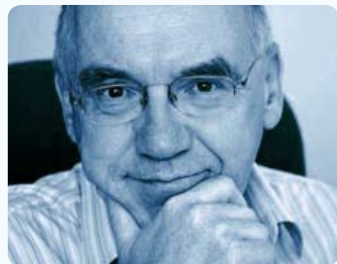


Druhé kolo reformy zdravotnictví, které by dokončilo transformaci našeho zdravotnictví z přídělového systému v regulovaný trh, se zdá na



dohled. Jeho jádrem není ani zavedení regulačních poplatků, kterými zákonodárci atakují jedno z tabuizovaných témat českého zdravotnictví, ani nová módní fazóna kategorizace léčiv, ale dotažení změn v oblasti zdravotního pojištění. Právě kvalita položení „poslední míle“ reformy rozhodne o tom, zda se naplní očekávání optimistů, kteří si od ní slibují hladce fungující zdravotnictví, nebo skeptiků, kteří se obávají nové zlaté horečky a tunelů jak v gibraltarské skále.

Přes všechny výhrady, které k němu můžeme mít, je náš systém zdravotního pojištění dobře založený a už dlouho čeká na poslední čtyři úpravy – jinou právní formu zdravotních pojišťoven, aby se snažily, účinný dohled, aby nezvlčely, definici rozsahu a podoby péče hrazené z veřejného pojištění, abychom věděli, co máme předplaceno a co ne. A konečně to nejdůležitější a v diskusích politiků zatím tiše přehlížené – roz-

dělení zdravotního pojištění na část solidární, plněnou procenty z příjmů a podléhající přerozdělení, a část individuální, s pevnou cenou podle typu pojistky a nevstupující do přerozdělení. To, co koncem devadesátých let vypadalo jako utopie, vstupuje reálně do evropských zdravotních systémů a je dnes už druhým rokem k vidění třeba v Nizozemsku. Naši ministerští měli v plánu vytvořit legislativní normy pro prvé tři kroky a zdá se, že pokročili natolik, že máme nad čím diskutovat. Takže debatujeme, hledáme lepší alternativy, odhalujeme vady viditelné i skryté. Tuhle překážku bychom měli skočit správně hned napoprvé, druhý pokus nebude.

Je zbytečné předstírat, že ve zdravotnictví nejde o peníze až na prvním místě, a to i přes vyšší než průměrný výskyt různých typů altruistů. Aby nám peníze utrácené za zdravotní služby přinášely co největší užitek, potřebujeme, aby ti, kdo nám je spravují, měli důvod se snažit to dělat co nejlépe. Proto je proměna zdravotních pojišťoven v akciové společnosti logickou cestou, kterou do zdravotnictví mohou vstoupit standardní procesy řízení, normální motivace a kontrola. S větším prostorem pro kreativní chování pojišťoven je spojeno i větší riziko cinknutého jednání. Uvidíme, jak si s ním poradí dozorový orgán a jeho veličenstvo Trh.

*Příjemné počtení přeje  
MUDr. Pavel Vepřek*

## Co čeká zdravotní pojišťovny?

Pavel Hroboň



úhel  
pohledu

Tomáš Síkora



Pavel Horák

## volné fórum



Michal  
Hašek

Zdeněk  
Tůma



Jan  
Hartl

Jiří  
Bek



Petr  
Kučera

## Causa Občan



Ondřej  
Dostál



## úhel pohledu

**MUDr. Pavel Hroboň, M.S.,  
náměstek pro zdravotní pojištění,  
Ministerstvo zdravotnictví ČR**

### Záměry Ministerstva zdravotnictví ČR

Jedním z nejdůležitějších problémů českého systému zdravotnictví je neexistence pravidel pro určení a vymáhání nároku pojištěnce na zdravotní služby kryté z veřejného zdravotního pojištění. Občané si navíc nemohou legálně připlatit na nadstandardní služby, což vede k rozvoji korupce.

Zdravotní pojišťovny také dnes nemají možnost poskytovat svým pojištěncům různé pojistné produkty. Všechny jsou nuceny poskytovat pouze jediný, a tedy shodný produkt, kterým je zákonnou definicí (navíc nejasně) vymezené veřejné zdravotní pojištění. Nemohou také nabízet svým pojištěncům bonusy a tak je účinně motivovat například ke zdravému životnímu stylu. Zdravotní pojišťovny si tedy za současného právního stavu nemohou nikdy plnohodnotně konkurovat.

Hospodaření s tak velkým objemem veřejných prostředků, jaký je svěřen zdravotním pojišťovnám, musí být bezpodmínečně podrobeno pečlivému dohledu nezávislého orgánu. V současnosti je úprava výkonu dozoru obsažena v rozřízšené právní úpravě, která navíc opomíjí vymezení jasných pravidel dozoru. To má velmi nepříznivé následky v praxi, jak se ukázalo například při uvalení nucené správy na VZP v roce 2005.

Ani zákonem stanovená organizační struktura zdravotní pojišťovny není vhodná pro hospodaření s veřejnými prostředky. Orgány zdravotní pojišťovny

Orgány zdravotní pojišťovny mají nejen nejasně vymezené vzájemné kompetence, ale dokonce nenesou jasnou zodpovědnost za výsledky hospodaření. Postrádají tak dostatečnou motivaci k hospodárnému chování, zejména v oblasti nákupu zdravotní péče.

dají tak dostatečnou motivaci k hospodárnému chování, zejména v oblasti nákupu zdravotní péče.

Existuje tedy celá řada věcí, které je nutné změnit. Navrhované změny ale nemají principiální

charakter. Zásady, na nichž stojí současné veřejné zdravotní pojištění, zůstávají zachovány. Jedná se zejména o princip přístupu všech občanů k potřebné zdravotní péči, a tedy solidárního financování s povinnou účastí a výběrem odvodů podle schopnosti platit. Zůstane též pluralitní systém více zdravotních pojišťoven, které si vzájemně konkurují. Mění se jenom vymezení rolí



*Pavel Hroboň*

poskytovatelů zdravotních služeb, pojišťoven, občana a státu, které směřuje k jejich větší zodpovědnosti.

Nejdůležitějšími změnami, ke kterým dojde, budou:

1. Stanovení jasného a vymahatelného nároku pojištěnce a zlepšení možností zdravotních pojišťoven řídit náklady.
2. Zavedení profesionálního dohledu nad finančním zdravím pojišťoven a plněním jejich povinností při zabezpečování dostupnosti zdravotních služeb.
3. Zlepšení říditelnosti, výkonnosti a transparentnosti zdravotních pojišťoven a zajištění jejich motivace k řízení nákladů.

### **Krok 1.: Stanovení vymahatelného nároku pojištěnce a zlepšení možností zdravotních pojišťoven řídit náklady**

Dojde k tomu novelizací a sloučením zákonů č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění. Novou úpravou bude stanovena jasná definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, včetně časové a místní dostupnosti. Zavedení transparentních čekacích seznamů umožní sledovat dodržování maximálních čekacích dob.

Zajištěno bude též právo pojištěnce na informace o různých možnostech léčby. Pojištěnci dále dostanou možnost připlatit si legálně na „nadstandard“ a získat bonus za zdravý životní styl nebo aktivní přístup k prevenci.

Zdravotním pojišťovnám bude umožněno nabízet plány řízené péče (to však pouze na základě dobrovolného rozhodnutí pojištěnce). Budou též odbourány překážky v řízení nákladů a nakupování péče, a v neposlední řadě dojde ke zpřísnění sankcí pro dlouhodobé neplatiče odvodů.

### **Krok 2.: Zavedení profesionálního dohledu nad finančním zdravím pojišťoven a plněním jejich povinností při zabezpečování dostupnosti zdravotních služeb**

Tuto problematiku bude upravovat zcela nový zákon o dohledu nad zdravotními pojišťovnami, kterým bude zřízen Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Dále budou v zákoně stanovena jasná a funkční pravidla pro pravidelné informování Úřadu o hospodaření a činnosti zdravotních pojišťoven a pravidla pro možnost jeho zásahu v případě neplnění povinností zdravotní pojišťovnou (nápravná opatření, nucená správa...). Úřad bude zdravotním pojišťovnám vydávat a případně i odebírat licence a povolení k provozování veřejného zdravotního pojištění.

### **Krok 3.: Zlepšení říditelnosti, výkonnosti a transparentnosti zdravotních pojišťoven a zajištění jejich motivace k řízení nákladů**

Dosažení tohoto cíle umožní novelizace a sloučení zákonů č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky, a zákona č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. Rozdělením úpravy zdravotních pojišťoven do dvou předpisů tak v současnosti dochází k tříštění právní úpravy postavení subjektů, které provozují stejnou činnost – tedy veřejné zdravotní pojištění. Nová úprava zdravotních pojišťoven v českém právním řádu přinese mimo jiné sjednocení obsahu těchto dvou předpisů do jediného a jednotného zákona o zdravotních pojišťovnách. Budou tak odstraněny neodůvodněné rozdíly mezi VZP ČR a zaměstnaneckými zdravotními pojišťovnami.

Dále budou stanoveny jasné a přísnější podmínky pro vznik a činnost zdravotních pojišťoven, včetně standardních bezpečnostních nástrojů pro zdravé hospodaření, kterými jsou zejména zajiště-

ní průhledného účetnictví a jasné zodpovědnosti managementu za výsledky organizace. To bude umožněno použitím standardní právní formy, kterou je akciová společnost.

**Ing. Tomáš Síkora,  
výkonný ředitel, Česká asociace pojišťoven**

## **Je oblast zdravotního pojištění atraktivní pro komerční pojišťovny?**

Na přímou otázku přímá odpověď: Pojišťovny nabízejí produkty jako ochranu proti rizikům. Jsou-li tato rizika pojistitelná, což zjednodušeně znamená nahodilá, měřitelná a vyskytující se v dostatečném množství, je tato oblast pro pojišťovny atraktivní.

Ale co pohled z druhé strany? Je odvětví komerčního pojišťovnictví atraktivní pro financování zdravotnictví?

Pojistné riziko v souvislosti s újmou na zdraví nevzniká ani nezaniká tím, zda existuje pojistný produkt nebo zda je komerční pojišťovnictví součástí zdravotnického systému. Tato rizika existují a cílem nastavení systému by mělo být, aby finanční toky z pojistných plnění přispívaly do financování zdravotnictví spíše než do domácího rozpočtu pacientů.

### **Podíl soukromých výdajů na financování zdravotnictví**

Česká republika je mezi státy OECD zemí s nejvyšším podílem veřejných zdrojů na financování zdravotnictví, a to 90 %.<sup>1</sup> Ačkoli české zdravotnictví poskytuje kvalitní péči srovnatelnou s péčí v rozvinutých státech, navíc s podstatně nižšími



*Tomáš Síkora*

<sup>1</sup> OECD Health Data 2003

náklady, zaostává svou strukturou financování péče, která je příliš závislá na veřejném zdravotním pojištění a dosud se neotevřela dalším způsobům financování, především komerčním zdravotnímu pojištění. Chronicky deficitní situace veřejného zdravotního pojištění v České republice i v dalších zemích s podobnou strukturou financování zdravotní péče je potvrzením, že vícezdrojové financování zdravotní péče, obvyklé v jiných systémech, je i pro Českou republiku jedinou vhodnou cestou k obnově rovnováhy mezi výdajovou a příjmovou stránkou nákladů zdravotnictví.

Vývoj podílu soukromých výdajů v čase se v jednotlivých systémech liší. Lze z něj například vysledovat, že dodatečné zdroje do zdravotnictví Švýcarska (stejně jako v ČR) přinášejí veřejné zdroje, zatímco v Nizozemsku soukromé zdroje. Reformy v Německu a Rakousku znamenaly posílení role soukromých výdajů. Francouzský systém spoluúčasti zachovává stejnou proporcii a irský pokles podílu soukromých výdajů může být způsoben prostorem pro jejich uplatnění převážně v doplňkových službách.

Prototyp „ideálního“ systému zdravotní péče vypracovaný organizací NERA<sup>2</sup>, který zohledňuje jak nutnost efektivity a výkonnosti systému zdravotní péče, tak sociální aspekty charakterizované principem solidarity, v jednom ze svých doporučení rovněž uvádí, že část výše příspěvků jednotlivce do systému má být odvozena od jeho individuálního rizika.

### Pojistné produkty soukromého zdravotního pojištění

Rozlišujeme tři základní typy soukromého zdravotního pojištění:

- plně zdravotní pojištění, které poskytuje pojištění kompletních zdravotních služeb a v plném rozsahu nahrazuje veřejné zdravotní pojištění („substitutive“),
- doplňkové zdravotní pojištění, které pojišťuje tu zdravotní péči, která je veřejným zdravotním pojištěním hrazena jen částečně nebo není hrazena vůbec („complementary“),
- zdravotní připojištění, které kryje jiné služby než zdravotní péči, zajišťuje rychlejší přístup ke zdravotním službám a nabízí pojištěným širší možnost volby („supplementary“).

Pojistný trh soukromého zdravotního pojištění se mezi jednotlivými zeměmi významně liší. Trhy v Irsku, Dánsku, Finsku, Rakousku, Řecku a ve Vel-

ké Británii jsou, pokud jde o pojišťovny, které toto pojištění nabízejí, značně konsolidované. Na druhou stranu ve Francii, Itálii a Španělsku provozuje toto pojištění více než 100 subjektů. Po zavedení třetí neživotní pojišťovací směrnice do legislativy jednotlivých států došlo v mnoha zemích k další konsolidaci trhu doplňkového zdravotního pojištění. Pokud jde o velikost a počet pojišťoven, které na národních trzích komerční pojištění provozují, je evidentní, že velký počet těchto pojišťoven (ať už v zájmech, nebo komerčních) je typický pro země s dlouhou tradicí tohoto pojištění odvětví, zatímco v zemích, kde je tato tradice malá, je i počet pojišťoven provozujících toto odvětví malý.

Hlavní determinantou poptávky po doplňkovém zdravotním pojištění se zdá výše příjmu klienta. To platí především v zemích, kde veřejné zdravotní pojištění pokrývá většinu zdravotnických služeb a doplňkové zdravotní pojištění je poptáváno jen jako luxusní statek. Dalším významným zdrojem poptávky je skutečná nebo vnímaná kvalita poskytovaných služeb v rámci veřejného zdravotnictví. Nejistota poskytnutí služby, čekací doby a větší možnost výběru poskytovatele vedly například v Irsku a Austrálii k vyšší poptávce po doplňkovém zdravotním pojištění. Zdravotní stav člověka také rozhoduje o potenciální poptávce. Jedním ze zásadních prvků tohoto trhu je, že na něm panuje vysoká míra asymetrické informace. Stabilita trhu je ohrožena, pokud nemají pojišťovny nástroj bránit se vysoké míře subjektivního rizika.

Vedle individuálních produktů doplňkového pojištění hrají v řadě zemí významnou roli skupinové produkty. Stojí za povšimnutí, že se často jedná o země, se kterými má Česká republika mnoho společného, ať už je to (v rámci EU) nižší ekonomická vyspělost, převažující politická orientace či malá tradice soukromého zdravotního pojištění. Signifikantní je i dynamický rozvoj skupinového

Pojistné riziko v souvislosti s újmou na zdraví nevzniká ani nezaniká tím, zda existuje pojiistný produkt .... Tato rizika existují a cílem nastavení systému by mělo být, aby finanční toky z pojiistných plnění přispívaly do financování zdravotnictví spíše než do domácího rozpočtu pacientů.

<sup>2</sup> National Economic Research Associates



zdravotního připojištění v těchto zemích. Klíčovou roli hraje daňové zvýhodnění takového pojištění, poskytované státem.

Pojistné produkty jsou zpravidla nabízeny jako balíčky mnoha různých zdravotních rizik. Specificky zaměřené produkty se prakticky nevyskytují, což je zřejmě nástroj pro omezení rizika antiselektce. Základním rozdílem mezi produkty je velikost krytí (pojistné částky) a méně významným parametrem je skladba rizik. U produktů soukromého zdravotního pojištění často existují varianty lišící se velikostí krytí u těch zdravotních rizik, jejichž léčba může být poskytnuta v různé kvalitě.

### Institucionální zajištění provozování soukromého zdravotního pojištění

Velmi důležitá je otázka institucionální. I v té panuje mezi různými státy velká pestrost, v členských zemích EU (s výjimkou Nizozemska od roku 2006 a Slovenska) však existuje jasný předěl mezi institucemi, které provozují

... současné provádění veřejného pojištění a připojištění ... je jisté legislativně možné. Nicméně by se jednalo o rizikový krok, který by mohl vést k ohrožení tržního prostředí a mohl by vytvářet prostředí málo odolné proti zneužívání postavení zdravotních pojišťoven na trhu.....

veřejné zdravotní pojištění, a pojišťovnami, které provozují komerční pojištění nebo připojištění.

Podle již zmiňovaného prototypu NERA je kombinace provozování pojištění základní péče a pojištění ostatní péče přípustná za předpokladu zamezení přelévání zdrojů. Současná právní úprava v České republice nevyklučuje, aby zdravotní pojišťovny poskytovaly pojištění pro takové služby, které nejsou kryty v rámci tzv. hrazené péče. Dokonce to právní úprava výslovně umožňuje. Stávající zdravotnická legislativa však není sladěna s právem EU, což může v širším pohledu komunitárního práva narážet zejména v oblastech hospodářské soutěže a pojišťovacích direktiv.

Pokud dojde k transformaci zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, bude muset zákonodárce vymezit rozsah oprávnění k činnosti, tj. půjde o politické rozhodnutí, zda by přicházelo v úvahu současné provádění veřejného pojištění a připojištění. Takové řešení je jisté legislativně možné, nicméně by se jednalo o rizikový krok, který by mohl vést k ohrožení tržního prostředí

a mohl by vytvářet prostředí málo odolné proti zneužívání postavení zdravotních pojišťoven na trhu, zejména s ohledem na informace, které jim byly svěřeny v souvislosti s veřejným zdravotním pojištěním, přinášející nepřiměřenou konkurenční výhodu.

Úplné vyloučení komerčních pojišťoven z realizace produktů, které kryjí rizika související se zdravím, je neproveditelné, zůstává jen otázkou, zda se zdroje z těchto produktů stanou součástí financování zdravotnictví.

Komerční pojišťovny vykazují oproti zdravotním pojišťovněm řadu předností, kterých by bylo vhodné v soukromém zdravotním pojištění využít. Jedná se zejména o dlouhodobou finanční stabilitu sektoru a s tím spojenou důvěru občanů, efektivní státní dohled, vytváření dlouhodobých technických rezerv podle přísných pravidel převzatých z EU, schopnost prodávat individualizované produkty prostřednictvím prodejních sítí, přítomnost významných nadnárodních pojišťoven na českém pojistném trhu a s tím spojená snadná přenositelnost know-how z trhů s rozvinutým soukromým zdravotním pojištěním; další výhodou je silně konkurenční prostředí, které vytváří tlak na zvyšování kvality služeb pro klienty.

Východiskem ze současné situace by mohla být další podpora spolupráce komerčních a zdravotních pojišťoven. Tím se na jedné straně široké kontakty, sítě zdravotnických zařízení a know-how v oboru medicíny, jimiž disponují pojišťovny zdravotní, spojí s ekonomickou stabilitou a akceschopností pojišťoven komerčních na straně druhé. Za situace, kdy ze 4 velkých českých zdravotních pojišťoven (VZP, VoZP, ZPMV a OZP) 2 zdravotní pojišťovny mají dceřiné komerční pojišťovny (VZP, a. s., a Vitalitas, a. s.), by bylo vhodné zachovat institucionální předěl mezi veřejným zdravotním pojištěním a komerčním pojišťovnictvím i pro soukromé zdravotní pojištění.

**MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA,**  
ředitel VZP ČR

## Co čeká zdravotní pojišťovny

Je nepochybné, že naše zdravotnictví potřebuje postupné změny, které zlepší jeho fungování a přiblíží ho evropským poměrům, zejména ve schopnosti přizpůsobovat se potřebám pacientů, rostoucím možnostem medicíny a potenciálu ekonomiky při současně se zhoršující demografii.

Mnohem složitější než toto konstatovat je zvolit ty správné změny, dělat je správně a ve správný čas. Měnit cokoli ve zdravotnictví je velmi obtížné a nesmírně odpovědné, protože na jednu stranu není změny, která by na svém začátku byla vnímána jinak než negativně, na druhou stranu řada změn (kupř. ve výchově a vzdělávání, prevenci, v samotné filosofii systému) se projeví až po době několika let a o to mají i delší setrvačnost. Úspěšní průkopníci nových směrů tak bývají doceněni až in memoriam.

Pokud má mít moderní zdravotní systém hlavu a patu, musí mít správně nastavené mechanismy, které umožní efektivní, účelnou a rozumnou alokaci zdrojů. Jeho procesy musejí přivést peníze, ostatní zdroje a lidi ve zdravotnictví tam, kde přinesou pacientům největší užitek. V pojišťovenském systému, který u nás máme vytvořen a který pokládám pro budoucnost za jediný možný, hrají roli „hospodářů“ zdravotní pojišťovny. Pro pacienty by měly být tím, kdo jim zajišťuje dostupnost zdravotní péče podle jejich potřeb a přání, pro zdravotníky zase zdrojem ekonomické stability ve chvíli, kdy jejich služby budou potřebné, kvalitní a cenově konkurenceschopné.

Musíme si přiznat, že dnešní situace má k tomu- to ideálu daleko. Je zbytečné tu vypisovat všechny důvody, které třeba naši pojišťovně brání chovat se tak, jak bych si třeba já představoval, ale podívejme se dopředu na změny, které se chystají.

Vytvoření nezávislého dozorového orgánu nad zdravotními pojišťovnami je nadmíru potřeba,

zejména proto, že státní správa umožní ukončit své angažmá ve správních řádcích

V pojišťovenském systému, který u nás máme vytvořen a který pokládám pro budoucnost za jediný možný, hrají roli „hospodářů“ zdravotní pojišťovny.

zdravotních pojišťoven a přesunout uplatňování svého vlivu do nastavení pravidel a dohledu nad jejich dodržováním. Dlouhá je však cesta od teoretického konceptu přes kvalitní legislativu až k fungující instituci. Z pozice ředitele největší pojišťovny si nemohu než přát, aby se jí podařilo projít bez větších potíží. Jako člověk, který se pohybuje na manažerských pozicích ve zdravotnictví už pěknou řádku let, vím, jak to bude obtížné.

Státní orgán musí být schopen zaměstnat vhodné pracovníky, pro které zvláště v současné situaci na trhu práce není zrovna angažmá ve státní sprá-

vě tou nejlákavější možností. To se týká zejména ekonomických odborníků, finančních a pojišťovacích analytiků a obdobných profesí potřebných pro finanční dohled nad institucemi i nad jejich pojišťovacími produkty. Možnost, jak využít pro tyto účely potenciál bankovního dohledu ČNB, určitě existuje. Zato odborníky schopné analyzovat data o množství a místě poskytnuté zdravotní péče, o finančních parametrech služeb, odbor-



Pavel Horák

níky schopné zacílit shromažďování dalších údajů na sledování kvality péče a usuzovat ze změn populačních statistik na globální efektivitu jejího poskytování a na správné zacílení celého zdravotního systému, vyhodnocovat výšky a závažnost stížností a skutečně nezávisle působit jako národní regulátor při stále více se otevírajícím evropském prostředí, bude nutno získat. K tomu jsou potřeba nejen peníze, ale především to, že nový úřad nesmí vznikat ve stylu už zapomenutého výboru lidové kontroly přitahujícího lidi, kteří by viděli cíl své práce v postihu a pokutách, ale jako moderní regulační a dozorový orgán s velkou odbornou prestiží a neformální autoritou, který je výzvou pro mladé schopné adepty i pro zkušené a život znalící odborníky.

Posílení autonomie zdravotních pojišťoven, rozšíření prostoru pro jejich vzájemnou soutěž, zavedení standardních motivací a vytvoření normálních obchodních vztahů jak s těmi, kteří naše služby využívají, s našimi pojištěnci, tak s těmi, jejichž prostřednictvím jim zajišťujeme potřebnou zdravotní péči, je dobrá myšlenka a pojišťovna ji podporuje. Na druhou stranu si uvědomujeme rizika s tím spojená, a to zejména ve chvíli transformace pojišťoven z jejich současné podoby do budoucí podoby obchodních společností. Máme ještě v živé paměti náklady spojené s transformací bankovního sektoru, a to šlo jenom o peníze. Ve zdravotnictví jde vedle peněz o dostupnost zdra-

votních služeb a v konečném důsledku o léčení velmi konkrétních lidí a s tím je spojena mimořádná zodpovědnost nefinančního charakteru.

Naše pojišťovna už dlouho cítí potřebu daleko aktivnější smluvní politiky směrem ke svým zdravotnickým partnerům, ráda by postupně opustila

Vytvoření nezávislého dozorového orgánu nad zdravotními pojišťovnami je nadmíru potřeba, zejména proto, že státní správě umožní ukončit své angažmá ve správních radách zdravotních pojišťoven a přesunout uplatňování svého vlivu do nastavení pravidel a dohledu nad jejich dodržováním.

zpětných regulací. Ale historicky nastavený úhradový systém se mění obtížněji, než by se zdálo. Příčinou je hluboká a mezi všechny zasetá nedůvěra ve vzájemných vztazích, která vede ke lpění na minulém a strachu z nového. Nedůvěra panuje nejen mezi pojišťovnami a poskytovateli, ale stejně mezi jednotlivými skupinami poskytovatelů navzájem. Místo toho, aby systém byl nastaven tak, aby podporoval vzájemnou spolupráci zdravotnických složek nad pacientem v zájmu jeho zdraví a spolupráci pojišťovny s poskytovatelem v zájmu minimalizace finančního rizika pro obě strany, připomíná spíš ženevské konvence pro vedení války nebo pakt o dočasném (většinou půlročním) příměří, který už se poslední dobou ani nepodepisuje.

Pro dobré fungování systému se toto musí

změnit. Naše pojišťovna pro to udělá maximum. Svým klientům, pojištěncům bude chtít nabídnout pojistné produkty, které všechny poskytnou základní jistotu pojistné ochrany pro okamžiky v životě, kdy pomoc je skutečně potřeba, a současně vyjde vstříc těm, kteří si chtějí o části služeb a části rizika rozhodovat sami, chtějí větší volnost nebo naopak hledají stoprocentní zajištění, nízkou spoluúčast a nechtějí nejistotu v rozhodování. Jsou lidé, kteří chtějí odpovědně pečovat o své zdraví a po pojišťovně požadují, aby sdíleli svá pojistná rizika jen s podobně odpovědnými lidmi, a jsou jiní, kteří žijí na plný plyn, bez omezení a z toho vyplývající vyšší pojistné, vyšší spoluúčast a výjimky z pojištění berou jako samozřejmost.

Zdravotnická zařízení jsou, či spíše se musejí stát důležitými partnery, kteří rozhodují o nákladech pojišťovny a stejně jako ona mají zájem na tom, aby se tyto náklady zbytečně nezvyšovaly, a za to očekávají velmi adekvátní odměnu umožňující perspektivu a další rozvoj. Většina z nich se nechce pohybovat v zakonzervovaném prostředí stávající sítě, jejího stávajícího smluvního rozsahu a rámce stávajících úhrad. Většina z nich chce rozvoj, vyšší platby, úspěch v konkurenčním prostředí a očekává od pojišťovny, že vznik takového prostředí bude podporovat.

Dnes si už jenom někteří pamatují, že VZP původně vznikala z finančních odborů okresních ústavů národního zdraví a tomu odpovídalo budování její organizační struktury, informačního systému i způsob, jakým platila zdravotní služby. Dnes je jiná doba, a i když nával každodenní operativy ztěžuje realizaci koncepčních kroků vedoucích k moderní evropské pojišťovací instituci, která obstojí v mezinárodním srovnání, jsem si jist, že VZP dostojí se ctí všem výzvám a úkolům, které před ní vývoj ve zdravotnictví postavil a postaví.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jaké změny v chování zdravotních pojišťoven čekáte, pokud se z nich stanou akciové společnosti?
2. Myslíte si, že vlastnické propojení mezi pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními je rizikem, výhodou nebo nám to může být jedno?
3. Uvítal/a byste možnost výběru mezi různými typy pojištění nebo si myslíte, že by měl zůstat jenom jeden?



Mgr. Michal Hašek, místopředseda správní rady VZP

Odpovědi Michala Haška:

1. Při vnímání elementárních ekonomických principů podnikání a kultury podnikání v České republice neočekávám společensky odpovědné chování budoucích majitelů privatizovaných pojišťoven. Předpokládám, že bude nad kvalitou zdravotní péče povýšena snaha o maximalizaci zisku, a to třemi cestami:

a) snížení počtu vysoce nákladových pojištěnců – již se u některých pojišťoven děje;

b) optimalizace provozních nákladů;

c) zvýšení efektivity nákladů na poskytování zdravotní péče.

Teprve jako sekundární efekt předpokládám změnu kvality zdravotní péče, to bez přímého prokázání skutečného vlivu změn

ny právní formy jak zdravotnických zařízení, tak pojišťoven.

2. Považuji to za velké riziko, neboť role pacienta bude ještě více omezena oproti současné pozici – fakticky se pacient stane pouze prostředkem v rámci „výrobního procesu“ tvorby zisku zdravotnického zařízení nebo pojišťovny. Taktéž považuji za riziko, že bude popřena původní funkce pojišťovny, tj. zastupovat zájmy pacienta – v propojené pozici jsem názoru, že jejím hlavním zájmem bude zisk, popř. dlouhodobé zvyšování své tržní hodnoty. To nemluví o možnostech optimalizace zisku, daňových konsekvencích a možnosti „vývozu“ kapitálu do zahraničí. Riziko, že část finančních prostředků vybraných v rámci zdravotního systému může cíleně skončit v zahraničí, považuji za velmi reálné.

3. V rámci pojištění jsem zastáncem garance poskytnutí maximální možné zdravotní péče pro všechny občany, včetně nalezání nástrojů na maximální možnou podporu solidarity zdravotního systému k sociálně slabším skupinám. Nejsm zastáncem ani úplné liberalizace trhu se zdravotním pojištěním, naopak ani zastáncem řešení úplného monopolu státu v oblasti zdravotního pojištění. Praxe ukazuje, že ani jedna „extrémní“ varianta není cestou k řešení problémů českého zdravotnictví.



Ing. Zdeněk Tůma, CSc., guvernér, Česká národní banka

Odpovědi Zdeňka Tůmy:

1. Více služeb, větší možnost nadstandardu, větší konkurence.

2. Nevím, neuvažoval jsem o tom, na první pohled rizika nevidím.

3. Jako u každé služby bych samozřejmě uvítal větší výběr: byl by to smutný svět, kdyby všichni lidé měli stejné šaty a stejný účes... a třeba možnost jediného typu ortézy.

Odpovědi Jana Hartla:

1. Mají-li se ze zdravotních pojišťoven stát akciové společnosti, je to klíčová příležitost, kdy **by bylo možné** alespoň otevřít a částečně vyřešit systémové problémy veřejné zdravotnické služby – ty zásadním způsobem souvisejí právě s vymezením



činnosti pojišťoven. Pojišťovny musejí nakupovat zdravotní péči pro své klienty za nejvýhodnější ceny vzhledem ke kvalitě. To předpokládá jak konkurenci pojišťoven, tak konkurenci poskytovatelů. Tyto subjekty by ovšem neměly být nuceny k hromadným kontraktům, vyžadovalo by to však zajistit únosnou jistotu pro smluvní vztahy.



*PhDr. Jan Hartl,  
ředitel, společnost STEM*

Zjednání pořádku ve vztazích poskytovatel–pojišťovna však nestačí. Je třeba celý systém podstatným způsobem zpřehlednit, učinit srozumitelným a otevřít tak veřejné kontrole. Každý plátcce pojištění by měl vědět, co a jak si kupuje, na co má nárok a na co ne. Znamená to ovšem ze zdravotního pojištění udělat skutečné pojištění a odstoupit od současného systému zdravotních daní u zaměstnance a zaměstnavatele. Lze zachovat jistou formu vynucené solidarity, ale na základě jasných pravidel. Domyslíme-li tuto situaci, je třeba přehodnotit i institut státních pojištěnců a tím se zbavit problému adekvátnosti plateb státu za státní pojištěnce.

Otázku si lze interpretovat

i tak, co se podle mého soudu skutečně stane. Tady jsem bohužel skeptik a obávám se, že nejen tuto příležitost k potřebným změnám nevyužijeme, ale dokonce nedotaženou změnou zdravotních pojišťoven na obchodní společnosti můžeme zakonzervovat současný nevyhovující stav a uzavřít si či podstatným způsobem si ztížit cestu k budoucím systémovým změnám.

2. Do určité míry to výhoda být může. Tak jako za první republiky to může být prospěšné v problémových regionech, pro některé typy léčebné i preventivní péče (léčebny některých nemocí, ozdravovny apod.). Znamená to ovšem i kultivovanější jednání pojišťoven, odpovědnější management.

3. Tato otázka úzce souvisí s otázkou číslo 1. Z logiky věci a na základě podmínek EU je nutné, aby existovalo jedno základní pojištění na péči, která bude stanovena zákonem a průběžně novelizována. Rozsah je ovšem třeba stanovit a podle mne zúžit na to, co je skutečně nezbytné. Především by systém základního pojištění měl jistit všechna „velká“ rizika, měl by kromě toho zahrnout prevenci a vybrané části péče o děti včetně porodnictví a péče o seniory. Vše nad to by byla volitelná skládáčka pojišťovacích modulů.

Asi by měl být definován standardní balík těchto modulů pro sociálně slabší obyvatelstvo a omezeny možnosti, jak z tohoto balíku vystoupit (opt out). Pro vyšší příjmové a majetkové kategorie by to pak bylo zcela volitelné. Zůstal by prostor pro dobrovolnou aktivitu zaměstnavatelů v soukromém sektoru, ve státní službě by pro činnost zaměstnavatele měla platit zvláštní (selektivní) pravidla. Problémem by byl výběr pojistného – ten by bylo

potřeba pro přehlednost a pro zamezení úniků asi centralizovat. Je to technický úkol, který je podle mne řešitelný.



*MUDr. Jiří Bek, ředitel, Česká národní zdravotní pojišťovna*

#### *Odpovědi Jiřího Beka:*

1. Jsem přesvědčen, že nejzásadnější změnou v chování ZP, po jejich transformaci v akciové společnosti, bude reakce na výrazné posílení liberalizačního prostoru a tím realizace projektů při realizaci konkrétních konkurenčních nabídek ZP v této oblasti. S tím velmi úzce souvisí i osobní odpovědnost nejen managementu na všech úrovních řízení ZP, ale i správních orgánů. Jsem přesvědčen, že ZP vymaněním se z určitého „státního dirigismu“ budou nacházet, realizovat a dále rozvíjet programy ku prospěchu svých klientů, v prvé řadě svých pojištěnců. Otevřením prostoru konkurenčního prostředí v rámci legislativních opatření bychom se postupně měli dostat k naplnění názvu zdravotní pojišťovna. Zdravotní pojišťovna by měla přestat být institucí, která pouze „proplácí“ poskytnutou zdravotní péči svým pojištěncům, ale měla

by velmi aktivním přístupem sjednávat cenu pro své pojištěnce se zdravotnickým zařízením i s ohledem na výsledný efekt sjednané terapie, tedy pojišťovat své pojištěnce podle dalších kritérií. Znamená to mimo jiné i posuzovat míru zdravotního rizika příslušného pojištěnce, samozřejmě při zajištění základního rozsahu a objemu „nepodkročitelné“ péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

2. Vyjadřuji pouze svůj názor, který vychází ze situace, že pouze hospodář, který má zájem na prosperitě svého hospodářství, se o toto hospodářství stará řádně. Jinými slovy považují vlastnické propojení mezi zdravotní pojišťovnou a ZZ jednoznačně za velkou výhodu, neboť vzájemnou přímou informovaností mezi ZP a ZZ se mohou velmi přesně nastavovat optimalizační postupy, které vedou k efektivitě léčby. Efektivitou léčby rozumíme optimu se blížící terapeutické postupy i s ohledem na jejich finanční náročnost.

3. Jednoznačně jsem přesvědčen, že vstup dalších typů pojištění v oblasti zdravotnictví je nanejvýš nutný. Toto opatření povede k diferenciaci mezi ZP v důsledku variability jejich nabídek i např. v kooperaci s dalšími institucemi, což se musí projevit ve zlepšení podmínek pro pojištěnce ZP a tím i jejich profitu.

*Petr Kučera,  
novinář, Lidové noviny*

*Odpovědi Petra Kučery:*

1. Především očekávám, že se začnou více starat o své hospodaření. Že přehodnotí smluvní vztahy se zdravotnickými zařízeními a nasmlouvají opravdu jen ta, která pro zajištění potřeb svých klientů potřebují a která klientům zajišťují kvalitní péči. Na druhou stranu od nich očekávám, že se ke svým smluvním partnerům – klientům i ZZ – začnou chovat jako ke skutečným obchodním partnerům. Tedy že těm prvním budou vycházet vstřícně např. flexibilnější nabídkou a těm druhým budou

včas a v odpovídající míře za péči platit. Prostě že se začnou chovat jako solidní pojišťovací domy v jiných oborech.

2. Považuji to za poměrně značné riziko, které může zneprůhlednit finanční toky mezi těmito subjekty, nahrávat finančním podvodům a zdeformovat trh. Vznik určitého typu monopolu by v důsledku mohl poškodit jak zdravotnická zařízení, která by nebyla součástí takového konglomerátu, a vést až k jejich systematické likvidaci či vynucenému pohlcení, tak i pacienty, protože může vést až k omezení dostupnosti péče, především v méně lukrativních oborech.

3. Chtěl bych mít na výběr. I když se běžný pacient asi těžko může do detailu orientovat ve složité zdravotnické problematice a může být ovlivněn reklamou nebo šikovností pojišťovacího agenta (tak jako v jiných podobných případech), jde přinejmenším o určitý pocit svobody a pocit být klientem, ne jen plátcem jakési „daně“.

## Causa Občan

na dotazy čtenářů odpovídá  
**JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D.**

Dne 6. 8. 2007 jsem byl vyrozuměn MUDr. VK, že na adresu jejího trvalého bydliště byla praktickým lékařem MUDr. JL zaslána moje zdravotní karta – kompletní zdravotní dokumentace a průvodní dopis o následujícím obsahu: Jelikož paní MUDr. XY skončila, máme nadbytek pacientů, proto se přeregistrujte v místě bydliště. Já jsem MUDr. JL, jehož pacientem jsem již šest let, o takové zaslání mé zdravotní dokumentace nepožádal a ani jsem jej nevyzval k odregistrování. Z chování MUDr. JL jsem šokován a celou věc jsem oznámil na Policii ČR v Uherském Hradišti. Zároveň jsem v této záležitosti kontaktoval Úřad na ochranu osobních údajů, neboť uvedená dokumentace obsahuje citlivé údaje o mém zdravotním stavu a prakticky veškeré identifikační údaje o mé osobě. S celou věcí se rovněž obracím na ČLK. Vzhledem k již předcházejícímu nevhodnému chování MUDr. JL vůči mně a mým blízkým se nedomnívám, že se jedná o omyl, ale naopak o úmyslné jednání. Tímto Vás žádám o radu, jak popřípadě dál pokračovat, aby se podobná situace neopakovala například u dalších členů mé rodiny.  
S pozdravem František B., Bílovice



Přes ne zcela jasně interpretovatelný popis situace se zdá, že se jedná o dvě právní otázky:

1) Může zdravotnické zařízení, které snížilo stav personálu a má zaregistrováno více pacientů, než je

schopno obsloužit, přeregistrovat některé stávající pacienty do péče jiného ZZ, a to i bez vědomí nebo proti vůli takového pacienta?

2) Může v takovém případě předat jinému ZZ též zdravotnickou dokumentaci takového pacienta, aniž by s tím pacient předem souhlasil?

Ad 1) Zákon č. 48/1997 Sb. v § 11 odst. 1 písm. b) stanoví, že pacient má právo „na výběr lékaře či jiného odborného pracovníka ve zdravotnictví a zdravotnického zařízení (...) kteří jsou ve smluvním vztahu k (jeho) zdravotní pojišťovně (...). Zvolený lékař může odmítnout přijetí pojištěnce do své péče pouze tehdy, jestliže by jeho přijetím bylo překročeno únosné pracovní zatížení lékaře tak, že by nebyl schopen zajistit kvalitní zdravotní péči o tohoto nebo o ostatní pojištěnce, které má ve své péči. Jiná vážná příčina, pro kterou může zvolený lékař odmítnout přijetí pojištěnce, je též přílišná vzdálenost místa trvalého nebo přechodného pobytu pojištěnce pro výkon návštěvní služby. Míru únosného pracovního zatížení a závažnost příčiny pro nepřijetí pojištěnce do své péče posuzuje zvolený lékař. Lékař nemůže odmítnout pojištěnce ze stanoveného spádového území a v případech, kdy se jedná o neodkladnou péči. Každé odmítnutí převzetí pojištěnce do péče musí být lékařem pojištěnci písemně poturzeno.

Text zákona hovoří důsledně o „odmítnutí přijetí pojištěnce do své péče“, tedy o situaci, kdy pojištěnec ještě není u lékaře registrován a o přijetí teprve žádá. V takovém případě může skutečně lékař vyhodnotit, že by péči o dalšího pojištěnce již nestíhal, nebo že by vzhledem ke vzdálenosti bydliště pacienta nezvládl výkon návštěvní služby, a v souladu se zákonem odmítnout pacienta zaregistrovat. V našem případě se však nejedná o přijetí pacienta do péče, nýbrž o odmítnutí další péče o pacienta, který již byl přijat, a je u lékaře dokonce delší dobu zaregistrován.

Zákon dle mého názoru nedává lékaři, resp. zdravotnickému zařízení možnost, aby stávajícího pacienta „odregistroval“, a to ani tehdy, pokud by nastaly skutečnosti, pro které není schopno zajistit pacientovi péči. Může samozřejmě pacienty upozornit, že z personálních důvodů bude péče hůře dostupná, že se prodlouží čekací doby nebo bude omezen provoz některé z ordinací, a doporučit jim, aby si zvolili jiného lékaře, resp. ZZ. V žádném případě se však lékař nemůže jednostranně „zbavit“ pacienta, kterého hodnotí jako problémového, a lidově řečeno jej „hodit na krk“ kolegovi.

Samozřejmě, pokud pacient hodnotí vztah se svým lékařem jako konfliktní, nelze než doporučit, aby využil svého práva na volbu lékaře a sám co nejdříve odešel k jinému lékaři, se kterým bude schopen navázat vztah důvěry.

Ad 2) Zákon 20/1966 Sb. v § 67b odst. 13 stanoví, že „v případě změny ošetřujícího lékaře je dosavadní lékař povinen předat nově zvolenému lékaři všechny informace potřebné pro zajištění návaznosti poskytování zdravotní péče.“ Pokud by si pan FB zvolil MUDr. VK jako svou novou lékařku, bylo by v pořádku, že by MUDr. JL poslal této lékařce jeho dokumentaci. Protože ale v našem případě pacient volbu nové lékařky neprovedl a MUDr. JL tak nemůže učinit „za něj“, nemá MUDr. VK k péči o pacienta FB žádný vztah a zákon nedává MUDr. JL žádný důvod ani omluvu, aby této třetí osobě zpřístupnil pacientova citlivá medicínská data.

Postup MUDr. JL je proto nutno hodnotit jako porušení mlčenlivosti, uložené zdravotníkům zejm. ustanovením § 55 zákona č. 20/1966 Sb. Jeho jednání je proto disciplinárním proviněním a v případě dostatečné společenské nebezpečnosti též trestným činem dle § 178 trestního zákona.

Postup pana FB, spočívající v trestním oznámení na policii, podnětu pro ÚOOU a disciplinární stížnosti k ČLK, je tedy správný, myslitelná je též žaloba na ochranu osobnosti. Panu FB bych však především doporučil, aby si raději sám zvolil jiného lékaře, se kterým bude schopen bez problémů komunikovat, a totéž poradil i své rodině. Setrvávat v péči poskytovatele služeb, s nímž mám osobní konflikt, není příjemné ani bezpečné, ať již jde o lékaře, advokáta či třeba autoservis.

