

Nemocenské pojištění bylo poprvé plošně zavedeno v roce 1883 Bismarckem v Německu a v našich zemích o pět let později. Důvodem byla nutnost



sociálního zajištění rodin dělníků, pro které nemoc nebo úraz živitele rodiny znamenaly existenční ohrožení. Nemocenské pokladny potřebovaly někoho, kdo stanoví začátek a konec vyplácení nemocenské a zároveň přispěje k tomu, aby byla co nejkratší. A tak začali být z těchto peněz placeni praktičtí lékaři a postupně i další typy zdravotních služeb. Tento model se u nás rozvíjel do roku 1952, kdy bylo poskytování zdravotní péče zestátněno a vyplácení nemocenských dávek přešlo na Revoluční odborové hnutí.

Začátkem devadesátých let u nás sice bylo obnoveno pluralitní veřejné zdravotní pojištění, ale nemocenská a další peněžní dávky se staly součástí sociálního systému. Od chvíle, kdy utichl šrunc a kvas transformačního období, se začaly množit úvahy o možnosti řešení pojistné události jménem nemoc z jednoho místa. Má to svoji logiku. V současné době se nemocnému člověku věnují dva systémy. Zdravotní poskytuje věcné dávky, tedy zdravotní péči, a sociální systém dáv-

ky peněžní, tedy nemocenskou, ošetrovné, příspěvky na péči a pro OZP, invalidní důchody atd.

Pro rozhodování obou systémů jsou klíčové informace o zdravotním stavu pacienta/klienta, které generuje zdravotnictví. Kvalita rozhodování v sociálním systému je tedy přímo závislá na úrovni dat, která mu zdravotnictví poskytne. V opačném gardu stojí rozhodování o vstupu nových technologií do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, protože některé z nich sice nejsou nákladově efektivní ve srovnání se zavedenou terapií, ale prodloužením doby práce-schopnosti přinášejí úsporu sociálnímu systému a daně státnímu rozpočtu.

Diskuse o obnově historické jednoty ve správě věcných a peněžních dávek v nemoci se bez zjevných výsledků vedou už dobrou dvacítku let, během kterých jsme mohli zaznamenat několik projektů, které sice tímto směrem cílily, ale nikdy se nepřiblížily realizaci. Dnes je náš stát v horší kondici, než je ochoten si připustit, a jediným rozumným dlouhodobým řešením je zvýšení efektivity jeho fungování. Tu nám nepřinesou změny ve výši výběru daní nebo seškrtování výdajů, ale hlubší zásahy do zavedených procesů. Jedním z nich by mohlo být vyřešení letitých potíží na zdravotně-sociálním pomezí a sjednocení péče o nemocného člověka pod jednou střešou. To samozřejmě musí být prováděno i změnami ve fungování institucí pod tou střešou schovaných. Ale o tom zase příště.

MUDr. Pavel Vepřek

Je propojení zdravotního a nemocenského pojištění utopií, nebo racionálním krokem?



Iva Merhautová



Pavel Hroboň



Ladislav Švec

úhel pohledu

volné fórum



Tomáš Prouza

Jiří Horecký



David Kolář

úhel pohledu

prezentace Ing. Ivy Merhautové, MBA, vrchní ředitelky
Sekce sociálního pojištění a nepojistných dávek MPSV

Dávkový systém nemocenského pojištění



Iva Merhautová



Dávky nemocenského pojištění

Ze systému nemocenského pojištění jsou poskytovány tyto dávky:

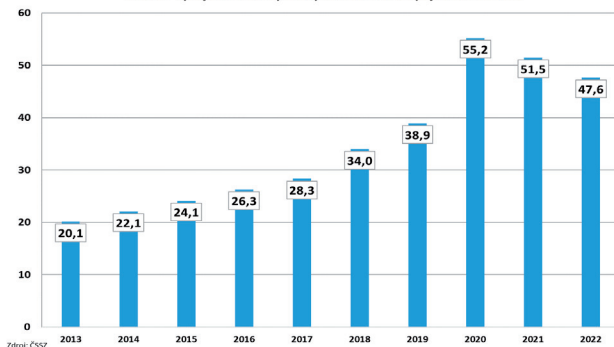
Nemocenské
Ošetřovné
Otcovská

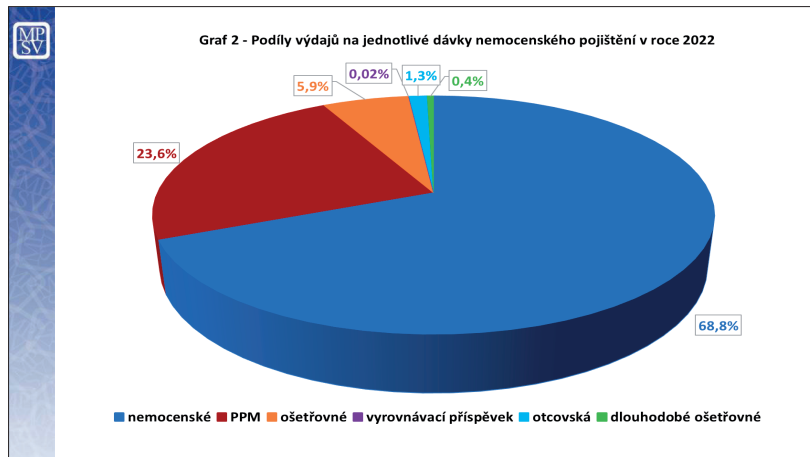
Peněžitá pomoc v mateřství
Vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství
Dlouhodobé ošetřovné

- Rozhodování o nároku na dávku a její výplatu probíhá formou správního řízení
- V nesporných případech se využívá zkrácené řízení (dávka se vyplátí bez vydání rozhodnutí; pojištěnec má však možnost si rozhodnutí vyžádat)
- V případě nedostatečných podkladů či nejasností se zahájí správní řízení a po prošetření případu se vydá rozhodnutí o tom, zda nárok na dávku vznikl či nikoli
- Rozhoduje se i o krácení či odnětí dávky při porušení léčebného režimu, o vzniku přeplatku na dávce, o regresní náhradě



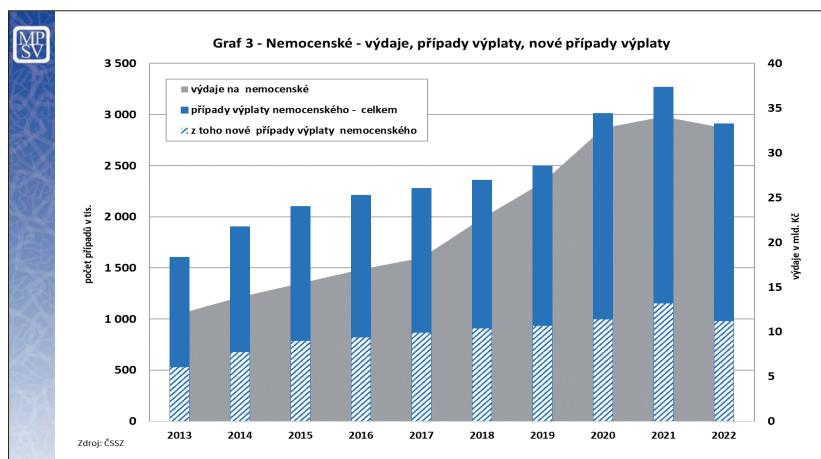
Graf 1 - Výdaje na všechny dávky nemocenského pojištění v mld. Kč

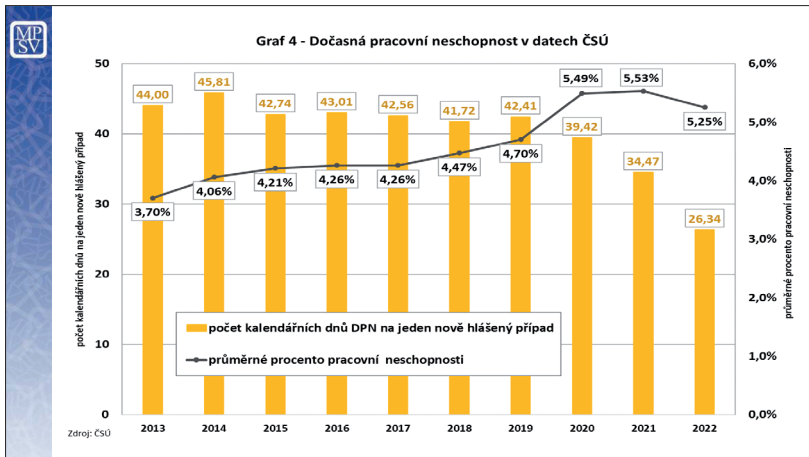




Nemocenské

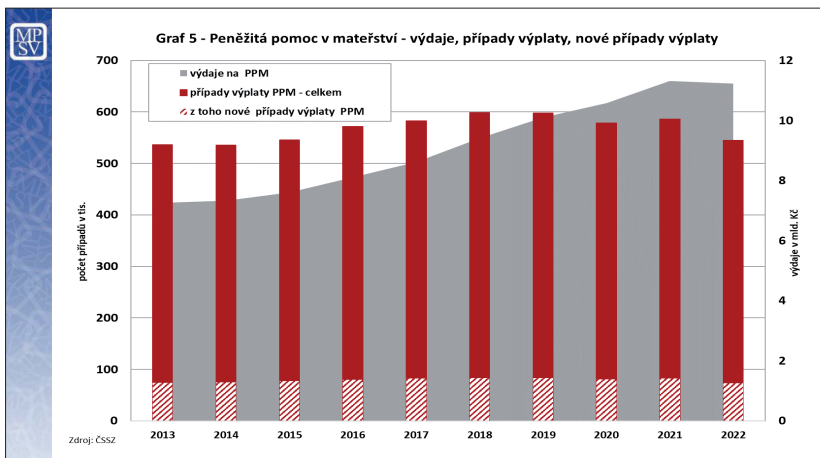
- Nárok má pojištěnec, který je uznán ošetřujícím lékařem dočasně práce neschopným od **15. kalendářního dne trvání DPN** do konce DPN, maximálně však 380 kal. dnů počítaných od vzniku DPN včetně zápočtu předchozí doby trvání DPN (poživateli starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně nejvýše 70 kal. dnů). OSVČ musí být účastna dobrovolného nemocenského pojištění OSVČ aspoň po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dni vzniku DPN.
- Nemocenské lze vyplácet i po uplynutí podpůrní doby max. dalších 350 dnů po posouzení zdravotního stavu správním orgánem (LPS), který rozhodne, zda se dávka poskytne, či nikoliv.
- Nemocenské náleží rovněž v tzv. **ochranné lhůtě** (po skončení zaměstnání). Ochranná lhůta činí max. 7 kal. dnů ode dne skončení pojištěného zaměstnání.
- Výše **nemocenského** činí **60 % DVZ** od 15. kal. dne trvání DPN do 30. kal. dne DPN, od 31. kal. dne DPN nebo karantény sazba činí **66 % DVZ**, od 61. kal. dne DPN nebo karantény činí sazba nemocenského **72 % DVZ**.





Peněžitá pomoc v mateřství

- Musí trvat buď účast na nemocenském pojištění anebo ochranná lhůta ze skončeného pojištění. Je nutné získat alespoň 270 kalendářních dnů účasti na pojištění v posledních dvou letech před nástupem na PPM. Obě výše uvedené podmínky musí být splněny současně. U OSVČ je další podmínkou nároku na PPM účast na nemocenském pojištění jako OSVČ po dobu aspoň 180 kal. dnů v posledním roce přede dnem počátku podpůrčí doby.
- U žen, jejichž pojištěné zaměstnání skončilo v době těhotenství, činí ochranná lhůta pro vznik nároku na peněžitou pomoc v mateřství tolik kalendářních dnů, kolik činilo toto jejich poslední zaměstnání, maximálně však 180 kalendářních dnů.
- Nástup na peněžitou pomoc v mateřství nastává dnem, který pojištěnka určí v období od počátku 8. do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu. Podpůrčí doba činí 28 týdnů (u pojištěnky, která porodila zároveň dvě nebo více dětí činí podpůrčí doba 37 týdnů).
- Při převzetí dítěte do péče z vymezených důvodů činí podpůrčí doba 22 týdnů (31 týdnů při převzetí dvou a více dětí zároveň).
- PPM se vyplácí ode dne, který si pojištěnka určila jako nástup na peněžitou pomoc v mateřství, případně ode dne převzetí dítěte do péče.
- Výše peněžité pomoci v mateřství činí 70 % denního vyměřovacího základu.





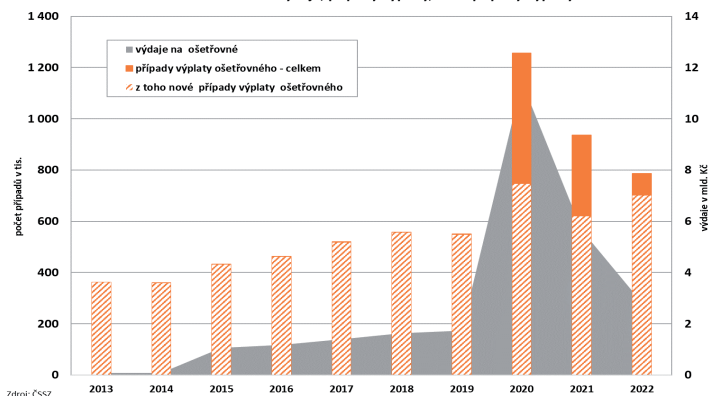
Ošetřovné

Na ošetřovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí:

- ošetřovat dítě mladší 10 let nebo jinou fyzickou osobu, jejíž zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje nezbytné ošetřování jinou fyzickou osobou, nebo ženy, která porodila, jestliže její stav v době bezprostředně po porodu vyžaduje nezbytné ošetřování jinou osobou, nebo
- pečovat o zdravé dítě mladší 10 let, protože školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno (z důvodu havárie, epidemie, jiné nepředvídané události), dítěti byla nařízena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla.
- Podmínkou je, že jiná fyzická osoba žije se zaměstnancem v domácnosti; **to neplatí v případě ošetřování nebo péče o příbuzného v linii přímé a sourozence zaměstnance nebo ošetřování manžela (manželky) zaměstnance, registrovaného partnera (registrované partnerky) zaměstnance, rodičů manžela (manželky) nebo registrovaného partnera (registrované partnerky) zaměstnance.**
- Nárok nemají** např. OSVČ, zaměstnanci, jejichž zaměstnání je zaměstnáním malého rozsahu, členové kolektivních orgánů právnické osoby, zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce a dohody o pracovní činnosti.
- Podpůrčí doba u ošetřovného činí nejdéle **9 kal. dnů**. U osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba nejdéle 16 kal. dnů.
- Výše ošetřovného činí 60 %** denního vyměřovacího základu.



Graf 6 - Ošetřovné - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty

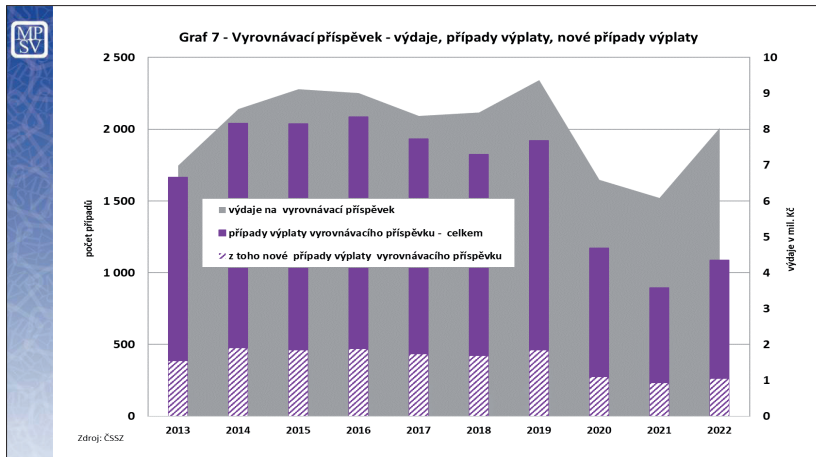


Zdroj: ČSSZ



Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství

- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství náleží zaměstnankyni, která byla z důvodu těhotenství, mateřství nebo kojení převedena na jinou práci a z tohoto důvodu dosahuje bez svého zavinění nižšího příjmu než před převedením.
- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství se vyplácí **těhotným zaměstnankyním za kalendářní dny, v nichž trvalo převedení na jinou práci, nejdéle do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu; ve stanovených případech se vyplácí též matkám po porodu při převedení na jinou práci.**
- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství se stanoví jako rozdíl mezi denním vyměřovacím základem zjištěným ke dni převedení zaměstnankyně na jinou práci a průměrem jejích započitatelných příjmů připadajícím na jeden kalendářní den v jednotlivých kalendářních měsících po tomto převedení.
- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství se vyplácí od data převedení na jinou práci do doby nástupu na peněžitou pomoc v mateřství.**

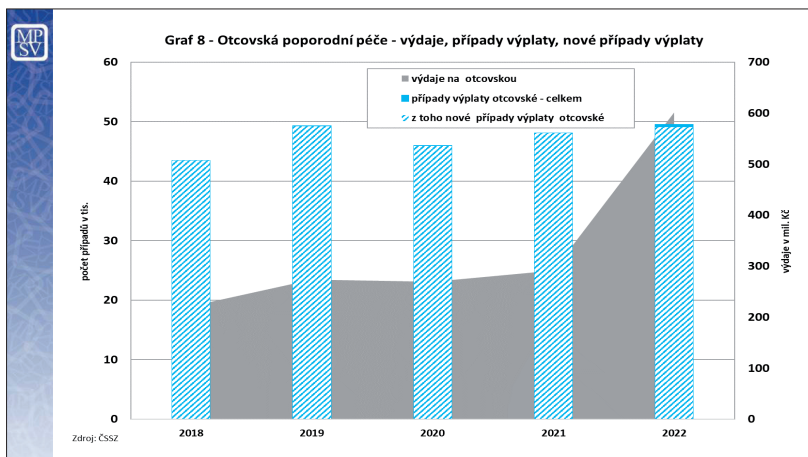


Dávka otcovské poporodní péče (otcovská)

Nárok na dávku má - otec dítěte, který pečuje o dítě (za otce dítěte je pro účely této dávky považován ten, kdo je v matrice (knize narození) zapsán jako otec);

- osoba (muž nebo žena), která převzala dítě do péče nahrazující péči rodičů, na základě rozhodnutí příslušného orgánu;
- otec, jehož dítě se narodilo mrtvé nebo zemřelo v době šesti týdnů od narození.

- Otcovská náleží, **jen nastal-li nástup na otcovskou v období 6 týdnů ode dne narození dítěte**, nebo ode dne převzetí dítěte do péče, jestliže takové dítě nedosáhlo 7 let věku. Nástup na otcovskou lze posunout o dobu hospitalizace matky či dítěte, pokud proběhla v šestinedělí.
- Podpůrní doba (tj. doba výplaty dávky) činí u otcovské **maximálně 2 týdny** bez možnosti přerušení a začíná dnem nástupu na otcovskou. Pro volno v zaměstnání využijí otcové rodičovskou nebo otcovskou dovolenou.
- Výše **otcovské** činí **70 %** denního vyměřovacího základu.



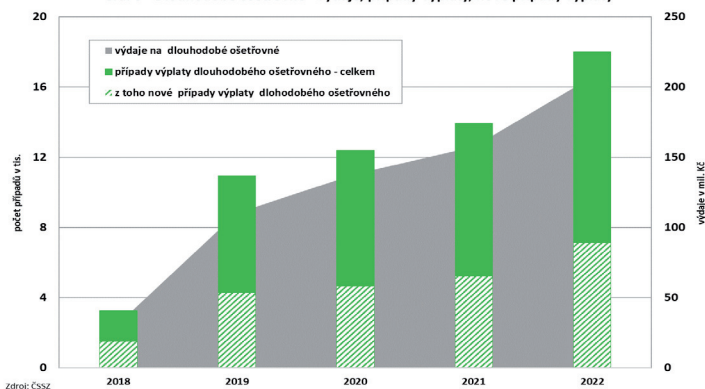
Dlouhodobé ošetřovné

- U dlouhodobého ošetřovného jsou stanoveny podmínky jednak pro ošetřovanou osobu a jednak pro osobu ošetřující.
- **U ošetřované osoby** muselo dojít k **závažnému zhoršení zdravotního stavu**, který vyžadoval alespoň **4 denní hospitalizaci** v nemocnici a **v den propuštění** bude potvrzeno, že **potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů**. Pokud rozhodnutí o vzniku potřeby dlouhodobé péče nebylo vydáno v den propuštění ošetřované osoby z hospitalizace, rozhodne ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče o vzniku potřeby dlouhodobé péče do 3 pracovních dnů ode dne podání žádosti. **Žádost lze podat do 8 dnů po dni propuštění ošetřované osoby z hospitalizace.**
- Jedná-li se o ošetřovanou osobu v inkurabilním stavu (umírající), potřeba dlouhodobé péče vzniká dnem, v němž ji ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb, který pro uvedený stav poskytuje ošetřované osobě zdravotní služby, zjistil. V takovém případě se podmínka hospitalizace nevyžaduje.
- Ošetřovaná osoba musí dát písemný souhlas k ošetřování konkrétní osobě.

Dlouhodobé ošetřovné

- **Ošetřující osobou** mohou být příbuzní vyjmenovaní v zákoně, nevyžaduje se u nich podmínka společné domácnosti. Ošetřující ostatní nepřibuzné osoby musí mít shodné místo trvalého pobytu s ošetřovaným.
- U ošetřující osoby se vyžaduje čekací doba; nemocenské pojištění muselo u zaměstnance **trvat v posledních 4 měsících alespoň 90 dnů**, OSVČ musela být nemocensky pojištěna v posledních 3 měsících.
- Ošetřující osoba nesmí po dobu ošetřování **vykonávat žádnou výdělečnou činnost**, ani nepojištěnou. V průběhu 90 dnů se mohou ošetřující osoby libovolně střídat v ošetřování osoby vyžadující dlouhodobou péči po celých dnech.
- Nárok na další dlouhodobé ošetřovné vznikne ošetřující osobě **nejdříve po uplynutí 12 měsíců** od skončení předchozí dlouhodobé péče.
- Podpůrčí doba (doba výplaty dávky) činí maximálně **90 kal. dnů**. Doba těchto 90 dnů se neprodlužuje ani z důvodu hospitalizace ošetřované osoby v průběhu podpůrčí doby.
- Nárok na dlouhodobé ošetřovné nemají zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce, zaměstnanci vykonávající zaměstnání malého rozsahu, žáci a studenti jen v době školních prázdnin a pěstouni.
- Výše **dlouhodobého ošetřovného činí 60 %** denního vyměřovacího základu.

Graf 9 - Dlouhodobé ošetřovné - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty





Výpočet dávek nemocenského pojištění

- Dávky se počítají z **denního vyměřovacího základu**, který se zjistí tak, že započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období (období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla sociální událost, nebo období trvání aktuálního pojištění, je-li kratší) se dělí počtem „započitatelných“ kalendářních dnů připadajících na toto rozhodné období. Takto stanovený průměrný denní příjem se upravuje (redukuje) pomocí tří redukčních hranic na denní vyměřovací základ.

Redukce denního vyměřovacího základu

- Výši tří redukčních hranic platných od 1. ledna kalendářního roku vyhláší Ministerstvo práce a sociálních věcí formou Sdělení ve Sbírce zákonů.
- **1. redukční hranice v r. 2023 činí 1 345 Kč (průměrná mzda),**
- **2. redukční hranice 2 017 Kč (1,5 násobek prům. mzdy),**
- **3. redukční hranice 4 033 Kč (3násobek prům. mzdy).**



Výpočet dávek nemocenského pojištění

- **Redukce se provede tak, že se započte**
 - do první redukční hranice
 - u **nemocenského, ošetřovného a dlouhodobého ošetřovného 90 %** denního vyměřovacího základu,
 - u **peněžité pomoci v mateřství, otcovské a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství 100 %** denního vyměřovacího základu,
 - z části denního vyměřovacího základu **mezi první a druhou redukční hranicí se započte 60 %**,
 - z části **mezi druhou a třetí** redukční hranicí se započte **30 %**,
 - k části nad třetí redukční hranici se nepřihlédne.



Plány v oblasti nemocenských dávek

Elektronizace všech dávek

- Elektronizace nemocenského úspěšně funguje od r. 2020
- Je inspirací pro ostatní dávky nemocenského pojištění
- Cílem je zvolit přístup, kdy **pojištěnec nedává samostatnou žádost o dávku**, ale proces žádosti o dávku se integruje s pracovníprávní rovinou sociální události.
- Zaměstnanec ohlašuje zaměstnavateli sociální událost, **zaměstnavatel** ve spolupráci se zaměstnancem a za využití údajů, které o něm vede v osobní složce, **zasílá povinné elektronické hlášení do systému ČSSZ** (použije se upravené hlášení, které je povinné využíváno již v současnosti) – tak se spouští dávkový proces.
- V aplikačním programovém vybavení ČSSZ se napojují elektronické vstupy ostatních dotčených subjektů (především lékařů či případně školských zařízení), poté je dávka vyřizena.
- Aktuálně se zpracovává novela zákona o nemocenském pojištění, která bude uvedenou právní úpravu obsahovat – **termín předložení do vlády je stanoven do 30. 9. 2023**

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
řídící partner, Advance Healthcare
Management Institute, s.r.o., člen, NERV

Důvody, pro které Národní ekonomická rada vlády doporučuje převedení správy nemocenské na zdravotní pojišťovny

Převedení financování a administrace nemocenské (ne celého nemocenského pojištění) na zdravotní pojišťovny doporučuje Národní ekonomická rada vlády z následujících důvodů:

Možnost sledování a ovlivnění chování jednotlivých lékařů ze strany zdravotních pojišťoven

Jakkoliv statistická data nejsou k dispozici (!), anekdotální evidence (a obdobné statistiky ze zdravotnictví) jasně ukazují na pravděpodobné zásadní rozdíly v přístupu k „psaní“ nemocenské mezi jednotlivými lékaři. Pokud má někdo možnost ovlivnit chování lékařů, jsou to zdravotní pojišťovny, nikoliv Česká správa sociálního zabezpečení.

Převedení alespoň části dnešních nákladů sociálního systému do zodpovědnosti zdravotních pojišťoven povede k rozšíření jejich perspektivy za hranice systému veřejného zdravotního pojištění. Taková změna je vysoce žádoucí – při rozhodování o úhradě nových medicínských technologií by neměly být započítávány pouze úspory a náklady v rámci veřejného zdravotního pojištění, ale i další veřejné výdaje.

Pravděpodobná je i mírná úspora na straně státu – zdravotní pojišťovny již mají vybudovány komunikační kanály k poskytovatelům zdravotních služeb a ke svým pojištěncům.

Vyšší účast zaměstnavatelů na prevenci u jejich zaměstnanců

Doporučujeme, aby zdravotní pojišťovny po převedení nemocenské zasílaly větším zaměstnavatelům anonymizované údaje o rozsahu a příčinách pracovní neschopnosti jejich zaměstnanců. Zaměstnavatelé by následně měli připravit (ve spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb, zejména primární péče) plán zlepšení zdravotního stavu svých zaměstnanců. Jako příklad lze uvést organizaci očkování proti chřipce na pracovišti u zaměstnance,

kteří zjistí, jaké množství pracovních dní ztratil kvůli tomuto onemocnění. K pokrytí nákladů zaměstnavatelů na tuto činnost lze použít prostředky uvolněné zrušením povinných pracovních prohlídek pro nízkorizikové zaměstnance, včetně zachování daňové odečitatelnosti těchto nákladů. Zapojením poskytovatelů zdravotních služeb bude zajištěna návaznost na prevenci hrazenou z veřejných zdrojů.



Pavel Hroboň

JUDr. Ladislav Švec **ředitel, Kancelář zdravotního pojištění**

Potenciál sloučení dávek v nemoci v rámci zdravotního pojištění

Z diskusí i dostupných dat vyplývá urgentní potřeba zásadního zlepšení organizace veřejných systémů ČR v příštích dvou desetiletích. Vzhledem k rozsahu hrozeb pro dostupnost a kvalitu služeb je nutné diskutovat i opatření, která bychom se ještě před několika lety neodvážili vyslovit nahlas. Jedním z nich je potenciální změna kompetencí při správě dávek v nemoci. Byť si to totiž ve zdravotnictví málokdy uvědomujeme, zdravotní pojištění je systémem sociálního zabezpečení a hrazená péče je v zásadě dávkou, pouze poskytovanou v nepeněžitě formě.

V čem je problém? Současný systém sociálního zabezpečení navazuje na nešťastné rozdělení agend z počátku 90. let minulého století a nekonceptnost dalšího vývoje. V důsledku toho se kompetence překrývají bez ohledu na řešenou sociální událost. Zdravotní pojišťovny (název je tak trochu eufemismem, neboť řešíme spíše ne-

moc než zdraví) zajišťují zdravotní služby. „Důchodák“, jak familiárně nazývají ČSSZ vlastní zaměstnanci, neřeší toliko důchody, ale i část dávek v nemoci (nemocenská ad.). Úřady práce navzdory názvu

Hlavním problémem řešení je naprostý nedostatek věcných motivací jednotlivých správců k celostnímu pohledu.

ne zajišťují pouze otázky zaměstnanosti, ale vyplácejí i dlouhodobé dávky v nemoci (příspěvek na péči). Quasi pojištění pracovních úrazů a nemocí z povolání pak docela nekonceptně provozují soukromé pojišťovny.

Jeden člověk, jedna nemoc. Zároveň ale dvánáct, separátně se vyvíjejících zákonů. Čtyři různé, oddělené a téměř nekomunikující systémy, motivace a procesy. Potenciálně postupně až tři různá správní řízení. Ošetřující, revizní, posudkoví lékaři, v rámci různých administrativ. Efektivita takové správy jediné sociální události má z podstaty věci zásadní rezervy.

Hlavním problémem řešení je naprostý nedostatek věcných motivací jednotlivých správců k celostnímu pohledu. Ideální nastavení přitom předpokládá průběžné hodnocení souvislosti z hlediska nákladů, obsahu, délky a výsledků akutní i následné fáze léčení, ve vztahu k prevenci dlouhodobé péče a invalidity, k výdajům na peněžitě dávky, ke kvalitě života, k zajištění co nejrychlejšího návratu do pracovního procesu a tím i možnosti odvodů do veřejných systémů. Významným hlediskem je dále distribuce investic do léčení jednotlivých diagnóz, kde by měl být brán v úvahu i potenciál snížení nákladů na další dávky a zkrácení celkové délky pracovní neschopnosti v národním hospodářství.

Naše iniciativa je založena, mimo jiné, na myšlence, že dílčí kroky dávají smysl, pouze pokud směřují předem daným, koncepčním směrem. Tím by se z výše uvedených důvodů v dlouhodobém kontextu mohla stát myšlenka „Jeden člověk, jedna nemoc, jedna pojišťovna“.

Za první krok naznačeným směrem lze považovat návrh na spojení současného zdravotního a nemocenského pojištění do jednoho funkčního rámce veřejného zdravotního pojištění. Proč právě sem? Například proto, že systém v. z. p. aktuálně kryje cca 75 % všech nákladů na dáv-

ky v nemoci v České republice. Co nabízí dále? Zejména finanční a existenční motivaci zdravotní pojišťovny k úsporám výdajů. Finanční a kontrolní nástroje vůči poskytovatelům služeb. Možnost faktického dohledu nad léčením a jeho výsledky, i délkou neschopnosti. Přímý podíl plátců nemocenského pojištění, tedy zaměstnavatelů a zaměstnanců na správě téměř všech pojišťoven. Komunikaci v otázkách nemoci s jedním systémem pro pojištěnce, poskytovatele i zaměstnavatele. Shrnutí, nejen motivaci, ale i nástroje pro dosažení dlouhodobé efektivity z hlediska výdajů na léčení, peněžitých dávek, i příjmů veřejných systémů z výdělečné činnosti.

Dřívější protiargument, že se agendy zásadně liší, zejména z hlediska povinnosti vedení správních řízení, již neobstojí. I v rámci zdravotního pojištění se v posledních letech rozhoduje touto formalizovanou formou a počet správních rozhodnutí je celkově vyšší, než je tomu u nemocenského pojištění.

Podívejme se také do zahraničí, na země s podobným modelem více nemocenských pokladen. Tamní instituce běžně administrují nejen věcné, ale i peněžitě dávky. Zajímavé je v této souvislosti srovnání výše pojistného u nás a například v Bavorsku, které může naznačovat dokonce potenciál pro snížení ceny práce. Zatímco sazba odvodu na zdravotní a nemocenské pojištění v ČR činí celkem 15,6 %, německé nemocenské pokladny jsou schopny administrovat věcné i peněžitě dávky za pojistné v rozmezí od 15,25 do 16,20 %. Na rozdíl od ČR jsou přitom v německé sazbě zahrnuty i náklady na čerpání péče neaktivních osob.

Jak dál? Brzy bude možné prostřednictvím státem podporovaných nástrojů (eGSB) získávat



Ladislav Švec

„Jeden člověk, jedna nemoc, jedna pojišťovna“

informace o peněžitých dávkách. Vedla by ale prostá dostupnost informací o nákladech jiného systému k reálnému tlaku na lepší řízení délky a obsahu pracovní neschopnosti? Domnívám se spíše, že nikoliv.

Koncepční změny lze samozřejmě dosáhnout jen v případě širší politické shody a v relativně dlouhodobějším horizontu, překračujícím přinejmenším probíhající volební období. Vezměme do úvahy pouhý fakt, že nemocenské pojištění na straně ČSSZ aktuálně spravuje více než 1700 pracovníků! Kromě otázek organizačních je přitom nutné vyřešit řadu souvisejících otázek věcných. Týkal by se přechod kompetence v první fázi pouze nemocenské, nebo i dalších dávek, jako je ošetrovné, peněžité pomoci v mateřství, nebo otcovská? Měly by být fondy zdravotního a nemocenského pojištění vedeny odděleně? Jakým způsobem navázat na teprve nedávno zaváděnou e-neschopenku? Atd. Přestože můžeme mít o řešení poměrně konkrétní představu, pro přesun do realizační fáze by bylo vhodné nejdříve disponovat analýzou transformačních nákladů.

Pro plné využití potenciálu sloučení správy dávek v nemoci by pak bylo vhodné realizovat

i navrhované vnitřní úpravy systému v. z. p., zejména:

- posílit postavení zaměstnavatelů i zaměstnanců ve všech ZP (samospráva),
- umožnit pojišťovnám nastavení pojistného a jednotlivých programů, včetně programů pro zaměstnavatele (možnost snížení ceny práce),
- vytvořit prostředí pro soutěž poskytovatelů i ZP (motivace k efektivitě) a
- umožnit společné zajištění provozních agend a nástrojů v. z. p. (zlevnění provozu).

Pokud by se návrh kompetenčních úprav podařilo vysvětlit a prosadit, přijde nepochybně na řadu i zvážení dalších systémových kroků směrem ke konceptu jedna nemoc, jedna pojišťovna. Jde zejména o úvahu k potenciálnímu zavedení povinného

pojištění dlouhodobé péče (vedle již připravovaného pojištění komerčního) a zavedení pojištění úrazového, které by nahradilo aktuálně existující pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu.

Práce na takto zásadních změnách na celkové úrovni sociálního zabezpečení je samozřejmě během na dlouhou trať. Myslíme-li to ale se zvýšením výkonu a zlepšením organizace veřejné správy vážně, měli bychom se po ní co nejdříve vydat.

Pro plné využití potenciálu sloučení správy dávek v nemoci by pak bylo vhodné realizovat i navrhované vnitřní úpravy systému v. z. p.

volné fórum

1. *Co nám přináší současné oddělení správy zdravotního a nemocenského pojištění?*
2. *Jak by se spojení zdravotního a nemocenského pojištění mohlo odrazit v jeho službách občanům/pacientům a co by to znamenalo pro zaměstnavatele a celý zdravotně-sociální systém?*
3. *Myslíte si, že po letech úvah na toto téma přichází čas na činy?*

odpovědi Tomáše Prouzy:

1. Resortismus. Ztrátu synergií a potenciálu k optimalizaci nemocnosti. Zneužívání dávek. Aktuální stav vykazuje negativní rys, kdy nositel nemocenského pojištění nemá prostředky k pozitivnímu ovlivňování chování lékaře v systému nemocenského pojištění, nedisponuje dostatečným množstvím údajů o zdravotním stavu pojištěnce. Lékař

vystavující nemocenské dávky není vůbec motivován k efektivnímu chování v systému nemocenského pojištění, dochází proto ke zneužívání nemocenských dávek. Kromě toho jsme od zrušení tzv. karenční doby svědky prodlužování délky pracovní neschopnosti i vysoké četnosti krátkých pracovních neschopností. To s sebou nese zvyšování nákladů na výplatu nemocenských dávek a snižo-

vání příjmů systému sociálního, zdravotního a nemocenského pojištění.

2. Opatření bude mít zcela přímý a pozitivní dopad na státní rozpočet. Dle kalkulací NERV lze očekávat úspory na dávkách nemocenského pojištění s dodatečným příjmem do systému zdravotního, nemocenského a důchodového pojištění. Při propojení obou systémů lze navíc očekávat

postupnou racionalizaci vykazování pracovní neschopnosti, a tedy pozitivní ekonomické efekty v řádech jednotek miliard korun. Pozitivní vliv už jen „pouhého“ datového propojení mezi institucemi, jako jsou ČSSZ a zdravotní pojišťovny, je přitom zřejmý. Zdravotní pojišťovny budou mít vstupní informace o čerpání nemocenského pojištění a budou moci sledovat vazbu na čerpání zdravotních služeb, budou s to identifikovat známky zneužívání či mimořádných vlivů (např. útoky do nemoci, sezonní práce u zaměstnavatelů a čerpání nemocenských dávek aj.). Zdravotní pojišťovny v případě dostupnosti informace o čerpání nemocenského pojištění v reálném čase mohou porovnávat, kontrolovat a do budoucna i regulovat systém nemocenského pojištění. Ostatně inspiraci lze najít v Německu či Rakousku: přenesení správy a odpovědnosti za nemocenské pojištění zdravotním pojišťovnám může ovlivnit spotřebu zdravotní péče i větší tlak na cílenou prevenci, neboť pojišťovny mají přirozenou motivaci optimalizovat výdaje systému a mají přímý vliv na poskytovatele zdravotních služeb. Lékař v takovém propojeném systému optimálně řídí léčebný proces a pojištěnec pod jednotnou správou přijímá adekvátní zdravotní služby v požadované kvalitě a dostupnosti s přesahem na nemocenské pojištění.

Propojení či spojení pojištění má efekty ve snížení četnosti pracovní neschopnosti, optimalizaci délky pracovní neschopnosti, snížení nákladů na výplatu nemocenských dávek, snížení nákladů na zdravotní péči a zvýšení příjmů zdravotního a sociálního a nemocen-

ského pojištění, tedy celkově v daleko vyšší efektivitě systému. Propojit systém nemocenského pojištění s veřejným zdravotním pojištěním je nezbytné i pro lepší využití kapacit pracovnělékařských služeb, pro prevenci a práceschopnost populace. Zaměstnavatelé by cestou praktických lékařů a poskytovatelů pracovnělékařských služeb mohli být daleko více motivováni a zapojeni do řešení konkrétní situace nemocnosti firem a podniků, poskytovatelé pracovnělékařských služeb by zase mohli zcela adresně reagovat na strukturu a příčiny nemocnosti v jednotlivých provozech – očkování, prevence úrazů, indikace používání osobních ochranných pomůcek apod.



Ing. Tomáš Prouza, MBA, prezident, Svaz obchodu a cestovního ruchu ČR, viceprezident, Hospodářská komora ČR

3. Návrhem se vážně zabývá jak NERV, tak i pracovní skupina MZ a MPSV. Věřím, že tentokrát nezůstane pouze u slov, stejně jako že nakonec nezvítězí klasický český resortismus. Spojení zdravotního a nemocenského pojištění má

silnou podporu Hospodářské komory ČR a podnikatelů a je v zájmu plátců i poskytovatelů zdravotní péče.



*Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA
prezident, Unie zaměstnavatelských svazů ČR*

odpovědi Jiřího Horeckého:

1. Předně je nutné upřesnit, že v ČR máme oddělené systémy zdravotního a sociálního pojištění a že jedna ze složek sociálního pojištění je pojištění nemocenské (kromě důchodového pojištění a státní politiky zaměstnanosti). Jejich oddělení pak umožňuje nastavení rozdílných systémů čerpání a financování. Zatímco např. u zdravotního pojištění je Fond veřejného zdravotního pojištění oddělený od státního rozpočtu, resp. hospodaření státu, u sociálního pojištění jsou jeho záporná salda každoročně hrazena ze státního rozpočtu.

2. Nemyslím si, že by dávalo smysl propojení sociálního a zdravotního pojištění. Jinak je tomu však u pouze nemocenského pojištění a zdravotního pojištění. Zde by toto propojení

mohlo logicky vytvořit tlak na zdravotní pojišťovny, aby pro-
věřovaly i pracovní neschop-
nosti, aby byly motivovány
k opětovnému, rychlému a trva-
lému získávání pracovní schop-
nosti apod. Případně spojení by
pak otevřelo ještě diskusi nad
spojením úrazového pojištění,
protože i zde jde o „propojené
nádoby“. A aby to dávalo větší
smysl, bylo by také nezbytné
otevřít diskusi o návratu k po-
skytování dávky nemocenského
pojištění zaměstnancům již od
počátku pracovní neschopnosti.

3. Myslím si, že aktuální
hospodářská situace naší země
tomu nenahrává. Oba systémy,
tj. zdravotního i sociálního po-
jištění, skončí v letošní roce de-
ficitním výsledkem (a příští rok
se tento scénář bude pravděpo-
dobně opakovat), což není op-
timální situace pro jejich spo-
jování. Nic ale nebrání tomu,
vést o této možnosti odbornou
diskusi.

odpovědi Davida Koláře:

1. Dovolím si podívat se na
tuto problematiku z opačné
strany, tj. co by nám přineslo
sloučení zdravotního a nemo-
cenského pojištění? Naše aso-
ciace tento krok dlouhodobě
podporuje vzhledem k množ-
ství benefitů pro pacienty, spo-
lečnost i státní rozpočet, jež by

propojení již tak provázaných
agend mohlo přinést.



*Mgr. David Kolář,
výkonný ředitel, AIFP*

V první řadě by došlo k zá-
sadnímu zjednodušení řešení
zdravotně pojistných událostí,
které by bylo možné kompletně
administrovat na jednom místě.
Pacienti by komunikovali pou-
ze s jedním úřadem, nikoliv se
dvěma, jako je tomu doposud.
Procesy řešení těchto událostí
by se zrychlily, usnadněna by
byla i zpětná kontrola.

Změnilo by se i samotné na-
hlížení na tuto problematiku
– zdravotní a sociální oblast
jsou spojené nádoby, jejich od-
dělování je pouze technická zá-

ležitost. Pokud se člověk dobře
stará o své zdraví a dbá na pra-
videlnou prevenci, je odměněn
pevnějším zdravotním stavem
a případnou včasnější léčbou.
Zároveň oddaluje případné
hospitalizace, následnou soci-
ální péči i čerpání sociálních
příspěvků. Současné rozdělení
obou agend nám neumožňuje
nahlížet problematiku zdraví
a léčby v celé této šíři.

V neposlední řadě by slouče-
ním agend došlo k významným
finančním úsporám na straně
obou úřadů. Dalším logickým
krokem by bylo propojení soci-
álního a zdravotního rozpočtu
v této konkrétní oblasti. To by
vedlo k prohloubení komplex-
ního vnímání zdraví jako ta-
kového i zdravotně pojistných
situací. Nehledě na další opti-
malizaci finančních prostředků.

2. Podíváme-li se specificky
na zaměstnavatele – sloučení
agend by jim přineslo zjedno-
dušení stávající administrati-
vy. Pokud by tento krok byl
doprovázen příspěvkem nebo
slevou na novém sloučeném po-
jistném, který by byl podmíněn
podporou zdravotní prevence
u zaměstnanců, mohlo by to
vést k nárůstu zájmu o preven-
tivní programy, a tedy i zlepšení
zdraví populace.

3. Ano.