona č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky

Tato novela prošla také již třetím čtením a k jejímu schválení zbývá souhlas Senátu Parlamentu ČR. Navrhované změny se týkají oblasti tvorby a správy fondů, organizační struktury Pojišťovny a orgánů Pojišťovny.

Pojišťovna vytváří a spravuje tyto fondy:

- a) základní fond; zdrojem základního fondu jsou nejen platby pojistného na veřejné zdravotní pojištění ale nově i další příjmy v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Základní fond zdravotního pojištění slouží k úhradě zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, k přidělům do provozního fondu ke krytí

nákladů na činnost Pojišťovny, k přidělení dalším fondům a k dalším platbám v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem,

- b) rezervní fond; jeho výše byla snížena z původních 3 % na 1,5 % průměrných ročních výdajů základního fondu zdravotního pojištění Pojišťovny za bezprostředně předcházející tři kalendářní roky,
- c) provozní fond,
- d) sociální fond,
- e) fond majetku,
- f) fond reprodukce majetku.

Navrhovaná změna se také týká fondu prevence. V předpokládaném návrhu se upravuje vymezení použití prostředků fondu prevence tak, že přípustné budou pouze aktivity s prokazatelným pozitivním efektem na zdraví pojištěnce nebo zlepšování zdravotního stavu populace. Tím bude vyloučeno použití prostředků tohoto fondu k aktivitám, u nichž nelze prokázat pozitivní vliv na zdraví a jejichž jediným cílem je nábor pojištěnců.

Finanční prostředky Pojišťovny musí být uloženy v bance požívající výhody jednotné licence podle práva Evropských společenství. Před novelou musely být finanční prostředky uloženy v tuzemské bance.

Nově organizační strukturu Pojišťovny tvoří Ústředí, územní pracoviště působící v místě sídla každého kraje (dále jen krajská pobočka) a další územní pracoviště, která jednají a vykonávají činnost jménem Pojišťovny a jsou její organizační složkou. Organizaci Ústředí, jakož i označení, organizaci, umístění, územní působnost a úkoly územních pracovišť upraví organizační řád Pojišťovny. Ústředí zabezpečuje součinnost se státními orgány a dalšími orgány veřejné správy a právníky, popřípadě fyzickými osobami. Statutárním orgánem Pojišťovny je ředitel Pojišťovny, kterého na návrh Správní rady Pojišťovny volí Poslanecká sněmovna Parlamentu. V čele krajské pobočky stojí ředitel, kterého jmenuje a odvolává ředitel Pojišťovny.

Současně se zavedením nového organizačního členění pojišťovny se navrhuje redukce počtu a struktury orgánů Pojišťovny tak, že bude nadále zachována jedna Správní rada Pojišťovny a jedna Dozorčí rada Pojišťovny (oproti dosavadním 78 správním radám a dozorčím radám okresních pojišťoven, správní a dozorčí radě Ústřední pojišťovny a Sboru zástupců). V zájmu zachování veřejné kontroly hospodaření Pojišťovny a jejích záměrů v oblasti zabezpečování

zájmů občanů v regionech se však navrhuje ustavit Dozorčí radu jako orgán, složený ze zástupců pojištěnců Pojišťovny, zaměstnavatelů pojištěnců a státu, volených (jmenovaných) na centrální úrovni a zástupců pojištěnců a zaměstnavatelů, volených (jmenovaných) na úrovni regionální. Stěžejní dokumenty (návrh zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a návrh výroční zprávy Pojišťovny) se budou projednávat na společném zasedání Správní rady a Dozorčí rady, rozšířeném o účast ředitele Pojišťovny.

Pro navrhované řešení hovoří jak důvody organizační, tak i ekonomické. Především je pojišťovna ze zákona samostatnou a jednotnou právnickou osobou, oprávněnou nabývat práv a povinností, nést z nich odpovědnost a jednat svým jménem. V zájmu jednotného řízení je tedy logické a jediné správné, aby měla pouze jednu Správní a jednu Dozorčí radu. Dosavadní právní úprava, která zakotvovala existenci 78 správních a 78 dozorčích rad, byla v rozporu s obecně uznávanými principy teorie řízení. Vyvolávala kompetenční spory (ředitelé okresních pojišťoven řídily správní rady okresní pojišťovny a zároveň ředitel Pojišťovny) a bránila bezproblémovému naplnění zákona, který ukládá Pojišťovně jednotnou koncepci zdravotní politiky a jednotný účetní, informační a právní systém.

Popsaný stav však měl i bezprostřední ekonomické dopady. V roce 2002 bylo plánováno na odměny pro členy správní rady a dozorčí rady jedné okresní pojišťovny 260 000 Kč, což znamená při 77 okresních pojišťovnách částku 20 020 000 Kč. K tomu je nutno přičíst finanční prostředky vynaložené okresními pojišťovnami na náhradu výdajů spojených s výkonem funkce členů orgánů okresních pojišťoven a provozní náklady Pojišťovny spojené s přípravou a vlastní činností orgánů. Ponecháním orgánů pouze na úrovni Ústředí dojde k úspoře prostředků v řádu desítek miliónů korun.[6]

2.3 Srovnání hospodaření VZP ČR a zaměstnaneckých pojišťoven

V roce 2002 schodek hospodaření českých zdravotních pojišťoven dosáhl celkem 1,2 miliardy Kč, což představuje meziroční zhoršení o 2,6 miliardy korun. Vyplývá to ze zhodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění, které předložila Ministerstva financí a zdravotnictví vládě na konci roku 2003. Zhoršení bylo podle zprávy ovlivněno tím, že zatímco výdaje systému v roce 2002 vzrostly o 4,8 %, jeho příjmy stouply pouze o 2,8 % (na 136,3 mld. Kč).[13] Přehled celkových příjmů a výdajů všech zdravotních pojišťoven uvádím v následující tabulce č. 5.

Tabulka č 5:

Základní ekonomické ukazatele	Absolutně v mil. Kč	Index (2001 = 100)
Příjmy celkem	136 288	102,8
Výdaje celkem	137 487	104,8
Saldo příjmů a výdajů	- 1 199	x

Zdroj: ÚZIS ČR

V roce 2001 přitom činil rozdíl v neprospěch příjmů jen 0,8 %. K vlivům působícím na nepříznivý stav salda příjmů a výdajů patřil nárůst míry nezaměstnanosti, čímž ubývalo pojištěnců platících zdravotní pojištění z výdělků. Rovněž jednání o hodnotách bodu a výši úhrad zdravotní péče během roku 2002 skončilo dohodovacím řízením na MZ a navýšením hodnoty bodu v rozporu s vlastním ekonomickým zájmem pojišťoven. Pokračovaly problémy s pohledávkami za plátcí pojistného, takže ke konci roku nesplacené pojistné dosáhlo 21 mld. Kč a pojišťovny následně dlužily zdravotnickým zařízením 2,5 mld. Kč.[14]

Hospodaření VZP, u níž je pojištěno zhruba sedm z deseti obyvatel ČR, v roce 2002 skončilo schodkem 614 milionů korun. Vlivem odchodu pojištěnců od VZP dochází každoročně k postupnému snižování rozdílu dosaženého saldem příjmů po přerozdělování a výdaji na zdravotní péči na jednoho pojištěnce mezi VZP a ostatními pojišťovnami. Oproti roku 2001 se výrazně zhoršily i finanční výsledky hospodaření ostatních pojišťoven. V důsledku prudkého nárůstu výdajů na zdravotní péči převýšily u nich výdaje příjmy o 592 milionů Kč. Pouze tři z těchto osmi pojišťoven dosáhly kladného výsledku. Jsou to Hutnická zaměstnanecká pojišťovna, OZP bank, pojišťoven a stavebnictví a Revírní bratrská pojišťovna (viz příloha č. 7).

Přestože pojišťovny nevykázaly závazky po lhůtě splatnosti, některé z nich počítají s vysokými doplatky za úhradu za zdravotní péči. Pohledávky pojišťoven po lhůtě splatnosti zaznamenaly v roce 2002 vysoký nárůst (viz příloha č. 8), který však představuje jen těžko dostupné finanční prostředky.

Podle usnesení vlády ČR ze dne 19.11.2003 budou v roce 2004 určité výše pohledávek zdravotních pojišťoven odkoupeny Českou konsolidační agenturou. Přesné údaje o výši těchto pohledávek viz následující tabulka č. 6.

Tabulka č. 6:

Pojišťovna		Výše odkoupených pohledávek v mil. Kč
111	VZP	2 356
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	119
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	48
207	OZP zaměstnanců bank a pojišťoven	77
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	14
211	ZP Ministerstva vnitra ČR	117
213	Revírní bratrská pojišťovna	71
217	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	103
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	41
	Celkem	2 946

Zdroj: Usnesení vlády ČR ze dne 19.11.2003

V roce 2002 činily náklady VZP ČR na zdravotní péči v přepočtu na jednoho pojištěnce nejvíce ze všech zdravotních pojišťoven, celkem 13 796 Kč, což bylo oproti roku 2001 více o 1 452 Kč, tedy o 12 %. U zaměstnaneckých pojišťoven činily tyto náklady celkem 11 931 Kč, což bylo oproti roku 2001 více o 1 302 Kč, tedy také o 12 % (viz příloha č. 9). Na růstu nákladů se podílely v podstatě všechny segmenty zdravotní péče. Přehled nákladů všech zdravotních pojišťoven dle jednotlivých segmentů péče na 1 pojištěnce uvádím v příloze č. 10. Rozdíl v nákladech na zdravotní péči v přepočtu na 1 pojištěnce mezi VZP a zaměstnaneckými pojišťovnami je způsobem více faktory, z nichž nejvýznamnějším je odlišná věková struktura pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven. Struktura pojištěnců VZP je ve srovnání s ostatními zdravotními pojišťovnami ekonomicky nevýhodnější, tedy finančně náročnější.

Zajímavé srovnání všech zdravotních pojišťoven je také například z hlediska průměrného přepočteného počtu zaměstnanců a počtu pojištěnců na 1 zaměstnance viz příloha č. 11. Počet pojištěnců na 1 zaměstnance má také určitou vypovídací schopnost ve vztahu k hospodaření jednotlivých zdravotních pojišťoven. Nejnižší počet pojištěnců na 1 zaměstnance v roce 2002 vykazuje Vojenská zdravotní pojišťovna, další je VZP a Hutnická zaměstnanecká pojišťovna. Naopak mezi pojišťovny s nejvyšším počtem pojištěnců na 1 zaměstnance patří Česká národní zdravotní pojišťovna, OZP bank, pojišťoven a stavebnictví a Zaměstnanecká

pojišťovna Škoda. Nižší počet pojištěnců na 1 zaměstnance úzce souvisí s tím, že tyto pojišťovny mají rozšířenější síť svých poboček.

Hospodářský výsledek zdravotních pojišťoven ovlivňuje vývoj na straně příjmů. A právě největší částí příjmů zdravotních pojišťoven tvoří vybrané pojistné od pojištěnců. Průměrný počet pojištěnců zdravotních pojišťoven lze porovnat z tabulky (viz příloha č. 12). Celkový počet pojištěnců zdravotních pojišťoven se stále snižuje, což je způsobeno klesajícím počtem nově narozených dětí. Každý rok ubývají pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovně. Naopak ostatní pojišťovny mají stále více pojištěnců kromě České národní zdravotní pojišťovny, které se od roku 2001 snižuje počet pojištěných osob. Tento vývoj průměrného počtu pojištěnců VZP, ZZP a ZP znázorňují grafy (viz příloha č. 13).

2.4 Srovnání postojů občanů ČR ke zdravotním pojišťovnám

Výzkum názorů a postojů občanů ČR v souvislosti se zdravotními pojišťovnami byl zpracován pro potřeby Všeobecné zdravotní pojišťovny. Vlastní terénní šetření bylo uskutečněno v celé České republice v období od 25.11.2002 do 6.12.2002. Výzkum byl koncipován jako sociologický dle projektu a s využitím výzkumných instrumentů, zpracovaných Agenturou INRES – SONES a připomínkovaných kompetentními pracovníky Lékařského informačního centra. Terénní šetření bylo provedeno technikou standardizovaného řízeného rozhovoru tazatele s respondentem. Statické zpracování dat bylo provedeno programem typu SASD (statistická analýza sociálních dat). Zpracován byl 1. stupeň třídění a kontingenční tabulky vybraných ukazatelů 2. stupně třídění. Míra závislosti vybraných znaků byla stanovena na základě chi-kvadrátu a dalších testovacích kritérií, aplikovaných dle charakteru znaků.

2.4.1 Výběr respondentů a charakteristika výběrového souboru

Údaje byly získány od výběrového souboru o velikosti 1 566 jedinců (osloveno bylo ale celkem 2 296 občanů) vybraných náhodným výběrem. Soubor je reprezentativním vzorkem populace České republiky ve věku nad 15 let. Výběrový soubor tvoří z hlediska pohlaví 48,3 % mužů a 51,7 % žen, což odpovídá skladbě populace ČR ve věku od 15 let více. Odchylka od základního souboru nepřesahuje 0,1 %.

Jaké je složení výběrového souboru podle pohlaví a věku je znázorněno v následující tabulce č. 7. A ve srovnání s věkovým členěním základního souboru nepřesahuje odchylka 0,6 %.

Tabulka č. 7:

	MUŽI		ŽENY	
	%	Odchylka	%	Odchylka
15 – 19 let	4,0	0,0	4,0	0,2
20 – 24 let	5,0	0,2	4,9	0,3
25 – 34 let	9,1	-0,4	8,9	-0,2
35 – 44 let	7,9	0,1	8,2	0,5
45 – 54 let	9,0	-0,1	9,2	-0,1
55 – 64 let	6,6	0,1	7,0	-0,1
Nad 65 let	6,5	0,1	9,5	-0,6

Zdroj: Interní dokumenty VZP ČR – Ústřední pojišťovna

K územnímu, resp. regionálnímu zařazení dotazovaných v tabulce č. 8 slouží členění dle nově ustavených krajů ČR, platné od roku 2001. Ve srovnání s členěním základního souboru činí maximální odchylka 0,9 %.

Tabulka č. 8:

Kraj	%	Odchylka
Praha	12,3	0,5
Středočeský	11,3	0,3
Jihočeský	5,2	-0,9
Plzeňský	5,2	-0,2
Karlovarský	3,2	0,2
Ústecký	7,7	-0,3
Liberecký	4,7	0,5
Královéhradecký	5,4	0,0
Pardubický	4,2	-0,7
Vysočina	4,7	-0,3
Jihomoravský	10,7	-0,3
Olomoucký	6,8	0,6
Zlínský	6,2	0,4
Moravskoslezský	12,4	0,1

Zdroj: Interní dokumenty VZP ČR – Ústřední pojišťovna

Z hlediska maximální velikosti odchylek měření od základního souboru lze konstatovat, že výsledky výzkumu jsou reprezentativní pro populaci České republiky nad 15 let z hlediska pohlaví, věku a regionu. A získané údaje je možné použít k popisu a charakteristice základního souboru.

2.4.2 Výsledky výzkumu

Ve výběrovém souboru byli zastoupeni pojištěnci všech zdravotních pojišťoven, které působí na území České republiky. Zdravotní pojišťovna Škoda má omezenou regionální působnost a je zastoupena pouze 6 respondenty. Proto pojištěnci této zdravotní pojišťovny nebyli zahrnuti do podrobnější analýzy a neobjevují se v uvedených tabulkách. Výsledky výzkumu z hlediska příslušnosti respondentů k jednotlivým zdravotním pojišťovnám ukázaly již známé skutečnosti rozdělení občanů mezi zdravotními pojišťovnami působícími v České republice viz tabulka č. 9.

Tabulka č. 9:

Pojišťovna	Počet respondentů	%
Všeobecná zdravotní pojišťovna	941	60,1
Vojenská zdravotní pojišťovna	137	8,7
Hutnická zdravotní pojišťovna	87	5,6
Oborová zdravotní pojišťovna	81	5,2
Zdravotní pojišťovna Škoda	6	0,4
Zdravotní pojišťovna MV ČR	139	8,9
Revírní bratrská pojišťovna	72	4,6
Zdravotní pojišťovna Metal Alliance	46	2,9
Česká národní zdravotní pojišťovna	56	3,6

Zdroj: Interní dokumenty VZP ČR – Ústřední pojišťovna

Jedním ze základních cílů výzkumu bylo zjistit, jaký je vztah občanů ČR ke zdravotním pojišťovnám. Předmětem šetření byla nejen celková spokojenost se zdravotní pojišťovnou, u které jsou registrováni, ale též forma kontaktu se zdravotní pojišťovnou, tendence a důvody ke změně zdravotní pojišťovny.

Z výsledků výzkumů vyplynulo, že u občanů ČR převažuje spokojenost se zdravotními pojišťovnami. Téměř 47 % dotázaných uvedlo, že jsou se svou zdravotní pojišťovnou

spokojeni bez výhrad, dalších cca 33 % zvolilo podmíněnou spokojenost (hodnocení „spíše spokojen“). Nespokojenost v této oblasti (částečnou nebo úplnou) vyjádřilo jen 6 % občanů. Muži i ženy hodnotí činnost zdravotní pojišťovny, u které jsou registrováni, podobně. Podstatnější rozdíly nebyly shledány ani v případě věku.

Statisticky významnější rozdíly byly zjištěny v hodnocení z hlediska příslušnosti k jednotlivým zdravotním pojišťovnám. Nejvyšší míru spokojenosti vyjádřili pojištěnci Vojenské zdravotní pojišťovny, Oborové zdravotní pojišťovny a Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR, nejnižší naopak pojištěnci Všeobecné zdravotní pojišťovny viz tabulka č. 10 (údaje jsou uvedeny v %).

Tabulka č. 10:

Pojišťovna	111	201	205	207	211	213	217	222
Spokojen	39,7	62,0	33,3	65,4	67,6	50,0	63,0	51,8
Spíše spokojen	34,1	30,7	47,1	22,2	25,9	30,6	23,9	26,8
Spíše nespokojen	7,5	0,7	4,6	0,0	2,2	2,8	0,0	1,8
Zcela nespokojen	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0
Nemohu posoudit	17,4	6,6	14,9	12,3	4,3	16,7	10,9	19,6

Legenda: 111 – Všeobecná zdravotní pojišťovna; 201 – Vojenská zdravotní pojišťovna; 205 – Hutnická zdravotní pojišťovna; 207 – Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví; 211 – Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR; 213 – Revírní bratrská pojišťovna; 217 – Zdravotní pojišťovna Metal Aliance; 222 – Česká národní zdravotní pojišťovna

Zdroj: Interní dokumenty VZP ČR – Ústřední pojišťovna

Postoj ke zdravotní pojišťovně bývá nejvýznamnější měrou ovlivněn osobní zkušeností jejího klienta. Ta se převážně vytváří prostřednictvím kontaktů se zdravotní pojišťovnou. Proto bylo v rámci výzkumu sledováno, zda respondent byl v posledním období v kontaktu se svou zdravotní pojišťovnou a jaká byla forma tohoto kontaktu. Převážná většina občanů (více než 3/4) uvedla, že v posledním půlroce nebyli v žádném kontaktu se svou zdravotní pojišťovnou. Formy kontaktů se zdravotními pojišťovnami podle příslušnosti respondentů ke zdravotní pojišťovně (v %) přehledně zobrazuje tabulka č. 11.

Tabulka č. 11:

Pojišťovna	111	201	205	207	211	213	217	222
Osobní návštěva	10,2	14,6	25,3	17,3	16,5	37,5	26,1	14,3
Písemný kontakt	2,4	10,9	3,4	11,1	7,2	2,8	0,0	3,6
Kontakt e-mailem	0,0	0,7	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,0
Kontakt telefonem	3,6	5,8	5,7	2,5	6,5	1,4	8,7	3,6
Žádný kontakt	83,8	67,9	65,5	69,1	69,1	58,3	65,2	78,6

Zdroj: Interní dokumenty VZP ČR – Ústřední pojišťovna

Podrobnější analýza ukazuje statisticky významné odchylky u klientů Všeobecné zdravotní pojišťovny. Ti jsou méně častěji v kontaktu se svou pojišťovnou, než klienti ostatních zaměstnaneckých pojišťoven. Méně čtený je především osobní a písemný kontakt.

Dalším sledovaným znakem tohoto výzkumu byla tendence ke změně zdravotní pojišťovny a její důvody. Z analýzy odpovědí respondentů vyplývá, že 91,7 % pojištěnců je u svých zdravotních pojišťoven stabilizováno. Velká většina z nich o změně zdravotní pojišťovny vůbec neuvažuje (71,4 %) nebo se v blízké době k její změně nechystá (20,3 %). O změně uvažují případně ji v blízké době chystají cca 3 % klientů. Zbývající (4,9 %) uvádějí, že o změně uvažují jen někdy. V případě věku se jako nejvíce stabilizovaná jeví nejstarší věková skupina lidí nad 65 let, která o změně zdravotní pojišťovny vůbec neuvažuje. Podrobnější analýza odpovědí respondentů dle jejich příslušnosti ke zdravotní pojišťovně (viz tabulka č. 12) ukázala zajímavé skutečnosti. Nejvíce stabilizované pojištěnce má Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví. Její klienti o změně pojišťovny v převážné většině vůbec neuvažují. Naopak mezi nejméně stabilizované patří klienti Všeobecné zdravotní pojišťovny a České národní zdravotní pojišťovny.

Tabulka č. 12:

Pojišťovna	111	201	205	207	211	213	217	222
Vůbec ne	68,5	74,6	67,9	87,5	78,5	75,4	80,0	68,5
V blízké době ne	20,5	23,1	28,6	11,3	16,3	21,7	13,3	22,2
Někdy ano	6,9	0,7	1,2	0,0	1,5	1,4	4,4	5,6
Ano, ale ne ihned	1,5	0,7	1,2	1,3	2,2	0,0	0,0	3,7
Ano, ihned	2,5	0,7	1,2	0,0	1,5	1,4	2,2	0,0

Zdroj: Interní dokumenty VZP ČR – Ústřední pojišťovna

Z těch respondentů, kteří uvedli, že uvažují nebo se chystají změnit zdravotní pojišťovnu jich největší část (39,4 %) jako důvod uvádí nevyhovující služby. Poměrně často je jako důvod uváděn rovněž fakt, že pojišťovna poskytuje málo nadstandardních služeb (32,7 %). Mezi ostatní důvody patří například neprůhledné financování (13,5 %), neposkytování výpisů (8,7 %) a fakt, že pojišťovna nemá smlouvu s některým z lékařů (5,8 %).[15]

2.5 Konkrétní dopady vstupu do Evropské unie na české zdravotní pojišťovny

Česká republika se stala 1. května 2004 řádným členem Evropské unie. Znamená to, že od této chvíle budou mít za splnění určitých podmínek nárok na zdravotní péči v České republice pojištěnci z cca 27 evropských zemí, což je téměř půl miliardy osob. Stejný nárok za určitých podmínek pak získá deset milionů českých pojištěnců při pobytu v některém z členských států Evropské unie.

Vstup do EU znamená pro české zdravotní pojišťovny jak obrovský nárůst nové agendy, tak velké zatížení provozního fondu, ale především základního fondu veřejného zdravotního pojištění. Řada nových povinností dopadne také na česká zdravotnická zařízení. Provozní fondy českých zdravotních pojišťoven se pohybují od 3,4 do 4 % (očekávaná skutečnost v roce 2002 viz tabulka č. 13), přičemž v zemích EU jsou často více než 2 x vyšší. Přehled provozních nákladů (provozní náklady jako procento příjmů) největších evropských zdravotních pojišťoven uvádím v tabulce č. 14.[16]

Tabulka č. 13:

Pojišťovna	v tis. Kč	v %
Všeobecná zdravotní pojišťovna	3 403 700	3,56
Vojenská zdravotní pojišťovna	294 815	3,97
Hutnická zdravotní pojišťovna	154 510	3,98
OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	239 014	3,97
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	62 431	4,00
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra	407 000	3,95
Revírní bratrská pojišťovna	129 451	3,98
Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance	122 000	3,99
Česká národní zdravotní pojišťovna	142 512	3,98
Celkem	4 955 433	x

Zdroj: Michl, J., Pšenička, J., Euro, 1, 2003, s. 22

Tabulka č. 14:

Pojišťovna	Země	Veřejné ZP	Soukromé ZP	Celkem
GKV	Německo	4,9 %		
AOK*	Německo	5,2 %		
DKV	Německo		15,3 %	
Vereinte	Německo		12,8 %	
Achmea Zorg	Holandsko			8,6 %
VGZ	Holandsko			11,8 %
Helsana	Švýcarsko	5,5 %	20,2 %	
CSS	Švýcarsko	6,0 %	17,0 %	
Concordia	Švýcarsko	5,8 %	13,8 %	
Mutualites*	Belgie			8,0 %

* Celý systém veřejného zdravotního pojištění

Zdroj: Informace pro tisk. [online]. [cit. 2003-11-11]. Dostupné z: <http://www.op9.vzp.cz/pravidla/normy2003/ost2003/hl_ud_12092003.htm>

Oblast poskytování zdravotní péče je v EU upravena dvěma základními nařízeními – 1408/71 EHS a 574/72 EHS. Tato nařízení budou po vstupu do EU platná a účinná pro všechny dotčené subjekty a mají přednost před českými zákony. To znamená, že i česká zdravotnická zařízení zařazená do systému veřejného zdravotního pojištění, tedy zařízení, která mají smlouvu s některou zdravotní pojišťovnou, budou muset postupovat v souladu s nimi. Základním smyslem nařízení je zachovat práva na sociální dávky, mezi které je v rámci Evropské unie zařazena i zdravotní péče (věcné dávky), migrujícím pracovníkům a jejich rodinám a umožnit tím volný pohyb osob po zemích EU.

Nařízení rozlišují jednotlivé kategorie osob, které se liší jak co do rozsahu nároku na zdravotní péči, tak i co do způsobu administrace uplatnění nároku. Zdravotnická zařízení se mohou setkat s občany Evropské unie, kteří se prokáží registrací u některé z českých zdravotních pojišťoven. Ty je vybaví příslušným potvrzením s uvedením rozsahu péče, která může být zdravotní pojišťovnou zdravotnickému zařízení uhrazena. Občané zemí Evropské unie však musí mít zabezpečen přístup ke zdravotní péči i bez předchozí registrace u některé ze zdravotních pojišťoven. V takovém případě se prokáží příslušným formulářem (v rámci Evropské unie se používají jednotné formuláře) své zdravotní pojišťovny v domovském státě

a zdravotnické zařízení jim nabídne na výběr, kterou českou zdravotní pojišťovnu si vyberou jako tzv. „výpomocnou instituci“.

Občané Evropské unie mají nárok na zdravotní péči za stejných podmínek a ve stejných cenách jako čeští pojištěnci. Pouze rozsah péče, tedy zda jde o péči nutnou a neodkladnou, veškerou nutnou péči či plnou péči v rozsahu zákona o veřejném zdravotním pojištění, bude vyplývat z kategorie pojištěnce a příslušeného formuláře.

Vstup do Evropské unie znamená pro zdravotní pojišťovny i pro poskytovatele nárůst nových úkolů. Zdravotní pojišťovny, ve snaze zvládnout tyto úkoly, založily Centrum mezistátních úhrad. Toto centrum mimo zpracování současné problematiky mezinárodních smluv spolupracuje s pojišťovnami na přípravě vstupu do Evropské unie.[17]

2.6 Prodlení VZP ČR s platbou za zdravotní péči v porovnání s evropským průměrem

V poslední době se stále častěji dostávají zdravotní pojišťovny do prodlení s úhradou zdravotní péče. Stále častěji se také objevují rady různých odborníků a nátlakových skupin, jak mají zdravotnická zařízení postupovat při řešení takto vzniklé situace. Většina doporučení vyzývá k uplatňování úroku z prodlení za pozdní úhradu zdravotní péče a některá doporučení vidí řešení ve vypovězení smluv tzv. „nesolventním“ pojišťovnám.

Základní příčinou tohoto negativního vývoje je dlouhodobý záporný rozdíl mezi příjmy a náklady – jinak řečeno výdaje VZP ČR za zdravotní péči poskytnutou zdravotnickými zařízeními dlouhodobě převyšují příjmy z výběru pojistného.

Rozhodující položku příjmů tvoří výběr pojistného od zaměstnanců a zaměstnavatelů (77 %). Ten je dán úrovní příjmů, procentem odvodu a disciplinou, respektive schopností plátce pojistné hradit. Druhou významnou položku příjmů činí platba pojistného od státu za pojištěnce, za které pojistné hradí stát (23 %, z toho 10 % tvoří přerozdělení). Stát v roce 2002 hradil za svého pojištěnce 476 Kč měsíčně, oproti průměrné platbě za zaměstnance, která činila 1936 Kč měsíčně.

Na straně výdajů hlavní část tvoří úhrady věcných dávek zdravotní péče (97 %). Jejich objem je odvislý od výše cen (sazeb) za zdravotní péči a od velikosti sítě poskytovatelů zdravotní péče. Výše cen je v případě dohody stanovena dohodovacím řízením, v případě nedohody ji

stanovuje stát. Bohužel již poněkolkáté za sebou nedošlo k dohodě v segmentech lůžkové péče a stát stanovil výši úhrad nad finanční možnost VZP ČR.

Druhým důvodem pozdních úhrad je skutečnost, že jsou vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 457/2000 Sb., kterou se vydávají rámcové smlouvy, stanoveny příliš krátké 20denní lhůty splatnosti, které neodpovídají ekonomické realitě systému veřejného zdravotního pojištění. Na tuto skutečnost marně VZP ČR a ostatní zdravotní pojišťovny upozorňovaly již v průběhu dohodovacího řízení k rámcové smlouvě, kdy navrhovaly 30denní lhůty splatnosti.

V souvislosti s pozdními platbami je vhodné se podívat, jak si s úhradami faktur stojí Evropa. Podle údajů České podnikatelské reprezentace při EU v Bruselu nejsou pozdní úhrady faktur výhradním problémem transformujících se východoevropských ekonomik. V zemích EU jsou jich ve větší míře ušetřeni jen ve Skandinávii. Dohodnutá splatnost faktur se pohybuje mezi 20-30 dny a naměřené zpoždění plateb dosahuje v průměru 32 dní. Srovnání se severem Evropy snese už jen SRN, Rakousko a Švýcarsko, kde je průměrné prodlení 36 dní. Západoevropský průměr prodlení však činí už 52 dní, a to zásluhou zemí jižní Evropy, kde je běžné čekat na zaplacení faktury třeba půl roku. V Řecku je běžná smluvní splatnost 75 dní a průměrné zpoždění dalších 94 dní. Situace v Portugalsku a Itálii je jen nepatrně lepší a zřetelně nad průměrem EU drží pozdní platiči i Španělsko a Belgie, kde se na platbu čeká průměrně 61 den po lhůtě splatnosti. Z uvedeného přehledu je patrné, že VZP ČR při splatnosti 20 dnů a průměrném prodlení 30 dnů v roce nevybočuje z evropského průměru a zdá se, že je na tom obdobně jako skandinávské země a nejbližší sousedé SRN a Rakousko.

Evropská unie se rozhodla řešit neúnosnou situaci zejména na jihu Evropy a pokusila se udělat maximum pro to, aby platební kulturu EU přiblížila skandinávským poměrům. Po obsáhlých diskusích byla přijata Směrnice 2000/35/ES – o boji proti pozdním platbám v obchodních vztazích, která stanovuje i problematiku splatnosti faktur v EU. Podle této Směrnice je normální doba splatnosti faktury 30 dní. Výjimečně si charakter zboží nebo smluvního vztahu může vynutit splatnost delší, maximálně však 60denní. V této lhůtě je prodlení tolerováno a po jejím překročení následují poměrně citelné sankce.³

³ Kessner Miroslav, Zpravodaj VZP ČR, 5, 2003, s. 3

3. Alternativy financování zdravotní péče

Zdravotnictví jako ucelený specifický společenský systém vznikalo podobně jako ostatní společenské systémy v průběhu historického vývoje z potřeb denního života. V podstatě až do konce druhé světové války v západní ani střední Evropě neexistoval ucelený zdravotnický makrosystém a nikdo nedefinoval strategické cíle v oblasti zdraví. V jednotlivých zemích existovaly různé pojišťovací systémy, existovala i různá opatření státu i obcí, ty však neřešily komplexně otázky týkající se péče o zdraví. Především důsledky druhé světové války vedly k tomu, že vedle pestré směsi různých zdravotnických, přirozeným vývojem vzniklých „mikrosystémů“ začaly v jednotlivých zemích vznikat různé zdravotnické makrosystémy, které byly odezvou na nově vzniklé zdravotní potřeby. Při vytváření těchto makrosystémů sehrálo svoji úlohu mnoho činitelů: důsledky druhé světové války na zdravotní stav obyvatel, rozvoj medicínských věd, změny socioekonomického prostředí, vlivy ideologické a politické, kulturní vývoj, vědecko-technický pokrok atp. Z těchto často protikladně působících vlivů a tendencí vznikly v poválečném období v ekonomicky vyspělých zemích 4 základní typy zdravotnických systémů, které s výjimkou socialistického modelu existují dodnes.

Jádro každého zdravotnického systému na úrovni státu v současné době tvoří tyto činitele:

1. Strategické cíle státu v oblasti ochrany zdraví a rozvíjení zdraví (zdravotní politika státu).
2. Způsob zajištění dostupnosti základní zdravotnické péče pro občany.
3. Způsob financování zdravotní péče.
4. Řešení vztahů mezi různými účastníky procesu poskytování zdravotní péče (občany, poskytovateli péče, správními a samosprávnými institucemi, plátcí).
5. Podíl účasti státu a jeho orgánů na vlastnictví a řízení zdravotnických zařízení.

To jsou hlavní kritéria, která mohou sloužit jako metodický základ typologie zdravotnických systémů. Různí odborníci se shodují více méně v tom, že zatím neexistuje ideální zdravotnický systém, který by vyhovoval všem kritériím optimálnosti.

Základní modely současných zdravotnických systémů, jejich výhody a nevýhody jsou uvedeny v následující tabulce č. 15.⁴

⁴ Gladkij, Ivan a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno, 2003.

Tabulka č. 15:

Typ zdravotnického systému	Výhody	Nedostatky
Smíšený systém s převahou liberalistických prvků (USA)	1. Velký výběr kvalitních služeb 2. Podporuje rozvoj medicínských technologií 3. Podporuje soutěživost mezi zdravotnickými zařízeními	1. Nízká dostupnost kvalitní péče pro nemajetné nebo málo zámožné občany 2. Vysoký podíl nákladů na administrativu 3. Nedostatečná preventivní péče 4. Nedostatečná návaznost péče 5. Péče je drahá (nákladná)
Systém založený na povinném zdravotním pojištění (Převážná část západoevropských zemí)	1. Vysoká dostupnost základní zdrav. péče pro všechny obyvatele 2. Dostatečně pestrá nabídka zdrav. služeb 3. Vyhovující síť zdrav. zařízení 4. Celkem vyhovující návaznost služeb 5. Podpora primární péče 6. Přiměřené náklady	1. Část prostředků spotřebovávají pojišťovny pro svou činnost 2. Důraz kladen na preventivní péči 3. Pojišťovny se občas dostávají do finančních potíží; je tendence řešit problémy na vrub klientů a provozovatelů 4. Administrativní těžkopádnost
Národní zdravotní služba (Spojené Království)	1. Obecná dostupnost 2. Dostatečná nabídka služeb 3. Přiměřená pozornost prevenci 4. Dobře řešená návaznost služeb 5. Nízké náklady na zdrav. služby 6. Dobře koordinované zájmy účastníků péče	1. Nedostatek prostředků na investování 2. Problémy s financováním v době ekonomické recese 3. Dlouhé čekací doby na neurgentní velké operace 4. Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví 5. Podpora nesoutěživého klimatu
Socialistický model (Rezidua v některých zemích bývalého SSSR, Kuba)	1. Všeobecná dostupnost péče 2. Pozornost věnována prevenci 3. Návaznost péče 4. Racionálně zvolená síť zdravotnických zařízení	1. Nízká výkonnost systému 2. Chronický nedostatek prostředků 3. Ekonomické brzdy technického rozvoje 4. Nedostatečná motivace obyvatel k péči o vlastní zdraví 5. Zcela nesoutěživé prostředí 6. Nízké ekonomické ohodnocení práce lékařů a pracovníků resortu

Při posuzování předností a nedostatků jednotlivých systémů jsou uvedeny jejich vlastnosti vyplývající z podstaty charakteru jednotlivých typů. Je třeba upozornit, že každý základní typ zdravotnického systému má v reálné podobě mnoho modifikací.

V průběhu posledních dvaceti let 20. století došlo prakticky ve všech zemích k významným reformám zdravotnických systémů. Reformy jsou převážně zaměřeny k těmto cílům:

- a) k zvýšení dostupnosti základní zdravotní péče pro obyvatelstvo;
- b) k zvýšení výkonnosti zdravotnického systému;
- c) k posilování odpovědnosti jednotlivých občanů za vlastní zdraví;
- d) k zadržování tempa růstu výdajů na zdravotní péči;
- e) k zvyšování kvality zdravotní péče.

Bez ohledu na typ zdravotnického systému, významnou úlohu v reformách hraje stát a jeho orgány, v řadě zemí se posiluje regulační úloha státních orgánů. Pro splnění daných cílů se používá řady nástrojů, počínaje tzv. modely „řízené péče“ a konče zaváděním různých limitů. Regulace se týká zavádění nových technologií (léků), způsobu a výše úhrad poskytovatelům, zvyšováním podílu občanů na hrazení služeb, zavádění standardních diagnostických a léčebných postupů, licenčního řízení i organizace zdravotnických služeb. Často se tato opatření neobejdou bez konfliktu mezi jednotlivými účastníky zdravotní péče, ale ve většině zemí přinesla konkrétní výsledky.[18]

Z ekonomického pohledu lze říci, že základní problém v řízení nákladů ve zdravotnictví, který je obecně platný ve všech státech, spočívá v existenci asymetrické informace a morálního hazardu, jež komplikují dosažení ekonomicky efektivního řešení.

Problematika informační asymetrie vyplývá z nedostatku informací odbornosti pro jejich zpracování, aby uživatel péče mohl vyhodnotit rozsah výkonů potřebných pro dosažení požadovaného stavu. Dokud je mu nabízena a pojišťovna ji hradí, péči neodmítá. Existence asymetrické informace vyvolává další problémy, nazývané morální hazard a nepříznivý výběr.[19]

Morální hazard je definován jako činnost jednoho ekonomického subjektu (informovaného), který při maximalizaci svého užitku snižuje užitek ostatních (neinformovaných) účastníků. Za tuto činnost nenese zpravidla plné následky, protože toto jeho působení není perfektně

pozorovatelné a ověřitelné.⁵ Pro morální hazard platí, že na straně poptávky je tendence konzumovat více zdravotní péče, než by odpovídalo reálné potřebě v případě, že pacient hradí plné mezní náklady. Obzvláště platné v České republice, kde spoluúčast pacienta je minimální. A na straně nabídky budou lékaři i zdravotnická zařízení poskytovat nebo alespoň pro potřeby úhrady vykazovat poskytování většího objemu zdravotních výkonů, než je z čistě medicínského hlediska potřebné. Poskytovatel zdravotní péče má konflikt zájmů. Na jedné straně by měl vyhodnotit, jaký objem péče je potřebný, na straně druhé je placen za odvedené výkony. Ty bývají často zbytečné a při laxní kontrole i fiktivní.[19]

Nepříznivý výběr je proces, který vede k tomu, že na trhu vystupují spíše „méně žádoucí“ subjekty než ostatní. Asymetrické informace vede ve svých konečných důsledcích k vytěšňování kvalitnějšího zboží z trhu zbožím méně kvalitním. V pojišťovnictví se nepříznivý výběr projevuje v tendenci výskytu méně příznivých charakteristik u pojištěnců ve srovnání s nepojištěným obyvatelstvem. Například nekuřáci vědí, že jejich míry nemocnosti a úmrtnosti jsou nižší než průměrné míry kuřáků, a tak vlastně částečně kuřáky dotují. Vyhledávají proto pojištění méně než kuřáci, tzn. že pojištění vyhledávají lidé s vyšší průměrnou mírou nemocnosti a úmrtnosti.[20]

Nyní se zaměřím na to, jak jsou základní varianty organizace a financování uplatňovány v praxi. První typ je tržní (pluralitní) zdravotnictví s významným zastoupením komerčních zdravotních pojišťoven a různými formami přímých plateb. Jediným představitelem tohoto modelu, v němž je důraz položen na individuální odpovědnost jedinců a ne na široce pojatou solidaritu, jsou dnes Spojené státy americké. Druhou variantou je Národní zdravotní pojištění uplatňované v SRN, Francii, Rakousku, ČR. A třetím typem financování zdravotní péče je Národní zdravotní služba (státní zdravotnictví), která je charakteristická pro Velkou Británii, Kanadu a země severní a jižní Evropy. V tomto případě je zdravotní péče financována prostřednictvím daní a veřejných rozpočtů.[21]

3.1 Financování zdravotní péče v USA

Zdravotnictví v USA je založeno na prioritě individuální svobody a odpovědnosti. Zdravotní péče je financována z veřejných zdrojů (přes systém daní), ale hlavně soukromými pojišťovnami ziskového i neziskového charakteru. Nemalou část zaujímají přímé platby.

⁵ Soukupová, J. a kolektiv: Mikroekonomie. 3. vyd. Praha, 2002.

Zdroje financování zdravotní péče v USA (v % celkových výdajů na zdravotnictví) uvádím v tabulce č. 16.[22]

Tabulka č. 16:

	r. 2000 - 2001
Celkové výdaje na zdravotnictví (jako % HDP)	13,0
Veřejné výdaje	44,3 %
Soukromé výdaje	55,7 %

Zdroj: Gladkij, I. a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno, 2003.

Objem veřejných výdajů činí zhruba 42 % celkových výdajů na zdravotní péči. Jedná se především o federální programy Medicare a Medicaid, které zabezpečují péči o starší populaci, resp. o sociálně slabé.

Soukromé pojištění využívá ho okolo 74 % populace, z čehož 61 % se účastní zaměstnaneckého zdravotního pojištění. Tento typ pojištění je dobrovolný pro zaměstnavatele i pro zaměstnance, je však podporován daňovou politikou. Zaměstnavatel pak hradí péči pro své zaměstnance buď přes nějakou ze soukromých pojišťoven, nebo přímou úhradou smluvnímu zdravotnickému zařízení. Pojistné je zpravidla vypočítáváno na základě skupinového rizika. 13 % populace si platí pojistné vypočítané podle individuálního rizika a rozsahu sjednaných služeb u některé ze soukromých komerčních pojišťoven.

Zbýlá procenta z celkových výdajů na zdravotnictví tvoří různé formy přímých plateb v momentu spotřeby.

Část populace je z objektivních důvodů nepojištěna. Jedná se o zaměstnance ze sektoru služeb a jejich rodinné příslušníky, kde zaměstnavatelé zaměstnanecké pojištění obvykle nenabízejí. Komerční pojišťovny jim často vypočítávají pojistné sazby (pro komplexní zdravotní péči), které přesahují jejich ekonomické možnosti. Neocitnou se sice úplně bez zdravotní péče, dostává se jim však méně a hůře koordinovaných služeb. Zdravotní péči jim obvykle poskytují veřejné kliniky a nemocnice, nebo soukromí poskytovatelé, kteří buď získávají prostředky přes charitu, nebo přesunují náklady na ostatní své pacienty.

Součástí reformy amerického zdravotnictví jsou různé formy řízené péče. Jedná se o snahu integrovat financování a poskytování zdravotní péče za účelem účinnější kontroly nákladů.

Americké zdravotnictví je velmi finančně náročné. Podíl HDP na hlavu se v 2. polovině 90. let pohyboval okolo 14 %. Americká ekonomika přitom patří mezi země s nejvyšším HDP na hlavu. Na vysokých nákladech se významným způsobem podílí velmi rychlé zavádění nových technologií. Výdaje na zdravotní péči v USA v posledních letech rostou dvouciferným tempem ročně, pojišťovny jsou však schopny zvyšovat zisk, protože zvyšují předepsané pojistné.[23]

3.2 Financování zdravotní péče v Německu

Financování zdravotnictví v Německu se od roku 1883 řídí pravidly Národního zdravotního pojištění, jehož základy byly položeny kancléřem Bismarckem. Zdroje financování zdravotní péče v Německu (v % celkových výdajů na zdravotnictví) jsou uvedeny v tabulce č. 17.[22] V současnosti jsou v Německu dvě možnosti pojištění. Systém zdravotní péče je založen na povinném nemocenském pojištění a pro nemocenské pojišťovny se používá termín Nemocenské pokladny. Nyní je zákonným pojištěním kryto asi 88 % populace. Pojistné je stanoveno procentem z platu (pohybuje se mezi 12 – 13 % z hrubého platu), kde stejný díl platí zaměstnanec i zaměstnavatel. Druhou možností je soukromé pojištění, kterým je kryto asi 10 % populace. A přibližně 2 % populace jsou státní zaměstnanci, jejichž péče je hrazena z veřejných rozpočtů a méně než 0,5 % populace nemá žádné krytí (ilegální migranti, bezdomovci). Pokud nemocenské pokladny nevyjdou se svými prostředky, musí upravovat výši pojistného. Ambulantní lékaři jsou placeni za své výkony. Množství své práce vykazují v bodech. Léky jsou hrazeny pojišťovnou, pokud jsou uvedeny na pozitivním listě pojišťovny, u léků je zavedena spoluúčast pacienta.[18]

Tabulka č. 17:

	r. 2000 - 2001
Celkové výdaje na zdravotnictví (jako % HDP)	8,7
Veřejné výdaje	75,1 %
Soukromé výdaje	24,9 %

Zdroj: Gladkij, Ivan a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno, 2003.

3.3 Financování zdravotní péče ve Velké Británii

Financování zdravotnictví ve Velké Británii se od roku 1948 uskutečňuje na základě Národní zdravotní služby (NHS), kdy NHS byla vytvořena pro zajištění komplexní zdravotní péče pro

celou populaci, původně zcela bez přímých plateb. Dnes přímé platby a sektor soukromého pojištění plní určitou doplňkovou úlohu. Celkovou odpovědnost za financování a organizování zdravotní péče však nese stát a zdravotní péče je financována ze státního rozpočtu, tedy z daní. Zdroje financování zdravotní péče ve Velké Británii (v % celkových výdajů na zdravotnictví) ukazuje následující tabulka č. 18.[22]

Tabulka č. 18:

	r. 2000 - 2001
Celkové výdaje na zdravotnictví (jako % HDP)	7,3
Veřejné výdaje	81,0 %
Soukromé výdaje	19,0 %

Zdroj: Gladkij, Ivan a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno, 2003.

V rámci NHS je hrazeno 85,4 % všech výdajů na zdravotnictví, zbylých 14,6 % tvoří soukromé prostředky, ať už platby za volně prodejné léky nebo soukromé pojistky. Prostředky NHS jsou z 81 % tvořeny všeobecnými daněmi (na centrální úrovni), z 15 % národním pojištěním a 4 % tvoří platby pacientů, zdravotních správ apod.

Převážně obyvatelé s vysokými příjmy a samostatně výdělečné osoby uzavírají soukromé pojištění, které kryje právě oblasti vyžadující přímou finanční účast pacienta. Toto pojištění provádějí především neziskové zdravotní pojišťovny, které poskytují skupinové pojištění s pojistným vypočítaným na základě skupinového rizika i individuální pojištění s pojistným vypočítaným podle individuálního rizika (věku, pohlaví, apod.).

Soukromé zdravotnictví je malý, ale progresivní sektor. V rámci NHS je hrazena péče všem britským občanům a péče v nemocnicích je bez poplatků (až na určité zákonem stanovené výjimky). Základem odměňování praktických lékařů je kapitální poplatek za registrovaného pacienta. Kapitální platba tvoří asi 60 % příjmu, 40 % příjmu dostává lékař za výkony. Za léky na recept platí pacient pevnou taxu. Nemocnice jsou financovány podle rozpočtů vytvořených na základě předchozích období. O investicích rozhodují Zdravotní správy. Hlavním problémem britského zdravotnictví jsou čekací seznamy, tj. situace, kdy pacienti čekají na léčbu v rámci NHS 12 a více měsíců.[24]

3.4 Historický přehled financování zdravotnictví v České republice

V druhé polovině 19. století se rozpor mezi pokrokem v medicíně a jeho finanční náročností stal významným sociálním problémem. Jako první se o jeho řešení pokusili v Německu, kdy roku 1883 zavedli povinné zdravotní pojištění pro horníky a námezdně pracující. Podle německého vzoru pak bylo v roce 1888 zavedeno povinné nemocenské pojištění pro průmyslové dělníky v Rakousko-Uherské monarchii, jejíž součástí byla i ČR. Ke konci roku 1918 působilo na našem území okolo 2 000 nemocenských pojišťoven.

3.4.1 Období 1. republiky

Zdravotnictví bylo v letech 1918-1945 financováno z rozpočtu Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělovýchovy a přes systém zdravotních pojišťoven (také nazývaných nemocenské pokladny). V roce 1930 působilo na území tehdejšího Československa několik typů pojišťoven. Nemocenského pojištění se přímo účastnilo 3 513 000 osob z celkového počtu 14 726 158 obyvatel prvorepublikového Československa. Mimo okruh povinného nemocenského pojištění zůstaly osoby samostatně výdělečně činné. Chudým ošetření poskytovali obecní a obvodní lékaři za pomoci obcí. Nezaměstnaným, poskytovaly lékařskou péči komitety pro léčebnou péči o nezaměstnané.

Nerovnoměrně bylo pojištění rozšířeno ve městech a na venkově. Ve městech bylo pojištěno téměř 70 % obyvatel, na venkově se díky rozšířenému zemědělství pohyboval tento počet hluboko pod 50 %.

Výši nemocenského pojištění, pokud nepřesahovala 5,5 % středního výdělku, stanovovala sama pojišťovna, přičemž její rozhodnutí podléhalo schválení Ústřední sociální pojišťovny. Jestliže 5,5 % pojistné nepostačovalo na úhradu všech pojistných dávek, stanovila výši pojistného Ústřední sociální pojišťovna.

Většina pojišťoven zajišťovala vedle péče praktického lékaře i péči specializovanou. Často bylo poskytování péče odbornými lékaři ovlivněno délkou členství u nemocenské pojišťovny nebo podmíněno určitými příplatky.

Lékaři byli honorováni několika způsoby. První možností byla platba za výkon, tedy platba za jednotlivé organizace a návštěvy. Jinými možnostmi byly platba za případ onemocnění, paušální platba za hlavu a rok, nebo roční či měsíční paušál.

V roce 1925 působilo v Československu 471 nemocenských pojišťoven, do roku 1936 jich už bylo méně než 300. Ústřední sociální pojišťovna (ÚSP) byla dozorčím úřadem nad nemocenskými pojišťovnami. Od nemocenských pojišťoven mohla požadovat potřebné knihy a listiny, zároveň byly pojišťovny povinny předkládat ÚSP podrobné zprávy o své činnosti.

3.4.2 Poválečné období

V roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému. Jeho správu převzala Ústřední národní pojišťovna se systémem okresních národních pojišťoven. Pojišťovna získávala příspěvky od pojištěnců a od zaměstnavatelů, hradila zdravotní péči ve stanoveném rozsahu a poskytovala prostředky na investice. Ti, kdo nebyli pojištěni, byli léčeni za úhradu. Zestátněny byly nemocnice a léčebné ústavy. Znárodněny byly lázně, zřídla, zdravotnický průmysl i distribuce léčiv.

3.4.3 Socialistické zdravotnictví

Od roku 1951 byl zaváděn sovětský model zdravotnictví. K 1.1.1951 přešly zdravotnické služby pod Ministerstvo zdravotnictví, výjimkou byla pouze péče o ozbrojené složky a zdravotnické školství. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena, finanční zabezpečení převzal státní rozpočet. Prostředky ze státního rozpočtu přidělovalo MZ krajským a okresním národním výborům (KNV, ONV). Zdravotní péče byla financována pouze z daní bez přímých úhrad.

Základním článkem sítě zdravotnických služeb byl zdravotnický obvod, v jehož rámci byla poskytována základní zdravotní a stomatologická péče. Vznikly krajské a okresní ústavy národního zdraví (KÚNZ, OÚNZ), které zabezpečovaly poskytování další péče.

Byla vytvořena hierarchická struktura, kde financování a plánování probíhalo po linii Ministerstvo financí → KNV → ONV a odborné řízení a vzdělávání sledovalo linii Ministerstvo zdravotnictví → KÚNZ → OÚNZ. V roce 1958 přešla agenda přesunu prostředků ze zdravotnického odboru do odboru finančního. Odbor zdravotní se k výši a rozdělení rozpočtu mohl od této chvíle vyjadřovat pouze z hlediska odborně zdravotnického. Důsledkem této změny však byla neekonomičnost zacházení se zdroji a nepružné reakce na potřeby obyvatelstva.

V 70. a 80. letech se zdravotnictví potýkalo s nedostatkem financí. Důsledkem toho bylo zaostávání technologického vybavení. Centralizace a ovlivňování zdravotnictví

komunistickou stranou vedly k nízké efektivitě a plýtvání zdroji. Přispěly zároveň k nárůstu šedé ekonomiky a úplatkářství (odhady hovoří o 10 %).

3.4.4 Reformy 90. let

Po politické změně v roce 1989 začala pracovat skupina expertů pod patronací MZ na návrhu nového systému zdravotní péče, který vláda koncem roku 1990 schválila. Návrh měl být součástí celospolečenské strategie obnovy a podpory zdraví.

Jak se reformy dále vyvíjely, bylo ovlivněno třemi skutečnostmi. Nový systém musel být konzistentní s evropským pojetím péče o zdraví populace (právo na zdraví zajišťované na principu sociální solidarity). Velký vliv sehrál i prvorepublikový ideál zdravotního pojištění, jako snaha o návrat k tomu, co už tu jednou bylo a fungovalo. Třetí za to však nejvýznamnější determinantou, bylo politické klima v zemi, tj. pravicové vlády, okouzlení konkurencí a odpor vůči jakékoli státní regulaci.

Důvody pro zavedení veřejného zdravotního pojištění bylo především zachování solidarity, motivování pacientů k zájmu o vlastní zdraví a motivování poskytovatelů k efektivní činnosti. Bylo rozhodnuto o pluralitním systému zdravotních pojišťoven. Motivem pro jeho zavedení bylo vytvoření konkurenčního prostředí mezi zdravotními pojišťovnami. Ze tří možných modelů zdravotnictví přicházely v úvahu Národní zdravotní služba po vzoru Velké Británie (naše socialistické zdravotnictví se britskému zdravotnictví po formální stránce dosti podobalo) nebo Národní zdravotní pojištění po vzoru Německa. Naším představitelům se líbil model amerického tržního zdravotnictví, které je ale pro Evropu nepřijatelný. Důsledkem toho byla amerikanizace našeho zdravotnictví, v českém pojetí trh pokud možno všude a za všech okolností, pod hlavičkou Národního zdravotního pojištění.

Období 1990 – 1993

K 31.12.1990 byly zrušeny KÚNZ a specializované nemocnice na úrovni krajů přešly pod přímou správu MZ. OÚNZ byly postupně transformovány na samostatné právní subjekty. Byla založena Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) a po ní ještě dalších 26 zdravotních pojišťoven.

V roce 1992 probíhal simulovaný provoz VZP financovaný ze státního rozpočtu. Plný provoz byl zahájen v roce 1993 už za asistence zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven.

Zaměstnaneckým zdravotním pojišťovnám byla dána možnost hradit ze zákonného zdravotního pojištění i nadstandardní péči. V roce 1992 byl také zahájen proces privatizace, který u ambulantních zařízení proběhl poměrně úspěšně, neúměrně však narostla nabídka služeb ambulantních specialistů. Splácení úvěrů ze zprivatizovaných ambulancí v kombinaci s výkonovým úhradovým mechanismem, motivovalo k poskytování co nejvíce zdravotních výkonů a vedlo tak k nadměrnému odčerpání finančních prostředků bez odpovídajících efektů na zdravotní stav obyvatelstva. Byly zprivatizovány láně. Začala také privatizace lůžkových zařízení a lékáren.

Občané získali možnost svobodné volby lékaře, nemocnice a dalších zdravotnických zařízení i možnost volby zdravotní pojišťovny.

Období 1994 – 1996

Pro toto období bylo typické, že řešení problémů s financováním systému zdravotní péče se hledalo na poptávkové straně. Jedná se konkrétně o ideu spoluplateb a individuálních účtů. Výrazně opomíjeny byly nástroje na straně nabídky (jako jsou úhrady, síť poskytovatelů, nákup nových technologií, výdaje na léčiva, hospodaření poskytovatelů a plátců), ačkoli zahraniční zkušenosti hovoří ve prospěch ovlivňování nabídkové strany.

V roce 1995 byla ukončena privatizace ambulantní péče, privatizace lůžkové péče dále pokračovala. Výrazně narostly výdaje na léčiva. Začaly se projevovat problémy s nedovýběrem pojistného a objevily se problémy s úhradami.

V letech 1993-95 nebyly zaměstnanecké zdravotní pojišťovny téměř vůbec kontrolovány a díky hrazení nadstandardu a díky investicím do budov, nezbývalo na platby lékařům a nemocnicím. Až novela z roku 1995 upravila veřejný dohled nad všemi zdravotními pojišťovnami. Byl stanoven minimální počet pojištěnců, maximální výše provozních nákladů a byla ukončena možnost hradit nadstandardní péči ze zákonného zdravotního pojištění. Z 27 pojišťoven v roce 1995 jich v roce 2001 zbylo pouze 9.

Období 1997 – 2000

V roce 1997 byla na MZ (vedeném ministrem Janem Stránským z ODS) vypracována Koncepce zdravotnictví. Ve zdravotním pojištění navrhovala menší solidaritu, větší individualizaci, 1/3 pojištění chtěla převést na komerční bázi a zároveň předpokládala, že by

veřejné pojišťovny mohly poskytovat i komerční pojištění. Dále byla plánována restrukturalizace lůžkových zařízení, byly navrhovány kombinovaně kapitálně-výkonové platby pro praktické lékaře, hotelové platby v nemocnicích a regulace poptávky pomocí přímých plateb.

Po ústavní stížnosti komunistických poslanců byl zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění nahrazen zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Od roku 1997 se MZ začalo více orientovat na nabídkovou stranu. Rozběhla se restrukturalizace lůžkového fondu. Jako problém byl chápán nadbytek akutních nemocničních lůžek, který měl být přeměněn na lůžka ošetrovatelská. V červnu 1998 byla restrukturalizace lůžkového fondu pozastavena z důvodu málo transparentních podmínek výběrových řízení.

Od 1. ledna 1999 nabyla účinnosti nová vyhláška Ministerstva financí týkající se vytváření a využívání fondů zdravotních pojišťoven. Jasně vymezila, co jsou přípustné příjmy, resp. výdaje jednotlivých fondů a omezila vytváření účelových fondů. Odpovídající odstavce byly zařazeny i do zákona o VZP a do zákona zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách.

Vážným problémem, který výrazně oslabuje celý systém zdravotnictví, je bilanční nerovnováha v hospodaření VZP, kde jsou pojištěny téměř $\frac{3}{4}$ všech pojištěnců. Finanční ztráta veřejného zdravotního pojištění je za období let 1994-1998 celkem 12,497 mld. Kč. Kumulativní nedovýběr pojistného za totéž období je 10,260 mld. Kč, přičemž 60-65% je zcela nebo obtížně vymahatelných.[25]

3.5 Současná situace v ČR

Zdravotnictví v České republice je financováno z více zdrojů. Těmito zdroji jsou veřejné rozpočty, přímé platby občanů, resp. komerční připojištění a veřejné zdravotní pojištění. Podíl výdajů na zdravotnictví na HDP v % je uvedeno v následující tabulce č. 19.[22]

Zajímavé je sledovat vývoj změn ve výdajích na zdravotnictví na jednoho obyvatele od roku 1990 (viz příloha č. 14). Zjistíme, že veřejné výdaje od roku 1990 sice rostou, ale jejich podíl na celkových výdajích na zdravotnictví klesá. Zatímco podíl soukromých výdajů na celkových výdajích roste. Tyto změny jsou velmi pomalé, ale v rámci řešení problematiky financování zdravotnictví se jedná podle mého názoru o změny směřující správným směrem.

Tabulka č. 19:

	r. 2000 – 2001
Celkové výdaje na zdravotnictví (jako % HDP)	7,2
Veřejné výdaje	91,4 %
Soukromé výdaje	8,6 %

Zdroj: Gladkij, Ivan a kolektiv: Management ve zdravotnictví. 1. vyd. Brno, 2003.

Pro srovnání, Německo dávalo v roce 2000 na zdravotnictví 8,7 % svého HDP, Velká Británie 7,3 % a Spojené státy americké 13 %

Veřejné zdravotní pojištění provádějí Všeobecná zdravotní pojišťovna a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Většina problémů, které se v systému veřejného zdravotního pojištění nahromadily, se odráží ve výsledcích Všeobecné zdravotní pojišťovny. Je to dáno především tím, že u této pojišťovny je pojištěno téměř 70 % populace, a proto je hlavním poskytovatelem veřejného zdravotního pojištění.

Zásadní problémy VZP jsou jak na příjmové, tak i na výdajové straně hospodaření. Na straně příjmů je to hlavně neplacení pojistného zaměstnavateli i jednotlivci a exekuční právo na vymáhání nezaplaceného pojistného. Při uspokojování pohledávek jsou zdravotní pojišťovny, podle zákona č. 328/1991 Sb., o konkurzu a vyrovnání, až za zaměstnanci a bankami. Tento problém se stát snaží vyřešit odkupem části pohledávek zdravotních pojišťoven Českou konsolidační agenturou. Jedná se o pohledávky dlužníků, kteří jsou v konkurzu nebo vyrovnání.[26]

Problémy na straně výdajů jsou do značné míry dány chováním zdravotní pojišťovny, ale také některými státními zásahy. Rozhodujícím faktorem pro řízení výdajů je konkrétní přístup pojišťovny. Zdravotní pojišťovna může vystupovat pouze pasivně a mechanicky proplácet poskytnutou zdravotní péči, nebo aktivně zdravotní péči nakupovat, analyzovat demografické ukazatele, analyzovat potřebu a spotřebu péče, zabývat se preventivními programy apod. Přístup VZP bych ohodnotila spíše jako pasivní. Protože výdaje reguluje zpravidla zpětným vyhodnocováním průměrné výše úhrad v daném čtvrtletí, tříděných podle jednotlivých zdravotnických odborností, věkových skupin pojištěnců a typů zdravotnických zařízení. Jestliže zdravotní péče vykazovaná zdravotnickým zařízením a požadovaná úhrada za tuto péči překračuje standardizovanou úhradu o více než pojišťovnou tolerovaný počet procent, uplatňuje VZP regulační srážky z těchto úhrad.

V případě státních zásahů při dohodovacích řízeních o cenách zdravotní péče nebo při neuváženém nákupu zdravotnických přístrojů do státem zřízených zdravotnických zařízení, nemá zdravotní pojišťovna mnoho možností své výdaje příliš ovlivnit. Z veřejných rozpočtů jsou hrazeny kapitálové investice zdravotnických zařízení, jejichž zřizovatelem je MZ, respektive obce či regiony. Provoz těchto přístrojů však hradí z veřejného zdravotního pojištění VZP. Jestliže se zástupci zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení nedohodnou na cenách zdravotní péče hrazené výkonovým systémem na příští čtvrtletí, může vláda ČR vstoupit do dohodovacího řízení a o cenách rozhodnout sama. Následkem bývá zvýšení výdajů VZP na zdravotní péči, na které v systému veřejného zdravotního pojištění nejsou odpovídající prostředky. VZP proto přistoupila k individuálním vyjednáváním s poskytovateli zdravotní péče a změnila mechanismus úhrad zdravotní péče.

U praktických lékařů došlo ke změně výkonového úhradového mechanismu na kombinované kapitačně výkonové platby. Došlo tak ke stabilizaci výdajů na zdravotní péči, ale přestaly být vykazovány jednotlivé výkony a možnosti evidence činnosti lékařů jsou díky tomu velmi omezené. Výkonová platba je platba za provedený zdravotní výkon, cena je určena podle Seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Kapitační platba představuje roční platbu lékařů podle počtu u něj registrovaných pacientů. U ambulantních specialistů byl zachován výkonový systém, ale s časovou limitací výkonů. Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. Odborné léčebné ústavy jsou hrazeny systémem výkonovým nebo paušálních úhrad. Nemocniční péče je hrazena paušálními platbami vztaženými ke stejnému období předchozího roku. V některých nemocnicích začal být používán systém DRG, platby za diagnostickou jednotku. Kdy nemocní jsou rozděleni do skupin podle svých onemocnění (sledovanými ukazateli jsou zejména věk, pohlaví, základní diagnóza, vedlejší diagnózy, zda jde o léčebný výkon operativní nebo neoperativní, komplikace, délka hospitalizace apod.). Nemocní zařazení do jedné skupiny by měli mít kromě stejné diagnózy i obdobné náklady na léčbu. Pro jednotlivé případy (diagnózy) jsou vyhodnoceny standardní výše úhrad. Podle mého názoru tento systém DRG přinese zpřehlednění nákladů pojišťoven na zdravotní péči v jednotlivých nemocnicích.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zatím hospodaří vyrovnaně. Ale poskytují především totéž veřejné zdravotní pojištění jako VZP a tím vlastně jen zatěžují systém dalšími transakčními náklady (investice do budov, provozní náklady apod.). Zdravotní pojišťovny se vzájemně liší pouze nabídkou různých příspěvků v rámci svých programů podpory zdraví.

Lze proto v rámci úspor v systému zdravotního pojištění uvažovat i o redukci počtu pojištěných.

Ze státního rozpočtu jsou financovány především investice ve zdravotnických zařízeních, jejichž zřizovatelem je stát (resp. MZ). Jedná se především o fakultní nemocnice a nemocnice krajské úrovně. Nemalou část tvoří také platba za státní zaměstnance a platba pojistného za pojištěnce, za které je plátcem pojistného dle zákona stát.

Prímými platbami je financována zdravotní péče, nebo její část, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Spoluplatby jsou často diskutovaným tématem. Protože jejich výše nesmí být sociálně neúnosná a především nesmí pacienty odradit od té péče, kterou nutně a neodkladně potřebují. Naopak pozitivní vliv mohou sehrát při uvědomění si ceny zdraví a mohou vést k větší péči o vlastní zdraví. Což je podle mého názoru jeden z největších nedostatků našeho systému veřejného zdravotního pojištění.[25]

3.5.1 Problematika zadluženosti nemocnic

V roce 2002 nemocnice vykázaly nejvyšší ztrátu od roku 1997 (-1,6 mld. Kč), a to zejména v důsledku záporného hospodářského výsledku bývalých okresních nemocnic, přecházejících od 1.1.2003 pod jiné zřizovatele. Schodkové hospodaření vedlo k neschopnosti nemocnic plnit své závazky vůči dodavatelům, což se projevilo na konci roku 2002 hrozbou distributorů léků pozastavit dodávky zadluženým zdravotnickým zařízením. Vlivem růstu objemu závazků se tak některá zařízení dostávala do složité finanční situace. Zatímco celkové závazky nemocnic se v roce 2002 zvýšily oproti roku 2001 o 22 %, podstatně vyšší o 40 % byl nárůst závazků po splatnosti za porovnávání období. V roce 2002 podíl závazků po splatnosti tak tvořil 56 % celkových závazků nemocnic. Problém zadluženosti a zlepšení ekonomického postavení nemocnic bude záležet na vzájemné spolupráci nových zřizovatelů, Ministerstva zdravotnictví a financí, ale i schopnostech managementu samotných zařízení.[14]

Řada okresních nemocnic se zadlužila plánovaně v období, kdy bylo rozhodnuto o jejich převodu na kraje. Zákon sice dovoľoval okresům zavřít nemocnice, které měly dluhy a byly nerentabilní, do konce roku 2002. Ale žádný okres této možnosti nevyužil. Nepříznivé hospodářské výsledky vykazovaly krajské nemocnice i v roce 2003. Podle dostupných údajů důvodem rostoucích dluhů nemocnic nebyly jen opožděné platby od VZP, jak mnozí ředitelé a hejtmani uvádějí. V roce 2003 krajské nemocnice vykázaly pořízený dlouhodobý hmotný

majetek za 2,8 miliardy Kč, z toho 749 milionů Kč věnovaly na novou zdravotnickou techniku. Není nic špatného na tom, že nemocnice investují. Ale není správné, pokud investují, když mají dluhy a ty pak musí platit stát.[27]

V souvislosti s řešením zadluženosti nemocnic se nejčastěji hovoří o počtu a struktuře lůžek, způsobu vykazování a oceňování výkonů, podílu a modelech soukromého financování výdajů na zdravotnictví. Soukromé nemocnice prosperují a okresní a krajské nemocnice mají často ztrátu. A některé fakultní nemocnice jsou v zisku, jiné v hlubokém propadu. Důvodů je samozřejmě celá řada, hlavní problém je však v managementu. Nemocnicím chybí strategické zadání, především ucelená představa o budoucím fungování nemocnice a od této představy odvozené zásadní priority v každé ze čtyř sledovaných oblastí (péče o klienta, finance, procesy, lidi). Také je nedostatečné vnímání pacientů jako klientů než jako diagnóz. Kvalita komunikace s klienty, přístup k nim, míra sdílení informací o zdravotním stavu a způsobech léčení – to vše je často ponecháno na blahovůli lékařů. Dále chybí systém řízení kvality. Ani finance nejsou standardně řízeny. Jsou sledovány příjmy a výdaje v uplynulém období, tím „finanční řízení“ končí. Není využíváno příležitostí, které nabízejí změny v řízení osobních nákladů. To většinou postrádá motivaci provázanou se splněním konkrétních cílů nebo parametrů. Přehlíženy jsou možnosti vícezdrojového financování – účasti v projektech financovaných z evropských fondů nebo soukromými investory.[28]

Model řízení a vlastnictví nemocnic, kdy zřizovatelem a správcem nemocnic je MZ, nevytváří prostředí, které by odměňovalo dobře řízené a efektivně pracující organizace, vyzdvihovalo a lákalo schopné manažery a podněcovalo osobní odpovědnost managementu i zaměstnanců. Proto je třeba uvažovat o změně organizační a vlastnické formy nemocnic podle obchodního zákoníku. Přeměna státních nemocnic v akciové společnosti s akciemi v rukou státu by mohla umožnit nemocnicím normální ekonomické chování. Další výhodou je, že stát neztrácí kontrolu nad svým majetkem, ale na rozdíl od současné situace bude do jeho správy moci zasahovat pouze standardizovaným a transparentním způsobem. Světová banka navrhuje přetvořit všechny nemocnice na obchodní společnosti. Světová zdravotnická organizace upřednostňuje formu neziskové organizace. Praxe dává za pravdu spíše Světové bance.[29]

4. Možnosti vývoje financování zdravotní péče

4.1 Změny v systému veřejného zdravotního pojištění

I přes popsané problémy v předcházející kapitole, které se při financování zdravotní péče v ČR vyskytly, je forma veřejného zdravotnictví vhodná. I při jiném způsobu financování vznikají problémy. Je však potřeba systém veřejného zdravotního pojištění na základě dosavadních zkušeností upravit a jeho možnosti rozšířit. U současného konceptu jde spíše než o veřejné zdravotní pojištění o výběr účelové daně. Vzhledem k tomu, že jde o solidární zdravotní pojištění, není výše pojistného odvozena od individuálního ocenění zdravotního rizika pojištěnce. Problémem je skutečnost, že občan nemá žádnou legální možnost ovlivnit podobu péče, kterou by v případě potřeby čerpal, ani výši prostředků, které na ni v pojistném vynaloží. Přes název veřejné, se naše zdravotní pojištění těší absolutnímu nezájmu veřejnosti. Tato lhotejnost se promítá jak do ochoty zdravotní pojištění platit, tak do přístupu k užívání jeho prostředků. Kromě solidární podpory nemocných a nemajetných systém poskytuje také solidární podporu osobám systém zneužívajícím a osobám úmyslně neplaticím pojištění a část prostředků, které pak jinde schází, utrácí neefektivním způsobem. Systém tedy vedle solidarity zdravých s nemocnými, bohatších s chudšími a mladších se staršími poskytuje také solidaritu odpovědných s neodpovědnými, poctivých s nepoctivými a podobně.

V ČR neexistuje dostatek mechanismů, kterými by se občané mohli podílet na veřejné správě nebo na obhajobě svých zájmů ve veřejném zdravotnictví a pojištění. Brání v tom i informační bariéry, veřejně přístupné nejsou doposud informace o veřejném pojištění a pojišťovnách a ani o hospodaření veřejných nemocnic. O změnu této situace se snaží VZP. Již v roce 2001 a opět v lednu 2004 žádala nemocnice o odpověď na různé otázky (seznam otázek viz příloha č. 15). Tyto informace od nemocnic by pak měly pomoci pacientům při výběru zdravotnického zařízení, například v případě operace. V roce 2001 bylo osloveno 210 nemocnic a odpovědělo pouze 33, dalších 47 nemocnic odkázalo VZP na své internetové stránky. Z odpovědí vyplynulo, že nemocnice nejvíce hovoří o svých tradicích, ordinační době ambulantních zařízení a publikační činnosti lékařů. Pokud jde o hospodaření, některé nemocnice si stále myslí, že to nejsou údaje pro pacienty. Kategorie standard nebo nestandard by zase potřebovaly přesnou definici. Ty by ale potřebovala veškerá soustava informací pro pacienty. Ačkoliv má MZ celý ústav zdravotnických informací, tento úkol nikdo nevyřešil. Je podle mého názoru lépe rozpracováno, co by pacient neměl vědět, než co má znát pro to, aby se mohl samostatně rozhodovat. Nedostatek účelných informací tak i po vstupu do EU

prohlubuje objektivní nerovnováhu v postavení lékaře a pacienta. Tento problém by například vyřešila zákonná povinnost zavazující zdravotnická zařízení zveřejňovat určitý rozsah informací. Je to ovšem věcí politické vůle. Poskytování těchto informací by mělo být samozřejmostí, pokud zdravotnické zařízení je financováno z veřejných prostředků.[30]

Podle mého názoru v současné době není v systému veřejného zdravotního pojištění mnoho prostoru pro reformy zásadního rázu, je však možné odstranit některé stávající problémy pomocí drobnějších úprav, které by většinou nevyžadovaly složitou právní úpravu. Jde například o mechanismus přerozdělení pojistného mezi zdravotními pojišťovnami, odstranění zásadních příčin neefektivnosti systému nebo důslednější využívání stávající právní úpravy.

Významnými zdroji neefektivnosti v systému poskytování zdravotní péče jsou vysoké výdaje na léčiva, nadprůměrný počet nemocničních lůžek, vysoké výdaje na ambulantní služby apod. Problém vysokých výdajů na léčiva je způsoben tím, že v seznamu léčiv hrazených z veřejného zdravotního pojištění jsou přípravky jejichž účinnost je srovnatelná s přípravky s mnohem nižší cenou. V této oblasti se projevuje, pro Českou republiku tak typický, velký vliv různých zájmových skupin. V tomto případě se jedná o silné lobby velkých a bohatých farmaceutických firem. Novela zákona obsahuje ustanovení, které má zaručit, že v každé lékové skupině bude vždy nějaký plně hrazený lék. Ale byl zredukován stávající seznam léčivých látek hrazených z pojistného z 521 položek na pouhých 300. Snahou by měla být i redukce nadměrných kapacit v oblasti akutní lůžkové péče. Je přitom jasné, že racionální redukce kapacit je proveditelná nikoli přes stanovení naturálních ukazatelů typu počet lůžek na 10 tisíc obyvatel, ale prostřednictvím odstranění cenových deformací a širšího uplatnění tržních mechanismů. Přeměna příspěvkových organizací na akciové společnosti s klasickou odpovědností statutárních orgánů za dlouhodobě ztrátové hospodaření.

Současná podoba právního rámce zdravotního pojištění je v důsledku předchozího vývoje charakteristická roztříštěností a terminologickou nejednotností. Toto je ovšem možné překonat například sloučením všech čtyř zákonů týkajících se poskytování veřejného zdravotního pojištění do jedné zákonné normy. Nebo alespoň sloučením zákona č. 551/1991 Sb., o VZP ČR a č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších pojišťovnách. Za hlavní cíl vytvoření jednoho zákona považuji sjednocení pravidel pro projednávání pojistných plánů a výročních zpráv zdravotních pojišťoven.

V oblasti zdravotnictví dochází k nedostatečnému sledování kvality poskytované péče. Přičemž právě kvalita poskytované péče by měla být jedním ze základních kritérií ovlivňujících úspěšnost či neúspěšnost zdravotnického zařízení na trhu zdravotních služeb. Její sledování, hodnocení a zveřejňování je důležitou součástí správného fungování zdravotnictví. V hospitalizační péči dnes existuje paušální prostředí, ve kterém jednotliví poskytovatelé ztratili motivaci na objemu poskytované péče, což samozřejmě mohlo negativně ovlivnit i kvalitu, ale zejména dostupnost péče. Podobná situace nastala i u ambulantních zdravotnických zařízení, která se začala pohybovat v paušálním prostředí působením objemové či časové limitace. Rovněž u praktických lékařů zavedení úhrady na základě tzv. kombinované kapitačně výkonové platby motivuje lékaře k zaregistrování co největšího počtu pacientů. Úhrada pak již nezohledňuje kvalitu, rozsah a dostupnost péče. Jako řešení se nabízí finanční motivace jak na straně poskytovatele zdravotní péče, tak i na straně pacienta. U ambulantních specialistů bude nutné odstranit paušální způsob úhrady, který je doprovázen vysokou hodnotou bodu a tvrdou časovou či objemovou regulací. Ta s sebou přináší fronty na odkladná vyšetření. Ambulantní specialisté by pracovali na objednávku praktického lékaře, který by byl hlavním regulačním subjektem zdravotní péče a sdílel by riziko za náklady prostřednictvím diferencované kapitační platby.

4.2 Změny v přerozdělování zdravotního pojištění

V jednotlivých zdravotních pojišťovnách vykryštovala různá věková struktura pojištěnců. Tato struktura přitom významně ovlivňuje výši nákladů dané zdravotní pojišťovny na úhradu péče čerpané jejími pojištěnci. Kombinace věkové struktury a průměrných výdajů na jednoho pojištěnce výrazně přispívá k nerovnováze v hospodaření některých pojišťoven (zejména u VZP, kde je tento problém zvýrazněn skutečností, že u VZP je pojištěno asi 70 % populace). Pro zachování principu solidarity a rovnosti je proto třeba upravit příjmy zdravotních pojišťoven podle zdravotního rizika odpovídajícího věkové struktuře pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven (tj. přerozdělit vybrané pojistné).

V současné době je přerozdělováno 60 % z celkového vybraného pojistného. VZP ze zákona zřizuje zvláštní účet všeobecného zdravotního pojištění, jehož je správcem. Na tento účet plynou veškeré platby zdravotního pojištění, které jsou dále přerozděleny mezi jednotlivé zdravotní pojišťovny podle jejich pojištěnců do 60 a nad 60 let. Celková částka zdravotního pojištění je tvořena součtem podílů, které připadají na každého jednoho pojištěnce. Na pojištěnce do 60 let připadá jeden podíl a na pojištěnce nad 60 let připadají podíly tři. Jeden

podíl lze vypočítat, pokud sečteme 60 % vybraného pojistného (OSVČ, zaměstnanci) a platby od státu a to celé vydělíme Σ pojištěnců, za které platí stát (každý nad 60 let se započítá 3 krát). 40 % vybraného pojistného dostane příslušná zdravotní pojišťovna přímo bez přerozdělování, což dostatečně nezohledňuje potřeby v příjmových stránkách jednotlivých pojišťoven. Přepočteme-li stávajících nepřerozdělených 40 % příjmů každé zdravotní pojišťovny na jednoho pojištěnce, pak je tento ukazatel u jednotlivých pojišťoven značně rozdílný. Jelikož 40 % není nezanedbatelný podíl z celkových příjmů, vznikají tím, i po přerozdělení 60 %, značné disproporce mezi pojišťovnami navzájem. Proto souhlasím s navrhovaným modelem přerozdělování 100 % vybraného pojistného, kdy všichni pojištěnci by byli rozděleni do věkových skupin, muži a ženy odděleně. Každé věkové skupině by byl přiřazen koeficient, zohledňující zdravotní riziko této skupiny.[31]

Přikláním se také k názoru ředitele Institutu zdravotní politiky a ekonomiky (IZPE) Petra Hávy, který označil počínání zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven jako „tunelování“ veřejných finančních prostředků právě v důsledku nesprávného nastavení přerozdělení pojistného mezi pojišťovnami. Prostředky se pak postupně hromadí na účtech zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Proto také Svaz zdravotních pojišťoven ČR, který sdružuje všech 8 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, nesouhlasí s dohodou představitelů vládních stran na změnu přerozdělování finančních prostředků vybraného pojistného ze současných 60 % na 100 %. A vedení Svazu zdravotních pojišťoven navrhuje jen 85 % přerozdělování pojistného.[32]

4.3 Reforma systému veřejného zdravotního pojištění

Často navrhovanou změnou našeho systému veřejného zdravotního pojištění je rozdělení placeného pojistného na část solidární a část individuální. Solidární část pojistného bude přerozdělena podle statistického zdravotního rizika (zohledňující věk, pohlaví). Individuální část pojistného, která je přímo odvozena od příjmu pojištěnce, nepodléhá přerozdělení a je uložena na jeho osobním účtu. Za peníze z osobního účtu si pojištěnec koupí pojistný produkt podle svých preferencí, přebytek na účtu (nad stanovený limit) může použít k jiným účelům. Pokud má zájem o pojistný produkt, na který prostředky z jeho osobního účtu nestačí, doplatí rozdíl.

Rozdělení pojistného na solidární a individuální část zavádí přímou a výraznou motivaci pojištěnce k tomu, aby opustil svoji dosavadní pasivní roli. Takto motivovaný pojištěnec

začne vytvářet tlak na ostatní subjekty systému – poskytovatele a pojišťovny, ale je snížen vliv solidarity. Od této navrhované změny lze očekávat, že by se pojištěnci začali více zajímat o to, co za pojistné dostávají a zvažovat, co by dostávat chtěli. Nabídka produktů zdravotních pojišťoven by měla reagovat na jejich poptávku a začala by se výrazněji diferencovat (v míře spoluúčasti, organizaci přístupu ke zdravotním službám, v rozsahu, kvalitě a tedy i v ceně). Docházelo by k individualizaci smluvního vztahu mezi pojištěncem a pojišťovnou. Pojišťovny by si začaly konkurovat v ceně produktů a šíři nabídky. Aby obstály na trhu zdravotního pojištění, proplácely by pojišťovny nejen péči, ale musely by se naučit mapovat poptávku svých klientů po zdravotních službách, tyto zdravotní služby organizovat a integrovat, vytvářet informační podporu poskytovatelům a vyvíjet na ně cenový tlak. Poskytovatelé by museli obstát jak kvalitou, tak cenou svých služeb v konkurenci ostatních. Pojišťovny by pečlivě vybíraly jen tu péči, kterou by potřebovaly pro své klienty a tyto smlouvy by měly i rizikový charakter (sdílení finančního rizika mezi plátcem a poskytovatel). Systém by se více orientoval na pacienta.

Tato reforma by pomohla odstranit několik nedostatků současného systému, že neumožňuje individuální rozhodování o rozsahu a kvalitě pokryté zdravotní péče (při respektování zákonem stanovené minimální úrovně garantované péče). Dosavadní systém činí ze zdravotních pojišťoven především distributory finančních prostředků a nikoliv instituce motivované k zajišťování kvalitní péče pojištěncům. Dále systém nezohledňuje individuální zdravotní riziko, nicméně i rozdílné statistické riziko, vyplývající z věku a pohlaví pojištěnce, upravuje jen velmi hrubým způsobem. Současný systém přerozdělení, který rozeznává jen dvě věkové skupiny (nad a pod 60 let), není dostatečně spravedlivý a dává příležitost zaujatému výběru. [28]

Další alternativní koncepci reformy zdravotnictví předložila Občanská demokratická strana, která navrhuje svěřit prostředky na financování zdravotní péče přímo do rukou občanů. Koncepce počítá se zavedením osobních účtů, které by měly povahu účtu zdravotního spoření, občané by si s nimi samostatně hospodařili a jejich finančním zdrojem by vedle zdravotní daně mohly být i dodatečné vlastní prostředky majitele nebo příspěvky od zaměstnavatele a podobně. Správu osobních účtů by zajišťovaly zdravotní pojišťovny. Jejich činnost by kontroloval státní úřad pro dohled nad trhem zdravotního pojištění. Pojišťovny by si konkurovaly a nabízely své diferencované služby prostřednictvím zdravotních plánů. Ty by musely obsahovat povinné pojištění balíku zdravotních služeb definovaného státu, ale jinak

by jejich obsah také závisel na dohodě mezi pojišťovnou a klientem. Zdravotnická zařízení by si podle této koncepce konkurovala cenou a kvalitou služeb a přizpůsobovala by svou strukturu poptávce zdravotnických pojišťoven. Za optimální pro většinu nemocnic je brán statut akciové společnosti, možná je i paralelní existence obecně prospěšných společností. Zdravotnická zařízení by měl ale registrovat stát. Občan by tedy měl možnost si vybrat zdravotní plán. Může převzít osobní odpovědnost, podíl pojišťovny omezit na základní balík a ostatní si financovat sám z osobního účtu. Finanční prostředky na něm budou úročeny. Přesáhne-li zůstatek stanovený limit, bude možné s přebytkem volně disponovat. Naopak při přečerpání účtu pojišťovna poskytne klientovi úvěr splatný ze státních subvencí nebo mimořádnými platbami.[33]

Závěr

V této práci jsem se pokusila analyzovat některé faktory, které ovlivňují financování našeho zdravotnictví. Věnovala jsem se v tomto směru mezinárodním i historickým souvislostem a fungování příslušných institucí.

Představy o možnostech budoucího vývoje veřejného zdravotního pojištění a zdravotních pojišťoven jsou různé. Ale jsem přesvědčena, že současná forma povinného všeobecného zdravotního pojištění je vhodná forma financování zdravotní péče. Je nutné neustále analyzovat a vyhodnocovat fungování stávajících institucí a zároveň sledovat vývoj v ostatních státech. A zjištěné nedostatky našeho systému potom na základě provedených analýz a zkušeností ostatních zemí průběžně odstraňovat.

V oblasti zdravotního pojištění se řeší základní koncepční otázky i změny. Mezi diskutovaná témata patří např. poměr mezi péčí hrazenou plně nebo částečně zdravotním pojištěním a péčí nehrazenou. V rámci financování zdravotnictví se posuzuje význam přímé spoluúčasti pacientů na úhradě nákladů poskytnuté zdravotní péče a zvažuje se rozvoj zdravotního připojištění. Předmětem diskuzí je také způsob ohodnocení lékařů a dalších pracovníků ve zdravotnictví, ekonomické a právní postavení zdravotních pojišťoven, soustava zdravotnických zařízení a v jejím rámci počet nemocnic, lůžková kapacita a přístrojové vybavení, dále léková politika.

Základním cílem změn ve zdravotnictví by mělo být zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva. Protože špatný zdravotní stav naší populace má za následek vysokou nákladovost léčby (např. u chronických onemocnění). Dalšími významnými úkoly je tvorba jasně definované základní sítě zdravotnických zařízení pro poskytování péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, kontrola efektivnosti vynakládání veřejných prostředků a hospodaření zdravotních pojišťoven. Tržní mechanismy se ve zdravotnictví musí používat s velkou opatrností, nemusí vést jen k požadovaným efektům, ale navíc mohou způsobit nové nečekané problémy.

Vždy je nutno najít kompromis mezi potřebami zdravotnictví a finančními zdroji. Hlavním ekonomickým problémem našeho zdravotnictví není nedostatek zdrojů, ale to, že se zdroji, které máme k dispozici, nedovedeme dobře hospodařit. A to se týká všech příslušných institucí.

Téma veřejného zdravotního pojištění, zdravotních pojišťoven a financování zdravotní péče je určitě aktuální a informace obsažené v této práci by bylo možné dále rozšiřovat. Například jak se projeví navrhované změny zákonů upravující oblast zdravotního pojištění na fungování celého systému veřejného zdravotního pojištění.

Seznam literatury

- [1] Buzek, R., Trnková, L.: Zdravotní péče a zdravotní pojištění 1). Praha, 1992.
- [2] Trnková, L. a kolektiv: Zdravotní péče a zdravotní pojištění 2). Praha, 1992.
- [3] Chvátalová, I.: Úvod do práva sociálního zabezpečení a zdravotního pojištění v České republice. 1.vyd. Praha, 1998.
- [4] Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- [5] Zdravotnické noviny, 18, 2004, s. 13, publikováno pod zkratkou autora boš
- [6] Vládní návrh novely zákona č. 48/1997 Sb. [online]. Parlament, Dokumenty, 2004. [cit.2004-03-11]. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/text/orig2.sqw?C=681&T=k2002psp4t&E=doc>>
- [7] Zdravotnické noviny, 16, 2004, s. 11, publikováno pod zkratkou autora boš
- [8] Svobodová, K., Týden, 17, 2004, s. 30
- [9] Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- [10] Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky
- [11] Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny za rok 2002
- [12] Zdravotně pojistný plán VZP ČR.[online].[cit. 2004-04-15]. Dostupné z: <<http://www.vzp.cz/http://u-porlp.op99.vzp.cz>>
- [13] Článek - České zdravotní pojišťovny loni prodělaly. [online]. Portál zdrav.cz, Články, 2003. [cit. 2003-11-12]. Dostupné z: <<http://www.zdrav.cz/modules.php?op=modload&name=News&file=article&sid=4681>>
- [14] Zdravotnická ročenka České republiky 2002, ÚZIS ČR, 2003
- [15] Interní dokumenty VZP ČR – Ústřední pojišťovna

- [16] Provozní náklady evropských zdravotních pojišťoven. [online]. Portál VZP ČR, 2003. [cit. 2003-11-11]. Dostupné z: <http://www.op99.vzp.cz/pravidla/normy2003/ost2003/hl_ud_12092003htm>
- [17] Hirschová, M., Zpravodaj VZP ČR, 5, 2003, s. 2
- [18] Gladkij, I. A kolektiv: Management ve zdravotnictví. 1.vyd. Brno, 2003.
- [19] Zámečník, M., Ekonom, 39, 2003, s. 24
- [20] Soukupová, J. a kolektiv: Mikroekonomie. 3.vyd. Praha, 2002.
- [21] Háva, P. a kolektiv: Financování zdravotní péče. In: Zdravotní politika a ekonomika. 2. Kostelec nad Černými lesy 2003, s. 41.
- [22] Základní ukazatelé výdajů na zdravotnictví. [online]., [cit. 2004-05-03]. Dostupné z: <<http://www3.who.int/whosis/country/indicators>>
- [23] Háva, P. a kolektiv: Spojené státy americké. In: Zdravotní politika a ekonomika. 2. Kostelec nad Černými lesy 2003, s. 46 - 47.
- [24] Háva, P. a kolektiv: Velká Británie. In: Zdravotní politika a ekonomika. 2. Kostelec nad Černými lesy 2003, s. 42 - 43.
- [25] Háva, P. a kolektiv: Historický přehled financování zdravotnictví v ČR. In: Zdravotní politika a ekonomika. 2. Kostelec nad Černými lesy 2003, s. 50 - 56.
- [26] Háva, P. a kolektiv: Současná situace v ČR. In: Zdravotní politika a ekonomika. 2. Kostelec nad Černými lesy 2003, s. 63 - 66.
- [27] Rysková, S., Ekonom, 49, 2003, s. 30
- [28] Pfeifer, L., Ekonom, 46, 2003, s. 57
- [29] Vepřek, J. a kolektiv: Zpráva o léčení českého zdravotnictví aneb Zdravotnická reforma včera, dnes a zítra. 1.vyd. Praha, 2002.
- [30] Michl, J., Euro, 5, 2004, s. 35

- [31] Háva, P. a kolektiv: Příjmy zdravotních pojišťoven. In: Zdravotní politika a ekonomika. 2. Kostelec nad Černými lesy 2003, s. 107.
- [32] Článek – Přerozdělování zdravotního pojištění. [online]. Portál zdrav.cz, Články, 2004. [cit. 2004-02-12]. Dostupné z: <<http://www.zdrav.cz>>
- [33] Michl, J., Euro, 11, 2004, s. 36

Seznam příloh

- Příloha č. 1: Příjmy ZP v systému 60 %-ního a 100 %-ního přerozdělení v roce 2002.
- Příloha č. 2: Seznam 27 pojišťoven vzniklých v ČR v průběhu devadesátých let.
- Příloha č. 3: Seznam všech zdravotních pojišťoven.
- Příloha č. 4: Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v roce 2002 dle věkové struktury.
- Příloha č. 5: Přehled o pojištěncích, kteří se přihlásili od ostatních zdravotních pojišťoven k Pojišťovně a Přehled o pojištěncích, kteří se přihlásili od Pojišťovny k ostatním zdravotním pojišťovnám.
- Příloha č. 6: Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2002 v členění dle okresů ČR.
- Příloha č. 7: Saldo příjmů a výdajů celkem včetně zdanitelných ZP.
- Příloha č. 8: Pohledávky zdrav. pojišťoven za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti.
- Příloha č. 9: Průměrné náklady ZP na zdravotní péči na 1 pojištěnce.
- Příloha č. 10: Náklady zdravotních pojišťoven dle segmentů péče na 1 pojištěnce.
- Příloha č. 11: Průměrný přepočtený počet zaměstnanců a počet pojištěnců na 1 zaměstnance.
- Příloha č. 12: Průměrný počet pojištěnců zdravotních pojišťoven.
- Příloha č. 13: Grafy vývoje průměrného počtu pojištěnců VZP, ZZP a ZP.
- Příloha č. 14: Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele.
- Příloha č. 15: Seznam otázek pro nemocnice.

Příjmy ZP v systému 60%-ního a 100%-ního přerozdělení v roce 2002

Kód	ZP Název	Příjem po 60% přerozdělení	Příjem po 100% přerozdělení	Rozdíl	% k příjmům
111	VZP	94 912 877 000	97 082 853 894	2 169 976 894	2,29%
201	V ₀ ZP	6 998 411 000	6 673 892 505	-324 518 495	-4,64%
205	HZP	3 922 835 000	3 842 654 294	-80 180 706	-2,04%
207	OZP	6 071 495 000	5 065 488 738	-1 006 006 262	-16,57%
209	ZP ŠKODA	1 560 068 000	1 469 115 683	-90 952 317	-5,83%
211	ZPMV	10 959 814 000	10 503 458 033	-456 355 967	-4,16%
213	RBP	3 264 468 000	3 138 001 221	-126 466 779	-3,87%
217	M-A	3 037 287 000	2 980 336 870	-56 950 130	-1,88%
222	ČNZP.	3 593 785 000	3 565 238 763	-28 546 237	-0,79%
Celkem		20 210 669,15	134 321 040 000	0	0,00%

Zdroj: vlastní výpočty na základě údajů z výročních zpráv ZP za rok 2002

Seznam 27 pojišťoven vzniklých v ČR v průběhu devadesátých let

Kód	Název	Vznik ZP	Likvidace ke dni	Sloučení ke dni	Sloučení se ZP
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	1.1.1992			
201	Vojenská zdravotní pojišťovna ČR	18.2.1992			
202	Hornická zdravotní pojišťovna	1.10.1992	29.2.1996		
203	Železniční zdravotní pojišťovna GRÁL	15.9.1992		1.5.1997	211 ZP MV ČR
204	Pojišťovna Garant-Hospital	15.10.1992	31.12.1996		
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	1.10.1992			
206	Moravská zdravotní pojišťovna	1.10.1992		1.9.1996	213 Revírní bratrská pokladna
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank a pojišťoven	15.9.1992			
208	Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna ATLAS	15.10.1992		1.7.1996	205 Hutnická ZP
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	15.10.1992			
210	Zdravotní pokladna škodováků	1.10.1992	30.4.1996		
211	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	1.10.1992			
212	Stavební zdravotní pojišťovna STAZPO	1.11.1992		1.1.2000	207 OZP
213	Revírní bratrská pokladna	1.2.1993			
214	Regionální zdravotní pojišťovna REZAPO	10.11.1992		1.1.1998	211 ZP MV ČR
215	Moravskoslezská zdravotní pojišťovna IMPULS	1.12.1992		21.11.1995	225 ZP SPORT
216	Zdravotní pojišťovna SALVUS	15.3.1993		1.5.1996	214 ZP REZAPO
217	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	1.6.1993			

218	Zdravotní pojišťovna CRYSTAL	6.9.1993		1.11.1997	201 Vojenská ZP
219	Prostějovská zdravotní pojišťovna	18.3.1994		15.12.1995	225 ZP SPORT
220	Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna PRIMA	13.6.1994		1.3.1996	218 ZP CRYSTAL
221	Mendlova zdravotní pojišťovna	10.6.1994	31.3.1997		
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	24.6.1994			
223	Zdravotní pojišťovna ZEPO	29.9.1994	30.4.1996		
224	Zdravotní pojišťovna RADIX	15.12.1994		20.12.1995	225 ZP SPORT
225	Zdravotní pojišťovna SPORT	15.12.1994	30.4.1996		
226	Zdravotní pojišťovna LEROS	31.3.1995	1.2.1996		ZP nezačala činnost

Seznam zdravotních pojišťoven

111	Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR	www.vzp.cz
	<i>Ing. Jiřina Musílková (ředitelka)</i>	Tel.: 221 751 111
	Praha 3, Orlická 4/2020, 130 00	
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	Internet: www.vozp.cz
	<i>Ing. František Beránek (generální ředitel)</i>	Tel.: 266 311 911
	Praha 3, Drahobejlova 1404/4, 190 03	
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	www.hzp.cz
	<i>Ing. Zdeněk Vrožina, MBA (ředitel)</i>	Tel.: 599 090 909
	Ostrava-Vítkovice, Jeremenkova 11, 703 00	
207	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	www.ozp.cz
	<i>Ing. Ladislav Friedrich, CSc. (gen. řed.)</i>	Tel.: 261 105 111
	Praha 4, Roškotova 1225/1, 140 21	
209	Zaměstnanecká pojišťovna Škoda	www.zpskoda.cz
	<i>Ing. Darina Ulmanová, MBA (ředitelka)</i>	Tel.: 326 818 018
	Mladá Boleslav, Husova 212, 293 01	
211	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR	www.zpmvcr.cz
	<i>Ing. Karel Šatera, MBA (generální ředitel)</i>	Tel.: 272 737 566
	Praha 10, Na Mčáncích 2, 101 00	
213	Revírní bratrská pokladna	www.rbp-zp.cz
	<i>Ing. Lubomír Kaňa (ředitel)</i>	Tel.: 596 256 206
	Slezská Ostrava, Michálkovická 108, 710 15	
217	Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE	www.zpma.cz
	<i>Vladimír Kothera (generální ředitel)</i>	Tel.: 312 249 194, 312 249 553
	Kladno, Čermáková 1951, 272 01	
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	www.cnzp.cz
	<i>MUDr. Jiří Bek (ředitel)</i>	Tel.: 261 387 111
	Praha 2, Ječná 39, 120 00	

Vývoj počtu pojištěnců zdravotní pojišťovny v roce 2002 dle věkové struktury

Věková skupina	Stav k 31. 12. 2001			Stav k 31. 12. 2002			Index 02/01
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	
0-4	147 480	139 693	287 173	140 110	132 623	272 733	0,95
5-9	184 620	174 719	359 339	165 307	156 582	321 889	0,90
10-14	222 972	210 999	433 971	212 380	200 201	412 581	0,95
15-19	229 336	221 097	450 433	220 361	209 357	429 718	0,95
20-24	283 032	263 231	546 263	261 057	241 213	502 270	0,92
25-29	289 973	277 785	567 758	293 436	271 626	565 062	1,00
30-34	244 438	220 516	464 954	246 365	217 252	463 617	1,00
35-39	246 437	222 740	469 177	241 522	214 986	456 508	0,97
40-44	231 087	214 309	445 396	220 268	201 010	421 278	0,95
45-49	273 857	261 488	535 345	262 698	247 408	510 106	0,95
50-54	281 750	278 272	560 022	273 662	266 616	540 278	0,96
55-59	234 449	249 287	483 736	245 514	257 063	502 577	1,04
60-64	167 524	198 664	366 188	172 661	200 617	373 278	1,02
65-69	146 909	194 246	341 155	138 922	183 893	322 815	0,95
70-74	136 131	203 699	339 830	134 042	197 862	331 904	0,98
75-79	98 285	182 613	280 898	96 165	176 951	273 116	0,97
80-84	43 778	94 312	138 090	49 624	107 925	157 549	1,14
85+	31 102	76 488	107 590	29 075	69 994	99 069	0,92
Celkem	3 493 160	3 684 158	7 177 318	3 403 169	3 553 179	6 956 348	0,97

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od ostatních zdravotních pojišťoven
k Pojišťovně

Věkové skupina		I/02	II/02	III/02	IV/02	r. 2002
ř. č.	A	B	C	D	E	F
1	0-4 roky	111	164	109	103	487
2	5-9 let	138	143	117	115	513
3	10-14 let	140	144	99	95	478
4	15-19 let	139	239	305	273	956
5	20-24 let	3 719	3 566	3 661	3 833	14 779
6	25-29 let	495	605	376	615	2 091
7	30-34 let	185	188	161	133	667
8	35-39 let	130	145	119	115	509
9	40-44 let	122	135	83	110	450
10	45-49 let	128	156	125	112	521
11	50-54 let	114	141	116	101	472
12	55-59 let	127	126	90	91	434
13	60-64 let	93	100	73	60	326
14	65-69 let	56	54	40	43	193
15	70-74 let	56	59	50	45	210
16	75-79 let	38	33	25	47	143
17	80-84 let	32	17	23	43	115
18	přes 84 let	33	13	18	34	98
19	Celkem	5 856	6 028	5 590	5 968	23 442

Přehled o pojištěncích, kteří se přehlásili od Pojišťovny
k ostatním zdravotním pojišťovnám

Věkové skupina		I/02	II/02	III/02	IV/02	r. 2002
ř. č.	A	B	C	D	E	F
1	0-4 roky	2 851	3 621	3 381	2 844	12 697
2	5-9 let	3 731	4 564	3 891	3 215	15 401
3	10-14 let	4 521	5 538	4 707	3 633	18 399
4	15-19 let	4 826	5 466	6 082	4 799	21 173
5	20-24 let	7 296	7 205	6 202	6 080	26 783
6	25-29 let	5 844	6 795	5 525	4 868	23 032
7	30-34 let	4 205	5 032	4 105	3 319	16 661
8	35-39 let	3 776	4 221	3 450	2 863	14 310
9	40-44 let	2 840	3 228	2 698	2 034	10 800
10	45-49 let	3 122	3 313	2 762	2 253	11 450
11	50-54 let	2 924	3 303	2 710	2 216	11 153
12	55-59 let	2 459	2 743	2 249	1 694	9 145
13	60-64 let	1 582	1 656	1 496	1 148	5 882
14	65-69 let	1 035	1 234	1 048	887	4 204
15	70-74 let	908	1 072	930	773	3 683
16	75-79 let	562	793	659	553	2 567
17	80-84 let	286	385	345	262	1 278
18	přes 84 let	144	201	187	136	668
19	Celkem	52 912	60 370	52 427	43 577	209 286

Vývoj počtu pojištěnců Pojišťovny v roce 2002 v členění dle okresů ČR

Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 02/01	
	stav k 31. 12. 2001	stav k 31. 12. 2002		
ř. č.	A	B	C	D
1	Praha-město	908 635	848 941	0,93
2	Benešov	69 868	68 931	0,99
3	Beroun	43 555	42 227	0,97
4	Kladno	89 376	86 089	0,96
5	Kolín	81 986	81 063	0,99
6	Kutná Hora	41 491	40 388	0,97
7	Mělník	78 653	76 567	0,97
8	Mladá Boleslav	27 582	26 908	0,98
9	Nymburk	66 076	65 095	0,99
10	Praha-východ	72 767	69 748	0,96
11	Praha-západ	67 224	66 041	0,98
12	Příbram	90 457	88 423	0,98
13	Rakovník	42 828	41 646	0,97
14	České Budějovice	117 180	116 222	0,99
15	Český Krumlov	44 099	43 558	0,99
16	Jindřichův Hradec	71 567	71 081	0,99
17	Pelhřimov	62 735	61 869	0,99
18	Písek	56 165	55 353	0,99
19	Prachatice	36 937	36 334	0,98
20	Strakonice	52 822	52 166	0,99
21	Tábor	63 723	62 098	0,97
22	Domažlice	49 119	48 377	0,98
23	Cheb	65 502	64 735	0,99
24	Karlovy Vary	98 072	97 454	0,99
25	Klatovy	66 974	65 545	0,98
26	Plzeň-město	100 911	96 766	0,96
27	Plzeň-jih	50 573	49 747	0,98
28	Plzeň-sever	50 671	49 260	0,97
29	Rokycany	32 045	31 070	0,97
30	Sokolov	67 631	66 332	0,98
31	Tachov	38 421	37 843	0,98
32	Česká Lípa	81 079	79 714	0,98
33	Děčín	102 020	99 372	0,97
34	Chomutov	103 334	101 877	0,99
35	Jablonec nad Nisou	73 542	72 950	0,99
36	Liberec	128 472	126 391	0,98
37	Litoměřice	92 262	90 880	0,99
38	Louny	73 654	73 016	0,99
39	Most	106 485	104 824	0,98

Okres	Počet pojištěnců VZP		Index 02/01	
	stav k 31. 12. 2001	stav k 31. 12. 2002		
ř. č.	A	B	C	D
40	Teplice	103 041	101 875	0,99
41	Ústí nad Labem	60 734	56 493	0,93
42	Havlíčkův Brod	69 462	67 601	0,97
43	Hradec Králové	100 325	98 815	0,98
44	Chrudim	87 432	85 226	0,97
45	Jičín	61 305	60 905	0,99
46	Náchod	90 257	88 940	0,99
47	Pardubice	129 629	128 214	0,99
48	Rychnov nad Kněžnou	56 971	56 074	0,98
49	Semily	64 125	63 513	0,99
50	Svitavy	90 606	89 923	0,99
51	Trutnov	68 060	66 175	0,97
52	Ústí nad Orlicí	90 501	89 077	0,98
53	Blansko	82 630	81 457	0,99
54	Brno-město	256 549	250 821	0,98
55	Brno-venkov	115 139	112 373	0,98
56	Břeclav	95 029	91 126	0,96
57	Hodonín	104 602	96 675	0,92
58	Jihlava	97 141	96 331	0,99
59	Kroměříž	63 584	61 256	0,96
60	Prostějov	61 710	57 544	0,93
61	Třebíč	95 670	94 487	0,99
62	Uherské Hradiště	101 592	99 256	0,98
63	Vyškov	61 935	59 278	0,96
64	Zlín	171 689	167 893	0,98
65	Znojmo	75 683	74 733	0,99
66	Žďár nad Sázavou	92 849	90 664	0,98
67	Bruntál	65 103	62 556	0,96
68	Frydek-Místek	101 799	97 433	0,96
69	Karviná	134 871	125 501	0,93
70	Nový Jičín	98 757	93 367	0,95
71	Olomouc	89 067	83 581	0,94
72	Opava	110 744	105 067	0,95
73	Ostrava	123 380	115 918	0,94
74	Přerov	102 178	99 891	0,98
75	Šumperk	91 456	88 662	0,97
76	Vsetín	116 475	113 887	0,98
77	Jeseník	28 745	26 859	0,93
	Česká republika	7 177 318	6 956 348	0,97

Saldo příjmů a výdajů celkem včetně zdanitelných ZP - v tis. Kč v letech 1998-2002 (ZPP a skutečnost)

Kód	Zdravotní pojišťovna	1998		1999		2000		2001		2002	
		ZPP	skutečnost	ZPP	skutečnost	skutečnost	skutečnost	ZPP	skutečnost	ZPP	skutečnost
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	2 669 000	-2 785 985	680 102	209 832	-210 885	273 425	163 284	82 593	82 593	-614 462
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	87 444	152 884	38 334	385 099	459 171	67 304	80 495	362 153	362 153	-374 539
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	40 700	118 926	87 330	186 279	150 455	244 371	-79 409	54 966	54 966	42 405
207	OZP bank, pojišťovna a stavebnictví	6 898	412 463	196 665	330 898	488 672	164 425	348 355	60 133	60 133	66 610
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	530	138 157	43 428	57 849	104 650	37 498	67 810	113 568	113 568	-89 560
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	67 221	355 551	119 480	623 526	631 306	-6 844	171 359	61 962	61 962	-151 079
212	Stavební pojišťovna STAZPO	30 600	14 494	23 200	43 035						
213	Revírní bratrská pojišťovna	53 500	177 981	215 940	282 991	204 979	267 627	88 496	107 842	107 842	30 690
217	Zdravotní pojišťovna Metal Alliance	28 500	111 124	37 051	169 124	94 069	117 856	51 241	20 536	20 536	-62 981
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	125 000	33 727	27 629	24 708	84 611	258 694	49 852	101 654	101 654	-53 430
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	440 393	1 515 307	789 057	2 103 509	2 217 913	1 150 931	778 199	882 814	882 814	-591 884
	Celkem zdravotní pojišťovny	3 109 393	-1 270 678	1 469 159	2 313 341	2 007 028	1 424 356	941 483	965 407	965 407	-1 206 346

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR.

Pohledávky zdrav. pojištěnec za plátcí pojistného po lhůtě splatnosti (stav k 31.12.) v tis. Kč v letech 1998-1.pol. 2003

kód	Zdravotní pojišťovna	Pohledávky po lhůtě splatnosti					Meziroční změny v %					Změna 02/98 v %
		1998	1999	2000	2001	2002	2003 pol.	99/98	00/99	01/00	02/01	
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	6 783 689	9 391 234	13 246 655	13 145 700	17 656 203	19 781 257	138,4	141,1	99,2	134,3	260,3
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	140 347	224 474	86 372	112 645	139 593	251 060	159,9	38,5	130,4	123,9	99,5
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	179 964	150 458	448 737	339 607	409 378	453 498	83,6	298,2	75,7	120,5	227,5
207	OZP bank, pojištěnec a stavebnictví	71 894	194 174	533 177	633 832	769 157	936 066	270,1	274,6	118,9	121,4	1 069,80
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	18 456	55 380	110 702	146 811	142 533	176 101	300,1	199,9	132,6	97,1	772,3
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	143 327	169 755	361 420	524 825	681 547	868 166	118,4	212,9	145,2	129,9	475,5
212	Stavební pojišťovna STAZPO	39 246	85 054					216,7				
213	Revírní bratrská pojišťovna	226 035	405 519	435 175	394 316	447 986	478 454	179,4	107,3	90,6	113,6	198,2
217	Zdravotní pojišťovna Metal Alliance	162 086	217 003	310 017	367 576	575 880	617 825	133,9	142,9	118,6	156,7	355,3
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	14 768	101 091	132 478	189 347	192 871	383 983	684,5	131	142,9	101,9	1 306,00
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	996 123	1 602 908	2 418 078	2 708 959	3 358 945	4 165 153	160,9	151	112	124	337,2
	Celkem zdravotní pojišťovny	7 779 812	10 994 142	15 664 733	15 854 659	21 015 148	23 946 410	141,3	143	101,2	132,5	270,1

Pozn. OZP = Oborová zdravotní pojišťovna do r. 1999 vč. OZP bank, od r. 2000 OZP bank, pojištěnec a stavebnictví

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojištěnec za roky 1998, 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Průměrné náklady ZP na zdravotní péči na 1 pojištěnce v Kč dle věkové struktury v letech 2001 a 2002

Věková skupina	Celkem činné ZP		index 02/01 v %	VZP		index 02/01 v %	ZZP		index 02/01 v %
	rok 2001 celkem	rok 2002 celkem		rok 2001 celkem	rok 2002 celkem		rok 2001 celkem	rok 2002 celkem	
0-4	10 480	10 421	99,4	10 565	10 246	97,0	10 432	10 705	102,6
5-9	5 588	5 812	104,0	5 561	5 639	101,4	5 725	6 131	107,1
10-14	5 375	5 704	106,1	5 331	5 557	104,2	5 528	5 977	108,1
15-19	5 953	6 296	105,8	5 929	6 198	104,5	6 081	6 479	106,5
20-24	5 900	6 250	105,9	6 055	6 267	103,5	5 840	6 219	106,5
25-29	6 522	7 245	111,1	6 705	7 186	107,2	6 553	7 346	112,1
30-34	6 599	7 407	112,2	6 719	7 255	108,0	6 801	7 674	112,8
35-39	7 113	7 884	110,8	7 223	7 797	107,9	7 305	8 046	110,1
40-44	8 671	9 179	105,9	9 023	9 109	101,0	8 421	9 317	110,6
45-49	10 847	11 837	109,1	11 076	11 750	106,1	10 814	12 014	111,1
50-54	14 006	15 408	110,0	14 214	15 260	107,4	13 954	15 720	112,7
55-59	17 046	19 147	112,3	17 078	18 935	110,9	17 289	19 629	113,5
60-64	19 151	22 070	115,2	18 914	21 718	114,8	20 193	23 007	113,9
65-69	24 230	27 029	111,6	23 913	26 401	110,4	25 947	29 320	113,0
70-74	27 167	31 553	116,1	26 648	30 895	115,9	30 214	34 542	114,3
75-79	28 802	34 430	119,5	28 169	33 698	119,6	33 290	38 431	115,4
80-84	26 613	36 817	138,3	25 746	36 180	140,5	34 330	41 134	119,8
85+	28 104	34 286	122,0	27 559	33 684	122,2	35 400	40 541	114,5
celkem	11 830	13 203	111,6	12 344	13 796	111,8	10 629	11 931	112,2

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Náklady zdravotních pojišťoven dle segmentů péče na 1 pojištěnce (v Kč) v letech 1998-2002

kód	Zdravotní pojišťovna	Náklady na ambulantní péči v Kč/1 poj.					Náklady na ústavní péči v Kč/1 poj.					Náklady na lázeňskou péči v Kč/1 poj.				
		1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	2 177	2 310	2 428	2 580	2 910	4 991	5 349	5 560	6 182	6 903	237	239	240	251	274
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	2 327	2 408	2 489	2 639	2 987	3 291	3 852	4 247	4 833	5 758	253	288	309	339	365
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	2 181	2 275	2 383	2 594	2 882	4 053	3 926	4 357	4 851	5 519	267	278	283	291	315
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	2 890	3 019	3 034	3 550	3 973	3 542	4 051	4 033	5 003	5 810	306	331	321	375	390
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	1 872	2 101	2 101	2 276	2 616	4 323	5 164	5 411	6 107	6 889	313	298	297	325	361
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	2 365	2 605	2 674	3 034	3 239	3 021	3 492	3 672	4 525	5 033	350	312	369	395	427
212	Stavební pojišťovna STAZPO	2 488	2 069				2 067	2 543				160	176			
213	Revírní bratrská pojišťovna	2 011	2 224	2 424	2 617	3 016	2 798	3 022	3 308	3 652	4 505	178	184	222	244	277
217	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	2 011	2 321	2 514	2 730	3 061	3 103	3 028	3 334	4 317	4 810	199	194	206	228	249
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	2 311	2 333	2 512	2 803	3 046	3 635	3 744	3 928	4 499	4 977	137	167	172	189	201
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	2 311	2 452	2 580	2 871	3 186	3 299	3 645	3 930	4 636	5 311	258	264	293	321	348
	Celkem zdravotní pojišťovny	2 211	2 347	2 471	2 667	2 998	4 559	4 904	5 101	5 719	6 396	242	246	255	272	297

kód	Zdravotní pojišťovna	Náklady na záchrannou službu v Kč/1 poj.					Náklady na léky v Kč/1 poj.					Náklady na oždravovny v Kč/1 poj.				
		1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	56	68	69	79	89	2 245	2 399	2 408	2 648	2 929	11	11	8	8	9
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	55	51	18	49	53	1 998	2 224	2 291	2 528	2 827	9	5	7	7	7
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	75	72	54	47	52	2 106	2 284	2 216	2 381	2 587	5	6	7	7	7
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	21	47	48	57	61	2 139	2 138	2 112	2 395	2 627	5	4	4	5	4
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	12	19	22	26	21	2 122	2 326	2 451	2 633	2 959	9	3	1	1	1
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	34	51	45	47	54	2 062	2 315	2 386	2 699	3 001	7	16	16	24	22
212	Stavební pojišťovna STAZPO	52	48				1 400	1 464				5	6			
213	Revírní bratrská pojišťovna	31	45	38	50	57	1 514	1 700	1 630	1 821	2 023	20	26	23	29	27
217	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	45	40	47	51	47	1 810	1 876	1 944	2 165	2 368	11	13	11	11	10
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	63	60	51	63	69	1 710	1 862	2 059	2 240	2 449	2	2	3	3	3
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	45	51	40	50	54	1 929	2 114	2 184	2 426	2 680	8	10	10	13	12
	Celkem zdravotní pojišťovny	53	64	61	70	78	2 164	2 325	2 345	2 581	2 849	10	10	8	10	10

kód	Zdravotní pojišťovna	Náklady na dopravu v Kč/1 poj.					Náklady na zdravot. prostředky v Kč/1 poj.					Náklady na léč. v zahr. v Kč/1 poj.				
		1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002	1998	1999	2000	2001	2002
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	98	118	121	131	140	251	297	325	357	397	3	2	3	1	0
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	95	104	98	78	89	177	207	229	255	290	1	8	1	1	0
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	28	37	55	64	65	186	213	228	265	289	1	2	0	3	6
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	57	43	54	49	50	169	152	162	219	243	3	1	4	3	1
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	51	66	98	97	97	192	231	269	293	325	0	2	0	0	1
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	53	49	54	59	69	188	173	188	214	224	0	1	0	0	0
212	Stavební pojišťovna STAZPO	53	47				262	274				2	1			
213	Revírní bratrská pojišťovna	85	79	90	108	103	146	172	190	216	256	1	3	1	3	2
217	Zdravotní pojišťovna Metal Alliance	52	47	50	53	61	122	172	193	223	249	0	1	0	0	0
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	76	83	104	109	117	164	170	206	273	308	0	0	0	0	1
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	65	65	72	72	78	175	186	202	237	261	1	3	1	1	1
	Celkem zdravotní pojišťovny	89	104	107	114	120	232	268	291	321	354	2	3	2	1	1

kód	Zdravotní pojišťovna	Náklady na ostat. nákl. v Kč/1 poj. 1998				
		1998	1999	2000	2001	2002
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	63	71	88	107	144
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	30	0	1	2	4
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	31	50	27	7	1
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	14	0	0	0	0
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	55	60	31	27	27
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	11	0	0	0	3
212	Stavební pojišťovna STAZPO	1	0			
213	Revírní bratrská pojišťovna	0	0	0	0	0
217	Zdravotní pojišťovna Metal Alliance	2	1	2	2	0
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	0	0	15	0	0
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	15	7	6	2	3
	Celkem zdravotní pojišťovny	51	54	65	76	99

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Průměrný přepočtený počet zaměstnanců a počet pojištěnců na 1 zaměstnance v letech 2000-2002

kód	Zdravotní pojišťovna	Průměrný přepočtený počet zaměstnanců		Počet pojištěnců/1 zaměstnanec			Změna počtu zam. v %		Změna poč. poj./1 zam. v %	
		2000	2001	2002	2000	2001	2002	01/00	02/01	01/00
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	4 765	4 896	4 911	1 563	1 481	1 435	102,7	100,3	94,8
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	436	435	445	1 248	1 296	1 292	99,8	102,3	103,8
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	194	208	216	1 514	1 458	1 497	107,2	103,8	96,3
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	240	242	257	1 490	1 647	1 791	100,8	106,2	110,5
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	68	68	67	1 675	1 729	1 781	100,0	98,5	103,2
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	531	569	598	1 522	1 530	1 533	107,2	105,1	100,5
213	Revírní bratrská pojišťovna	176	189	200	1 454	1 489	1 519	107,4	105,8	102,4
217	Zdravotní pojišťovna Metal Alliance	146	160	172	1 567	1 577	1 622	109,6	107,5	100,6
222	Česká národní zdravotní pojišťovna*	75	88	106	4 212	3 555	2 927	117,3	120,5	84,4
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	1 866	1 959	2 061	1 564	1 583	1 595	105,0	105,2	101,2
	Celkem zdravotní pojišťovny	6 631	6 855	6 972	1 564	1 510	1 482	103,4	101,7	96,5
										98,1

Pozn. OZP = Oborová zdravotní pojišťovna do r. 1999 vč. OZP bank, od r. 2000 OZP bank, pojišťoven a stavebnictví; * - tato zdravotní pojišťovna má atypickou organizační strukturu; převážná část provozu je zajišťována dodavatelským způsobem

Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

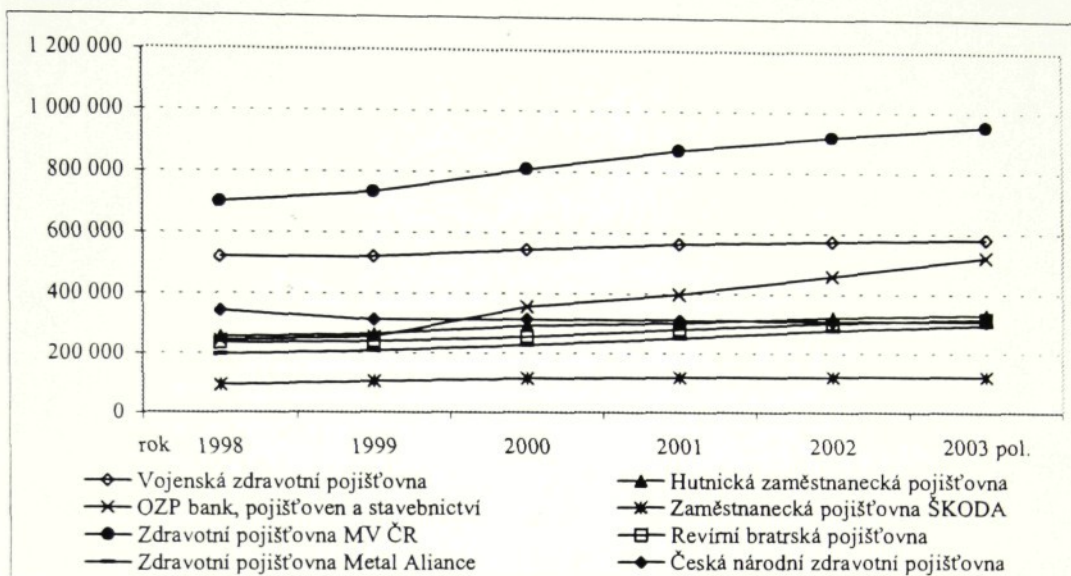
Průměrný počet pojištěnců zdravotních pojišťoven v letech 1998-1. pol. 2003

kód	Zdravotní pojišťovna	1998	1999	2000	2001	2002	2003 pol.	Meziroční změny v %			Změna 02/98 v %
								99/98	00/99	01/00	
111	Všeobecná zdravotní pojišťovna	7 810 796	7 694 834	7 449 569	7 249 981	7 045 953	6 884 054	98,5	96,8	97,3	90,2
201	Vojenská zdravotní pojišťovna	518 188	521 529	544 322	563 738	574 770	582 609	100,6	104,4	103,6	110,9
205	Hutnická zaměstnanecká pojišťovna	256 345	265 520	293 675	303 239	323 365	332 939	103,6	110,6	103,3	126,1
207	OZP bank, pojišťoven a stavebnictví	244 803	256 551	357 533	398 579	460 214	522 160	104,8	139,4	111,5	188
209	Zaměstnanecká pojišťovna ŠKODA	93 336	104 647	113 909	117 566	119 295	120 982	112,1	108,9	103,2	127,8
211	Zdravotní pojišťovna MV ČR	697 823	731 951	808 062	870 639	916 799	953 292	104,9	110,4	107,7	131,4
212	Stavební pojišťovna STAZPO	89 915	77 651					86,4			0
213	Revírní bratrská pojišťovna	233 776	239 798	255 913	281 513	303 785	319 777	102,6	106,7	110	129,9
217	Zdravotní pojišťovna Metal Alliance	196 058	209 270	228 854	252 270	279 040	297 156	106,7	109,4	110,2	142,3
222	Česká národní zdravotní pojišťovna	342 975	313 430	315 894	312 847	310 272	309 552	91,4	100,8	99	90,5
	Celkem zaměstnanecké zdravot. poj.	2 673 219	2 720 347	2 918 162	3 100 391	3 287 540	3 438 467	102	107	106,2	123
	Celkem zdravotní pojišťovny	10 484 015	10 415 181	10 367 731	10 350 372	10 333 493	10 322 521	99,3	99,5	99,8	98,6

Pozn. OZP = Oborová zdravotní pojišťovna do r. 1999 vč. OZP bank, od r. 2000 OZP bank, pojišťoven a stavebnictví

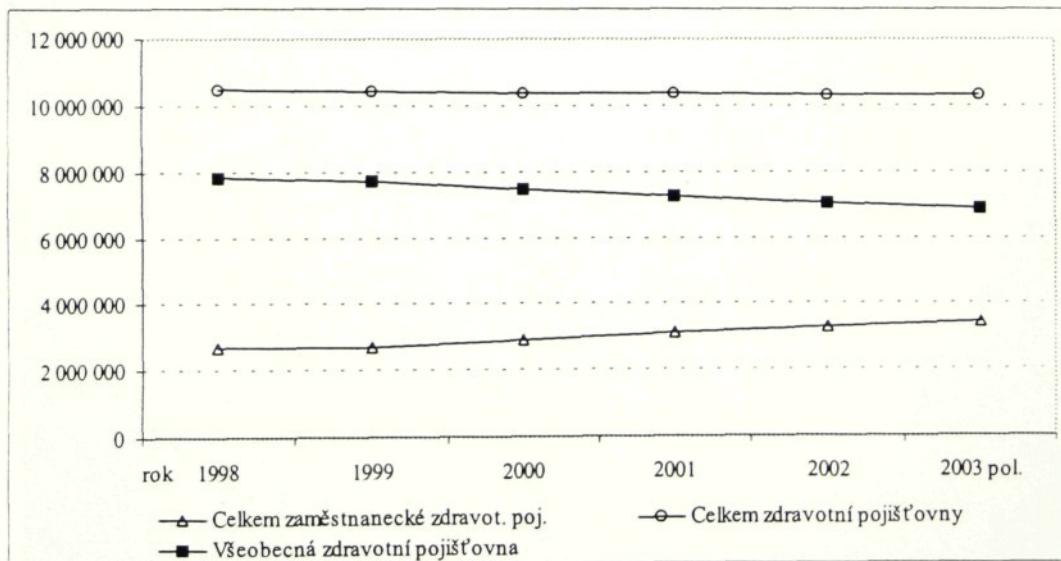
Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR, vlastní výpočet

Vývoj průměrného počtu pojištěnců zaměstnaneckých ZP v letech 1998-1.pol.2003



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR

Vývoj průměrného počtu pojištěnců VZP, ZZPa ZP celkem v letech 1998-1.pol. 2003



Zdroj: Souhrnná hodnocení vývoje hospodaření veřejného zdravotního pojištění za roky 1998, 1999, 2001 a 2002 zpracovaná na základě údajů výročních zpráv a účetních závěrek zdravotních pojišťoven za roky 1998, 1999, 2001 a 2002, MZ ČR a MF ČR

Výdaje na zdravotnictví na jednoho obyvatele v Kč v letech 1990-2001

rok	celkem	v tom		% veřejných výdajů	% soukromých výdajů
		veřejné výdaje	soukromé výdaje		
1990	3 016	2 900	116	96,2%	3,8%
1991	3 834	3 708	126	96,7%	3,3%
1992	4 425	4 221	204	95,4%	4,6%
1993	7 072	6 705	367	94,8%	5,2%
1994	8 361	7 850	511	93,9%	6,1%
1995	9 745	9 032	713	92,7%	7,3%
1996	10 728	9 927	801	92,5%	7,5%
1997	11 541	10 582	959	91,7%	8,3%
1998	12 615	11 585	1 030	91,8%	8,2%
1999	13 122	12 006	1 116	91,5%	8,5%
2000	13 811	12 619	1 192	91,4%	8,6%
2001	15 437	14 104	1 333	91,4%	8,6%

Zdroj: Vývoj finančních ukazatelů makroekonomických a ve zdravotnictví do roku 2001, ÚZIS ČR, 2002

Seznam otázek pro nemocnici

1. Tradice nemocnice.
2. Současný zřizovatel.
3. Smluvní vztah s pojišťovnami.
4. Stavební uspořádání.
5. Možnost vjezdu soukromých aut a parkování.
6. Návštěvní doba, přítomnost doprovodu.
7. Má oddělení pro styk s veřejností?
8. Provádí průzkumy spokojenosti pacientů?
9. Poskytuje duchovní služby?
10. Oborová struktura lůžkové péče, počty lůžek.
11. Personální obsazení oborů.
12. Chirurgické obory, roční počty nejčastějších operací.
13. Programy a operační činnost zvláštního významu.
14. Invazivní nechirurgické programy (typy, počty výkonů).
15. Porody (počty, vedení porodu, možnost přítomnosti otce).
16. Výkony podle pořadníku, čekací doba.
17. Program sledování výskytu nemocničních nákaz.
18. Ambulantní služby (struktura, ordinační hodiny).
19. Průměrná doba hospitalizace podle jednotlivých oborů.
20. Úmrtnost u vybraných skupin.
21. Speciální přístrojové vybavení.
22. Strava (výběr, způsoby podávání).
23. Výzkum (základní, klinický, programy, granty).
24. Výuka (praegradační, postgradační, jiná).
25. Hospodaření nemocnice.
26. Sponzorské příjmy.
27. Spoluúčast pacientů při poskytování nadstandardní péče.