

Co přinese zdravotníkům reforma?

Na internetu se poslední dobou šíří text s názvem „Jak ovládnout 220 miliard Kč v českém zdravotnictví“. Jde o článek typu „ovládá naše životy kompletně KGB nebo CIA?“, samozřejmě nepodepsaný, celkem jistě vytvořený na zakázku a plný záměrných polopравd a lží. Na takovou špinu se běžně neodpovídá.

Nakonec jsem se ale rozhodl reagovat – ne kvůli těm, které podobné bludy dokážou oslovit, ale kvůli spoustě slušných zdravotníků, kteří často nevědí, co si vlastně mají o návrhu reformy myslet a co jim přinese. Několik poznámek k největším nesmyslům ve zmíněném textu připojuji níže v samostatném přehledu – ale začít chci důležitými otázkami.

Proč potřebujeme reformu?

Financování zdravotnictví je z důvodu stárnutí obyvatelstva a nových drahých technologií pod tlakem ve všech vyspělých zemích. Je jasné, že přívod financí do zdravotnictví musí vzrůst. Otázkou je, jak to udělat bez zruinování státních financí a při zachování dostupnosti potřebné péče pro všechny občany.

Prvním krokem je z logických i etických důvodů snaha o lepší využití peněz, které už dnes občané na zdravotnictví povinně platí, v roce 2008 téměř 230 miliard Kč. Později bude muset následovat změna financování a pravděpodobně i rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. První krok se snaží řešit navrhované reformní zákony, krok druhý je diskutován na úrovni tzv. Kulatého stolu iniciovaného ministrem Julínkem (pro zájemce viz www.kulatystul.cz).

Pokud někdo pochybuje o rezervách v dnešním systému, doporučuji zhlédnout expertní odhady v odborné literatuře nebo například studii zpracovanou Transparency International (www.transparency.cz). Ještě lépe – každému zdravotníkovi doporučuji položit si ruku na srdce a vzpomenout si na příklady předražených nákupů a oprav, poloprázdných oddělení, zbytečně opakovaných vyšetření, vykazování neexistující péče, využívání drahé techniky pouhých několik hodin denně a jiné příklady, které buď sami zažili, nebo slyšeli od kolegů, kterým věří.

Našli bychom samozřejmě řadu dalších důvodů pro okamžitou změnu. Jedním z nich je přílišná závislost zdravotnictví na politicích. Ta vede k častým a prudkým změnám, způsobeným nejen střídáním politických stran u moci, ale bohužel i změnou osoby ministra, byť je ze stejné politické strany.

Co přinese vyšší odpovědnost pojišťoven?

Navrhovaná reforma zachovává základní změny dosažené na začátku 90. let minulého století, především systém veřejného zdravotního pojištění. Tvrzení o převodu systému na soukromé zdravotní pojištění jsou naprosto nesmyslná. Všechny hlavní znaky veřejného pojištění – povinná účast, odvody na pojistné založené na schopnosti platit, nikoli na zdravotním stavu, z toho plynoucí masivní přerozdělení peněz nejen mezi zdravými a nemocnými, ale i mezi bohatšími a chudšími, jeden balík služeb stejný pro všechny občany – jsou zachovány a naopak budou posíleny.

Posílen bude zejména nárok pacienta na hrazenou péči, a to včetně její dostupnosti v čase a místě. Je to dobrá zpráva nejen pro pacienty, ale i pro zdravotníky. Znamená totiž větší odpovědnost zdravotních pojišťoven, které musejí uzavřít smlouvy a platit poskytovatelům tak, aby péče byla skutečně dostupná. Samozřejmě to ale také znamená, že se pojišťovny budou více snažit najít poskytovatele, kteří jsou kvalitní a dokážou péči poskytovat za rozumnou cenu. V důsledku dojde k již dlouho potřebnému soustředění vysoce specializované péče u menšího množství poskytovatelů, rychlejšímu rozvoji jednodenní, ambulantní a domácí péče a tlaku pojišťoven na omezení zbytečné nebo nekvalitní péče.

Tohle může být krátkodobě nepříjemná zpráva pro ty, kteří dobře vědí, že kvalita nebo množství jimi odváděné práce při bližším pohledu neobstojí. Je to ale dobrá zpráva pro všechny, kteří chtějí pracovat a více si vydělat. Díky úsporám dosažených na jiných místech pro ně zůstane více peněz. Rozhodně není třeba bát se plošného zavírání nemocnic nebo omezování počtů jiných poskytovatelů. Naopak, některých profesí je málo již dnes a potřeba zdravotníků a jejich práce bude v důsledku stárnutí obyvatelstva dále narůstat.

Nad finanční situací jednotlivých pojišťoven a nad tím, zda plní své závazky vůči pojištěncům, bude dohlížet nově zřízený Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. V praxi to znamená, že případné opožďování plateb ze strany pojišťoven nebude řešeno po dvou letech, jak tomu bylo v letech 2005 až 2006 v případě VZP, ale neprodleně. Znamená to také zveřejňování, kolik a jaké zdravotní péče svým pojištěncům pojišťovny zaplatily, a postupně také, jaká byla její kvalita.

Jak zvýšit přívod soukromých peněz?

Ten, kdo si myslí, že pro české zdravotnictví může získat významně více veřejných peněz, než do něj proudí dnes, je opravdu velký idealista. Doporučuji konzultaci s kýmkoli, kdo zná stav státního rozpočtu a snahu vlády o omezení schodku a dosažení kritérií k přijetí eura.

Potřebujeme dostat do zdravotnictví více soukromých peněz. Prvním krokem jsou regulační poplatky, i když zvýšení příjmů nebylo jejich hlavním cílem. Následuje možnost pacienta legálně si připlatit na „nadstandardní“ péči a lepší vymezení toho, co je standard, ve spolupráci ministerstva, pojišťoven, poskytovatelů a odborných společností. Odborné fórum s tímto zadáním začne pracovat v květnu 2008. Díky lepšímu vymezení péče hrazené z veřejného pojištění bude růst i pojištění komerční a přivádět více peněz do zdravotnictví.

Co je řízená péče?

Velké vášně vyvolává tzv. řízená péče. Co to vlastně je? Řízená péče obecně znamená větší vliv pojišťovny na poskytování zdravotní péče, který vede k úsporám díky racionálnější léčbě (pomyslete jenom na možnosti úspor v oblasti předepisovaných léků) a lepší spolupráci jednotlivých druhů poskytovatelů. O úspory se podělí pacient, poskytovatel a pojišťovna. Příklady ze Švýcarska ukazují na možnost 10-15% úspor při zachování kvality péče.

A teď důležitá otázka – jsou v České republice jednotlivé rysy řízené péče něčím zcela novým, nebo je tu vlastně už dávno máme a jenom o nich začínáme mluvit nahlas a plánujeme jejich kontrolu? V nově navrhovaném zákonu jsou definovány čtyři faktory, které při určité míře výskytu vedou samy o sobě nebo v kombinaci k zařazení produktu pojišťovny do řízené péče. K těmto faktorům patří:

- přenesení finančního rizika za objem poskytnuté péče z pojišťovny na poskytovatele (tedy např. kapitace pokrývající široký rozsah služeb nebo platba rozpočtem namísto výkonového způsobu nebo alespoň platby za případ);
- malý počet smluvních poskytovatelů (tedy malý výběr pro pojištěnce);
- používání gate-keepingu či jiného uspořádání, ve kterém se pojišťovna sama nebo její smluvní poskytovatel (v případě gate-keepingu praktický lékař) vyjadřuje k oprávněnosti zdravotní péče před jejím poskytnutím;
- propojení pojišťovny a poskytovatele.

Minimálně první dvě z těchto situací u nás dobře známe. Po zavedení té třetí část lékařské veřejnosti i politiků opakovaně volá. Čtvrtou blíže rozebírá další část tohoto článku (viz Monopoly...).

V čem je tedy hlavní rozdíl oproti dnešnímu stavu? Navrhované zákony výše zmíněné situace jasně pojmenovávají a zavádějí pro ně zvláštní regulace. Řízenou péči, stejně jako cokoli jiného, je samozřejmě možno zneužít. Ani ne tak proti poskytovatelům, jako proti pacientům. Pojišťovna a poskytovatel mohou ve společném zájmu omezit poskytování zdravotní péče. Opět nic nového, když se podíváme na dnešní rozpočty a některá regulační omezení. Právě proto je důležité, že nové zákony lépe vymezí nárok pojištěnce a učiní jej vymahatelným. Nejdůležitější ze všeho ale je, že zařadit pojištěnce do projektu řízené péče bude možno jenom na základě jejich dobrovolného rozhodnutí. Totéž platí i pro poskytovatele zdravotních služeb – dnešní smlouvy mezi pojišťovnami a poskytovateli samozřejmě budou nadále platné a na řízenou péči bude nutno uzavřít smlouvu novou..

Monopoly ve zdravotnictví a propojení pojišťovna – poskytovatel?

Jediným subjektem, jehož postavení v českém zdravotnictví se blíží monopolu, je VZP ČR. Zásah Úřadu na ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) by si mohlo vysloužit také sdružení zahrnující většinu poskytovatelů určitého typu, které by fungovalo jako kartelová dohoda. ÚOHS má totiž dvě role – ta preventivní zabraňuje vzniku dominantního postavení a spočívá především v posuzování a schvalování spojování pojišťoven nebo poskytovatelů. Druhá role spočívá právě v zabránění zneužívání již existujícího dominantního postavení. ÚOHS není žádným nováčkem ani ve zdravotnictví.

Zvláštním případem jsou propojení pojišťovny a poskytovatele. Především je nutno říci, že taková propojení existovala v Čechách za první republiky a ani v jiných zemích nejsou neznámá. Mohou přinášet výhody, které byly popsány výše v části týkající se řízené péče. Mohou samozřejmě být i zneužívána. Proto je třeba takovou situaci pečlivě ošetřit zákonem.

Dnešní zákony mimo přímé vlastnictví poskytovatelů pojišťovnou žádné propojení nezakazují. Navrhované zákony to ponechávají, ale vyrovnávají se i s jinými formami propojení. Staví při tom na zkušenostech z jiných oblastí lidské činnosti (viz např. ustanovení obchodního zákona o koncernu). Na první pohled vypadá jako nejlepší zakázat jakékoli propojení mezi pojišťovnou a poskytovatelem. Zkušený právník vám ale řekne, že zákaz lze vždy obejít (třeba přes společnost

sídlící na Kajmanských ostrovech). Lepší je proto nařídit zveřejnění takového propojení, tvrdé pokuty za porušení zveřejňování povinnosti a zvláštní regulační režim pro takto propojenou pojišťovnu. Tvrdší regulace nastane jak ze strany Úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, tak ze strany Úřadu na ochranu hospodářské soutěže.

Jaká je alternativa navrhované reformy?

Reforma může pro někoho mít své méně příjemné stránky, je ale důležité uvědomit si, co je její alternativou. Stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath to říká velmi jasně – zvýšení pravomocí ministerstva zdravotnictví, zrušení zaměstnaneckých pojišťoven a vytvoření jedné „super-VZP“. Tedy de facto návrat ke státnímu zdravotnictví. Takový postup je v naprostém rozporu s decentralizací řízení zdravotnictví a podporou konkurence, o které se snaží v různých formách ve všech evropských zemích. Komu nestačí představa posílení role státu a jedné 100% monopolní pojišťovny, ať si prosím najde stránky Slovenskej lekárskej únie špecialistov (www.slus.sk) a prostuduje si zkušenosti slovenských kolegů s takovým vývojem (a to ještě - alespoň zatím – při existenci více pojišťoven!)

Můžete samozřejmě namítnout, že takové plány se nemusejí uskutečnit. Proč si neponechat současný systém, nebo ho jenom mírně nevylepší? Čísla jsou ale neúprosná. Pokud neprovedeme reformu dnes, systém se během pár let opět dostane do finančního propadu. Záchrana ze státního rozpočtu přijde stěží, a tak nakonec k nějaké reformě dojde. Ta už ale bude mnohem bolestivější a tvrdší. Pojďme tedy radši provést změny dnes, kdy je čas na jejich postupné a ohleduplné provedení.

Nenechte se zmýlit pohledem do jiných zemí. Kopírováním jejich dnešních systémů bychom ze sebe dělali jenom hlupáky. Všechny se musejí vyrovnat se stejnými problémy, jako je ten náš, a všechny také jdou podobnou cestou zvýšení efektivity a zapojení regulovaného trhu. Jenom konkrétní postupy a rychlost změn se liší, protože musejí respektovat specifickou historickou, vztahovou a politickou situaci v každé zemi.

Co čeká zdravotníky po reformě?

Především – nečekejte zítra zázraky, ale ani konec světa. Změny, byť významně vypadající na papíře, se v realitě budou prosazovat postupně. Chápu, že „počkejte“ slyší zdravotníci už 15 let, to ale neznamená, že by měli věřit báchorkám o významném zlepšení pro všechny za týden.

Je jasné, že do zdravotnictví přijde (a v roce 2008 již přichází) více peněz. Naprostá většina z nich také bude použita na poskytování zdravotní péče a tedy i příjmy zdravotníků. Nebojte se zisků ve zdravotnictví – nejsou tam snad už dnes? Stačí se podívat na farmaceutické firmy a jiné dodavatele. Reforma jenom přinese jasnější pravidla a více transparentnosti. Zdravotní pojišťovny, byť vlastněné soukromými subjekty, budou muset odevzdat 85 % zisku (pokud se jim ho podaří vytvořit) svým pojištěncům. Zároveň bude zcela zachována svoboda volby pojišťovny. Pokud by některá z nich přes veškerý dohled a pojistky (včetně zveřejňování objemu a kvality poskytnutých služeb) chtěla šetřit na zdravotní péči, její klienti to poznají a odejdou jinam.

Pokud máte přesto obavy, podívejte se na ostatní obory lidské činnosti. Byli snad právníci, architekti, inženýři nebo jiní vysoce kvalifikovaní pracovníci poškozeni částečným nastolením tržních vztahů a vstupem investorů? Pracují snad všichni pro jednoho monopolního zaměstnavatele,

který je sdírá? Samozřejmě, že ne. Existují jak silné mezinárodní právní kanceláře, tak samostatní advokáti. Všem se daří ve srovnání se zdravotnictvím velmi dobře.

Podívat se můžete i do zahraničí. Třeba i do zatracovaných Spojených států. Ponechme teď stranou ostudnou situaci na straně financování jejich zdravotnictví, přesně řečeno neexistenci jednotného solidárního systému, a podívejme se na poskytování zdravotní péče. Trh tam působí desítky let. Jsou snad američtí lékaři zmonopolizováni a zbídačeni? Nebo jsou placeni lépe než v Evropě? Každopádně jim jejich postavení nezajistili odboráři, ať už se skrývají pod jakýmkoliv jménem a argumenty.

Co má tedy cenu dělat? Pasivně čekat, jaké návrhy vám na ministerstvu připravíme? Rozhodně ne. Podílejte se na technických řešeních, upozorněte nás, co se dá udělat lépe, diskutujte. A hlavně věřte vlastnímu rozumu a vlastním očím a ne záměrným dezinformacím.

Pavel Hroboň

Některé ze lží a polopravd kolujících na internetu

Lži a polopravdy	Realita
Dojde k vytvoření monopolu jedné pojišťovny propojené s poskytovateli.	Jediná pojišťovna, která se blíží postavení monopolu, je VZP. Vzniku monopolu brání Úřad na ochranu hospodářské soutěže.
Řízená péče omezí dostupnost a kvalitu zdravotních služeb.	Poprvé v historii bude dostupnost zakotvena v zákoně ve formě maximální vzdálenosti poskytovatele od místa bydliště a maximální čekací doby na výkon. Bude vymahatelná i u soudu. Standardy vzniknou ve spolupráci ministerstva, poskytovatelů, odborných společností a pojišťoven. Nikde na světě ale

	<p>nejsou zakotveny v zákonech.</p> <p>Pojišťovny budou povinně zveřejňovat objem poskytnutých služeb a ukazatele jejich kvality.</p> <p>Účast v modelech řízené péče bude dobrovolná jak pro pacienty, tak pro poskytovatele.</p>
Lékaři budou zaměstnanci zdravotní pojišťovny.	Zdravotní pojišťovna nesmí a nebude smět poskytovat zdravotní služby ani vlastnit zdravotnické zařízení.
Hrozí zavedení spoluúčasti na výkonech.	Dnešní rozsah hrazené péče bude zachován a garantován zákonem. Občané si ale dobrovolně budou moci vybrat pojistku s určitou spoluúčastí (jako u pojištění auta).
IZIP připraví lékaře o jejich know-how.	IZIP je čistě soukromou aktivitou. Každý lékař se může svobodně rozhodnout, zda se ho účastní, nebo ne. Ministerstvo zdravotnictví nikdy neprosazovalo a neprosazuje IZIP jako standard pro české zdravotnictví.
Fakultní nemocnice budou privatizovány podle zákona o velké privatizaci.	Ministr, předseda vlády i předsedové koaličních stran opakovaně ujistili veřejnost, že žádná privatizace fakultních nemocnic se nechystá. Pojistky proti privatizaci obsahuje i návrh zákona o univerzitních nemocnicích.
Hospodaření pojišťoven v roce 2007 skončilo přebytkem přes 20 miliard. Tyto peníze budou zadarmo převedeny novým vlastníkům.	<p>Toto číslo je celkový zůstatek peněz ve zdravotních pojišťovnách, včetně povinných rezerv. Jenom na měsíční platby zdravotnickým zařízením (většině z nich se platí předem, zatímco odvody na pojistné se platí z platu za minulý měsíc) potřebují pojišťovny téměř 17 miliard Kč.</p> <p>VZP zůstane v rukou státu. Veškeré výtěžky z převedení ostatních pojišťoven do soukromých rukou budou rozděleny mezi občany.</p>