

Seminární práce do předmětu

Sociální politika pro národohospodáře

Téma: Osobní účty ve zdravotnictví

Vypracoval: Martin Balcárek
Datum prezentace: 28. duben 2006

Tato práce se převážně opírá o práce prof. Roberta Holmana, v kterých se zabývá nejen osobními zdravotními účty ale i celkovou reformou a osobními penzijními účty, za což bych mu chtěl na tomto místě poděkovat. Zároveň bych chtěl poděkovat společnosti CEP (Centrum pro ekonomiku a politiku), která umožňuje – pořádáním seminářů – diskusi na mnoho zajímavých ekonomických témat, jedním z témat bylo právě téma osobních zdravotních účtů.

Obsah

1. Úvod	4
2. Osobní zdravotní účty.....	5
2.1. Utopené náklady.....	5
2.2. Singapurský systém sociální a zdravotní péče	6
3. Návrh modelu osobních zdravotních účtů	10
4. Závěr.....	16
5. Použitá Literatura:	17

1. Úvod

Zdravotní pojištění je poznamenáno stejnými problémy jako každé jiné pojištění. Platba pojistného je pro člověka „utopeným nákladem“, protože kdyby se rozhodl zdravotní služby nečerpat, nemůže pojistné ušetřit. V okamžiku čerpání jsou tudíž zdravotní služby pro pojištěnce již „volným statkem“. To má významný vliv na způsob čerpání zdravotních služeb ze strany pojištěnců-pacientů. Je-li zboží nebo služba volným statkem, má člověk tendenci spotřebovávat jej nadměrně. Protože mají lidé (v okamžiku čerpání zdravotní péče) zdravotní služby zadarmo a nepocítují její náklady, vyžadují mnozí z nich nadměrné nebo zbytečné zdravotní služby. Lékaři, oceňovaní za výkony, jsou podobně motivováni k nadměrnému poskytování zdravotních služeb.

V tom se skrývá ekonomická neefektivnost, protože společenské náklady na volný statek ve skutečnosti nejsou nulové. Ekonomická neefektivnost poskytování volného statku je v nadměrnosti jeho spotřeby i poskytování. Dochází tím k porušení optimální (efektivní) alokace vzácných ekonomických zdrojů, které jsou nadměrně alokovány do zdravotnictví na úkor jiných statků.

Dá se tento problém změnit? Zkusíme se na to podívat. Nejprve se věc podíváme ekonomickým pohledem. Poté si ukážeme možnost osobních zdravotních účtů a detailněji si představíme jak funguje v jiných zemích – konkrétně v Singapuru. A v závěru práce zkusíme navrhnout model osobních zdravotních účtů.

2. Osobní zdravotní účty

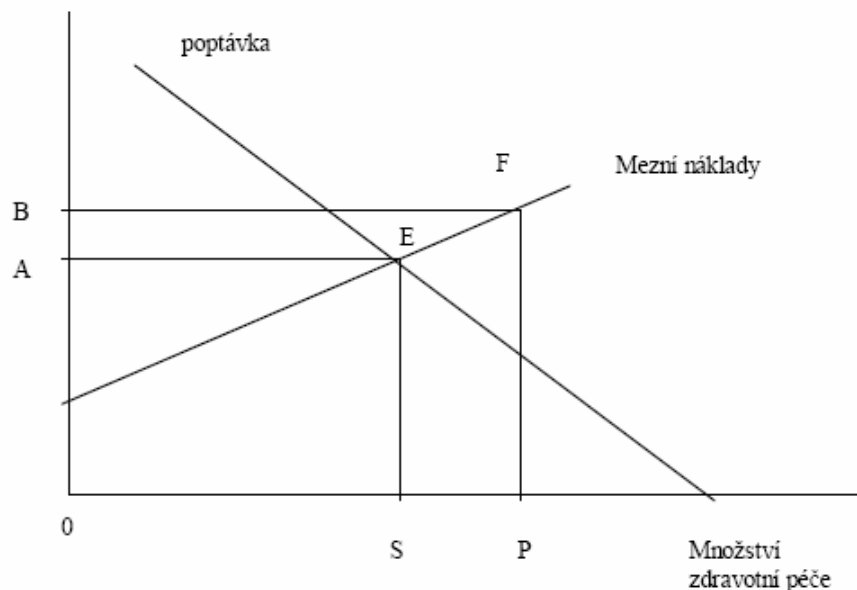
2.1. Utopené náklady

Existuje nějaký systém, ve kterém by pojištěnec – pacient vystupoval jako skutečný zákazník zdravotní péče? To je otázka, na kterou se těžko odpovídá, ale zkusme se podívat na systém osobních zdravotních účtů. Osobní zdravotní účty fakticky představují nahrazení zdravotního pojištění zdravotním spořením. Spoření totiž (na rozdíl od pojištění) nečiní ze zdravotních služeb volné statky a tím uchovává ekonomické motivace k racionálnímu čerpání zdravotní péče. Náklad pacienta v okamžiku čerpání zdravotní péče již není utopeným nákladem nýbrž stává se nákladem obětované příležitosti.

Obrázek 2-1 ukazuje rozdíl mezi zdravotním pojištěním a zdravotním spořením (osobními zdravotními účty). Klesající křivka je poptávka po zdravotní péči a rostoucí křivka je křivka mezních nákladů na zdravotní péči (definovaných jako přírůstek nákladů na dodatečnou jednotku zdravotní péče). Předpokládejme, že je zdravotní péče financována z pojištění a že neexistuje žádná další finanční spoluúčast pacientů. Dále předpokládejme, že stát a zdravotní

Obrázek 2-1: Rozdíl mezi zdravotním pojištěním a zdravotním spořením

Jednotkové náklady
na zdravotní péči



pojišťovny jsou schopny uhradit veškeré náklady poptávané zdravotní péče. V tom případě množství poptávané a poskytované zdravotní péče udává úsečka OP a celkové náklady na zdravotní péči jsou dány plochou obdélníka OBFP. Jestliže však zdravotní péče bude financována z osobních zdravotních účtů potenciálních pacientů, bude množství poptávané a poskytované zdravotní péče dáno úsečkou OS a celkové náklady na zdravotní péči budou dány plochou obdélníka OAES.

Situace zobrazená na obrázku 2-1 se zdá být příliš agregovaná a schematická (jak by mohla být zdravotní péče měřena ve stejných „jednotkách“?). Ukazujeme si však pouze princip problému a jeho řešení. Obdobným obrázkem by bylo možné zobrazit a modelovat každou jednotlivou zdravotní péči (její poskytování, čerpání a náklady na ni), ať už by se jednalo o předepsání léků proti bolestem hlavy nebo operaci žlučníku.

Podívejme se nyní na zkušenosti jedné z několika zemí (např. Singapuru, USA, Jihoafrické republiky a dalších), které mají systém zdravotního spoření nebo s ním experimentují. Pojďme se ukázat podrobněji Singapurský systém.

2.2. Singapurský systém sociální a zdravotní péče

K pochopení systému zdravotní péče je třeba pochopit celý systém sociálního zabezpečení, který je v Singapuru velice centralizovaný a paternalistický a vůbec není založen na tržních principech. Počty lékařů jsou státem kontrolovány a limitovány, ceny zdravotnických služeb a léků jsou stanoveny státem a trhy ve zdravotnictví prakticky neexistují. Přesto v sobě singapurský systém obsahuje mechanismy, které silně motivují lidi k racionálnímu a úspornému chování a posilují jejich vědomí odpovědnosti za sebe sama.

Od získání nezávislosti vytvořila vládnoucí Strana lidové akce paternalistický až autoritativní systém vlády s centralizovaným a extenzivním programem sociální péče. Tento systém však (na rozdíl od většiny ostatních vyspělých i rozvojových zemí) vyžaduje od lidí povinné spoření (nikoliv pojištění) na financování jejich sociální a zdravotní péče. Jádrem singapurského systému sociálního zabezpečení je Ústřední fond péče, který vede občanům osobní účty. Lidé na tyto účty povinně spoří a z nich též hradí sociální a zdravotní služby. Postupem času získali majitelé účtu větší volnost v nakládání s prostředky například na

spláčení hypoték nebo na vzdělání. V roce 1994 bylo v Singapuru 2,4 milionů těchto účtů a na nich celková suma představující 72 % hrubého domácího produktu.

Platby na účty mohou posílat jak zaměstnanci tak zaměstnavatelé (což se také děje), ale účty jsou ve vlastnictví zaměstnanců. Povinná platba na účet činí 40 % mzdy (20 % hradí zaměstnanec a 20 % jeho zaměstnavatel), maximálně však 6 000 singapurských dolarů měsíčně (průměrná mzda je 30 000 dolarů). Tyto úspory (jak v okamžiku vzniku tak v okamžiku čerpání) nepodléhají zdanění. Účty jsou úročeny a úrok rovněž není zdaňován.

Celkový příspěvek je rozdělen na tři účty: obyčejný účet, zdravotní účet a speciální účet. Na obyčejný účet jde 30 % mzdy a lze z něho hradit bytové investice, náklady dětí na vysokou školu, některé druhy pojištění a příspěvky na penzijní účet rodičů. Na zdravotní účet jde 6-8 % mzdy (podle věku) a lze z něho hradit pobyty v nemocnicích a některé další druhy zdravotní péče. Na speciální účte jdou 4 % mzdy a tento slouží pro důchodový věk.

Tímto způsobem motivuje stát své občany k tomu, aby kupovali statky základní potřeby (jako je bydlení, zdraví nebo vzdělání) z vlastních účtů, zatímco v jiných zemích jsou tyto statky financovány z veřejných rozpočtů formou veřejných výdajů. Výsledek je zřejmý: tyto statky přestávají být pro občany Singapuru volnými či veřejnými statky a získávají charakter soukromých statků. To má zásadní význam, protože lidé o jejich spotřebě rozhodují na základě vlastní (i když omezené) spotřebitelské volby.

Další význam těchto osobních účtů tkví v tom, že platby na své účty nepokládají lidé za daně (jak tomu je v systémech veřejného pojištění) nýbrž za vlastní úspory. Osobní účty spravované státním Ústředním fondem péče tak vstupují do individuálního rozhodování o spotřebě a úsporách (což nelze říci o systémech veřejného pojištění).

Singapur zavedl osobní zdravotní účty v roce 1984. Tyto účty jsou ve vlastnictví lidí a ti z nich mohou hradit mnoho druhů zdravotní péče včetně pobytu v nemocnicích. Lidé vědí, že zdravotní péči za ně neplatí nikdo třetí nýbrž že ji platí oni sami, a toto vědomí je motivuje k uvážlivému a úspornému chování.

Zdravotní péče je založena na povinném spoření na osobní zdravotní účty **Medisave**. Program Medisave byl založen v roce 1984. Platba na zdravotní účet činí 6 % mzdy do věku 35 let, 7 % mzdy do věku 45 let a 8 % mzdy ve věku nad 45 let. Přitom však platí maximální limity měsíčního příspěvku (350 resp. 420 singapurských dolarů). Dosáhne-li stav na účtu 16 000

dolarů (u důchodců 11 000 dolarů), jsou peníze nad tuto částku automaticky převáděny ze zdravotního účtu na obyčejný účet.

Ze zdravotního účtu lze především hradit pobyt v nemocnici (a to i soukromé) a některé další zdravotní služby. Existují však hranice. Pacient může z účtu hradit až 300 dolarů za den pobytu v nemocnici, až 50 dolarů za návštěvu praktického lékaře, až 5000 dolarů za chirurgický zákrok, až 150 dolarů denně (maximálně 3000 dolarů ročně) za psychiatrickou léčbu a také za porod dítěte (prenatální a postnatální péči však musí hradit „z peněženky“). Veškeré zbývající sumy již musí pacient hradit „z peněženky“. Protože většina ambulantních zdravotních zákroků není z účtu Medisave hrazena, velcí zaměstnavatelé obvykle svým zaměstnancům na krytí nákladů přispívají.

K programu Medisave má Singapur ještě program **Medishield**. Ten vznikl později jako reakce na skutečnost, že z účtů Medisave nelze pokrýt všechnu zdravotní péči, přitom ale lidé s velmi nízkými příjmy nebyli schopni uhradit zbývající částky „z peněženky“. Týkalo se to hlavně případů nákladnější nebo dlouhodobé zdravotní péče. Medishield byl zahájen v roce 1990 jako program „katastrofického“ pojištění zejména pro hrazení dlouhodobých pobytů v nemocnici.

Roční platby na Medishield jsou automaticky odváděny z osobních účtů Medisave ve výši od 12 dolarů (lidé do 30 let) do 132 dolarů (při věku 66-70 let). Medishield hradí pobyt v nemocnici, pokud přesáhne 1,5-násobek průměrné délky hospitalizace.

Kromě účtů Medisave a programu Medishield má Singapur ještě program **Medifund**, který je určen na pomoc chudým lidem s velmi malými sumami na zdravotních účtech. Příspěvky na zdravotní péči z tohoto programu nejsou automatické, ale jsou přidělovány na principu „případ od případu“.

Většina zdravotní péče je v Singapuru hrazena ze zdravotního spoření, tj. ze zdravotních účtů. V roce 1992 pouze 19 % nákladů na zdravotní péči bylo hrazeno ze státních subvencí.

Výsledky singapurského systému jsou povzbuzující. Podíl celkových nákladů na zdravotnictví se pohybuje kolem 3 % HDP (v ČR tyto náklady přesahují 7 % HDP). Úroveň zdravotní péče je srovnatelná s Japonskem a USA. Platy lékařů jsou vysoké: mladí lékaři vydělávají v průměru pětkrát a starší lékaři šestkrát více než činí průměrná mzda (což jsou relace obvyklé v USA). Nutno ovšem říci, že relativně vysoké platy lékařů nejsou výsledkem

systému zdravotních účtů nýbrž spíše výsledkem vládní kontroly počtu lékařů. Vláda striktně omezuje celkový počet lékařů, kontroluje podíl lékařů specialistů (zhruba na 40 %) a také množství i rozdělování nákladné technologie ve zdravotnických zařízeních. Vláda též podporuje růst privátních nemocnic, nikoli však jejich subvencováním nýbrž spíše omezováním růstu lůžek ve veřejných nemocnicích. Soukromé nemocnice poskytují kolem 30 % lůžek. Vládní financování veřejných nemocnic je založeno na „hvězdičkování“: nemocnice jsou rozděleny do pěti kategorií podle kvality a luxusu poskytované péče, přičemž nejvíce jsou subvencovány nemocnice nejnižší kategorie, zatímco nemocnice nejvyšší kategorie již nejsou subvencovány vůbec a soutěží tudíž se soukromými nemocnicemi.

Evropské systémy průběžného financování a státem garantovaného pojištění nevyvolávají v lidech žádný pocit odpovědnosti za své stáří. Mladí lidé vědí, že dnes platí na důchody starých lidí a až budou staří, jiní lidé budou muset platit na ně. Tato neosobní a státem vynucená solidarita ve skutečnosti ničí opravdovou mezigenerační solidaritu, kdy se mladí lidé starají o své rodiče, protože vědí, že se ti starali o ně.

Singapurský model sociálního zabezpečení především podporuje filosofii spoření. Míra úspor singapurských domácností dosahuje 46 %. Systém sociálního zabezpečení, založený na spoření, podporuje motivace lidí k předcházení zdravotním a jiným životním rizikům a vyvolává v nich pocit odpovědnosti za sebe sama – za své zdraví a stáří.

3. Návrh modelu osobních zdravotních účtů

Osobní zdravotní účty fakticky představují nahrazení zdravotního pojištění zdravotním spořením. Model osobních zdravotních účtů předpokládá, že by došlo k převedení části dnešního systému zdravotního pojištění, popřípadě i nemocenského pojištění na systém osobních zdravotních účtů. Princip spočívá v tom, že pojištěnec by se fakticky stal majitelem svého osobního zdravotního účtu a z něho by čerpal finance na úhradu své zdravotní péče, popř. na své finanční zabezpečení v případě pracovní neschopnosti. Pokud by stav svého osobního zdravotního účtu v daném období přečerpal, musel by přečerpání doplatit. Pokud by naopak v daném období stav svého účtu nevyčerpal, mel by nárok na vyplacení nevyčerpaného zůstatku v hotovosti, popř. by mu zdravotní pojišťovna tuto částku převáděla na zákonem stanovené účely. Zdravotní péče by tak pro člověka přestala být volným statkem a stala by se normálním statkem, za který musí platit. Tím by se u lidí vytvářeli nové motivace k úspornému čerpání zdravotní péče a dlouhodobě také ke zdravému způsobu života.

K fungování tohoto modelu je třeba vyřešit jednak dispozici se zůstatky osobních zdravotních účtů a jednak zabudování zdravotní solidarity, a to jak mezi jednotlivými zdravotními (věkovými) skupinami lidí tak i „uvnitř“ každé takové skupiny. Z důvodu nezbytné solidarity ve zdravotní péči by zřejmě nebylo možné se obejít bez nějaké formy solidárního fondu. Z tohoto fondu by pak byla hrazena mimořádná a nákladná zdravotní péče.

Solidarita by byla do systému osobních zdravotních účtů zabudována diferencovanými přiděly peněz na účty pojištěnců podle zdravotních skupin, kdy by lidé z mladších zdravotních skupin dostávali menší každoroční přiděly než lidé ze starších zdravotních skupin.

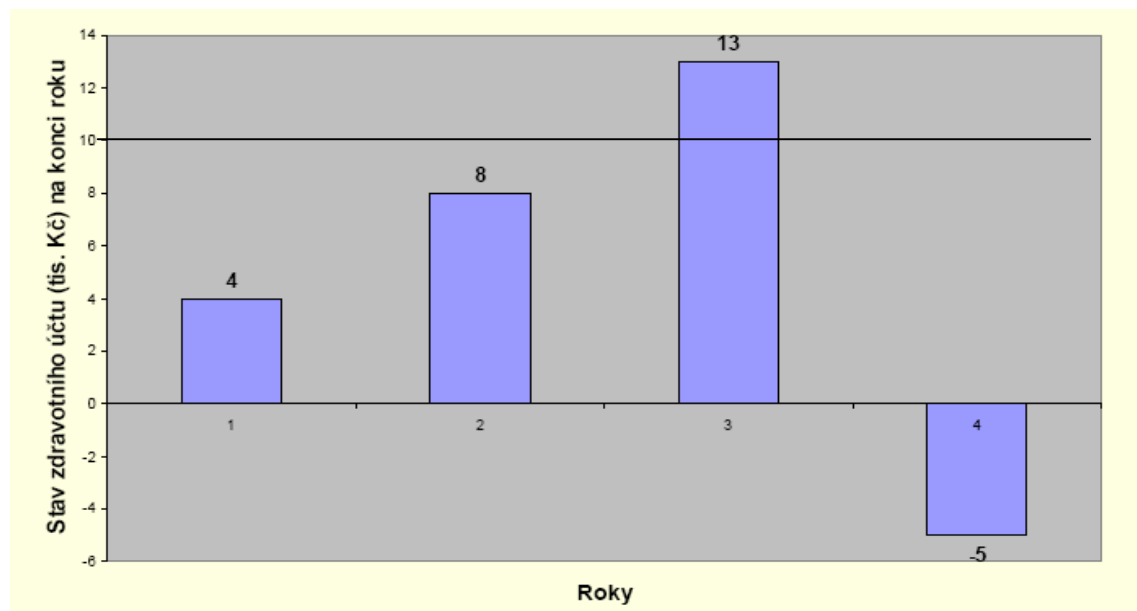
Největší část zdravotní péče čerpají starší lidé (převážně lidé v důchodovém věku), jejichž osobní zdravotní účty by pak byly permanentě přečerpávané, zatímco mladší lidé by své zdravotní účty nevyčerpávali na zdravotní péči. Solidaritu lze do systému osobních zdravotních účtů snadno zabudovat tím, že přiděly peněz na osobní zdravotní účty by nebyly pro všechny stejné, nýbrž byly by odstupňovány podle zdravotních skupin obyvatel. Prakticky by to znamenalo, že pojištěnci by museli být rozděleni do více zdravotních skupin podle věku a pohlaví (věkových skupin by mohlo být 6 až 8). Pojišťovny by pak vybrané pojistné přerozdělili mezi své pojištěnce podle zdravotních skupin (v zákonem stanovených relacích).

Lidé z mladších zdravotních skupin by pak na své osobní zdravotní účty dostávali menší každoroční přiděly peněz než lidé ze starších zdravotních skupin. Sedmdesátiletá babička může na svůj zdravotní účet dostávat třeba šestkrát více peněz než dvacetiletý mladík. Tím bude do systému osobních zdravotních účtů zabudovaná solidarita mezi zdravotními skupinami a bude do značné míry řešen problém nerovnoměrného čerpání (nedočerpávání resp. přečerpávání) zdravotních účtů.

Následující příklady ukazují, jak by systém osobních zdravotních účtů fungoval v ideálním případě, kdy by pojištěnec z dané zdravotní skupiny vyčerpával na svou zdravotní péči zhruba tolik, kolik na účet dostává. Dejme tomu, že jde o pětadvacetiletého muže, který patří do zdravotní skupiny 20-30 let. Předpokládejme, že průměrné finanční čerpání zdravotní péče člověka v této věkové skupině je 5000 korun ročně. Dále předpokládejme, že by byl stanoven povinný minimální zůstatek osobního zdravotního účtu, a to na 10 000 korun. Sledujeme změny stavu osobního zdravotního účtu typického reprezentanta této zdravotní skupiny (ukazuje to obrázek 3-1), který každoročně dostává na svůj osobní zdravotní účet 5000 korun a v průměru (během delšího období) tuto částku také na zdravotní péči vyčerpává.

Na začátku prvního roku dostane na účet 5000 korun a tomto roce vyčerpá na zdravotní péči dejme tomu za 1000 korun. Zůstatek jeho zdravotního účtu na konci prvního roku je tedy 4000 korun.

Obrázek 3-1: Vývoj stavu osobního zdravotního účtu 25-letého muže (stavy ke konci roku)



Na začátku druhého roku dostane tento pojištěnec na svůj zdravotní účet opět přidělenou částku 5000 korun, takže má na účtu 9000 korun (zůstatek z konce prvního roku plus přiděl na začátku druhého roku). Předpokládejme, že v průběhu tohoto druhého roku vyčerpá na zdravotní péči zase jen 1000 korun. Pak má na konci roku na zdravotním účtu již 8000 korun.

Na začátku třetího roku dostane pojištěnec na účet opět 5000 korun, má tedy na něm již 13 000 korun. Během tohoto roku je úplně zdravý, nevyčerpá na zdravotní péči nic, takže má na konci roku na svém zdravotním účtu 13 000 korun. Tento zůstatek již o 3000 přesahuje povinný minimální zůstatek zdravotního účtu (10 000 korun). Těchto 3000 korun by již byly k jeho dispozici.

Mohou pak nastat různé varianty, jak by majitel zdravotního účtu mohl s takovým zůstatkem naložit. Nejliberálnější variantou je možnost, že mu pojišťovna vyplatí peníze v hotovosti. Další variantou je podmíněná dispozice s těmito penězi na stanovené účely: například na nadstandardní zdravotní péči, na splácení hypotéky na bydlení nebo na financování vzdělání. A konečně další variantou by mohl být automatický převod takového ustatou na pojištěncův osobní penzijní účet, pokud by existoval systém osobních penzijních účtů spravovaných státem. V dalších úvahách budeme pro jednoduchost předpokládat, že sou kladné zůstatky na zdravotním účtu vypláceny pojištěnci v hotovosti.

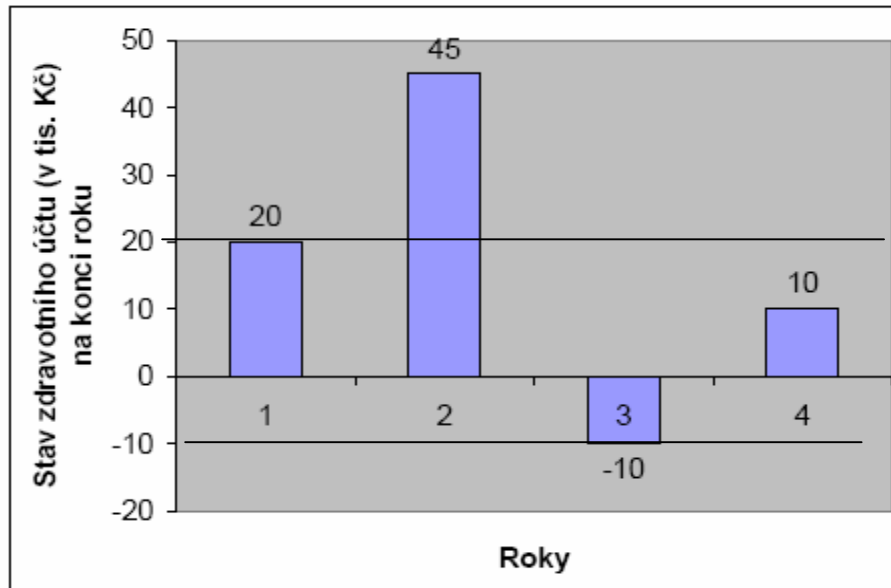
Pokračujme dále: na začátku čtvrtého roku dostane náš pojištěnec na svůj zdravotní účet opět přiděl 5000 korun, má tedy na účtu 15 000 korun. V tomto roce však není příliš zdravý a tak vyčerpá zdravotní péči za 20 000 korun. Na konci roku tedy jeho účet vykazuje záporný zůstatek – 5000 korun. Tuto částku bude muset pojišťovně uhradit.

Obrázek 3-1 ukazuje zóny, kde již dochází k zúčtování peněz mezi pojištěncem a pojišťovnou – jakmile zůstatek účtu na konci roku přesáhne povinný minimální zůstatek nebo jakmile se účet dostane do záporných čísel.

Obrázek 3-2 ukazuje vývoj osobního zdravotního účtu pojištěnce ze starší zdravotní skupiny 60-70 let. Předpokládejme, že průměrné čerpání zdravotní péče v této skupině pojištěnců je 30 000 korun ročně. Pak náš pojištěnec bude dostávat na svůj zdravotní účet každý rok částku 30 000 korun. Předpokládejme dále, že povinný minimální zůstatek zdravotního účtu by pro tuto zdravotní skupinu byl stanoven na 40 000 korun.

Na začátku prvního roku dostane tedy tento pojištěnec na svůj zdravotní účet 30 000 korun. Dejme tomu, že v prvním roce vyčerpá jen 10 000 korun, takže na konci roku bude mít na účtu 20 000 korun.

Obrázek 3-2: Vývoj stavu osobního zdravotního účtu důchodce (stavy ke konci roku)



Na začátku druhého roku dostane opět příděl 30 000 korun a bude mít tedy na účtu 50 000 korun. Během druhého roku vyčerpá na zdravotní péči dejme tomu 5000 korun, takže na konci druhého roku bude mít zůstatek 45 000 korun. Z nich 40 000 musí zůstat na účtu a 5000 korun dostane od pojišťovny proplaceno.

Na začátku třetího roku dostane tento pojištěnec opět na zdravotní účet příděl 30 000 korun. Má nyní na účtu 70 000 korun. V daném roce však závažně onemocní a vyčerpá zdravotní péči v hodnotě 80 000 korun. V tom případě bude mít na konci tohoto roku na účtu záporný zůstatek 10 000 korun, které bude muset pojišťovně uhradit.

Na začátku čtvrtého roku dostane náš pojištěnec opět na svůj účet příděl 30 000 korun. V tomto roce vyčerpá jen 20 000 korun, takže ke konci roku bude mít na zdravotním účtu 10 000 korun. Ty ovšem musí ponechat na účtu.

Pouhá zdravotní solidarita mezi jednotlivými zdravotními skupinami by však zřejmě pro naši zdravotnickou veřejnost i pro naši politickou scénu nebyla dostatečná. Závažným argumentem

proti navrhovanému systému osobních zdravotních účtů nepochybně bude, že člověk může náhle a nepředvídatelně onemocnět závažnou nemocí, vyžadující buď nákladnou operaci nebo nákladnou dlouhodobou léčbu, a na takovou zdravotní péči mu prostředky z jeho osobního zdravotního účtu zdaleka nemusí stačit (ať už patří do kterékoli zdravotní skupiny). Těmto námitkám lze čelit tím, že bude do navrhovaného systému osobních zdravotních účtů zabudován další druh solidarity, a sice solidární fond zdravotního pojištění: celková částka pojistného by se rozdělila na dvě části, z nichž jedna by šla na osobní zdravotní účty pojištěnců (přerozdělena dle zdravotních skupin) a druhá by šla do solidárního fondu.

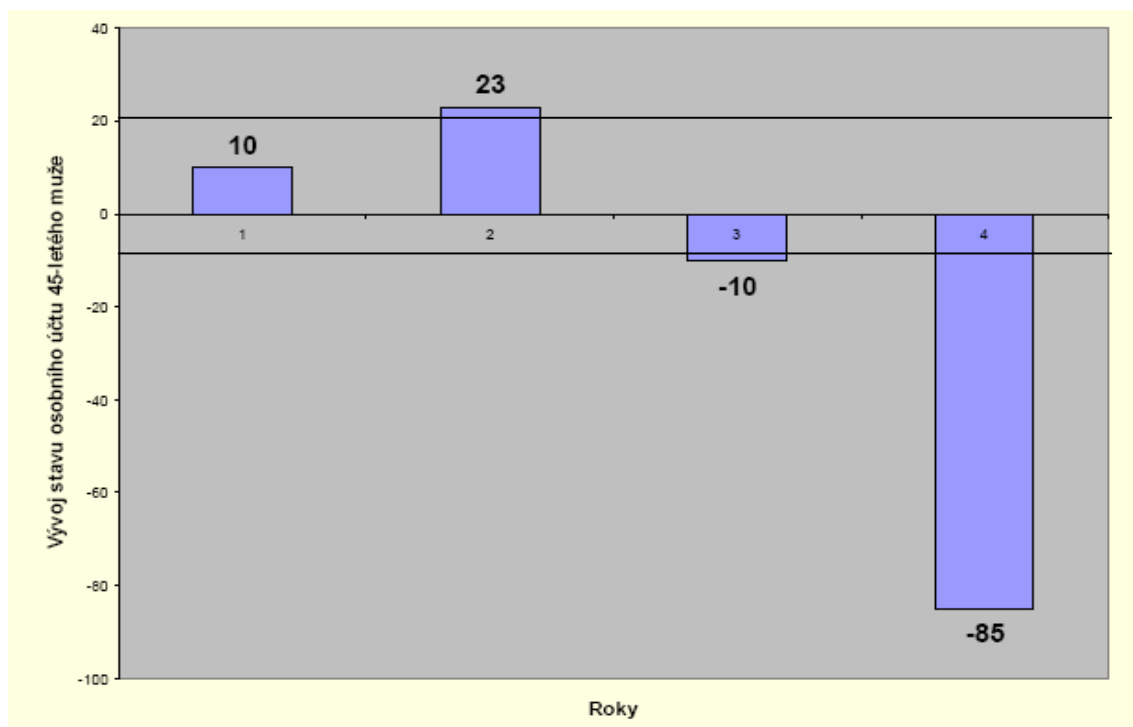
Solidární fond je možné pojmut tak, že by sloužil jako „záložní“ finanční balík pro hrazení jakékoli zdravotní péče pojištěnce, pokud by již pojištěnec vyčerpal zůstatek na svém zdravotním účtu a navíc zaplatil stanovenou částku ze svého.

Ukažme si toto řešení opět na příkladu (ukazuje obrázek 3-3). Pojištěnec ve věku 45 let dostává na svůj osobní zdravotní účet každoroční příděl 15 000 korun. Předpokládejme, že povinný minimální zůstatek osobního zdravotního účtu pojištěnce z této zdravotní skupiny (ke konci roku) by byl 20 000 korun. Dále předpokládejme, že je stanovena maximální hranice částky, kterou musí pojištěnec doplatit, přečerpá-li svůj zdravotní účet, a sice 10 000 korun. Tím je do systému zabudována solidarita. Dejme tomu, že v prvním roce vyčerpá tento pojištěnec zdravotní péči v hodnotě 5000 korun, takže má na konci roku na svém zdravotním účtu zůstatek 10 000 korun.

Na začátku druhého roku dostane opět příděl 15 000 korun a bude mít tedy na účtu 25 000 korun. Během druhého roku čerpá zdravotní péči pouze v hodnotě 2000 korun, takže na konci druhého roku bude mít zůstatek 23 000 korun. Z nich 20 000 musí zůstat na účtu a 3000 korun dostane od pojišťovny proplaceno.

Na začátku třetího roku dostane tento pojištěnec opět na zdravotní účet příděl 15 000 korun. Má nyní na účtu 35 000 korun (20 000 + 15 000). Během roku však čerpá zdravotní péči v hodnotě 45 000 korun. V tom případě bude mít na konci tohoto roku na účtu záporný zůstatek 10 000 korun, které bude muset pojišťovně uhradit.

Obrázek 3-3: Vývoj stavu osobního zdravotního účtu 45-letého muže (stavy ke konci roku)



Na začátku čtvrtého roku dostane náš pojištěnec opět na svůj účet přiděl 15 000 korun. Během tohoto roku však jde na nákladnou operaci a vyčerpá ze svého zdravotního účtu 100 000 korun. Na konci roku bude mít na zdravotním účtu záporný zůstatek 85 000 korun. Z nich musí 10 000 korun uhradit pojišťovně sám a zbývajících 75 000 korun bude uhrazeno ze solidárního fondu.

Obrázek 3-3 ukazuje zóny, kdy dochází ke konci roku k zúčtování peněz mezi pojišťovnou a pojištěncem. Horní (kladná) zóna představuje oblast, kdy pojišťovna vyplácí pojištěnci částky, které nevyčerpal na zdravotní péči. Přitom musí být zachována stanovená minimální hodnota zůstatku zdravotního účtu. Dolní (záporná) zóna je oblast, kde pojištěnec naopak doplácí pojišťovně částky, o které svůj zdravotní účet přečerpal. Avšak částky pod stanovenou „linií“ už doplácet nemusí – jsou vyplaceny ze solidárního fondu.

4. Závěr

Změna „klasického“ solidárního systému zdravotního pojištění (tak jak u nás existuje) v naznačený systém osobních zdravotních účtů by byla nepochybně dosti radikální reformou zdravotního pojištění. Je otázkou, zda by se u nás našla dostatečná politická vůle k tak hluboké změně zdravotního pojištění. Mnoho by jistě záleželo na postoji odborné lékařské veřejnosti, která se dosud staví velmi zdrženlivě, ne-li otevřeně odmítavě, k samotné myšlence, že by pacient mohl rozhodovat o druhu a rozsahu lékařské péče. Lékař má pochopitelně tendenci tvrdit, že pacient „nic neví“ a že on, lékař, má jakožto odborník za svého pacienta odpovědnost. Ekonomie zná i odborný termín popisující takové situace – informační asymetrie. Ta nepochybně v medicíně existuje (lze však říci, že existuje téměř všude, neboť prodávající vždy zná lépe než kupující výrobek či službu, kterou prodává). V systému osobních zdravotních účtů bude-li mít pacient pocit, že jeho lékař příliš „ždímá jeho peněženku“, může se poradit s jiným lékařem, případně lékaře změnit. Konkurence lékařů bude tím silnější, čím aktivnější roli bude pacient v systému zdravotní péče hrát. A kvalita lékařské péče a odpovědnost lékařů bude tím silnější, čím silnější bude mezi nimi konkurence.

Lékaři mají tendenci říkat, že takovéto principy lékařských vztahů jako je konkurence či finanční zainteresovanost do zdravotní péče nepatří, že medicína nemůže podléhat zákonům trhu. Jenže medicína nevyhnutelně má svá finanční omezení. A není pochyb o tom, že ve stávajícím systému existují nezanedbatelné perverzní finanční motivace právě na straně nabídky zdravotních služeb. Osobní zdravotní účty nevnese do zdravotního pojištění a do medicíny „tržní chování“ – to tam již dávno je. Jenže dnes působí tržní motivace pouze na straně nabídky (u lékařů), zatímco poptávka (pacienti) je pasivní. Osobní zdravotní účty by poptávkovou stranu systému aktivovali a učinily by z ní určitou (i když možná ne plně rovnocennou) protiváhu zájmu na straně nabídky.

5. Použitá Literatura:

- [CEVRO] CEVROREVUE - 3/2006; Robert Holman - Osobní účty ve zdravotním a penzijním pojištění
<http://www.cevro.cz/cs/cevrorevue/aktualni-cislo-on-line/2006/3/66703-osobni-ucty-zdravotnim-penzijnim-pojistenim.html>
- [Freidman] Friedman, Milton: Svoboda volby, Liberální institut, Praha 1992,
ISBN: 80-85467-84-2
- [Holman A] Holman, Robert: Osobní účty ve zdravotním a penzijním pojištění, CEP,
Praha říjen 2002
ISBN: 80-86547-14-0
- [Holman B] Holman, Robert: Tři možné modely, Ekonom 9, 1997