

Vývoj zdravotního pojištění

MUDr. Pavel Vepřek

ředitel odboru strategie a rozvoje VZP

O čem si budeme povídat

- jak to u nás všechno začalo
- proč se zdravotní systémy reformují a jakým směrem
- co nabízí soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění
- v čem se liší veřejné a soukromé zdravotní pojištění
- co vypadá jako řešení (Nizozemí)
- co „asi“ přinesou nové zákony

Vývoj zdravotního pojištění u nás I

- 1859 živnostenský zákon (nemocenské pokladny pro zaměstnance)
- 1924 rozšíření (221/1924 Sb. o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří)
- 1948 jednotné národní pojištění (99/1948 Sb.)
- 1952 oddělení důchodového pojištění, zdravotní péče poskytována státem, nemocenské dávky ROH
- 1991 uzákonění veřejného zdravotního pojištění (550/91 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění, 551/91 Sb. o VZP), rušení KÚNZ a OÚNZ

Vývoj zdravotního pojištění u nás II

- 1992 zdravotnictví financováno ze státního rozpočtu přes VZP (280/92 Sb. o rezortních, oborových, zaměstnaneckých a jiných ZP)
- 1993 zahájen výběr pojistného
start plurality v pojišťovenském systému (27-8)
- 2005 100% přerozdělení dle věku, kompenzace nákladné péče
- 2007 regulační poplatky s limitem 5 000 Kč
změny v regulaci úhrad léků (novela 48/1997 Sb.)



regulovaný trh ve zdravotní pojištění

Proč všichni reformují zdravotnictví

- po tisíciletí – přímý vztah mezi pacientem a lékařem (pečovateli...)
- průmyslová revoluce – vznik nemocenských pokladen pro zaměstnance (Bismark)
- mezi válkami – 1/3 prostředků pokladen vynakládáno na zdravotní péči
- poválečné období – finanční problémy plátců i poskytovatelů, poptávka po zásahu státu, vznik modelu Národní zdravotní služby (Beveridge, Semaško)
- 70. léta – rozvoj medicíny, potíže národních i pojišťovenských systémů (růst nákladů, nespokojenost pacientů,...)



**narušení přirozeného vztahu mezi
pacienty a lékaři (selhání „třetí strany“)**

5

Nabídka soukromého zdravotního pojištění

- základní (principal) – není veřejné zdravotní pojištění nebo na něj nemá jedinec nárok (cizinci z nesmluvních zemí)
- náhradní (substitute) – celý rozsah služeb v.z.p. pro ty, kteří z něj mají možnost vystoupit (Německo, dříve Nizozemí)
- doplňkové (complementary) – krytí dodatečných nákladů spojených s čerpáním služeb hrazených z v.z.p. (Francie)
- dodatkové (supplementary) – ke krytí služeb vyloučených z v.z.p. nebo lepší kvality a dostupnosti (klasické připojištění)
- duplicitní (duplicate) – k úhradě péče, která by měla být dostupná z v.z.p., ale není (Velká Británie)



malý podíl na celkových výdajích (pod 10 %)

6

Srovnání typů zdravotního pojištění

- sociální (veřejné zdravotní) pojištění
 - povinné
 - procento z příjmu
 - poskytování věcné dávky
 - malá orientace na potřeby individuálního klienta, malá adaptabilita na změny, nízké provozní náklady, univerzalita
- soukromé (dobrovolné) zdravotní pojištění
 - dobrovolné
 - cena pojistky podle rizika
 - úhrada škodová (peníze zdravotnickému zařízení) nebo obnosová (peníze pojištěnci)
 - vysoká orientace na klienta, pružnost, vysoké provozní náklady, není pro všechny



hledání možností jejich propojení

7

Hlavní trendy změn



občan	konzument	zákazník
zdravotník	autorita, dárce	partner, poskytovatel služby
pojišťovna	plátce, distributor	kupec, organizátor
stát	„vše v jednom“	regulátor
zdravotnictví	řízené nabídkou	řízené poptávkou

přídělový systém



regulovaný trh

8

Regulovaný trh ve zdravotním pojištění

- regulace (srovnatelné výchozí podmínky pro všechny)
 - kompenzace rizik (přerozdělení solidární části pojistného)
 - ochrana spotřebitele
 - pojištění (otevřenost, základní balík, pevná struktura nabídky, finanční rezerva)
 - zdravotní péče - kvalifikace, technika ...
 - průmysl - správná výrobní praxe
 - náhrada tržních signálů - regulační poplatky
- trh (zpětná vazba, efektivita, kvalita)
 - průmysl (jako dosud)
 - poskytovatelé zdravotní péče (pryč od státu)
 - pojišťovny (místo veřejné správy služba)
 - stát a politici (místo přímého vlivu pravidla)
 - **občané (zákazníci poskytovatelů, pojišťoven, průmyslu i politiků)**
 - **informace**
 - **kupní síla - rozdělení pojistného (solidární a individuální část)**

Jak na to jdou v Nizozemí od 1.1.2006

- povinné soukromé pojištění
 - 6,5 (4,5) % příjmu přes fond přerozdělení
 - nominální platba kol 1 100 EUR ročně (flat rate premium), možnost slevy pro skupiny, nemajetným přispívá stát
- soukromé zdravotní pojišťovny (ziskové i neziskové)
 - otevřené pro všechny
 - jednotný základní balík péče stanovený zákonem
 - jedna cena pojistky
 - mohou si vybrat mezi věcnými dávkami nebo pokladenským způsobem a výší spoluúčasti
 - mohou vyplácet bonusy za nečerpání služeb



náklady se snížily o 50 EUR na hlavu
200 000 lidí se nepojistilo

Zákon o veřejném zdravotním pojištění I.

- vymezení služeb hrazených v.z.p.
 - výčet nehrazených služeb v příloze zákona
 - pozitivní výčet ve specifických oblastech (prevence)
 - možnost připlácení za nadstandard
 - možnost proplacení nehrazené péče (jediná alternativa, po schválení)
- rozsah úhrady zdravotních služeb
 - standardní – pojištěnec, který si plní povinnosti
 - minimální – neplatiči a pojištěnci plánu s vyšší spoluúčastí, bez spoluúčasti jen neodkladná péče (stanovena v příloze zákona). Limit spoluúčasti jen pro platiče.
- dostupnost zdravotních služeb
 - místní – dojezdový čas z nahlášeného bydliště
 - časová – objednací doba

Zákon o veřejném zdravotním pojištění II.



- příjmy
 - 99,5% do přerozdělení (věk, nákladná péče, chronici)
 - sankce do přerozdělení
 - odvody x pojistné
- výdaje – zdravotní plány

	neřízení přístupu	řízení přístupu
minimální úhrada	zdravotní plán s vyšší spoluúčastí	zdravotní plán řízené péče s vyšší spoluúčastí
standardní úhrada	standardní zdravotní plán	zdravotní plán řízené péče

- věcné bonusy, podíl na kladném hospodářském výsledku (všem pojištěncům)
- autorizace k poskytnutí péče, rizikové kontrakty, čekací listiny ...
- oblast působnosti plánu (okresy – nad 5% pojištěnců, nad 500 tis. celá ČR)

Zákon o Úřadu pro dohled nad ZP

- ústřední orgán státní správy pro dohled nad zdravotními pojišťovnami
- financován z rozpočtu a příspěvků pojišťoven (0,06% ze základu)
- předseda jmenován na 5 let prezidentem, „neodvolatelný“
- činnosti:
 - povolovací – licence, plány, schvalování specifických podmínek
 - kontrolní – finanční zdraví, dostupnost péče, společné činnosti ZP
 - exekutivní – nápravná opatření
- informační povinnost k vládě, sněmovně, veřejnosti
- popsán v zákoně o zdravotních pojišťovnách

Zákon o zdravotních pojišťovnách

- a.s. s výhradním předmětem podnikání ve v.z.p.
- licence k provozování v.z.p + povolení k provozování zdravotního plánu
- 500 000 pojištěnců – jeden celostátní plán
- fond minimální hotovostní rezervy – 3% z pojistného za 1 rok
- regulace provozních nákladů a zisku (5 let)
 - zisk v rámci limitu provozních nákladů
 - zisk v rámci hlavní činnosti – podělí se s pojištěnci
 - nechá se na příští rok v rezervě
 - vyplatí se stejná částka všem pojištěncům
- Kancelář zdravotních pojišťoven
 - CMÚ, registry, ...
- transformační zákon bude předložen současně s § zněním

14

Další chystané zákony

- o univerzitních nemocnicích a univerzitních pracovištích
 - akcie – 34% univerzita, 66 % stát
- o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
 - náhrada 20/1966 Sb. a jeho novel
- o specifických zdravotních službách
 - př. asistovaná reprodukce, sterilizace, psychochirurgické výkony...
- o zdravotnické záchranné službě

Děkuji za pozornost.