

DIPLOMOVÁ PRÁCE



MASTER OF BUSINESS ADMINISTRATION

NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE/TITLE OF THESIS

Financovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zdravotných poisťovní

TERMÍN UKONČENÍ STUDIA A OBHAJOBA (MĚSÍC/ROK)

Leden 2015

JMÉNO A PŘÍJMENÍ / STUDIJNÍ SKUPINA

Tomáš Michel / MBA 31

JMÉNO VEDOUCÍHO DIPLOMOVÉ PRÁCE

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

PROHLÁŠENÍ STUDENTA

Odevzdáním této práce prohlašuji, že jsem zadanou diplomovou práci na uvedené téma vypracoval samostatně a že jsem ke zpracování této diplomové práce použil pouze literární prameny v práci uvedené.

Jsem si vědom skutečnosti, že tato práce bude v souladu s § 47b zák. o vysokých školách zveřejněna, a souhlasím s tím, aby k takovému zveřejnění bez ohledu na výsledek obhajoby práce došlo.

Prohlašuji, že informace, které jsem v práci užil/a, pocházejí z legálních zdrojů, tj. že zejména nejde o předmět státního, služebního či obchodního tajemství či o jiné důvěrné informace, k jejichž použití v práci, popř. k jejichž následné publikaci v souvislosti s předpokládanou veřejnou prezentací práce, nemám potřebné oprávnění.

Datum a místo: 30. 11. 2014 v Praze

PODĚKOVÁNÍ

Rád bych tímto poděkoval vedoucímu diplomové práce, za metodické vedení a odborné konzultace, které mi poskytl při zpracování mé diplomové práce.

SOUHRN

1. Cíl práce:

Hlavním cílem diplomové práce je navrhnout optimální počet zdravotných poisťovní v České republice a najít potenciálně možnosti finančních prostředků, které by vedly k úsporám v systému veřejného zdravotného poistenia prostredníctvom zdravotných poisťovní.

Vedľajším cieľom diplomovej práce je charakterizovať výhody unitárneho systému verejného zdravotného poistenia.

2. Výzkumné metody:

V teoreticky – metodologickej časti autor na základe primárnych zdrojov, ktoré tvoria výročné správy jednotlivých zdravotných poisťovní a ekonomické štatistiky získane z Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky v rokoch 2010 a 2011 porovnával zvolené kritéria. Ďalšou použitou metódou bola deskriptívna metóda. Autor opísal vývoj jednotlivých zdravotných poisťovní od roku 1992 až po súčasnosť.

V analyticky – praktickej časti autor používal metódu komparácie. Autor porovnával výročné správy zdravotných poisťovní z roku 2012 a stanovil si tieto hlavné kritéria: výber poisťného, revízna činnosť, financovanie provozu zdravotných poisťovní a konkurenčné prostredie zdravotných poisťovní.

3. Výsledky výzkumu/práce:

a) Neefektívny výber poisťného a revízna činnosť - autor zistil, že metodika a kontrolné mechanizmy nemajú požadovanú účinnosť na výber poisťného. Ďalej bolo zistené, že neexistuje jednotná metodika revízií, preto si každá poisťovňa vytvára svoj vlastný systém a metódu.

b) Nesystémové financovanie zdravotníckych služieb - medzi poisťovňami existujú rozdielne platby za rovnaké zdravotné výkony.

c) Neefektívne hospodárenie zdravotných poisťovní - jednotlivé zdravotné poisťovne majú rozdielne náklady na provoz v prepočte na 1 poistenca, u niektorých poisťovní až dvojnásobne.

d) Prebytočný počet zdravotných poisťovní - zbytočná a nákladná konkurencia medzi poisťovňami, ktoré ponúkajú rovnaké služby. Poisťovne vynakladajú nemalé finančné prostriedky na marketingové služby.

4. Závěry a doporučení:

a) Zníženie počtu zdravotných poisťovní a zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia - konkurencia zdravotných poisťovní nedáva zmysel pri stopercentnom prerozdeľovaní poisťného a ponuky preventívnych programov majú rovnaký charakter, preto autor navrhuje zníženie počtu zdravotných poisťovní.

b) Povinné zverejňovanie zmlúv zdravotných poisťovní - autor navrhuje, aby boli zverejňované i jednotkové ceny liekov, zdravotníckych prostriedkov, outsourcingových služieb vrátane cien obedov, upratovanie, právne služby... ďalej navrhuje, aby bol jasne daný jednotný postup pre zverejňovanie zmlúv, ktorý bude platiť pre všetky zdravotné poisťovne.

c) Zlepšenie revíznej činnosti - autor pokladá za dôležité, aby vznikla spolupráca medzi všetkými zdravotnými poisťovňami v ich revíznej činnosti. Taktiež je dôležité, aby poisťovne začali kontrolovať svojich poistencov, aby vedeli akú a koľko zdravotnej starostlivosti spotrebávajú a tým zabránili rôznym duplicitným vyšetreniam.

KLÍČOVÁ SLOVA

Verejné zdravotné poistenie, zdravotné poisťovne, revízna činnosť, hospodárenie zdravotných poisťovní

SUMMARY

1. Main objective:

The main aim of the diploma work is to design an optimal number of health insurance companies in the Czech Republic and find potential funding opportunities that could lead to savings in the public health care insurance through the health insurance companies.

Ancillary aim of the diploma work is to characterize the benefits of the unitary system of public health insurance.

2. Research methods:

The theoretical - methodological part of the author based on primary sources that make up the annual reports of individual health insurance and economic statistics obtained from the Institute of Health Information and Statistics in 2010 and 2011, comparing the selected criteria. Another method used was descriptive method. The author describes the development of individual health insurance from 1992 to the present.

The analytical - practical part author used the method of comparison. Author based on the annual reports of health insurance in 2012 and established following main criteria: selection of insurance, inspections, financing the operation of health insurance and health insurance companies a competitive environment.

3. Result of research:

a) Inefficient premium collection and inspection activities - the author found that the methodology and control mechanisms do not have the force to premium collection. Furthermore, it was found that there is no single methodology revision, therefore, each insurance company creates its own system and method.

b) Non-systemic financing of health services - there is a difference between insurance payments for the same medical services.

c) Inefficient management of health insurance - individual health insurance companies have different costs of running the equivalent to one policyholder, some insurance companies to double.

d) The excess number of health insurance companies - an unnecessary and costly competition among insurance companies offering the same services. Insurance companies spend considerable funds on marketing services.

4. Conclusions and recommendation:

a) Reduction of the number of health insurance companies and the introduction of a unitary system of public health insurance - health insurance competition does not make sense at full redistribution of premiums and offer prevention programs have the same character, so the author proposes reducing the number of health insurance companies.

b) Mandatory disclosure of health insurance contracts - the author suggests that the published and unit prices of medicines, medical devices, outsourcing services, including price lunches, cleaning, legal services ... further contends that clearly given a uniform procedure for the disclosure of contracts to be valid for all health insurance companies.

c) Improving the review activities - the author considers it important to give the cooperation between all health insurance companies in their review activities. It is also important that the insurance companies have begun to control their policyholders to know what and how much care is consumed and thereby avoid duplication of various examinations

KEYWORDS

Public health insurance, Health insurance, Inspections activities, Management of health insurance

JEL CLASSIFICATION

Vysoká škola ekonomie a managementu
Nárožní 2600/9a, 158 00 Praha 5

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:	Tomáš Michel
Studijní program:	Master of Business Administration (MBA)
Studijní obor:	Master of Business Administration
Studijní skupina:	MBA 31
Název DP:	Financovanie zdravotnej starostlivosti prostredníctvom zdravotných poisťovní
Zásady pro vypracování (stručná osnova práce):	<ol style="list-style-type: none">1. Úvod2. Cieľ a metodika práce3. Literárna rešerše<ol style="list-style-type: none">3.1 Zdravotné poistenie3.2 Typy zdravotného poistenia3.3 Systém financovania zdravotného poistenia3.4 Zdravotné poisťovne3.5 Prerozdeľovanie poisťného4. Analyticko – praktická časť práce<ol style="list-style-type: none">4.1 Revízná činnosť4.2 Hospodárenie zdravotných poisťovní4.3 Financovanie provozu zdravotných poisťovní4.4 Dôvodová správa k zákonu č. č. 280/1992 Sb4.5 Konkurenčné prostredie medzi zdravotnými poisťovňami5. Odporúčenia autora6. Záver
Seznam literatury: (alespoň 4 zdroje)	<ul style="list-style-type: none">• NĚMEC, J. <i>Principy zdravotního pojištění</i>. Praha: Grada, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.• ZLÁMAL, J., BELLOVÁ, J. <i>Ekonomika zdravotnictví</i>. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.• MAAYTOVÁ, A. <i>Otázky ekonomiky zdravotnictví: s ohledem na zvyšování efektivnosti</i>. Praha: Wolters Kluwer, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.• DURDISOVÁ, J. <i>Ekonomika zdraví</i>. Praha: Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.• SADÍLEK, P. <i>České zdravotnictví, vize a skutečnost</i>. Praha: Karolinum, 2005, 252 s. ISBN 80-246-0944-4.
Harmonogram	<ul style="list-style-type: none">• Spracovanie cieľu a metodiky do 15.6. 2014• Spracovanie teoretickej časti do 15.7. 2014• Spracovanie výsledkov do 14.8. 2014• Finálna verzia do 25.8. 2014.
Vedoucí práce:	JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

Prof. Ing. Milan Žák, CSc.
rektor

V Praze dne 28. 8. 2014

Milan
Žák

Digitálně podepsal Milan Žák
DN: c=cz, o=Milan Žák,
ou=Vysoká škola ekonomie a
managementu, o.p.s.,
email=zak@vsem.cz,
serialNumber=ICA - 10107025
Datum: 2014.08.28 10:55:46
+02'00'

Obsah

1	ÚVOD	1
2	CIEĽ A METODIKA PRÁCE	3
3	LITERÁRNA REŠERŠE	4
3.1	Zdravotné poistenie.....	4
3.1.1	Náklady na zdravotnú službu podľa segmentov.....	5
3.1.2	Finančná spoluúčasť pacientov	8
3.2	Typy zdravotného poistenia	9
3.2.1	História a vývoj systému zdravotného poistenia.....	9
3.3	Systém financovania zdravotného poistenia	11
3.3.1	Problematika financovania zdravotníctva	13
3.4	Zdravotné poisťovne	15
3.4.1	Vývoj zdravotných poisťovní po roku 1992	15
3.4.2	Súčasný stav zdravotných poisťovní.....	15
3.4.3	Charakteristika jednotlivých zdravotných poisťovní v ČR.....	16
3.4.4	Ekonomika zdravotných poisťovní	18
3.4.5	Výdaje ZP na zdravotnú službu podľa veku a pohlavia.....	19
3.4.6	Štruktúra nákladov zdravotných poisťovní na zdravotné služby podľa segmentov zdravotnej starostlivosti.....	21
3.4.7	Náklady nemocníc v ČR	21
3.5	Prerozdelenie poistného	23
3.5.1	Vývoj systému prerozdelenia	23
3.5.2	Princíp a účel prerozdelenia.....	23
3.5.3	Nákladná starostlivosť	24
4	ANALYTICKO – PRAKTICKÁ ČASŤ PRÁCE.....	25
4.1	Revízná činnosť.....	26
4.1.1	Osobný účet poistenca ako nástroj revízie	27
4.2	Hospodárenie zdravotných poisťovní.....	28
4.2.1	Vývoj hospodárenia verejného zdravotníctva	28
4.2.2	Nadbytočné výdaje	31
4.2.3	Zmluvná politika poisťovní	32
4.2.4	Vyváženosť zmluvných sietí.....	32
4.2.5	Verejné zdravotné poistenie.....	33
4.2.6	Nákup zdravotných služieb.....	31
4.3	Financovanie provozu zdravotných poisťovní.....	33
4.3.1	Hospodárenie s prostriedkami Fondu prevencie	40
4.3.2	Preventívne programy zdravotných poisťovní.....	40
4.3.3	Programy zamerané na prevenciu	41
4.3.4	Programy primárnej prevencie	41
4.3.5	Marketingové programy prevencie.....	41
4.3.6	Bonusy a kredity	42
4.4	Dôvodová správa k zákonu č. 280/1992 Sb., o resortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných poisťovňach.....	43
4.5	Konkurenčné prostredie medzi zdravotnými poisťovňami.....	46
4.5.1	Konkurencia v kvalite poskytovaných služieb	46
4.5.2	Konkurencia v prevencii.....	46
4.6	Zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia na Slovensku.....	47
5	ODPORÚČANIE AUTORA NA ZMENY V SYSTÉMU VEREJNÉHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA	49
6	ZÁVER.....	50

Zoznam použitých skratiek

ČR – Česká republika
OSZČ – Osoba samostatne zárobkovo činná
VZP – Všeobecná zdravotná poisťovňa
HDP – Hrubý domáci produkt
WHO – World Health Organization
OECD - The Organization for Economic Co-operation and Development
DRG - Diagnosis Related Group
MPSV – Ministerstvo průmyslu a sociálních věcí
NRC – Národní referenční centrum
EU – Európska Únia
SUKL – Státní ústav pro kontrolu léčiv
ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky
ZPMVČR - Zdravotná poisťovňa ministerstva vnútra ČR
ČPZP - Česká priemyslová zdravotná poisťovňa
OZP - Odborová zdravotná poisťovňa zamestnancov bank, poisťovní a stavebníctva
VoZP - Vojenská zdravotná poisťovňa Českej republiky
RBP – ZP - Revírní bratrská pokladna, zdravotní poisťovňa
ZPŠ - Zamestnanecká poisťovňa Škoda
ZP – Zdravotné poisťovne

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Vývoj celkových nákladov na zdravotníctvo v rokoch 1995 – 2011 (str. 6)

Tabuľka 2 - Prehľad výdajov na zdravotné služby podľa jednotlivých segmentov v roku 2011 a porovnanie s rokom 2010 (str. 7)

Tabuľka 3 - Prehľad výdajov na zdravotné služby podľa jednotlivých segmentov v roku 2011 a porovnanie s rokom 2010 (str. 7)

Tabuľka 4 - Charakteristika jednotlivých modelov štatutárneho zdravotného poistenia (str. 11)

Tabuľka 5 – Vývoj počtu zdravotných poisťovní od roku 1992 do roku 2013 (str. 16)

Tabuľka 6 – Priemerné výdaje na zdravotnícku starostlivosť podľa veku a pohlavia za rok 2012 v Kč (str. 20)

Tabuľka 7 – Štruktúra nákladov zdravotných poisťovní na zdravotné služby podľa segmentu zdravotnej starostlivosti v rokoch 2011 a 2012 (str. 21)

Tabuľka 8 – Verejné výdaje na zdravotníctvo (str. 28)

Tabuľka 9 – Výdaje na zdravotníctvo vo vybraných zemí OECD ako % z HDP v roku 2011 (str. 21)

Tabuľka 10 – Nákladovosť celková a na 1 poistenca v rokoch 2005 a 2011 (str. 30)

Tabuľka 11 – Výsledky kontrol a finančná vyťaženosť z týchto kontrol (str. 35)

Tabuľka 12 – Výška prostriedkov z provozného fondu v roku 2011 v prepočte na 1 poistenca (str.37)

Tabuľka 13 – Mzdové náklady pracovníkov poisťovní v prepočte na 1 poistenca za rok 2011 (str. 39)

Tabuľka 14 – Prehľad počtu pobočiek a kontaktných miest jednotlivých poisťovní (str. 39)

Tabuľka 15 – Výška z prostriedkov fondu prevencie v roku 2011 v prepočte na 1 poistenca (str. 40)

Zoznam grafov

Graf 1 – Štruktúra nákladov ZP na zdravotnícku starostlivosť podľa segmentov v roku 2011 (str. 8)

Graf 2 – Podiel jednotlivých zdravotných poisťovní v systéme verejného zdravotníctva (str. 17)

Graf 3 - Priemerné výdaje na zdravotnícku starostlivosť podľa veku a pohlavia za rok 2012 v Kč (str. 20)

Graf 4 – Štruktúra nákladov nemocníc podľa nákladových položiek k 31. 12. 2011 (str.22)

Graf 5 – Správny pohyb pacienta v systéme verejného zdravotníctva (str. 31)

Graf 6 – Nesprávny pohyb pacienta v systéme verejného zdravotníctva (str. 31)

1 Úvod

Témou diplomovej práce je financovanie zdravotníckeho systému v Českej republike prostredníctvom zdravotných poisťovní. V úvode tejto práce autor konštatuje, že celý zdravotnícky systém, ktorý ročne spotrebuje miliardové finančné prostriedky, prechádza v súčasnej dobe určitými reformnými krokmi. Hlavnú časť tohto systému tvoria zdravotné poisťovne, ktoré transformujú vybrané finančné prostriedky od platcov k poskytovateľom. Ich úloha v tomto procese je hlavným predmetom predkladanej diplomovej práce.

Zdravie je niečo, čo je každému človeku dané do života. Ak by sme zaradili zdravie do ekonomických kategórií, potom môžeme hovoriť o určitej investícii nadobudnutej na začiatku života a je potreba s touto investíciou patrične zachádzať. Ďalšími investíciami môže človek posilňovať zdravie a preventívne regulovať rizika, ktoré zdravie ohrozujú, či už bezprostredne alebo v dlhšom časovom horizonte. Jedným z predpokladov je zdravotné poistenie.

Autor zdôrazňuje, že celým zdravotníckym systémom sa prelína princíp solidarity, ktorý je nepostrádateľný pre financovanie zdravotníckej starostlivosti i tých, ktorým ekonomická situácia neumožňuje odvádzať do systému také prostriedky, ktoré by pokrývali výdaje za ich starostlivosť. Dôležitou otázkou potom zostáva, či je prostriedkov toľko, aby sa nemocným dostávalo rýchlejšej, kvalitnej a účinnej lekárskej pomoci a aby nedostatok finančných prostriedkov nebol závažnou prekážkou pre hladké fungovanie celého systému. Avšak autor konštatuje, že problematika financovania zdravotníctva sa nerieši len v Českej republike. Nedostatok finančných prostriedkov prenasleduje zdravotníctvo i v ekonomicky vyspelejších krajinách. Neustále sa hľadajú metódy, ako tieto finančné handicapy čo najúčinnejšie vyrovnáť. Tento problém ostro vystupuje do popredia v súvislosti s demografickým vývojom našej spoločnosti. Podľa predpovede odborníkov sa budú ľudia dožívať stále vyššieho veku, pričom pôrodnosť sa zrejme zvyšovať nebude. Znamená to, že nároky na zdravotníctvo sa budú neustále zvyšovať, pretože pokročilejší vek ľudí prinesie väčšie nároky na zdravotnú starostlivosť. Autor uvádza, že pokiaľ sa nenájdu efektívne nástroje a prostriedky, ktoré by znamenali zvýšenie účinnosti zdravotnej služby potom sa stane zdravotníctvo hlbokou priepasťou, v ktorom sa budú utápať obrovské finančné prostriedky. Racionalizácia systému a zavedenie niektorých účinných metód do systému môže ušetriť podstatné finančné prostriedky.

Zdravie patrí k prioritám jednotlivca, rodiny i spoločnosti. Je základným predpokladom sociálnej a ekonomickej úspešnosti a podmienkou kvality života. Svetová zdravotnícka organizácia WHO (2006) definuje zdravie ako stav plnej fyzickej, psychickej a sociálnej pohody a nie len neprítomnosť choroby alebo vady. Pre každého človeka je v každej životnej etape zdravie tou najdôležitejšou hodnotou, jeho kvalitu môže človek ovplyvniť zvoleným spôsobom života s vedomím, že zdravie je treba chrániť. Vyspelosť spoločnosti môžeme mimo iné hodnotiť i kritériom ochrany zdravia príslušníkov danej spoločnosti, zavedeným zdravotníckym systémom, v ktorom je pozornosť venovaná najmodernejším liečebným metódam, prevenciou a cielenou osvetou, ktorá podporuje zdravý spôsob a štýl života. Maaytová (2012, s. 12) v tejto súvislosti uvádza, že pokiaľ spoločnosť pozerá na zdravie ako na súkromnú záležitosť jedinca, vzdáva sa určitej možnosti, ako zdravie zlepšovať. Jedným z podstatných faktorov ovplyvňujúcich kvalitu života a zachovanie zdravia je zdravotnícky systém, ktorý by mal plnohodnotne vytvárať podmienky pre členov spoločnosti v situáciách, kedy je človek napadnutý chorobou alebo utrpí úraz. V takýchto situáciách sa naplno prejavuje úroveň zdravotníckeho systému charakterizovaná kvalitou, rýchlosťou, časovou

a geografickou dostupnosťou zdravotníckych služieb.

Maaytová (2012, s. 17,18) vymedzuje dva základné prístupy k právu na zdravie: liberálny a rovnostársky. V prvom prípade je okrem iných komponentov liberálneho prístupu poistenia dobrovoľné. Rovnostársky systém určuje povinnosť finančného príspevku ako poistenie pre prípad čerpania zdravotníckych služieb. Významným prvkom, ktorý úplne odlišuje oba systémy je princíp solidarity. V Českej republike sa uplatňuje systém rovnostársky, ktorý vychádza z koreňov tradície a charakteru spoločenského systému.

Zlámal, Bellová, (2013, s. 34) uvádza, že starostlivosť o zdravie nie je záležitosťou len samotného zdravotníctva, ale prejavuje sa vo všetkých systémoch štátu. Z tohto konceptu vyplýva, že ľudské zdravie chápeme ako celospoločenskú hodnotu, ktorú je treba do značnej miery financovať prostredníctvom verejných financií.

Hlavným cieľom diplomovej práce je navrhnúť optimálny počet zdravotných poisťovní v Českej republike a nájsť potenciálne možnosti finančných prostriedkov, ktoré by viedli k úsporám v systéme verejného zdravotného poistenia prostredníctvom zdravotných poisťovní. Vedľajším cieľom diplomovej práce je charakterizovať výhody unitárneho systému verejného zdravotného poistenia.

Diplomová práca vychádza z externých, tj. verejne dostupných údajov, ktoré sa nachádzajú v odbornej literatúre, na internetových stránkach jednotlivých poisťovní a vo výročných správach. Práca je rozdelená do dvoch hlavných častí a to na teoreticko – metodologickú a analyticko – praktickú časť.

Teoreticko – metodologická časť má deskriptívny charakter a zoznamuje s metodológiou práce, zdravotnými poisťovňami a systémom financovania verejného zdravotného poistenia. Staví predovšetkým na interpretácii a explikácii primárnych a sekundárnych zdrojov a využíva metódu komparácie.

Analyticko – praktická časť je venovaná hospodáreniu zdravotných poisťovní. Autor využil metódu komparácie a porovnával výročné správy jednotlivých zdravotných poisťovní za rok 2012. Zo zistených výsledkov stanovil odporúčania a zaver práce.

2 Cieľ a metodika práce

Hlavným cieľom diplomovej práce je navrhnúť optimálny počet zdravotných poisťovní v Českej republike a nájsť potenciálne možnosti finančných prostriedkov, ktoré by viedli k úsporám v systéme verejného zdravotného poistenia prostredníctvom zdravotných poisťovní.

Vedľajším cieľom diplomovej práce je charakterizovať výhody unitárneho systému verejného zdravotného poistenia.

Diplomová práca vznikla na základe primárnych a sekundárnych zdrojov z verejne dostupných a otvorených informácií. Primárne zdroje autor získal z výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní. Sekundárne zdroje boli získané literárnou rešeršou v teoreticky – metodologickej časti práce z nasledujúcich zdrojov: odborné publikácie, odborná literatúra a webové stránky jednotlivých zdravotných poisťovní.

Hlavnou použitou metódou v práci je komparácia. Na základe primárnych zdrojov, ktoré tvoria výročné správy jednotlivých zdravotných poisťovní a ekonomické štatistiky získane z Ústavu zdravotníckych informácií a štatistiky v rokoch 2010 a 2011 autor v teoreticky – metodologickej časti porovnával nasledujúce kritéria:

- Prehľad výdajov na zdravotné služby podľa jednotlivých segmentov v roku 2010 a 2011
- Prehľad výdajov na 1 poistenca podľa segmentov zdravotníckej starostlivosti v roku 2010 a porovnanie s rokom 2011
- Vývoj celkových nákladov na zdravotníctvo v rokoch 1995 – 2011

Zistené skutočnosti následne autor spracoval v tabuľkách pomocou programu MS Excel a výsledky popísal v texte.

Ďalšou použitou metódou v teoreticky – metodologickej časti bola deskriptívna metóda. Autor opísal vývoj jednotlivých zdravotných poisťovní od roku 1992 až po súčasnosť. Opieral sa o primárne zdroje a zameral sa predovšetkým na ekonomické fungovanie zdravotných poisťovní.

V analyticky – praktickej časti autor používal metódu komparácie. Autor vychádza z výročných správ zdravotných poisťovní z roku 2012 a stanovil si tieto hlavné kritéria:

- Výber poistného
- Revízná činnosť
- Financovanie provozu zdravotných poisťovní
- Konkurenčné prostredie zdravotných poisťovní

Tieto kritéria autor považoval za kritické z pohľadu efektívneho hospodárenia zdravotných poisťovní.

Zistené skutočnosti následne autor spracoval v tabuľkách pomocou programu MS Excel a výsledky použil pri svojich odporúčaníach.

3 Literárna rešerše

3.1 Zdravotné poistenie

Už zo samotného spojenia slov vyplýva, že sa človek poisťuje pre prípad choroby alebo úrazu a z daného poistenia sa hradia všetky lekárske výkony, ktoré podstúpi. Ekonomickou terminológiou vyjadrujeme zdravotné poistenie ako odloženú spotrebu, pretože každý občan prispieva platbou do zdravotníckeho systému v dobe, kedy prostriedky nespotrebuje a spotrebuje ich bude s najväčšou pravdepodobnosťou až v budúcnosti. Obyvatelia Českej republiky majú zdravotnú starostlivosť garantovanú Ústavou ČR v čl. 31 Listine základných práv a slobôd, ktorá hovorí, že každý má právo na ochranu zdravia. Občania majú na základe verejného zdravotného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré stanoví zákon. Naplnenie tohto ústavného práva a dostupnosť zdravotnej starostlivosti je zaistená prostredníctvom verejného zdravotného poistenia, ktoré funguje podľa Zákona č. 48/1997 Sb. Zákon o verejnom zdravotníom pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Zákon je postavený na základe solidarity v zdravotnej starostlivosti, tj. občania prispievajú do fondu zdravotného poistenia podľa zákona a čerpajú zdravotnú starostlivosť podľa svojich potrieb. Zákon definuje účastníkov a platcov verejného zdravotného poistenia a špecifikuje ich práva a povinnosti.

Němec (2008, s. 94) uvádza, že je záujem poisťovní mať výdaje na zdravotnícku starostlivosť pod kontrolou a zamedziť ich výkyvom. Ďalej uvádza, že systém zdravotného poistenia je založený na troch základných subjektoch. Sú to platci, zdravotné poisťovne a zdravotnícke zariadenia. Zdravotné poisťovne za peniaze vybrané od platcov nakupujú od zdravotníckych zariadení zdravotnícke služby, ktoré spotrebúvajú klienti poisťovní. Tento systém kladie na poisťovne požiadavku zachovania racionálneho hospodárenia s vybranými finančnými prostriedkami. Znamená to na jednej strane maximum vybraných prostriedkov od platcov zdravotného poistenia a na strane druhej vydať toľko prostriedkov, ktoré reálne odpovedajú objemu zdravotníckej starostlivosti. Dôležitým nástrojom, ktoré využívajú poisťovne jak smerom k platcom, tak i poskytovateľom sú kontrolné mechanizmy. Rovnako dôležitým činiteľom sú spôsoby úhrady zdravotníckej starostlivosti.

Mechanizmy úhrad zdravotníckej starostlivosti

Dôležitým činiteľom vo vzťahu medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením je nastavenie systému úhrady za zdravotnícku starostlivosť. Němec (2008, s. 97) uvádza, že úhradový mechanizmus by mal motivovať k poskytovaniu kvalitnej zdravotníckej starostlivosti, alebo by aspoň nemal povzbudzovať k nekvalitnej starostlivosti. Platobným podmienkam medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením predchádza dohodovacie jednanie, v ktorom obe strany hľadajú konsenzus pre úhrady a regulačný systém vždy pre nadchádzajúci rok. V prípade, že sa subjekty nedohodnú zasahuje ministerstvo zdravotníctva vydaním úhradovej vyhlášky.

Platba za jednotlivý výkon

Němec (2008, s. 99) uvádza, že princíp platby za jednotlivý výkon spočíva v rozložení zdravotníckej starostlivosti na jednotlivé výkony, ktoré sa od seba odlišujú spôsobom prevedenia, náročnosti, nároku na čas zdravotníckeho personálu a použitým zdravotníckym materiálom. Tento spôsob úhrady sa praktikuje predovšetkým v segmentu ambulantnej starostlivosti.

Paušálna platba

Je na rozdiel od výkonovej platby úhradou za komplex výkonov, ktoré môžu byť prípadom jednej epizódy liečenia, návštevou v zdravotníckom zariadení alebo pobytový deň v nemocnici.

Kapitačná platba

Tento spôsob platby je využívaný hlavne u praktických lekárov. Kapitace je paušálna sadzba za jedného registrovaného pacienta. Lekárovi výkony sú ďalej rozdelené podľa toho, či sú alebo nie sú súčasťou kapitace.

Systém DRG

Systém DRG bol oficiálne použitý v roku 2008 a to pri niekoľkých skupinách operácií. Rok na to sa počet skupín ešte rozrástol a bol zavedený názov „DRG alfa“. Výpočet finančného ohodnotenia pre jednotlivé prípady sa skladá z dvoch zložiek. Tůma, Kožený, (2009) uvádzajú, že DRG skupina má svoju relatívnu váhu, tzv. case mix index, tá je ovplyvnená dĺžkou hospitalizácie a od roku 2012 i niektorými nákladmi. Druhá časť tvorí základná sadzba – jednotka v korunách, ktorá je z menšej časti daná Úhradovou vyhláškou a z väčšej časti vychádza z historických úhrad v danej nemocnici.

3.1.1 Náklady na zdravotnú službu podľa segmentov

Od počiatku deväťdesiatych rokov náklady na zdravotnú službu medzoročne významne stúpali. Určitý zlom nastal v roku 2010, kedy sa prvýkrát od začiatku deväťdesiatych rokov stúpajúci trend zastavil a celkové náklady do zdravotníctva sa znížili oproti predchádzajúcemu roku o dve a pol miliardy. Podpísal sa na tom zrejme ekonomická kríza, ktorá ovplyvnila i financovanie zdravotníctva. Podiel výdajov na zdravotníctvo na HDP v ČR v rokoch 2009 – 2011 prekročoval 7,5%. Na rastu podielu výdajov na zdravotníctvo na HDP sa podieľala i nižšia úroveň HDP v rokoch 2009 – 2011 oproti roku 2008 (ÚZIS ČR, 2012).

Autor uvádza nasledujúcu tabuľku č. 1, ktorá uvádza vývoj celkových nákladov na zdravotníctvo s rozlíšením na verejné a súkromné výdaje.

Tabuľka 1 vývoj celkových nákladov na zdravotníctvo v rokoch 1995 – 2011 (v mil. Kč)

rok	celkom	verejné	súkromné
1995	102664	93309	9355
2000	146835	132962	13873
2005	218774	191356	27418
2007	241935	206565	35370
2008	264520	218719	45801
2009	291646	243692	47954
2010	289035	243281	45754
2011	288784	242408	46376

Zdroj: ÚZIS ČR 2012, vlastné spracovanie

U súkromných výdajoch autor zaznamenáva veľký nárast v porovnaní s rokom 2008. Spôsobilo to predovšetkým zavedenie regulačných poplatkov a doplatky na lieky a potraviny pre zvláštne účely.

Celkový podiel zdravotných poisťovní na výdaje verejných prostriedkov je cca 75%. V nákladoch všetkých poisťovní dominujú tri segmenty: ambulantní lekári, nemocnice a výdaje za lieky na predpis.

Nasledujúca tabuľka uvádza náklady na tieto segmenty u piatich najväčších zdravotných poisťovní v roku 2011 v porovnaní s rokom 2010. Ďalšia tabuľka mapuje nákladovosť u jednotlivých segmentov na 1 poistenca.

Tabuľka 2 - Prehľad výdajov na zdravotné služby podľa jednotlivých segmentov v roku 2011 a porovnanie s rokom 2010 (v Kč)

ZP	Celkom	Ambulancie	Nemocnice	Lieky
VZP	142 868 845/+ 1,8%	34 486 000 /+4,7%	70 588 772/+1,5%	22 153 215/-0,7%
ZPMV	21 271 655/+ 3,1%	6 469 216/+4,5%	9 265 428/+1,8%	3 529 684/+1,9%
OZP	12 718 358/+0,4%	4 293 931/+1,2%	5 486 212/+0,4%	1 824 341/-2,3%
ČPZP	13 609 425/-0,2%	4 222 085/+6,5%	5 873 593/-1,6%	2 087 697/-1,9%
VoZP	11 578 035/+2,7%	3 229 535/+6,4%	5 344 567/+1,6%	1 825 247/-0,1%

Zdroj: Výročné správy ZP, vlastné spracovanie

Tabuľka 3 – Prehľad výdajov na 1 poistenca podľa segmentov zdravotníckej starostlivosti v roku 2011 a porovnanie s rokom 2010 (v Kč)

ZP	Celkom	Ambulancie	Nemocnice	Lieky
VZP	22 765/+1,06%	5 495/+4,5%	11 248/+1,3%	3 530/-0,9%
ZPMV	18 570/+1,9%	5 648/+3,3%	8 089/+0,6%	3 081/+0,8%
OZP	18 286/-0,9%	6 174/-0,5%	7 888/-0,2%	2 623/-2,2%
ČPZP	18 831/+1,3%	5 842/+5,2%	8 921/-2,8%	2 889/-3,0%
VoZP	19 720/+3,3%	5 501/+7,1%	9 103/+2,8%	3 109/+0,5%

Zdroj: Výročné správy ZP, vlastné spracovanie

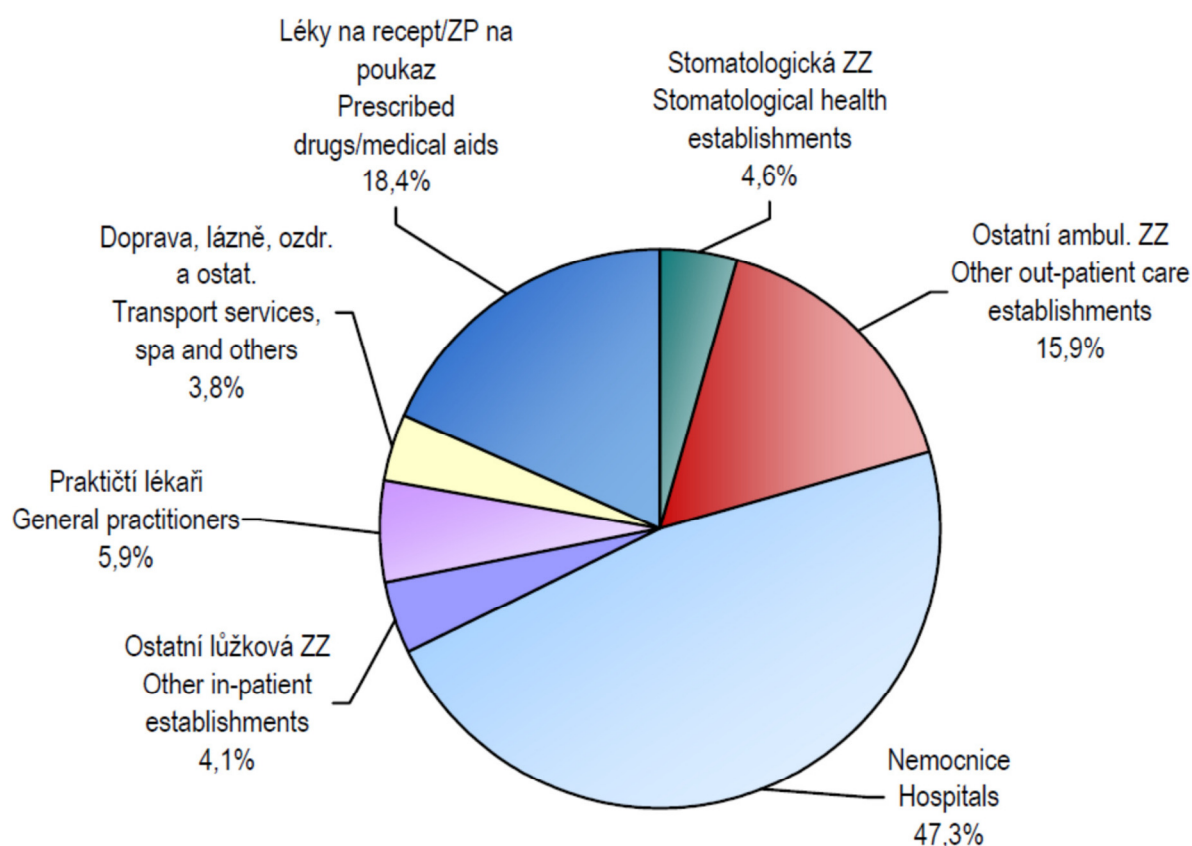
Aj keď sa výdaje prepočítané na jedného poistenca v podstate zhodujú u všetkých poisťovní, výnimku tvorí Všeobecná zdravotná poisťovňa, ktorá vykazuje relatívne vysokú čiastku, v porovnaní s ostatnými poisťovňami o 3000,-Kč resp. 4000,-Kč vyššie. Je to spôsobené väčšími nákladmi na liečbu pacientov v nemocničnom segmente. Dôvodom je jednak vysoké percento poistencov vyššieho veku, ale predovšetkým väčší absolútny počet „vysokonákladových“ klientov.

Priaznivý trend je vo výške úhrad za lieky na predpis. S výnimkou ZPMV poklesol u všetkých ostatných náklad na lieky až o 3%. Prekvapivá je disproporcja v nákladoch na segment ambulantných lekárov. Zatiaľ čo OZP vykazovala v roku 2011 v

porovnaní s rokom 2010 zníženie výdajov o pol percenta VoZP naopak zvýšila výdaje na tento segment o viac ako 7%.

V nasledujúcom grafe autor poukazuje na podiel všetkých zdravotníckych segmentov na celkových výdajoch ZP na zdravotnícku starostlivosť. Očividne sú nemocničné zariadenia najväčším spotrebiteľom finančných prostriedkov v oblasti zdravotníckych služieb. Autor nepredpokladá, že by sa náklady časom znižovali, pravé naopak. Staršia populácia, stále modernejšie a dokonalejšie prístrojové technológie zvyšujú nákladovosť nemocničných služieb stále výraznejšie.

Graf 1 – Štruktúra nákladov ZP na zdravotnícku starostlivosť podľa segmentov v roku 2011



Zdroj: ÚZIS ČR, 2011

3.1.2 Finančná spoluúčasť pacientov

Finančnou spoluúčasťou pacientov je myslená priama platba v zdravotníckom zariadení. Je to obvyklý prostriedok spolufinancovania zdravotníckeho systému zo súkromných zdrojov. V prevažnej väčšine európskych zemí sa jedná o bežnú záležitosť. Němec (2008, s. 133) uvádza, že spoluúčasťou sa chápu priame platby z osobných zdrojov, ktoré pacient musí v zdravotníckom zariadení zaplatiť za poskytnuté zdravotnícke služby hrazené zo zdravotného poistenia. Ten istý autor ďalej uvádza, že existujú dve formy spoluúčasti a to oficiálna kedy je zdravotnícka služba hrazená poisťovňou len čiastočne a neoficiálna kedy si zdravotnícke zariadenie účtuje za služby, ktoré sú hrazené poisťovňou.

Autor konštatuje, že zdravotnícke zariadenia tak získavajú dvojitú platbu za rovnakú službu. Aj keď sa jedná o protizákonné účtovanie služby, napriek tomu časť zdravotníckych zariadení tieto platby vyžaduje, obyčajne ako sponzorský príspevok.

3.2 Typy zdravotného poistenia

V zásade existujú dva základné typy zdravotného poistenia. Povinné a dobrovoľné. Němec (2008, s. 17) ich nazýva štatutárne a privátne. Ten istý autor ďalej uvádza, že štatutárne poistenie je povinné pre všetkých občanov Českej republiky. Jeho účastníci môžu byť taktiež cudzí štátni príslušníci, ktorí splňujú podmienky dané zákonom. Sú to buď cudzinci s trvalým pobytom na území Českej republiky alebo cudzí štátni príslušníci, ktorí sú v zamestnaneckom pomere u spoločnosti, ktorá má sídlo v Českej republike. Povinnosť odvádzať poistné ukladá príslušný zákon. Privátne zdravotné poistenia je naopak dobrovoľné, lebo toto poistenie uzatvára občan z vlastného rozhodnutia. Privátne poistenie uzatvára občan u komerčnej poisťovne, ktorá obvykle ponúka celú škálu možných poistiek.

Autor konštatuje, že oba tieto druhy poistenia je možné kombinovať. Typickým príkladom je cestovné poistenie. Aj keď je občan Českej republiky poistený, pre prípad úrazu alebo choroby sa pri ceste v niektorých zemiach môže poistiť komerčne. Tato kombinácia mu zaručuje napríklad oslobodenie od spoluúčasti. Tá je v rôznych krajinách rôzne vysoká a v prípade choroby znamená pre českého turistu povinnosť platiť za ošetrovanie (lieky, záchranná služba apod.) tu istú čiastku, ktorú bežne hradí občan v danej zemi. Komerčné zdravotné poistenie túto povinnosť saturuje v plnej miere. Niektoré zdravotné poisťovne samé zakladajú dcerine poisťovacie spoločnosti, kde môže klient využiť služby danej poisťovne s istými výhodami. Autor uvádza príklad OZP a ich dcerinu poisťovňu Vitalis.

3.2.1 História a vývoj systému zdravotného poistenia

O tom, ako sa poistiť pre prípad choroby či úrazu a riešiť tak ekonomickú situáciu človeka v dobe jeho výpadku z práce, premýšľali osvietení už pred niekoľkými stovkami rokov. Zavedenie takejto poisťky bolo logické predovšetkým v súvislosti s rozvojom ekonomiky v niektorých európskych krajinách. Robotník bol vnímaný ako podstatný faktor podieľajúci sa významnou mierou na tvorbe zisku majiteľom manufaktúr a tovární. Rovnako podstatná bola i ochrana zdravia príslušníkov armády v dobe ich zdravotných problémov. Nesmelé počiatky zavedenia niektorých princípov pripomínajúcich dnešné zdravotné poistenia zaznamenávame výrazne už u Márie Terézie a jej syna Josefa II. Za ich vlády sa začína zdravie človeka vnímať ako ekonomický faktor. Ich zásluhou vznikajú akési základy štátnej zdravotnej správy. Uvedomovali si, že zdravie a zdravotní stav spoločnosti ako celku má nezanedbateľný vplyv na ekonomický rozvoj spoločnosti.

Výrazne toto vnímanie priniesla priemyslová revolúcia. Zdravotní stav robotníkov v manufaktúrach ovplyvňoval podstatnou mierou podnikateľské zámery majiteľov tovární. Ešte dôležitejšie bolo ovplyvňovanie zdravotného stavu vojska. Išlo o bojaschopnosť príslušníkov armády, ktorí museli byť sledovaní, chránení a kultivovaní. O sto rokov neskôr bol v Rakúsko – Uhorsku uzákonený systém povinného zdravotného poistenia. Už vtedy sa výška platieb na zdravotné poistenie stanovovala percentami zo mzdy. Peniaze sa odvádzali do zabezpečovacích fondov, z ktorých sa vyplácali príspevky chorým osobám. Ako uvádza Durdisová (2005, s. 139) bol tak prvýkrát uplatnený princíp sociálnej solidarity.

Němec (2008, s. 14 - 16) konštatuje, že prvopočiatky dnešného zdravotného poistenia je možné vystopovať v cechových zaisťovacích spolkoch. Ďalej uvádza, že vôbec prvé povinné zdravotné poistenie bolo zavedené v roku 1849 v Prusku pre baníkov. Na konci 19. storočia bol v Rakúsko – Uhorsku uzákonený systém povinného nemocenského poistenia, ktorý spočíval v povinnom odvode určitej percentuálne vyjadrenej čiastky zo mzdy zamestnancov niektorých

oborov (doly, továrne, železnice). Vznikli tak akési zabezpečovacie fondy, z ktorých boli vyplácané príspevky na zdravotnícke služby nemocných osôb. V priebehu ďalších rokov bol obdobný systém zavedený i v ďalších európskych krajinách. Aj keď podmienky pre zavedenie tohto systému boli v rôznych krajinách rôzne, najväčšieho uplatnenia sa dostalo systému, ktorý uzákonil pruský kancelár Bismarck. Jedná sa o model sociálneho zdravotníckeho poistenia, financovaný z povinných odvodov poistného z príjmov poistencov a prevádzkovaný samostatnými zdravotníckymi poisťovňami. Poskytovatelia zdravotnej starostlivosti sú zmluvne viazaní na zdravotnú poisťovňu. V Anglicku bol vytvorený tzv. Beveridgeovský model, je to model zdravotníctva financovaný zo všeobecných daní, jeho typickým predstaviteľom je národná zdravotnícka služba. Tento model sa vyznačuje univerzálnym poistným krytím populácie s poskytovaním zdravotnej starostlivosti vo verejných zdravotníckych zariadeniach alebo u zmluvne viazaných poskytovateľov zdravotnej starostlivosti s rôznou vlastníckou formou.

Pre úplný prehľad autor zhrnuje v tabuľke základné charakteristiky jednotlivých modelov štatutárneho zdravotného poistenia:

Tabuľka Charakteristika jednotlivých modelov štatutárneho zdravotného poistenia

	Bismarckov model	Beveridgeov model	Semaškov model
Financovanie	príspevky zamestnávateľov a poistencov	dane, štátny alebo municipálny rozpočet	štátny rozpočet
Riadenie	samospráva zo zástupcov zamestnávateľov a poistencov	štát a jeho úrady	centrálna vláda, ministerstvo zdravotníctva
Rozhodovanie o právach a povinnostiach	zdravotné poisťovne v rámci svojich zákonných kompetencií	štát a jeho úrady	centrálna vláda
Poistné pokrytie obyvateľstva	celé obyvateľstvo s možnými výnimkami	celé obyvateľstvo	celé obyvateľstvo
Solidarita	určená konštrukciou poistného	určená daňovým systémom	určená daňovým systémom
Plánované siete	štát a zdravotné poisťovne	štát	štát

Zdroj: Němec, (2008, s. 21)

3.3 Systém financovania zdravotného poistenia

Bismarckov systém bol zavedený vo väčšine západoeurópskych zemí vrátane ČR. Systémy sa v rôznych štátoch odlišujú niektorými prvkami, ako je výška poistenia, spoluúčasť pacienta, zdroje financovania.

V Českej republike je verejné zdravotné poistenie súčasťou celého systému sociálneho poistenia. Je jeho subsystémom. Rôzni autori majú k členeniu sociálneho zabezpečenia rôzny prístup. Pikola, Říha (2010, s. 128) uvádzajú 5 pilierov sociálneho zabezpečenia – sociálne poistenie, dávky štátnej sociálnej podpory, pomoc v hmotnej núdzi, sociálne služby a sociálne dávky osobám zdravotne postihnutým.

Verejné zdravotné poistenie má charakter daňovej povinnosti, pretože účasť na ňom je povinná. Odvedené prostriedky poistencov kryjú výdaje spojené s financovaním zdravotníckej starostlivosti. Platby plynú do fondov zdravotných poisťovní a ich výška je odvodená od jednotlivých kategórií platcov. Všetky vybrané finančné prostriedky podliehajú systému prerozdelenia.

Medzi platcov poistného podľa §4 zákona O verejnom zdravotnom poistení (2007) zahrnujeme:

- Zamestnanec
- Zamestnávateľov
- Osoby samostatne zárobkovo činné
- Osoby bez zdaniteľných príjmov
- Štát

Zamestnanec

Je osoba, ktorá je zahrnutá do verejného zdravotného poistenia a je v postavení platca. Pre účely zdravotného poistenia sa zamestnanec považuje fyzická osoba, ktorá je v pracovnom pomere. Zamestnancovi vzniká povinná účasť na nemocenskom poistení vo výške 4,5% z hrubej mzdy zamestnanca.

Zamestnávateľ

Zamestnávateľ hradí časť zdravotného poistenia za svojho zamestnanca vo výške 9% z vymeriavacieho základu (celková sadzba je 13,5% z toho 4,5% hradí zamestnanec a 9% zamestnávateľ). Podľa Vojenskej zdravotnej poisťovne Českej republiky (2013) minimálne mesačné poistné u zamestnancov v roku 2014 tvorí 1 148 Kč.

Osoby samostatne zárobkovo činné

Poistenec, ktorý je osobou samostatne zárobkovo činnou platí poistné na zdravotnom poistení vo výške 13,5% vymeriavacieho základu. Minimálny vymeriavací základ tvorí dvanásť násobok 50% priemernej mesačnej mzdy v národnom hospodárstve. Vojenská zdravotná poisťovňa Českej republiky (2013) uvádza, že každá osoba samostatne zárobkovo činná musí uhradiť minimálnu zálohu na zdravotnom poistení pre rok 2014 vo výške 1752 Kč.

Osoby bez zdaniteľných príjmov

Sú to občania, ktorí nie sú zamestnanci, nie sú OSZČ a neplatí za nich poistné štát. Do tejto kategórie zaradujeme študentov starších 26 rokov, nezamestnaní občania, ktorí nie sú vedení na úrade práce, ženy v domácnosti, ktoré sa celodenne a riadne nestarajú o dieťa do 7 rokov alebo najmenej i 2 deti do 15 rokov života. Vojenská zdravotná poisťovňa Českej republiky (2013) uvádza výšku poistného na zdravotnom poistení pre rok 2014 1 148 Kč.

Štát

Poistenec (tzv. štátny poistenec), je účastníkom verejného zdravotného poistenia a poistné za neho hradí štát zo štátneho rozpočtu. Podľa zákona O verejnom zdravotnom poistení (1997) medzi týchto poistencov zaradujeme nezaopatrené deti, ľudí, ktorí berú dôchodok z dôchodkového poistenia, príjemcov rodičovského príspevku, ženy na materskej dovolenke a osoby na rodičovskej dovolenke, uchádzači o zamestnanie, ktorí sú vedení na úrade práce, osoby poberajúce dávku pomoci v hmotnej núdzi, osoby, ktoré sú závislé na starostlivosti inej osoby, tak i osoby, ktoré sa starajú o tieto osoby, osoby vo výkonu väzby alebo výkonu trestu, žiadatelia o udelenie medzinárodnej ochrany, osoby invalidné v tretom stupni, mladiství umiestnení v zariadeniach ústavnej alebo ochrannej výchovy, osoby vykonávajúce dlhodobú dobrovoľnícku službu.

Títo poistenci majú zákonný nárok na platbu zdravotného poistenia hradený štátom. Všeobecná zdravotná poisťovňa Českej republiky (2014) uvádza, že vymeriavací základ pre platbu poistného štátom je od 1.7. 2014 čiastka 6 259 Kč. Výška poistného tvorí 13,5% tohto vymeriavaného základu čo je čiastka 845 Kč mesačne.

3.3.1 Problematika financovania zdravotníctva

Autor uvádza túto kapitolu konštatovaním Durdisové (2005, s. 205), že otázka financovania zdravotníctva a celého systému nie je stopercentne vyriešená v žiadnej zemi. Predlžujúca sa priemerná dĺžka života človeka kladie stále vyššie nároky na finančné zabezpečenie zdravia občanov daného štátu. V každej zemi sa tak sústreďuje pozornosť na systém finančného zabezpečenia zdravotníctva ako celku s ohľadom na čo možno najkomfortnejšie služby občanom.

V Českej republike je problematika zdravotníctva z hľadiska jeho financovania vnímaná verejnosťou a to ako odbornou, tak i laickou skôr negatívne. Ide o dlhodobý problém, ktorý sa prelína poslednými rokmi a mapujú názory obyvateľov i samotných lekárov. Sadílek (2005, s. 189 - 196) vo svojej publikácii uvádza výsledky empirických výskumov medzi občanmi a lekármi. Tieto jasne naznačujú, že v uplynulých rokoch dochádzalo ku značnému zvýšeniu kritiky z pohľadu na celkový stav zdravotníctva a to u oboch uvedených segmentov. Za najväčší problém sa uvádza financovanie systému. Problém je očividný predovšetkým v spôsobe nakladania s finančnými prostriedkami, s ktorými rôzne zdravotnícke zariadenia hospodária a sú do systému implementované. Riadenie zdravotníctva, nedostatočné hospodárenie zdravotných poisťovní a nekontrolovateľný nárast cien za lieky boli považované za najpodstatnejšie dôvody nedostatku financií v systéme.

Na hospodárenie subjektov pôsobiacich v systéme zdravotníctva sa významnou mierou podpísala ekonomická kríza, ktorá zasiahla celú Európu v roku 2008. Autor pripúšťa, že financovanie zdravotníctva je rok od roku náročnejšie i vzhľadom k objektívnym skutočnostiam. Predovšetkým sa jedná o predlžujúcu sa priemernú dĺžku života človeka, ktorá kladie stále vyššie nároky na finančné zabezpečenie zdravia občanov.

Durdisová (2005, s. 210) sa zameriava na tri základné otázky:

- Objektivizácia kritérií pre územnú i vecnú alokáciu zdrojov
- Zvýšenie efektivity vynaložených prostriedkov vrátane zásahu do zneužívania bezplatných služieb, zvýšenie motivácie zdravotníckych zariadení na hospodárnosti a kvalite poskytovaných služieb
- Riešenie problému nadmerného dopytu spojený s predlžovaním čakacej doby na neakútne ošetrenia a tlak na zmenu životného štýlu a starostlivosti o vlastné zdravie

Autor rozoberá tieto tri problémy okruhov:

U prvého okruhu sa jedná o racionalizáciu zmluvnej siete. Zlámal, Bellová, (2013, s. 234) uvádza, že v ČR je približne rovnaký počet lekárov na 1000 obyvateľov ako je tomu napríklad v Nemecku, je tu však viac lôžkových zariadení a taktiež príliš mnoho zdravotníckych zariadení, ktoré poskytujú ošetrovanie rovnakého typu vzdialených od seba len niekoľko kilometrov. Na druhej strane sú oblasti, kde je k lekárovi alebo do zdravotníckeho zariadenia veľmi ďaleko. Sieť zdravotníckych zariadení nie je optimalizovaná vo všetkých oblastiach. V tejto súvislosti je dôležitá dostupnosť. Rozlišujeme dva typy dostupnosti – geografickú a časovú. Myslí sa tým dostupnosť zdravotníckeho zariadenia z hľadiska vzdialenosti poistenca od jeho bydliska a vynaloženia času potrebného pre dosiahnutie

zdravotníckeho zariadenia. Nie vždy sa tieto parametre vzájomne dopĺňajú.

Druhý okruh problému, efektívnosť a hospodárnosť zdravotníckych zariadení, postihuje najväčší potenciál nedokonalosti celého systému. Vzhľadom k tomu, že prímym od platcov zdravotného poistenia v niekoľkých posledných rokoch viac-menej stagnujú je dôležité, aby zdravotné poisťovne začali racionálne hospodáriť s finančnými prostriedkami. Jedná sa o dva zásadné úkoly – racionalizovať zmluvnú sieť a presadzovať zvyšovanie efektivity u zdravotníckych služieb.

Tretím okruhom problému je nedostatočná efektívna osвета, ktorú by mali produkovať lekári, spoločenské organizácie, školy a médiá. Jedná sa o výchovu ku zdravému životnému štýlu, ktorý do určitej miery môže predchádzať u človeka zdravotným problémom. Ide o problém celej spoločnosti, ktorá nevytvára dostatočný tlak do povedomia občanov v súvislosti s prirodzeným stotožnením sa so zdravým životným štýlom.

3.4 Zdravotné poisťovne

Zdravotné poisťovne sú inštitúcie, ktorých hlavnou činnosťou je výber poistného od platcov a z takto získaných prostriedkov nákup zdravotných služieb od zmluvných zdravotníckych zariadení. V súvislosti s týmito hlavnými činnosťami sa snaží každá poisťovňa na jednej strane o maximálny výber poistného a na strane druhej o racionalizáciu výdajovej stránky tak, aby každoročné saldo príjmov a výdajov bolo minimálne vyrovnané.

Štatút zdravotnej poisťovne je vymedzený zákonom, ktorý ich charakterizuje ako verejnoprávnu inštitúciu. Svojím postavením nepatria k tradičným právnickým subjektom ako sú spoločnosti s ručeným obmedzením, akciové spoločnosti a pod. Postavenie a funkcie zdravotnej poisťovne a subjektov pôsobiacich v systéme verejného zdravotného poistenia sú zahrnuté v Zákone č. 48/1997 Sb., O verejnom zdravotníom pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů.

Jednou z podmienok pre založenia zdravotnej poisťovne je okrem povolenia Ministerstva zdravotníctva ČR i nutnosť registrovať do jedného roku minimálne 50 000 poistencov.

Funkcie zdravotnej poisťovne v dnešnom pojatí nespočíva len v prenose finančných prostriedkov medzi platcov a poskytovateľov. Ich úlohou je taktiež efektívne využívanie financií a dôsledné ovplyvňovanie kvality poskytovaných zdravotných služieb.

3.4.1 Vývoj zdravotných poisťovní po roku 1992

V roku 1992 sa stali všetci poistenci automaticky klientmi Všeobecnej zdravotnej poisťovne. Neskôr sa začali na základe prijatého zákona zakladať i ďalšie zdravotné poisťovne, u ktorých sa postupne zvyšoval počet klientov odchádzajúcich zo Všeobecnej zdravotnej poisťovne. V polovici deväťdesiatych rokov minulého storočia sa tak počet zdravotných poisťovní vyšplhal až na 25 poisťovní. Po tejto kulminácii časť z nich zanikla alebo sa zlúčila s inými poisťovňami. V Českej republike sa v priebehu 20 rokov vystriedalo 28 rôznych poisťovní. Pre spresnenie autor v tabuľke uvádza presný počet v jednotlivých rokoch.

Tabuľka 5 – Vývoj počtu zdravotných poisťovní od roku 1992 do roku 2013

1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000 - 2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
14	18	25	23	14	11	10	10	9	10	9	9	8	7	7

Zdroj: ÚZIS ČR, vlastné spracovanie

3.4.2 Súčasný stav zdravotných poisťovní

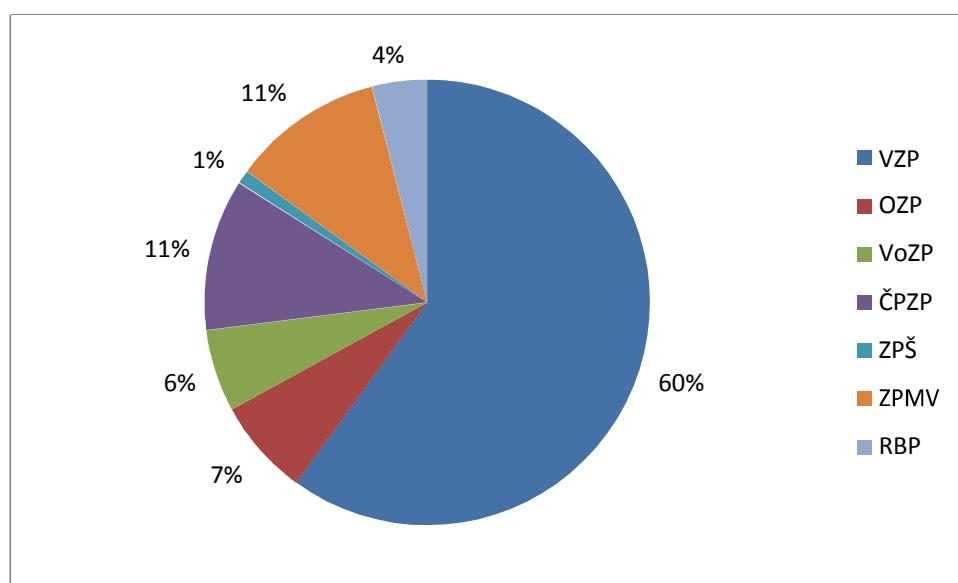
V súčasnosti pôsobí v Českej republike celkom sedem zdravotných poisťovní. Najväčšia z nich, Všeobecná zdravotná poisťovňa (VZP 2014) mala k 1. 1. 2013 6 094 224 poistencov, čo znamená viac ako 60% z celkového počtu obyvateľov Českej republiky. Ďalšie zdravotné poisťovne sú:

- Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZP MV ČR)
- Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP)
- Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP)
- Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP)

- Revírní bratrská pokladna (RBP)
- Zdravotní pojišťovna Škoda (ZPŠ)

V roku 2012 došlo zatiaľ k poslednému zlúčeniu 2 poisťovní ČPZP a ZP Metal – Aliance. Autor nepredpokladá, že by vznikali nové zdravotné poisťovne, predovšetkým po skúsenostiach s pôsobením zdravotných poisťovní Agel a Media, ich životnosť vzhľadom k nesplneniu základných podmienok (získania potrebného počtu poistencov) bola krátkeho trvania. Zo 7 súčasných poisťovní je 5 s celoštátnou pôsobnosťou (VZP, ZPMV, ČPZP, OZP, VoZP) a 2 viac menej s pôsobnosťou regionálnou (ZP Škoda, RBP). Veľkosť zdravotnej poisťovne je odrazom predovšetkým počtu poistencov, ktorí tvoria ich poistenecký kmeň. Podiel jednotlivých zdravotných poisťovní v systéme verejného zdravotníctva autor uvádza v nasledujúcom grafe.

Graf 2 – Podiel jednotlivých zdravotných poisťovní v systéme verejného zdravotníctva



Zdroj: Výročné správy ZP, vlastné spracovanie

3.4.3 Charakteristika jednotlivých zdravotných poisťovní v ČR

Všeobecná zdravotná poisťovňa

Všeobecná zdravotná poisťovňa pôsobí na trhu od 1. 1. 1992 a je najväčšou poisťovňou v ČR.

VZP ČR (2001) zaisťuje výber poistného na verejné zdravotné poistenie a úhradu zdravotníckej starostlivosti z prostriedkov zdravotného poistenia a ďalšie činnosti, ktoré jej umožňuje zákon, hlavne vedie register poistencov verejného zdravotného poistenia, je správcom zvláštného účtu verejného zdravotného poistenia a informačného centra zdravotného poistenia.

Ten istý zdroj ďalej uvádza, že riaditeľ VZP je volený a odvolávaný Štatutárnou radou poisťovne. Riaditeľ je štatutárnym orgánom VZP ČR a jedná jej menom. V súčasnosti ma táto zdravotná poisťovňa okolo 6 miliónov klientov a je najväčšou zdravotnou poisťovňou v ČR.

Zdravotná poisťovňa ministerstva vnútra ČR (ZPMVČR)

Zdravotná poisťovňa ministerstva vnútra je počtom poistencov druhou najväčšou štátnou poisťovňou v ČR. Vznikla v roku 1992 s cieľom poskytnúť zdravotné poistenie zamestnancom štátnej správy a to predovšetkým zamestnancom ministerstva vnútra ČR, Polície ČR a Hasičského záchranného zboru ČR. V roku 1997 sa zlúčila so zdravotnou poisťovňou GRÁL a o rok neskôr s Regionálnou zamestnaneckou zdravotnou poisťovňou. V súčasnosti je ZPMVČR nositeľom všeobecného zdravotného poistenia pre poistencov, ktorí sú u nej zaregistrovaní, bez ohľadu na ich angažovanosť v štátnej správe, ako tomu bolo v minulosti.

Česká priemyslová zdravotná poisťovňa (ČPZP)

Česká priemyslová zdravotná poisťovňa bola pod názvom Hutnícka zamestnanecká poisťovňa založená Ministerstvom zdravotníctva a sociálnych vecí ČR dňa 1. 12. 1992. V rokoch 1996 – 2009 bolo realizované zlúčenie poisťovne so Zamestnaneckou zdravotnou poisťovňou ATLAS, so zdravotnou poisťovňou AGEL a následne s Českou národnou zdravotnou poisťovňou vrátane zmeny názvu k dátumu 1. 10. 2009 na Českú priemyslovú zdravotnú poisťovňu. Cieľom tejto fúzie bol vznik silnejšej poisťovne a rozšírenie jej poisteneckého kmeňa. K 1. 10. 2012 sa poisťovňa zlúčila ešte so zdravotnou poisťovňou METAL – ALIANCE. Na pôdoryse Hutníckej zamestnaneckej poisťovne tak vznikol subjekt s 1,17 miliónov poistencov a Česká priemyslová zdravotná poisťovňa je 2. najväčšou zamestnaneckou zdravotnou poisťovňou v ČR.

Odborová zdravotná poisťovňa zamestnancov bank, poisťovní a stavebníctva (OZP)

Táto zdravotná poisťovňa bola založená za účelom poskytnutia zdravotného poistenia zamestnancom a zamestnávateľom z finančného a stavebného sektoru. Vznikla v roku 1992 ako prvý konkurent VZP a v roku 2000 sa zlúčila so Stavebnou zdravotnou poisťovňou. V súčasnosti OZP svojou sieťou zmluvných zdravotníckych zariadení pokrýva väčšinou územia ČR a je treťou najväčšou zamestnaneckou poisťovňou v ČR.

Vojenská zdravotná poisťovňa Českej republiky (VoZP)

Vojenská zdravotná poisťovňa Českej republiky pôsobí na trhu od roku 1993 a v roku 1997 sa zlúčila so zdravotnou poisťovňou CRYSTAL. Orientuje sa predovšetkým na poskytovanie zdravotného poistenia občanom vo vojenskej službe, ale poistencom sa môže stať ktorýkoľvek občan. Poisťovňa má zmluvný vzťah s viac ako 22 000 poskytovateľmi zdravotníckej starostlivosti a niektoré z nich sú vojenské, napr. Ústřední vojenská nemocnice Praha, Ústav leteckého zdravotníctví Praha, Vojenský rehabilitační ústav Slapy. V súčasnosti má poisťovňa okolo 600 000 poistencov a patrí tak k menším zdravotným poisťovňam.

Revírní bratrská pokladna, zdravotní poisťovňa (RBP – ZP)

Revírní bratrská pokladna zahájila svoju činnosť 1. 7. 1993 ako jedna z najmladších zamestnaneckých zdravotných poisťovní v ČR, ale zároveň ako poisťovňa s tradíciou, ktorá siaha až do 19. storočia. Klienti sú prevažne zamestnanci hornických a ťažobných podnikov na severnej Morave, Slezsku a Hodonínsku. V roku 1996 sa poisťovňa spojila s Moravskou zdravotnou poisťovňou.

Zamestnanecká poisťovňa Škoda (ZPŠ)

Zdravotná poisťovňa Škoda vznikla v roku 1992 ako zamestnanecká poisťovňa firmy Škoda Auto a.s. Väčšinu poistencov tvoria zamestnanci tejto firmy, ale poistencom sa môže stať každý občan. Počtom poistencov je najmenšou poisťovňou v ČR.

3.4.4 Ekonomika zdravotných poisťovní

Primárnym cieľom hospodárenia zdravotnej poisťovne nie je zisk, ale racionálne a efektívne využitie vybraných finančných prostriedkov od platcov poistenia pre nákup zdravotných služieb. Z tohto princípu vyplýva, že poisťovňa by nemala „utratiť“ viac ako vybere. Preto musí zdravotná poisťovňa rešpektovať objektívne prospešné vnútropodnikové hospodárenie. Zo zákona je princípom tohto hospodárenia tzv. fondový systém.

Fondový systém

Systém hospodárenia zdravotných poisťovní je založený na naplňovaní jednotlivých fondov. Gajdáček (2009) uvádza, že každá poisťovňa má 7 nasledujúcich fondov: základný fond, rezervný fond, provozný fond, fond prevencie, sociálny fond, fond majetku a fond reprodukcie majetku. Autor opisuje jednotlivé fondy nasledujúco:

Základný fond – z tohto fondu, ktorý je naplňovaný výberom celého poistného od platcov po prerozdelení (otázka prerozdelenia je popísaná v samostatnej kapitole), je hradená celá zdravotná služba, ktorú klientom poisťovne poskytujú zmluvné zdravotnícke zariadenia. Relatívne malé percento z tohto fondu je určené pre finančné vyrovnanie poistencom, ktorí prekročia v danom roku stanovený limit regulačných poplatkov a doplatkov za lieky. V tomto fondu sú zahrnuté i bankové úvery, pohľadávky za zahraničnými poisťovňami, dary apod.

Rezervný fond – je vytvorený z prídeltov zo základného fondu zdravotného poistenia tak, aby výška rezervného fondu na konci účtovníckeho obdobia tvorila 1,5% z priemerných výdajov základného fondu za posledné tri roky, ďalej z bankových úrokov z prostriedkov rezervného fondu a ostatných položiek. Účelom tohto fondu je kumulácia finančných prostriedkov pre prípad zo zdravotného hľadiska neočakávaných a nepredvídateľných udalostí, ich riešenie znamená veľké finančné zaťaženie poisťovne. K takýmto udalostiam patrí napríklad vznik epidémie abnormálneho rozsahu, riešenie veľmi náročných zdravotníckych zásahov u väčšej skupiny poistencov a pod. Čerpanie z tohto fondu je stanovené zákonom.

Provozný fond – zdrojom pre plnenie tohto fondu je základný fond a to do výšky určitého percenta z rozvrhovej základne (vybrané poistné po prerozdelení, výnos z pokút, penále, náhrady škôd). Výška prídeltu je daná percentom, ktoré je nepriamo úmerné počtu poistencov a v súčasnej dobe tvorí zhruba 3 až 4 %. Ďalšie zdroje fondu predstavujú bankové úroky z prostriedku provozného fondu a ostatné príjmy. Z fondu sú čerpané režijné a mzdové náklady poisťovne, úhrady provozných nákladov a sú z neho odvádzané prídely do fondu reprodukcie majetku alebo prídely do sociálneho fondu. Z provozného fondu sa hradí i propagácia a reklama, ktoré slúžia na propagáciu poisťovne a nábor nových poistencov.

Fond prevencie – je naplňovaný prídeltom zo základného fondu z výšky pokút, penále, prirážok k poistnému a bankových úrokov základného fondu zdravotného poistenia. Obmedzený je maximálnym percentom z rozvrhovej základne. Do rozvrhovej základne sa započítavajú príjmy z poistného po prerozdelení, výnosy z penále, pokút, prirážok

k poistnému a náhrad škôd. Ďalším príjmom sú bankové úroky z prostriedkov fondu prevencie. Z fondu sú financované preventívne programy podľa podmienok konkrétnej poisťovne, teda úhrady zdravotníckej starostlivosti, kde je dokázateľný preventívny, diagnostický alebo liečebný efekt a ktorá je poskytovaná poistencom v súvislosti s ich existujúcim alebo hroziacim ochorením.

Sociálny fond – je tvorený prídelom z provozného fondu vo výške maximálne 2% z ročného objemu nákladov na mzdy bez ostatných osobných nákladov, z bankových úrokov z prostriedkov sociálneho fondu a ostatných príjmov. Prostriedky z tohto fondu sú čerpané hlavne na krytie kultúrnych, sociálnych a ďalších potrieb zamestnancov.

Fond majetku – slúži ku sledovaniu zostatkovej hodnoty dlhodobého hmotného a nehmotného majetku. Fond reprodukcie majetku je potom tvorený prídelom z provozného fondu a bankovými úrokmi z prostriedkov fondu reprodukcie majetku. Prostriedky z tohto fondu sú čerpané na obstaranie dlhodobého hmotného a nehmotného majetku.

Fond reprodukcie majetku – prípadne iné účelové fondy nehrajú v hospodárení poisťovní nijakú významnú rolu.

3.4.5 Výdaje ZP na zdravotnú službu podľa veku a pohlavia

Priemerné náklady na jedného poistenca sa rok od roka zvyšujú. V roku 2005 vykazovala Všeobecná zdravotná poisťovňa mesačné priemerné náklady na jedného poistenca 1 395,-Kč v roku 2013 boli tieto mesačné priemerné náklady na jedného poistenca 1 907,-Kč, čo znamená nárast o 38%. Celkovo má práve VZP zo všetkých zdravotných poisťovní najvyššie priemerné náklady na jedného poistenca z dôvodu vyššieho vekového priemeru kmeňa poistencov. U jednotlivých vekových skupín sa čísla z údajov ostatných poisťovní v podstate neodlišujú. Z nasledujúcej tabuľky a grafu vyplýva, že najmenej čerpajú zdravotnícku starostlivosť muži medzi dvadsiatym a štyridsiatym rokom života. Relatívne vysoké náklady pripadajú na vekovú skupinu 0 – 4 roky. Spôsobujú to náklady na pôrod a zvýšená lekárska starostlivosť v kojeneckom období. Celkovo sú nákladnejšie ženy a to skoro o viac ako 2000,-Kč a to i z dôvodu, že od 55 roku sú muži relatívne „drahší“ ako ženy. Vyššie priemerné výdaje u žien sú spôsobené zvýšeným čerpaním zdravotníckej starostlivosti vo fertilnom veku (tehotenstvo, gynekológia). V nasledujúcej tabuľke autor uvádza priemerné výdaje 1 poistenca na zdravotnícku starostlivosť podľa veku a pohlavia za rok 2012 v Kč

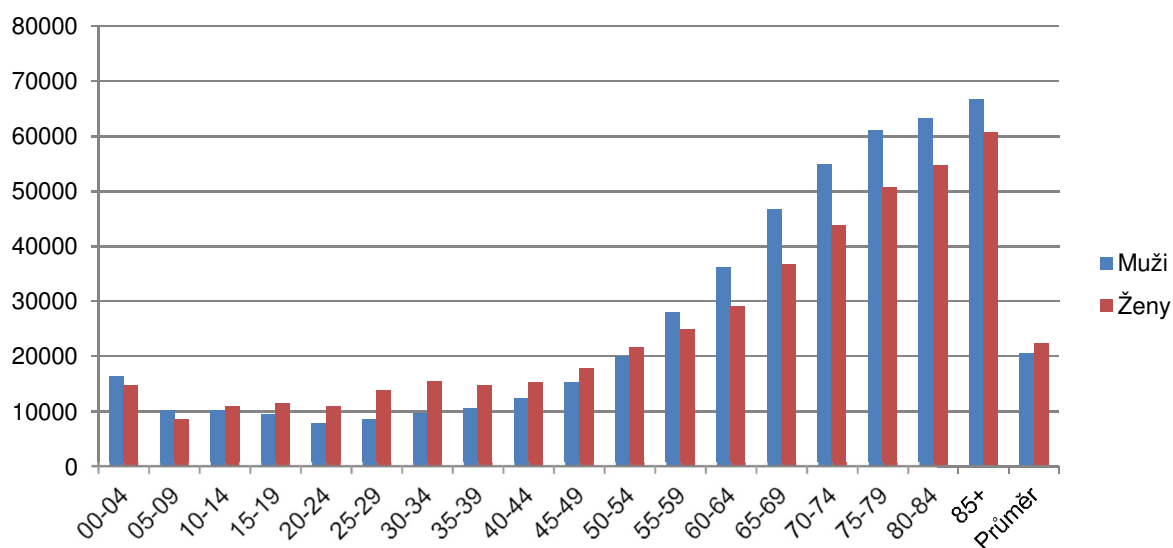
Tabuľka 6 – Priemerné výdaje 1 poistenca na zdravotnícku starostlivosť podľa veku a pohlavia za rok 2012 v Kč

	Muži	Ženy
00-04	16 366	14 737
05-09	10 224	8 623
10-14	10 289	10 949
15-19	9 398	11 528
20-24	7 887	11 021
25-29	8 604	13 880
30-34	9 683	15 431
35-39	10 610	14 718
40-44	12 456	15 364
45-49	15 399	17 868
50-54	20 024	21 709
55-59	28 033	24 874
60-64	36 248	29 183
65-69	46 807	36 747
70-74	54 979	43 739
75-79	61 022	50 649
80-84	63 194	54 724
85+	66 791	60 721
Priemer	20 539	22 414

Zdroj: ČSÚ ČR, 2012, vlastné spracovanie

Autor ďalej uvádza v grafickom zobrazení priemerné výdaje na zdravotnícku starostlivosť podľa veku a pohlavia za rok 2012 v Kč.

Graf 3 - Priemerné výdaje na zdravotnícku starostlivosť podľa veku a pohlavia za rok 2012 v Kč



Zdroj: ČSÚ ČR, 2012

3.4.6 Štruktúra nákladov zdravotných poisťovní na zdravotné služby podľa segmentov zdravotnej starostlivosti

Štatistické porovnávanie rokov 2011 a 2012 je pozitívne, pretože celkové náklady na zdravotné služby sa zvýšili medziročne o 1,8%. Zastavil sa nárast nákladov u ústavnej starostlivosti, najvyššia nákladovosť je u ambulantných špecialistov a ostatné segmenty si udržujú náklady na konštantnej úrovni. V nasledujúcej tabuľke autor uvádza náklady zdravotných poisťovní na zdravotné služby podľa segmentu starostlivosti v rokoch 2011 a 2012.

Tabuľka 7 – Štruktúra nákladov zdravotných poisťovní na zdravotné služby podľa segmentu zdravotnej starostlivosti v rokoch 2011 a 2012

	Náklady celkom			
	v mil. Kč		v %	
	2011	2012	2011	2012
Celkom	219909	223923	100	100
praktickí lekári	12889	13094	5,9	5,8
stomatológia	10066	9964	4,6	4,4
ambulantné zdravotné zariadenia celkom	58000	58761	26,4	26,2
lôžkové zdravotnícke zariadenia	113051	113766	51,4	20,8
z toho: nemocnice	103982	104674	47,3	46,7
kúpele a ozdravovne	3013	2547	1,4	1,1
doprava	1413	1336	0,6	0,6
zdravotnícka záchranná služba	1786	2020	0,8	0,9
lieky na recept	34134	36104	15,5	16,1
zdravotnícke prostriedky na poukazy	6296	6218	2,9	2,8

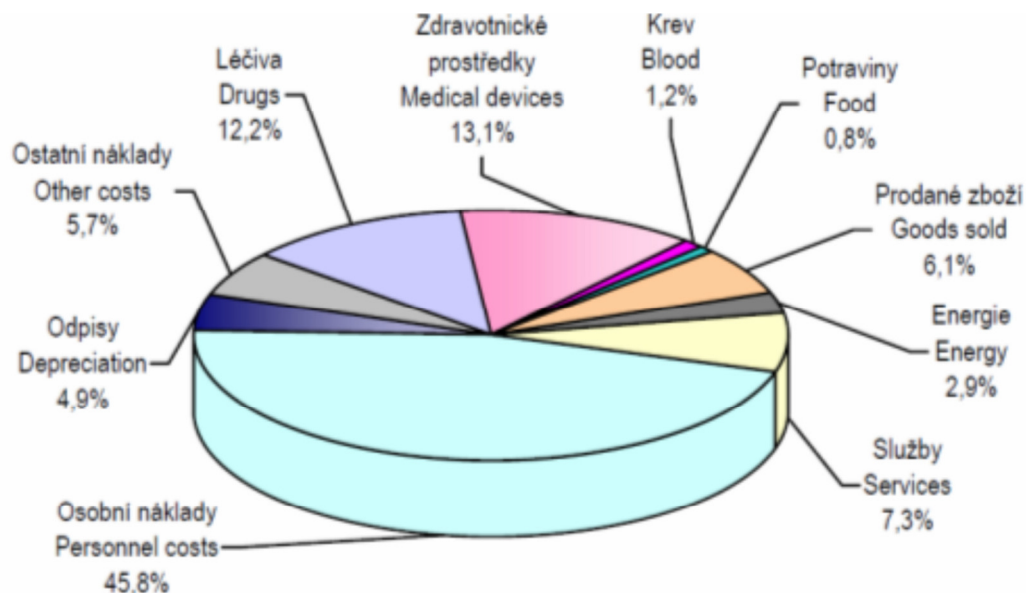
Zdroj: ÚZIS ČR, vlastné spracovanie

3.4.7 Náklady nemocníc v ČR

Nemocnice patria k najväčším „spotrebiteľom“ finančných prostriedkov zdravotných poisťovní. Ich podiel na celkových nákladoch osciluje okolo 50%. Podľa štatistických údajov (ÚZIS 2012) dosiahli v roku 2011 celkové náklady všetkých českých nemocníc okolo 103 miliárd korún. Autor podotýka, že v poslednom období sa tieto náklady medziročne nezvyšujú takým percentuálnym nárastom ako v rokoch 2005 – 2009. Zatiaľ čo v týchto rokoch náklady rástli medziročne o 7 až 10%, v roku 2011 bol nárast len minimálny. Z jednotlivých sledovaných položiek majú najväčší podiel na nákladoch hrubé mzdy zamestnancov nemocníc. Tie tvoria takmer polovicu všetkých nákladov. Ďalšou významnou zložkou nákladov nemocníc je spotreba zdravotníckeho materiálu a liečiv. Zatiaľ čo náklady na liečivá za posledné roky obvykle rástli priemerne o 10%, v roku 2011 sa zvýšili len nepatrne o 1% a na celkových nákladoch sa podieľali 12,2%. Náklady na zdravotnícke prostriedky sa v porovnaní s rokom 2010 znížili o 3% a ich podiel na celkových nákladoch poklesol na 13,1%. Od roku 2009 sa samostatne sleduje položka náklady na predaný tovar, ktorá tvorí okolo 6% celkových nákladov. V roku 2010 klesol medziročne tento ukazovateľ

o 8%, v sledovanom roku 2011 o 4%. Medzi samostatnými nemocnicami si zachovávajú najväčšiu váhu nemocnice štátne, tj. riadené Ministerstvom zdravotníctva a ostatnými centrálnymi orgánmi. Náklady týchto nemocníc tvoria dlhodobo zhruba polovicu všetkých vynaložených finančných prostriedkov nemocníc.

Graf 4 – Štruktúra nákladov nemocníc podľa nákladových položiek k 31. 12. 2011



Zdroj: ÚZIS ČR, 2012

Náklady na segment ambulantných zariadení

Do tohto segmentu patria lekári tzv. „ primárnej starostlivosti“ a patria tu praktickí lekári, praktickí lekári pre deti a dorast, gynekológovia, stomatólogovia, ambulantní špecialisti, rehabilitačná a domáca starostlivosť, laboratória, a pod. Z hľadiska financovania zdravotných služieb je segment lekárov primárnej starostlivosti veľmi podstatný, pretože sa jedná o zariadenia, ktoré stanovujú prvú diagnózu a zdravotný problém pacienta riešia buď svojimi prostriedkami alebo indikujú ďalšiu liečbu u ambulantných špecialistov, prípadne v lôžkových zariadeniach. Náklady na primárnu starostlivosť zaujímajú v celkových nákladoch zdravotných poisťovní relatívne nízke percento. Pretože v možnostiach lekárov primárnej starostlivosti je znižovať celkové náklady na zdravotné služby, snažia sa poisťovne vhodnými prostriedkami motivovať týchto lekárov k väčšej racionalite ich liečby.

3.5 Prerozdelenie poisťného

Dôležitým aspektom pre ekonomiku zdravotných poisťovní je systém tzv. prerozdelenie vybraného poisťného. Autor pokladá za dôležité vysvetliť prečo bol tento systém zavedený. Rozdiel medzi jednotlivými zdravotnými poisťovňami je mimo iné daný i rozdielnym spektrom poisteneckého kmeňa. Zatiaľ čo u jednej zdravotnej poisťovne prevažuje kategória poistencov mladšieho veku, ekonomicky silného a po zdravotnej stránke viac odolného, u inej zdravotnej poisťovne môže byť kmeň poistencov v priemere starší s nižšími príjmami a pritom náročnejší na zdravotnú starostlivosť. Tento fakt je zohľadnený zákonným ustanovením o prerozdelení vybraných finančných prostriedkov.

3.5.1 Vývoj systému prerozdelenia

Princíp prerozdelenia vybraných prostriedkov mal svoj vývoj. V roku 1993 sa vybrané prostriedky prerozdeleni len z polovice všetkých vybraných prostriedkov ako to definoval zákon č. 592/92 Sb. O poisťnom na všeobecné zdravotné poistenie. V tej dobe bol dôležitým kritériom pre prerozdelenie počet a vek poistencov hradených štátom. Cieľom takto nastaveného parametru prerozdelenia bolo vyrovnáť rozdielny podiel štátnych poistencov v jednotlivých zdravotných poisťovni. Nedostatkou tohto mechanizmu bola absencia kompenzácie nákladov na veľmi drahých poistencov (1% najdrahších poistencov akejkolvek vekovej štruktúry spotrebuje 20 až 30% nákladov).

Neskôr bolo percento prerozdelenia zvýšené na 60, nič menej ani tak nebolo dosiahnuté potrebnej solidárnosti a tak v roku 2006 bolo stanovené prerozdelenie v plnej miere, to znamená celých 100%.

3.5.2 Princíp a účel prerozdelenia

Účelom prerozdelenia je udržať určitú mieru solidarity poistencov s vysokými príjmami s poistencami s nižšími príjmami a ďalej poistencov zdravých s poistencami nemocnými a vyrovnáť určité znevýhodnenie tých zdravotných poisťovní, u ktorých je kmeň poistencov v nevýhodných štruktúrach.

Nový mechanizmus prerozdelenia už neberie do úvahy len štátnych poistencov, ale všetkých poistencov, ktorí sú štruktúrovaní podľa pohlavia a veku do 36 segmentov (18 pre mužov a 18 pre ženy), pričom každý vekový segment je charakterizovaný nákladovým indexom. Jedná sa tak o spôsob prerozdelenia, ktorý zohľadňuje riziko nákladovosti zdravotníckej starostlivosti u jednotlivých poistencov podľa vekových skupín a pohlavia. Priemerné náklady na poistenca v danej skupine sú stanovené ako priemer nákladov všetkých zdravotných poisťovní na všetkých poistencov v tej danej skupine podľa veku a pohlavia.

Priemerné náklady na štandardizovaného poistenca sú vypočítané ako priemer nákladov všetkých zdravotných poisťovní na ženy vo veku od 15 do 20 rokov.

Priemerné náklady na poistenca v danej skupine podľa veku a pohlavia a priemerné náklady na štandardizovaného poistenca sú zistené na základe údajov posledného účtovnícky uzavretého kalendárneho roku. Zákon o Poisťnom na verejnom zdravotnom poistení (1992) uvádza, že podiel na štandardizovaného poistenca sa stanoví tak, že sa súčet poisťného vybraného všetkými zdravotnými poisťovňami, celkové platby štátu za poistencov, za ne je platcom, penále, pokút a iných plnení, ktoré sú na základe tohto zákona alebo na základe

zvláštnych právnych predpisov príjmom zvláštneho účtu a úrokov vzniknutých na zvláštnom účte, znížený o poplatky za účtovnícke operácie a za vedenie zvláštneho účtu, vydolí celkovým počtom štandardizovaných poistencov všetkých zdravotných poisťovní.

3.5.3 Nákladná starostlivosť

Do nového mechanizmu prerozdelenia sa implikuje tzv. nákladná starostlivosť. Podľa zákona o Poistnom na verejnom zdravotnom poistení (1992) je definovaná ako zdravotná starostlivosť uhradená verejným zdravotným poistením poskytnutá na území ČR u nej výška úhrady na jedného poistenca prekročila v období jedného kalendárneho roku čiastku odpovedajúcu pätnásti násobku priemerných nákladov na jedného poistenca v systéme verejného zdravotného poistenia za posledný účtovnícky uzavretý kalendárny rok.

Zavedenie úhrady nákladnej starostlivosti je príspevok poisťovniam na drahých poistencoch v rámci zdravotného stavu poistencov naprieč vekovými skupinami – jedná sa o zachovanie princípu solidarity, ktorý je základnou požiadavkou verejného zdravotného poistenia.

4 Analyticko – praktická časť práce

Rezervné fondy zdravotných poisťovní sú do značnej miery vyčerpané a výber poisteného nedosahuje takých finančných výšok, aby mohli byť stopercentne pokryté náklady na zdravotnú starostlivosť poistencov. Vo výročných správach za rok 2012 sú uvedené u všetkých zdravotných poisťovní zrovnávajúce údaje o príjmoch a výdajoch. Vo všetkých prípadoch je tato bilancia záporná, kedy výdaje sú vyššie ako príjmy. V jasných kontúrach vystupuje do popredia téma týkajúca sa celkových finančných úspor a preto sa v práci autor snaží opísať hlavné a zadané problémy, s ktorými sa systém českého verejného zdravotníctva stretáva a navrhnúť také riešenia, ktoré by viedli k celkovému posilneniu finančných zdrojov. Problematika financovania zdravotníctva je v posledných rokoch celoštátne diktovaná v kruhu laickej, ale i odbornej verejnosti. Lekári, politici a ekonómovia. Názorové spektrum je široké, jednotlivé skupiny diskutujúcich vkladajú do argumentácie svoje vlastné pohľady a skúsenosti, ktoré sú v niektorých prípadoch viac či menej vzdialené realite.

Autor si za príklad unitárneho systému verejného zdravotného poistenia vzal susedné Slovensko, kde sa Vláda Slovenskej republiky rozhodla zaviesť tento systém. Autor opisuje skutočnosť prečo sa pre tento model rozhodli a v akom štádiu sa projekt nachádza v dnešnej dobe.

V ďalšej kapitole autor rozoberá dôvodovú správu k zákone č. 280/1992 Sb., o resortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných pojišťovniach, ktorá jasne poukazuje na nedostatky v zákone.

Úlohu zdravotných poisťovní autor zjednodušene popisuje nasledovne: čo najviac vybrať od platcov a čo najefektívnejšie vydávať peniaze za nákup zdravotných služieb. To neznamená, aby sa za každú cenu šetrilo na zdravotných službách a tým bolo ohrozené zdravie pacientov, ale zároveň to znamená nevydávať finančné prostriedky tam, kde sa utrácajú zbytočne. Toto konštatovanie vyjadruje ideálny stav, ku ktorému by mala smerovať činnosť zdravotných poisťovní.

Je logické, že sa zdravotné poisťovne musia sústrediť na všetky potenciálne možnosti zvýšenia príjmu a zníženia výdajov. Pre stanovenie hlavných tém v praktickej časti práce autor vychádza z konštatovania, že rezervy finančných prínosov sú v nasledujúcich aspektoch:

- Výber poistného a revízna činnosť
- Efektivita financovania zdravotníckych služieb
- Hospodárenie zdravotných poisťovní
- Prebytočný počet zdravotných poisťovní
- Unitárny systém verejného zdravotného poistenia

4.1 Revízná činnosť

Úspora finančných prostriedkov zo základného fondu je realizovaná taktiež revíznou činnosťou v zdravotníckych zariadeniach. Úlohou poisťovne je racionálne hospodáriť s prostriedkami z výberu poistného za zdravotné služby. V poisťovniach je revízná činnosť zameraná na všetky segmenty zdravotnej starostlivosti. Autor konštatuje, že neexistuje jednotná metodika revízií, preto si každá poisťovňa vytvára svoj vlastný systém a metódu. Účelom revízie je postihnúť neoprávnenú alebo nadbytočne vykázanú starostlivosť. Obvykle sa najväčšia pozornosť venuje cieľovým revíziám najnákladnejších segmentov zdravotných služieb. A tie tvoria nemocnice, ordinácie ambulantných lekárov a proskripcia liekov. Že ide o významnú činnosť poisťovne, dokumentuje konkrétny prípad Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnútra, ktorá v roku 2011 neuznala vykázanú zdravotnú starostlivosť celkom za 732 118 000,-Kč.

Česká priemyslová zdravotní pojišťovna vniesla do systému pojem „neúčelné“ čerpanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia. Znamená to pokus obmedziť potrebnú starostlivosť na minimum a to viac stupňovým spôsobom – prvý stupeň je kontrola pred samostatnou úhradou v súvislosti s porovnaním všetkých legislatívnych obmedzení a zmluvnými podmienkami medzi poisťovňou a zdravotníckym zariadením. V druhom stupni je aplikovaný automatický revízny systém, ktorý vyhodnocuje podané výkazy dávok z hľadiska oprávnenosti k danej odbornosti.

Oborová zdravotní pojišťovna vykonala celkom 131 následných kontrol z toho 61 korešpondenčných a 70 fyzických. Celková čiastka z pokút z revíznej činnosti bol v roku 2011 14 616 000,-Kč.

Všetky zdravotné poisťovne svojou revíznou činnosťou „ušetrili“ na zdravotníckych zariadeniach, ktoré si neoprávnené nárokovali platby, čiastku okolo jeden a pol miliardy korún. Tento efekt akcentuje na nutnosť prehĺbenia revíznych činností poisťovní, prípadne vývoj revíznych systémov, ktoré by spoľahlivo odhaľovali disproporcie medzi nárokovaním úhrad a ich oprávnenosti.

Revízná činnosť odhaľuje podstatné finančné úniky zo systému. Pokiaľ zdravotnícky subjekt vykáže zdravotnej poisťovne pri vyúčtovaní starostlivosti kód, ktorý nie je súčasťou zmluvných podmienok, tak sa jedná o neoprávnené vykázanú starostlivosť. Autor sa domnieva, že väčšinou sa jedná o neúmyselný krok zo strany lekára. Na druhej strane autor poukazuje na fakt, že môže ísť aj o úmyselné vykazovanie nezmluvných lekárskech výkonov. Poisťovne sú pre tieto prípady chránené informačným systémom, ktorý automaticky porovnáva každé vykazovanie starostlivosti zo zmluvnými údajmi a automaticky vyraduje z procesu vyúčtovanie, ktoré je v rozpore medzi zmluvou a výkazom. Je preto takmer nulová šanca, aby uvedené nezmluvné kódy mohli cez informačný systém poisťovne prejsť.

Iný prípad, ktorý by mala odhaliť dôsledná revízná činnosť, je vykazovanie nerealizovanej zdravotnej služby, prípadne vykazovanie služby na niekoho na kom nebol žiadny lekársky zákrok alebo vyšetrenie vykonané. V tomto prípade by sa lekár dopustil podvodu, za ktorý by bol trestne stíhaný.

4.1.1 Osobný účet poistenca ako nástroj revízie

Osobný účet poistenca je prehľad vykázaných lekárskeho výkonov a vydaných liekov. Zdravotná poisťovňa vedie tento účet každému svojmu poistencovi a na základe žiadosti ho posiela poistencovi. A to buď písomnou formou alebo elektronickou v prípade, že poistenec vlastní príslušný certifikát pre zabezpečený prenos informácií.

Tu môže byť samotná kontrolná činnosť poisťovne významne podporená spoluprácou s poistencom. Ak poistenec behom kontroly svojho osobného účtu zistí, že na ňom bola vykázaná lekárska starostlivosť, ktorej si nie je istý, je v jeho záujmu tuto skutočnosť konzultovať so svojou poisťovňou, ktorá rieši prípad trestným oznámením so svedeckou výpoveďou príslušného poistenca.

Pretože je osobný účet poistenca dôslednou revíziou vykázaných lekárskeho služby bolo by pre každú poisťovňu z hľadiska úspor užitočné, aby osobné účty prechádzali kontrolou všetkých poistencov. Pre poisťovňu je posielanie výpisu z účtu finančnou záťažou, ktorá by nemusela byť vyvážená zistenými nezrovnalosťami vo vyúčtovaní zdravotných služieb. Autor preto navrhuje možnosť internetového prístupu poistenca k svojmu účtu. Riešením je i väčšia motivácia poistencov ku kontrole osobného účtu. Napríklad udelením finančného bonusu pre klienta, ktorý odhalí na svojom osobnom účte nezrovnalosti vo vykázaných starostlivosti.

4.2 Hospodárenie zdravotných poisťovní

4.2.1 Vývoj hospodárenia verejného zdravotníctva

System verejného zdravotníctva prešiel od roku 1989, kedy sa zmenili sociálne ekonomické pomery v zemi zásadnými zmenami. Z roku na rok sa celý systém verejného zdravotného poistenia rozvíjal, vyčlenili sa z neho subjekty, ktoré nemali potrebný základ a nedokázali sa presadiť v konkurenčnom prostredí. Na druhej strane sa ukázalo, že finančná náročnosť zdravotníctva bude mať stúpajúcu tendenciu. Príčinou je postupné starnutie obyvateľstva a s tým súvisiaca potreba poskytovať zdravotnú starostlivosť starším ľuďom, ktorá je nákladnejšia. Druhým činiteľom, ktorý sa podpísal a stále sa podpisuje na raste nákladov v zdravotníctve je rýchle sa rozvíjajúca technika zavedená do praxe. Stále dokonalejšie prístroje, technologické systémy a moderné metódy liečenia majú na jednej strane priaznivý dopad na zvyšovanie priemerného veku obyvateľstva, ale na strane druhej vyvolávajú potrebu stále väčšieho množstva financií prúdiacich do zdravotného systému.

Pre ilustráciu autor uvádza v tabuľke prehľad výdajov na české zdravotníctvo v rokoch 2000 – 2011

Tabuľka 8 – Verejné výdaje na zdravotníctvo (v mil. Kč)

Rok	Verejné výdaje na zdravotníctvo
2000	132962
2005	191356
2006	197207
2007	206565
2008	218719
2009	244754
2010	243281
2011	242410

Zdroj: ÚZIS ČR, 2012, vlastné spracovanie

Autor predpokladá, že vzhľadom k pokračujúcej ekonomickej stagnácii sa nebudú zvyšovať financie z vonkajších zdrojov a preto treba hľadať rezervy a finančné zdroje vnútri samotného systému. Na potvrdenie tejto hypotézy autor uvádza v tabuľke údaje percentuálneho podielu z hrubého domáceho produktu na výdajoch do českého zdravotníctva. V porovnaní s vybranými krajinami OECD patria v ČR k najnižším. V ekonomike zdravotných poisťovní sa markantne odrážajú celkové výsledky národného hospodárstva, tvorba hrubého domáceho produktu a z hľadiska financovania zdravotníctva percentuálny podiel HDP.

Tabuľka 9 – Výdaje na zdravotníctvo vo vybraných zemí OECD ako % z HDP v roku 2011

Krajina	% HDP
USA	17,7
Holandsko	11,9
Francúzsko	11,6
Nemecko	11,3
Švajčiarsko	11,0
Rakúsko	10,8
Belgicko	10,5
Švédsko	9,5
Spojené kráľovstvo	9,4
Španielsko	9,3
Nórsko	9,3
Taliansko	9,2
Fínsko	9,0
Írsko	8,9
Slovensko	7,9
Maďarsko	7,9
Česká republika	7,5
Kórea	7,4
Poľsko	6,9
Mexiko	6,2

Zdroj: ÚZIS ČR, 2012, vlastné spracovanie

Z tohto prehľadu je jasné, že podiel štátneho rozpočtu na financovanie zdravotníctva je relatívne nízky a preto musia predovšetkým zdravotné poisťovne hľadať zdroje financovania českého verejného financovania.

Súčet režijných nákladov všetkých zdravotných poisťovní tvorí ročne takmer 8 miliárd. V celkových nákladoch na zdravotné služby to sú 3,3%. Autor si kladie otázku či by zredukovanie počtu zdravotných poisťovní prinieslo podstatné úspory využiteľné v systéme verejného zdravotníctva.

Pre skúmanie hospodárenia zdravotných poisťovní autor skúma tri aspekty. Využívanie základného fondu, provozného fondu a fondu prevencie. V prípade základného fondu sa jedná predovšetkým o zmluvnú politiku, kultiváciu zmluvných sietí a vzťahov zo zdravotníckymi subjektmi. Jedným z ukazovateľov vzťahu so zdravotníckymi zariadeniami je výška celkových nákladov na zdravotné služby a výška nákladov na 1 poistenca. Tieto údaje autor uvádza v nasledujúcej tabuľke za roky 2005 a 2011.

Tabuľka 10 – nákladovosť celková a na 1 poistenca v rokoch 2005 a 2011

Poist'ovne	2005		2011	
	náklady celkom (v mil. Kč)	náklady na 1 poistenca	náklady celkom (v mil. Kč)	náklady na 1 poistenca
VZP	110 306	16 737	142 868	22 765
ZP MV ČR	14 228	14 073	21 219	18 570
ČPZP	neexistovala		13 609	18 031
OZP	9 537	15 384	12 718	18 286
VoZP	8 578	15 080	11 578	19 720
RBP	4 351	12 433	6 925	16 777
Škoda	dáta nie sú k dispozícii		2 641	19 715

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní

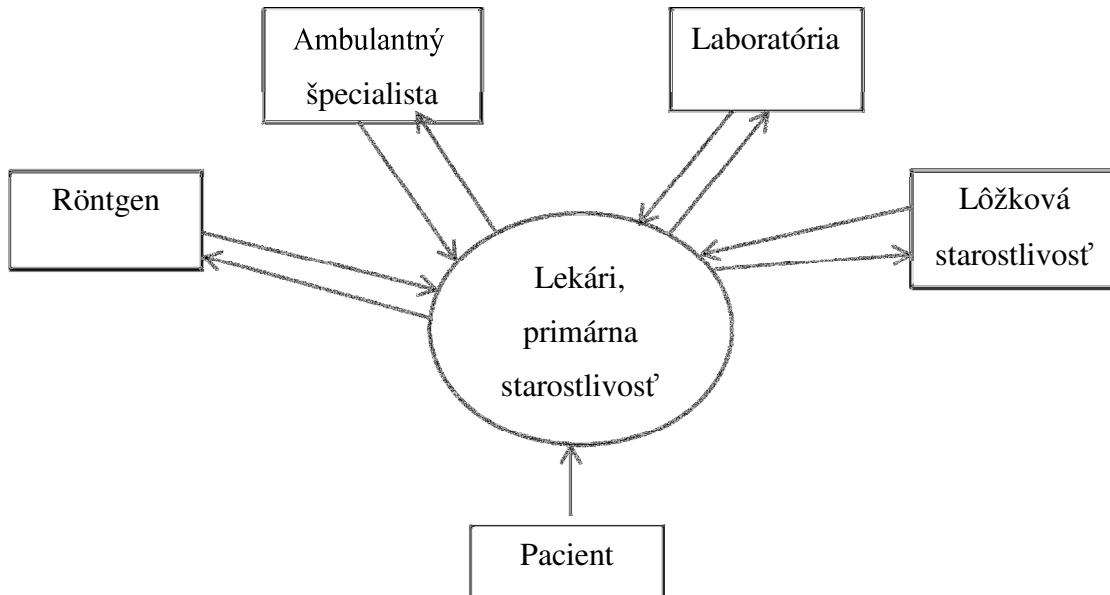
Nadpriemerné výdaje na 1 poistenca zo základného fondu na zdravotné služby vykazuje Všeobecná zdravotná poisťovňa, naopak najnižšie Revírní bratrská pokladna. Rozdiel medzi týmito dvoma poisťovňami je markantný a dokumentuje ten fakt, že je možné i pri nižších nákladoch zvýšiť počty poistencov. Dôkazom je pokles poistencov u VZP medzi rokmi 2005 – 2011 o nie celých pol milióna a naopak u RBP rast poistencov v tom istom období o 65 000. Autor zámerné vybral roky 2005 a 2011 s úmyslom ilustrovať na číslach stav v dobe pred ekonomickou krízou a v období vrcholiacej ekonomickej krízy. Z údajov v tabuľke je zrejmé, že výdajová stránka zdravotných poisťovní prudko vzrástla.

Autor poukazuje na objektívne príčiny nárastu výdajov na zdravotnú starostlivosť. Jedným z nich je nezanedbateľný demografický vývoj obyvateľstva v ČR. Zvyšujúci sa priemerný vek so sebou prináša i zvýšenú náročnosť na starostlivosť a s tým i väčšie náklady na skvalitnenie života starých ľudí. Druhým činiteľom podieľajúcim sa na zvyšovaní nákladov na starostlivosť je technologický pokrok v prístrojovom vybavení zdravotníckych zariadení. Stále dokonalejšie a sofistikovanejšie prístroje liečebné postupy zdražujú. Tretiu príčinu autor vidí v dôsledkoch civilizačného rozvoja, ktorý na jednej strane prináša technologický pokrok, ale zároveň so sebou prináša i neblahé dôsledky prejavujúce sa v náraste civilizačných chorôb.

4.2.2 Nadbytočné výdaje

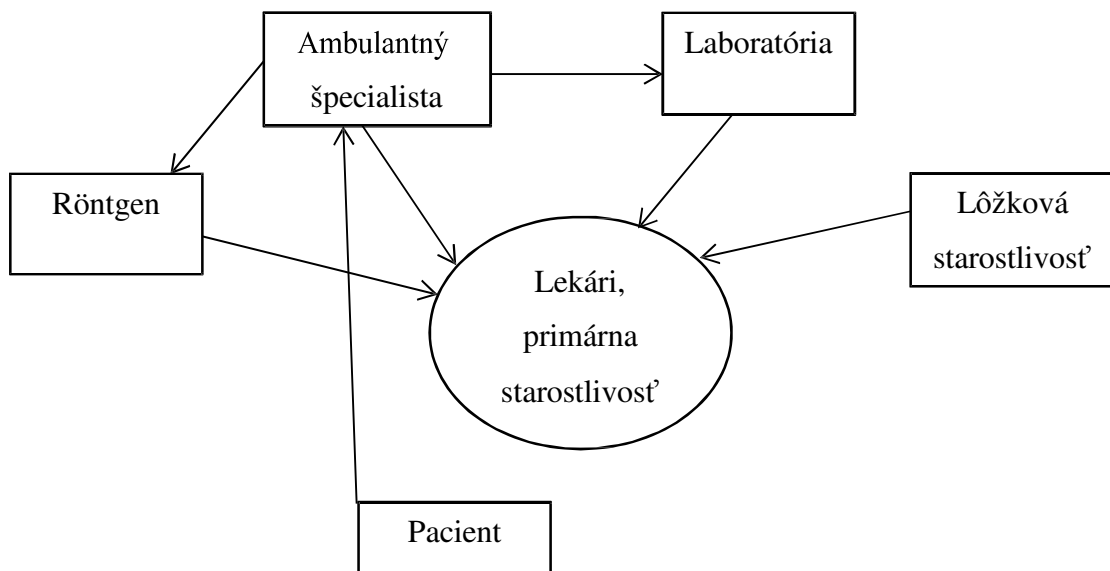
Podľa názorov odborníkov sa v niektorých prípadoch vydávajú prostriedky na zdravotnú službu nadbytočne. Jeden z dôvodov takto zbytočne vydávaných prostriedkov znázorňujú nasledujúce grafy. Naznačujú správny a nesprávny pohyb pacienta v systéme verejného zdravotníctva.

Graf 5 – Správny pohyb pacienta v systéme verejného zdravotníctva



Zdroj: vlastné spracovanie

Graf 6 – Nesprávny pohyb pacienta v systéme verejného zdravotníctva



Zdroj: vlastné spracovanie

Na uvedených grafoch autor znázorňuje cesty pacienta systémom zdravotnej starostlivosti. Na Grafe 5 je postup správny, pacient začína riešiť svoj zdravotný problém v ordinácii svojho praktického lekára. Ten je rozhodujúci pre stanovenie prvotnej diagnózy a pacienta buď lieči vlastnými prostriedkami alebo ho odporučí k ambulantnému špecialistovi, prípadne k hospitalizácii. S ďalším vyšetrením je potom praktický lekár zoznámený formou lekárskej správy. Praktický lekár tak sleduje „svojho“ pacienta po celú dobu jeho liečebného procesu.

Graf 6 znázorňuje nesprávny postup kedy pacient ide priamo k ambulantnému špecialistovi a lekárska správa nie je praktikovi doručená. V tomto prípade chýba akákoľvek koordinácia pohybu pacienta zdravotníckym systémom, môže dôjsť k duplikácii niektorých výkonov, ako je röntgenové vyšetrenie alebo laboratórne testy. Jednotlivé zdravotnícke pracoviská nemajú potrebné informácie o predošlých cestách pacienta systémom. To vedie k zvýšeným a hlavne zbytočným nákladom na zdravotné služby.

4.2.3 Zmluvná politika poisťovní

V záujme každej zdravotnej poisťovne je neustále získavať nových poistencov. Ich počet je dôležitým faktorom pre zhodnotenie poisťovne. Tento fakt hra dôležitú rolu pri vytváraní zmluvnej siete. Pre spresnenie autor uvádza príklad z praxe: lekár, ktorý ordinuje v mieste kde nie je dostatočne hustá sieť zdravotníckych zariadení jeho odbornosti, má registrovaných 1200 pacientov. 98% týchto pacientov sú poistenci VZP, ZPMVČR a OZO. Zbývajúce 2% tvoria poistenci ostatných poisťovní. Vykazovanie starostlivosti je pre lekára administratívne náročnejšie ako keby sa jeho pacienti regrutovali len z 3 zmienených poisťovní. Snahou lekára je zjednodušiť administratívu a buď neuzavrieť zmluvný vzťah s poisťovňami, ktorých klienti tvoria niekoľko jednotlivcov alebo týchto klientov presvedčiť o prestupu jednej z 3 poisťovní. Aj keď je opísaný prípad akademický, z rozhovoru s pracovníkmi zdravotných poisťovní autor deklaruje, že realita je takáto. Opísaným spôsobom sa lekár môže významne podieľať na náboru ale i anti náboru nových poistencov.

4.2.4 Vyváženosť zmluvných sietí

Pre väčšinu poistencov je hľadisko hustoty zmluvnej siete primárne a na výber zdravotnej poisťovne to má dominantný vplyv. Z tohto dôvodu je zmluvná sieť jedným z najdôležitejších faktorov, ktorý musí riešiť každá poisťovňa. Na druhú stranu veľký počet zmluvných zdravotníckych zariadení predstavuje i veľké finančné náklady. Poisťovňa preto musí zvažovať ako zaistí zmluvnú sieť dostatočnú pre svojich poistencov a pri tom nepreexponovanú natoľko, aby sa zbytočne nezvyšovali náklady za zdravotnú službu. Rozhodujúcim hľadiskom je počet poistencov v určitom regióne a zaistenie všetkých lekárskejších odborností v dobrom geografickom a časovom dosahu. Dôležité je i demografické hľadisko. To znamená, že poisťovňa musí skúmať i vekovú štruktúru poistencov v danom regióne.

Nezanedbateľnou súčasťou výberu zmluvných zariadení je technický stav a prístrojové vybavenie pracovísk, provozná doba zdravotníckych zariadení a referencie, ktoré vypovedajú o úrovni a kvalite poskytovanej starostlivosti. Poisťovňa musí skúmať ako hustotu a dostupnosť zariadenia primárnej starostlivosti, tak i navodzujúce zariadenia vertikálnej siete tvorené zdravotníckymi subjektmi sekundárnej starostlivosti – ambulantní špecialisti a lôžkové zariadenia. A v neposlednej rade musia skúmať zariadenia terciálnej starostlivosti,

ktorú tvoria vysoko špecializované pracoviská, ktoré majú obyčajne nadregionálnu pôsobnosť.

Všetky tieto faktory sú vodíkom pre uzatváranie zmluvných vzťahov.

4.2.5 Verejné zdravotné poistenie

Ako je už uvedené v teoretickej časti práce, jednou z najdôležitejších úloh zdravotných poisťovní je maximálne naplňovať základný fond finančnými prostriedkami získaných od platcov verejného zdravotného poistenia a to ako od fyzických tak právnických osôb. Najlukratívnejším segmentom platcov pre zdravotné poisťovne sú zamestnanci. Príjmy do systému od tejto skupiny niekoľko násobne prevyšujú príjmy zo skupín poistencov iných kategórií. Na mieste je preto otázka, či sa výberu poistného venuje dostatok pozornosti a úsilia. Stopercentný výber poistného je ideálny cieľ, ktorého však nejde dosiahnuť z objektívnych i subjektívnych príčin. V tejto súvislosti autor pripomína, že v hospodárení zdravotných poisťovní sa markantne odrážajú celkové výsledky národného hospodárstva. Ako bohatý a prosperujúci je štát, tak veľké sú možnosti financovania zdravotníctva. Vzhľadom k vývoju ekonomiky štátu autor nepredpokladá, že by sa v najbližších rokoch situácia markantne zlepšila. Prínos financií do verejného zdravotníctva je preto nutné hľadať v iných zdrojoch.

Dôsledky ekonomickej krízy

Medzi hlavné príčiny pod financovania zdravotníctva, ktoré dopláca na nižší výber poistného, bezpochyby patrí ekonomická recesia v Českej republike, ktorá sa podpisuje na insolventnosti živnostníkov a malých firiem. V dôsledku toho nie sú následne tieto subjekty schopné platiť zdravotné poistenie za svojich zamestnancov. Ďalším znakom ekonomickej krízy je zvyšovanie nezamestnanosti. Autor uvádza porovnanie miery nezamestnanosti v ČR za obdobie 1Q 2013 a 1Q 2014.

1Q 2013	január	február	marec
<i>%</i>	8	8,1	8
Počet osôb	585 809	593 683	587 768

1Q 2014	január	február	marec
<i>%</i>	8,6	8,6	8,3
Počet osôb	629 274	625 390	608 315

Zdroj: MPSV, 2014

Zamestnanci, za ktorých zamestnávateľ odvádza poistné vo výške 13,5% z hrubej mzdy teda minimálne 1 148,-Kč sú preradení do kategórie štátom hradených poistencov. Platba za nich tak klesne na 845,-Kč, teda o 303,-Kč menej ako tvorí minimálne poistné za zamestnancov. Podľa VoZP (2013), čiastka 1 148,-Kč vychádza z minimálnej mzdy, ktorá je od 1.8. 2013 8500,-Kč. Priemerná mzda je pochopiteľne vyššia. Podľa ČSÚ ČR (2014) bola k 31.3. 2014 priemerná hrubá mzda 24 806,-Kč. Z toho môžeme vypočítať čiastku odvedenú na zdravotné poistenie- 3 348,-Kč. Nárast štátom hradených poistencov prináša do hospodárenia poisťovní

vcelku pochopiteľný problém. Aj keď má funkcia prerozdelenia poistného určitý pozitívny prínos, absolútny nárast štátom hradených poistencov dopadá do systému veľmi negatívne. Autor podotýka, že rok od roku sa počet týchto poistencov zvyšuje z dôvodu demografického vývoja obyvateľstva. Negatívny dopad na celkový výber poistného autor dokumentuje nasledujúcimi údajmi:

Podľa Ročenky VZP (2011 a 2012) bol počet štátom hradených poistencov v roku 2011, 6 077 487 a v roku 2012, 6 107 105 to znamená navýšenie o 29 618 osôb. Z týchto údajov autor vypočíta finančný objem na poistnom, ktorý sa znížil v dôsledku uvedených dát. Pri výpočte autor vychádza z výšky poistenia z priemernej hrubej mzdy za zamestnanca (24 806,-Kč) teda čiastky 3 348,-Kč. Výpočet je nasledujúci

$29\,618 \times 3\,348 = 99\,161\,064$ / mesiac $\times 12 = 1\,189\,932\,768$,-Kč = ročný odvod poistného za zamestnanca s priemernou hrubou mzdou

$29\,618 \times 845 = 25\,027\,210$ / mesiac $\times 12 = 550\,598\,620$,-Kč = celková ročná čiastka za štátom hradených poistencov

Porovnaním výsledných čiastok sa dostaneme k číslu 639 334 148,-Kč, čo znamená celkový úbytok finančných prostriedkov vložených do systému verejného zdravotného poistenia. Dôsledky takýchto zmien v kategórii platcov sú pre hospodárenie zdravotných poisťovní veľmi bolestné a v ekonomike poisťovní hrajú tieto zmeny podstatnú rolu.

Výber poistného

Výber poistného od platcov je hlavnou činnosťou všetkých zdravotných poisťovní. Pre poisťovňu je podstatným faktorom sociálne zloženie poisteneckého kmeňa tzn. bonitní klienti, ktorí odvádzali na poistnom vysoké čiastky a podpriemerne spotrebovali lekársku starostlivosť. Po zavedení stopercentného prerozdelenia však tento efekt neplatí. Snaha poisťovní o nábor klientov je v dnešnej dobe orientovaná na tzv. „zdravých dôchodcov“. Sú to klienti na ktorých dostáva poisťovňa po prerozdelení vyššiu čiastku a pri tom ich spotreba zdravotných služieb je nízka.

Z výročných správ jednotlivých zdravotných poisťovní je zrejmé akým spôsobom sa poisťovne zaoberajú otázkou výberu poistného. Alfou a omegou maximálneho výberu poistného je fáza kontrolnej činnosti poisťovní a dôsledná evidencia poisteneckého kmeňa. Nedoplatky na poistnom predstavujú v súčasnosti veľký objem finančných prostriedkov, ktoré v systéme chýbajú. Je preto významnou povinnosťou všetkých zdravotných poisťovní, aby kontroly boli dôležitou súčasťou ich pôsobenia. Kontroly sú zamerané hlavne na overenie správnej výšky odvodu poistného, dodržovanie lehoty pre platby poistného a plnenie všetkých oznamovacích povinností. Kontroly sa vykonávajú u všetkých platcov vrátane štátom hradených poistencov. Obvyklou formou tejto kontrolnej činnosti sú metódy korešpondenčné alebo fyzické. Pohľadávky, ktoré vznikajú, môžu mať najrôznejšie príčiny. Jedna z najviac bolestných situácií pre poisťovňu je insolvenca veľkých podnikov alebo nútená správa. Napríklad Česká priemyslová zdravotní poisťovňa realizovala za rok 2011 viac ako 500 prihlášok do insolventného konania. V takomto prípade dlžné poistné obyčajne spadá do odpisových položiek s minimálnou nádejou na neskoršie doplatenie zo strany zamestnávateľov. V mnohých prípadoch poisťovňa nezachytí neplatenie zdravotného poistenia včas a následné vymáhanie nastáva až v situácii, kedy je firma v platobnej neschopnosti.

Výsledky kontrol výberu zdravotného poistenia

V nasledujúcom prehľade autor uvádza výsledky kontrolných činností piatich najväčších zdravotných poisťovní v roku 2012. Ich činnosť je aktivovaná sústredene na základe planú kontrol výberu poistného. Zistené nedoplatky spadajú do troch kategórií – neplatenie zdravotného poistenia, nedoplatok úrokov z nezaplateného poistenia a nedoplatok pokút a penále. Pritom penále a pokuty sú zdrojom pre naplňovanie fondu prevencie, z ktorého poisťovňa hradí všetky preventívne programy. O ich obsahu a významu autor pojednáva v jednej z ďalších kapitol tejto práce.

Tabuľka 11 – Výsledky kontrol a finančná vyťaženosť z týchto kontrol (v tis. Kč)

Poisťovne	Predpísané dlžné poistné	Uhradené	Výťažnosť	Penále	Zaplatené	Výťažnosť
VZP	1 814 513,00	1 236 585,00	68%	1 089 934	341 942,00	31%
ZP MV ČR	376 807,00	70 191,00	19%	55 539,00	5 033,00	9%
ČPZP	620 233,00	19 889,00	3%	919 54,00	3 087,00	3%
OZP	736 560,00	42 826,00	6%	112 567,00	4 265,00	4%
VoZP	423 436,00	46 790,00	11%	224 397,00	28 543,00	13%

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní, 2012

Keď sa sčíta predpísané dlžné poistné, ktoré evidujú štyri zdravotné poisťovne (bez VZP) výsledná suma je viac ako 2 miliardy korún. Pri tom percentuálna vyťaženosť z predpísaného dlžného poistného neprekračuje 15%. Autor sa domnieva, že dlžné čiastky nebudú v krátkej dobe splatené. Prispieva k tomu i prehľad vypísaných penálov, kde ich splatenie ma ešte nižšiu percentuálnu vyťaženosť. Ide tak o jeden z najväčších problémov v hospodárení zdravotných poisťovní.

Metodika a nástroje výberu poistenia

Z výročných správ poisťovní autor zistil metodiku a nástroje, ktoré sú používané pre kontrolu výberu poistného. Sú to predovšetkým automatické kontrolné systémy z oblasti informačnej technológie. Tieto dokážu odhaliť radu nezrovnalostí a poukázať na anomálie v evidencii platcov. Pred poisťovňami však i naďalej stojí dôležitá úloha. Autor sa domnieva, že ak majú byť kontroly výberu poistného dôslednejšie je dôležité venovať pozornosť sofistikovanejším metódam a predovšetkým nájsť možnosti dôsledného sledovania odchodu a príchodu platcov. Ukazuje sa, že metodika a kontrolné mechanizmy nemajú požadovanú účinnosť a do systému musia byť zapojené také informačné technológie, ktoré budú automaticky a permanentne sledovať tok poistného na účty poisťovní od platcov. Jedine tak sa môžu prakticky okamžite riešiť nedoplatky na poistnom bez dlhej prolongácie.

4.2.6 Nákup zdravotných služieb

Vzťah poisťovne a zdravotníckeho zariadenia je z ekonomického pohľadu vzťahom platca a dodávateľa. Úhrady za tieto služby majú v princípu dve formy – paušálna alebo výkonová podľa hodnoty a počtu bodov. Vykazovanie starostlivosti lekárom je násobkom počtu bodov (súhrn všetkých výkonov za určitú časovú jednotku) bodovou hodnotou. Hodnota bodu je predmetom vyjednávacích konaní medzi poisťovňami a poskytovateľmi. V prípade, že nedôjde ku zhode, určí hodnotu jedného bodu ministerská úhradová vyhláška, platná vždy pre nastávajúci rok a stanovujúca maximálnu výšku platieb za vykonané služby. V nasledujúcich kapitolách autor opíše niektoré zvláštnosti, ktoré existujú v rámci nakupovania zdravotníckej starostlivosti.

Kombinovaná kapitačná platba

Zvláštny spôsob úhrad je nastavený pri nakupovaní starostlivosti u praktických lekárov a praktických lekárov pre deti a dorast. Ide o tzv. kombinovanú kapitačne výkonovú platbu, niekedy sa používa i označenie diferencovaná kapitačná platba. Ich princíp bol objasnený v teoretickej časti práce. Autor však chce poukázať na tento spôsob platby uplatňovaný v praxi. Pre príklad si zvolil Oborovou zdravotní pojišťovnu, ktorá s kapitačnou platbou zachádza veľmi pružne. Základná kapitačná platba pre praktických lekárov v roku 2012 bola 47,-Kč za mesiac na jedného prepočítaného poistenca. K základu bol praktickým lekárom poskytujúcim starostlivosť v rozsahu aspoň 30 ordinačných hodín rozložených do 5 pracovných dní týždne, pričom aspoň jeden deň v týždni majú ordinačné hodiny predĺžené do 18 hodiny a umožňujú svojim registrovaným poistencom objednať sa aspoň dva dni v týždni na pevne stanovenú hodinu, priznaný príplatok 3,-Kč. Praktickým lekárom poskytujúcim starostlivosť v rozsahu aspoň 25 ordinačných hodín rozložených do 5 pracovných dní týždenne, pričom aspoň jeden deň v týždni majú ordinačné hodiny predĺžené do 18 hodiny, priznaný príplatok 2,-Kč. Poisťovňa ďalej zohľadňuje i ďalšie hodnotiace parametre, ktoré dohromady tvoria jeden spoločný pojem – komplexné hodnotenie nákladovosti. Pre stanovenie limitov proskripcie sa vychádza z predošlých referenčných období a lekár je povinný, ak má nárast poistencov alebo rieši prípad, ktorý sa zo zdravotného hľadiska vymyká normálu, žiadať revízneho lekára poisťovne o súhlas s prekročením daných limitov. V takomto prípade môže revízny lekár schváliť navýšenie platby až o 25% z nadlimitnej čiastky.

Kombinovaná kapitačná platba dáva priestor poisťovni motivovať a ovplyvňovať jednanie praktických lekárov a autor to cíti ako snahu poisťovne vytvárať s praktickými lekármi akési partnerstvo, ktoré by viedlo k úspore nákladov na zdravotné služby. Praktický lekár je totiž najdôležitejším článkom v zdravotníckom systéme, lebo práve on, je ten kto odporúča pacienta k ďalším vyšetreniam.

Rovnako ako v Oborové zdravotní pojišťovne, sú i v ďalších poisťovniach sledované nákladovosti liečby u praktických lekárov s dopadom na výšku kapitačnej platby. Existujú i ďalšie motivačné prvky. Napríklad v Zdravotní pojišťovne Ministerstva vnútra ČR v rámci úhrady bolo sledované a hodnotené vedľa komplexnej nákladovosti i získanie akreditácie Ministerstva zdravotníctva. K hodnoteniu prispelo i pravidelné posudzovanie zdravotného stavu poistencov vrátane následnej dokumentácie.

Systém integrovanej starostlivosti (SIP)

Základným stavebným kameňom SIP je koordinácia zdravotnej starostlivosti o pacienta zo strany praktického lekára.

SIP sa zameriava na tieto oblasti:

- Identifikácia poistencov, ktorí trpia niektorou z chronických diagnóz na základe analýzy pripravené zdravotnou poisťovňou v spolupráci s SPL a SPLDD ČR
- Identifikácia zariadenia, ktoré podľa názoru praktického lekára poskytuje pacientom kvalitnú následnú starostlivosť a malo by sa stať doporučeným pracoviskom. Ide o spätnú väzbu pre poisťovňu, ktorá poslúži ku zlepšeniu zmluvnej politiky poisťovne pre svojich pacientov
- Podpora elektronickej komunikácie medzi poisťovňou, zmluvnými poskytovateľmi zdravotných služieb a poistencami

Za kvalitnú zdravotnú starostlivosť a aktívnu spoluprácu v projekte SIP náleží lekárovi nad rámec kapitácie finančné ohodnotenie odstupňované podľa plnení daných zmluvne podložených kritérií.

Financovanie systémom DRG

Systém DRG bol zavedený z dôvodu, aby sa vyrovnali motivačné impulzy, ktoré sa nerovnomerne tvoria u systémov. U klasických úhradových systémov ako sú výkonový, kapitačné platby, či globálne rozpočty dochádza k prílišnému nárastu jednej motivácie na úkor tých ďalších.

Jedná sa o tieto motivačné impulzy:

- Produkcia jednotiek, ktoré sú predmetom úhrady
- Ponuka lepšie hrazených jednotiek miesto menej výhodne hrazených
- Poskytnutí čo najmenej starostlivosti v rámci jednotiek, ktoré sú predmetom úhrady

Úhradový systém DRG má tendenciu vyvolať všetky 3 typy motivácií, ktoré sa môžu uplatňovať v rôznej miere a môžu sa taktiež kombinovať.

4.3 Financovanie provozu zdravotných poisťovní

Prostriedky, ktoré poisťovňa môže využívať pre zaistenie celej svojej činnosti sa percentuálne odvodzujú od výšky základného fondu. Percentný udaj je daný ustanovením §7 vyhlášky č. 418/2003 Ministerstva zdravotníctva ČR. Obvykle sa výška pohybuje medzi dvoma až štyrmi percentami a výsledná čiastka tvorí provozný fond, ktorý sa využíva na úhradu nákladov spojených s provoznou činnosťou. To znamená – mzdy, odvody na zdravotné a sociálne poistenie zamestnancov, nájom nehnuteľností, nákup a odpisy základných prostriedkov, správa informačného systému a výdaje na propagáciu. Celkom sa vydáva na provoz všetkých zdravotných poisťovní viac ako 8 miliárd korún ročne.

Jedným z podstatných ukazovateľov hospodárnosti je finančná nákladovosť na provoz poisťovne v prepočte na 1 poistenca.

Tabuľka 12 – Výška prostriedkov z provozného fondu v roku 2011 v prepočte na 1 poistenca

Poisťovne	Provozny fond (v tis. Kč)	Pocet poistencov	Kč na 1 poistenca
VZP	4 066 753	6 247 532	651
ZP MV ČR	606 203	1 157 355	524
ČPZP	457 687	727 847	653
OZP	416 584	598 504	993
VoZP	592 447	696 540	851

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní, vlastné spracovanie

Touto tabuľkou autor naznačuje určitú mieru nehospodárnosti u OZP, jej náklady z provozného fondu v prepočte na 1 poistenca sú takmer dvakrát vyššie ako u ZPMVČR. Uvedené čísla majú ešte jednu vypovedajúcu hodnotu. So zvýšeným počtom poistencov sa nezvyšujú provozné náklady prepočítané na jedného poistenca. Vyše uvedená tabuľka svedčí o opaku. Tento fakt vedie k zamysleniu sa, či je dostatočne využitá kapacita poisťovní a či by sa nedalo ušetriť na provozných nákladoch redukciami počtu poisťovní. Autor sa k tejto myšlienke vráti v závere práce.

Autor ďalej porovnáva jak vysoké sú v prepočte na 1 poistenca týchto poisťovní mzdové náklady.

Tabuľka 13 – Mzdové náklady pracovníkov poisťovní v prepočte na 1 poistenca za rok 2011

Poisťovne	Náklady na mzdy (v tis. Kč)	Náklady na mzdy na 1 poistenca
VZP	1816111	291
ZP MV ČR	244543	211
ČPZP	190949	262
OZP	150279	216
VoZP	130837	219

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní, vlastné spracovanie

Tretím parametrom pre skúmanie nákladovosti poisťovní si autor vybral počet pobočiek a kontaktných miest, ktoré zastupujú poisťovne v jednotlivých regiónoch. Náklady na ich provoz zaťažuje Provozný fond podľa ich počtu a komfortnosti. Pobočka splňuje v danom mieste dve funkcie:

- Sprístupňuje osobný styk s poistencami
- Lokálna propagácia v danej lokalite

V nasledujúcej tabuľke autor uvádza počet pobočiek a kontaktných miest jednotlivých poisťovní v roku 2012.

Tabuľka 14 – Prehľad počtu pobočiek a kontaktných miest jednotlivých poisťovní

VZP	ZP MV ČR	ČPZP	OZP	VoZP
189	87	102	22	16

Zdroj: webové stránky zdravotných poisťovní

V súčasnej dobe existuje okolo 440 pobočiek, expozitúr a kontaktných miest všetkých poisťovní po celej republike. V prevažnej väčšine miest nad 50 000 obyvateľov sa nachádzajú pobočky väčšiny zdravotných poisťovní. Autor odhaduje celkové celoročné náklady na ich provoz na 5 miliárd korún (prenájom, mzdové náklady, energie, služby). Autor predpokladá, že pri zníženom počtu poisťovní by sa náklady na provoz pobočiek znížili minimálne o jednu tretinu.

Po všetkých týchto uvedených skutočnosti tykajúcich sa provozných nákladov autor dospel k nasledujúcim záverom:

Zvýšenie počtu poistencov sa neodráža na nákladovú položku z provozného fondu na 1 poistenca. Toto konštatovanie je podporené údajmi v tabuľke 13 – ZPMVČR má vo svojom portfóliu okolo 1 100 000 poistencov a ich náklady na každého z nich sú takmer dvakrát menšie ako u VoZP s počtom necelých 700 000 poistencov. Existujúce rozdiely vo výdajoch

z provozného fondu u jednotlivých zdravotných poisťovní vyžaduje podrobné hľadanie príčin. I tu autor hľadá podporu v názore, že redukcia počtu poisťovní prinesie významnú úsporu prostriedkov v systéme verejného zdravotného poistenia.

4.3.1 Hospodárenie s prostriedkami Fondu prevencie

Finančné prostriedky naplňujúce fond prevencie sa generujú prevažne z pokút a penále. Zdravotné poisťovne z fondu prevencie hradia preventívne programy. Bohatosť a šírka jednotlivých programov je podmienená celkovou čiastkou, ktorou poisťovňa na tieto programy disponuje. Zákon č. 280/1992 S. určuje k čomu sa tieto prostriedky môžu využívať. Stojí v ňom, že z fondu prevencie sa môže hradiť zdravotná starostlivosť nad rámec zdravotnej starostlivosti hradenej z verejného zdravotného poistenia, kde je dokázateľný preventívny, diagnostický alebo liečebný efekt a ktorá je poskytovaná poistencom v súvislosti s ich existujúcim alebo hroziacim onemocnením. Autor sa snaží posúdiť, či sú skutočne všetky prostriedky z fondu prevencie využívané podľa litery tohto zákona. V roku 2011 boli fondy prevencie všetkých zdravotných poisťovní naplnené celkovou výškou okolo 780 000 000,-Kč. Autor sa domnieva, že stojí za to preskúmať, či sa prostriedky z fondu prevencie nedajú využiť tak, aby sa pozitívne odrážali v nákladoch na zdravotnú starostlivosť.

4.3.2 Preventívne programy zdravotných poisťovní

Výsek všetkých programov prevencie, ktoré realizujú zdravotné poisťovne je veľmi široký. Majú približne rovnaký charakter a často sú štruktúrované podľa zamerania na vybrané skupiny poistencov (deti, ženy, rodiny..). Autor obecné konštatuje, že v prepočte na 1 poistenca sú prostriedky z fondu prevencie veľmi obmedzené, jak uvádza nasledujúca tabuľka.

Tabuľka 15 – Výška z prostriedkov fondu prevencie v roku 2011 v prepočte na 1 poistenca

Poisťovne	Fond prevencie (v tis. Kč)	Počet poistencov	Kč na 1 poistenca
VZP	309959	6247532	50
ZP MV ČR	107162	1157355	71
ČPZP	59059	727847	91
OZP	55848	598504	71
VoZP	67596	696540	113

Zdroj: Výročné správy zdravotných poisťovní, vlastné spracovanie

Uvedené údaje v tabuľke sú len štatistickým ukazovateľom. Nevyjadrujú obsah a šírku programu prevencie jednotlivých poisťovní, vyjadrujú len to, s akými prostriedkami môžu poisťovne disponovať. Detailnejším opisom sa autor pokúsi rozobrať obsah jednotlivých programov prevencie.

4.3.3 Programy zamerané na prevenciu

Za takto označené autor považuje programy, ktoré maximálne vyhovujú podmienkam, ktoré pre prevenciu definuje zákon. Sú to všetky programy preventívneho očkovania, vyšetrenia, ktoré môžu včas odhaliť počínajúce onemocnenie.

Širokú ponuku ma napríklad Oborová zdravotní poisťovňa, ktorá ponúka celoplošné zdravotné programy zamerané na včasný záchyt závažných onemocnení kardiovaskulárneho systému a rizík vedúcich ku vzniku metabolických chorôb a onkologických onemocnení. Ďalej sa sústreďuje na prevenciu nádore kože, preventívne vyšetrenie prsov u žien a prevenciu rakoviny hrtanu.

Do programu zameraného na prevenciu poisťovne zahrnujú i najrôznejšie druhy očkovania. Jedná sa o deti do 15 resp. 18 rokov, ktoré dostávajú napríklad príspevok na vakcínu proti kliešťovej encefalitíde. Na všetky podobné programy prevencie venujú poisťovne cca 14% z celého objemu fondu prevencie.

4.3.4 Programy primárnej prevencie

Tieto programy sa sústreďujú na posilňovanie zdravého vývoje dieťaťa a zdravého životného štýlu dospelých a detí. Autor sa domnieva, že v mnohých prípadoch nevyhovujú zákonným podmienkam stanovujúcim na čo môžu byť použité prostriedky z fondu prevencie. Vzhľadom k tomu, že v programoch všetkých zdravotných poisťovní sú obsiahnuté, nie je zrejme potreba zo strany zriaďovateľa týmto programom zabrániť. Ich prezentáciu často poisťovne rafinovane zahŕajú do prítlačlivých formulácií. Ako príklad autor uvádza OZP (2011), ktorá vo výročnej správe píše, že tieto programy posilňujú priamu zodpovednosť každého poistenca za svoje zdravie a podporujú žiaduci vzorec chovania. Ich obsahom sú v skutočnosti príspevky na rekreačné aktivity, ktoré so skutočnou prevenciou majú len vzdialenú súvislosť.

4.3.5 Marketingové programy prevencie

Autor sa prikláňa k názoru, že tieto programy majú skôr marketingový podtext a nie skutočnú prevenciu. Medzi tieto programy sa radia predovšetkým voľné vstupy do plaveckých bazénov, ozdravné pobyty pre deti, príspevky na turistické aktivity, pobyty v solných jaskyniach apod. Príznačné pre hodnotenie úrovne a zameranie niektorých marketingových programov prevencie je ich charakteristika, ktorú uviedla vo výročnej správe Česká průmyslová zdravotní poisťovňa a to, že ponuka preventívnych programov pre rok 2011 bola koncipovaná s cieľom uspokojiť čo najširší okruh poistencov ČPZP. Prvoplánovo ide o uspokojenie klientov bez ohľadu na ich zdravotný stav, vekovú kategóriu či iné charakteristické príznaky, ktoré by diferencovali potreby a obsah prevencie. Tento fakt sa premieta i do finančných nákladov na jednotlivé programy. Zatiaľ čo na rehabilitačné a športové aktivity bolo u ČPZP vynaložené z fondu prevencie 37,5 miliónov korún, na programy zamerané na ochranu proti vzniku závažných onemocnení to bolo nie celých 17 miliónov korún.

Odlíšny marketingový program prevencie spočíva v spolupráci zdravotnej poisťovne s vybraným zamestnávateľom. Poisťovňa sa podieľa na nákladoch za preventívne prehliadky a organizuje Dni pre zdravie, ktoré majú podľa autora jednoznačne náborový charakter v danom podniku. Rovnako náborový charakter majú akcie poisťovní na verejnosti, kde

prichádzajú s ponukou merania krvného tlaku, tuku apod. Poist'ovne sa často podieľajú na organizovaní najrôznejších spoločenských a športových akcií.

4.3.6 Bonusy a kredity

Kreditné a bonusové systémy sú akousi odmenou pre tých, ktorí v danom roku čerpajú podpriemerne zdravotné služby a kredity či bonusy môžu využívať ako príspevok na vitamíny, produkty pre diétnu stravu a ďalšie preventívne aktivity, ktoré nie sú hradené z verejného zdravotného poistenia.

V nasledujúcom odseku autor zhodnotí programy prevencie a popíše svoj názor na tuto problematiku.

Autor sa domnieva, že ak by sme mali nájsť tie programy, u nich, jak uvádza zákon je dokázateľný preventívny, diagnostický alebo liečebný efekt a ktorá je poskytovaná poistencom v súvislosti s ich existujúcim alebo hroziacim onemocnením, potom by sa nedospelo k stopercentnému naplneniu tohto zákona u žiadnej poisťovne. Formulácie uvedené vo výročných správach obhajujú veľmi decentne niektoré programy ako podporu zdravého životného štýlu. Nič menej obsah programov je často výrazne marketingový. Autor si kladie otázku prečo existujú takéto programy, kde finančná náročnosť je vysoká a nie sú stavané v ducha zákona? Autor si to vysvetľuje nasledovne, prevencia je oblasť, ktorú jednotlivé zdravotné poisťovne môžu profilovať. Zdravotné poisťovne sa pohybujú v konkurenčnom prostredí a ich rozlíšiteľnosť je nepatrná. Všetky ponúkajú prakticky rovnaké podmienky pre pacientov a všetky majú relatívne dostatočne hustú zmluvnú sieť. Dôležitý je taktiež fakt, že v popredí prezentácie preventívnych programov je uvedená výška príspevku, ale už sa neuvádza užitočnosť programu pre zlepšenie zdravotného stavu alebo zabránenie potenciálneho zdravotného ohrozenia.

Autor opisuje problematiku celej oblasti prevencie i z ekonomického hľadiska. Prostriedky vložené do prevencie (autor myslí zámernú prevenciu) by sa mali vrátiť v podobe zamedzeníu či oddialeníu niektorých civilizačných i iných ochorení. Žiadna zo zdravotných poisťovní ale i ostatných zdravotníckych inštitúcií sa doposiaľ podrobne nezaoberali ekonomickými vzťahmi medzi zámernou prevenciou a zdravotným stavom obyvateľstva. Autor sa domnieva, že táto problematika stojí za hlbší výskum, kde by cieľom bolo nájsť relevanciu medzi prevenciou a následnou starostlivosťou. Odborníci sa domnievajú, že súvislosť je veľmi tesná a že zamerané prevencia vedie k podstatným úsporám na výdajoch za zdravotné služby.

4.4 Dôvodová správa k zákonu č. 280/1992 Sb., o resortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných pojišťovniach

Súčasné postavenie a činnosť zdravotných poisťovní vykonávajúcich verejné zdravotné poistenie sú upravené zákonom č. 551/1991 Sb., o Všeobecnej zdravotnej poisťovni České republiky a zákonom č. 280/1992 Sb., o resortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných pojišťovniach.

Autor predkladá Dôvodovú správu k novelizácii zákona č. 280/1992 Sb., o resortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných pojišťovniach (2008) a následne vykoná jej rozbor. Autor ďalej uvádza, že Dôvodová správa je nezáväzná časť návrhu zákona, ktorá má slúžiť jednak k odôvodneniu jeho jednotlivých ustanovení a taktiež k vysvetleniu jeho celkového účelu. K hlavným problémom súčasnej právnej úpravy autor uvádza:

1. Neštandardná právna forma zdravotných poisťovní
2. Nejasné a nedostatočné vymedzenie podmienok pre vznik a zánik zamestnaneckých zdravotných poisťovní
3. Nedostatočne vymedzené podmienky fungovania zdravotných poisťovní
4. Nedostatočne upravené povinnosti voči klientom
5. Nevhodné vymedzenie úloh a zodpovedností orgánov zdravotných poisťovní
6. Neexistencia subjektu dlhodobo zodpovedného za činnosť zdravotnej poisťovne
7. Neodôvodnené rozdiely v právnej úprave postavenia a činnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne ČR a zamestnaneckých zdravotných poisťovní
8. Nejasne upravený a nedostatočne vymedzený dohľad nad činnosťou zdravotných poisťovní
9. Nedostatočné štrukturálne postavenie jednotného dozorného orgánu

Autor sa bude ďalej zaoberať jednotlivými bodmi.

1. Neštandardná právna forma zdravotných poisťovní

Zdravotné poisťovne poskytujúce verejné zdravotné poistenia sú súkromnoprávne právnické osoby sui generis. Nemajú teda právnu formu, ktorá by bola českému právnenému radu známa (obchodná spoločnosť, príspevková organizácia atď.). Nejasná právna forma vedie k nejasnostiam ohľadne samotného vzniku a dátumu vzniku, tak i likvidácie. Autor podotýka, že v spojení s neobvyklou právnou formou sú aj nedostatočne transparentné pravidla pre ustanovenie orgánov zdravotných poisťovní, nejasnosť metódy právnej regulácie jednotlivých právnych vzťahov a taktiež účtovníctvo, ktoré vzhľadom ku svojej nejednoznačnosti neplní základnú úlohu účtovníctva tzv. podávať jasné a pravdivé zobrazenie stavov, tokov a výsledkov činnosti organizácie.

2. Nejasné a nedostatočné vymedzenie podmienok pre vznik a zánik zamestnaneckých zdravotných poisťovní

Nedostatočnosť úpravy autor vidí hlavne v povinnosti preukázať pôvod finančných prostriedkov slúžiacich ako kaucia a na pokrytie nákladov na zriadenie zdravotnej poisťovne alebo dôveryhodnosti a odbornej spôsobilosti budúcich členov riadiacich orgánov a vrcholového manažmentu.

3. Nedostatočne vymedzené podmienky fungovania zdravotných poisťovní

V súčasnej právnej podobe chýbajú jasne špecifikované nároky na činnosť zdravotných poisťovní vrátane provozu a hospodárenia. Jedinou jednoznačnou podmienkou fungovania zdravotnej poisťovne v súčasnosti je vyrovnaná finančná bilancia, od ktorej sa odvíjajú požiadavky na zostavenie vyrovnaného zdravotne poistného plánu, ktorý by mal popisovať zámer zdravotnej poisťovne v oblasti hospodárenia aj zmluvnej politiky.

4. Nedostatočne upravené povinnosti voči klientom

Autor považuje za závažný nedostatok absenciu akejkoľvek kontroly zákonných povinností zdravotných poisťovní voči poistencom. Zo stavajúcej právnej podobe nie je zrejme jasná zodpovednosť zdravotných poisťovní zaistiť dostupné a včasné zdravotné služby, ani povinnosť prijať a riešiť žiadosti a sťažnosti poistencov pri ich nedostupnosti. Zároveň nie sú definované mechanizmy pravidelnej kontroly či zdravotná poisťovňa plní nároky svojich poistencov riadne a včas.

5. Nevhodné vymedzenie úloh a zodpovedností orgánov zdravotných poisťovní

Nie je dostatočne vymedzený vzťah medzi správnu radou a riaditeľom. Správna rada nie je štatutárny orgán a ich postavenie ako rozhodovacieho orgánu je v súčasnej právnej podobe nedostatočne definovaná. Faktická nezodpovednosť členov správnych a dozorných rád za finančné výsledky a výkonnosť zdravotnej poisťovne vedie zásadne k negatívnym konsekvenciám.

6. Neexistencia subjektu dlhodobo zodpovedného za činnosť zdravotnej poisťovne

Dnešná právna podoba vylučuje existenciu a účinné riadenie zdravotnej poisťovne „majiteľom“. Neexistuje jasne definovaný subjekt, ktorý by mal motiváciou dohliadnuť na zaistenie efektívneho fungovania a dlhodobej prosperity zdravotnej poisťovne a kvality ich služieb klientom.

7. Neodôvodnené rozdiely v právnej úprave postavenia a činnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne ČR a zamestnaneckých zdravotných poisťovní

Postavenie a zákonom uložené povinnosti Všeobecnej zdravotnej poisťovne ČR v porovnaní s ostatnými zdravotnými poisťovňami sú odlišnosti, ktoré zakladajú nerovné postavenie medzi subjektmi poskytujúcimi verejné zdravotné poistenie. Tieto nerovnosti vedú k neefektívnosti celého systému lebo dochádza ku zvýhodňovaniu jednej skupiny na úkor druhej a naopak.

8. Nejasne upravený a nedostatočne vymedzený dohľad nad činnosťou zdravotných poisťovní

Pre oblasť verejného zdravotného poistenia neexistuje výlučný, apolitický a kvalifikovaný dohliadajúci orgán, ktorý by samostatne, odborne a nezávisle zaručoval právne a kultivované prostredie pre subjekty vykonávajúce verejné zdravotné poistenie a tým garantoval prostredie, v ktorom poistenci žiadajúci služby verejného zdravotného poistenia môžu využívať svojich ústavných a zákonných práv.

9. Nedostatočné štrukturálne postavenie jednotného dozorného orgánu

Zdravotné poisťovne sú zložite fungujúce inštitúcie, ktoré vykonávajú veľmi špecifickú a odbornú činnosť. Zvláštnu pozornosť autor venuje faktu, že tieto právnické osoby preberajú za občanov ich finančné riziko spojené s prípadnou liečbou a zaisťujú im prístup ku zdravotnej starostlivosti. Vzhľadom ku skutočnosti, že každý občan má ústavou zaručené právo na ochranu zdravia a na základe verejného zdravotného poistenia právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť autor konštatuje, že stabilné a efektívne fungovanie zdravotných poisťovní je verejným záujmom.

Dnešnú právnu úpravu autor hodnotí ako nedostatočnú, nevhodne zasadenú do právneho rámca ČR a z hľadiska ďalšieho rozvoja systému verejného zdravotného poistenia a zvýšenie jeho efektivity ako nevyhovujúci. Ako zásadný nedostatok dnešnej podoby zákona autor vidí v nedostatočnej kontrole hospodárenia zdravotných poisťovní a dohľadu nad plnením povinností a to hlavne v zaistení dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Preto autor navrhuje vznik špeciálneho orgánu, ktorý by vykonával dohľad nad zdravotnými poisťovňami.

Celkovo autor konštatuje dôležitosť novej právnej úpravy regulujúcej vznik, činnosť a zánik zdravotných poisťovní, ktorá by bola vhodne zasadená do kontextu českého právneho poriadku a viedla by k naplneniu role zdravotných poisťovní ako subjektov zodpovedných za zaistenie dostupnosti zdravotných služieb hrađených z verejného zdravotného poistenia a za skutočne efektívne vynakladanie prostriedkov verejného zdravotného poistenia.

4.5 Konkurenčné prostredie medzi zdravotnými poisťovňami

Z predošlých kapitol diplomovej práce vystupuje do popredia zatiaľ nevyslovená, ale z obsahu jednotlivých kapitol implicitne zahrnutá otázka. A síce, či je konkurenčné prostredie vytvárané v súčasnosti siedmimi zdravotnými poisťovňami prínosné. Samotný pojem konkurencia je základným mechanizmom tržnej ekonomiky. Konkurenčný boj má pozitívny prínos pre spotrebiteľov, o ktorých spoločnosti a firmy bojujú. V prípade zdravotných poisťovní tento nástroj stráca hlavný ekonomický zmysel, lebo tieto subjekty nevytvárajú zisk. Ich hlavným cieľom je získať dostatočne početné portfólio klientov, ktoré je predpokladom pre ďalšiu existenciu poisťovne. Vzhľadom k systému stopercentného prerozdelenia nie je dnes už prvoradé sústreďovať sa na nábor tzv. bonitných klientov, ktorí sa regrutujú z rad sociálne silných segmentov. Pozornosť poisťovní je sústredená na generáciu starších, ale zdravých poistencov, za ktorých poisťovniám z prerozdelenia plynú vyššie finančné prostriedky.

4.5.1 Konkurencia v kvalite poskytovaných služieb

Zásadnou požiadavkou každého poistenca je mať zaistenú kvalitnú a dobre dostupnú zdravotnú starostlivosť. Autor si kladie otázku, či môžu zdravotné poisťovne kvalitu zdravotnej starostlivosti podstatne ovplyvniť? Autor sa domnieva, že môžu ale len do istej miery. Ich zmluvná politika, ktorá stanovuje podmienky vzťahu, môže kolidovať s podmienkami ostatných poisťovní a žiadne zdravotnícke zariadenie nie je nútené zmluvu uzatvárať.

4.5.2 Konkurencia v prevencii

Ako už bolo v práci uvedené, ponuka preventívnych programov tvorí najväčší priestor pre konkurenčný boj zdravotných poisťovní. Pri podrobnejšom rozbere týchto programov autor konštatuje, že majú všetky ponuky zdravotných poisťovní skoro rovnaký charakter a zameranie. Pri dôslednejšom dodržovaní litery zákona, týkajúci sa obsahu prevencie, by bola väčšina programov zakázaná.

4.6 Zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia na Slovensku

Z vyššie opísaných dôvodov sa autor prikláňa k vytvoreniu jednej zdravotnej poisťovne a ako príklad autor uvádza projekt zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

Podľa premiéra vlády Slovenskej republiky Róberta Fica (2012) súkromné poisťovne mali za roky 2006 až 2011 zisk 550 miliónov eur a ďalších 350 miliónov eur dostali na prevádzku. Ďalej zdôraznil, že vláda principiálne odmieta, aby si súkromné zdravotné poisťovne odoberali zisk z povinných odvodov na verejné zdravotné poistenie.

Preto Vlada Slovenskej republiky prijala v roku 2012 uznesenie vlády, na ktorom schválila projekt Zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

V roku 2012 Vláda Slovenskej republiky schválila nasledujúce body:

A. zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia prednostne formou dobrovoľného odkúpenia akcií neštátnych zdravotných poisťovní a v prípade neúspešnosti procesu dobrovoľného odkúpenia akcií, formou vyvlastnenia akcií neštátnych zdravotných poisťovní,

B. založenie Spoločnosti pre zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia, a.s. za účelom realizácie projektu zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

V rámci tohto projektu bude Vláda Slovenskej republiky pracovať na zmene právnej úpravy. Dnešný pojem verejného zdravotného poistenia bude nanovo vymedzený novým zákonom v súlade s ústavou ako povinné zdravotné poistenie, ktoré bude mať iný obsah tak po organizačnej stránke (kto bude poisťiteľom a za akých podmienok bude vykonávať svoju činnosť), po odvodovo-poistnej stránke (nový systém definovania, platenia a vymáhania poistných odvodov), rozsahu zdravotného poistenia, zmluvnej a cenovej politiky, minimálnej siete a podobne.

Ďalej Vláda Slovenskej republiky predpokladá, že dôjde k čiastočnej zmene v sústave dnešných zákonov, ktorá bude reflektovať len nevyhnutné úpravy, potrebné na to, aby dnešný systém fungoval za podmienok, že verejné zdravotné poistenie bude vykonávať jediná zdravotná poisťovňa pod kontrolou štátu, autor uvádza nasledujúce zmeny: zruší prerozdelenie poistného, agendu súvisiacu s prihláškami do poisťovní, uzavrie sa „trh“ poisťovní s nemožnosťou žiadať o nové povolenie, zruší sa úprava o možnosti odňať povolenie jedinej poisťovni, zmení sa rámec dohľadu nad touto poisťovňou, zmenia sa samotné úlohy a funkcie Úradu pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou.

Autor uvádza predkladaný projekt, ktorý sa skladá z 3 častí-

Prvá časť predkladaného materiálu odôvodňuje potrebu zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

Druhá časť sa zaoberá organizáciou jednej zdravotnej poisťovne ako jediného verejného poisťiteľa po zavedení unitárneho systému, možnými alternatívami jej právnej formy, orgánmi a organizáciou, riešením jej hospodárenia a samotnou činnosťou jednej zdravotnej poisťovne. Z dôvodu komplexnej úpravy fungovania zdravotnej poisťovne sa táto časť zaoberá aj súčasným stavom a predpokladaným vývojom individuálneho zdravotného poistenia v Slovenskej republike.

Tretia časť predkladaného materiálu popisuje samotné zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia. Analyzuje jednotlivé alternatívy jeho zavedenia, popisuje samotný proces unitarizácie, potrebu založenia osobitnej Spoločnosti pre zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike, a.s. a tiež otázky súvisiace s možnosťou napadnutia zákonov vypracovaných na základe tohto projektu na ústavnom súde, prípadne v arbitrážnom konaní. V závere projektu sú vypracované jednotlivé alternatívy zjednotenia zdravotných poisťovní a časový harmonogram zavedenia samotného unitárneho systému v Slovenskej republike.

Podľa zistenia autora projekt zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike je súčasnej dobe vo fáze, kedy sa zháňajú finančné prostriedky na odkúpenie súkromných zdravotných poisťovní.

Finančné prostriedky chce premiér Robert Fico priniesť predajom štátnych aktív. Tieto peniaze by mali slúžiť na vyplatenie akcionárov súkromných zdravotných poisťovní.

Podľa Ministerky zdravotníctva SR (2013) je jedna zdravotná poisťovňa projektovo pripravená, ale do jeho realizácie sa ministerstvo bez finančného krytia nepustí. Ďalej uvádza, že jeho hlavnou myšlienkou je efektívnejšie využívanie zdrojov z verejného zdravotného poistenia.

Autor zdôrazňuje, že zámer Vlády Slovenskej republiky nemusí primárne prispieť k zlepšeniu kvality a dostupnosti zdravotníckej starostlivosti, ale určite tento projekt zníži odtok finančných prostriedkov zo zdravotníctva do nemedicínskej časti (prevozne a režijné náklady zdravotných poisťovní) a preto uvádza tento projekt ako príklad pre zavedenie unitárneho verejného zdravotníctva v ČR a dáva návod ako by tento model mohol byť zavedený i v Českej republike.

5 Odporúčanie autora na zmeny v systéme verejného zdravotného poistenia

Na základe vytýčených cieľov autor navrhuje nasledujúce zmeny v systéme verejného zdravotného poistenia:

Zníženie počtu zdravotných poisťovní a zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia – na základe rozboru dôvodovej správy a stanoviska autora, ktoré je v kapitole 4.4 jasne opísane vyplýva, že tento model je systémovo špatne. Zamestnanecké zdravotné poisťovne sa podľa tejto správy nikomu nezodpovedajú, nemajú žiadnu zodpovednosť, neexistuje ich nadriadený orgán, majú veľkú právomoc, nedostatočnú kontrolu hospodárenia atd. Preto autor navrhuje jednu zdravotnú poisťovňu, ktorá by zaisťovala kvalitu a dostupnosť zdravotníckej starostlivosti každému občanovi v ktoromkoľvek kraji na území ČR a vytvorenie špeciálneho orgánu, ktorý by vykonával dohľad nad touto zdravotnou poisťovňou. Ako už autor konštatoval v predošlých kapitolách konkurencia zdravotných poisťovní nedáva zmysel pri stopercentnom prerozdeľovaní poisťného a ponuky preventívnych programoch majú rovnaký charakter.

Povinné zverejňovanie zmlúv zdravotných poisťovní - autor podotýka, že tento návrh už predložil minister zdravotníctva Svätopluk Němeček, a plne ho podporuje avšak autor sa domnieva, že je potrebné, aby sa nezverejňovali iba zmluvy s úhradami.

Takýmto údajom nikto nebude rozumieť. Preto je potrebné, aby boli zverejňované i jednotkové ceny liekov, zdravotníckych prostriedkov, outcoringových služieb vrátane cien obedov, upratovanie, právne služby.... Ďalší dôležitý bod zverejňovania zmlúv je, aby bol v zákone jasný a zrozumiteľný návod na vyhľadanie konkrétnej zmluvy pre konkrétneho poskytovateľa za konkrétne obdobie. Zabránilo by sa tak rôznym prístupom zmlúv zdravotných poisťovní na ich webových stránkach.

Zlepšenie revíznej činnosti – autor navrhuje, aby vznikla spolupráca medzi všetkými zdravotnými poisťovňami v ich revíznej činnosti. Je dôležité, aby poisťovne začali kontrolovať svojich poistencov akú a koľko zdravotnej starostlivosti spotrebovávajú. Malo by sa tým zabrániť mnohokrát zbytočným duplicitným vyšetreniam, znížili by sa revízie jednotlivých lekárov rôznymi revíznymi lekármi rôznych poisťovní... Autor si je vedomý faktu, že dôkladná revízna činnosť by bola nákladná a preto navrhuje zlúčiť v prvej fáze štátne poisťovne a z ušetrených finančných prostriedkov zaviesť pilotný projekt revíznej činnosti pre svojich poistencov.

Zlepšením revíznej činnosti autor odhaduje úspory v rade stovák miliónov korún.

6 Záver

Naše zdravotníctvo a celý systém verejného zdravotného poistenia sa v súčasnej dobe nenachádza v príliš dobrej kondícii. Zavedenie optimálneho systému, ktorý by uspokojoval každého občana, lekára, zdravotnícky personál, poisťovne či štát a ktorý by pri tom definitívne našiel najvhodnejší spôsob financovania zdravotnej starostlivosti je síce úloha, ktorú si kladie každá generácia politikov, nič menej je to záležitosť značne problematická a dlhodobá.

Zásadné problémy má celý systém financovania zdravotníckej starostlivosti. Taktiež štruktúra zdravotníckych zariadení a dostupnosť lekárskej starostlivosti nie je dostatočne dobre vyriešená.

Je otázka, či systém niekoľkých zdravotných poisťovní i princíp zdravotného poistenia tak, ako bol počiatkom deväťdesiatych rokov zavedený, bol tým najlepším možným systémom. Porovnanie pluralitného a unitárneho systému organizácie verejného zdravotného poistenia poukazuje na to, že práve systémy s jedným financovateľom vedú k významným administratívnym úsporám, čo umožňuje využitie prakticky všetkých finančných prostriedkov, prúdiacich do zdravotníctva, na primárny cieľ – poskytnutie zdravotných služieb pacientom. Pluralitné systémy zdravotného poisťovníctva, umožňujúce konkurenciu, súťaž a podnikanie, sú vo výraznej menšine, ich zavedenie vychádza z historickej skúsenosti a je v súlade s kultúrou krajín, ktoré sa pre ne rozhodli.

Princíp povinného poistenia pre všetkých občanov je v našich podmienkach nepochybne správny, odpovedá našej mentalite a zaisťuje financovanie zdravotnej starostlivosti. Autor ďalej podotýka, že princíp súkromného pripoistenia za nadštandardné služby je cestou, ktorá zaisťuje do systému ďalšie potrebné zdroje.

Ako už autor uviedol v jednotlivých častiach tejto práce, prostriedky pre financovanie zdravotníckych subjektov sa v posledných rokoch na účtoch zdravotných poisťovní neustále znižujú. Citované výročné správy poisťovní naznačujú alarmujúcu tendenciu, kedy výber poistného stále menej saturuje náklady na zdravotné služby. Rezervné fondy, odkiaľ sa niekoľko rokov za sebou generovali financie pre vyrovnanie bilancie príjmov a výdajov sú skoro prázdne. Nie je predpoklad, že by sa ekonomická situácia zdravotných poisťovní za stavajúcich podmienok výrazne zlepšila. Hlavnými dôvodmi sú stále nákladnejšie liečby, demografický vývoj obyvateľstva, technologicky vyspelé medicínske prístroje, minimálna valorizácia platieb za štátom hrađených poistencov.

V úvode autor stanovil hlavný cieľ diplomovej práce a tým bolo navrhnuť optimálny počet zdravotných poisťovní v Českej republike a nájsť potenciálne možnosti finančných prostriedkov, ktoré by viedli k úsporám v systéme verejného zdravotného poistenia prostredníctvom zdravotných poisťovní. Vedľajším cieľom diplomovej práce je charakterizovať výhody unitárneho systému verejného zdravotného poistenia.

Problematika je podrobnejšie opísaná v teoretickej časti, z ktorej autor vychádza pre časť praktickú. V nej autor rozoberá konkrétne témy a javy, ktoré vedú k zbytočným výdajom v zdravotníctve. Jedná sa hlavne o-

- Výber poisťného a revízná činnosť
- Efektivita financovania zdravotníckych služieb
- Hospodárenie zdravotných poisťovní
- Prebytočný počet zdravotných poisťovní
- Unitárny systém verejného zdravotného poistenia

Zo zistených údajov v prakticko – analytickej časti autor dospel k týmto stanoviskám:

1. Zlepšenie revíznej činnosti - redundantná zdravotná starostlivosť vysáva zo systému verejného zdravotného poistenia nemalé čiastky. Pacient podstupuje rovnaké vyšetrenia dva a viackrát a zdravotné poisťovne týchto pacientov nesledujú. Prejavuje sa tak určitá nekoordinovanosť jednotlivých zdravotných poisťovní v revíznej činnosti.
2. Povinné zverejňovanie zmlúv zdravotných poisťovní – autor v práci podotkol, že tento návrh už predložil minister zdravotníctva Svätopluk Němeček na jednaní vlády. Tento krok by pomohol zdravotníckym zariadeniam pri vyjednávaní zmluvných podmienok so zdravotnou poisťovňou. Výsledkom by mohli byť jednotné úhrady za rovnaké výkony medzi zdravotníckymi zariadeniami.
3. Zníženie počtu zdravotných poisťovní a zavedenie unitárneho systému verejného zdravotného poistenia - autor už v práci uviedol, že počet zdravotných poisťovní je z hľadiska ich financovania nadbytočný. Opačný názor majú predstavitelia odborových zdravotných poisťovní kde argumentujú, že konkurenčné prostredie je nutné. Autor sa domnieva, že jediný priestor kde si zdravotné poisťovne môžu konkurovať tvoria ponuky preventívnych programov.

Z dôvodovej správy k zákonu č. 280/1992 Sb., o resortných, oborových, podnikových a ďalších zdravotných pojišťovniach, ktorá je podrobne rozobratá v kapitole 4.4 jasne vyplýva, že je potreba zmeniť celý systém zdravotných poisťovní.

Autor podotýka, že v dnešnej dobe je tato dôvodová správa na Ministerstve zdravotníctva ČR ale podľa zamestnanca ministerstva zdravotníctva nie je politická vôľa tento zákon novelizovať. Autor necháva na čitateľov tejto práce aby si samy uvážili prečo tomu tak je... Autor len konštatuje, že pravdepodobne vyhral lobbying niektorých zdravotných poisťovní nad racionalitou systému, pretože touto novelizáciou zákona by mnohé zdravotné poisťovne pravdepodobne zanikli, alebo by sa dostali do existenčných problémov.

Ako príklad na zavedenie jednej zdravotnej poisťovne si vzal autor situáciu na Slovensku, kde sa Vláda Slovenskej republiky rozhodla riešiť efektivitu využívania zdrojov z verejného zdravotného poistenia zavedením unitárneho systému verejného zdravotného poistenia. O zavedení tohto projektu autor píše v kapitole 4.6. Autor zdôrazňuje, že zámer Vlády Slovenskej republiky nemusí primárne prispieť k zlepšeniu kvality a dostupnosti zdravotníckej starostlivosti, ale určite tento projekt zníži odtok finančných prostriedkov zo zdravotníctva do nemedicínskej časti (prevozne a režijné náklady zdravotných poisťovní). Tento projekt môže byť inšpiratívny i pre Českú republiku v prípade, že sa na Slovensku tento projekt osvedčí a zvýši sa kvalita a dostupnosť zdravotníckej starostlivosti.

Literatúra

ALENA MAAYTOVÁ. *Otázky ekonomiky zdravotnictví s ohledem na zvyšování efektivity*. Vyd. Praha: Wolters Kluwer, 2012, 164 s. ISBN 978-80-7357-912-8.

DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. Vyd. 1. Praha: Oeconomica, 2005, 228 s. ISBN 80-245-0998-9.

PETR SADÍLEK, *České zdravotnictví, vize a skutečnost*. Vyd. Praha: Karolinum, 2005, 252 s. ISBN 80-246-0944-4.

PIKOLA, Pavel, ŘÍHA Milan. *Služby sociální péče v domovech pro seniory*. Vyd. Praha: Námořní akademie České republiky, 2010, 148 s. ISBN 978-80-87103-29-6.

NĚMEC, Jiří. *Principy zdravotního pojištění*. Vyd. Praha: Grada Publishing, 2008, 240 s. ISBN 978-80-247-2628-1.

ZLÁMAL, BELLOVÁ. *Ekonomika zdravotnictví*. Vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2013, 249 s. ISBN 978-80-7013-551-8.

Elektronické zdroje

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA [online]. [cit. 2009-01-03]. Základní údaje o ČPZP. Dostupné z: <<http://www.cpzp.cz/clanek/45-0-Zakladni-udaje-o-CPZP.html>>

GAJDÁČEK, Jaromír. Hospodaření zdravotních pojišťoven. [online]. 2009, č. 07 [cit. 2009-07-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-pacientskelisty>

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVI ČR. 1. Důvodová správa k zákonu č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. [online]. 2008. Dostupné z: www.mzcr.cz

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ZAMESTNANCŮ BANK, POJIŠTOVEN A STAVEBNICTVÍ [online]. O pojišťovně. Dostupné z: http://www.ozp.cz/index.php?o_pojistovne

REVIRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA [online]. Základní informace. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/zakladni-informace/>

ROKOVANIE VÁLADY SLOVENSKEJ REPUBLIKY. Projekt zavedenia unitárneho systému verejného zdravotného poistenia v Slovenskej republike. Dostupné z: <http://www.rokovania.sk/Rokovanie.aspx/BodRokovaniaDetail?idMaterial=21664>

TŮMA a P. KOŽENÝ. Co se změnilo po zavedení DRG v České republice. Co se změnilo po zavedení DRG v České republice [online]. 2009, č. 33 [cit. 2013-05-16]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/15709>

ÚSTAV ZDRAVOTNÍCKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. [online]. [cit. 2012-11-01]. Zdravotnická ročenka České republiky. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/katalog/rocenky/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky>

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY [online]. O nás. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/>

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY. [online]. Zmena v platbe poistného na zdravotnom poistení. 2013. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/archiv-aktualit/Zmeny-v-platbe-pojistneho-na-zdravotniho-pojisteni-od-1.1.2014/>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY [online]. [cit. 2010-01-12]. Přístup k informacím. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/pristup-kinformacim>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution of the world health organization. 2006. Dostupné z: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

ZAMESTNANĚCKÁ POJIŠTOVNA ŠKODA [online]. Profil. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/profil>

ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY [online]. Informace dle zákona č. 106/1999 Sb. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/informace-o-zp-mv-cr>

ZVOLENSKÁ. Jedna zdravotná poisťovňa sa nezrealizuje, kým nebudú peniaze. Dostupné z: <http://www.zdravotna.sk/2013/12/29/jedna-zdravotna-poistovna-sa-nezrealizuje-kym-nebudu-peniaze/>

Výročné správy

ČESKÁ PRŮMYSLOVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA [online]. Výroční zpráva České průmyslové zdravotní pojišťovny za rok 2011. Dostupné z: <http://www.cpzp.cz/clanek/50-0-Ekonomicke-informace.html>

OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ZAMESTNANCŮ BANK, POJIŠTOVEN A STAVEBNÍCTVÍ [online]. Výroční zpráva Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví za rok 2011. Dostupné z: <http://www.ozp.cz/tiskove-centrum/vyrocní-zpravy>

REVÍRNÍ BRATRSKÁ POKLADNA [online]. Výroční zpráva Revírní bratrské pokladny za rok 2011. Dostupné z: <http://www.rbp-zp.cz/o-nas/vyrocní-zpravy/>

VOJENSKÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY [online]. Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2011. Dostupné z: <http://www.vozp.cz/cs/o-pojistovne/informace-dle-zakona/vyrocní-zpravy/>

VŠEOBECNÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA ČESKÉ REPUBLIKY [online]. Výroční zpráva Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky za rok 2011. Dostupné z: <http://www.vzp.cz/o-nas/dokumenty/vyrocní-zpravy>

ZAMĚSTNANĚCKÁ POJIŠTOVNA ŠKODA [online]. Výroční zpráva Zaměstnanecké pojišťovny Škoda za rok 2011. Dostupné z: <http://www.zpskoda.cz/o-nas/vyrocní-zpravy>

ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA MINISTERSTVA VNITRA ČESKÉ REPUBLIKY [online]. Výroční zpráva Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra České republiky za rok 2011. Dostupné z: <http://www.zpmvcr.cz/pojistovna-211/vyrocní-zpravy/>

Legislativa

Zákon č. 48/1997 Sb., O veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů

Zákon č. 592/1992 Sb., O pojistném na veřejné zdravotní pojištění

Zákon č. 551/1991 Sb., O Všeobecné zdravotní pojišťovně, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 280/1992 Sb., o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách