

Právnická fakulta
Univerzita Karlova v Praze
Katedra pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Diplomová práce

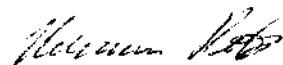
Pluralitní systém ve veřejném zdravotním pojištění

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Jana Zemanová
Zpracovatel: Petr Herman

Praha 2008

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci zpracoval samostatně a že jsem vyznačil prameny, z nichž jsem pro svou práci čerpal, způsobem ve vědecké práci obvyklým.



Petr Herman

V Praze dne 15.dubna 2008

Obsah

	Úvod	3
1.	Obsahové vymezení pojmů	7
2.	Historický vývoj organizace a řízení nemocenského (zdravotního) pojištění	11
2.1.	Vývoj organizace nemocenského (zdravotního) pojištění v období do roku 1945	11
2.2.	Vývoj organizace nemocenského (zdravotního) pojištění po roce 1945, tj. po II. světové válce do roku 1948	15
2.3.	Vývoj organizace sociálního zabezpečení od roku 1952 do znovuzavedení veřejného zdravotního pojištění v roce 1993	18
3.	Reforma zdravotnictví po roce 1989 a zavedení zdravotního pojištění	21
3.1.	Problémy systému - nedostatky	27
4.	Ústavní záruky a právní úprava veřejného zdravotního pojištění	32
4.1.	Právní předpisy upravující veřejné zdravotní pojištění	34
5.	Veřejné zdravotní pojištění a vybrané ekonomické ukazatele	42
5.1.	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky	43
5.2.	Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky	44
5.3.	Hutnická zdravotní pojišťovna	45
5.4.	Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví	45
5.5.	Zdravotní pojišťovna Škoda Mladá Boleslav	46
5.6.	Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra	47
5.7.	Revírní bratrská pokladna	47
5.8.	Zdravotní pojišťovna Metal Aliance	48
5.9.	Česká národní zdravotní pojišťovna	48
6.	Nástin financování zdravotnictví a jeho organizační uspořádání v některých zemích	50
6.1.	K problematice obecně	50
6.2.	Organizace systémů financování zdravotnictví ve vybraných zemích	53
6.2.1.	Slovensko	53
6.2.2.	Rakousko	58
6.2.3.	Německo	59
6.2.4.	Švýcarsko	60
6.2.5.	Maďarsko	61
6.2.6.	Nizozemsko	61
6.2.7.	Velká Británie	62
7.	Vybrané premisy ovlivňující veřejné zdravotní pojištění a jeho organizační uspořádání	64

8.	Úvahy o dalším možném uspořádání veřejného zdravotního pojištění v České republice	72
	Závěr	75
	Přílohy	82
	Příloha č.1 - Přehled organizačního uspořádání nemocenského pojištění - stav před II. světovou válkou	83
	Příloha č.2 - Schematické znázornění organizace a řízení národního pojištění (rok 1948)	85
	Příloha č.3 - Schéma organizace financování zdravotnictví do roku 1993	86
	Příloha č.4 - Schéma organizace financování systému zdravotnictví od roku 1993	87
	Příloha č.5 - Výsledky průzkumu Sociologického ústavu AV ČR	88
	Použitá literatura a právní předpisy	94
	Seznam zkratk	96

Úvod

Zdravotnictví je spolu s dalšími oblastmi sociálního zabezpečení významným politickým a ekonomickým ukazatelem vyspělosti každé země. Obecně lze konstatovat, že národní ekonomiky prakticky všech vyspělých zemí jsou dlouhodobě sužovány rostoucími náklady na zdravotní péči a jejich regulace, respektive tzv. vybalancování k možnostem a skutečným potřebám je velice složité a to nejen v teoretické rovině, ale zejména prakticky. Existuje totiž celá řada faktorů jak uvnitř zdravotnictví, tak i vně tohoto sektoru, které je velice obtížné optimalizovat a uvést do vzájemného souladu se zdroji a potřebami.

Česká republika nepatří a nikdy nepatřila mezi země s vyloženě špatnou úrovní zdravotnictví a jeho financováním, není však bez problémů. Z některých studií vyplývá, že české zdravotnictví patří mezi evropskou špičku v plýtvání finančními prostředky. Průměrný český občan navštíví zdravotnické zařízení cca 16 krát do roka což je dvakrát více než občan Rakouska a nejvíce v celé EU. Na každého našeho občana např. vychází 2,5 pilulky léku denně, což je více než na jednoho občana ostatních zemí EU. Ze studií také vyplývá, že v důsledku nehospodárnosti se v systému utratí zbytečně 20 miliard Kč ročně. Do jaké míry jsou tyto údaje věrohodné nebo absolutně přesné, není za dané situace zcela podstatné. Podstatné je to, že nejen odborníci, ale i běžný občan vidí řadu nedostatků, které vyžadují řešení. Do českého zdravotnictví plyne ročně přes 220 miliard Kč. Za to je poskytována, zejména v největších fakultních nemocnicích a specializovaných centrech, péče srovnatelná s vyspělými evropskými zeměmi. V oborech, jako je např. neurochirurgie, kardiologie, ortopedie ale i onkologie patří přední čeští lékaři mezi špičkové odborníky. Nejsložitější a nejdražší lékařské výkony jsou u nás stejně dostupné jako např. ve Švýcarsku nebo v Německu. Na některé se dokonce čeká kratší dobu než v řadě jiných států. Dovedeme také zajistit očkování téměř všech malých dětí, s čímž souvisí i nejnižší kojenecká úmrtnost ve srovnání se světem. Přesto však Česká republika nedosahuje parametrů zdraví vyspělých států. Bylo by třeba docílit významného snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy, nádorová onemocnění, úrazy a snížit výskyt ostatních závažných onemocnění a faktorů, které je ovlivňují. Prostředků je k tomu celá řada, preventivními opatřeními počínaje, až po změny ve veřejném zdravotním pojištění, organizačním uspořádání zdravotních pojišťoven a uplatňování různých regulačních opatření vůči jednotlivým subjektům ve zdravotnictví a ve veřejném zdravotním pojištění, případně v jiném systému financování této oblasti sociálního zabezpečení. Kromě toho má úroveň zdraví významnou časovou dynamiku a teoretická i reálná hladina zdraví jednotlivce a populace se v prosperujících zemích stále posunuje výš. To vše s vědomím toho, že zdravotnictví jako takové může, podle všech dostupných poznatků, ovlivnit zdravotní stav jen z cca 15% až 20%, a že cca 90% potřeb zdravotní péče představují skupiny onemocnění a zdravotních stavů, které jsou

preventabilní jako jsou nemoci srdce a cév, onkologická onemocnění, metabolické poruchy a poruchy imunity, onemocnění pohybového ústrojí, infekční nemoci, poranění a různé druhy úrazů.

V myšlení lidí, zejména v post komunistických zemích, je stále silně zakotven přístup ke zdravotnictví a zdravotní péči jako k bezplatné službě a to v kterékoliv době a na co nejvyšší úrovni s ohledem na technické vymoženosti a poznání. Tento přístup byl vždy podpořen i platnou právní úpravou, včetně úpravy veřejného zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu je nejen v České republice ale i v řadě jiných zemí velice obtížné nahlížet na zdravotnické služby jako na zboží, které je možné prodávat a nakupovat na volném trhu. To má za následek, že se dlouhou dobu nedařilo zavést progresivnější opatření ve zdravotnictví a v systému financování zdravotní péče, včetně různých regulačních opatření, jako jsou např. poplatky při návštěvě zdravotnického zařízení, při pobytu v nemocnici, za recept, za návštěvu pohotovostní služby apod., které částečně přispívají k regulaci části neodůvodněně čerpané zdravotní péče. To se nakonec projevilo i v prvních měsících roku 2008, kdy byly tyto poplatky zavedeny.

Dalším faktorem jsou objektivně se stále zvyšující náklady na zdravotnictví v důsledku rozvoje nových technologií, zejména diagnostických, nových preparátů a dalších zdravotnických prostředků. Nezanedbatelným faktorem je i stárnutí obyvatelstva, vyšší výskyt chronických onemocnění a obecně se zvyšující nemocnost. Negativně na náklady na zdravotnictví působí i to, že není dostatečně propracován systém motivace k předcházení nemocem. Nepodařilo se dosud také dostatečně definovat, sledovat a vyhodnocovat ukazatele kvality poskytované zdravotní péče a dávat je ve známost. Nejsou vytvořeny podmínky pro funkční ovlivňování předdimenzované sítě zdravotnických zařízení. Často se hradí nadbytečná péče provedená zdravotnickými zařízeními opakovaně, ať již záměrně, nebo v důsledku nedostupnosti výsledků předchozích vyšetření a někdy také i v důsledku účelového chování poskytovatelů této péče. Zdravotní pojišťovny také často nesmlouvávají nadbytečné zdravotnické kapacity a neplní řadu úkolů, které by měly ve svých důsledcích vliv nejen na kvalitu poskytované zdravotní péče ale i na objem finančních prostředků, které do zdravotnictví plynou. Samostatnou kapitolu představují i různé ekonomické vlivy, vlivy komor, tj. sdružení lékařů a farmaceutů a dalších skupin. Nezanedbatelné jsou i vlivy politické. To jsou jen některé faktory, které mají vliv na úroveň zdravotnictví a zdravotního pojištění a ovlivňují jeho uspořádání a fungování ve vzájemných souvislostech. Množství těchto faktorů se často kumuluje a vytváří tlak na další výdaje do zdravotnictví a jeho nehospodárnost. Často se i v poslední době uvádí, že pokud nebude provedena reforma veřejného zdravotního pojištění a důchodového systému, ovlivní to i přijetí eura v roce 2012.

Domnívám se, že přijetím jednak příslušných politických rozhodnutí a následně na to legislativními úpravami současně platné právní úpravy zdravotnických předpisů a předpisů o veřejném zdravotním pojištění by bylo možné dosáhnout zlepšení současného stavu. Dokladem toho jsou změny započaté v roce 2007 a na to navazující úpravy předpisů platné od 1.1.2008. V odborné veřejnosti existuje celá řada dobrých námětů a reálných představ vycházejících jak z dosavadních zkušeností, tak i ze systémů uplatňovaných v jiných zemích, zejména Evropy, které jistě stojí za to, po důkladné analýze, aplikovat.

Systém jedné či více zdravotních pojišťoven, tj. institucionální plurality má v případě správného nastavení významný dopad nejen na vlastní činnost těchto institucí, a na ovlivňování většiny procesů souvisejících s poskytováním a úhradou zdravotní péče a tím i všech subjektů, kterých se zdravotní pojištění dotýká, tj. pojištěnců, zdravotnických zařízení, plátců pojistného a zprostředkovaně i dodavatelů zdravotnické techniky, léků a služeb, personálních opatření ve zdravotnictví apod.

Úkolem této práce je dospět k formulování závěrů, zda stávající pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění je z dlouhodobého hlediska vhodný, nebo zda je třeba ho nahradit systémem jiným a zda je funkční či nikoliv. Pokud ano, pak zda je nutné ho reformovat a jakým způsobem, aby se stal nástrojem k řešení rovnováhy mezi možnostmi státu, nabídkou a poptávkou po zdravotních službách a současně ovlivňoval chování subjektů, které v něm mají své místo.

Diplomovou práci jsem rozdělil do následujících kapitol

Obsahové vymezení pojmů

Tato kapitola obsahuje vymezení některých základních pojmů jako je např. sociální stát, sociální zabezpečení, sociální pojištění, nemocenské pojištění. Je zařazena proto, aby pojmově nemohlo docházet k nejasnostem a nepřesnostem.

Historický vývoj organizace a řízení nemocenského (zdravotního) pojištění

Tato část práce ukazuje historický vývoj nemocenského (zdravotního) zabezpečení na našem území do doby před reformou a znovuzavedením zdravotního pojištění v roce 1992. Hlavní důvod, který mne vedl k zařazení této kapitoly do diplomové práce, byl ten, že jsme měli historicky možnost poznat systém pojištění i direktivní státní systém financování a řízení a porovnat výhody a nevýhody jednotlivých systémů.

Reforma zdravotnictví po roce 1989 a zavedení zdravotního pojištění

Tato část práce se zabývá reformními kroky, které vedly k opětovnému zavedení systému zdravotního pojištění. Je zařazena proto, aby byly patrné důvody, jak politické tak i věcné, které vedly k tomuto kroku.

Ústavní záruky a právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Tato kapitola se zabývá problematikou ústavních záruk veřejného zdravotního pojištění a bezplatného zdravotnictví. Dále obsahuje stručný komentář a popis platných právních předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění.

Veřejné zdravotní pojištění a vybrané ekonomické ukazatele

Tato kapitola obsahuje údaje o hospodaření jednotlivých zdravotních pojišťoven, které působí v České republice. Zařazení této kapitoly do diplomové práce jsem považoval za potřebné proto, aby bylo patrné s jakým objemem finančních prostředků jak celý systém, tak i jednotlivé zdravotní pojišťovny hospodaří. Příjmová a výdajová stránka je pak jedním z hlavních ukazatelů možných reformních kroků.

Nástin financování zdravotnictví a jeho organizační uspořádání v některých vybraných zemích

Uvedená kapitola dává jen stručnou a obecnou představu o systémech financování a organizaci zdravotního zabezpečení v některých vybraných zemích. Zařadil jsem ji do diplomové práce zejména proto, aby bylo zřejmé, že neexistuje univerzální model zdravotního pojištění či jiný systém, který by vyřešil stále se zvyšující náklady na zdravotní péči a zdravotnictví v jednotlivých zemích.

Vybrané premisy ovlivňující veřejné zdravotní pojištění a jeho organizační uspořádání

Tato kapitola vyjmenovává základní atributy, které ovlivňují veřejné zdravotní pojištění a jeho úroveň. Jde o vlivy politické, ekonomické, právní apod. Kapitola dotváří pohled na danou problematiku.

Úvahy o dalším možném uspořádání veřejného zdravotního pojištění v České republice

Tato část diplomové práce naznačuje možnosti dalšího vývoje zdravotního pojištění.

Závěr

V závěru je pak v jednotlivých bodech shrnut můj názor na další kroky související s kultivací systému a jeho pluralitním uspořádáním.

Téma diplomové práce „Pluralitní systém ve veřejném zdravotním pojištění“ jsem si zvolil proto, že problematika zdravotnictví a jeho financování se dotýká každého občana, a každý z nás má zájem na tom, aby mu byla v případě potřeby poskytnuta ta nejkvalitnější zdravotní péče. Málo kdy se však zabýváme otázkou, jak je tato péče finančně nákladná, jaké zdroje jsou k dispozici, kdo a jakým způsobem je rozděluje. Po tolika letech bezplatného zdravotnictví těžko připouštíme, že vedle pojistného na zdravotní pojištění bychom si měli na některou zdravotní péči jakýmkoliv způsobem připlácet a hledat zdravotní pojišťovnu, která bude poskytovat lepší služby. Dalším důvodem bylo to, že prakticky všechny státy světa hledají v posledních několika letech neoptimálnější formy financování a organizace zdravotního zabezpečení a stávající systémy transformují. Většina zemí již otevřeně nejen hovoří, ale uplatňuje to, že zdravotnictví a jeho financování je ekonomický systém, kde jsou prodávající a kupující, a kde se vytváří zisk. Navíc jde i o problematiku zajímavou z hlediska právního (bezplatné zdravotnictví a nově zavedené poplatky, transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, systém dohledu nad zdravotními pojišťovnami a zdravotním pojištěním, tvorba a použití zisku zdravotních pojišťoven apod.). Systém jedné či více zdravotních pojišťoven a jejich postavení v systému patří mezi jednu ze základních otázek reformy v této oblasti.

1. Obsahové vymezení pojmů

Pro potřeby této práce považuji za účelné definovat některé základní pojmy, které zde budou používány. V právní teorii např. platí, že každý právní pojem a pojmenování právního institutu má pro výklad právních norem význam ve své nezaměnitelnosti a jako takový by měl být používán jednotně. Ne vždy se to však beze zbytku daří. Platí to i pro pojem sociální zabezpečení a sociální pojištění. Některé pojmy jsou nejednotně používány a nemají vždy jednoznačný smysl. Obsahově jsou často obtížně vysvětlitelné i v diskusích v rámci EU. Příkladem může být v České republice používaný pojem zdravotní pojištění a v Německu a Rakousku pojem nemocenské pojištění. Tato pojmová neshoda vyplývá historicky z toho, že součástí nemocenského pojištění tam jsou i věcné dávky tj. zdravotní péče. Tak tomu bylo i v bývalém Československu do roku 1952.

Pro účely této práce není třeba vést polemiku o tom, zda v té či oné publikaci nebo studii je pojem přesněji definován. Pojmy proto budou vymezeny a používány tak, jak jsou nejčastěji uvedeny v dostupné literatuře, aby nemohlo dojít k záměně či nejasnostem.

Jedním ze základních pojmů, který bude v této práci používán, je pojem sociální stát a sociální politika. Pod pojmem sociální stát se běžně rozumí stát, který je spoluodpovědný za sociální a hospodářské procesy, které by podle liberálního pojetí měly být ponechány v působnosti občanské společnosti. Sociální stát, zejména jeho varianta označovaná jako stát blahobytu garantuje určitou sociální jistotu pro každého občana a zmenšuje jeho životní rizika v podmínkách tržního hospodářství. Realizace funkcí sociálního státu se uskutečňuje prostřednictvím zákonodárných orgánů, jejichž výstupem je příslušný právní předpis – zákon. Konkrétní právní úprava je výsledkem politického posuzování a mocenských vztahů ve společnosti. V tomto smyslu pojem sociální stát znamená aktivní roli státu, který dbá o zajištění sociálních práv občanů.

S pojmem sociální stát úzce souvisí i pojem sociální politika. Ta je definována a bude i pro účely této práce používána, jako cílevědomá činnost státu, obcí a dalších subjektů za účelem zlepšení podmínek lidí, realizace lidských práv, především sociálních a rozvoje osobnosti každého jednotlivce. Sociální politika se nejčastěji člení na státní sociální politiku, sociální politiku obecní a sociální politiku jiných subjektů. Státní sociální politika je vedle hospodářské politiky jednou z nejdůležitějších součástí politického života země. Kvalitní sociální politika je měřítkem vyspělosti každé země. Sociální politiku nejčastěji deklarují vlády ve svém programovém prohlášení. Sociální politika vždy představuje určitý kompromis, který má harmonizovat různé sociální potřeby jednotlivců a skupin a eliminovat sociální konflikty ve společnosti. Na státní sociální politice se nic významně nemění ani tím, že některé její činnosti se přesouvají do nezávislé veřejnoprávní či dokonce soukromoprávní roviny. Stát však stále vykonává nejen dohled nad takovými institucemi, ale zejména vytváří právní rámec jejich činnosti. V České republice je to typické právě pro oblast zdravotního pojištění, které vykonávají zdravotní pojišťovny, jakožto veřejnoprávní instituce v souladu s právními předpisy a pod významným dohledem státu. Pro úplnost je třeba uvést, že obecní sociální politika je zaměřena především na řešení sociálních problémů v rámci obce, města či regionu.

Dalším z pojmů, který je třeba v této souvislosti zmínit, je i pojem sociální spravedlnost. Sociální spravedlnost je často považována za klíčový princip celé sociální politiky. Je považována za měřítko mezilidských vztahů a za základ právního řádu. Je myšlena jednak jako spravedlnost v právním slova smyslu, tj. soubor právních norem a zásad a dále jako spravedlnost sociální, kterou lze vymezit pravidly, podle nichž jsou ve společnosti rozdělovány prostředky veřejného blahobytu mezi jednotlivé subjekty. Zákonodárství a právní normy tvoří legitimitu sociální spravedlnosti.

Dalším pojmem, který je třeba vymezit pro účely této práce je pojem sociální zabezpečení a sociální pojištění. Definicí pojmu sociální zabezpečení se zabývá ve svých úvodních pasážích téměř každá z teoretických publikací a

učebnic tohoto právního odvětví. Vesměs se autoři shodují na tom, že pojem sociální zabezpečení není v naší ani v zahraniční teorii terminologicky ujasněn a přesně vymezen.¹ Odůvodňuje se to zejména rozdílným historickým a společenským vývojem v této oblasti a rozdílným přístupem a chápáním vztahů a institucí, které přitom vznikají. Dalším důvodem je i významová neurčitost slovních výrazů obsažených v pojmu sociální zabezpečení. Některé publikace uvádějí i takové terminologické spojení jako je sociální bezpečnost. Tato terminologie byla používána v některých zemích západní Evropy a vychází z francouzského „Social Security“. Tento termín se však v našich podmínkách nevžil a nepoužívá se. Současně je třeba uvést, že vymezení tohoto pojmu, zejména po obsahové stránce, není neměnné a vyvíjí se v čase, podle měnících se potřeb, situace a konkrétních podmínek v jednotlivých zemích. Pro účely této práce bude oblast sociálního zabezpečení vymezena jako oblast společenských vztahů, které při sociálních událostech byly v dané společnosti uznány za důvod sociálního zabezpečení, vznikají v souvislosti s tímto zabezpečením a v jeho průběhu. K realizaci těchto vztahů přijímá společnost opatření především v oblasti hmotně právní a procesně právní.

Pojem sociální zabezpečení z hlediska obsahového zahrnuje, a to i podle různých mezinárodních dokumentů, pomoc občanům státu v případě nemoci, nezaměstnanosti, zdravotního poškození a invalidity, pracovního úrazu a nemoci z povolání, ve stáří, v mateřství, rodičovství a při úmrtí živitele. Jednotlivé státy se mohou od tohoto obsahu lišit. Zejména se však odlišují nástroji, respektive způsoby, kterými tato opatření stát realizuje. Nejčastěji je to sociální pojištění, sociální zaopatření, sociální pomoc a sociální služby. Sociální pojištění je státem zavedený povinný finanční systém, kterým se občan sám, nebo někdo jiný občana povinně zajišťuje pro případ sociální události. Sociální pojištění může být základní a doplňkové. Pojem sociální pojištění byl pravděpodobně použit poprvé v Německu. Sociální pojištění se dělí na úrazové pojištění, nemocenské pojištění, zdravotní pojištění, pojištění v mateřství, pojištění ve stáří, pojištění v případě invalidity, pojištění pozůstalých a pojištění v nezaměstnanosti. Pro informaci, ale i pro pozdější formulování závěrů této práce, ocituji v této souvislosti obsah pojmu sociální pojištění, jak byl použit autory publikace 50 let nemocenského pojištění vydané Ústředním svazem nemocenských pojišťoven v roce 1938. Zde se uvádí, že „pod společným názvem sociální pojištění zahrnujeme různé druhy pojištění. Nemocenské, úrazové, invalidní a starobní, pensijní a bratrské či provisiční pojištění, to vše dohromady je pojištění sociální. Jmenuje se tak proto, že má zabezpečit slabší třídy lidské společnosti. Taková činnost se nazývá cizím slovem sociální. Pojištění toto provádějí pojišťovny veřejnoprávní, nad nimiž stát vykonává silný dozor, které však spravují samostatně zástupci pojištěnců a zaměstnavatelů. Na rozdíl od tohoto pojištění nazýváme soukromým pojištěním takové pojištění, kterým se zajišťují jednotlivci sami ve

¹ Např. Československé právo sociálního zabezpečení, vydal Orbis, Praha 1968, dále Třöstler P. a kol.: Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované vydání, Praha, C.H.Beck 2005.

svém soukromém zájmu..... Toto pojištění provádějí soukromé pojišťovací společnosti.“²

Za krátkodobá sociální opatření se považují pojištění v případě nemoci a zdraví, mateřství a nezaměstnanosti. Za dlouhodobé pojištění se považuje pojištění ve stáří, invaliditě a při ztrátě živitele. Základními znaky sociálního pojištění je zejména to, že zákon stanoví

- toto pojištění jako povinné,
- okruh povinné pojištěných osob, tj. osobní rozsah, podmínky vzniku nároku, jeho trvání a výši,
- způsob provádění a jeho organizaci.

Pojem nemocenské pojištění bude v kontextu této práce chápán jako ta část sociálního zabezpečení, která slouží k finančnímu zabezpečení osob v případě vzniku sociální události jako je např. nemoc, těhotenství a mateřství. Nemocenské pojištění je určeno především pro ekonomicky činné občany a vzniká při splnění podmínek přímo ze zákona. Všechny dávky poskytované z nemocenského pojištění jsou dávkami obligatorními.

Dále bude v této práci používán pojem zdravotnictví a veřejné (všeobecné) zdravotní pojištění. Pod pojmem zdravotnictví se rozumí systém zdravotnických služeb a péče o zdraví, včetně systému zdravotnických zařízení a dalších zdravotnických organizací uspořádaných do soustavy, která zajišťuje péči o zdraví. Zdravotnictví produkuje převážně veřejné statky a to v podobě spotřebované zdravotní péče a v podobě investice do zdraví. Pod pojmem veřejné (všeobecné) zdravotní pojištění se rozumí, a bude také v tomto významu pro účely této práce používán, ta část sociálního zabezpečení, která slouží k financování rizik, které představuje nemoc a s ní často spojené vysoké finanční výdaje. Jde o ohodnocení rizika výskytu nemoci a zajištění dostatečného množství finančních prostředků na léčbu výběrem pojistného. V poslední době se často začíná používat termín zdravotní daň. Riziko spojené s rozdílnými náklady na léčbu různých druhů onemocnění je spojováno s počtem pojištěnců a jejich skladbou, zejména věkovou a uplatněním principu solidarity, tj. přerozdělením vybraného pojistného mezi skupinami pojištěnců s vyššími a nižšími příjmy. Dále bude v této souvislosti používán, vedle pojmu veřejné zdravotní pojištění, i pojem soukromé (komerční) zdravotní pojištění. Systém komerčního zdravotního pojištění zahrnuje pojištění veškerých léčebných a preventivních úkonů, které nejsou hrazeny veřejným zdravotním pojištěním. To je založeno, jako jiné typy komerčního pojištění, na hodnocení individuálního rizika nebo rizika menších skupin. Výše pojistného se stanoví pojistně matematickými metodami a vzrůstá např. s věkem nebo v závislosti na zdravotním stavu pojištěnce.³

² Publikace Ústředního svazu nemocenských pojišťoven: 50 let nemocenského pojištění, Praha 1938

³ Eva Dundáčková: Principy pojištění a připojištění, Ekopress – odborné nakladatelství 2005

Občan má tak možnost se pojistit, případně připojistit na různá rizika související se zdravotní újmou.

2. Historický vývoj organizace a řízení nemocenského (zdravotního) pojištění ⁴

Mám-li se zabývat problematikou pluralitního uspořádání veřejného zdravotního pojištění, zhodnotit jeho současný stav a případně navrhnout jeho transformaci do systému jiného, nebo jeho modifikaci, tj. otázkami, které spadají do kategorie organizace a řízení, považuji za účelné se zabývat i historickým vývojem sociálního zabezpečení na našem území. Tento vývoj nepochybně v různých směrech ovlivnil i současný stav veřejného zdravotního pojištění. Navíc tento exkurz umožní i lépe vytipovat problémy a možnosti dalšího vývoje. Není třeba se zabývat rozsahem dávek, jejich konstrukcí a výší, které pojištěnci náležely, a které poskytovaly instituce, jimž byla svěřena péče o člověka. Je však třeba, byť jen faktograficky uvést, jak tato péče vznikala a kdo byl jejím nositelem.

Pro potřeby této diplomové práce je podle mého názoru dostačující následující členění vývoje organizačního uspořádání nemocenského (zdravotního) pojištění

- období do roku 1945,
- období po roce 1945, tj. po druhé světové válce do roku 1948,
- období od roku 1952 do znovuzavedení veřejného zdravotního pojištění v roce 1992.

To jsou hlavní předělové etapy ve vývoji, které ukazují nejen to, že tato oblast sociálního zabezpečení má na území našeho státu dlouholetou tradici, ale současně ukazuje trendy vývoje a možnosti dalšího přístupu zejména z hlediska organizačního uspořádání zdravotního pojištění.

2.1. Vývoj organizace nemocenského (zdravotního) pojištění v období do roku 1945

V předkapitalistických společenských formacích existovala různá řešení pro případ zajištění v nemoci nebo trvalé neschopnosti k obživě. Byla však omezována na skupiny, které stály mimo sféru výrobních vztahů. Výjimku tvořila hornická bratrstva a cechy, které zřizovaly tzv. pokladny s různým

⁴ Slovník veřejného práva Československého, Polygrafia, Brno 1938.

JUDr. Viliam Oreš a JUDr. Jan Koloušek : Organizace a řízení sociálního zabezpečení, Výzkumný ústav sociálního zabezpečení – Sborník prací, Praha 1969

sociálním posláním. V zaměření těchto institucí převládaly formy hmotné pomoci a podpory, protože v té době i lékařská péče byla na relativně nízkém stupni poznání. Kromě toho, a to je zřejmě z hlediska historického podstatnější, byl k dispozici velký rezervoár pracovních sil zejména z vesnic, takže stát nemusel společenskými institucemi pečovat o práce neschopné zaměstnance a obnovovat jejich pracovní schopnost. Naopak již v té době sílil tlak na zabezpečení těch osob, které se podílely na správě státu nebo podniků. Proto v těchto počátcích nacházíme poměrně brzy propracované systémy penzijního zaopatření různého druhu. Státní zájem a zásahy státu se soustřeďovaly i nadále na různé druhy chudinské péče, která byla v roce 1868 zákonem přenesena na obce s domovským právem. Tím byla chudinská péče, kterou až dosud vykonávala církev a vrchnost, prohlášena za část veřejné a obecní správy. Výjimku tvořila pouze právní úprava provedená zákonem z roku 1854, který uložil povinné zřizování bratrských pokladen v dolech a založil tak právní základ samostatného hornického pojištění.

Jako bratrské pokladny v hornictví, byly pokladny na veřejné bázi zřizovány i v cechách a ve formě různých podpůrných spolků v různých průmyslových podnicích (Živnostenský řád z roku 1859). S koncentrací průmyslu a s jeho rozvojem se vytvářely podmínky a předpoklady pro řešení sociálních situací člověka, který byl svojí existencí a existencí rodiny odkázán na mzdu. První právní úprava sociálního pojištění byla provedena v Německu kancléřem Bismarkem a později v Rakousku – Uhersku kancléřem Taafem. V této souvislosti je třeba uvést, že území České republiky bylo od roku 1620 součástí Rakouského a od roku 1867 Rakousko – Uherského císařství. V roce 1918, po skončení první světové války, vznikla samostatná Československá republika. V rámci Rakousko - Uherské monarchie bylo na poměrně malém českém území 70 % ekonomického potenciálu císařství a rovněž v období mezi 1. a 2. světovou válkou patřila tehdejší Československá republika mezi 15 nejvyspělejších zemí světa. Tomuto stupni ekonomického rozvoje odpovídal i zdravotnický systém. Nemocenské pojištění vzniklo v Německu v roce 1883, úrazové pojištění v roce 1884, starobní a invalidní pojištění v roce 1889, důchodové pojištění pro soukromé úředníky v roce 1909, invalidní, starobní a vdovské pojištění pro dělníky v roce 1926.

Právní vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem byly tehdy smlouvou o pronájmu pracovní síly. To ve svých důsledcích znamenalo, že nemohl - li zaměstnanec vykonávat smlouvenou práci, neměl nárok na mzdu. Neměl nárok ani na částečný plat po dobu nemoci nebo úrazu a každá pracovní neschopnost znamenala pro něj a pro jeho rodinu zpravidla dalekosáhlé ekonomické a sociální následky. Bylo to o to závažnější, že nemoc byla spojena s náklady na léčení a léky. Pokud nemoc trvala déle, pak nezbývala jiná pomoc než pomoc přátel nebo pomoc dobročinných spolků. Právní úprava provedená na našem území zákonem č. 33/1888 ř.z., o nemocenském pojištění byla tehdy pokrokem, který zajišťoval existenční jistoty zaměstnanců po dobu těch rizik, které v životě představuje nemoc a úrazy.

Zákon přinesl na tu dobu několik významných opatření. Jedním z nich bylo to, že šlo o pojištění obligatorní, to znamená, že všichni zaměstnanci, kteří patřili do vymezeného osobního okruhu, byli pojištěni přímo ze zákona. Dále zákon zaručoval pojištěncům právní nárok na dávky, tj. bezplatné lékařské ošetřování, léky a léčebné pomůcky, bezplatnou pomoc při porodu, nemocenské při pracovní neschopnosti, peněžitou podporu v šestinedělí, bezplatné léčení v nemocnici a pohřebné. Zde se datují i začátky veřejného zdravotního pojištění. V té době to byly významné výhody a pojištění přineslo pojištěncům jistotu zabezpečení po dobu, po kterou nemohli pracovat a mít příjem ze zaměstnání. Od této doby se také datuje spojení nemocenského a zdravotního pojištění. V některých novějších návrzích reformy zdravotního pojištění, právě s ohledem na tuto historii a některé zahraniční zkušenosti se uvažovalo, zda toto spojení by i dnes pozitivně neovlivnilo výdajovou stránku zdravotního a nemocenského pojištění. Je to odůvodňováno tím, že systém nemocenského pojištění by mohl být lépe kontrolován z hlediska uznávání pracovní neschopnosti a neodůvodněného čerpání dávek podmíněných pracovní neschopností, a že zdravotní pojišťovny by se této kontrolní pravomoci zhostily lépe než státní orgán, tj. Správa sociálního zabezpečení.

Základním organizačním prvkem, podle shora citovaného zákona, byly okresní nemocenské pokladny, které se zřizovaly pro obvod každého soudního okresu. Působnost těchto nemocenských pokladen byla omezena ustanovením, podle kterého jejich členy mohli být jen pojištěnci, kteří byli zaměstnání v jejich obvodech, pokud nebyli pojištěni u pokladny jiného druhu. Pokladnami jiného druhu byly pokladny závodní, stavební, spolkové a tzv. zapsané pokladny pomocné. Prakticky to znamenalo, že okresní pokladny byly příslušné jen pro ty pojištěnce, které jejich zaměstnavatel nepojistil u jiné pokladny. Nemocenské pokladny byly právníckými osobami, byly korporacemi veřejného práva a mohly vydávat závazná rozhodnutí. Poměry každé pokladny upravovaly stanovy vydané podle vzorových stanov. Orgány pokladen byly valná hromada, představenstvo, dozorčí výbor a rozhodčí soud. Pojištěnci měli v představenstvu a v dozorčím výboru 2/3 zástupců, zaměstnavatelé 1/3.

Z historických dokumentů a z pozdějšího hodnocení vyplývá jako největší nedostatek uvedené právní úpravy nemocenského pojištění velká organizační roztržitost. Protože každá nemocenská pokladna byla samostatnou právníckou osobou, znamenalo to, že mohla hospodařit jen v rozsahu příjmů, které tvořily příspěvky pojištěnců a zaměstnavatelů. Uvádí se také, že okresní nemocenské pokladny se zřizovaly pro obvod každého soudního okresu, které byly daleko menší než okresy politické, a že již tím byl dán poměrně úzký okruh působnosti pokladny. Důvodem podle některých historiků mohlo být i to, aby se nevytvářely velké a hospodářsky silné ústavy, které by se mohly stát základnou i pro jiné než oficiální politické zájmy a vlivy. Proto zůstaly zachovány závodní, společenstevní a spolkové pokladny a mohly být i nadále zřizovány tyto pokladny nové. To vedlo k tomu, že např.

z počtu 3 352 pokladen v Rakousku, z toho v Českých zemích 1 878, nemělo ani 50 členů 250 pokladen a 2 190 pokladen mělo méně než 500 členů. To v praxi znamenalo, že tyto malé pokladny nemohly často plnit ani své nejzákladnější povinnosti, protože neměly dostatek finančních prostředků na výplatu zákonných dávek.

Vývoj organizace nemocenského pojištění po roce 1918, tj. po I. světové válce a po vzniku České republiky byl prakticky pokračováním organizačního uspořádání nemocenského pojištění v bývalém Rakousku – Uhersku. Podle dostupných materiálů bylo v té době na území České republiky více než 2 300 nemocenských pokladen. V osvobozeném státě se začaly brzy projevovat tendence směřující nejen ke zlepšení dávkového systému, ale i k odstranění organizační roztržitosti, která měla negativní dopad zejména na pojištěnce. Takový integrační proces byl zahájen již zákonem č. 268/1919 Sb. jímž se mění předpisy zákona o nemocenském pojištění dělníků, kterým byly zrušeny společenstevní pokladny, které neměly alespoň 400 členů a závodní pokladny, s výjimkou závodních pokladen železničních, paroplavebních a některých státních podniků. Současně byl zakázán vznik nových. Spolkovým pokladnám, které neměly alespoň 1 000 členů, bylo odňato právo pojišťovat se zákonným účinkem. Toto opatření znamenalo, že zůstalo „pouze“ 517 nemocenských pokladen. Organizačně byly vytvořeny Svazy nemocenských pokladen, přičemž každá nemocenská pokladna musela být členem některého svazu. Některé další organizační zásahy byly provedeny zákonem č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří, který nabyl účinnosti 1. července 1926. Tímto zákonem bylo zavedeno invalidní a starobní pojištění dělníků. Z hlediska nemocenského pojištění byl název nemocenská pokladna nahrazen názvem nemocenská pojišťovna. Zákon také stanovil, že nemocenské pojišťovny se zřizují pro správní, politický okres, který zahrnoval vždy několik soudních okresů. Nositelem invalidního a starobního pojištění se stala Ústřední sociální pojišťovna, která získala také právo zasahovat do vnitřních věcí nemocenských pojišťoven. Nemocenské pojišťovny však zůstaly i nadále samostatnými právními osobami. Po dalších organizačních úpravách se počet nemocenských pojišťoven snížil na 306. Kromě toho však existovaly i tzv. bratrské pokladny, pojišťovny pro soukromé úředníky, např. První pražská nemocenská pojišťovna, Nemocenská pojišťovna soukromých úředníků a zřízenců apod.

Přehled organizačního uspořádání nemocenského pojištění – stav před II. světovou válkou je uveden v Příloze č. 1.

Od roku 1939, kdy došlo k okupaci našich zemí, zůstala organizace nemocenského pojištění v podstatě stejná jako za první republiky. Téměř u všech nositelů nemocenského pojištění však došlo ke změnám v obvodní působnosti a to s ohledem na odtržení pohraničních oblastí státu. V českých zemích došlo nařízením vlády č. 365/1941 Sb., o nemocenském pojištění

soukromých zaměstnanců ve vyšších službách ke sjednocení nemocenského pojištění soukromých zaměstnanců a z dosud nejsilnější Nemocenské pojišťovny soukromých úředníků a zřízců byla vytvořena Nemocenská pojišťovna soukromých zaměstnanců za současného zrušení První pražské nemocenské pojišťovny a Obchodní a úřednické nemocenské pojišťovny.

Na území bývalého Slovenského štátu zůstala organizace stejná. Později však byla změněna tak, že pojištění bylo sjednocováno nikoliv podle rizik, tj. podle druhů pojištění ale podle stavovské příslušnosti, tj. podle profesí. Tak došlo k vytvoření tří velkých skupin a to dělníci, soukromí zaměstnanci a státní a veřejní zaměstnanci. Po osvobození byl na Slovensku takový stav, že do jednoho celku bylo spojeno nemocenské, invalidní, starobní a úrazové pojištění. Nositelem pojištění byla Robotnická sociální pojišťovna v Bratislavě. Jejími organizačními složkami, bez právní subjektivity, se staly okresní sociální pojišťovny, které byly nástupcem okresních nemocenských pojišťoven. Pro nemocenské a penzijní pojištění soukromých zaměstnanců byl zřízen Penzijní ústav v Bratislavě se svými úřadovny a pro nemocenské pojištění státních a veřejných zaměstnanců byla zřízena Nemocenská pojišťovna veřejných zaměstnanců, také se sídlem v Bratislavě.

Na území, která v té době byla okupována německou mocí, byla zavedena stejná organizace nemocenského pojištění, která platila v Německu.

2.2. Vývoj organizace nemocenského (zdravotního) pojištění po roce 1945, tj. po druhé světové válce do roku 1948

Vývoj organizace nemocenského pojištění na území České republiky po osvobození, tj. po květnu 1945 se nesl ve směru dalšího organizačního sjednocování, ale i dávkových úprav. Myšlenka co nejširšího národního pojištění byla obsažena i v Košickém vládním programu.

Je nepochybné, že organizační uspořádání, které bylo převzato po druhé světové válce, bylo složité a roztržité a neslo všechny znaky několikaleté okupační moci. Jak se již v době okupace uvažovalo o daleko větší organizační jednotnosti, tak po osvobození tyto tendence a zejména argumenty sílily. Integrovaná tendence podporované tehdy Košickým vládním programem byly v organizační sféře jen důsledkem úvah o vytvoření jednotného národního pojištění. Proto se již v roce 1945 uskutečnily některé změny, které signalizovaly budoucí vývoj. Např. v českých zemích v pohraničí byly zřízeny úřadovny sociálního pojištění, které byly nositeli nemocenského pojištění všech zaměstnanců, tj. dělníků, úředníků, horníků i státních zaměstnanců. Jako vrcholná organizace všech nositelů pojištění bylo vytvořeno Ústředí nositelů pojištění v Praze, které bylo zároveň řídicím a dozorčím orgánem nad úřadovny sociálního pojištění v pohraničí.

V organizaci nemocenského pojištění došlo k podstatným změnám. V dělnickém pojištění byly ponechány jen okresní nemocenské pojišťovny. Do nich fúzovaly všechny zemědělské, gremiální, společenstevní a spolkové pojišťovny. Nemocenské pojištění soukromých zaměstnanců zůstalo odděleno v Nemocenské pojišťovně soukromých zaměstnanců a stejně tak nemocenské pojištění veřejných a státních zaměstnanců v tzv. Léčebném fondu veřejných zaměstnanců. Toto organizační uspořádání zůstalo v podstatě zachováno až do vydání zákona č. 99/1948 Sb., o národním pojištění. Tímto zákonem byla vytvořena, jakožto vrcholný orgán, Ústřední národní pojišťovna, která měla své organizační složky a to Národní pojišťovnu v Bratislavě a v okresech okresní národní pojišťovny, kterých bylo v roce 1948 zřízeno celkem 164. Ústřední národní pojišťovna měla postavení veřejnoprávního ústavu pod státním dohledem, který vykonávalo Ministerstvo sociální péče spolu s Ministerstvem financí a na Slovensku Poverenictvo sociální péče spolu s Poverenictvom financí. To znamená, že po přijetí zákona o národním pojištění prakticky všechna odvětví národního pojištění prováděl jeden nositel pojištění a to Ústřední národní pojišťovna.

Zákon výslovně stanovil, že Ústřední národní pojišťovna vykonává svou činnost Ústřednou a svými organizačními složkami, které byly národní pojišťovny (prakticky však jen v Bratislavě) a okresní národní pojišťovny. Zákon dále stanovil, že Ústřední národní pojišťovna svou Ústřednou zejména řídí, organizuje a jednotně upravuje činnost všech složek národního pojištění a dohlíží na ni, vydává směrnice a zásady pro provádění pojištění a řídí pojistně matematickou službu, službu statistickou a hospodářsko-finanční. Dále zákon stanovil, že Ústředna řídí zdravotní službu, tj. léčebnou péči, zřizování a provozování nemocnic, léčeben, ozdravoven, lázní, lékáren apod. Demokratické prvky řízení měly být zajišťovány kolektivními orgány a to sborem delegátů, představenstvem a revizní komisí. Tyto orgány měly poměrně rozsáhlé pravomoci ve všech základních otázkách řízení správy národního pojištění. Zákon vymezoval, jaké pravomoci má sbor delegátů, představenstvo, revizní komise a ředitelství. Mezi významná práva sboru delegátů patřilo např. právo volit z řad pojištěnců, nikoliv však členů sboru delegátů, předsedu a místopředsedu Ústřední národní pojišťovny, ostatní členy a náhradníky představenstva a členy revizní komise. Představenstvo Ústřední národní pojišťovny se skládalo z předsedy, dvou místopředsedů a devíti členů. Představenstvu pak náleželo jmenovat členy odborných komisí, např. zdravotnickou radu, dávkovou komisi, jmenovat členy ředitelství, zřizovat a organizovat okresní národní pojišťovny, vydávat směrnice k finančním záležitostem, služební a disciplinární řád pro zaměstnance, přijímat a propouštět zaměstnance apod.

Revizní komise Ústřední národní pojišťovny byla šestičlenná a byla volena sborem delegátů. Ředitelství Ústřední národní pojišťovny bylo výkonným orgánem Ústřední národní pojišťovny. Bylo pětičlenné a bylo

jmenováno představenstvem. Podobná organizační struktura byla zákonem stanovena i pro Národní pojišťovny, tj. pro Národní pojišťovnu v Bratislavě.

Řídícími orgány okresních národních pojišťoven byly správní výbor, revizní komise a ředitelství. Správnímu výboru náležela správa okresní národní pojišťovny a zejména mu náleželo, pokud jde o vztah k pojištěncům, dbát o provádění léčebné péče v rámci léčebného řádu. Zastupitelské sbory byly voleny přímou a tajnou volbou a to na podkladě kandidátních listin.

Jak schematicky vypadala organizace a řízení národního pojištění je uvedeno v Příloze č. 2.

Z uvedeného je patrné, že součástí systému nemocenského pojištění bylo od jeho vzniku také poskytování zdravotní péče o pojištěné pracovníky, jejich rodinné příslušníky a o důchodce. K tomu účelu zřizovaly nemocenské pojišťovny nebo jejich svazy vlastní ambulantoria, sanatoria a lázeňské domy. Ve svých službách měly kvalifikované lékaře a smlouvami s lékaři zaručovaly svým pojištěncům lékařskou péči, zpravidla na principu svobodné volby lékaře. Na tuto skutečnost, tj. spojení nemocenského a zdravotního pojištění upozorňují proto, že v době znovuzavedení zdravotního pojištění a kdykoli poté bylo toto spojení vždy odmítáno s odůvodněním, že z nemocenského pojištění se poskytují peněžité dávky, zatímco ze zdravotního pojištění dávky věcné. Důvodem bylo také to, že nemocenské pojištění bylo stabilizované nejen z hlediska dávkového a organizačního, zatímco zdravotní pojištění se teprve nově konstitovalo a potýkalo se s celou řadou problémů a nejasností, včetně neujasněné koncepce dalšího vývoje pluralitního uspořádání. Další z obav, zejména Ministerstva práce a sociálních věcí, kterému náleží oblast „dohledu“ nad nemocenským pojištěním byla obava z toho, aby nedocházelo k prolínání finančních prostředků v případě jejich nedostatku, zejména ve veřejném zdravotním pojištění.

Celý tento systém poskytování peněžitých i věcných dávek nemocenského pojištění ale i poskytování zabezpečení ve stáří, při invaliditě a při úmrtí živitele se stal brzy po roce 1948 předmětem nových úvah. Ty, jak vyplývá z různých historických dokumentů, vycházely zejména z toho, že pokrok lékařské vědy a rychlý rozvoj léčebné péče se dostává do rozporu s laickým prvkem řízení a že tato oblast, je-li součástí nemocenského pojištění, ztěžuje rozšiřování preventivně léčebné péče o obyvatelstvo. Ani konstrukce peněžitých dávek nebyla v té době považována za uspokojivou. Tyto nedostatky měly být odstraněny.

2.3. Vývoj organizace sociálního zabezpečení od roku 1952 do znovuzavedení veřejného zdravotního pojištění v roce 1993

Nová právní úprava byla provedena zákonem č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění a zák.č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní péči. Těmito zákony byly vysloveny zhruba tyto zásady

- národní pojištění důchodové se odděluje od pojištění nemocenského,
- stát poskytuje zdravotní péči preventivní a léčebnou jednotně tak, aby zabezpečil plynulou, soustavnou a hodnotnou péči o člověka,
- jednotnou preventivní a léčebnou péči plánuje, organizuje a řídí Ministerstvo zdravotnictví a orgány národních výborů,
- stát poskytuje preventivní a léčebnou péči bezplatně,
- pracující sdružení v Revolučním odborovém hnutí spravují nemocenské pojištění a v něm rozhodují,
- vrcholným orgánem nemocenského pojištění je Ústřední rada odborů,
- pro provádění důchodového zabezpečení se zřizuje Státní úřad důchodového zabezpečení a jako jeho oblastní orgán Slovenský úřad důchodového zabezpečení.

Postupná realizace těchto zásad znamenala rozdělení národního pojištění na tři odvětví a to nemocenské pojištění, zdravotní péči a důchodové zabezpečení. Tím došlo k tomu, že poskytování věcných dávek nemocenského pojištění bylo svěřeno státní zdravotní správě a byl tak současně položen základ pro to, aby se preventivně léčebná péče přeměnila na samostatné základní občanské právo, které nebylo vázáno na pracovní poměr nebo jiný druh pracovní činnosti ale vyplývalo pouze ze vztahu občana trvale bydlícího na území státu a tímto státem, který organizuje uspokojování určitých životních potřeb přímo a bezekvivalentně.

Rok 1952 byl rokem rozložení organizace národního pojištění a jeho veřejnoprávního charakteru a zestátněním sociálního pojištění. Místo jednotné integrované soustavy, jak jsem shora uvedl, došlo k rozdělení do jednotlivých samostatných oblastí s odůvodněním, že jde o důslednější realizaci sociální spravedlnosti.

Z materiálů, z nichž jsem čerpal podklady pro tuto část práce, vyplývají pochybnosti autorů, zda tento krok, který přinesl tak zásadní změnu nejen v organizaci ale i financování sociálního zabezpečení byl pokrokem nebo krokem zpátky. Jisté je, že i politicky byl poplatný době, ve které byl realizován. Na druhé straně je z vývoje organizace nemocenského pojištění patrné, že se každá etapa změn nesla ve snaze organizačně sjednotit provádění nemocenského pojištění a vytvořit větší organizační celky, které by byly schopny hospodářsky dobře fungovat, krýt výkyvy ve vydáních a zajišťovat lékařskou, sanatorní a lázeňskou péči na odpovídající úrovni. Pokud

jde o tyto věcné dávky, zejména sanatorní a lázeňskou péči je třeba uvést, že svazy nemocenských pojišťoven na budování těchto zařízení nejen přispívaly, ale také je vlastnily a provozovaly. Např. podle ročenky sociálně pojišťovacích a léčebných ústavů z roku 1948 nositelé nemocenského pojištění a jejich svazy měly v tomto roce 75 léčebných ústavů a ozdravoven. Stejně tak i nositelé dlouhodobého pojištění budovali a provozovali zařízení, která přispívala ke zlepšení péče o pojištěnce. Např. Ústřední sociální pojišťovna vybudovala Masarykovo sanatorium ve Vyšných Hagách na Slovensku, Všeobecný penzijní ústav pak Léčebný dům Arco v Luhačovicích apod. Opět upozorňuji na to z důvodů, že i otázka vlastnictví a provozování zdravotnických zařízení zdravotními pojišťovnami byla předmětem úvah při znovuzavedení veřejného zdravotního pojištění v roce 1992. Později byla odmítnuta z obavy, že zdravotní pojišťovny by nemohly být dobrými provozovateli těchto zařízení a jako vhodnější varianta byla zohledněna ta, na základě které byla důsledně oddělena správa veřejného zdravotního pojištění od správy zdravotnických zařízení. Trend přetrvává i v současné době, kdy se postupně realizují reformní kroky ve zdravotnictví a ve veřejném zdravotním pojištění.

Mohlo by se zdát, že toto období není z hlediska zaměření této práce významné. Jak jsem již uvedl, došlo k zestátnění národního pojištění. Ústřední národní pojišťovna byla zrušena, úhrady, tj. věcné dávky převzal stát a začal je financovat z daní a státního rozpočtu. Zdravotní péče byla poskytována bez přímých plateb. Ve stejné době byla zestátněna veškerá zdravotnická zařízení. Postupně byly zřízeny krajské a okresní ústavy národního zdraví. Ty se staly i zaměstnavateli zdravotnických pracovníků.

System zdravotnictví tohoto období byl v podstatě následující

- každé administrativní územní jednotce odpovídala pouze jedna zdravotní organizace, tj. okresní ústav národního zdraví a tomu podléhala jednotlivá zdravotnická zařízení a to nemocnice, polikliniky, které soustřeďovaly a zaměstnávaly praktické lékaře, odborné ambulantní specialisty apod.,
- do krajských ústavů národního zdraví byly soustředěny větší a více specializované nemocnice a polikliniky a další zdravotnická zařízení s tzv. nad okresní působností,
- zdravotní péče byla financována ze všeobecných daní. Finanční prostředky plynuly ze státního rozpočtu krajským a okresním národním výborům a ty je pak dále distribuovaly ústavům národního zdraví ve své působnosti,
- Ministerstvo zdravotnictví připravovalo právní předpisy, řídilo zdravotnictví po odborné stránce prostřednictvím sítě hlavních krajských

a okresních odborníků v jednotlivých medicínských specializacích, mělo na starosti hygienický dozor, kontrolu léčiv apod.,

- všichni zdravotničtí pracovníci byli zaměstnanci krajských a okresních ústavů národního zdraví,
- byla pevně stanovena spádová oblast podle místa bydliště pacienta k obvodnímu, tj. praktickému lékaři, poliklinice a nemocnici,
- péče o ekonomicky aktivní občany byla na úrovni primární péče organizována prostřednictvím tzv. závodních lékařů. Tito lékaři byli také zaměstnanci okresních ústavů národního zdraví, ordinovali však zpravidla v ordinacích na závodech a v podnicích výhradně pro tyto zaměstnance,
- neexistovala svobodná volba lékaře,
- všechny zdravotní služby byly poskytovány bezplatně s výjimkou např. zubního zlata a dražších brýlových obracek. To se týkalo i léků. Jako nyní byla určitá škála léků volně v prodeji.

Hodnocení tohoto období z hlediska organizace a systému financování zdravotnictví ze státního rozpočtu z přímých daní a centralizace není ani dnes zcela jednoduché a je spojováno s bývalým politickým uspořádáním. V některých materiálech se uvádí, že nebylo nutné tento systém měnit a nahrazovat systémem veřejného zdravotního pojištění. Uvádí se také, že bylo možné jej upravit obdobně jako je tomu např. ve Velké Británii, kde existuje národní zdravotní služba. Naopak v některých materiálech se uvádí, že tento systém by byl brzdou rozvoje zdravotnictví a uplatnění demokratických prvků. Osobně se domnívám, že byl logickým vyústěním politických změn, stejně jako v jiných odvětvích, a nebylo možné očekávat, že právě zdravotnictví a jeho financování se bude ubírat jiným směrem. I přes názorové rozdíly je možné uvést, že

- zdravotní stav a úmrtnost české populace se od 60. let začala zhoršovat. Nebylo to však pouze zásluhou zdravotnictví a jeho financováním, ale působením celé řady faktorů i mimo oblast zdravotnictví, nezdravým způsobem života počínaje a rozvojem chemizace konče,
- zejména v sedmdesátých a osmdesátých letech trpělo zdravotnictví, v porovnání s aktuálními potřebami a v porovnání s vyspělými zeměmi, nedostatkem finančních prostředků. Zaostávání zdravotnictví bylo často kompenzováno rostoucím počtem lůžek a lékařů, které bylo jedním z ukazatelů úspěšnosti sociální politiky státu,

- eliminace ekonomických stimulů v odměňování vedla k výraznému rozvoji tzv. šedé ekonomiky,
- neexistoval moderní systém hodnocení kvality a efektivity zdravotní péče a to i přesto, že stát měl zdravotnictví plně pod kontrolou,
- technické vybavení přístroji zaostávalo, dovozy nové, moderní techniky byly limitovány nedostatkem finančních prostředků,
- státní monopoli v poskytování služeb eliminoval konkurenci mezi zdravotnickými zařízeními,
- politické a legislativní nastavení negativně ovlivnilo chování občanů týkající se využívání a často i zneužívání bezplatné zdravotní péče.

Schematické znázornění organizace a financování zdravotnictví do r. 1992 je uvedeno v Příloze č. 3.

3. Reforma zdravotnictví po roce 1989 a zavedení zdravotního pojištění

Po politických změnách v roce 1989 byla zahájena celková přeměna zdravotnictví s cílem jeho demokratizace a liberalizace. Začala pracovat skupina expertů pod patronací Ministerstva zdravotnictví, která koncem roku 1990 vypracovala návrh nového systému zdravotní péče. Vláda ji v prosinci tohoto roku schválila a uložila Ministerstvu zdravotnictví ji realizovat. Podle vládního dokumentu byly hlavní zásady této koncepce následující

- nový systém bude součástí globální sociální strategie obnovy a podpory zdraví,
- stát bude garantovat adekvátní zdravotní péči všem občanům,
- zdravotní péče bude poskytována v konkurenčním prostředí,
- obce budou realizovat zásady státní zdravotní politiky na svém území,
- občan bude mít právo na svobodnou volbu lékaře a zdravotnického zařízení,
- monopolní postavení státního zdravotnictví bude odstraněno a převládající formou zdravotní péče se stane zdravotní pojištění,

- základním prvkem veřejného zdravotnictví bude samostatné zdravotnické zařízení,
- těžištěm léčebné péče bude ambulantní léčba, zejména primární zdravotní péče,
- zdravotnictví bude čerpat finanční prostředky z různých zdrojů – státní rozpočet, zdravotní pojištění, prostředky obcí, podniků, obyvatel apod.,
- povinné veřejné zdravotní pojištění bude nedílnou součástí systému zdravotní péče.

Základy nového systému zdravotnictví vznikaly v letech 1991-1993. V tomto období bylo státní zdravotnictví nahrazeno zdravotnictvím pluralitního typu běžného v zemích západní Evropy založeném na povinném pojištění a smíšeném veřejném a soukromém poskytování zdravotní péče. Někdy se tento model označuje jako neobismarkovský.

Pro úplnost je třeba uvést, že historicky existují tři hlavní způsoby financování zdravotnictví⁵ a to Bismarkův zaměstnanecký systém, Beveridgeův univerzální systém a americký liberální (pluralitní) systém. Žádný z těchto systémů se však dnes neuplatňuje jako „čistý“. V každém z nich, při praktickém použití, jsou obsaženy různé varianty. Vedle těchto systémů byl v bývalých socialistických zemích uplatněn i tzv. Semaškův sovětský model. Ten se v podstatě blíží Beveridgeovu systému podle zásady „tři U“ a to univerzalita, unita a uniformita. Univerzalita, zjednodušeně vyjádřeno znamená, že každý občan, nezávisle na profesní situaci, bude chráněn proti všem sociálním rizikům. Unita znamená jednotnost. To znamená, že řízením všech rizik je pověřena jediná správa. Uniformita pak znamená, že každý může využívat pomoci v závislosti na svých potřebách, ať je jeho příjem jakýkoliv. Rozpočet zdravotnictví stanoví stát a jím jsou řízeny veškeré procesy.

Postupně vznikly nové instituce a organizace, které se podílejí na tvorbě a provádění zdravotní politiky. Na základě příslušných zákonů byla založena Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR. Pojištěnci této zdravotní pojišťovny se stali všichni obyvatelé České republiky. V roce 1992, kdy ještě nezačal výběr pojistného, hospodařila Všeobecná zdravotní pojišťovna s prostředky přidělenými ze státního rozpočtu. Z iniciativy poslanců tehdejší České národní rady (zejména MUDr. Lom za Občanskou demokratickou stranu, Ing. Petržílek za Českou stranu sociálně demokratickou) byl, i přes nesouhlas především Ministerstva práce a sociálních věcí, umožněn přijetím zákona č. 280/1992 Sb. vznik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven.

⁵ Institut zdravotní politiky a ekonomiky : Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad, Prosinec 2003

Tato iniciativa se opírala nejen o tradice bývalého systému před rokem 1952, ale snažila se do zdravotního pojištění prosadit pluralitu a konkurenční prvky. Ke konci roku 1994 tak působilo v České republice 23 těchto pojišťoven, v roce 1995 jich bylo již 27. V roce 1998 se jejich počet snížil na 10. V současné době je těchto pojišťoven 8 (9. pojišťovna zahájila činnost od 1. dubna 2008) Tím byl prakticky ve veřejném zdravotním pojištění realizován pluralitní systém. Byly vytvořeny profesní komory a to Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora. Vedle nich vznikly další asociace poskytovatelů zdravotní péče. Krajské ústavy národního zdraví a Okresní ústavy národního zdraví byly zrušeny a zdravotnická zařízení, počínaje nemocnicemi, poliklinikami, až po ordinace praktických lékařů získala právní subjektivitu a ekonomickou samostatnost. To znamená, že se uskutečnila demonopolizace, decentralizace a privatizace poskytované zdravotní péče. Garanci za zdravotní péči jako takovou nese stát. Financování zdravotní péče bylo odděleno od jejího poskytování v roce 1993 zavedením povinného veřejného zdravotního pojištění. Z jeho prostředků financují zdravotní pojišťovny poskytnutou zdravotní péči. Státní rozpočet financuje zejména některé investice a činnost hygienické služby, výzkum apod.

Česká reforma zdravotnictví, jak jsem již shora uvedl, byla nedílnou součástí politických a ekonomických změn v roce 1989. Po uvolnění státní regulace a poté, co zejména nemocnice získaly právní subjektivitu, došlo k masivnímu pořizování nové zdravotnické techniky a technologií. Přes určité nedostatky v jejich alokaci a jejím využívání došlo k modernizaci postupů a také intenzity práce ve zdravotnictví. Ve snaze získat podíl na českém trhu začaly vyvíjet aktivitu mnohé farmaceutické firmy, které přinesly na trh množství nových léků. V rámci nové lékové politiky bylo zaregistrováno několik tisíc nových preparátů. Tyto, na jedné straně pozitivní trendy však znamenaly významné zdražení zdravotní péče a nepřipravenost zdravotních pojišťoven ale zejména státu je regulovat a udržet na optimální úrovni.

Občané získali možnost svobodné volby zdravotnického zařízení - lékaře, nemocnice a dalších zdravotnických zařízení a stát jim garantuje rovný přístup k velice rozsáhlému spektru zdravotnických služeb srovnatelnému s tímto spektrem ve všech vyspělých zemích.

Je však třeba také konstatovat, že tehdy přijímané zákony o veřejném zdravotním pojištění a zdravotních pojišťovnách obsahovaly některá závažná opomenutí. Nedostatečně byl např. upraven vztah zdravotních pojišťoven ke státní správě, včetně kontrolních pravomocí státu, případně jiného dozorového orgánu. Nedostatečně byla rovněž upravena pravidla hospodaření a pravidla sestavování zdravotně pojistných plánů. Systém se postupně měnil tak, že se prohlubovaly finanční problémy (deficit) a zdravotní pojišťovny byly prakticky od svého vzniku postaveny do role platební, místo toho, aby mohly aktivněji působit v oblasti úhrad zdravotní péče, vytváření sítě smluvních zdravotnických zařízení a na samotné chování pojištěnců. Snahy o zlepšení

tohoto stavu se nepodařilo prosadit. Viz. např. tzv. Mackova reforma v roce 1997, která byla ve své podstatě založena na stejném principu jako reforma zahájená Topolánkovou vládou v roce 2007. Naopak sílily tendence posílení vlivu státu a omezování pravomocí zdravotních pojišťoven s cílem postupné likvidace pluralitního uspořádání.

Schéma organizace a financování zdravotnictví, jak vypadalo po roce 1993, je uvedeno v Příloze č. 4.

V současné době působí na území České republiky 9 zdravotních pojišťoven,⁶ které provádějí veřejné zdravotní pojištění. Jsou to

- Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky se sídlem v Praze,
- Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR se sídlem v Praze,
- Zdravotní pojišťovna Metal – Aliance se sídlem v Kladně,
- Česká národní zdravotní pojišťovna se sídlem v Praze,
- Hutnická zaměstnanecká zdravotní pojišťovna se sídlem v Ostravě,
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví se sídlem v Praze,
- Revírní bratrská pokladna – zdravotní pojišťovna se sídlem v Ostravě,
- Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky se sídlem v Praze,
- Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna Škoda se sídlem v Mladé Boleslavi.

Uvedené zdravotní pojišťovny jsou sdruženy ve svazech zdravotních pojišťoven. Všeobecná zdravotní pojišťovna a Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR jsou sdruženy v Otevřeném svazu zdravotních pojišťoven. Ostatní zdravotní pojišťovny jsou sdruženy ve Svazu zdravotních pojišťoven ČR.

Podle stanov Otevřeného svazu zdravotních pojišťoven, jehož zakladatelem je Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky, je jeho předmětem činnosti zajištění a koordinace společného postupu při dohodovacím řízení mezi zástupci svazů zdravotních pojišťoven a zástupci skupinových smluvních zdravotnických zařízení, konaném podle příslušných ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění, jehož cílem je zpracování rámcové smlouvy, a za účelem prosazování ostatních společných zájmů na úseku veřejného zdravotního pojištění. Svaz je otevřen pro všechny zdravotní pojišťovny v České republice a pro jejich sdružení. Svaz nehospodaří s žádným majetkem. Náklady na činnost Svazu, pokud vzniknou, si hradí rovným dílem členové Svazu ze svých prostředků.

Orgány Svazu jsou členská schůze a předseda. Funkci předsedy vykonává vždy jeden z ředitelů pojišťoven. Ředitelé se ve výkonu funkce předsedy Svazu pravidelně střídají po jednom roce a to v pořadí, v jakém

⁶ Od 1. dubna 2008 zahájila činnost další zdravotní pojišťovna Agel.

členové vstoupili do Svazu. Pro řešení odborných otázek zřizuje Svaz odborné pracovní skupiny, do kterých členové Svazu delegují své zástupce.

Svaz zdravotních pojišťoven ČR vznikl dne 15.5.1997 jako nástupnická organizace Sdružení zaměstnaneckých pojišťoven, které bylo ustaveno dne 26.1.1993. Svaz zdravotních pojišťoven je právnickou osobou, občanským sdružením podle ust. § 20f občanského zákoníku a jeho činnost se řídí stanovami. Sídlem Svazu je Praha.

Předmětem činnosti Svazu je zejména hájení společných zájmů zdravotních pojišťoven, tvorba zásad společného postupu pro jednání se státními orgány, zájmovými sdruženími poskytovatelů zdravotní péče, případně pojištěnci a zaměstnavateli ve věcech týkajících se systému veřejného zdravotního pojištění jako celku a účasti zdravotních pojišťoven v tomto systému. Dále se Svaz podílí na přípravě právních předpisů, výkladů a stanovisek dotýkajících se problematiky veřejného zdravotního pojištění, zajišťuje výměnu zkušeností, zastupuje členy Svazu v případech, kde to stanoví zákon nebo kdy se členové dohodnou. Orgány Svazu jsou Rada Svazu, prezident Svazu a dva viceprezidenti a výkonný ředitel. Svaz tvoří dále odborné sekce a to právní, zdravotní, informatiky a sekce pro mezinárodní vztahy. Prezident Svazu a dva viceprezidenti jsou ředitelé zdravotních pojišťoven. Výkonný ředitel je zaměstnancem Svazu. Začátkem roku 2008, v návaznosti na novelu zákona č.48/1997Sb. platnou od 1.1.2008, ustavil Svaz samostatnou odbornou komisi, tzv. lékovou komisi, která zabezpečuje činnosti spojené s procesem stanovování cen a výše úhrad z veřejného zdravotního pojištění, analyzuje situaci v oblasti cen a spotřeby hromadně vyráběných léčivých přípravků, zdravotnických prostředků, stomatologických výrobků a individuálně vyráběných léčivých přípravků. Dále také definuje procesní pravidla tvorby stanovisek k jednotlivým případům projednávaným ve správních řízeních zahájených Státním ústavem pro kontrolu léčiv. Je složena ze zástupců zdravotních pojišťoven sdružených ve Svazu.

Kromě těchto svazů zdravotních pojišťoven bylo z iniciativy zdravotních pojišťoven vytvořeno další sdružení, kterým je Národní referenční centrum zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče (NRC). Jde o zájmové sdružení právnických osob. Cílem zakladatelů bylo vytvořit vyváženou platformu plátců a poskytovatelů zdravotní péče pro správu, vývoj a implementaci klasifikačního systému Diagnosis Related Group (DRG). Jde o nástroj pro řízení, benchmarking a financování lůžkových zdravotnických zařízení. Je to jeden z nástrojů hodnocení kvality účinnosti a nákladovosti poskytování zdravotní péče sloužící současně k motivaci a k efektivnějšímu vynakládání finančních prostředků.

Zakládajícími členy jsou všechny zdravotní pojišťovny v České republice a Sdružení soukromých nemocnic, které sdružuje poskytovatele akutní lůžkové péče.

Činnost Národního referenčního centra je zatím v počátcích. Jeho význam však spočívá v tom, že pojišťovny na sebe vzaly úkol klasifikovat poskytnutou akutní hospitalizační péči v českých zdravotnických zařízeních podle její klinické a nákladové příbuznosti do přiměřeného počtu skupin, stanovit obecné váhy těchto skupin vyjadřující poměr obvyklé spotřeby v jednotlivých skupinách a administrovat činnosti s tím spojené. Pro tyto účely provádí NRC sběr a zpracování dat, sleduje ekonomické ukazatele systému a kvalitu efektivity zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních.

Organizační strukturu tohoto sdružení tvořila Rada NRC, kontrolní komise a ředitel. Rada NRC byla nejvyšším orgánem sdružení složená ze zástupců zdravotních pojišťoven a zástupců zdravotnických zařízení. Kontrolní komise byla pětičlenná. Členy jmenovala a odvolávala Rada NRC. Jejím úkolem bylo garantovat veřejnosti správnost výstupů, tj. že vznikly správným postupem ze správných údajů a podle platné metodiky. Ředitel NRC byl statutárním orgánem a mohl být zároveň jeho zaměstnancem. Prostředky potřebné k provozu získávalo NRC od svých členů. Sdružení zaměstnávalo pouze několik zaměstnanců. Začátkem roku 2008 došlo k transformaci tohoto sdružení na zájmové sdružení právnických osob podle § 20f) a násl. občanského zákona. Předmět činnosti se prakticky nezměnil. Změnila se organizační struktura. Orgány jsou valná hromada, představenstvo, dozorní rada a ředitel.

O tomto zájmovém sdružení se zde zmiňují proto, že zdravotní pojišťovny samy přišly s iniciativou hodnocení kvality zdravotní péče a považují to za jednu z premis kultivace současně platného systému veřejného zdravotního pojištění. Význam NRC nabývá zvláště v poslední době na významu v souvislosti s razantními změnami ve zdravotním pojištění a zdravotnictví připravované vládou v letech 2008 a 2009.

NRC v rámci své hlavní činnosti bude

- vyvíjet, udržovat a poskytovat všechny nezbytné klasifikace a klasifikační systémy sloužící k popisu a klasifikaci zdravotních služeb a okolností jejich poskytování,
- vyvíjet a poskytovat software a metodiky k jejich správnému užívání, včetně školení uživatelů,
- shromažďovat data, vytvářet a spravovat reprezentativní datovou bázi, na základě které by bylo možné kalkulovat relativní nákladové indexy pro klasifikační systémy nebo pro ceníky použité k platbě za službu,
- vyvíjet, definovat a udržovat standardní datové sady pro vykazování různých typů zdravotních služeb, definovat datové rozhraní pro předávání těchto dat

v rámci administrace kontraktů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotnických služeb,

- navrhnout systém ukazatelů charakterizujících kvalitu a efektivitu zdravotní péče a použitelnost těchto efektů v procesu poskytování zdravotní péče.

Podrobněji se o náplni práce této instituce zmiňují záměrně, protože by měla sehrát významnou roli v procesu hodnocení kvality zdravotní péče s dopadem na cenu této péče, smluví vztahy se zdravotnickými zařízeními a v neposlední řadě na profilování se zdravotních pojišťoven v připravovaném konkurenčním prostředí.

Další institucí, která je v systému zdravotního pojištění nezbytná, a která vznikla z iniciativy zdravotních pojišťoven, je Centrum mezistátních úhrad (CMU). Jde o styčný orgán České republiky pro oblast zdravotní péče. Vzniklo v roce 2001 na základě výzvy k založení a následného pověření Ministerstva zdravotnictví. Vznik tohoto orgánu byl nezbytnou podmínkou a předpokladem pro provádění mezinárodních smluv o sociálním zabezpečení a následně i práva Evropských společenství.

CMU je sdružením právnických osob, tj. zdravotních pojišťoven. Nejvyšším orgánem je Rada CMU. Statutárním orgánem je ředitel CMU.

Tato instituce zajišťuje informační servis. Shromažďuje a poskytuje informace o provádění práva Evropských společenství a mezinárodních smluv v oblasti zdravotní péče. Dále zajišťuje poradenství pro české a zahraniční zdravotní pojišťovny a ostatní nositele sociálního pojištění, české pojištěnce, zdravotnická zařízení apod. Zúčtovává náklady na věcné dávky, které obdrželi čeští pojištěnci ve státech Evropské unie a smluvních státech a plní celou řadu dalších úkolů, včetně poskytování právní pomoci v konkrétních případech českým i zahraničním pojištěncům, nositelům zdravotního pojištění, zdravotnickým zařízením a plátcům pojistného.

Všechny tyto instituce mají dnes své významné místo v systému veřejného zdravotního pojištění. Budoucí úvahy Ministerstva zdravotnictví směřují k tomu, aby se staly součástí jedné instituce a to Úřadu dohledu nad zdravotními pojišťovnami, který by měl vzniknout a zahájit činnost od roku 2009.

3.1. Problémy systému - nedostatky

Ještě před necelými dvěma roky se jevila celá oblast zdravotnictví, zdravotního pojištění a jeho organizační uspořádání jako dlouhodobě zásadním způsobem neřešený problém, jak z hlediska politického tak i odborného a praktického. Zdálo se, že i přes vysoký finanční deficit a nesystémové zásahy státu tento stav všem vyhovoval. Pojištěnci – občané byli

spokojení, protože jim byla až do roku 2007 zdravotní péče poskytnuta bez jakéhokoliv finančního příspěví, což mělo za následek možnost návštěvy jakéhokoliv zdravotnického zařízení bez ohledu, zda to bylo nutné či nikoliv. Na pohotovostní službu se také často docházelo proto, že v ordinaci lékaře se dlouho čeká, zatímco na pohotovosti je vyšetření a předepsání léku rychlejší. Jednoduše řečeno šlo o příliš vysokou návštěvnost lékařů a při této příležitosti si pacient zpravidla vždy odnáší předepsaný lék či je vyslán na další lékařské vyšetření, ať již ke specialistovi nebo do laboratoře na vyšetření krve apod. Lékaři předepisují léky od farmaceutických firem, na kterých jsou zainteresováni. Prakticky není hodnocena kvalita zdravotní péče. Zdravotní pojišťovny uzavírají smluvní vztahy se zdravotnickými zařízeními, aniž by znaly kvalitu služeb, které poskytují. Systém zdravotního pojištění, konkrétně Všeobecná zdravotní pojišťovna měla vždy záruku, že stát bude dotovat její deficit. Takovýchto příkladů je celá řada.

Jedním z nejzávažnějších problémů systému veřejného zdravotního pojištění, včetně jeho organizačního uspořádání, je postupné rozevírání nůžek mezi ekonomickými možnostmi a skutečnou spotřebou zdravotnictví a vznik deficitu ve výši několika miliard Kč. To vyvolalo zejména zadlužení Všeobecné zdravotní pojišťovny, které muselo být několikrát řešeno dotacemi státu do systému, a to ať již ve formě tzv. návratných předsunutých plateb do systému přerozdělování ale zejména odkupem nedobytných pohledávek za plátcí pojistného státem. Je to i přesto, že stát dotuje systém finančními prostředky za tzv. státní pojištěnce, což jsou např. nezaopatřené děti, ženy na mateřské dovolené, poživatelé důchodů, nezaměstnaní apod. (§ 7 zákona č. 48/1997 Sb. v platném znění). Do budoucna, pokud by nedošlo k významným systémovým změnám nelze očekávat zlepšení. Minimálně v důsledku stárnutí obyvatelstva bude české zdravotnictví potřebovat stále více finančních prostředků.

Důvody, které za celou dobu vedly k disproporcím mezi ekonomickými možnostmi a skutečnou spotřebou, jak jsem již shora naznačil, lze specifikovat zejména takto

- otevření se světu a snaha vyrovnat se přístrojově, terapeuticky i farmaceuticky sousedním vyspělým státům,
- počáteční nastavení kurzu koruny, zdražující vstupy z importu,
- nedostatečné legislativní nástroje a kontrolní mechanismy efektivity zdravotnického systému,
- nedostatečná zainteresovanost a regulace smluvních vztahů mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče ale i nezkušenost s prvky a nástroji působícími ve veřejném zdravotním pojištění,
- nedostatečná metodická, kontrolní a revizní činnost zdravotních pojišťoven vůči poskytovatelům zdravotní péče,

- nedostatečné regulační prvky na straně nabídky zdravotnických služeb,
- na ekonomických možnostech státu nedostatečně regulované a nesystémové investice do zdravotnictví, nedostatečně regulovaný trh s léky, zdravotní technikou a přílivem nových léčebných metod,
- poskytování zdravotnických služeb velkým počtem zdravotnických zařízení, což vede k jejich nedostatečné specializaci, nevyužití investic a snížení kvality zdravotní péče,
- pozůstatky dřívějšího bezplatného systému v mentalitě lidí a neexistence motivace k účelnému čerpání zdravotní péče,
- nedostatek politické vůle nebo obav problémy řešit.

Další problémy lze spatřovat také např. v tom, že se nepodařilo

- dostatečně rozvinout více zdrojové financování zdravotnictví,
- do systému veřejného zdravotního pojištění zapracovat již v počátcích, tj. při jeho znovuzavedení, spoluúčasť pacientů,
- promítnout, na základě legislativních úprav, konkurenční prvky do systému veřejného zdravotního pojištění a posílit konkurenci zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení směřující k vytváření regulovaného trhu,
- přijmout koncept tzv. minimální sítě zdravotnických zařízení, které budou mít povinně uzavřen smluvní vztah s pojišťovnou, zatímco ostatní budou působit mimo systém,
- dokončit restrukturalizaci lůžkového fondu a snížit jeho rozsah, např. ve prospěch tzv. sociálních lůžek,
- vymezit garantovaný rozsah péče hrazené ze solidárního zdravotního pojištění a otevřít tak prostor pro činnost zdravotních pojišťoven, aby mohly plnit ty nezákladnější funkce tj. nabízet různé druhy pojištění svým pojištěncům jako je tomu u komerčních pojišťoven a neplnit jen funkce výběrčích zdravotního pojištění a plateben zdravotní péče zdravotnickým zařízením,
- stanovit pravidla pro určení a vymáhání nároku pojištěnce na zdravotní služby kryté z veřejného zdravotního pojištění a zlepšit možnosti zdravotních pojišťoven řídit náklady,
- zavést systém hodnocení kvality poskytované zdravotní péče, tzv. Diagnosis Related Group (DRG),
- sjednotit dohled nad zdravotními pojišťovnami a upravit jej jednotnými

pravidly, tj. zákonem,

- v dostatečném rozsahu analyzovat průchodnost změn v systému, které budou mít dopad nejen na pojištěnce, ale zejména na poskytovatele zdravotní péče.

Na několika místech této práce se zmiňuji o tom, že pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění byl vytvořen proto, aby vzniklo konkurenční prostředí, a aby bylo umožněno zdravotním pojišťovnám nabízet svým pojištěncům různé produkty, jako jsou individuální plány řízené péče, pojištění s vyšší spoluúčástí a motivovat pojištěnce ke zdravému životnímu stylu. To, a řada dalších opatření, by umožnilo uplatňovat a rozvíjet různé konkurenční prvky, které by působily ve prospěch rozvoje celého systému. Současně však uvádím, že platná právní úprava tohoto pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění platná do konce roku 2007, ale i v roce 2008 dává jen malý prostor pro tuto konkurenci. Tu všechny zdravotní pojišťovny v rámci daných možností využívají. Spočívá především v tom, že si konkurují v poskytování, respektive úhradě zdravotní péče nad rámec zdravotní péče hrazené ze systému. Jde o preventivní péči označovanou jako rozšířená zdravotní péče nebo jen krátce - „nadstandardy“. Jsou to různé druhy programů pro děti, rodiny s dětmi, ženy apod. Konkrétně jsou to např. příspěvky na plavání, na ozdravné pobyty dětí, očkování proti klíšťové encefalitidě, příspěvek ženám na mamografické vyšetření prsu apod. Na vyšší úrovni je pak dětské úrazové pojištění, které poskytuje Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví ovšem jako komerční produkt komerční pojišťovny Vitalitas, a. s., která je v jejím 100% vlastnictví nebo program Bonus Plus za minimálně čerpanou zdravotní péčí uplatňovaný Českou národní zdravotní pojišťovnou. Tato opatření, ať již působí jako opatření preventivní povahy a současně mají v sobě prvky konkurence, jsou však velice omezené, protože zdravotní pojišťovny mohou tuto péči hradit nikoliv ze základního fondu zdravotního pojištění ale z tzv. fondu prevence, pro který platí přísná pravidla jeho tvorby a užití. Zdrojem tohoto fondu jsou podle zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách pouze finanční prostředky z podílu kladného hospodářského výsledku po zdanění, které nad rámec provádění veřejného zdravotního pojištění uskutečňuje zdravotní pojišťovna v souladu se zákony a svým statutem a dále některé další příjmy jako jsou příjmy z pokut, přírážek k pojistnému a penále. Ty je však možné použít pouze tehdy, jestliže zdravotní pojišťovna hospodaří vyrovnaně. Navíc jde o opatření, která ve skutečnosti slouží k náboru pojištěnců nebo udržení stávajícího pojistného kmene. Z dostupných materiálů jednotlivých zdravotních pojišťoven se mi nepodařilo získat podklady, které by ukázaly, že tato opatření mají z dlouhodobého hlediska vliv na snížení nákladů na poskytnutou zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění.

Významné změny se očekávají s účinností od 1.1.2009, kdy by měl nabýt účinnosti novelizovaný zákon o veřejném zdravotním pojištění, který po

zavedení regulačních poplatků od 1.1. 2008 představuje druhou etapu změn systému zdravotního pojištění a jeho pluralitního organizačního uspořádání. Z hlediska zadání této práce je podstatné, že zdravotní pojišťovny by měly plnit dvě základní funkce. První z nich je, že by měly jako dosud přebírat finanční rizika pojištěnců za jimi spotřebovanou zdravotní péči. Druhou funkcí je nákup zdravotních služeb. Tato představa vychází ze zkušeností aplikovaných v současné době zejména v Nizozemsku, kde od 1.1.2006 platí nový zákon o zdravotním pojištění, který vznikl po mnoholeté diskusi, a který vytváří kompromis mezi sociálním základem a tržní dynamikou.

Soukromé zdravotní pojištění se v České republice uplatňuje zatím minimálně. Česká republika je mezi státy OECD zemí s nejvyšším podílem veřejných zdrojů na financování zdravotnictví, a to téměř 90%. V důsledku značného rozsahu zdravotní péče, která je kryta veřejným zdravotním pojištěním neexistuje zatím pro něj prakticky žádný prostor. V roce 1997 např. došlo k omezení hrazené péče ve stomatologii a podle mého názoru, a ostatně jak naznačují reformní kroky představené Ministerstvem zdravotnictví, bude třeba v tomto směru pokračovat, protože systém by se mohl stát neprofinancovatelný. Lze tedy předpokládat, že soukromé zdravotní pojištění se postupně stane žádaným produktem nejen pro občany, ale i pro pojišťovny z hlediska finančního.

Výše, respektive podíl soukromých výdajů do zdravotnictví je v České republice nízký. Odhaduje se zhruba na 10% výdajů na zdravotnictví. Podrobnější srovnání je uvedeno v příloze č. 5. Soukromé výdaje zahrnují především platby občanů za volně prodejná léčiva, za částečně hrazené léky a prostředky zdravotnické techniky a za některou stomatologickou péči. Dále se jedná o platby za vyšetření a jiné zdravotní výkony, které nesledují léčebný účel, jako jsou různé zdravotně kosmetické výkony, lékařská potvrzení vyžádaná pojištěncem, např. pro vydání zbrojního průkazu nebo řidičského oprávnění apod.

Pro vysvětlení je třeba uvést, že se rozlišují tři základní typy soukromého pojištění a to tzv. substitutive, neboli plné či úplné zdravotní pojištění, které poskytuje pojištění kompletních zdravotních služeb a v plném rozsahu nahrazuje veřejné zdravotní pojištění. Dále je to tzv. complementary, neboli doplňkové zdravotní pojištění, které pojišťuje tu část zdravotní péče, která není veřejným zdravotním pojištěním hrazena vůbec, nebo jen částečně. Dalším typem je tzv. supplementary, tj. zdravotní pojištění, které kryje jiné služby než zdravotní, zajišťuje rychlejší přístup např. k operacím a nabízí pojištěncům širší možnost volby. Komerční pojištění a pojistné produkty soukromého zdravotního pojištění představují samostatnou kapitolu v péči o zdraví, která v řadě věcí souvisí a navazuje na veřejné zdravotní pojištění, ale není předmětem zadání této práce, proto se jí nebudu blíže zabývat. Pokud však dojde k transformaci zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, bude nutné věcně ale zejména legislativně vymezit rozsah oprávnění zdravotních

pojišťoven k tomu, za jakých podmínek bude možné souběžně provádět veřejné zdravotní pojištění a připojištění.

Řešení problémů ve zdravotnictví a ve zdravotním pojištění nelze dnes již hledat ve snižování dosažené úrovně zdravotní péče a samozřejmě kvality. Pokud tedy nechceme jít cestou zvyšování podílu státního rozpočtu na úhradě zdravotní péče, nebo zvyšováním pojistného, které na zdravotní pojištění platí pojištěnci a zaměstnavatelé, existují jen dvě možnosti a to co nejrychleji zefektivnit využití všech finančních prostředků plynoucích do zdravotnictví, nebo snížit rozsah frekvence poskytované zdravotní péče případně kombinace obou těchto možností. K tomu je však třeba mít dostatečnou společnou politickou vůli, dobré legislativní prostředí a funkční organizační a další nástroje, které by vnesly do systému co nejvíce autoregulačních mechanismů tak, aby se stal pokud možno bilančně vyvážený. Právě zde se domnívám, že i pluralitní systém ve veřejném zdravotním pojištění, tj. systém více zdravotních pojišťoven by mohl sehrát významnou úlohu, protože dosavadní státní zásahy měly zpravidla negativní dopad na výdajovou stránku státního rozpočtu nebo se neosvědčily. Z toho vychází i současná strategie reforem obsažená v programovém prohlášení vlády a zejména pak konkrétní reformní opatření připravovaná Ministerstvem zdravotnictví a projednaná vládou v roce 2007.

4. Ústavní záruky a právní úprava veřejného zdravotního pojištění

Pro definování závěrů této práce je třeba se alespoň v obecné rovině zabývat ústavními a právními zárukami veřejného zdravotního pojištění a to proto, že jakékoliv zásadnější zásahy do tohoto systému vždy vyvolávají diskuse o tom, zda jsou v souladu s Ústavou a Listinou základních práv a svobod.

Ústavně zaručená práva občanů obsahuje Listina základních práv a svobod ze dne 9. ledna 1991. Ta se stala součástí právního pořádku České republiky po rozdělení bývalé ČSFR. Podle článku 30 této Listiny mají občané právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří, při nezpůsobilosti k práci jakož i při ztrátě živitele. Podle článku 31 této listiny má každý právo na ochranu zdraví. Dále se v tomto článku uvádí, že občané mají na základě veřejného zdravotního pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky za podmínek, které stanoví zákon. Pokud se dnes v teorii i v praxi zabývají odborníci otázkou, zda veřejné zdravotní pojištění jako systém financování zdravotnictví ano či nikoliv znamená to, že nahrazení stávajícího systému jiným systémem by vyžadovalo změnu ústavního zákona.

Podle komentáře k tomuto článku se ústavně zaručené právo na ochranu zdraví, jak je obsaženo v první větě, vztahuje na každého, tedy na

každou fyzickou osobu. Uvádí se, že jde o právo lidské, nikoliv občanské a souvisí s nezadatelným právem na život. Odpovědný za zajištění tohoto práva je stát. Stát však odpovídá i za ochranu veřejného zdraví, včetně ochrany před epidemiemi a jinými případy přenosných onemocnění a za provádění preventivních hygienických opatření. Péče státu o veřejné zdraví je veřejným zájmem a jednou z jeho základních funkcí.

V případě, že se stát rozhodne nebo rozhodl přenést tuto svoji odpovědnost na někoho jiného, pak tímto jiným subjektem by, podle mého názoru, měla být veřejnoprávní, nezisková instituce, kterou stát pro tyto účely zřídí.

Mám určité pochybnosti, zda veřejné zdravotní pojištění může zajišťovat organizace založená podle obchodního zákona. Uvádím zde tuto úvahu proto, že připravovaná reforma zdravotnictví počítá s transformací zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, stejně jako tomu bylo na Slovensku. Obchodní organizace jsou vytvářeny za účelem dosažení zisku. Ve veřejném zdravotním pojištění tomu tak není, respektive by být nemělo. Forma obchodní společnosti má jistě své opodstatnění v komerčním pojištění a připojištění. K vyslovení těchto pochybností mne vede spíše studium historického vývoje zdravotního pojištění a mezinárodních zkušeností než právní opodstatněnost a obavy o další vývoj veřejného zdravotního pojištění.

Povinnosti státu v ochraně zdraví a právu každého na ochranu zdraví odpovídá i povinnost každého respektovat opatření k ochraně zdraví. Právo na ochranu zdraví má podle principu rovnosti každý, ale při realizaci tohoto práva se přihlíží i k dalším ustanovením ústavních norem v souladu s mezinárodními smlouvami, které demonstrativně vypočítávají opatření k ochraně zdraví. Podle článku 41 Listiny i práv uvedených v článku 31 je možné se domáhat pouze v mezích zákonů, které tato ustanovení provádějí. Podle článku 10 Ústavy, ratifikované a vyhlášené mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, jimiž je Česká republika vázána, jsou bezprostředně závazné a mají přednost před zákonem. Lze se tedy dovolávat tohoto práva pouze v mezích zákonů či mezinárodních smluv závazných ve smyslu citovaného článku 10 Ústavy.

Listina základních práv a svobod dává právo, na základě veřejného zdravotního pojištění, na bezplatnou zdravotní péči a na zdravotní pomůcky, které stanoví zákon. To znamená, že každému občanu přísluší právo, aby vydané zákony stanovily podmínky, na základě kterých se mu dostane zdravotní péče a zdravotní pomůcky. V rozporu s touto ústavní úpravou by byly zákony, které by takový stav nezabezpečily nebo omezily, např. jen na některé občany.

Reforma zdravotnictví a veřejného zdravotního pojištění se stala zejména v roce 2007 a začátkem roku 2008 předmětem sporů mezi vládni

koalici a opozici. Skupina 67 poslanců zastoupená Mgr. Michalem Haškem (ČSSD) se obrátila na Ústavní soud s návrhem na zrušení zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, popř. jeho jednotlivých ustanovení a jednotlivých ustanovení dalších zákonů změněných tímto právním předpisem. V době, kdy jsem zpracovával tuto práci, Ústavní soud České republiky zatím nerozhodl. Nepředpokládám však, že tento návrh bude mít u soudu úspěch.

4.1. Právní předpisy upravující veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění je v České republice upraveno zejména těmito právními předpisy

- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění. Tento zákon byl několikrát novelizován a nahradil od 1.7.1997 zákon č. 550/1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, kterým bylo znovu zavedeno veřejné zdravotní pojištění. Poslední novelizace zákona byla provedena zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů a byly jí v podstatě, s účinností od 1.1.2008, zahájeny reformní kroky ve veřejném zdravotním pojištění. Další novelizace se připravuje a měla by nabýt účinnosti od 1.1.2009. Shora citovaný zákon je základem právní úpravy oblasti veřejného zdravotního pojištění. Specifikou pro tento právní předpis je to, že ačkoliv je pilířem významné oblasti sociálního zabezpečení, byl přijat s časově omezenou dobou účinnosti a to do 31.12.1999. To nasvědčovalo tomu, že byla již v minulosti snaha učinit z něj jakýsi mezistupeň před přijetím principiálně nové právní úpravy. To se však nestalo a pravděpodobně se tak stane v roce 2009, od kdy se počítá nejen se změnou zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, ale i s dalšími významnými změnami, které jsou někdy nazývány jako změny, které by měly dokončit transformaci našeho zdravotnictví z přidělového systému na regulovaný trh.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění kodifikuje základní práva a povinnosti všech účastníků systému veřejného zdravotního pojištění tj. pojištěnců, poskytovatelů zdravotní péče, plátců pojistného, zdravotních pojišťoven i státu a to jak jich samotných, tak i ve vzájemných souvislostech. Zákon je postaven na principu solidarity, samofinancování s příspěvkem státu, práva svobodné volby lékaře, zdravotní pojišťovny a pohybu po systému veřejného zdravotního pojištění, zajištění rovného přístupu ke zdravotní péči a individualizaci pojistného vztahu. Pokud bychom nechtěli zvolit diametrálně jinou formu financování zdravotnictví než veřejné zdravotní pojištění a tím i celého systému je možné tento zákon považovat za základ pro další usměrňování této oblasti žádoucím směrem. Tímto žádoucím směrem se předpokládají čtyři úpravy a to jiná právní forma zdravotních pojišťoven, účinný dohled nad nimi, definice rozsahu a podoby péče poskytované z veřejného zdravotního pojištění a rozdělení zdravotního pojištění na část solidární,

plněnou stanoveným procentem z příjmů, která bude v rámci solidarity podléhat přerozdělení a část individuální, kterou si občan-pojištěnec bude hradit podle typu konkrétního zdravotního plánu (pojistky), který si zvolí, a který mu zaručí přesně stanovený nadstandard.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění doznal s účinností od 1.1.2008 několik zásadních změn, které se sice bezprostředně nedotýkají organizačního uspořádání veřejného zdravotního pojištění ale systém a jeho financování ovlivní. Jedná se zejména o zavedení limitů regulačních poplatků a doplatků na léčiva a potraviny pro zvláštní lékařské účely (§ 16a) a následující zákona). Jde o čtyři základní typy poplatků a to 30,- Kč za návštěvu lékaře, 30,- Kč za výdej léku na předpis, 90,- Kč za návštěvu pohotovosti, 60,- Kč za den pobytu v nemocnici a zavedení limitu 5 000,- Kč.

• Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Také tento zákon byl od přijetí několikrát novelizován. Představuje ucelenou oblast týkající se plateb pojistného na zdravotní pojištění. Předmětem jeho úpravy je oblast práv a povinností, které zákon ukládá, nebo přiznává jednotlivým subjektům účastným plateb pojistného na veřejné zdravotní pojištění. Zákon je konstruován na principu individualizace pojistného vztahu a plateb. Obsahově se jedná podle mého názoru o právní normu v systému veřejného zdravotního pojištění, která je vyhovující a dílčími novelizacemi ji lze přizpůsobit novým potřebám. Zásadnější změny, avšak jen technického rázu, by přicházely v úvahu, pokud by např. neměl být stát nadále plátcem pojistného za tzv. státní pojištěnce a přistupovalo by se k zástupné platbě nebo v případě, že by došlo k tomu, že by pojišťovny evidovaly platby od zaměstnavatelů za jednotlivé pojištěnce a povinností zdravotní pojišťovny by bylo vést individuální (osobní) účet pojištěnce. V rámci první etapy reformy zdravotnictví a zdravotního pojištění, s účinností od 1.1.2008, byla novelou tohoto právního předpisu, zejména stanovena maximální výše vyměřovacího základu pro platbu pojistného a to na čtyřicetiosminásobek průměrné mzdy. Jde o opatření, které je běžné v řadě zemí a znamená, že pojištěnci s vysokými příjmy neplatí pojistné na zdravotní pojištění z částky, která přesahuje určitou hranici.

• Zákon č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně a zák. č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Oba tyto právní předpisy byly několikrát novelizovány. Upravují vznik zdravotních pojišťoven a to Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a tzv. zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. To znamená, že uzákonily pluralitu v organizaci veřejného zdravotního pojištění. Dále upravují vztahy zdravotních pojišťoven vůči státu, orgánům státní správy, jejich organizační uspořádání, hospodaření apod. Přestože oba zákony upravují shodnou problematiku pro subjekty, které mají v systému veřejného zdravotního pojištění totožné úkoly, v průběhu jejich účinnosti doznaly častými novelizacemi různé podoby. Důsledkem je dnešní odlišné postavení

Všeobecné zdravotní pojišťovny od zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven působících v České republice. Někdy byly tyto rozdíly zdůvodňovány tím, že Všeobecná zdravotní pojišťovna je pojišťovnou „státní“, zatímco ostatní, zaměstnanecké zdravotní pojišťovny jsou tu jaksi navíc a je jen otázkou času, kdy bude třeba dořešit jejich postavení v systému, případně se sloučí mezi sebou či se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou nebo se z nich stanou subjekty, které budou zajišťovat jen komerční zdravotní pojištění. K provedení obou citovaných právních předpisů byla přijata řada prováděcích předpisů. Pro účely této práce považují za potřebné oba právní předpisy podrobněji komentovat.

Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky byla zřízena zákonem č. 551/1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně. Tento zákon v úvodních ustanoveních stanoví, že se zřizuje Všeobecná zdravotní pojišťovna se sídlem v Praze a dále, že provádí všeobecné zdravotní pojištění, pokud jej neprovádějí resortní, oborové, podnikové a další zdravotní pojišťovny. V těchto základních ustanoveních se dále stanoví, že pojišťovna je právnickou osobou, v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost vyplývající z těchto vztahů. Tato právní úprava založila vznik Všeobecné zdravotní pojišťovny zákonem, zatímco zaměstnanecké zdravotní pojišťovny musí splnit speciální podmínky a získat k provozování veřejného zdravotního pojištění státní souhlas. V případě novelizace tohoto zákona a zákona č. 280/1992 Sb. by bylo vhodné sjednotit podmínky pro vznik zdravotních pojišťoven, případně přijmout jeden zákon, který by sjednotil institucionální úpravu veřejného zdravotního pojištění. S takovouto kodifikací v rámci navrhovaného nového organizačního uspořádání Ministerstvo zdravotnictví počítá a pracuje na ni.

Zákon dále vymezuje některé další činnosti, které Všeobecná zdravotní pojišťovna vykonává. Je to především zprostředkování úhrady za výkony závodní preventivní péče zaměstnancům, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči. Toto ustanovení se v praxi nevyužívá. Nevyužívá se ani u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven s výjimkou Vojenské zdravotní pojišťovny České republiky, která spravuje tzv. vojenské fondy, které mají obdobný charakter.

Část druhá zákona upravuje hospodaření pojišťovny. Jak Všeobecná zdravotní pojišťovna, tak i zaměstnanecké zdravotní pojišťovny hospodaří tzv. fondově. Pojišťovna zřizuje základní fond zdravotního pojištění, jehož zdrojem jsou především platby pojistného. Dále zřizuje rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond majetku a fond reprodukce majetku. Toto jsou fondy, které pojišťovna zřizuje ze zákona. Kromě nich může fakultativně zřizovat další fondy a to fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče a fond prevence. Fondové hospodaření bylo zavedeno proto, aby nemohlo docházet k neodůvodněnému čerpání finančních prostředků na jiné činnosti než na ty, které pojišťovna zajišťuje a aby nebyly vynakládány

nehospodárně např. na platy zaměstnanců, investice do budov a jiných zařízení případně na sociální opatření ve prospěch vlastních zaměstnanců. Podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů Všeobecné zdravotní pojišťovny ale i ostatních zaměstnaneckých pojišťoven je stanoveno prováděcím předpisem vydaným Ministerstvem financí po projednání s Ministerstvem zdravotnictví (vyhláška č. 418/2003 Sb., kterou se stanoví podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů fondů veřejného zdravotního pojištění, zdravotních pojišťoven, podmínky jejich tvorby užití, přípustnosti vzájemných převodů finančních prostředků a hospodaření s nimi, limit nákladů na činnost zdravotních pojišťoven krytých ze zdrojů základního fondu včetně postupu propočtu tohoto limitu, v platném znění). I tento právní předpis obsahuje některé odlišnosti úpravy platné pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

Z hlediska obsahového zaměření této diplomové práce je také třeba uvést podrobnější údaje týkající se organizačního uspořádání, respektive organizační struktury Všeobecné zdravotní pojišťovny. Tato organizační struktura doznala některé změny. Podle dnes platné právní úpravy tvoří organizační strukturu pojišťovny Ústředí, krajské pobočky a to zpravidla jedna pro vyšší územní samosprávný celek a další územní pracoviště. Cílem tohoto organizačního uspořádání bylo redukovat počet okresních pojišťoven a to v době, kdy bylo nutné řešit zadluženost této pojišťovny a snížit její režijní náklady. Krajské pobočky a územní pracoviště nemají právní subjektivitu, jednají a vykonávají činnost jménem pojišťovny. Organizací Ústředí, územní působnost a úkoly krajských poboček a územních pracovišť upravuje organizační řád pojišťovny.

Ústředí řídí činnost organizačních složek pojišťovny, realizuje rozhodnutí správní rady a plní další úkoly související s prováděním veřejného zdravotního pojištění. Statutárním orgánem je ředitel pojišťovny, kterého jmenuje a odvolává správní rada pojišťovny. V této věci došlo od 1.1.2008 i k novelizaci zákona. Před tímto datem ředitele pojišťovny volila a odvolávala Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky. Je volen na dobu čtyř let. V čele krajských poboček jsou ředitelé, které jmenuje a odvolává ředitel pojišťovny.

Orgány pojišťovny jsou Správní rada a dozorčí rada. Prostřednictvím těchto orgánů je zajišťována účast pojištěnců, zaměstnavatelů a státu na řízení a správě veřejného zdravotního pojištění. Zákon stanoví, kdo a za jakých podmínek může být členem těchto samosprávných orgánů pojišťovny a po jak dlouhou dobu. V této souvislosti je třeba uvést, že správní a dozorčí radě náleží významné pravomoci, prostřednictvím nichž je prováděn dohled nad činností této veřejnoprávní instituce. Správní rada např. rozhoduje o schválení organizačního řádu, schvaluje zdravotně pojistný plán, účetní závěrku a výroční zprávu, schvaluje objem úhrad zdravotnickým zařízením, zásady smluvní politiky se zdravotnickými zařízeními, nákup nemovitostí, použití prostředků rezervního fondu a dále rozhoduje o dalších důležitých věcech,

kteří si vyhradí. Dozorčí rada dohlíží na dodržování právních předpisů a vnitřních předpisů zdravotní pojišťovny. Kontroluje celkové hospodaření pojišťovny. Za tím účelem jsou její členové oprávněni nahlížet do účetních dokladů a zjišťovat stav hospodaření.

Uvedená právní úprava odpovídá dnešnímu stavu tak, aby činnost Všeobecné zdravotní pojišťovny byla pod přiměřeným dohledem a aby pojišťovna plnila úkoly, které jí v systému veřejného zdravotního pojištění náleží. Je možné konstatovat, že tento právní předpis lze z hlediska organizace a z hlediska plnění kontrolních funkcí zástupců státu, pojištěnců a plátců pojistného považovat za odpovídající současnému postavení zdravotní pojišťovny v systému zdravotního pojištění. Transformace zdravotní pojišťovny na akciovou společnost bude mít samozřejmě dopad i na organizační uspořádání a postavení orgánů pojišťovny.

• Zákon č. 280/1992 Sb., resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovných upravuje postavení, organizaci, hospodaření a úkoly zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Tento zákon, obdobně jako zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně upravuje vznik, činnost a zánik resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven a jejich vztah ke Všeobecné zdravotní pojišťovně. Zákon vymezuje druhy zaměstnaneckých pojišťoven. Stanoví, že resortní zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění pro zaměstnance všech organizací založených nebo zřízených jedním ministerstvem anebo podléhají ucelené části tohoto ministerstva. Oborovou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění pro zaměstnance jednoho oboru. Podnikovou zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou je pojišťovna, která provádí všeobecné zdravotní pojištění zejména pro zaměstnance jednoho, nebo více podniků. Další zaměstnaneckou zdravotní pojišťovnou je pojišťovna s meziresortní a mezioborovou působností. Při koncipování tohoto zákona se vycházelo z toho, že pojišťovny budou určeny pouze těm pojištěncům, pro něž byly vytvořeny. Staly se však pojišťovnami otevřenými a jsou dnes povinny ze zákona přijmout každého pojištěnce, který se k nim přihlásí.

Jak jsem již uvedl v části týkající se Všeobecné zdravotní pojišťovny, musí být ke vzniku zaměstnanecké zdravotní pojišťovny státní souhlas, respektive povolení. Toto povolení vydává Ministerstvo zdravotnictví po vyjádření Ministerstva financí. K vydání souhlasu musí žadatel předložit takové podklady, jako je předpokládaný název a sídlo zdravotní pojišťovny, rozbor předpokládaných příjmů a výdajů, závazek, že uhradí náklady spojené se založením pojišťovny a způsob zajištění splnění tohoto závazku, banku, která povede pro pojišťovnu správu finančních prostředků. Dále zákon požaduje, závazek, že zaměstnanecká zdravotní pojišťovna dosáhne do jednoho roku od založení nejméně 50 000 pojištěnců. Před podáním žádosti o zřízení zdravotní

pojišťovny a provádění veřejného zdravotního pojištění, musí žadatel složit kauci ve výši 50 milionů Kč.

Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna je právnická osoba, stejně jako Všeobecná zdravotní pojišťovna, která v právních vztazích vystupuje svým jménem, může nabývat práv a povinností a nese odpovědnost, které z těchto vztahů vyplývají. Zdravotní pojišťovna je nositelem všeobecného zdravotního pojištění pro všechny pojištěnce, kteří jsou u ní zaregistrováni. Zaměstnanecká pojišťovna se zapisuje do obchodního rejstříku.

Zákon podrobně upravuje zánik a zrušení zaměstnanecké pojišťovny. Zaměstnanecká pojišťovna zaniká ke dni výmazu z obchodního rejstříku. Tomuto výmazu musí předcházet její zrušení bez likvidace, případně s likvidací. Bez likvidace se zaměstnanecká zdravotní pojišťovna zrušuje sloučením se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou nebo splynutím, případně sloučením s jinou zaměstnaneckou pojišťovnou. Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně zrušení této pojišťovny neupravuje.

Ministerstvo zdravotnictví může odejmout zdravotní pojišťovně povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění a to tehdy, jestliže opatření, která toto ministerstvo pojišťovně uložilo, nespĺnila svůj účel a tento účel nemohl být splněn ani zavedením nucené správy. Dalším důvodem odejmutí povolení k provádění všeobecného zdravotního pojištění může být, že vláda opakovaně neschválila zdravotní pojišťovně zdravotně pojistný plán nebo výroční zprávu, nebo nucená správa nespĺnila svůj účel.

Rozsah činnosti upravuje tento zákon tak, že zaměstnanecká zdravotní pojišťovna poskytuje vedle veřejného zdravotního pojištění i další smluvní zdravotní pojištění a připojištění přesahující rámec potřebné zdravotní péče pro okruh pojištěnců předem určený ve zdravotně pojistném plánu. Tato úprava, pokud jde o smluvní zdravotní pojištění je v současné době nepraktická, respektive prováděcí vyhláška Ministerstva financí č. 418/2003 Sb., v platném znění takový postup neumožňuje. Zaměstnanecká zdravotní pojišťovna, stejně jako Všeobecná zdravotní pojišťovna může zprostředkovávat úhradu zdravotní péče a specifické zdravotní péče zaměstnancům, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči. Zákon o zaměstnaneckých zdravotních pojišťovnách obsahuje také ustanovení, podle kterého Vojenská zdravotní pojišťovna ČR zprostředkovává úhradu zdravotní péče hrazené Ministerstvem obrany podle zvláštního právního předpisu. Jde především o úhradu preventivní péče poskytované vojákům. Tato péče je hrazena z rozpočtu kapitoly Ministerstva obrany. Vojenská zdravotní pojišťovna zde plní funkci správce těchto prostředků a hradí z nich poskytnutou péči zdravotnickým zařízením, se kterými má uzavřen smluvní vztah.

Pokud jde o organizační strukturu, nechává zákon těmto zdravotním pojišťovnám volnost. Stanoví, že organizační strukturu, postavení správní a

dozorčí rady a ostatních orgánů zaměstnanecké zdravotní pojišťovny upraví statut příslušné pojišťovny. Úprava organizační struktury zákonem by byla nepraktická zejména proto, že některé zaměstnanecké pojišťovny mají celostátní působnost, některé působí regionálně, případně některé pojišťovny se rozhodly pro centralizaci agend, jiné pro výraznou decentralizaci. Statut projednává správní rada a schvaluje jej Ministerstvo zdravotnictví. Tím je zajištěna kontrolní funkce jak samosprávných orgánů pojišťovny, kde je zastoupen i stát, tak i duplicitně opět státu tj. Ministerstva zdravotnictví, které statut schvaluje.

Statutárním orgánem pojišťovny je ředitel, kterého jmenuje a odvolává správní rada pojišťovny. Ředitel je jmenován na dobu čtyř let. Zde existovala po určitou dobu rozdílná úprava oproti úpravě provedené zákonem o Všeobecné zdravotní pojišťovně. Ředitele všeobecné zdravotní pojišťovny volil Parlament na návrh vlády. Tato odlišná právní úprava byla zvolena pravděpodobně proto, že se u zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven nechává na vůli zástupců samosprávných orgánů, aby o řediteli zdravotní pojišťovny rozhodovali sami, zatímco u největší zdravotní pojišťovny byla tendence, aby o řediteli rozhodoval orgán složený z poslanců tj. zástupců politických stran. S účinností od 1.1.2008, jak jsem již shora uvedl, je i ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny volen správní radou.

Zákon dále vymezuje orgány pojišťovny. Jsou jimi ředitel zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, Správní a Dozorčí rada. Správní rada rozhoduje zejména o schválení zdravotně pojistného plánu, účetní závěrky a výroční zprávy, o schválení zásad smluvní politiky, žádosti o úvěr, nákupu nemovitostí, nákupu hmotného investičního majetku v pořizovací ceně vyšší než jeden milion Kč, použití prostředků rezervního fondu a dalších důležitých věcech, které si vyhradí. Zákon také vymezuje, kolik členů má správní a dozorčí rada, kolik jich zastupují pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Okruh navrhovatelů, způsob volby a volební řád je vydán vyhláškou Ministerstva zdravotnictví č. 579/2006 Sb., kterou se stanoví způsob volby a volební řád pro volby do správních rad a dozorčích rad resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťoven, která nabyla účinnosti dnem jejího vyhlášení tj. 15. prosince 2006. Nad regulémostí voleb dohlíží Ministerstvo zdravotnictví.

Zákon podrobně upravuje i hospodaření zaměstnaneckých pojišťoven, zejména oblast příjmů a výdajů. Příjmy zaměstnanecké pojišťovny zahrnují platby pojistného od plátců pojistného, zaměstnavatelů pojištěnců a státu. Mohou existovat další příjmy, jako jsou příjmy od zaměstnavatelů, u nichž charakter vykonávané práce vyžaduje zvýšenou zdravotní péči, vlastní zdroje pojišťovny vytvořené využíváním fondů zaměstnanecké pojišťovny, příjmy plynoucí z majetkových sankcí, tj. pokut, penále, přirážky k pojistnému, případně dary a ostatní příjmy. Výdaji zaměstnanecké pojišťovny jsou zejména platby zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči pojištěncům, úhrada nákladů léčení pojištěnců v cizině, náklady na vlastní činnost

pojišťovny, úhrady za výkony závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče apod. Pro hospodaření s těmito prostředky vytváří zaměstnanecké zdravotní pojišťovny, stejně tak jako Všeobecná zdravotní pojišťovna, příslušné fondy. Jde o základní fond zdravotního pojištění, rezervní fond, provozní fond, sociální fond, fond investičního majetku, fond reprodukce investičního majetku. Dále zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mohou fakultativně, stejně jako Všeobecná zdravotní pojišťovna, zřizovat další fondy a to fond prevence a fond pro úhradu závodní preventivní péče a specifické zdravotní péče. Vojenská zdravotní pojišťovna ČR zřizuje podle zákona dva specifické fondy a to fond pro úhradu preventivní péče poskytované nad rámec preventivní péče hrazené ze zdravotního pojištění pro vojáky v činné službě a žáky vojenských škol a fond zprostředkování úhrady zdravotní péče hrazené Ministerstvem obrany podle zvláštního právního předpisu. Podrobnější vymezení okruhu a výše příjmů a výdajů jednotlivých fondů je stanoveno pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny a pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu vyhláškou Ministerstva financí. Úprava nakládání s jednotlivými fondy a převody mezi nimi však není pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny shodná. Jakýmsi stimulačním opatřením v této oblasti je to, že zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mohou finanční prostředky vytvářené využíváním základního fondu a příjmy plynoucí z vymožených pokut, přírážek k pojistnému a penále použít jako zdroj fondu prevence ve prospěch svých pojištěnců. Podmínkou však je že zdravotní pojišťovna má naplněný rezervní fond a hospodaří vyrovnaně.

Podstatné je to, že zákon výslovně stanoví, že zaměstnanecká zdravotní pojišťovna nesmí zřizovat a provozovat zdravotnická zařízení a podnikat s prostředky plynoucími ze všeobecného zdravotního pojištění. Toto ustanovení zákona představuje určitou opatrnost. Z historie našeho zdravotního pojištění je patrné, že nemocenské pojišťovny takováto zařízení nejen vlastnily, ale i budovaly a provozovaly. Původní záměry totiž byly takové, že pojišťovny by měly mít vlastní zařízení nejen z finančních důvodů, ale i pro to, aby si testovaly množství a kvalitu poskytované zdravotní péče. Nedomnívám se, že by se v tomto směru měla dnes platná právní úprava významně měnit. Pokud ano, pak by tato část hospodaření pojišťoven musela být striktně oddělena od prostředků, které slouží k úhradě zdravotní péče. Pro úplnost je třeba ještě uvést, že zákon obsahoval ustanovení o zajišťovacím fondu, do kterého byly povinny přispívat zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Tento fond je právnickou osobou zapsanou do obchodního rejstříku. Slouží k úhradě zdravotní péče poskytnuté zdravotnickými zařízeními pojištěncům likvidované zdravotní pojišťovny v případech, kdy nebyly ke dni likvidace zaměstnanecké pojišťovny uspokojeny všechny splatné pohledávky zdravotnických zařízení a v případech, kdy zaměstnanecká pojišťovna má více věřitelů a není schopna po delší dobu plnit své splatné závazky. Tento fond se ukázal jako nepraktický, a proto byl zákonem č. 117/2006 Sb. zrušen. Přesto je dnes na něm uložen značný objem finančních prostředků, které by podle mého názoru měly být Ministerstvem zdravotnictví respektive zajišťovacím

fondem, zdravotním pojišťovnám vráceny do základního fondu zdravotního pojištění. Bylo by možné je využít i jiným způsobem, např. jako vklad do fondu nákladné péče, o jehož zřízení se několik let uvažovalo.

V rámci koncepčních záměrů se počítá s tím, že od roku 2009 dojde ke sjednocení postavení zdravotních pojišťoven, tj. Všeobecné zdravotní pojišťovny a zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. Právní úprava bude obsažena v jednom zákoně. Osobně to považuji za správné řešení. Mělo by tak dojít ke sjednocení podmínek pro vznik a činnost zdravotních pojišťoven a dalších, zejména ekonomických a organizačních prvků, které by byly nejen ve prospěch celého systému ale ve své podstatě i jednotlivým pojištěncům, včetně možností důsledného dozoru nad jejich činností.

5. Veřejné zdravotní pojištění a vybrané ekonomické ukazatele

Tuto pasáž zařazuji do diplomové práce proto, aby bylo zřejmé, jaký objem finančních prostředků se vynakládá na úhradu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a s jakým objemem těchto prostředků jednotlivé zdravotní pojišťovny hospodaří a který spravují. Většina údajů se týká roku 2006 (údaje za rok 2007 budou k dispozici až ve druhé polovině roku 2008) a vychází z výročních zpráv jednotlivých zdravotních pojišťoven, jak byly schváleny Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR.

Devět zdravotních pojišťoven zajišťovalo úkoly spojené s financováním úhrad zdravotní péče v roce 2006 pro 10 297 493 pojištěnců. Z toho Všeobecná zdravotní pojišťovna zajišťovala veřejné zdravotní pojištění pro 6 576 978 pojištěnců, tj. 63,8 % a 8 zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven pro 3 720 515 pojištěnců, tj. 36,1%. Z celkového počtu pojištěnců bylo 5 807 704 pojištěnců, za které platil pojistné stát. Z nich bylo cca 65% pojištěno u Všeobecné zdravotní pojišťovny. V roce 2006 činil meziroční úbytek pojištěnců této pojišťovny 74 920 pojištěnců. Tento odchod pojištěnců od největší zdravotní pojišťovny byl z větší části způsoben opožděním plateb za zdravotní péči zdravotnickým zařízením.

- Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2006 dosáhly 182 833 137 tis. Kč. Z toho vybrané pojistné po přerozdělení činilo 122 473 688 tis. Kč.

- Vybrané pojistné resp. výše pojistného na jednoho pojištěnce činila po přerozdělení celkem 17 516 Kč. Meziroční navýšení činilo 9,5 %.

- Výdaje na zdravotní péči hrazenou ze základního fondu činily v roce 2006 u všech 9 zdravotních pojišťoven 174 028 427 tis. Kč. Meziroční nárůst činil

9,6 %. Na tomto vývoji se podílel nárůst příjmů z výběru pojistného o 6% a meziroční zvýšení platby státu za státní pojištěnce o 23,1%.

- Celkové náklady na zdravotní péči z fondu prevence činily 458 775 tis. Kč. Všeobecná zdravotní pojišťovna vynaložila na jednoho pojištěnce v průměru 23,- Kč. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny vynaložily 83,- Kč.

- Na účet přerozdělení poskytl stát částku 42 998 mil. Kč. Oproti roku 2005, kdy stát poskytl částku 33 732 mil. Kč, to bylo navýšení o 27,4%.

- Celkové vykázané náklady na zdravotní péči v přepočtu na jednoho pojištěnce činily 16 224 Kč. Meziroční navýšení činilo 383 Kč. Nejvyšší průměrné náklady na pojištěnce po přerozdělení dosáhla Všeobecná zdravotní pojišťovna a to 18 646 Kč, ostatní zdravotní pojišťovny pak 14 317 Kč.

Vybrané ukazatele hospodaření jednotlivých zdravotních pojišťoven za rok 2006 jsou následující:

5.1. Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

- Měla průměrný počet pojištěnců 6 576 805 osob, s meziročním snížením o 74 920 pojištěnců, tj. o 1,1%. V rámci systému veřejného zdravotního pojištění bylo u této pojišťovny registrováno k 31.12.2006 celkem 6 576 978 pojištěnců, tj. 64,3% z celkového počtu osob v České republice, na které se systém veřejného zdravotního pojištění vztahuje. Z toho tvořili pojištěnci, za které hradí pojistné stát, cca 3 870 000 pojištěnců.
- Příjmy z pojistného po přerozdělení dosáhly 122 473 688 tis. Kč a meziročně vzrostly o 10 825 346 tis. Kč, tj. o 9,7%.
- Ze zvláštního účtu přerozdělování měla příjmy ve výši 41 128 127 tis. Kč.
- Příjmy celkem včetně příjmů ze zdaňované činnosti to je např. z reklam, pronájmů apod. činily 124 070 852 tis. Kč s meziročním navýšením o 8,2%.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdanitelnou činností činily celkem 123 905 189 tis. Kč s meziročním nárůstem o 8%.
- Saldo z příjmů celkem a výdajů celkem dosáhlo částky 165 663 tis. Kč, zatímco v roce 2005 to byla záporná hodnota minus 94 735 tis. Kč.
- Průměrný příjem pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce činil 18 622,- Kč ročně s meziročním navýšením o 10,9 %.
- Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dosáhly částky 18 252 Kč.
- Výdaje na zdravotní péči ze základního fondu dosáhly v hodnoceném období 120 041 242 tis. Kč a meziročně vzrostly o 8,8 % a to i při úbytku pojištěnců.
- Celkové náklady na zdravotní péči činily 113 800 875 tis. Kč.

- Náklady na preventivní zdravotní péči činily 150 855 tis. Kč.
- Maximální možný limit přidělu ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu činil 4 136 234 tis. Kč. Skutečný převod činil 3 223 748 tis. Kč.
- Pohledávky po lhůtě splatnosti za plátcí pojistného k 31. 12. 2006 dosáhly 26 882 101 tis. Kč. Meziroční nárůst činil 12,6%.
- Závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením činily 2 427 780 tis. Kč.

S ohledem na další záměry a připravované reformní kroky ve veřejném zdravotním pojištění považují za vhodné se zmínit i o tom, že Všeobecná zdravotní pojišťovna je vlastníkem 100% akcií komerční Pojišťovny VZP ČR, a.s., která zabezpečuje smluvní zdravotní pojištění a připojištění. Činnost této komerční zdravotní pojišťovny je zisková.

5.2. Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky

- Nevykazovala v roce 2006 žádné závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením a dosáhla vyrovnaného hospodaření.
- Měla průměrný počet pojištěnců 568 351 osob s meziročním úbytkem 534 osob, tj. 0,1%.
- Na účet přerozdělení odvedla za rok 2006 částku 86 310 tis. Kč. Jen pro informaci je třeba uvést, že v roce 2005 to bylo 232 423 tis. Kč, což bylo zhruba 8,5 krát více než v roce 2004. Významně se zde projevil vliv nové právní úpravy přerozdělování.
- Příjmy celkem, včetně příjmů ze zdanitelných činností činily 9 273 332 tis. Kč s meziročním nárůstem 5,7 %.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdanitelnou činností činily 9 072 460 tis. Kč s meziročním nárůstem 2,3 %.
- Saldo z příjmů a výdajů činilo v roce 2006 kladné hodnoty 200 872 tis. Kč.
- Dosáhla průměrného příjmu pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce ve výši 16 087,- Kč s meziročním nárůstem 6,9 %.
- Průměrný výdaj na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu zdravotního pojištění činil 15 357,- Kč.
- Maximální limit přidělu ze základního fondu do provozního fondu činil 339 162 tis. Kč. V přepočtu na jednoho pojištěnce dosáhl maximální limit 440,- Kč ročně, v přepočtu na jednoho zaměstnance 617 tis. Kč ročně. Skutečně však bylo převedeno 250 000 tis. Kč.
- Náklady na zdravotní péči čerpané ze základního fondu zdravotního pojištění činily v roce 2006 částku 8 752 175 tis. Kč. U objemově významných segmentů je nejnáročnější ústavní péče.
- Náklady na preventivní péči byly čerpány jednak z fondu prevence a dále z fondu zprostředkování úhrady zdravotní péče a z fondu pro úhradu preventivní péče. Z fondu prevence bylo vyčerpáno 28 868 tis. Kč. Zbývající další dva fondy jsou financovány z prostředků státního

rozpočtu a to z kapitoly Ministerstva obrany. Jsou využívány k úhradě preventivní péče o vojáky z povolání.

5.3. Hutnická zdravotní pojišťovna

- Nevykazovala v průběhu roku ani k 31.12.2006 žádné závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením a dosáhla vyrovnaného hospodaření.
- Měla průměrný počet pojištěnců 347 289 osob s meziročním nárůstem 2,4 %. Skutečný počet pojištěnců k 31.12.2006 činil 349 214 osob.
- Z účtu přerozdělování získala za rok celkem 1 508 083 tis. Kč a měla tak největší podíl příjmů ze salda příjmů a výdajů na zvláštním účtu přerozdělování za rok 2006. Meziroční nárůst představoval 16,3 %.
- Příjmy celkem, včetně příjmů ze zdanitelných činností činily 5 605 309 tis. Kč.
- Výdaje na zdravotní péči činily 5 128 295 tis. Kč. Meziroční nárůst činil 7,9%.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdanitelnou činností činily 5 323 624 tis. Kč s meziročním nárůstem 6,7 %.
- Saldo z příjmů a výdajů celkem dosáhlo hodnoty 281 685 tis. Kč.
- Průměrný roční příjem pojistného po přerozdělení na jednoho pojištěnce činil 15 872,- Kč.
- Průměrný roční výdaj na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu činil 14 767,- Kč. Meziroční nárůst činil 5,4%.
- Maximální limit přidělu ze základního fondu do provozního fondu činil v absolutní výši 205 280 tis. Kč.
- Výdaje na zdravotní péči dosáhly objemu 5 128 295 tis Kč. V přepočtu na jednoho pojištěnce činily průměrné náklady 14 390,- Kč. Meziroční nárůst činil 3,2 %.
- Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence dosáhly částky 29 770 tis Kč.

5.4. Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

- Nevykazovala k 31. 12. 2006 žádné závazky po lhůtě splatnosti vůči zdravotnickým zařízením a dosáhla vyrovnaného hospodaření.
- Měla průměrný počet pojištěnců 641 948 osob s meziročním nárůstem 3,5 %.
- Odvedla na zvláštní účet přerozdělování za rok 2005 částku 2 619 193 tis. Kč, tj. v absolutním vyjádření nejvyšší odvod ze všech zdravotních pojišťoven.
- Příjmy celkem, včetně příjmů ze zdanitelných činností činily 10 076 636 tis. Kč s meziročním nárůstem 4,8 %.
- Saldo z příjmů celkem a výdajů celkem činilo minus 6 716 tis. Kč.

- Průměrný příjem pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce ročně činil 15 490,- Kč.
- Výdaje na zdravotní péči hrazenou ze základního fondu zdravotního pojištění dosáhly 9 717 551 tis Kč. Oproti roku 2005 šlo o navýšení o 4,6%.
- Průměrný výdaj na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu činil 15 238,- Kč s meziročním nárůstem 1%.
- Maximální limit přidělu ze základního fondu do provozního fondu činil 367 060 tis. Kč. V přepočtu na jednoho pojištěnce dosahuje limit 572,- Kč ročně, v přepočtu na jednoho zaměstnance dosahuje limit 1 165 tis. Kč ročně.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdaňovanou činností, dosáhly celkem 10 076 636 tis. Kč.
- Náklady na zdravotní péči činily v roce 2006 9 563 565 tis. Kč. V přepočtu na jednoho pojištěnce činily tyto náklady 15 384,- Kč.
- Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence dosáhly částky 56 969 tis. Kč.

5.5. Zdravotní pojišťovna Škoda Mladá Boleslav

- Měla průměrný počet pojištěnců 129 289 osob s meziročním nárůstem 2 %.
- Příjem z účtu přerozdělování za rok 2006 činil 197 735 tis. Kč, což bylo o 8 390 tis. Kč méně, než v roce 2005.
- Příjmy z pojistného po přerozdělení činily 2 146 806 tis. Kč.
- Příjmy celkem, včetně příjmů ze zdanitelných činností činily 2 176 107 tis. Kč s meziročním nárůstem 7,2 %.
- Výdaje celkem činily 2 023 419 tis. Kč.
- Saldo z příjmů celkem a výdajů celkem činilo 152 688 tis. Kč.
- Průměrný příjem pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce činil 16.605,- Kč s meziročním nárůstem 5,1 %.
- Průměrný výdaj na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu zdravotního pojištění činil 14 950,- Kč s meziročním poklesem na 97 %.
- Maximální limit přidělu ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu činil v absolutní výši 79 870 tis. Kč. V přepočtu na jednoho pojištěnce dosahuje limit 605,- Kč ročně a v přepočtu na jednoho zaměstnance dosahuje limit 1037 tis. Kč ročně. Skutečný převod činil 56 005 tis. Kč.
- Náklady na zdravotní péči čerpané ze základního fondu zdravotního pojištění dosáhly v roce 2006 částky 1 932 821 tis. Kč.
- Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence činily 24 043 tis. Kč.

5.6. Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra

- Dosáhla v roce 2006 1 029 956 pojištěnců.
- Na zvláštní účet přerozdělování odvedla celkem 655 637 tis. Kč, což bylo o 77 637 tis. Kč více než v roce 2005.
- Příjmy celkem, včetně příjmů se zdanitelných činností činily 16 426 995 tis. Kč, což je meziročně o 7,8 % více.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdanitelnou činností činily 15 490 747 tis. Kč, tj. meziroční zvýšení o 4,7%.
- Saldo z příjmů a výdajů bylo kladné a činilo 936 248 tis. Kč.
- Průměrný příjem pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce činil 15 949,- Kč. Průměrný výdaj na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu zdravotního pojištění činil 14 494,- Kč.
- V přepočtu na jednoho pojištěnce činil limit nákladů na vlastní činnost 503,- Kč za rok. Na jednoho zaměstnance představuje tento limit 818 tis. Kč ročně.
- Náklady na zdravotní péči dosáhly částky 14 442 111 tis. Kč. Na jednoho pojištěnce činily náklady na zdravotní péči 14 022,- Kč. Objemově nejvýraznější nárůst zaznamenal segment ústavní péče, náklady na léky a náklady na ambulantní péči.
- Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence dosáhly částky 90 404 tis. Kč.

5.7. Revírní bratrská pokladna

- Měla průměrný počet pojištěnců 357 584 osob s meziročním nárůstem 2,2%.
- Příjem ze zvláštního účtu přerozdělování činil 1 275 756 tis. Kč.
- Příjmy celkem, včetně příjmů ze zdanitelných činností činily 5 220 798 tis. Kč s meziročním nárůstem 12,2%.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdanitelnou činností činily 4 864 294 tis. Kč.
- Saldo příjmů celkem a výdajů celkem dosáhlo výše 226 612 tis. Kč.
- Průměrné příjmy pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce činily 14 365,- Kč s meziročním nárůstem 10,9%.
- Příjem z pojistného po přerozdělení dosáhl částky 5 136 626 tis. Kč.
- Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu zdravotního pojištění činily 13 121,- Kč s meziročním nárůstem 5,7%.
- Limit přidělu ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu činil 191 455 tis. Kč. V přepočtu na jednoho pojištěnce dosahuje limit 520,- Kč ročně, v přepočtu na jednoho zaměstnance dosahuje limit 897 tis. Kč ročně.
- Náklady na zdravotní péči čerpané v roce 2006 představovaly částku 4 691 811 tis. Kč.

- Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence dosáhly částky 25 442 tis. Kč.

5.8. Zdravotní pojišťovna Metal Aliance

- Průměrný počet pojištěnců činil 333 210 osob, meziroční nárůst tohoto ukazatele činil 0,5%.
- Ze zvláštního účtu přerozdělování získala za rok 2006 příjem ve výši 646 740 tis. Kč.
- Příjmy celkem, včetně příjmů ze zdanitelných činností představovaly částku 4 374 834 tis. Kč.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdanitelnou činností představovaly částku 4 515 555 tis. Kč, což představuje meziroční nárůst 4,8 %.
- Saldo příjmů celkem a výdajů celkem bylo kladné a činilo 458 979 tis. Kč.
- Průměrný příjem pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce činil 14 663,- Kč s meziročním nárůstem o 9,7 %.
- Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu zdravotního pojištění činily 12 976,- Kč s meziročním nárůstem o 117,- Kč, tj. o 0,9 %.
- Maximální limit pro přiděl ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu činil 182 397 tis. Kč. V přepočtu na jednoho zaměstnance činil maximální limit 898 tis. Kč, v přepočtu na jednoho pojištěnce dosáhl maximální limit 547,- Kč za rok.
- Fakturované náklady na zdravotní péči dosáhly v roce 2006 částky 4 334 739 tis. Kč, tj. nárůst 6 %. V přepočtu na jednoho pojištěnce dosáhly tyto náklady částky 12 009,- Kč, což v meziročním porovnání představuje nárůst o 1,6%.
- Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence dosáhly částky 31 656 tis. Kč.

5.9. Česká národní zdravotní pojišťovna

- Dosáhla průměrného počtu pojištěnců 313 007 osob s meziročním nárůstem 1,1 %.
- Příjem se zvláštního účtu přerozdělování za rok 2006 činil 1 014 127 tis. Kč.
- Příjmy celkem, včetně příjmů ze zdanitelných činností, činily 5 008 574 tis. Kč s meziročním nárůstem o 11,7 %.
- Výdaje celkem, včetně výdajů spojených se zdanitelnou činností představovaly částku 4 723 513 tis. Kč s meziročním nárůstem o 5,6 %.
- Saldo z příjmů celkem a výdajů celkem činilo 276 061 tis. Kč.
- Průměrné příjmy pojistného po přerozdělování na jednoho pojištěnce činily 15 828,- Kč s meziročním nárůstem o 11 %.

- Průměrné výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce ze základního fondu zdravotního pojištění činily 14 493,- Kč s meziročním nárůstem o 4,8 %.
- Limit přídělu ze základního fondu zdravotního pojištění do provozního fondu činil v absolutní výši 184 453 tis. Kč. Na jednoho pojištěnce představuje tento limit 549,- Kč ročně. V přepočtu na jednoho zaměstnance dosahuje limit 939 tis. Kč ročně.
- Náklady na zdravotní péči čerpané ze základního fondu zdravotního pojištění dosáhly v roce 2006 částky 4 515 921 tis. Kč. Objem nákladů se oproti roku 2005 zvýšil o 4,5%. V přepočtu na jednoho pojištěnce vynaložila pojišťovna na zdravotní péči 14 428,- Kč.
- Náklady na preventivní péči čerpané z fondu prevence dosáhly v roce 2006 částky 8 029 tis. Kč.

Z hlediska zadání a obsahu této práce jsem nepovažoval za potřebné uvádět ekonomické ukazatele ve vývojových řadách a provádět srovnání zdravotních pojišťoven podle úspěšnosti či neúspěšnosti výsledků hospodaření. Důvodem bylo i to, že tyto vývojové řady jsou ovlivněny řadou faktorů jako např. změnou systému přerozdělování, dotacemi státu, změnou výše platby za státní pojištěnce apod. Záměrem bylo ukázat na globálních číslech, jaké finanční prostředky jsou v jednom roce v systému veřejného zdravotního pojištění k dispozici. Většina z nich plyne na úhradu poskytnuté zdravotní péče, nejvíce na nemocniční péči, respektive na akutní lůžkovou péči. Z uvedeného přehledu je také patrné, jak se u jednotlivých zdravotních pojišťoven projevuje princip solidarity realizovaný prostřednictvím přerozdělování pojistného mezi pojišťovnami. Zatímco např. Zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví odvedla do přerozdělení za rok 2 619 193 tis. Kč a Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra 655 637 tis. Kč, získala Všeobecná zdravotní pojišťovna z tohoto systému 41 128 128 tis. Kč a Hutnická zdravotní pojišťovna 1 508 083 tis. Kč. Ke změnám v hospodaření zdravotních pojišťoven jistě dojde i v roce 2008 v souvislosti se zavedením regulačních poplatků, snížením platby státu za státní pojištěnce, zavedením maximální hranice příjmu pro odvod pojistného na zdravotní pojištění apod. Nezanedbatelný je i vznik nové zdravotní pojišťovny AGEL v severomoravském regionu, která ovlivní hospodaření regionálních pojišťoven tj. zejména Hutnické zdravotní pojišťovny a Revírní bratrské pokladny.

Různé ekonomické studie, které se zabývají nákladovostí zdravotnictví a nákladovostí systému veřejného zdravotního pojištění upozorňují na nezbytnost urychleného zavedení regulačních mechanismů a to v době progresivního růstu ekonomiky České republiky. Neřešení těchto problémů nebo jejich další oddalování by mělo v nedaleké době výrazný negativní dopad na státní rozpočet a to zejména v důsledku dalšího zadlužování systému, zejména pak Všeobecné zdravotní pojišťovny.

6. Nástin financování zdravotnictví a jeho organizační uspořádání v některých zemích

Pro účely této práce a zejména pro formulování závěrů je také třeba uvést, jak je financováno zdravotnictví a jaké instituce, včetně jejich organizačního uspořádání toto financování zabezpečují a to nejen v rámci Evropské unie, ale i v některých dalších zemích.

6.1. K problematice obecně

Systému sociálního zabezpečení vůči riziku nemoci věnují všechny vyspělé státy maximální pozornost. Příslušné právní úpravy proto patří, vedle úprav zabezpečení ve stáří, při pracovní neschopnosti a při pracovním úrazu, k nejstarším zákonným úpravám vůbec. V řadě zemí sahají hluboko do minulosti. V organizaci a poskytovaných službách však existují mezi jednotlivými státy značné rozdíly.

Původně veřejnoprávní rámec zdravotního a nemocenského pojištění je někdy nahrazován státními systémy, včetně státních institucí podporovaných státní zdravotní službou zavedenou např. ve Velké Británii po druhé světové válce. V sedmdesátých a osmdesátých letech zavedlo takovou službu postupně Irsko, Dánsko, Portugalsko, Itálie a Španělsko. Financování zdravotní služby se děje výlučně v těchto systémech z veřejných prostředků a z těchto prostředků jsou financovány i instituce, které tuto službu zabezpečují, včetně platů zdravotnických pracovníků. Naproti tomu je všeobecné zdravotní pojištění financováno převážně z příspěvků pojištěnců a zaměstnavatelů. V tomto systému existují dva rozdílné postupy. Pro Německo a Rakousko platí tzv. zásada poskytování věcných služeb, podle níž jsou služby, s výjimkou spoluúčasti pojištěnce, bezplatné. Ve Francii, Belgii a Lucembursku se naproti tomu uplatňuje zásada hrazení nákladů. Podle této zásady musí pojištěnci nejdříve zaplatit za zdravotní služby, které jsou jim poskytnuty. Vzniklé náklady jsou pak podle příslušných tarifů pojištěnoven proplaceny.

Postupem času, v souvislosti s růstem nákladů na zdravotní péči a snahou uplatnit regulační prvky, byla téměř ve všech zemích, nezávisle na tom, v kterém systému, zaváděna vlastní účast pojištěnce na různých službách věcného obsahu. Stalo se tak v poslední době na Slovensku a v Maďarsku přesto, že obě tyto země se dlouhou dobu nemohly k tomuto kroku odhodlat, stejně tak jako v České republice. Vedle služeb věcného obsahu jsou v případě nemoci vypláceny peněžité dávky, které nahrazují úšlou mzdu. Výše těchto nemocenských dávek závisí, stejně jako v České republice, na příjmu, který pojištěnec pobíral před vznikem sociální události. Vesměs

platí, že na nemocenské dávky vzniká nárok až po uplynutí určité doby, která je v různých zemích různá.

Náklady na zdravotní péči jsou prakticky ve všech zemích, nejen Evropské unie, velkým finančním problémem. Místem největšího odlivu jsou nemocnice. Tato skutečnost platí nezávisle na tom, zda se jedná o státem organizované financování zdravotnictví, nebo prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. V téměř všech zemích v posledních letech náklady na obyvatele vzrostly. Tato exploze nákladů má větší počet důvodů, které jsou vesměs shodné s důvody, o kterých se zmiňuji v této práci. Především se jedná o zavádění stále nových a nákladnějších diagnostických zařízení a dalších lékařských přístrojů včetně robotizace, nových a dražších léků, dochází ke stárnutí populace, zvyšují se režijní náklady zdravotnických zařízení.

Všechny země Evropské unie přijaly opatření k tomu, aby nemocní občané mohli být lékařsky ošetřeni nezávisle na jejich sociální situaci. Zaměstnaní občané mají nárok na náhradu mzdy v době nemoci.

Prakticky ve všech zemích existuje i soukromé (privátní) zdravotní pojištění. Např. v Německu a Holandsku je část obyvatel, která je vymezena určitým ročním příjmem vyňata z veřejného zdravotního pojištění a nahrazuje jim toto privátní pojištění zákonnou ochranu. V zemích se státními zdravotními službami existuje toto soukromé zdravotní pojištění většinou jako doplňující faktor ke krytí zdravotních rizik.

Organizační uspořádání zdravotního pojištění prošlo a prochází z hlediska mezinárodního srovnání mnoha změnami a odlišnými cestami nejen v Evropě ale i v ostatních zemích, včetně USA. Příčiny odlišného vývoje lze spatřovat v rozdílech sociálního a ekonomického vývoje a zejména pak v převažujícím vývoji lidských hodnot, které determinují související politická rozhodnutí. Zatímco v USA byla hlavním historickým impulzem vzniku soukromého zdravotního pojištění snaha zajistit příjmy poskytovatelům v době hospodářské krize ve 30. letech, v Evropě byl vznik systémů sociálního pojištění založen na zcela jiných principech, zejména principu solidarity. Vývoj těchto solidárně zaměřených systémů zdravotního pojištění pokračoval až do poslední fáze tj. povinného systému pro všechny občany. V některých státech dospěl vývoj zdravotního pojištění až do národní zdravotní služby. V takovýchto systémech je role státu uplatněna daleko výrazněji než v případech sociálního pojištění zabezpečovaného nestátními, tj. veřejnoprávními korporacemi, nad nimiž stát vykonává dohled. Obdobný systém existoval i na našem území od roku 1952 do roku 1992 (viz. stručný exkurz v úvodu této práce).

Téměř od samého počátku vzniku pojištění v oblasti zdravotnictví je patrný zájem o provozování tohoto typu pojištění i na straně soukromého

sektoru, tj. komerčními pojišťovnami. Přitom se rozlišují tři základní typy tohoto pojištění. Je to plné zdravotní pojištění, které poskytuje pojištění kompletních zdravotních služeb a v plném rozsahu nahrazuje veřejné zdravotní pojištění. Jde o tzv. substitutive. Dále je to doplňkové zdravotní pojištění, které pojišťuje tu část zdravotní péče, která je zdravotním pojištěním hrazena částečně nebo není hrazena vůbec. Toto pojištění se označuje jako complementary. Posledním typem je zdravotní pojištění, které kryje jiné služby než zdravotní péči, zajišťuje rychlejší přístup ke zdravotním službám, např. operacím na které se čeká delší dobu a nabízí pojištěncům širší možnost volby. Tento typ pojištění se označuje jako supplementary.

V mnoha státech došlo historicky ke vzniku smíšených systémů. Největší podíl soukromého zdravotního pojištění na celkovém financování zdravotnických služeb vznikl a existuje v USA, kde je v současné době cca 48 milionů lidí bez zdravotního pojištění, což je každý šestý obyvatel. Snaha v této zemi o reformu zdravotního zabezpečení se objevuje v řadě prezidentských kampaních. Ne jinak je tomu i v případě současné senátorky a demokratické kandidátky na prezidentský úřad Hillary Clintonové.

Druhy systémů financování zdravotnictví jsou patrné z následujícího přehledu

všeobecné zdravotní pojištění – Slovensko, Rakousko, Německo, Belgie, Francie, Lucembursko, Nizozemsko, Švýcarsko
státní zdravotní služba – Dánsko, Řecko, Velká Británie, Itálie, Portugalsko, Španělsko, Finsko
převládající soukromé pojištění - USA

Pro úplnost je třeba uvést, že členství v Evropské unii nemá vliv, respektive se nedotýká organizace a financování zdravotních služeb.⁷ Je to jedna z oblastí, kde dosud není tendence tohoto společenství docílit jednotné úpravy. Ponechává se na vůli jednotlivých členských států, jaký způsob financování, včetně organizačního uspořádání si zvolí. Hlavním důvodem toho je, že pokud nemáme jasné a pregnantní řešení ani v jedné zemi, není možné se domnívat, že by bylo možné konstituovat správný systém pro všechny země Evropské unie.

⁷ Filip Křepelka : Evropské zdravotnické právo. Lexik Nexis cz. s.r.o., 2004

6.2. Organizace systémů financování zdravotnictví ve vybraných zemích

6.2.1. SLOVENSKO

Uspořádáním v této zemi se budu zabývat podrobněji, protože z historického hlediska byl systém shodný s našim systémem a zvláště v poslední době doznal určitých úprav, které se v České republice nepodařilo realizovat přesto, že se v různých záměrech a úvahách mnohokrát objevoval. Je však obsažen v připravované reformě zdravotnictví a zdravotního pojištění, o které se v této práci na několika místech zmiňuji a jejíž první etapa se začala realizovat s účinností od 1.1.2008. Z hlediska organizačních změn a plurality zdravotních pojišťoven se v současné době zpracovávají věcné záměry zákonů o veřejném zdravotním pojištění a zdravotních pojišťovnách.

Na Slovensku existuje pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění. V roce 2004 byl přijat zákon č. 581/2004 Z.z., o zdravotních pojišťovnách, dohledu nad zdravotní péčí a o změně a doplnění některých zákonů. Tento zákon, který byl několikrát novelizován, upravuje postavení zdravotních pojišťoven a podmínky, za kterých se provádí veřejné zdravotní pojištění, dále upravuje činnost zdravotních pojišťoven. Nově však upravil zřízení, působnost, organizaci, řízení a hospodaření Úřadu pro dohled nad zdravotní péčí, tj. institucí jejíž vznik byl i na našem území několikrát v různých koncepčních materiálech avizován. Dosud se jej však nepodařilo z různých důvodů vytvořit. V užší podobě, jako Úřad dohledu nad zdravotními pojišťovnami, je zakomponován v připravované reformě zdravotního pojištění. Tento Úřad byl na Slovensku zřízen proto, aby vykonával dohled nad zdravotními pojišťovnami a veřejným zdravotním pojištěním a dále dohled nad poskytováním zdravotní péče a také dohled nad transformací zdravotních pojišťoven na akciové společnosti. Transformované zdravotní pojišťovny, které v současné době působí na Slovensku jako akciové společnosti, jsou

Spoločná zdravotná poisťovna, a.s.
Sideria zdravotná poisťovna, a.s.
Dovera zdravotná poisťovna, a.s.
Apollo zdravotná poisťovna, a.s.
Europská zdravotná poisťovna, a. s.
Union zdravotná poisťovna, a.s.

Z uvedeného je zřejmé, že zdravotní pojišťovny jsou konstituovány jako akciové společnosti založené za účelem provádění veřejného zdravotního pojištění vykonávající tuto činnost na základě povolení. Jsou to tedy obchodní společnosti, na které se vztahuje obchodní zákoník, pokud zákon o zdravotních pojišťovnách nestanoví jinak.

Organizační struktura a systém řízení zdravotní pojišťovny musí zabezpečovat řádný výkon veřejného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovna je povinna ve stanovách upravit vztahy mezi představenstvem zdravotní pojišťovny, dozorčí radou a útvarem vnitřní kontroly, dále rozdělit a upravit působnost a zodpovědnost zdravotní pojišťovny pro účely ochrany před legalizací příjmů z trestné činnosti. To jsou zatím, na rozdíl od právní úpravy organizace a řízení zdravotního pojištění v České republice ustanovení nová. Slovenská úprava je obsahuje právě s ohledem na to, že do systému veřejného zdravotního pojištění zavedla prvek obchodních společností.

Činnost zdravotní pojišťovny je v zákoně vymezena tak, že přijímá a potvrzuje přihlášky na veřejné zdravotní pojištění a vydává průkazy pojištěnce. Tato úprava je odlišná od úpravy v České republice. Má však v našem systému historické souvislosti. Pojištění totiž vznikalo až na základě přihlášky k pojištění. Dále pojišťovna vybírá pojistné na veřejné zdravotní pojištění, vykonává kontrolní činnost a další činnosti vymezené tímto zákonem. V zákoně jsou rozsáhlým a podrobným způsobem vymezeny její povinnosti a to počínaje tím, že je povinna vykonávat svoji činnost tak, aby zabezpečila pojištěncům dostupnost zdravotní péče a nepřetržitou dostupnost všeobecné ambulantní péče, ambulantní zdravotní péče ve speciálním oboru stomatologie a ústavní zdravotní péči a konče aktualizací a rozvíjením informačního systému, kompatibilního s informačním systémem Úřadu dohledu nad zdravotní péčí, Ministerstva zdravotnictví a poskytovatelů zdravotní péče tak, aby zajišťoval rychlé a spolehlivé zjišťování informací souvisejících s prováděním veřejného zdravotního pojištění a poskytováním zdravotní péče.

Domnívám se, že zdravotní pojišťovny se tak mohly stát zodpovědnějšími nositeli finančního rizika vyplývajícího z krytí nákladů za zdravotní péči. Platební mechanismus a výše ceny za zdravotní péči se stal předmětem jednání mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Zdravotní pojišťovny mohly aplikovat takové postupy, které motivovaly poskytovatele zdravotní péče k efektivitě při zachování požadované kvality.

Zákon současně předpokládá i takovou situaci, že zdravotní pojišťovna současně vykonává veřejné zdravotní pojištění, individuální zdravotní pojištění a nemocenské pojištění. V takovém případě je povinna zřídit z hlediska organizačního a personálního oddělenou správu pro veřejné zdravotní pojištění, individuální zdravotní pojištění a nemocenské pojištění. Výslovně se uvádí, že tato oddělená správa musí zabezpečit to, aby nedocházelo k poškozování zájmů pojištěnců v jednotlivých odvětvích. Zejména, aby se výnosy v jednotlivých odvětvích využívaly pouze ve prospěch pojištěnců v konkrétním druhu pojištění. Toto byla a je i jedna z obav, kdy se v České republice začalo uvažovat o možném opětovném spojení zdravotního a nemocenského pojištění.

Slovensko zřídilo shora citovaným zákonem Úřad dohledu nad zdravotní péčí jakožto právnickou osobu, které bylo svěřeno vykonávání dohledu nad veřejným zdravotním pojištěním a nad poskytováním zdravotní péče. Sídlem tohoto úřadu je Bratislava. Úřad má rozsáhlé kompetence v oblasti dohledu nad veřejným zdravotním pojištěním tím, že dohlíží nad dodržováním zákonů o zdravotních pojišťovnách a veřejném zdravotním pojištění. Stejně je tomu i v oblasti dohledu nad poskytováním zdravotní péče. V kompetencích tohoto úřadu byla soustředěna celá řada činností, které jsou v České republice roztrženy a vykonává je řada jiných institucí počínaje Ministerstvem zdravotnictví, Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, Národním referenčním centrem a Centrem mezistátních úhrad konče. Všechny zdravotní pojišťovny mají zákonem stanoveny vůči tomuto úřadu řadu povinností. Jsou například povinny mu oznamovat každou změnu ve své finanční situaci anebo jiné skutečnosti, které by mohly ohrozit její schopnost plnit závazky vyplývající z provádění veřejného zdravotního pojištění, změnu podílu právnické osoby nebo fyzické osoby na základním jmění pojišťovny anebo na hlasovacích právech zdravotní pojišťovny. Zdravotní pojišťovny jsou také ze zákona povinny předkládat tomuto úřadu řadu dokumentů jako je např. pololetní zpráva o hospodaření, výroční zpráva o hospodaření, která obsahuje účetní závěrku ověřenou auditorem, plán činnosti zdravotní pojišťovny na příslušný rozpočtový rok, návrh svého rozpočtu a obchodně finanční plán, organizační strukturu po každé její změně apod. Pojišťovna má také ve vztahu k tomuto úřadu povinnost dodržovat minimální míru platební schopnosti, každý měsíc poskytovat úřadu seznamy pojištěnců pro účely vedení registru, seznamy pojištěnců, kteří čekají na poskytnutí zdravotní péče, tj. pojištěnců zařazených do dispenzarizace. Úřad má i rozsáhlé pravomoci při ukládání sankcí. Na jeho činnost zdravotní pojišťovny přispívají. Úřad předkládá vládě Slovenské republiky zprávu o své činnosti, o hospodaření a zprávu o stavu výkonu veřejného zdravotního pojištění. Za zmínku stojí to, že Úřad dohledu měl na Slovensku k 31.12.2007 490 zaměstnanců. Bylo by jistě zajímavé provést podrobnou analýzu činnosti této instituce, jejího organizačního a personálního uspořádání s cílem vyhodnotit jeho účelnost v rozsahu, v jakém byl vytvořen.

S obdobnou institucí se počítá i v České republice. Mělo by však jít o Úřad dohledu nad zdravotními pojišťovnami, nikoliv nad celou oblastí, jak tomu bylo na Slovensku. Pokud by byla přijata odpovídající právní úprava, mohl by se tento úřad stát dobrou dozorovou a metodickou institucí nad prováděním veřejného zdravotního pojištění. Současně se zdá, že tento úřad by mohl získat větší zkušenosti a praktické znalosti problematiky veřejného zdravotního pojištění, které by využíval při tvorbě návrhů právních norem, než tomu bylo, respektive je, dosud ze strany Ministerstva zdravotnictví. V České republice je třeba v této souvislosti, kromě systémových řešení, hledat i politické a ekonomické řešení. Politická řešení se odvíjejí v rovině, zda zřídít Úřad dohledu v době, kdy se jedná o úsporných opatřeních i ve státní správě. Ekonomické úvahy spočívají v tom, kolik by měl mít tento úřad zaměstnanců a

jaké kompetence. Vystává také otázka, jaké kompetence by v této oblasti zůstaly Ministerstvu zdravotnictví.

Z hlediska zdravotního pojištění a pluralitního uspořádání se zdálo, že Slovensko u tohoto uspořádání veřejného zdravotního pojištění zůstává. Současně se snaží činit různá opatření k rozvoji tohoto systému při uplatňování různých regulačních mechanismů nákladovosti zdravotní péče. V závěru roku 2006, s nástupem nové vlády socialisty Roberta Fica se situace změnila a Slovensko přichází s jinou koncepcí. V některých materiálech je tato koncepce označována jako koncept státního zdravotnictví.⁸ Nynější slovenská vláda počítá s jiným směřováním systému. Takzvaným průvodcem slovenského pacienta má být napříště jeho registrující lékař. Byl zaveden termín „ambulance prvního kontaktu“. Do této kategorie spadají ordinace praktických lékařů pro dospělé, pro děti a dorost. Bez jejich doporučení nemůže slovenský pacient nově podstoupit specializované vyšetření. Výjimku tvoří pouze tzv. „ambulance přímého kontaktu“. To jsou gynekologické, stomatologické, psychiatrické, psychologické, sexuologické, dermatovenerologické, oftalmologické a logopedické praxe. Možnost svobodné volby lékaře zůstává, ale zároveň se u praktických a ambulantních specialistů obnovuje princip tzv. rajonizace.

Slovenská vláda také počítá s expanzí na straně zdrojů. Finanční prostředky hodlala navýšit zvýšením plateb za státní pojištěnce. Zavázala se také k růstu veřejných výdajů na zdravotnictví v podobě zvyšujícího se poměru k hrubému domácímu produktu. Chce podporovat více zdrojové financování vyššího příspěvku do fondu úhrady zvláště náročných výkonů. Celkové náklady slovenského zdravotnictví měly v roce 2007 dosáhnout cca 70 miliard slovenských korun. Na jedno procento obyvatel tedy připadá 700 milionů a v přepočtu na 5,4 milionu obyvatel Slovenska je to v průměru 12 963 korun na občana. Ve skutečnosti však na Slovensku spotřebují 2% obyvatel téměř 52% veškeré péče. 10% populace čerpá téměř 71% nákladů na péči. Z hlediska potřeby, jak uvádí, není třeba zavádět restriktivní opatření. Proto vláda již zrušila většinu regulačních poplatků. Současně bylo konstatováno, že regulace spotřeby zdravotní péče na principu tržních mechanismů se nepodařila. Slovenské ministerstvo zdravotnictví chce proto přizvat ke spolupráci experty Světové zdravotnické organizace, aby posoudili, jakým směrem se reforma zahájená bývalou vládou mohla ubírat a jaké by měla důsledky. Cílem vlády je nyní dosažení racionální a spravedlivé alokace zdrojů mezi poskytovatele zdravotní péče z centra tak, aby byla zohledněna jejich zásluhovost a aby byl způsob této alokace pro zdravotnická zařízení motivační. Pro oblast lůžkové péče má být využito systému DRG, v segmentu všeobecných praktických lékařů pak princip tzv. vyvážené kapitační platby stanovené na základě nákladovosti dosažované na kapitovaného pojištěnce.

⁸ Např. Středoevropský institut pro zdravotní politiku – Health Policy Institute : Základní rámce zdravotní politiky pro roky 2008 – 2011, Bratislava 2008

Na Slovensku se znovu uvažuje o vytvoření tzv. souhrnného zdravotního pojištění. To by mělo sloučit zdravotní, nemocenské, invalidní a úrazové pojištění s odůvodněním, že ze všech těchto zdrojů se hradí náklady generované praktickými lékaři a sociální systém má zatím minimum možností, jak čerpání těchto zdrojů limitovat.

Tuto poznámku k vývoji na Slovensku uvádím proto, aby bylo zřejmé, že právě politické vlivy a výměny vlád mění celkové pohledy na financování, organizaci a provádění tak zásadní oblasti jakou je zdravotnictví. Jak se zdá, půjde Slovensko pravděpodobně stejným směrem, jako tomu bylo doposud v České republice, tj. cestou centralizace a posilování role státu a to i přesto, že reformní opatření přinesla finanční efekt. Současná Slovenská opozice (poslanec NR SR a předseda sociálního výboru MUDr. Viliam Novotný) přiznal některé chyby, kterých se při realizaci reformy dopustili a shrnuje je do sedmi bodů a to

- reforma nebyla s veřejností dobře komunikovaná,
- nedokázalo se čelit masivní protikampani vedení tehdejší opozice,
- vláda a ministr zdravotnictví nedokázali zdravotníkům uspokojivě vysvětlit, že změny jsou v jejich prospěch,
- reforma zdravotnictví se minimálně jeden rok zpozdila. Zákony byly schvalovány nikoliv v prvním, ale až ve druhém roce vládnutí,
- reforma nebyla dokončena a začátkem volebního období 2006 se ukázaly aplikační problémy, které vláda v menšinovém postavení již nedokázala vyřešit,
- pozitivní efekty reformy se v praxi nestačily projevit,
- kombinace reformy a starého modelu nemůže být funkční.

Z hlediska zaměření této práce je jisté, že slovenská reforma zdravotního pojištění byla razantní zejména z hlediska privatizace zdravotních pojišťoven. Byl to krok v našich podmínkách jistě neobvyklý. Slovensko však není první zemí, která privatizovala zdravotní pojišťovny. Umožnilo však, aby zdravotní pojišťovny spravovaly pojistné – zdravotní daň, dosahovaly přitom zisk a tento zisk vyplácely svým akcionářům. Druhou zemí, která tak učinila, bylo Nizozemsko od počátku roku 2006. Nedostatkem slovenské reformy a působení privátních pojišťoven je podle mého názoru celá řada. Za nejzávažnější považuji to, že tyto pojišťovny si nemohou konkurovat cenou ani tím, že by mohly nabízet vrácení části pojistného v případě nečerpání zdravotní péče. Na druhou stranu však slovenské privátní pojišťovny zrušily finanční limity pro poskytovatele zdravotní péče, kteří jsou ve skutečnosti omezeni jen svými kapacitními možnostmi. Otázkou zůstává, jak dlouho může být tento stav z hlediska finančního udržitelný. Jako evidentně dobré se z hlediska péče o pojištěnce jeví některé další služby, které privátní pojišťovny poskytují jako je např. návštěva lékaře u pacienta doma, nemůže-li se dostavit. Přitom se nejedná o pohotovostní službu. Další službou je očkování proti chřipce, které je bezplatné a je určeno všem, bez ohledu na věk. Pokud

porovnáme tzv. nadstandardní péči na Slovensku a v České republice je na Slovensku širší.

Na závěr si neodpustím poznámku, že na slovenské reformě a jejím vývoji jsou pregnantně vidět různé přístupy ovlivněné politickými vlivy a představami. Výměna vládnoucí garnitury znamenala jiný přístup ke zdravotnictví a zdravotnímu pojištění, včetně jejího organizačního uspořádání.

6.2.2. RAKOUSKO

Rakousko je federativním státem. Skládá se ze spolkových zemí a to Vídně, která je nejen hlavním městem ale i spolkovou zemí, Dolního Rakouska, Burgenlandu, Štýrska, Solnohradska, Horního Rakouska, Korutan, Tyrolska a Vorarlbergu. Má více než 8 milionů obyvatel. Zákonodárné a výkonné pravomoci jsou v sociálním pojištění v kompetenci Spolku. Ten tyto pravomoci přenáší na nositele pojištění tj. na samosprávné korporace. Sociální pojištění se skládá z nemocenského pojištění, jehož součástí jsou i věcné dávky tj. zdravotní pojištění, důchodové pojištění a úrazové pojištění.

Nositeli sociálního pojištění jsou pojištění prakticky všechny výdělečně činné osoby a důchodci. Kromě toho je v Rakousku neomezený přístup k dobrovolnému pojištění. Nejvýznamnější je právě zdravotní pojištění.

Celkem existuje 28 nositelů sociálního pojištění. Pojištění v nezaměstnanosti je organizováno a spravováno Službami trhu práce. Tito nositelé jsou sdruženi v Rakouském svazu nositelů sociálního pojištění, což je zastřešující organizace. Hlavní svaz nositelů sociálního pojištění hájí obecné zájmy těchto nositelů a zastupuje je ve společných záležitostech. Je oprávněn vydávat závazné směrnice, odborné posudky a stanoviska a uzavírá rámcové dohody s dalšími zájmovými skupinami. Provádí také správu pojišťovacích dat a statistickou službu.

Nositelé sociálního pojištění jsou v Rakousku rozděleni podle skupin povolání (horníci, samostatně hospodařící živnostníci, zemědělci, zaměstnanci železnic, úředníci), podle stavovské příslušnosti (dělníci, zaměstnanci, zemědělci, úředníci apod.) nebo jsou děleni regionálně. Největšími nositeli sociálního pojištění jsou dva ústavy důchodového pojištění pro dělníky a úředníky, 9 oblastních zdravotních pojišťoven v jednotlivých spolkových zemích a všeobecný ústav pro úrazové pojištění, jako centrální organizace úrazového pojištění. Vedle toho existují dva ústavy sociálního pojištění pro samostatně výdělečně činné osoby, tj. pro živnostníky a zemědělce. Zdravotní a úrazové pojištění většiny úředníků je spravováno ve vlastní pojišťovně. Kromě toho existuje 10 podnikových zdravotních pojišťoven.

6.2.3. NĚMECKO

Německo je spolkovou zemí. Základem systému sociálního pojištění je 5 oblastí a to důchodové pojištění, nemocenské pojištění, pojištění péče, úrazové pojištění a pojištění v nezaměstnanosti. Základním úkolem nemocenského pojištění je podle sociálního zákoníku „zachovat, zlepšit či znovu nastolit zdraví pojištěnců. Pojištěnci jsou za své zdraví spoluodpovědní, mají svým způsobem života, podílením se na preventivních zdravotních opatřeních a aktivním ovlivňováním léčby přispět k zabránění vzniku onemocnění nebo překonat jeho následky. Nemocenské pojišťovny by v tom pojištěncům měly být nápomocny prostřednictvím informací, poradenství a svých výkonů a dále působit na jejich zdravé životní podmínky“.

Základním principem nemocenského pojištění je princip solidarity a to jak vertikální tj. osob s vyššími příjmy s osobami s nižšími příjmy, tak horizontální, tj. mladých se staršími a svobodných s rodinami s dětmi. Je vyjádřen především tím, že pojistné představuje procento z příjmů každého pojištěnce jako jediného kritéria, zatímco věk, pohlaví, rodinný stav a zdravotní stav nejsou zohledňovány. Rodinní příslušníci jsou spolupojištěni v případě, že nemají vlastní příjmy, nebo tyto příjmy nepřesahují určitou hranici. Existuje tedy zde tzv. zástupná platba. Každému se hradí nezbytná zdravotní péče bez ohledu na výši pojistného.

Zdravotní pojišťovny jsou organizovány v zemských a spolkových svazech. Zdravotní pojišťovny lze rozdělit v podstatě do 7 skupin takto
17 regionálních pokladen (Allgemeine Ortskrankenkassen – AOK)
13 náhradních pokladen (Ersatzkassen)
359 pokladen založených na podnikovém principu (Betriebskrankenkassen – BKK)
42 cechovních pokladen (Innungskrankenkassen – IKK)
20 zemědělských pokladen (Landwirtschaftliche Krankenkassen)

Počet nemocenských pokladen se v Německu trvale snižuje. Malé pokladny se slučují s většími. Mezi jednotlivými nemocenskými pokladnami dochází i k tzv. strukturálnímu vyrovnání, které má eliminovat vliv „nevýhodných skupin pojištěnců“ (staří, nemocní). Pojištěnci mají svobodnou volbu pojišťovny a je zachována solidarita systému.

Všechny zdravotní pojišťovny působí na principu veřejného práva a jejich pojištěnci si volí samosprávu. Ve většině pojišťoven se samospráva skládá z představenstva, které je odpovědné za běžný provoz zdravotní pojišťovny a správní rady, která odsouhlasuje předpisy pojišťovny, pojistný plán apod. Správní rada se skládá ze zvolených zástupců pojištěnců a zaměstnavatelů. Náhradní pokladny mají správní rady složené pouze ze zástupců pojištěnců. Zástupci pojištěnců a zaměstnavatelů jsou voleni na období 6 let.

Také Německo reformuje v poslední době svůj systém tak, aby byl finančně udržitelný. Zaměřují se na omezování výdajů z pojistných fondů na straně jedné a navyšují spoluúčast pacienta na straně druhé. Odvody na zdravotní pojištění činí 14% hrubého příjmu.

6.2.4. ŠVÝCARSKO

Švýcarsko je konfederací a skládá se z 26 kantonů. Švýcarská zdravotnická soustava je z největší části financována prostřednictvím povinného zdravotního pojištění. Od roku 1996, kdy vstoupila v platnost tehdy nová zákonná úprava, jsou všichni trvale žijící obyvatelé ve Švýcarsku zdravotně pojištěni. Jednotlivci nebo jejich zákonní zástupci platí pojistné, jehož výše se vypočítává na komunitní úrovni, to znamená, že je stejné pro všechny osoby, které jsou pojištěni u dané pojišťovny v rámci jednoho kantonu, nebo regionu. Před rokem 1996 byla výše pojistného vypočítávána v závislosti na riziku jednotlivých klientů, a proto bylo zdravotní pojištění pro některé skupiny, zejména staré občany a chronicky nemocné drahé nebo dokonce nedosažitelné. Ze systému povinného zdravotního pojištění jsou vyňati státní zaměstnanci, kteří jsou pojištěni ve vojenském pojištění. Kantony jsou povinny informovat své obyvatele o povinnosti uzavřít povinné zdravotní pojištění a ti jsou povinni toto pojištění uzavřít do 3 měsíců od jejich příchodu do kantonu.

Zdravotní pojišťovny mohou mít formu svazu, nadace, družstva, ale také akciové společnosti. Zákon poskytuje pojišťovnám finanční nezávislost. Předepisuje jim ale vytvářet pro oblast povinného základního zdravotního pojištění rezervy. Navíc příjmy nesmějí být využity pro jiné účely, např. pro podnikání a nesmí vytvářet zisk. Stejně tak i ve Švýcarsku pokračuje proces koncentrace zdravotních pojišťoven. Ten je kromě jiného i důsledkem růstu nákladů na provoz pojišťovny, zejména v oblasti informatiky a stoupajících nároků na poradenství a další služby.

Občané mají svobodnou volbu zdravotní pojišťovny a pojišťovny mají zakázáno odmítnout přijmout pojištěnce do pojištění, pokud o to požádá. Občané mají právo na změnu zdravotní pojišťovny 2x ročně. Zdravotní pojišťovny kalkulují výši pojistného podle odhadu nákladů na zdravotní péči v kantonu nebo regionu. Tyto kalkulace podléhají každoročnímu auditu Švýcarského úřadu pro otázky zdravotního pojištění, a to ještě předtím, než jsou aplikovány v praxi. Pokud by mělo být pojistné příliš vysoké, má vláda konfederace právo přinutit pojišťovnu, aby jeho výši ještě před zavedením pojistného snížila. Pro zmírnění sociálních dopadů vláda švýcarské konfederace i vlády jednotlivých kantonů dotují systém povinného zdravotního pojištění z daňových výnosů. Kantony mají určitou autonomii, při určování toho, jak budou tyto dotace přidělovány.

Ve Švýcarsku existují různé druhy doplňkového zdravotního pojištění. Nejběžnější jsou ty, které pokrývají příspěvek za vyšší standard v nemocnici, náklady na alternativní medicínu, stomatologickou péči a léčiva, která nejsou hrazena ze zdravotního pojištění.

6.2.5. MAĎARSKO

Maďarsko je republika. V čele stojí prezident. Zákonodárným orgánem je jednokomorový parlament. Systém veřejné správy má 3 úrovně a to centrální vládu, místní samosprávu regionu, zastupitelstva měst a obcí. Rozhodování o zdravotní politice bylo prakticky od roku 1948 prováděno centrálně. Soukromé zdravotnické organizace jako pojišťovny a soukromí praktičtí lékaři byli tehdy ze systému vyňati. V ústavě Maďarska bylo deklarováno zdraví jako základní právo, za které je odpovědný stát. První reformy tohoto systému byly provedeny v roce 1987, kdy byl Ministerstvem sociálních věcí vytvořen sekretariát pro reformu, který měl za úkol předložit politické návrhy. Výsledkem bylo založení sociálního pojištěneckého fondu a uznání soukromých poskytovatelů. Zdravotnický systém je všeobecný, povinný a založený na principu Národního zdravotního pojištění. Organizace je svěřena správě fondu zdravotního pojištění. Jeho úkolem je výběr zdravotního pojištění od zaměstnanců a zaměstnavatelů, uzavírání smluv s poskytovateli zdravotní péče a nákup služeb od zdravotnických zařízení tj. nemocnic, klinik, jednotlivých poskytovatelů. Důležitou součástí systému je místní samospráva, která odpovídá za zajištění zdravotní péče pro své obyvatele a každodenní provoz zdravotnických zařízení. Je také hlavním vlastníkem nemocnic a ambulantních klinik.

Také Maďarsko přistoupilo v poslední době k řadě reforem, včetně zavedení poplatků.

6.2.6. NIZOZEMSKO

Nizozemí je konstituční monarchií a zároveň parlamentní demokracií. Stát je řízen vládou, která je kontrolována parlamentem. Nizozemský zdravotní systém je, podobně jako u ostatních zemí sousedících s Německem, založen na principu zdravotního pojištění. Přestože lze tento systém zařadit do kategorie tzv. Bismarkova modelu, je holandský zdravotní systém založený právě na kombinaci veřejného a soukromého pojištění do jisté míry jedinečný. Základy tohoto veřejného zdravotního systému jsou spjaté s cechy. Základním heslem tohoto prvního veřejného zdravotního pojištění bylo „všichni si navzájem pomáháme“. Veřejné zdravotní pojištění má různé formy a to pojišťovny, lékařské fondy, firemní fondy, obchodní fondy apod. Z těchto fondů se na současné podobě zdravotního systému projeví zejména lékařské

fondy, které byly založeny praktickými lékaři, zejména pro chudší část populace.

Pro nizozemský zdravotnický systém je charakteristická kombinace veřejného a soukromého financování.

Stejně jako ostatní západoevropské země má i Nizozemsko dlouholetou tradici provozování zdravotní péče dobrovolnými organizacemi na místní a regionální úrovni.

K zásadní reformě došlo od 1.1.2006. Privátní pojišťovny nabízejí konkurenční zdravotní plány a mohou si konkurovat i cenou. S touto myšlenkou řízení konkurence ve zdravotním pojištění přišel již v roce 1978 profesor Stanfordské university v USA Alain Enthoven. Každý by podle něj měl mít povinnost se pojistit, ale zároveň i možnost si vybrat některý z pojistných plánů. Pojištěnec si zvolí pojišťovnu a zdravotní pojistný plán a je současně motivován k vlastní péči o zdraví. Také jako v našem systému platí, že je možné měnit pojišťovnu. Pojištění musí být uzavřeno pod hrozbou vysoké pokuty. Pojistka je kombinovaná, část si platí pojištěnec, jde o tzv. nominální platbu a druhá složka je procentuální, která je závislá na příjmu. Pojistné se platí ve výši 6,5 % vyměřovacího základu. Nizozemci mají pro vyměřovací základ stanoven strop ve výši 30 015 eur ročně. Děti do 18 let jsou osvobozeny od placení pojistného, sociálně slabí mají nárok na slevu na dani a pro důchodce platí zvláštní subvence. Pro konkurenci pojišťoven je v systému klíčová možnost diferenciací ceny pojistného. Pojištění má od roku 2006 podobu jednotného zdravotního pojištění a to povinného pro všechny občany. U všech pojišťoven, jejichž počet vzrostl po reformě na 37, musí být k dispozici standardní balík základní zdravotní péče a k němu mohou pojišťovny nabízet doplňkové pojištění zdravotní péče nad jeho rámec. Zdravotní pojišťovny mohou svým akcionářům vytvářet zisk. V Nizozemsku stát ovlivňuje chování účastníků systému prostřednictvím regulátora.

Některé prvky současného nizozemského modelu jsou v současné době posuzovány a mají být využity i v našich podmínkách. V Nizozemsku se však dlouhou dobu před reformními opatřeními započalo se sbližováním veřejného zdravotního pojištění a komerčního pojištění. V současné době je reforma v této zemi považována za jednu z nejzdařilejších v zemích Evropské unie.

6.2.7. VELKÁ BRITÁNIE

Spojené království Velké Británie a Severního Irska je konstituční monarchií. Organizační struktura poskytování a financování zdravotní péče vychází z historického kontextu, zejména ze změn, které se odehrály po II. světové válce. Zákon o Národní zdravotní službě, který byl schválen v roce 1946, se vyznačuje takovými základními rysy, jako je odpovědnost státu,

poskytování zdravotní péče zdarma a důraz na rovnost k přístupu k zdravotní péči, jako součást sociálního státu.

Problémy tohoto systému se projeví zejména v 70. letech. V roce 1976 byla stanovena nová koncepce, jejímž cílem bylo navrhnout efektivnější systém řízení a využití finančních zdrojů. V roce 1982 došlo k vytvoření 192 zdravotních úřadů, které nahradily dosavadní úřady místní a oblastní. Další změnou, která byla do systému vnesena, byla snaha o rovnoměrnou alokaci zdrojů v různých oblastech země. Systém je financován převážně prostřednictvím všeobecných daní vybíraných vládou společně s příspěvkem Národního pojištění. Všeobecné daně zahrnují jak daně z příjmu, tak daně z investic a nákladů. Podíl přímých plateb za služby ve zdravotnictví v průběhu posledních let narůstá. Poplatky se týkají soukromé lékařské péče, dlouhodobé zdravotní péče, doplatků za léky, stomatologické služby.

Praktičtí lékaři jsou ve Velké Británii odpovědní úřadům zdravotní péče. Zpracovávají výroční zprávy, dodržují stanovený rozpočet na léky a plní úkoly v oblasti prevence. Pracují v rámci tzv. trustů primární péče, zajišťujících rovnoměrné rozložení primární péče v regionech. Nemocniční péče je organizována prostřednictvím nemocničních trustů. Nemocniční péče je poskytována na základě doporučení praktického lékaře. Péče je bezplatná. Trusty zaměstnávají zdravotnický personál.

Také poslední reformy v této zemi spočívají v zavádění tržních mechanismů do zdravotní péče, včetně zvyšování spoluúčasti pacientů, poskytování integrované péče se sociálními a jinými službami a místní plánování služeb.

X X X

Úpravy financování zdravotnictví a institucionálního uspořádání ať již na principu veřejného zdravotního pojištění, jedné nebo více zdravotních pojišťoven, financování z veřejných daní, či kombinace státního nebo veřejného zdravotního pojištění, existence doplňkových systémů apod. může být z hlediska dalšího uspořádání v České republice podnětný. Je možné z něj čerpat. Nelze však žádný z těchto systémů převzít beze zbytku a v plném rozsahu ho aplikovat na naše podmínky. Tato zkušenost je prakticky obsahem všech reformních kroků, počínaje znovuzavedením veřejného zdravotního pojištění po dlouhodobém fungování státního systému v Československu, tak i v současné době, kdy se intenzivně připravují změny systému nejen veřejného zdravotního pojištění ale i celého zdravotnictví. Autoři reformy jednoznačně deklarují, že návrhy jsou podloženy jak studiem hlavních evropských trendů vývoje zdravotních systémů, tak znalostí a poznatky současné situace ve zdravotnictví. Přitom jsou respektovány specifické podmínky České republiky.

7. Vybrané premisy ovlivňující veřejné zdravotní pojištění a jeho organizační uspořádání

Ve zdravotnictví existuje velice slabá schopnost samoregulace. Různé metody, které se snaží kontrolovat a regulovat náklady na zdravotnictví se setkávají s celou řadou potíží v

- **politické rovině.** Rozvoj a zejména úpravy systému veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních opatření ať již na straně pojištěnců nebo zdravotnických zařízení jsou častým prvkem politických rozprav napříč politickým spektrem. Politické prostředí často není dostatečně stabilní k přijetí zásadních opatření v oblasti zdravotnictví a veřejného zdravotního pojištění. Společnost není dostatečně připravena na tržní prostředí v podmínkách péče o zdraví. Zásadně se odmítá nakládat se zdravím a službami ve zdravotnictví jako se zbožím. Prakticky do konce roku 2006 neexistovala dlouhodobější koncepce státu v této oblasti, a pokud existovala, nebyla naplňována. Přetrvává silné povědomí obyvatel o bezplatném poskytování veškeré zdravotní péče,
- **právní oblasti.** Protože neexistovala nebo nebyla naplňována dlouhodobější koncepce, právní úpravy reagovaly jen na dílčí nikoliv zásadní změny systému. Často také nebyly respektovány přijaté právní normy (viz. např. neochota zdravotnických zařízení akceptovat regulační opatření týkající se úhrady poskytované zdravotní péče vydávaná ve formě vyhlášek Ministerstvem zdravotnictví v roce 2005 a 2006),
- **ekonomické oblasti.** Pravidla tzv. ekvity (spravedlnosti) v ekonomické oblasti je často nesnadné skloubit se zásadami solidarity mezi aktivním a neaktivním obyvatelstvem, starými a mladými pojištěnci, výše příjmovými a nízkopříjmovými skupinami a zdravými a nemocnými,
- **sociální oblasti.** Sociální ochrana, v konkrétním případě veřejné zdravotní pojištění, je výsadou společnosti a jakékoliv zhoršení vyvolává nespokojenost všech vrstev obyvatelstva,
- **technologické oblasti.** V posledních letech dochází k prudkému rozvoji nových technologií, rozvoji farmaceutického průmyslu, zdokonalování prostředků zdravotnické techniky i ostatních technologií pro zdravotnictví. Zvyšuje se možnost provádět náročné operace ve stále větším počtu zdravotnických zařízení. Výrazným způsobem stoupá význam informatiky a přenosu dat ve zdravotnictví a mezi ostatními subjekty, které se zdravotnictvím komunikují. Prudce vzrostl význam a využití informačních technologií pro kontrolu a řízení činností ve

zdravotních pojišťovných spojený s nárůstem nákladů potřebných k technickému vybavení jednotlivých pracovišť.

Podíl veřejných výdajů na zdravotní péči na hrubém domácím produktu a na celkových veřejných výdajích se během posledních několika let výrazně zvýšil. Reformní úsilí v poslední době, spolu s nástupem pravicově zaměřené vlády, významně posílilo a zdá se, že se podaří prosadit řadu věcí. Jako příklad lze uvést zákon č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů, jehož přijetím se podařilo realizovat první část reformních opatření ve zdravotnictví a to zavedením poplatků částečně motivovat občany k účelnému čerpání zdravotní péče. Jestliže by v politice zdravotní péče a ve veřejném zdravotním pojištění nedošlo k zásadním změnám, požadavky zdravotních výdajů porostou a budou sílit i tlaky na rozpočty veřejného sektoru v budoucích letech. Proto je reforma zdravotnictví, včetně veřejného zdravotního pojištění a jeho institucionálního uspořádání, závažným politickým problémem a to nejen České republiky, ale i v mnoha dalších zemích.

Pokusy o zpomalení růstu veřejných výdajů na zdravotnictví rozpočtovými stropy nebo jinými „makronástroji“ charakterizovaly všechny dosavadní kvazi reformní snahy v posledních letech. Málo pozornosti se však podle mého názoru věnovalo struktuře stimulů a tak vznikají pochybnosti o schopnosti těchto makropřístupů udržet celkovou kontrolu nad výdaji, částečně i kvůli negativním účinkům, které mohou mít na účinnost celého systému.

Při přípravě a navrhování reformy a jejich kodifikaci je třeba se dívat dále za okamžité problémy veřejných financí a deficitů k širší otázce účinnosti poskytování zdravotní péče a k dopadům na celkovou ekonomickou výkonnost. Přidělování tzv. injekcí, např. oddlužování nemocnic, odkup nedobytných pohledávek za plátcí pojistného a přidělování větších než nezbytných zdrojů do odvětví zdravotnictví, snižuje schopnost ekonomik rozšiřovat se v průběhu času. Zbytečný růst výdajů na zdravotní péči a do veřejného zdravotního pojištění také omezuje fiskální schopnost státu dosahovat jiných sociálních cílů včetně těch, které by mohly mít větší pozitivní dopad na výsledky zdravotní péče.

K růstu výdajů na zdravotní péči přispívá i složitý soubor faktorů na straně nabídky a poptávky. Na současné úrovni poznání se jen těžko přesně identifikují všechny faktory a jejich skutečný význam.

Hodnocení potenciálních směrů reformy systémů zdravotní péče a jejich financování musí být věnována zvláštní pozornost straně nabídky zdravotnického trhu včetně směsi různých stimulů ať již ekonomických či morálních. Kvalita péče a uspokojování spotřebitele by se měly maximalizovat a náklady minimalizovat. Občané musí mít i nadále přístup k určité úrovni

zdravotní péče, která nemůže být snížena a ošetření musí být založeno jako dosud na potřebě péče a nikoliv na příjmu.

Většina pojištěnců dnes nemá dostatek informací pro volbu takového zdravotnického zařízení, kde je zdravotní péče poskytována na dobré úrovni. Rozšiřování informací o úrovni této péče je dosud prakticky nulové a zatím se významně nepodařilo je v praxi prosadit. Důvodů je celá řada. Lze je hledat u státních orgánů ale i u samotných zdravotnických zařízení, která často z různých důvodů nemají zájem o zveřejňování takovýchto informací. Pro oblast akutní lůžkové péče se dlouhodobě uvažuje o širším zapojení klasifikačního systému DRG. Proto také samy zdravotní pojišťovny, které mají o tento systém zájem, založily Národní referenční centrum. Považují totiž tento systém za nástroj, který by poskytl informační podporu pro lepší řízení a usměrňování veřejného zdravotního pojištění ale i jako základ úhradového mechanismu zdravotní péče a vytváření konkurenčního prostředí.

Malá pozornost je dosud věnována prevenci a zdravému způsobu života. Zdravotní pojišťovny zatím, s ohledem na pravidla svého hospodaření, mohou použít jen minimum svých finančních prostředků na preventivní opatření. Jsou to pouze ty prostředky, které se soustřeďují na fondu prevence. Pokud jde o zdravý způsob života zdá se, že na tomto úseku se přece jenom vědomí občanů zlepšuje.

Nedaří se posílit úlohu lékaře tzv. první linie. Přestože se o systému rodinného lékaře dlouho hovoří, reálný stav je horší. Systém rodinného lékaře může zajistit lepší kvalitu zdravotní péče a snížit náklady na financování nejdražšího segmentu, kterým je nemocniční péče.

Dalším závažným problémem celého systému je odhodlání se k zavedení tzv. minimální sítě poskytovatelů zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Např. Světová banka několikrát ve svých studiích uvedla, že Česká republika má nadbytek lékařů v soukromých ambulancích, ale i akutních lůžek v nemocnicích, zejména ve velkých městech. Současné trendy ukazují, že snaha o regulaci sítě poskytovatelů zdravotní péče bude ponechána zdravotním pojišťovnám. Je otázkou, zda ty mohou být tím hlavním a jediným regulátorem bez pomoci státu. Jde o velmi citlivou oblast, kterou se zatím nikdy nepodařilo dořešit.

Chybí účinné regulační mechanismy na straně plátců, tj. zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče, ale i na straně pojištěnce, které by systémově omezovaly čerpání zdravotní péče. Řada potíží je způsobena nezájmem pacientů, příjemců zdravotní péče o kontrolu účelnosti poskytované zdravotní péče. Prvním ale i nejjednodušším krokem bylo zavedení regulačních poplatků a doplatků pro občany. Přesto, že toto opatření zavedené s účinností od ledna 2008 je podrobena ostré kritice, považuji je za správné. Jiná otázka však je, do jaké míry jde o opatření, které

z dlouhodobého hlediska bude tím správným regulátorem. Je to jako s cenou každého jiného druhu zboží. Zvýšením ceny se krátkodobě spotřeba sníží, poté dojde k vyrovnání.

Podstatným pilířem celého systému zdravotnictví je jeho ekonomická báze, tj. veřejné zdravotní pojištění, včetně jeho institucionálního uspořádání. Vycházíme-li z toho, že zdravotní potřeby jsou prakticky nekonečné, zdroje financování jsou omezené a mezi finančními náklady a úrovní zdraví neexistuje jednoduchá lineární závislost, je třeba zhodnotit, do jaké míry současná alternativa pluralitního systému tj. několika zdravotních pojišťoven, nebo jen jedné zdravotní pojišťovny může ovlivnit hospodaření celého systému a relativní spokojenost všech zúčastněných subjektů, tj. zejména pojištěnců, zdravotnických zařízení, plátců pojistného, ale i dodavatelů zdravotnických potřeb a v neposlední míře i státu, který přenesl na tyto instituce část svých kompetencí a oni ho vykonávají pod jeho dohledem.

V této souvislosti je třeba uvést, že zdravotní pojištění je zatíženo i řadou faktorů, které jsou někdy označovány jako „morál hazard“ neboli morální riziko. Toto morální riziko je na straně pojištěnců, ale i poskytovatelů zdravotnických služeb. V případě pojištěnců, jestliže nejsou nijak zainteresováni, může docházet k jejich neodpovědnému chování, ke zbytečnému nebo odvratitelnému poškození jejich zdravotního stavu a tím ke zvýšení potřeby zdravotní péče. Někteří pojištěnci se také mohou snažit spotřebovat, ať vědomě či nevědomě, nadměrný rozsah péče. Obdobně při chybějící zainteresovanosti na straně poskytovatelů zdravotnických služeb a při nedostatečných kontrolních mechanismech může vést jejich chování ke zbytečným ztrátám, tj. poskytování nadměrného rozsahu zdravotnických služeb, nabídkou vyvolaná poptávka služeb, ekonomicky ovlivněná preskripčním chováním ve formě předepisování příliš nákladných léčiv při současné možnosti využití lacinějších. Podíl tohoto rizika na straně poskytovatelů zdravotnických služeb bývá často opomíjen a naopak se přeceňuje vliv morálního rizika na straně pojištěnců. Přitom právě poskytovatelé zdravotnických služeb sehrávají v této oblasti z ekonomického hlediska významnější roli.

Z hlediska ekonomiky zdravotnictví je důležité hledat věcná řešení, jakými lze zainteresovat pojištěnce, poskytovatele i plátce zdravotnických služeb ve vztahu k jejich chování s ohledem na snížení vzniku tohoto rizika a tato řešení zakotvit v příslušných právních úpravách veřejného zdravotního pojištění, tak aby bylo srozumitelné jednoznačné a vykonatelné. Často jsme svědky toho, že tyto právní úpravy vydávané zpravidla ve vztahu k poskytovatelům zdravotní péče formou vyhlášky vyvolávají to, že tato zařízení se brání jejich praktické aplikaci. Příkladem z poslední doby může být např. vyhláška č. 550/2005 Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení, pro 1. pololetí 2006 a vyhláška č. 101/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 550/2005

Sb., kterou se stanoví výše úhrad zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení pro 1. pololetí 2006, které vyvolávaly stávkovou pohotovost lékařů.

První otázkou, která předchází ještě úvaze o tom, zda v České republice by měl být i nadále zachován pluralitní systém, tj. systém více zdravotních pojišťoven ve zdravotním pojištění je otázka, zda i nadále by mělo být zdravotnictví hrazeno z veřejného zdravotního pojištění nebo financováno ze všeobecných daní nebo úplně jiným způsobem. Jedním z námětů bylo i to, že by bylo možné provést reformu našeho stávajícího systému veřejného zdravotního pojištění na kombinovaný systém solidární a individuální. Jednou z variant bylo zavedení tzv. spořicíh zdravotních účtů podle singapurského modelu. Tyto spořicí účty byly v Singapuru zavedeny v roce 1984 pod názvem MEDISAVE. Systém byl zaveden proto, aby si občané mohli spořit na své hospitalizační náklady, které budou čerpat ve stáří. Tento systém je spravován centrálním spořicím fondem, který je jakousi prodlouženou rukou vlády a který současně akumuluje úspory dalších fondů, např. fondu úspor na bydlení, fondu vzdělávání apod. Na základě systému MEDISAVE spoří každý zaměstnanec v závislosti na věku určité procento svých měsíčních příjmů. Z tohoto spořicího zdravotního fondu mohou být placeny pouze platby nemocnicím a to majitelem účtu a jeho blízkými rodinnými příslušníky. Splátky MEDISAVE jsou rozděleny mezi zaměstnance a zaměstnavatele. Není to však pojistný plán, protože zde neexistuje žádné přerozdělování, naopak účty jsou úročeny. Pacienti platí nemocnicím v závislosti na kvalitě a komfortu služeb, zbývající část do reálné ceny je placena nemocnicím ze státního rozpočtu. Počet nemocnic, ve kterých se platí ze spořicíh účtů je limitován, nelze tedy platit ve všech nemocnicích.

V tomto systému není možné spojovat zdravotní spořicí účty s garantovanou zdravotní péčí. Garantovaná zdravotní péče je soupisem zdravotních služeb a léčby, které musí být poskytnuty každému občanovi, bez ohledu na to, jestli je může zaplatit. Služby mimo garantovanou zdravotní péči je péče, kterou si občan hradí plně sám. Definice garantované zdravotní služby je obtížná, neboť je většinou definována zdravotními stavy a typem léčby. Obtížně se zde dochází ke shodě lékařů, pacientů a plátců pojistného a i když se nakonec podaří část této léčby z garantované zdravotní péče vyjmout, narušuje to solidární systém. Zdravotní spořicí účty jsou osobními účty, ze kterých se částečně financuje jakýkoliv typ zdravotního stavu nebo léčby. Pacient se tak spolupodílí na všech nemocničních nákladech, bez ohledu na závažnost onemocnění. Tyto účty pracují jako balanční mechanismus. To znamená, že pacient platí rozdíl mezi reálnou cenou služeb a platbou za tyto služby hrazené ze všeobecného zdravotního pojištění, tj. ze solidárního pojištění. Zdravotní individuální účty mají nad garantovanou zdravotní péčí jednu výhodu. Jsou definovány ve finančních pojmech a nikoliv pojmech medicínských. Pokud jsou však některé zdravotní služby vyňaty z

garantované zdravotní péče, nemohou být placeny ze zdravotních individuálních účtů, ale musí být hrazeny pacienty.

Pokud by se v podmínkách České republiky mělo někdy uvažovat o zavedení zdravotních spořicíh účtů, bylo by třeba nejdříve rozhodnout, které zdravotní služby budou vyňaty z garantované zdravotní péče a následně jaký procentuelní podíl ze všech zdravotních nákladů bude hrazen ze všeobecného solidárního pojištění a jaký díl ze zdravotních spořicíh účtů dorovná reálné náklady. V Singapuru je tato solidární část placena státem z daní. Tento podíl tvoří jen 30% - 40% všech výdajů, což je na poměry Evropy, ale i České republiky podíl velice nízký, který však odpovídá tamějším parametrům. V této souvislosti je třeba doplnit, že singapurský model nespočívá pouze na systému MEDISAVE. Důležitou roli hraje i systém MEDISHIELD. Ten byl založen v roce 1990 jako pojištění na těžké, nákladné a dlouhodobé choroby.

Podle mého názoru zavedení takového modelu by v našich podmínkách bylo velice obtížné a komplikované. Tyto zdravotní spořicí účty nebyly dosud nikde mimo Singapur vyzkoušeny. Zvláště v Evropě převládá mínění občanů, že odpovědnost za zdraví a zdravotní péči nese stát. Zavedení těchto spořicíh účtů by znamenalo radikální reformu zdravotnického systému. Bylo by třeba např. založit několik milionů individuálních účtů, nejméně jeden na rodinu, založit centrální instituci, případně pověřit některou banku, která by vybírala platby, spravovala je a přisovala úroky. Musel by být vytvořen ceník služeb a určeny podíly všeobecného zdravotního pojištění a zdravotních individuálních účtů. Bylo by také třeba zajistit informovanost majitelů účtů o jejich stavu a trvale je informovat o cenách lékařských služeb. Zavedení tohoto systému by vyžadovalo vytvořit jednu centrální instituci, která by se těmito záležitostmi zabývala. S ohledem na současný stav našeho veřejného zdravotního pojištění by zavedení tohoto systému bylo nereálné.

Dalším modelem, o kterém se v našich podmínkách často hovořilo, je tzv. švýcarský model. Takový systém by musel být financován ze třech zdrojů a to státem, ze všeobecného solidárního pojišťovacího systému a z přímých plateb pojištěnců. Ve Švýcarsku každý z těchto zdrojů dodává jednu třetinu financí. Je to podle mého názoru systém reálný, který lze v našich podmínkách využít. Hlavní výhodou je konkurence mezi určitým počtem pojišťoven na území státu. Pojištěnci se mohou pojistit na širokou škálu individuálních i skupinových rizik. Systém je samoobslužný, tzn., že ho provádí pojišťovny. Vláda ho jen kontroluje a vytváří pro něj legislativní prostor. Významnou roli zde hraje spoluúčast a tím i odpovědnost pojištěnců za svoje zdraví. Švýcarský systém rozděljuje pojišťovací fondy do různých podskupin a zařazuje do nich pojištěnce s ohledem na věk a pohlaví a vypočítává tak pojištění podle přesně definovaných dat aniž by se vzdával dalších mechanismů, jako je např. výše pojištění v závislosti na příjmu apod. Jak již jsem uvedl, výhodou švýcarského systému je to, že vláda je odpovědná pouze za nezbytnou legislativu. Do vlastního chodu však nijak nezasahuje.

Švýcarské pojišťovny mají svobodu nabízet pojišťovací produkty, pokud jejich nabídka obsahuje základní škálu služeb definovanou zákonem. Další podmínkou samoobslužného systému je i to, že každý švýcarský občan musí povinně platit pojistné a to bez výjimek. Na rozdíl od České republiky, kde za více než 50% občanů platí pojistné stát. Stát také určuje výši tohoto kvazi pojistného založeného na výpočtu fiktivní minimální mzdy. Samoobslužný systém vede také k trvalému vylepšování vztahů mezi pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. Ve Švýcarsku existují sloučené praxe vlastněné pojišťovnami, které poskytují základní péči a mají smluvní vztahy s nemocnicemi. Jejich pacienti většinou pobývají v nemocnicích kratší dobu a jejich léčba je ve svém důsledku levnější. I v našich podmínkách považují za vhodné, že by právní úprava měla umožnit pojišťovnám větší samostatnost a působnost v samoobslužném systému.

Samostatnou kapitolou je spoluúčast pacienta. Ta musí být nedílnou součástí systému. Musí být zavedena zákonem. Podstatou systému musí být maximální roční limit spoluúčasti, oddělení pobytových služeb v nemocnicích a možnost se pojistit na spoluúčast. Spoluúčast je pokládána za jeden z možných nástrojů ke snížení neodůvodněných požadavků na poskytování zdravotní péče a tím i k omezování výdajů na zdravotnictví a v neposlední řadě jako zdroj určitého zvýšení příjmů zdravotnictví. Účinnost tohoto opatření je v některých případech zpochybňována. Přesto je aplikována v řadě zemí. Druhy této spoluúčasti se mění podle situace ve zdravotnictví ale i podle politické situace. Poznatky s aplikací spoluúčasti pacienta na úhradě zdravotní péče ukazují, že tato spoluúčast má za následek snížení objemu péče ale nesnižují se tak výrazně výdaje na zdravotní péči.

Obecně je možné konstatovat, že reforma zdravotnických služeb je koncepčně jednodušší než reforma financování a může být proto mnohem přímočařejší. Jde jednak o redukci nadbytečných kapacit a kontrolu objemu nabídky a zvýšení kvality služeb a kvality řízení nemocnic. Součástí celkové reformy zdravotního systému jsou i reformy v oblasti lékové politiky. Jde „jen“ o to, kdo redukci zabezpečí, zda právní úprava nebo tržní prostředí a chování zdravotních pojišťoven.

Jisté je, že znovuzavedení veřejného zdravotního pojištění v České republice po změně společenského zřízení v roce 1989 bylo z větší míry ovlivněno historií nikoliv však historickými zkušenostmi a tehdejší společenskou atmosférou s cílem zrušit vše centralistické a centrální. Za vším bylo třeba vidět konkurenční prostředí, tj. i v činnosti zdravotních pojišťoven a to i přesto, že přijatá právní úprava tuto konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami prakticky abstrahovala.

S ohledem na naše historické zkušenosti, zkušenosti se současným prováděním veřejného zdravotního pojištění, úpravy ve vyspělých zemích západní Evropy, doporučení Světové banky a Světové zdravotnické

organizace je možné podle mého názoru konstatovat, že systém veřejného zdravotního pojištění, včetně pluralitního uspořádání má své opodstatnění. Návrat k financování zdravotnictví ze všeobecných daní by znamenal krok zpět.

Výhodou sociálního pojištění je jeho transparentnost a tím i větší přijatelnost pro veřejnost. Teoreticky je sociálně zdravotní pojištění více chráněno před politickým zasahováním, protože rozpočtová a výdajová rozhodnutí jsou přenesena na nezávislý orgán. Na druhé straně však může být zdravotní pojištění více politizováno, protože nezávislá organizace může být náchylnější k ovládnutí zájmovými skupinami více než stát. Určitou další výhodou je přenosnost pojištění na ty pojištěnce, kteří mění zaměstnání nebo vstupují a vystupují z trhu práce, krytí jejich zdravotních potřeb pokračuje a příspěvky nezávisí na jejich individuální rizikosti a současně se tak umožňuje větší sdílení rizika než je tomu v případě soukromého pojištění.

Osobně považuji veřejné zdravotní pojištění a pluralitní systém zdravotních pojišťoven za systémově správný a za současný dobrý základ pro další rozvoj a kultivaci.

Ještě je důležité se zmínit o roli státu ve veřejném zdravotním pojištění. Jeho úloha spočívá ve vytváření prostředí pro fungování tohoto systému ve prospěch občana, ale i celé společnosti. Stát, který je garantem fungování systému musí dohlížet, zda jednotlivé subjekty plní svou roli, a zda se ve svém dlouhodobém vývoji pohybuje v tolerovaných mezích vybalancované finanční rovnováhy. To ve svém důsledku vytváří pro občana jistotu práva na zdravotní péči za společensky přijatelných podmínek. V případě hrozící nerovnováhy má stát hledat taková systémová opatření, která povedou k vytváření autoregulačního se systému. Úloha státu musí být, včetně jeho zásahů, nastavena na určité makro úrovni a nesmí suplovat roli jednotlivých subjektů, tj. jednotlivých zdravotních pojišťoven, jejich samosprávných orgánů apod. Do jejich činnosti by měl zasahovat pouze prostřednictvím kvalitních právních norem. Tuto poznámku k roli státu ve veřejném zdravotním pojištění uvádím proto, že se v poslední době zpracovávají právní normy, které by měly tyto vztahy nově upravit.

V případě, že bylo kladně odpovězeno na otázku, zda by v České republice měl být i nadále uplatňován systém veřejného zdravotního pojištění nikoliv financování zdravotního pojištění ze všeobecných daní, a zdá se, že se tak již stalo, je třeba se zabývat i otázkou jeho institucionálního uspořádání.

Alternativa pluralitního systému nebo jedné veřejné zdravotní pojišťovny je v navrhované reformě vyřešena a podle mého názoru správně. Pokud bych měl na tuto otázku, tj. zda pluralitní systém ano či ne odpovědět z hlediska současné právní úpravy a fungování systému, musel bych konstatovat, že i přes určité prvky tzv. konkurence nepovažuji tento systém za nezbytně nutný.

Všechny zdravotní pojišťovny totiž vybírají pojistné ve stejné výši a platí stejně za poskytnutou zdravotní péči. Odpověď na tuto otázku je však zapotřebí odvodit od vyhodnocení přínosu a ztrát obou alternativ a to z dlouhodobého i krátkodobého hlediska. Pro pluralitní uspořádání jsou charakteristické především snahy o získání pojištěnců, hledání způsobů výhodných nabídek pro pojištěnce. Teoreticky jsou očekávány nebo zdůrazňovány na podporu tohoto uspořádání takové faktory, jako je rozvoj tržního prostředí, pružnější reakce, vstřícnost vůči pojištěncům apod. Při realizaci tohoto systému veřejnoprávního zdravotního pojištění se někdy upozorňuje na to, že vzniká potřeba zvýšeného správního a kontrolního úsilí ze strany státu, tj. včetně tvorby právních předpisů. Pro exaktnější hodnocení této alternativy by bylo zapotřebí vypracovat určitý modelový rámec, který by systematictěji pojmenoval významné faktory a provedl současně jejich srovnání.

Strategický přístup k rozhodování o další cestě rozvoje veřejného zdravotního pojištění v České republice se vždy odvíjel a bude nepochybně odvíjet od střetu různých zájmů a různých pohledů na podporu některé z alternativ. Zatímco pro levicově smýšlející politiky se jeví přijatelnější systém jedné zdravotní pojišťovny, eventuelně financování zdravotnictví ze všeobecných daní a celková centralizace pod kuratelou státu, liberálnější politické spektrum se přiklání, jak již tomu bylo ostatně v roce 1992, k urychlenému zavedení a prohloubení konkurenčního a tržního prostředí do zdravotního pojištění a posílení pozice zdravotních pojišťoven jako významného nástroje k ovlivňování a regulaci výdajové a příjmové stránky zdravotního pojištění.

8. Úvahy o dalším možném uspořádání veřejného zdravotního pojištění v České republice

Ještě před dvěma roky se zdálo, že v dohledné době nedojde k žádným podstatným změnám ve zdravotnictví a jeho financování. Tendence spíše směřovaly k dalšímu pokračování nesystémových opatření, která měla zpravidla za úkol na poslední chvíli řešit deficit systému, tj. zadluženost Všeobecné zdravotní pojišťovny. Posilovala se úloha státu a centralistické rozhodování, zdravotnictví se prakticky dofinancovalo ze státního rozpočtu. Omezovaly se prvky veřejnoprávního charakteru správy veřejného zdravotního pojištění. Dozor státu neplnil své poslání a stával se formální záležitostí.

Jak jsem již uvedl, vlády deklarují svůj přístup k jednotlivým oblastem národního hospodářství a sociální oblasti ve svých programových prohlášeních. Vláda, která vzešla z voleb v roce 2006, ve svém lednovém prohlášení deklarovala ve vztahu ke zdravotnictví, že považuje ekonomickou stabilizaci, modernizaci a další rozvoj systému zdravotního zabezpečení občanů, založeného zejména na veřejném zdravotním pojištění, za jednu ze

svých základních programových priorit. Cílem vlády je zajistit dostupnou a kvalitní péči pro občany na principu skutečné solidarity v rámci mantinelů ústavního nároku na bezplatnou zdravotní péči, možností veřejného zdravotního pojištění a ekonomické úrovně země.

Za tímto účelem, jak se v prohlášení uvádí, bude vláda podle vzoru přípravy důchodové reformy iniciovat veřejnou diskusi o transformaci českého zdravotnictví a vznik expertní komise řízené nezávislým koordinátorem (obdoba tzv. Bezděkovy komise, která na základě dohody politických stran připravovala důchodovou reformu), která připraví strategický plán zásadní transformace českého zdravotnictví a přispěje k dosažení politického konsenzu při jeho prosazení. Ti, kteří připravovali návrh programového prohlášení vlády, si byli jistě vědomi toho, že zdravotnické reformy, dá-li se o dosavadních úpravách systému hovořit jako o reformách, byly vždy připravovány na Ministerstvu zdravotnictví a to bez širšího konsenzu a měly platnost pouze do té doby, než došlo k obměně ve vedení ministerstva zdravotnictví. Do té doby však vláda navrhne nezbytné institucionální a legislativní změny na základě následujících principů:

- Zachování solidárního financování zdravotnictví.

Zásadním pilířem bude rozvoj systému veřejného zdravotního pojištění s posílením autonomie a konkurence zdravotních pojišťoven. Vláda bude řešit financování péče na rozhraní zdravotního a sociálního systému. Zdravotnictví bude považováno za jednu z priorit v rámci operačních programů na využití strukturálních fondů EU. Vláda navrhne možnost nakupování zdravotní péče zdravotními pojišťovnami v korunách.

- Posílení postavení pacienta ve zdravotním systému na principu skutečné solidarity zdravých s nemocnými.

Občané budou mít přehled o tom, kolik peněz pojišťovně odvádějí a kolik a na co z pojištění čerpají, prostřednictvím osobních zdravotních účtů. Budou definovány nepodkročitelné parametry časové a geografické dostupnosti zdravotní péče pro každého občana. Vláda podpoří motivaci občanů k zodpovědnému využívání zdravotní péče - mj. zavedením regulačních poplatků za recept, za den hospitalizace, za návštěvu pohotovosti nebo ambulantního specialisty. Současně bude stanoven maximální roční limit finanční spoluúčasti občanů a zohledněn dopad na sociálně slabé skupiny obyvatelstva. Občané budou pomocí bonusů motivováni ke zdravému životnímu stylu.

- Posílení rovné soutěže zdravotnických zařízení a postavení lékařů.

Vláda prosadí rovnoprávné postavení zdravotnických zařízení bez ohledu na jejich vlastnictví a právní formu - navrhne nahradit tzv. zákonem o neziskových nemocnicích novým, v prostředí EU standardním, zákonem o neziskových organizacích. Vláda zvýší podporu medicínského pre i postgraduálního vzdělávání, vědy a výzkumu, zprůhlední jednotlivé finanční

toky. Vzniknou univerzitní nemocnice a univerzitní výzkumná centra. Dojde k odstranění dvojkolejnosti řízení a k zavedení transparentního vícezdrojového financování (za zdravotní péči, výuku a výzkum).

- Provedení transformace zdravotních pojišťoven a rozsahu zdravotního pojištění.

Dojde k transformaci zdravotních pojišťoven na novou právní formu - akciové společnosti - s odpovědností i motivací k hospodárnému chování, při vymezení jasných pravomocí a odpovědnosti managementu, s větší transparentností účetnictví a s dodatečnými omezeními určenými zákonem na obdobné bázi, jako jsou regulovány fondy důchodového připojištění. Vláda vytvoří nezávislého regulátora a účinný dohled nad finančním zdravím, fungováním zdravotních pojišťoven, dodržováním zdravotně pojistného plánu a zajištěním dostupnosti zdravotní péče. Bude definováno jasné vymezení nároku na zdravotní péči garantovanou veřejným zdravotním pojištěním na základě článku 31 Listiny základních práv a svobod a Úmluvy o biomedicině. Vláda umožní výběr i jiného než standardního rozsahu zdravotního pojištění, včetně pojistných produktů s vyšší spoluúčastí, a bude uskutečněna příprava na případné zavedení zdravotního spoření s podporou státu. Bude legalizována možnost oficiálně si připlatit na nadstandardní péči nebo uzavřít na tuto péči připojištění. V zájmu vytvoření podmínek zamezujících zneužívání budou v budoucnu informačně propojeny systémy zdravotního a nemocenského pojištění.

- Zavedení transparentní a efektivní úhrady léků a zdravotnických prostředků.

Vláda navrhne zákon, který zajistí efektivní a transparentní proces stanovování maximálních cen a úhrad z prostředků veřejného zdravotního pojištění v gesci Ministerstva zdravotnictví.

- Podpora zdraví a další role státu a samospráv ve zdravotnictví.

Vláda zavede jednotný způsob financování zdravotnické záchranné služby a zákonem bude upřesněna její role v integrovaném záchranném systému ČR. Bude zvýrazněna podpora prevence jako důležité součásti zdravotní péče v plně hrazené části systému. Současně bude kladen důraz na snížení spotřeby legálních návykových látek (tabák, alkohol) a na podporu zdravého životního stylu.

Prioritou pro vládu, jak je uvedeno, budou legislativní změny naplňující výše uvedené principy.

Toto prohlášení vlády, které zde záměrně cituji je vcelku jasnou politickou představou financování zdravotnictví na principu veřejného zdravotního pojištění a pluralitního uspořádání systému s důrazem na nové postavení a úkoly zdravotních pojišťoven. Otázkou, jak se zdá bude především to, zda je naše společnost tyto změny ochotna přijmout a zda bude

politická vůle je uskutečnit. V roce 1997 se to nepodařilo. Představa byla více méně shodná. Tehdy se počítalo s tím, že za hospitalizaci v neakutní fázi ošetření by občan denně zaplatil poplatek 100,- Kč, poplatek za využití lékařské služby první pomoci by činil 30,- Kč, za návštěvu lékaře u pacienta by byl navrhován poplatek 50,- Kč. Dále se počítalo s tím, že na trojnásobek by se rozšířily platby za zubní ošetření. Tehdejší vláda navrhovala vytvoření dozorového orgánu tzv. Správy zdravotního pojištění. Náklady na její činnost měly činit 1,5 miliardy Kč. Dále měl vzniknout Fond mimořádně nákladné péče ve výši zhruba 2 miliard Kč. Ekonomické kalkulace vycházely z toho, že spoluúčast pacientů se zvýší na 12,8% což představovalo v té době cca 16,7 miliard Kč.

Navržená reformní opatření a plán jejich realizace vyvolal rozsáhlou diskusi. Někdy věcnou, někdy se hledají spíše důvody pro to, proč tuto reformu by nebylo dobré uskutečnit. Opakuje se tedy situace z roku 1997. Na druhé straně je třeba uvést, že veřejná diskuse je vždy potřebná a podnětná a dlouhou dobu chyběla. Pro informaci uvádím v Příloze č. 5 výsledky jednoho z mála průzkumů veřejného mínění provedeného v roce 2006 Sociologickým ústavem Akademie věd.

Podstatnější změny v tak citlivých oblastech jako je zdravotnictví, důchody, nemocenské apod., kdy se omezují některá dosud nabytá práva, se uskutečňují velice obtížně a jsou téměř vždy předmětem politického soupeření a to bez ohledu na to, zda tyto změny jsou, či nejsou přínosem pro společnost. Např. na Slovensku uskutečněná reforma zdravotnictví byla po volbách v roce 2006 označena zástupcem slovenského ministerstva zdravotnictví na 6. česko - slovenské konferenci INMED 2006 konané ve dnech 21. a 22. listopadu 2006 v Pardubicích, kde byl jeden blok věnován směřování českého a slovenského zdravotnictví, za nepovedený experiment.

Závěr

Předchozí statě této práce ale i záměry obsažené v programovém prohlášení vlády a stav reformních kroků mi umožňují formulovat následující závěry dalšího možného způsobu organizačního uspořádání veřejného zdravotního pojištění včetně jeho financování v České republice:

- Reforma zdravotnictví musí být provedena, včetně reformy institucionální. Jejím cílem musí být efektivní a transparentní systém. Poskytování zdravotní péče založený na solidaritě zdravých s nemocnými zaručující dlouhodobě udržitelnou dostupnost kvalitní zdravotní péče pro všechny občany. Pro vytvoření takového systému je nezbytná úzká spolupráce všech zainteresovaných subjektů, včetně časové koordinace a vzájemné provázání právních úprav. Konkurence

zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče může zbrzdit či zastavit inflaci v nákladech na zdravotní péči.

- Určujícím prvkem pro další vývoj celého systému zdravotního pojištění musí být i nadále občan-pojištěnec a posílení postavení role pacienta na principu skutečné solidarity zdravých s nemocnými. Je třeba dbát na to, aby byla k dispozici dostupná a kvalitní zdravotní péče na principu solidarity a na úrovni ekonomických možností země s tím však, že zdravotní pojištění nemůže být hlavním a jediným zdrojem financování zdravotnictví.
- Systém veřejného zdravotního pojištění má v našich podmínkách své opodstatnění nejen z historického ale i z aktuálního hlediska. Není třeba ho nahrazovat systémem jiným. Je třeba ho dále rozvíjet a kultivovat tak, aby působil na jedné straně jako jistota ke spokojenosti subjektů, jichž se dotýká a současně aby byl i nástrojem k udržení ekonomické rovnováhy mezi příjmy a výdaji. Tohoto stavu je třeba dosáhnout postupnými systémovými kroky a zásahy do právní úpravy veřejného zdravotního pojištění s využitím dosavadních poznatků s aplikací v našich podmínkách ale i s využitím zahraničních zkušeností. Tyto zahraniční zkušenosti je však třeba vážit a analyzovat.
- Veřejné zdravotní pojištění musí zůstat pojištěním povinným. To znamená, že každý občan musí být povinně pojištěn pro případ onemocnění a poskytnutí zdravotní péče. Bylo by možné, za určité situace, umožnit vystoupení z tohoto systému. Osobně se však zatím přikláním spíše k možnosti omezit výši pojistného na zdravotní pojištění maximální výši příjmu pojištěnce než umožnění výstupu ze systému veřejného zdravotního pojištění. Tato otázka však úzce souvisí s principem solidarity a dostatkem finančních prostředků na úhradu zdravotní péče. Každopádně by v právních předpisech musela být obsažena povinnost pro občana uzavřít komerční pojištění.
- V systému veřejného zdravotního pojištění musí být zachována přiměřená úloha státu, který vytváří prostředí pro jeho fungování a to jak ekonomické tak právní. Stát musí plnit zejména kontrolní funkci, aby byly zajištěny ústavní záruky občanů. Stále je třeba vycházet z premisy, že stát přenesl provádění této oblasti na veřejnoprávní instituce, které si pro tyto účely zřídil. Vztahy mezi státní správou a veřejným zdravotním pojištěním a jeho institucionálním uspořádání je třeba řešit diametrálně jiným způsobem než dosud. Za koncepční řešení považuji, stejně jako je tomu i v jiných evropských státech, vytvořit jakýsi úřad dohledu nad zdravotním pojištěním. S vytvořením tohoto úřadu, se v různých koncepčních materiálech již několikrát uvažovalo. Nikdy se však tuto instituci nepodařilo konstituovat. Důvody byly zpravidla dva. První byl ten, že by bylo nutno vytvořit další administrativní instituci, což by bylo

velice nákladné nejen z hlediska personálního a technického ale i politicky nepřijatelné s ohledem na další zvýšení počtu úředníků. Druhý důvod byl ten, že by mohlo dojít k oslabení pozice státu vůči zdravotním pojišťovnám. Jak jsem již v této práci uvedl, kultivace systému by měla probíhat v několika etapách. To se týká i tohoto úřadu. Ten by měl začít provádět analytickou činnost, zejména sběr a zpracování dat souvisejících se zdravotním pojištěním a jejich vyhodnocování a provádět statistická šetření. Dále by měl dohlížet na hospodaření zdravotních pojišťoven a připravovat metodiky pro zpracování zdravotně pojistných plánů a výročních zpráv. Postupně by měl zajišťovat správu centrálních databází jako je např. centrální registr pojištěnců, registr zdravotnických zařízení, registr plátců pojistného, registr kapitulujících lékařů. Dále by měl zabezpečovat i agendu, která dnes patří do kompetence Centra mezistátních úhrad a agendu Národního referenčního centra. V neposlední řadě by tento úřad měl, vedle kontrolní a revizní činnosti vůči zdravotním pojišťovnám, zajišťovat i metodické řízení. Měl by připravovat, ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami, koncepční materiály, včetně návrhů novel právních předpisů z oblasti veřejného zdravotního pojištění. Kontrolní funkce státu by nadále neměla být uplatňována duplicitně, tj. účastí zástupců státu ve správních radách (dnes zaměstnanci Ministerstva zdravotnictví) a dozorčích radách (dnes zaměstnanci Ministerstva financí). Tato kontrolní funkce státu by nadále měla být uplatňována prostřednictvím právních předpisů - zákonů a prostřednictvím tohoto Úřadu dohledu nad zdravotními pojišťovnami. Správní rady a dozorčí rady by měly být napříště orgány složenými ze zástupců pojištěnců a zaměstnavatelů, tj. plátců pojistného. Samostatnou otázkou zůstává způsob financování tohoto úřadu. Jako jedna z variant se jeví možnost provádět financování částečně z veřejného zdravotního pojištění a částečně ze státního rozpočtu a to v těch případech, ve kterých by úřad zabezpečoval správní agendu nebo činnosti ve prospěch státu. Osobně se přikláním k variantě, podle které by financování tohoto úřadu, jakožto státní instituce, měl zabezpečovat stát. Je to právně i ekonomicky nejčistší řešení.

- Zdravotní pojišťovny by měly i nadále zůstat veřejnoprávními institucemi. Jejich vznik, zánik a postavení, včetně hospodaření by mělo být upraveno jednotně. To znamená, že by měla platit jedna právní úprava jak pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu, tak i pro ostatní zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Nepovažuji podle dosavadních poznatků za správné, aby vytvořený zisk z odvedeného pojistného pojištěnci a plátcí pojistného do systému, včetně plateb státu za státní pojištěnce byl rozdělován mezi soukromé vlastníky a nesloužil k úhradě zdravotní péče.

- V případě rozpracování mechanismů směřujících k posílení a rozvoji konkurenčního prostředí ve zdravotním pojištění by měl být zachován pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění. Vesměs se uvádí a potvrzují to i praktické zkušenosti, že při existenci více si konkurujících zdravotních pojišťoven jsou realizovány účinnější regulační opatření jak v oblasti smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními, lepší vztahy s pojištěnci apod. Konkurence zdravotních pojišťoven může přinést řadu výhod, ať již jde o zlepšení klientského servisu, zavádění různých inovovaných postupů a tlak na snižování cen a naopak tlak na zvyšování kvality poskytování zdravotní péče. V neposlední řadě mají zdravotní pojišťovny možností různými způsoby ovlivňovat životní styl pojištěnců, který představuje z hlediska ovlivňování zdraví jeden z nejvýznamnějších faktorů. Podmínkou dosažení těchto výhod pluralitního uspořádání je regulace omezování možností výběru ziskových kategorií pojištěnců ze strany zdravotních pojišťoven. Taková regulace se uplatňuje prostřednictvím systému kompenzace rizika tzv. přerozdělením, které je v našem systému dostatečně nastaveno s ohledem na věkovou skladbu a nemocnost. V případě nedostatečné kompenzace rizika totiž pojišťovny velice snadno identifikují ziskové a neziskové pojištěnce a veškeré své aktivity zaměřují právě na tyto ziskové skupiny.
- Stát by měl do budoucna stanovovat zákonem maximální výši pojistného a rozsah garantované zdravotní péče z veřejného zdravotního pojištění tak, aby bylo možné zajistit rovnováhu mezi objemem vybraného pojistného na zdravotní pojištění a prostředky vynakládanými na zdravotní péči při zohlednění principu solidarity. V této souvislosti se domnívám, že by bylo vhodné posoudit konstrukci placení pojistného státem za tzv. státní pojištěnce. Dále se domnívám, že součástí veřejného zdravotního pojištění by neměla být péče poskytovaná v souvislosti s pracovním úrazem nebo chorobou z povolání, při úrazu nebo poškození zdraví při profesionální sportovní činnosti apod. Princip solidarity v těchto a obdobných případech by bylo vhodné přehodnotit. Stát by měl umožnit diferencované pojistné na zdravotní pojištění a to jako složku odvozenou z výše příjmu a složku pevnou. Složka odvozená z výše příjmu by byla jako dosud stanovena procentuelně zákonem a podléhala by přerozdělení. Složku pevnou by si stanovovaly zdravotní pojišťovny a sloužila by pro různé bonifikace, úhradu preventivních programů apod. Tato adresná složka by současně vytvářela konkurenční prostředí mezi zdravotními pojišťovnami. Pokud se tak nestane a chystaná reforma s tím skutečně nepočítá, je představa o konkurenčním prostředí pouze fikcí.
- Stát by měl připravit prostor pro zavedení doplňkového systému tj. připojištění prováděného zdravotními pojišťovnami. Jde o takzvané doplňkové zdravotní pojištění, které pojišťuje tu zdravotní péči, která je

veřejným zdravotním pojištěním hrazena jen částečně nebo není hrazena vůbec. Hlavní determinantou poptávky po doplňkovém zdravotním pojištění je zpravidla výše příjmu občana. To platí většinou tam, kde veřejné zdravotní pojištění pokrývá většinu zdravotnických služeb a doplňkové zdravotní pojištění je poptáváno jen jako nadstandard. Dalším zdrojem poptávky je často kvalita poskytnutí zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a její včasnost. Významnou roli zde hrají i tzv. skupinové produkty, které jsou nabízeny jako balíčky pojištění různých rizik a jsou často finančně, někdy i daňově zvýhodněny. Základní rozsah hrazené péče, často označovaný jako „standard“ krytý základním pojištěním musí být definován zákonem.

- Definováním spoluúčasti pacientů ve formě registračních poplatků za některé služby bylo již schváleno s účinností od 1.1.2008. Pojištěnec platí 30,- Kč za návštěvu praktického lékaře, specialisty a stomatologa a stejnou částku za předepsaný lék na receptu. Za jeden den v nemocnici, léčebně a lázních 60,- Kč a 90,- Kč za návštěvu lékařské pohotovosti. Současně byla stanovena v kalendářním roce maximální hranice doplatků za léky 5 000,- Kč ročně. Při jejím překročení bude rozdíl vracet zdravotní pojišťovna pojištěnci. Toto opatření, jak již jsem v této práci uvedl, nemůže a jistě nebude dlouhou dobu sloužit jako významné regulační opatření a ani nepřispěje ke zkvalitnění zdravotní péče. Je třeba hledat další opatření, která prohloubí konkurenci a tržní prostředí ve zdravotnictví a ve zdravotním pojištění.
- Jako vhodné bych považoval, aby došlo ke sjednocení výběru pojistného na zdravotní pojištění, nemocenské pojištění a pojištění důchodově nebo minimálně aby došlo ke sjednocení informačních databází. Naopak nepovažuji za vhodné sjednocovat výběr pojistného na sociální pojištění s výběrem daní.
- Zavedení diferencovaného pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které by mělo dvě složky a to složku odvozenou z výše příjmů a druhou pevnou složku, kterou by stanovila příslušná zdravotní pojišťovna. Složka odvozená z výše příjmů by v plné výši byla přerozdělována mezi pojišťovnami. Složka pevná by se nepřerozdělovala a byla by využívána pojišťovnou pro zlepšení zdravotní péče tj. zejména pro preventivní programy a pro bonifikaci racionálního chování pojištěnců. Tato adresná složka pojištění by byla jednou z možných podmínek pro konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami.
- Pojištěnec, pokud by se nerozhodl jinak, by byl pojištěn v základním zdravotním plánu, který by povinně nabízely všechny zdravotní pojišťovny a který by kryl základní zdravotní péči. Jednotlivé pojišťovny by nabízely několik druhů zdravotních plánů, na které by se občan v

tomto povinném veřejném zdravotním pojištění mohl pojistit. Výši pojistného plánu a rámcové charakteristiky jeho rozsahu a podmínek by stanovil zákon. Přitom volitelný pojistný plán by nesměl obsahovat zúžení věcného rozsahu proti základnímu pojistnému plánu. Mohl by se však lišit mírou spoluúčasti případně omezením volby poskytovatele. Základní zdravotní plán by byl zákonným nárokem pojištěnce a byl by nepodkročitelný co do věcného rozsahu. Samostatnou kapitolou by byly tzv. plány řízené péče. Tato alternativa by přispěla k vytvoření konkurenčního prostředí mezi zdravotními pojišťovnami. Navíc by tyto plány stimulovaly pojišťovny k tomu, aby na vyšší úrovni řešily otázku smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními a vše co s tím souvisí, včetně výše úhrady za poskytnutou zdravotní péči.

- Samostatnou otázkou zůstává záležitost soukromého pojištění, tj. zda zdravotní pojišťovny by kromě veřejného zdravotního pojištění mohly provádět i soukromé pojištění. Existují v podstatě dvě alternativy, z nichž první znamená nepřipustnost institucionálního souběhu veřejného a soukromého pojištění tzn., že veřejná zdravotní pojišťovna by byla zbavena nebo by jí nebylo umožněno provádět veřejné zdravotní pojištění a soukromé pojištění současně. Druhá alternativa je, že jedna instituce může provádět jak veřejné zdravotní pojištění tak i soukromé pojištění, ale oba tyto systémy musí být odděleny nejen organizačně, ale i personálně a finanční prostředky jednoho systému nemohou být využívány v systému druhém. Tato alternativa se mi zdá přijatelná i pro právní úpravu v České republice.
- Právo občana vystoupit z veřejného zdravotního pojištění. Tato záležitost se váže k principu solidarity. Např. v Německu může občan, jehož roční příjem přesahuje určitou hranici vystoupit ze solidárního systému zdravotního pojištění. Občan se sám rozhoduje, co je pro něj výhodnější, zda zůstane pojištěn v rámci veřejného systému, nebo zda se připojí u některého soukromého nositele pojištění. Stát však musí mít zájem na tom, aby občan byl zdravotně pojištěn. Proto mu dává na jedné straně možnost být pojištěn za určitých podmínek ve státně garantovaném a regulovaném systému, ale současně ukládá povinnost občanovi, který z tohoto systému vystoupí, vstoupit do dobrovolného systému. Právo občana vystoupit ze systému veřejného zdravotního pojištění nepovažují však v současné době za prioritní.

Rozpracování a realizace těchto opatření by jistě přispěla k dalšímu rozvoji systému veřejného zdravotního pojištění a k profilování se zdravotních pojišťoven jako institucí, které mají své místo v systému a výrazně ho, pod dohledem státu, ovlivňují v pozitivním slova smyslu. Musí se však uskutečňovat i se změnami v samotném zdravotnictví. Znamená to změnu rolí státu, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení ale i občanů. Jde o řešení, které vyžaduje nejen změny přístupů, ale i změny v myšlení. Jistou

Útěchou může být pouze to, že v žádné zemi dnes prakticky neexistuje takový model a prakticky provozovaný systém, který by se nepotýkal s finančními problémy. Náklady na zdravotní péči v současné době výrazně překračují možnosti ekonomik i těch nejvyspělejších států světa.

Pluralitní uspořádání ve veřejném zdravotním pojištění, to je působení více zdravotních pojišťoven v systému, které si budou vzájemně konkurovat a tím ovlivňovat vlastní hospodaření, ale zejména tak budou nápomocny k řešení vyrovnané bilance celého systému veřejného zdravotního pojištění je jedním z hlavních cílů, které je třeba v oblasti zdravotního pojištění docílit. Přitom je však třeba vycházet z toho, že neřízený příliv finančních prostředků do zdravotnictví a do zdravotního pojištění není jednoznačně provázen zlepšováním zdravotního stavu obyvatelstva. Je to proto, že na zdravotní stav populace působí mnoho faktorů, které je třeba hledat v demografickém vývoji, stavu životního prostředí, životním stylu, sociální skladbě společnosti apod. Tento aspekt je třeba mít stále na zřeteli, aby nedocházelo ke zbytečnému plýtvání finančními prostředky na úkor jiných priorit. Pluralitní uspořádání, tj. systém více zdravotních pojišťoven je smysluplný a má mnoho předností. Je především schopen ovlivnit chování všech subjektů, které jsou součástí veřejného zdravotního pojištění ať již proto, že z něj jakýmkoli způsobem cokoliv získávají nebo do něj přispívají. V neposlední míře se tento systém podílí i na ovlivňování zdravotního stavu všech pojištěnců.

Přílohy

Přehled organizačního uspořádání nemocenského pojištění – stav před II. světovou válkou

Nemocenské pojištění dělníků

A. Ústřední sociální pojišťovna v Praze

okresní nemocenské
pojišťovny (počet 184)

gremiální
(společenstevní)
nemocenské pojišťovny
(počet 20)

zemědělské nemocenské
pojišťovny (počet 67)

závodní nemocenské
pojišťovny (počet 17)

spolková nemocenská
pojišťovna (počet 1)

zapsané pomocné
pokladny (počet 6)

Okresní nemocenské pojišťovny byly základní – ostatní fakultativní – pokud zaměstnanec nebyl pojištěn u některé fakultativní pojišťovny, musel být pojištěn u okresní nemocenské pojišťovny.

Každá pojišťovna musela být členem některé zájmové organizace (Svazu), jichž bylo 8.

B. Nemocenské pojištění soukromých zaměstnanců

První pražská nemocenská pojišťovna
(20 úřadoven)

Nemocenská pojišťovna soukromých
úředníků a zřízenců v Praze (21 úřadoven)

Nemocenská pojišťovna zaměstnanců
živnostenské banky v Praze

Obchodní a úřednická pojišťovna v Praze

C. Nemocenské pojištění horníků

Ústřední bratrská pokladna

Revizní bratrské pokladny
(počet 8)

D. Nemocenské pojištění státních a veřejných zaměstnanců

Léčebný fond veřejných zaměstnanců v Praze
úřadovny po celém státě - prakticky služební místo státní
správy

E. Zaměstnanci pošt

Léčebný fond poštovních zaměstnanců v Praze
(vnitřní zařízení čsl. pošty)

F. Zaměstnanci železnic

Nemocenská pojišťovna ČSD jako
zařízení státních drah

G. Katoličtí duchovní

Kněžská nemocenská pojišťovna v Přerově

H. Zaměstnanci továren na tabák

Nemocenská pokladna jako závodní zařízení

Schematické znázornění organizace a řízení národního pojištění (r. 1948)

Ústřední národní pojišťovna

nemocenské pojištění, zdravotní
péče, důchodové
a úrazové pojištění, rodinné
přídavky *)

Ústřední správní orgány

- sbor delegátů (počet určuje vol.řád)
- představenstvo (12 členů)
- revizní komise (6 členů)
- ředitelství (5 členů)

Zvláštní odborné komise

Zdravotnická rada

Národní pojišťovna v Bratislavě

správní sbor
revizní komise
ředitelství
zvláštní komise
odborné

Okresní národní pojišťovny (celkem 164 pojišťoven)

- správní výbor
- revizní komise
- ředitelství

- zvláštní komise

Okresní národní pojišťovny

- správní výbor
- revizní komise
- ředitelství

- zvláštní komise

*) Kromě penzijního zaopatření veřejných zaměstnanců,
které se stalo součástí národního pojištění až v roce 1950

Schéma organizace financování zdravotnictví do roku 1993

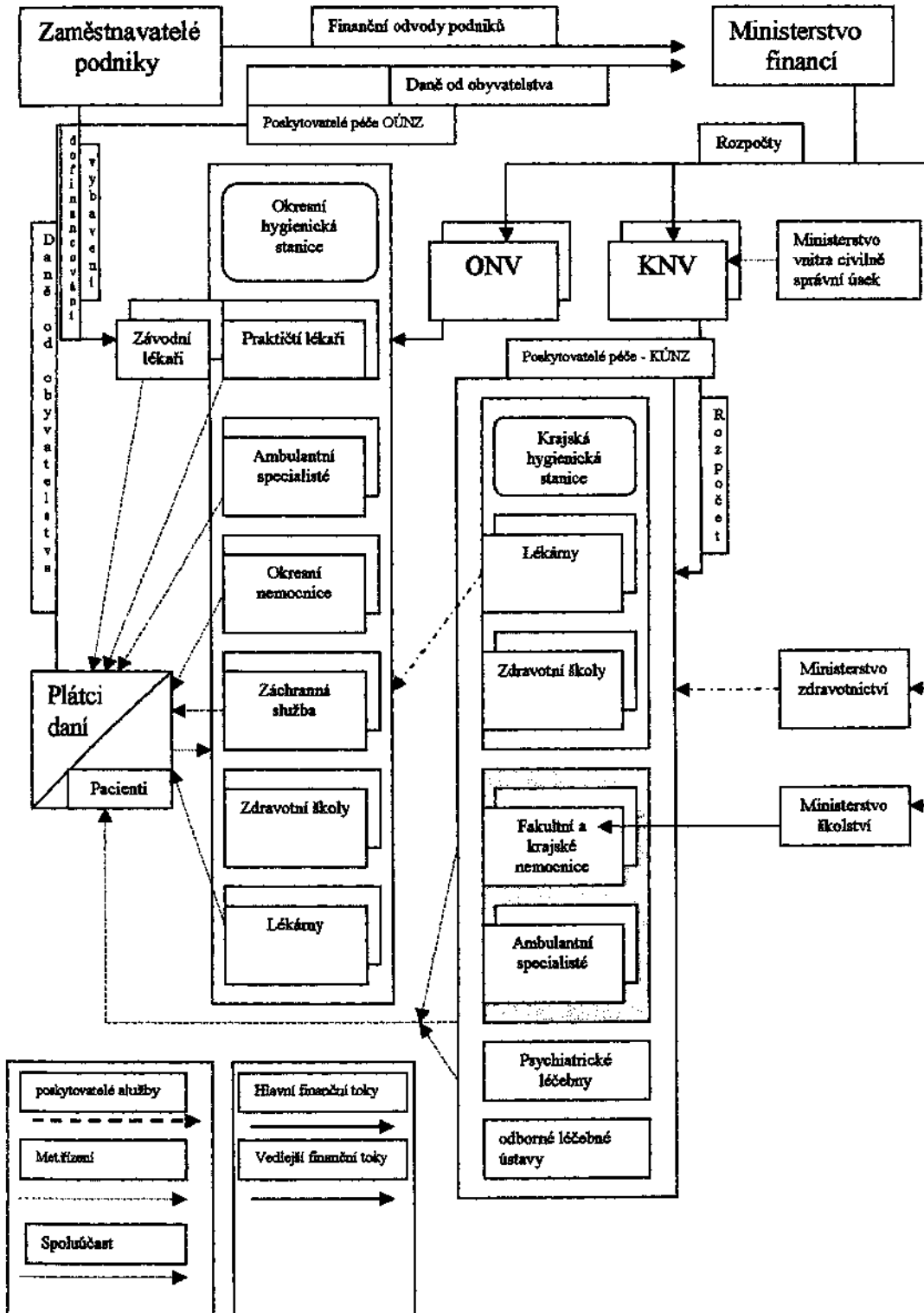
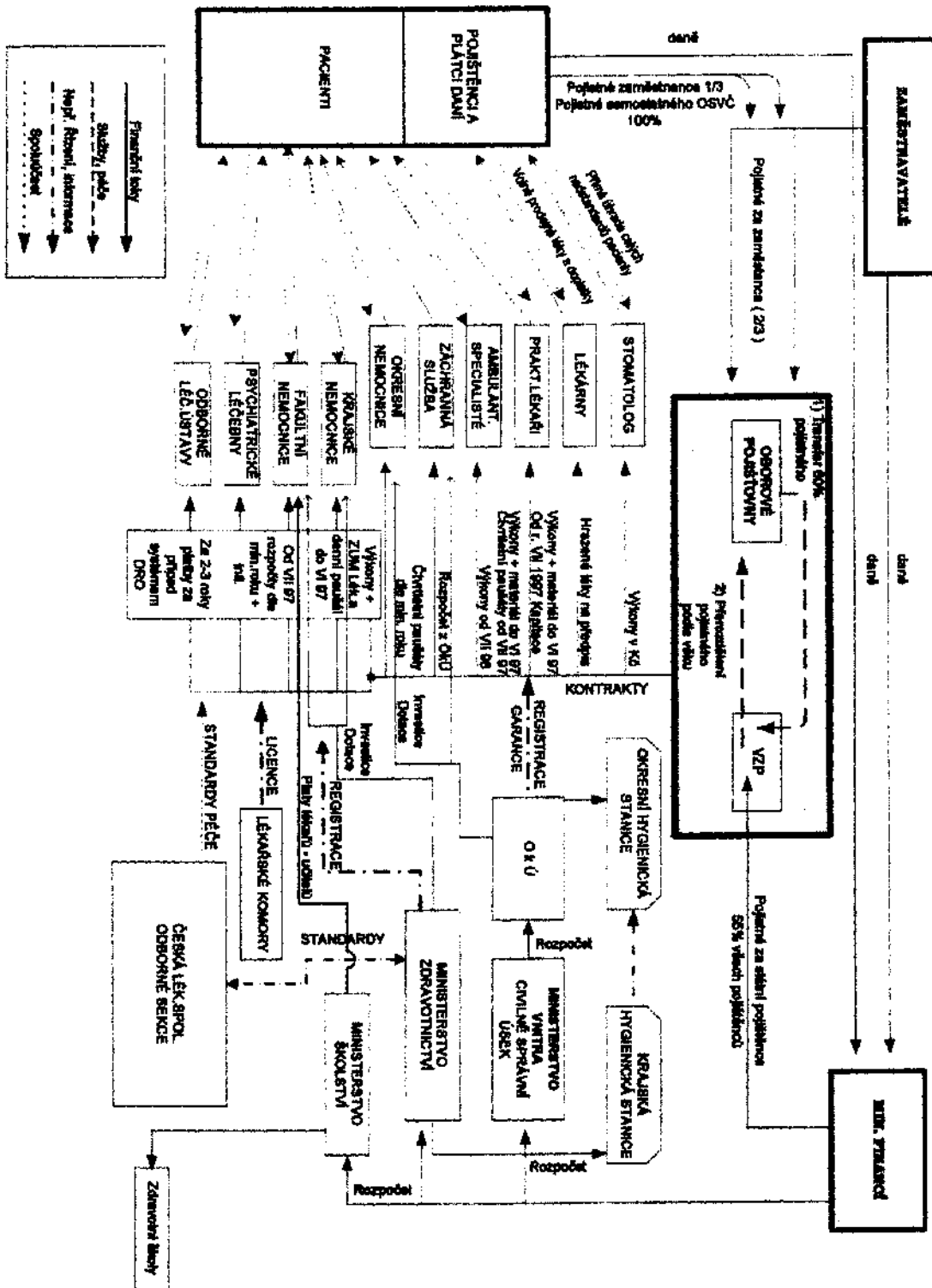
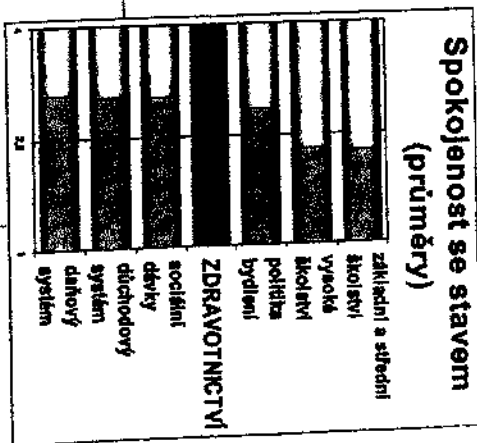
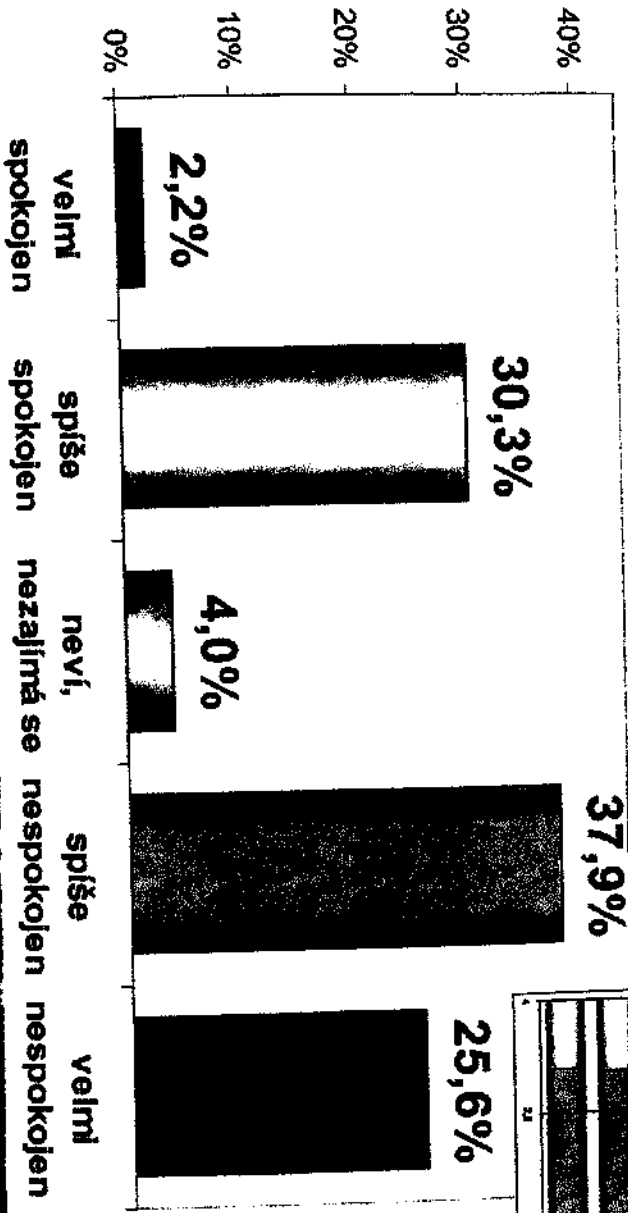


Schéma organizace a financování systému zdravotnictví od roku 1993



Výsledky průzkumu Sociologického ústavu AV ČR

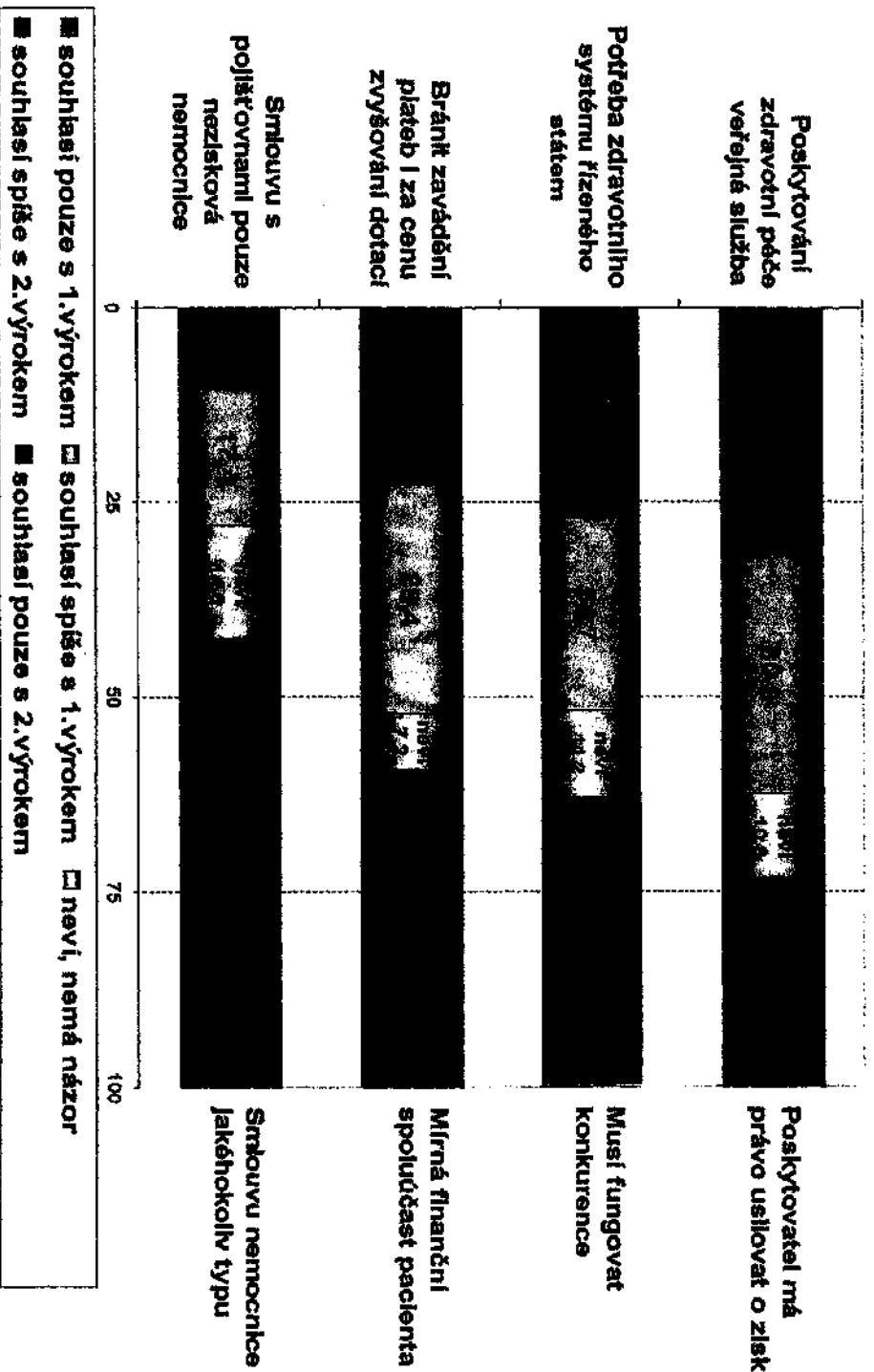
Spokojenost se stavem zdravotnictví



6. 4. 2006
 SOÚ AV ČR: Postoje obyvatel České republiky k aktuálním reformám

Názory na systém fungování zdravotní péče

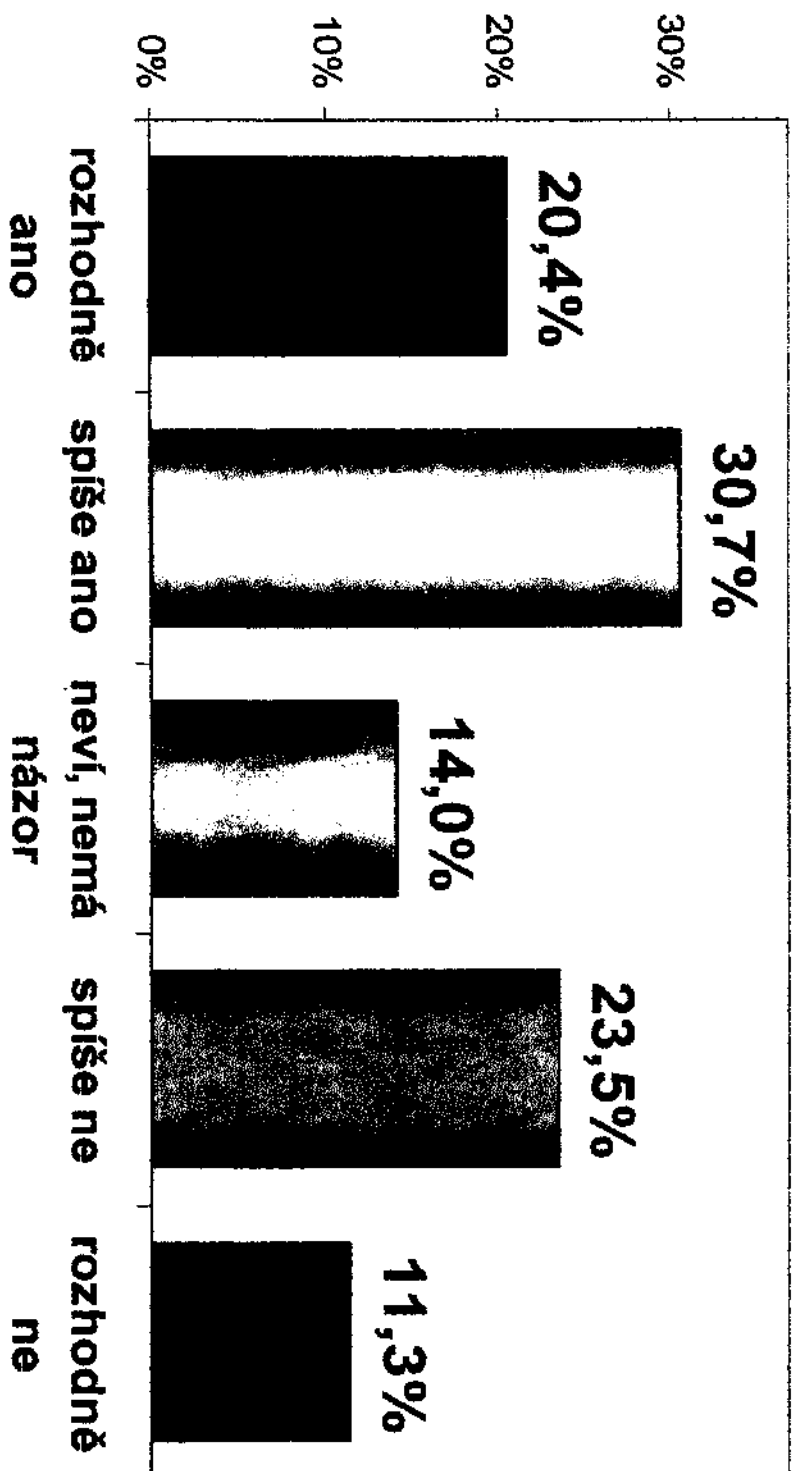
Souhlas s protichůdnými výroky (v %):



6. 4. 2006

SOÚ AV ČR: Postoje obyvatel České republiky k aktuálním reformám

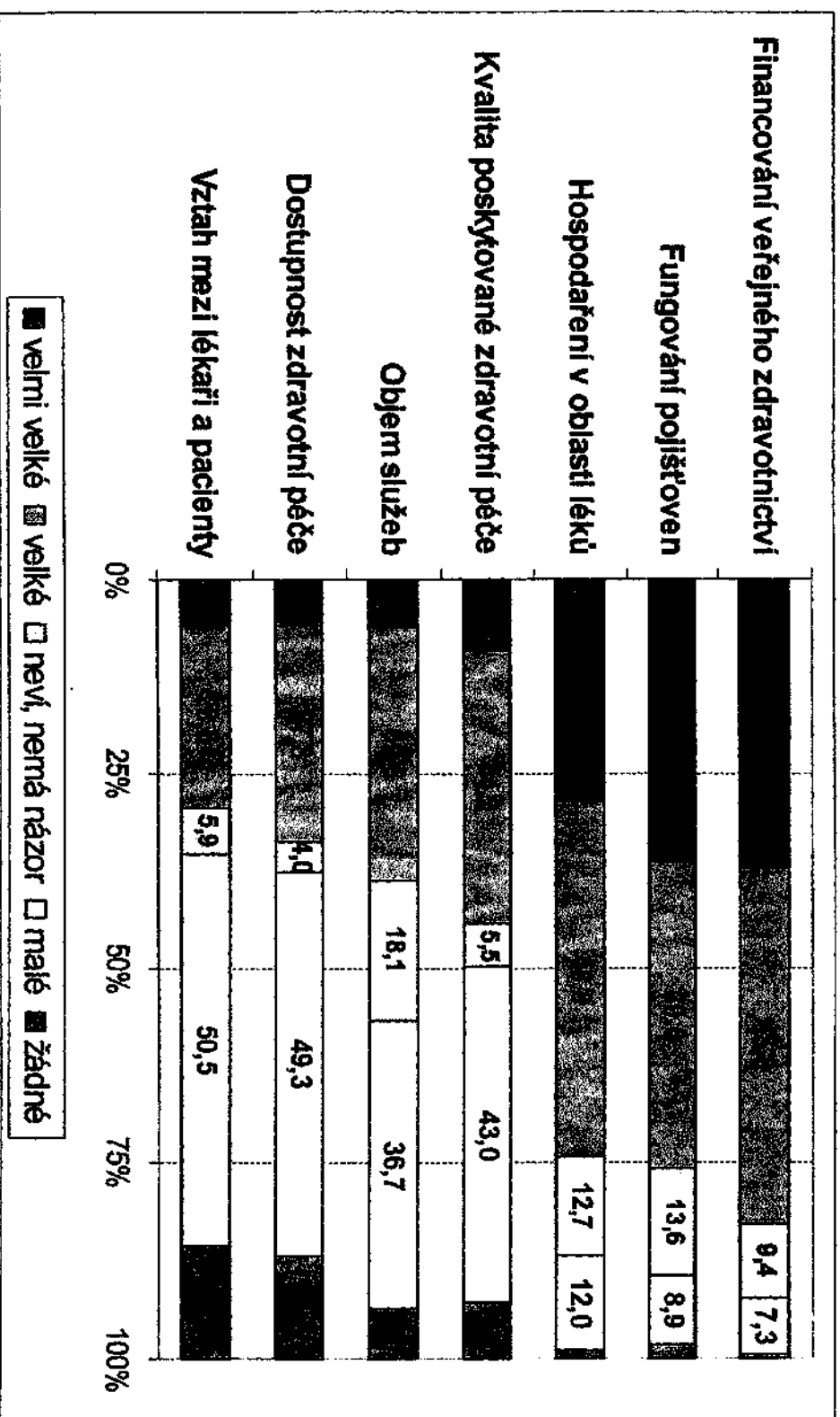
Lze státní kontrolou zefektivnit zdravotnictví?



6. 4. 2006

SOÚ AV ČR: Postoje obyvatel České republiky k aktuálním reformám

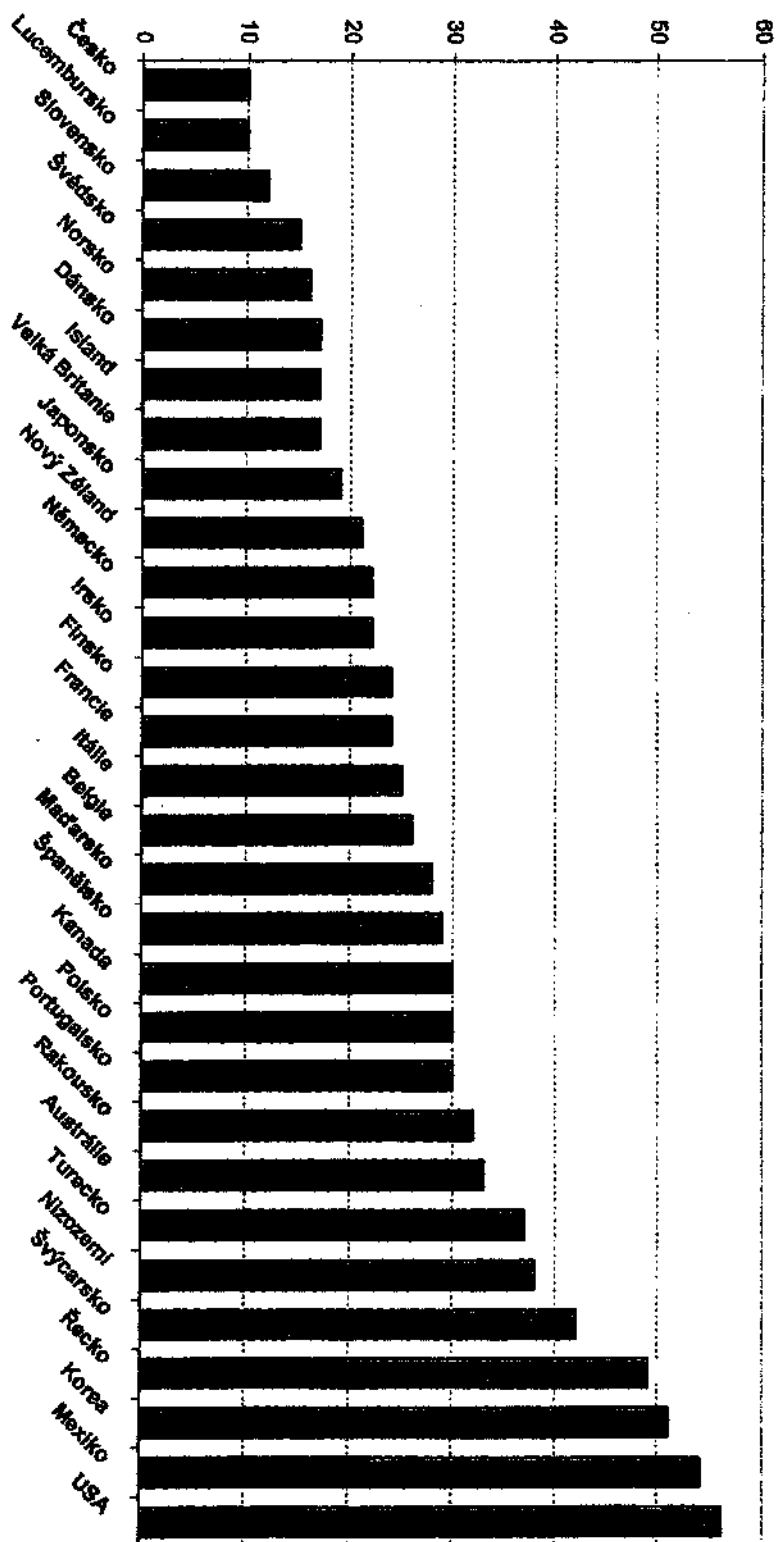
Problémy ve zdravotnictví



6. 4. 2006

SOU AV ČR: Postoje obyvatel České republiky k aktuálním reformám

Podíl celkových soukromých výdajů v roce 2003 (% celk. výdajů)



Zdroj: Health at a Glance, OECD Indicators

6. 4. 2006

SOÚ AV ČR: Postoje obyvatel České republiky k aktuálním reformám

Závěry

- Převažuje nespokojenost se stavem českého zdravotnictví
- Jako nejproblematictější je viděno financování veřejného zdravotnictví, hospodaření v oblasti léků a fungování pojišťoven
- Preference dosažení vyrovnaného hospodaření zvýšením plateb ze státního rozpočtu, a to i za cenu zvýšení daní
- Převažuje nesouhlas se všemi návrhy finanční spoluúčasti mimo poplatků za recept
- Z administrativních opatření největší odpor proti redukcí počtu specializovaných zdravotnických pracovišť
- Velká podpora pro zřízení jedné zdravotní pojišťovny
- Převažuje neochota nést náklady možných reforem
- Preference centralizace a dotací ve veřejném zdravotnictví

Použitá literatura a právní předpisy

A. Použitá literatura

1. Tröster P. a kolektiv: Právo sociálního zabezpečení, 3. aktualizované a doplněné vydání, C.H.Beck, 2005
2. Dr. Viliam Oreš a Dr. Jan Koloušek: Organizace a řízení sociálního zabezpečení, Vydalo oddělení tiskové a literární služby MPSV ČR, Praha 1969
3. Doc. Dr. Igor Tomeš, CSc a kolektiv : Československé právo sociálního zabezpečení, Praha 1968
4. Ústřední sociální pojišťovna, Sborník, Praha 1936
5. 50 let nemocenského pojištění, vydáno nákladem Ústředního svazu nemocenských pojišťoven v Praze, Praha 1938
6. 20 let národního pojištění, Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha 1968
7. Filip Křepelka: Evropské zdravotnické právo, Lexik Nexis CZ s.r.o., 2004
8. Programové prohlášení vlády, Praha 2007
9. Národní referenční centrum zdravotních pojišťoven a poskytovatelů jako servisní organizace pro systém veřejného zdravotního pojištění pro roky 2007-2009, Interní materiál pro Radu ředitelů zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, únor 2007
10. Zdeněk Papež: Ekonomická podmíněnost existence zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, Studie B2/95, materiál Svazu zdravotních pojišťoven, srpen 1995
11. Svaz zdravotních pojišťoven: O vývoji veřejného zdravotního pojištění v ČR pro rok 2000, Praha, listopad 1999
12. Hospodářské noviny 28.8.2000: Ve zdravotnictví se plýtvá penězi tvrdí Světová banka
13. Hospodářské noviny 23.9.2004: Slováci mění zdravotní systém
14. Medical Tribune 4.12. 2006: Slovensko-dost bylo reform
15. Usnesení vlády ČR č. 1202 ze dne 25.10.2006 k výročním zprávám a účetním závěrkám zdravotních pojišťoven za rok 2006
16. Střednědobá koncepce resortní politiky Ministerstva zdravotnictví v letech 2002 až 2006, materiál Ministerstva zdravotnictví pro poradu vedení, Praha 2002
17. Kamil Kalina, Zdravotnické noviny, červen 1997: Jak máme rozhodnout o zdravotních pojišťovnách
18. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Prosinec 2003: Financování českého zdravotnictví v kontextu úhrad
19. Institut zdravotní politiky a ekonomiky, Prosinec 2004: Německo-zdravotnický systém, zdravotní stav obyvatelstva, historický vývoj, zdravotnické právo, politický systém
20. Ekonomické studie OECD č. 24, 1/1995: Reforma zdravotní péče: Kontrola výdajů a zvyšování efektivnosti
21. Eva Ducháčková: Principy pojištění a pojišťovnictví, Ekoprest 2005

- 22.Sborník veřejného práva Československého-SvazekIV, Polygrafia-Rudolf M. Rohrer, Brno 1938
- 23.Jan Ryba a kolektiv: Nad sociálním zabezpečením, Nakladatelství ORAC 98
- 24.Europeanization:concepts and applications, department of public and social policie and CESES 2007
- 25.Jiřina Musílková: Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR jubilantkou, Zpravodaj VZP č.1/2002
- 26.Usnesení vlády ČR č. 1046 ze dne 30.října 2002 K dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva
- 26 Anna Arnoldová: Slovník sociálního zabezpečení, Galen 2002
- 27.Bošková V.: Jak dál v pojišťovenském systému, Zdravotnické noviny 27.6.1994
- 28.Šilhan M.: Osobní účty v solidárním zdravotním pojištění, Zdravotnické noviny 7.4.1995
- 29.Mach J. a kol. Zdravotnictví a právo-komentované předpisy, 2. vydání, Lexik Nexis s.r.o. 2005
- 30.Voříšek V.: Lexikon-sociální zabezpečení, zdravotní pojištění, Sagit 2002
- 31.Časopis Zdravotnictví a právo, Lexik Nexis CZ s.r.o.
- 32.Hroboň, Macháček, Julínek : Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21 století. Vydalo občanské sdružení Reforma zdravotnictví – forum. Cz.
- 33.Mátli, Jabůrková : Naše zdravotnictví po vstupu do EU – vliv politik a práva společenství na zdravotní péči členských států, Altiero Spineli B – 1047, Brusel, červenec 2007
- 34.Health care and cost containment in the European union, Ashgate Aldershot, 1999
- 35.Hospodářské noviny 18. 9. 2007: Nizozemská inspirace pro České zdravotnictví.
- 36.Zdravotnictví ČR 2006 ve statistických údajích, Praha, ÚZIS, 2006
- 37.Juraj Karpiš, Radovan Ďurana, Richard Ďurana: Zdravý zisk, INNESS, Bratislava 2007.
- 38.MUDr. Miroslav Macek, tajemník ministra zdravotnictví: Reforma zdravotnictví, materiál do připomínkového řízení, Praha 1996

B. Právní předpisy

- 1.Ústavní zákon č.1/1993 Sb.,Ústava České republiky
- 2.Listina základních práv a svobod
- 3.Zákon č. 33/1888 ř.z., o nemocenském pojištění
- 4.Zákon č. 221/1924 Sb., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří
- 5.Zákon č. 99/1948 Sb., o národním pojištění
- 6.Zákon č. 102 /1951 Sb., o přebudování národního pojištění
- 7.Zákon č. 103/ 1951 Sb., o jednotné preventivní péči

8. Zákon č. 54/ 1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců
9. Zákon č. 550/ 1991 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění
10. Zákon č. 48/ 1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění
11. Zákon č. 551/ 1991 Sb., o všeobecné zdravotní pojišťovně
12. Zákon č. 280/ 1992 Sb., o resortních, oborových podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
13. Zákon č. 581/2004 z.z., o zdravotních pojišťovnách, dohledu nad zdravotní péčí a o změně a doplnění některých zákonů
14. Zákon č. 117/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v oblasti veřejného zdravotního pojištění
15. Vyhláška č. 274/2005 Sb., o způsobu podávání informací o hospodaření zdravotních pojišťoven a jejich rozsahu.
16. Usnesení PSP ČR č. 1872 ze dne 23. září 2005 k vládnímu návrhu projektu postoupení části pohledávek zdravotních pojišťoven za plátců pojistného na veřejné zdravotní pojištění po lhůtě splatnosti na Českou konsolidační agenturu
17. Věcný záměr zákona o veřejném zdravotním pojištění, materiál Ministerstva zdravotnictví do připomínkového řízení, Praha 2007
18. Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách, materiál Ministerstva zdravotnictví do připomínkového řízení, Praha 2007
19. Věcný záměr zákona o Úřadu dohledu nad zdravotním pojištěním, materiál Ministerstva zdravotnictví, Praha 2007

Seznam použitých zkratk

NRC	- Národní referenční centrum
DRG	- Diagnosis Related Group
EU	- Evropská unie
CMU	- Centrum mezistátních úhrad
OECD	- Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj
NHS	- Národní zdravotní služba