

**Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného
uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá
autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.**

ATESTAČNÍ PRÁCE Z OBORU VEŘEJNÉHO
ZDRAVOTNICTVÍ

Téma: SPOJENÍ NEMOCENSKÉHO A ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

MUDr. Marie Horáková

Poliklinika Olomouc

Březen 1994

Osnova:

1. Úvod - vybrané téma práce
2. Stát: a) historie
b) nedávno minulá a současná situace
c) možnosti řešení
3. Závěr

Příloha: Tabulka čís. 1
Přehled některých ukazatelů PN v
období I - VI/1991 a 1992 na
Poliklinice Olomouc a v okrese
Olomouce.

Přehled použité literatury

Pracovala jsem několik roků jako atestovaný lékař na posudkovém oddělení OÚNZ Olomouc. Problematika pracovní neschopnosti a s ní spojená platba nemocenských dávek ze sociálního zabezpečení, vlastní léčba financovaná ze státního rozpočtu, jsou mi oblasti velmi blízké. Statistika nemocnosti spojená s pracovní neschopností se od ostatních šetření a statistik nemocnosti odlišuje těsným vztahem k ekonomice národního hospodářství. Ekonomický význam má u pracovní neschopnosti přesně vyjádřitelnou podobu, ať již se jedná o náklady na léčení, peněžitou dávku nebo ztrátu pracovní schopnosti, kterou lze též finančně vyjádřit úbytkem výroby nebo ztrátou na mzdě.

Po změně společenského systému v naší zemi dochází k proměnám v celé řadě oblastí. Jednou z těchto oblastí je i nový systém nemocenského a zdravotního pojištění. V počátcích změn ještě za trvání ČSFR, nebylo možno řešit tyto oblasti nemocenského a zdravotního pojištění současně a společně, protože nemocenské pojištění bylo v kompetenci Federálního Ministerstva práce a sociálních věcí a systém zdravotního pojištění vznikl na úrovni republikového Ministerstva zdravotnictví.

2. Stát: a) historie

V druhé polovině minulého století se ze svépomocných pokladen (hilfskassen) stával nástroj sociální politiky státu. Aby tehdejší kancléř Bismarck sílícímu dělnickému hnutí vzal vítr z plachet, zaměřil se na vytvoření systému sociálního zabezpečení, který by velké skupiny dělníků povinně pojistil proti následkům nemocí a nezaměstnanosti, a který by byl řízen a spravován jak dělníky, tak zaměstnavateli.

Návrh zákona na povinné zdravotní pojištění narazil na odpor dělníků, protože byli proti tomu, aby i zaměstnavatelé měli slovo ve samosprávě pokladen, a aby státní správa určovala podmínky, v nichž dělnické nemocenské pokladny mohly operovat. Tím, že vstoupil v platnost tento zákon, ztratily doposud zcela samostatné dělnické pojišťovny část své autonomie. Předmětem kritiky se stala i snaha o zjednodušení organizační struktury nemocenských pokladen. Existovalo celkem asi 10 000 jednotlivých pokladen, zvláštní pokladny pro každé odvětví průmyslu a jednotlivé podniky, také každé povolání a každá obec měla svou vlastní pokladnu. Asi 8 500 z nich bylo tímto zákonem zrušeno a 1,7 milionu lidí pojištěných u těchto malých, na podniky vázaných a místních vzájemných pojišťoven, bylo od té doby pojištěno povinně u regionálních zdravotních pokladen "Ortskrankenkassen". Velmi malé pojišťovny byly sloučeny do velkých podnikových, tzv. Betriebskassen. Takzvané "Freie Hilfskassen" byly nahrazeny velkými "Ersntz-kassen".

Zvětšením měřítka u těchto fondů se snažil kancléř Bismarck oslabit jejich společenskou vazbu s jejich politickým prostředím - dělnickým hnutím.

První zákonné zdravotní pojištění v Německu nakonec přece přišlo, když byl 1. prosince 1883 přijat Zákon

o zdravotním pojištění "Krankenversicherungsgesetz" (GKV). V r. 1884 následoval Zákon o úrazovém pojištění a v r. 1891 Zákon o invalidním pojištění.

V r. 1911 byl za účelem větší jednoty v organizaci těchto tří různých zaměstnaneckých pojištění vydán Zákon o státním pojištění (Reichsversicherungsordnung RVO). Přitom se vycházelo z principu, že zajištění zdravotní péče je především (primárně) odpovědností samostatných samosprávných orgánů, kterými jsou jednak zdravotní pokladny spravované zaměstnanci a zaměstnavateli a poskytovatelů zdravotní péče, zatímco role státní správy zůstává omezená.

Zákon o státním pojištění upravoval jak vztahy mezi pojištěnci a zdravotními pokladnami a vztahy a zodpovědnost poskytovatelů zdravotní péče tak správní vztah pokladen a státní správy. I když v průběhu let byla přijata řada nových zákonů, které se vztahují na systém zajištění zdravotní péče, RVO tvoří dodnes základ pro řídicí strukturu systému zdravotní péče v Německu.

První povinné zdravotní pojištění GKV sestávalo ze dvou komponentů. V případě nemoci mohli pojištěnci očekávat finanční příspěvek z fondu (nemocenskou). Kromě toho měli pojištěnci právo na úhradu jisté části lékařského ošetření poskytovaného lékaři, kteří byli ve službách fondu a nemocnic exploatovaných fondem, u kterého byl dotyčný pojištěn.

Soustava sociálního pojištění, která vznikla tímto způsobem, vstoupila do historie pod názvem Bismarckova soustava. Vyznačuje se povinným pojištěním pro určité skupiny pracujících, a tím, že o její činnosti a finančním zajištění společně rozhodují zaměstnavatelé a zaměstnanci (v poměru buď 1:2 nebo 1:1) dále příspěvkem, který je stanoven pro takto povinně pojištěné jako stejné procento z příjmu. Tento systém se stal na přelomu století příkladem pro další evropské země a v průběhu času se dále vyvíjel.

b) nedávno minulá a současná situace

V nás v současné době je zdravotní a sociální pojištění na sobě vzájemně zcela nezávislé, i když vlastně u jedné konkrétní osoby pojištěnce se finance scházejí. Ale ! Z hlediska zdravotního má lékař zájem na co nejvíce nemocném pojištěnci, protože je zdrojem jeho příjmu, a z druhé strany pacient má jako zaměstnanec ještě řadu výhod při čerpání nemocenských dávek. Dnem 1. 1. 1993, kdy posudková činnost přešla pod Správu sociálního zabezpečení, posudkoví lékaři mají příkaz kontrolovat práce neschopné až po 3 měsících pracovní neschopnosti. Do této doby se o pacienty v pracovní neschopnosti starají pouze ošetřující lékaři. Byla jim tak dána možnost starat se o práce neschopné plně 3 měsíce, bez kontroly posudkovými lékaři, a tak jim byla dána důvěra. Zcela se zapomnělo na zásadu, že kdo platí -ten kontroluje. Posudkový lékař dochází dále do ordinací ošetřujících lékařů, ale až po 3 týdnech, a zajímá se o práce neschopné až po uplynutí 3 měsíců od začátku pracovní neschopnosti. Výsledky takovéto činnosti mohu prokázat vlastní studií, kterou jsem prováděla ve své organizaci Poliklinika Olomouc v roce 1992, prakticky až do doby zrušení posudkového oddělení ze zákona 31/93 Sb. Okres Olomouc má spádovou oblast rozdělenou mezi několik poliklinik: Olomouc, Šternberk, Litovel a Uničov. Všechny, kromě naší polikliniky, posudkovou činnost výrazně omezili nebo dokonce zrušili úplně, již v roce 1992. Uvedu některá konkrétní čísla ze závěrečné situační rozborové zprávy pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz (dále jen PN) za rok 1992. V příloze čís. 1 je přiložena zpracovaná tabulka za I. pololetí 1992 ve srovnání s rokem 1991 - čísla, ze kterých jsem skutečně vycházela.

Poliklinika Olomouc:

Přehled nejdůležitějších ukazatelů PN za r. 1992

| | zaměstnanci + zemědělská družstva c e l k e m | | rozdíl |
|-------------------|--|-----------|-----------|
| | r. 1992 | r. 1991 | |
| Prostoupané dny | 983 170 | 1 182 651 | - 199 481 |
| Nové PN | 57 118 | 63 142 | - 6 024 |
| Ø ošetrovací doba | 17,13 | 19,41 | - 2,28 |
| Ø denní stav | 2 693 | 3 256 | - 563 |

Tedy ve srovnání roku 1992 s rokem 1991 jsou výsledky jednoznačně pozitivní - pokles ve všech ukazatelích.

Je to dokladem nutnosti existence dobře organizované posudkové služby.

Okres Olomouc:

Přehled nejdůležitějších ukazatelů vývoje
PN za r. 1992:

| | zaměstnanci + zemědělská družstva c e l k e m | | rozdíl |
|-----------------------|--|-----------|-----------|
| | r. 1992 | r. 1991 | |
| Prostoupané dny | 1 774 526 | 1 939 931 | - 165 405 |
| Nové PN | 95 066 | 103 334 | - 8 268 |
| Ø ošetrovací doba | 18,79 | 19,33 | - 0,54 |
| Ø denní stav v okrese | 4 858 | 5 338 | - 480 |

Nemám čísla za celý kalendářní rok, ale ve IV. čtvrtletí 1992 byla PN pro nemoc a úraz 4,9 % a v I. čtvrtletí 1993 již rapidně stoupla na celostátní průměr 9 % (některé okresy ovšem dosahují 10 - 11 % dokonce). Na kolikaprocentní PN se zastaví?

Několik příčin horentního zvýšení PN. Proč by ošetřující lékař, ať již privátní, nebo těsně před privatizací ukončoval PN, když ví, že pacient ještě nechce nastoupit do práce, a když jej pošle do práce, vezme si od něj pacient dokumentaci a příště zajde k jinému lékaři. Tím má o pacienta méně. Dalším důvodem je to, že čím déle je pacient PN, tím více návštěv v ordinaci, a tím více financí. Tak tedy lékař čeká, až pacient mnohdy sám požádá o ukončení PN. Někteří lékaři se zaštitují dále ještě odbornými nálezy, v ordinacích odborníků se opakuje totéž, odborný lékař si zve častěji pacienta na kontrolu, více kontrol, větší příjem. I zveřejněné statistické údaje za I. pololetí 1993 vypovídají 02,9% nezaměstnaných. Zřejmě v tomto % chybí část našich nezaměstnaných, ale toho času PN. A nyní motivace pacienta. Proč by spěchal do práce, když denně musí vstávat, platí zdražené jízdné a dostane jen o 10 - 15 % peněz více, než činí podpora v nemoci. Vláda sice již dříve rozhodla o snížení podpory v nemoci, ale zase je proplácena sobota i neděle, čímž se finanční částka proti dřívějšku jen nepatrně snížila. Opět zde ale vyvstává problém ukončit PN sobotou. O tom, že lidé dnes nechtějí marodit, jsme několikrát slyšeli, ale docházím k závěru, že je to velký omyl. Dnes dokonce více než dříve. S postupující privatizací, zodpovědností sám za sebe, se řada lidí do PN utíká a zkoušejí to dokonce s invalidním důchodem. Ruší se podniky, jiné jsou zcela neperspektivní nebo se zmenšují, pracovních možností ubývá, roste nejistota a někteří si neuvědomují, co by event. dělali i s částečným důchodem, a kde by dnes sehnali práci. Samozřejmě také zaměstnavatelé se raději zbavují starších ročníků a rovněž častěji nemocných žen.

c) možnosti řešení

Jak jsem již uvedla, jednou z možností řešení je důsledná kontrola vynakládaných financí. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojištění se uskutečňuje na principu solidarity, a tato solidarita je natolik správným a závažným prvkem, měla by být kontrole věnována podstatně větší pozornost, než dosud. Princip solidarity ve zdravotní péči je deklarován jako princip solidarity zdravých s nemocnými, ale podle zákona 592/92 Sb. je prováděn jako finanční pomoc osob výdělečně činných s osobami, za které platí pojistné stát. (V zásadě lze říci, že jde o mechanismus skrytého dodatečného zdanění příjmů, ale o tom nechci v této práci polemizovat). Při existenci konkurenčních zdravotních pojišťoven a zavedení přerozdělovacího systému vybraných finančních částek, se částečně stírá konkurenční prostředí, a rovněž tento přerozdělovací systém je demotivující k vymáhání pojistného od neplatičů. Je tedy zapotřebí "vyrovnat" platby na zdravotní pojištění. V další fázi je možno uvažovat o dalších krocích. V souladu s dostupnými informacemi o uspořádání zdravotního a nemocenského pojištění ve vyspělých evropských státech a s přihlédnutím k mechanismům uplatněným v této věci u nás, a které se v minulosti osvědčily a vycházely v podstatě z obdobných principů, by měl být zpracován záměr vybudovat zastřešující orgán, jehož nezbytnost se jeví jako nesporná. Tento zastřešující orgán by měl podléhat doзору státní správy - zřejmě ministru práce a sociálních věcí, ve věcech pojistného - ministru zdravotnictví ve věcech posuzování pracovní neschopnosti, prevence, léčení, léků a léčebných pomůcek, prosazování zdravotnických programů v pojišťovací praxi a ve věcech nákladů na poskytování zdravotnických služeb a sjednocování jejich cen stanovením

Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

příslušných kvalitativních a kvantitativních hledisek odpovídajících ekonomice zdravotnictví a v souladu s jeho více zdrojovým financováním, dále pak ministru financí ve věcech hospodaření pojišťoven, ukládání jmění, jejich obchodování na kapitálovém trhu a ve věcech záruk státu -nad veřejnoprávním pojištěním.

Závěr:

Závěrem lze tedy říci, že bude velmi prospěšné propojení zdravotního a nemocenského pojištění. Důvodů pro toto tvrzení je mnoho, jsou uvedeny výše.

Zatím se totiž věnuje větší pozornost spíše dopadům na financování zdravotnických pracovníků, zdravotnických zařízení, technickým aspektům a jen malá pozornost se věnuje využití pojištění k předcházení a vzniku onemocnění. Na programech, jejichž plnění vede k předcházení vzniku onemocnění, by měli mít eminentní zájem i všechny druhy pojištění a měl by vhodně zainteresovat samotného pojištěnce snížením pojistného při jejich plnění. Posoudit například oddělení úrazového pojištění, aby se tak stalo účinným ekonomickým nástrojem ovlivnění pracovní úrazovosti a zavádění zaměstnavatelem bezpečné technologie a prevence na pracovištích.

Doufejme, že propracovanějšího systému se brzy dočkáme i schválením příslušné legislativy.

Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

Tabulka čís.1

Přehled některých ukazatelů PN v období I - Ví/1991 a 1992 na Poliklinice Olomouc a v okrese Olomouc

Tento dokument má sloužit výhradně k osobní potřebě oprávněného uživatele a k jeho studijním účelům, je majetkem IPVZ a podléhá autorskému zákonu č. 121/2000 Sb.

| Měsíc/ rok | | Pracovní dny | | Nové PN | | Ø ošetrovací doba | | Ø denní stav | |
|---------------|---------------------|--------------|----------|---------|---------|-------------------|--------|--------------|---------|
| | | skutečn. | rozdíl | skuteč. | rozdíl | skuteč. | rozdíl | skuteč. | rozdíl |
| 1/1991 | Poliklinika Olomouc | 114 717 | | 5 380 | | 19,31 | | 2 866 | |
| 1/1992 | | 88 871 | - 25 846 | 6 670 | - 1290 | 21,65 | - 2,34 | 3 700 | - 634 |
| 1/1991 | okres Olomouc | 182 694 | | 10 956 | | 19,65 | | 5 893 | |
| 1/1992 | | 151 209 | - 31 486 | 9 115 | - 1 841 | 19,11 | - 0,54 | 4 877 | - 1 016 |
| 2/1991 | Poliklinika Olomouc | 156 505 | | 10 999 | | 15,19 | | 5 589 | |
| 2/1992 | | 120 698 | - 35 807 | 7 134 | - 3 865 | 16,48 | + 1,29 | 4 161 | - 1 428 |
| 2/1991 | okres Olomouc | 242 327 | | 16 712 | | 15,43 | | 8 654 | |
| 2/1992 | | 199 849 | - 42 478 | 11 456 | - 5 256 | 17,00 | + 1,57 | 6 891 | - 1 763 |
| 3/1991 | Poliklinika Olomouc | 130 851 | | 6 408 | | 17,04 | | 4 221 | |
| 3/1992 | | 102 021 | - 28 830 | 5 250 | - 1 158 | 19,38 | + 2,34 | 3 291 | - 930 |
| 3/1991 | okres Olomouc | 210 962 | | 10 876 | | 16,64 | | 6 805 | |
| 3/1992 | | 172 590 | - 38 372 | 8 849 | - 2 027 | 19,38 | + 2,74 | 5 567 | - 1 238 |
| 4/1991 | Poliklinika Olomouc | 94 645 | | 5 131 | | 18,26 | | 3 155 | |
| 4/1992 | | 93 422 | - 1 223 | 4 500 | - 631 | 20,01 | + 1,75 | 3 114 | - 41 |
| 4/1991 | okres Olomouc | 157 271 | | 8 560 | | 18,19 | | 5 242 | |
| 4/1992 | | 157 165 | - 106 | 7 548 | - 1 012 | 20,06 | + 1,87 | 5 238 | - 4 |
| 5/1991 | Poliklinika Olomouc | 90 349 | | 4 593 | | 19,84 | | 2 914 | |
| 5/1992 | | 78 826 | - 11 523 | 3 907 | - 686 | 19,08 | - 0,76 | 2 542 | - 372 |
| 5/1991 | okres Olomouc | 149 727 | | 7 611 | | 19,73 | | 4 829 | |
| 5/1992 | | 139 534 | - 10 193 | 6 573 | - 1 038 | 20,65 | + 0,92 | 4 500 | - 329 |
| 6/1991 | Poliklinika Olomouc | 83 143 | | 3 925 | | 19,80 | | 2 771 | |
| 6/1992 | | 75 392 | - 7 751 | 4 333 | + 408 | 17,09 | - 2,71 | 2 513 | - 258 |
| 6/1991 | okres Olomouc | 138 986 | | 6 565 | | 20,02 | | 4 632 | |
| 6/1992 | | 135 521 | - 3 465 | 7 180 | + 615 | 18,57 | - 1,45 | 4 517 | - 115 |

Použitá literatura:

- 1) Situační zpráva o pracovní neschopnosti pro nemoc a úraz 1991 a 1992 - Poliklinika Olomouc, zpracovalo posudkové oddělení 31. 12. 1992.
- 2) Národní program obnovy a podpory zdraví České republiky - návrh Projektu střednědobé strategie obnovy a podpory zdraví - Ministerstvo zdravotnictví Praha, 1992.
- 3) Zdravotnická statistika ČR, ročník 1992, svazek 8, a vydal ÚZIS Praha.
- 4) Dr. J. M. L. Tolsma, Utrecht, Centrum pro řízení a management, Historický přehled.
- 5) JUDr. R. Karlík: návrh systémového řešení institucionálního zastřešení zdravotního a nemocenského pojištění.