

Ekonom, 29.03.2007

Reforma má zatím vratké nohy

Plánovaná reforma zdravotnictví zatím vyvolává více otázek, než je ministr Tomáš Julínek schopen zodpovědět.

Pana Nováka bolí od neděle žlučník. Jeho lékař mu už rok tvrdí, že musí ven. Jenže pan Novák nemá na účtu u zdravotní pojišťovny dost peněz, a tak přemýšlí, jak operaci zaplatit. Posunuli jsme se v čase do roku 2010 a máme reformované zdravotnictví podle plánu, který zveřejnil ministr Julínek.

POPRASK KOLEM POPLATKŮ. V současné době se pozornost veřejnosti soustřeďuje na nejbližší reformní krok, a tím je zavedení motivačních poplatků, které by měly začít platit od příštího roku. Ministr Julínek zatím ohlásil, že od příštího roku se bude asi platit 50 korun za návštěvu lékaře a pohotovosti, 20 korun za recept, 50 korun za jeden den v nemocnici. Platit prý budou všichni - mladí, staří, bohatí i chudí, protože jinak by nebyl splněn účel poplatků, a tím má být omezení nadbytečného čerpání lékařské péče. V případě prvních dvou poplatků to má logiku, v případě poplatku v nemocnicích už méně, protože o délce hospitalizace pacient většinou nerozhoduje.

První poplatek má regulovat počet návštěv u lékaře. V České republice je dvakrát vyšší než evropský průměr. Podle statistik navštíví každý Čech lékaře více než jednou za měsíc, a to je alarmující.

Druhý poplatek by měl pravděpodobně omezit výdaje na léky hrazené zdravotními pojišťovnami. Každý rok si totiž od lékaře odnese v průměru více jak 9 receptů na jednoho obyvatele. Dvacetikoruna by tedy měla regulovat předepisování levných léků a přinutit občany, aby si je raději zaplatili ze svého. Je však minimum léků, které koupíme za 10 korun (na jeden recept se totiž dají předepsat dva léky), takže i 20korunový poplatek se stále všem vyplatí.

KAM S VYBRANÝMI MILIARDAMI. Kdybychom spočítali, kolik se na těchto dvou poplatcích vybere, dojdeme přibližně k 10 miliardám korun, což představuje 5 % celkových výdajů na zdravotnictví. Není to tedy tak málo, abychom se nezajímali, kam naše peníze půjdou.

Ministr Julínek vysvětluje: "Peníze budou příjmem lékařů, ale budou zohledněny v rámci celkového balíku, který dostávají. Nebudou jednoduše započteny, ale zohledněny."

Šalamounské vysvětlení, ale pro nás obyčejné smrtelníky ne příliš jasné. Nejsou z toho moudří ani lékaři a zdravotní pojišťovny. Svaz zdravotních pojišťoven, který jinak plánované reformy ministra vítá, prohlásil: "Podmínkou musí být, že tyto poplatky zdravotnickým zařízením budou evidovány například jako správní a nebudou zahrnovány do paušálů, limitů a ani jinak nebudou souviset s financováním zdravotní péče a zasahovat do smluvního vztahu zdravotnického zařízení a pojišťovny."

Co bude se zhruba dvěma miliardami korun, které by se vybraly za recepty, už ministr nevysvětlil vůbec. Možná zůstanou lékárnám, které si v posledních letech stěžovaly, že jim klesají příjmy díky úpravě marží zavedené Julínkovým předchůdcem Davidem Rathem. Svaz zdravotních pojišťoven se toho také možná obává. Proto požaduje, aby se poplatek za recept vybíral u lékaře, "protože lékárny mají svoji variabilní marži a není třeba, aby měly další doplňkové příjmy".

ZBUDE NA LEPŠÍ KNEDLÍKY? Veřejnost na Julínkův pokusný balónek s poplatky reagovala podle očekávání. Nelíbí se jí. Březnový průzkum veřejného mínění společnosti Median ukázal, že lidé nechtějí platit 20 korun za recept a proti padesátikoruně za návštěvu lékaře či ošetření na pohotovosti bylo 66 % dotázaných. Ostatně i dřívější průzkumy veřejného mínění ukázaly podobné postoje (blíže viz článek Co si myslí veřejnost).

Nejméně vadí veřejnosti poplatek za den hospitalizace. Je pro ni pravděpodobně průhlednější a všeobecně se má za to, že pacienti by si takto mohli připlácet na jídlo a nemocniční strava by pak mohla být třeba lepší. Ovšem veřejnost si neuvědomuje, že se zároveň změní i nemocenská, například za první tři dny nemoci nedostanou nic. Poplatek v nemocnici tedy budou pacienti hradit ze svých úspor a ze snížené nemocenské.

Jiná otázka je, kolik z tohoto poplatku získá nemocnice. Před několika lety, když o podobném poplatku uvažovala Julínkova předchůdkyně Milada Emmerová, spočítali v největší pražské nemocnici Motole, že by se jim takový poplatek nevyplatil. Museli by zajistit jeho administrativní výběr a pak ho ještě zdanit jako příjem, a tak by na lepší knedlíky mnoho nezbylo.

Ministr Julínek však vidí smysl poplatku jinde, a sice v posílení role pacienta v nemocnici: "Já zaplatím padesát korun za den hospitalizace, tak proč mám ne úplně dobrou polévku nebo jídlo, proč se sestřička o mne nezajímá," naznačuje ministr motivační charakter padesátikoruny.

Ať už se Julínkovi podaří plánované poplatky prosadit v parlamentu nebo ne, v jeho celkové vizi zdravotnické reformy hrají jen velmi okrajovou roli. Mnohem větší bombou je plánovaná revoluce ve financování zdravotní péče, především změny ve zdravotním pojištění.

REVOLUCE V POJIŠTĚNÍ. Hlavní roli ve změně financování zdravotnictví sehraje zdravotní pojišťovny. Změní se v akciové společnosti. Budou mít volné ruce v uzavírání smluv se zdravotnickými zařízeními. Budou rozhodovat o tom, kdo a za kolik bude léčit jejich klienty. Za léčení budou platit jak z veřejného zdravotního pojištění (standard) tak i ze soukromého připojištění klientů (nadstandard).

Každý klient uzavře s pojišťovnou individuální smlouvu. Může si zvolit některý z pojistných programů, podle toho, na kolik si cení svého zdraví a na co mu budou stačit peníze. U pojišťovny mu otevřou osobní účet a na něm povedou evidenci, kolik odvedl pojistného, kolik z toho má k dispozici po přerozdělení v rámci solidarity a kolik zaplatí za každý léčebný úkon. Abychom si to dovedli lépe představit, vraťme se k panu Novákovi a jeho žlučníku.

TVRDÁ REALITA ČÍSEL. Píše se rok 2010 a pan Novák jako klient reformované zdravotní pojišťovny akciové společnosti už má rok svůj osobní účet. Začal na něm od nuly, přestože si platí zdravotní pojištění už 25 let a příliš často nestonal. Jenže co zaplatil v minulých letech, to se ve zdravotnictví už utratilo.

Za předcházející rok 2009 odvedl spolu se svým zaměstnavatelem pojišťovně celkem 30 tisíc korun. Po přerozdělení v rámci solidarity mu však pojišťovna připsala jen 15 000 korun. Zbytkem musel přispět na solidaritu s těmi, kteří neplatí zdravotní pojištění vůbec (což je 16 kategorií státních pojištěnců, za které platí stát jen 6725 korun ročně) nebo s těmi OSVČ, kteří platí jen z minimálního nebo nízkého vyměřovacího základu.

Z připsaných 15 tisíc korun si 600 korun, tedy 4 %, strhla pojišťovna na provozní náklady (není zatím jisté, zda budou jako dosud limitovány zákonem), za vedení účtu a výpis. Ministerstvo zdravotnictví počítá například s rozesláním výpisů kvartálně a pojišťovny spočítaly, že rozeslání může stát 1,2 až 4 miliardy ročně.

Celkem 600 korun zaplatí pan Novák paušál praktickému lékaři, i když ho vůbec nenavštívil (tak zvaná kapitační platba). Ke konci prvního roku nového systému zdravotního pojištění měl tedy na účtu 13 800 korun. Protože si zvolil dobrou a transparentní pojišťovnu, dostal od ní seznam plně hrazených výkonů. Tam si našel, že má nárok na laparoskopickou operaci žlučníku, a ta ho bude stát 18 800 korun. Chybí mu tedy 5000 korun a ještě bude muset zaplatit poplatek 50 korun za den v nemocnici z vlastní kapsy. Dá se přepokládat, že tuto částku do konce roku vyrovná z plateb na zdravotní pojištění. Kdyby se mu to však z nějakého důvodu nepodařilo, nabízí mu pojišťovna kontokorentní úvěr, který musí splatit i s úroky do jednoho roku.

ZA CO ZAPLATÍ POJIŠŤOVNY. Než však reforma zdravotnictví dosáhne tohoto cílového stavu, bude třeba vyřešit dva zásadní problémy. Tím prvním je definovat rozsah péče, na kterou mají občané nárok z veřejného zdravotního pojištění. Potom také bude jasné, na co nárok nemají a budou si to muset zaplatit nebo se připojistit. Druhý problém spočívá v tom, jak zajistit, aby zdravotní pojišťovny řádně a bezpečně spravovaly veřejné prostředky, zajišťovaly svým klientům dostupnou péči na úrovni současné medicíny.

Všichni ministři zdravotnictví si zatím vylámali zuby na definování objemu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. A jak na to půjde Tomáš Julínek? Tvrdí, že bude vycházet z historických zkušeností. Z toho, na co jsou u nás lidé zvyklí, a pokud se bude jednat o škrtnání některých výkonů z veřejného zdravotního pojištění, tak půjde jen o opravdu marginální věci, vysvětluje ministr. Otázka tedy je, jaký regulační smysl bude taková bezbřehá definice mít a k čemu by se měli lidé připojišťovat.

Zdravotní pojišťovny to vidí jinak. Definování rozsahu hrazené péče je podle nich nejsložitější problém celé reformy. "Vždyť jedna diagnóza se u nás léčí mnoha způsoby. Bude třeba určit ty standardní," vysvětluje Vladimír Kothera, prezident Svazu zdravotních pojišťoven. Kdybychom si to chtěli demonstrovat velmi zjednodušeně na příkladu žlučníku pana Nováka, mohou mu jej vyjmout tak, že mu rozříznou břicho, nebo laparoskopicky, nebo dokonce s pomocí operačního robota. Samozřejmě pokaždé to znamená jiné náklady, i když konečný efekt je stejný. Kdo tedy rozhodne, jaký postup bude hrazený ze zdravotního pojištění?

Podle Svazu zdravotních pojišťoven by měl seznam hrazené péče vzniknout ve všech oblastech odkladné i akutní péče ve spolupráci státu, tedy Ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven,

kteří mají obsáhlé a dlouhodobé statistiky v Národním referenčním centru, a odborných lékařských společnostech, z nichž mnohé už zpracovávají standardní postupy u léčení jednotlivých diagnóz.

KDO BUDE ROZHODOVAT O PACIENTECH. Pojišťovny by považovaly za rozumné začít s definováním standardů u odkladné péče, což by se dalo stihnout zhruba do roka, tvrdí Kothera. Připouští však, že seznam výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění nemůže být definitivní. Medicína se rychle rozvíjí a seznam platný několik let by nemohl pacientům zajišťovat lékařskou péči na aktuální úrovni lékařského poznání.

Ministr Julínek v tom problému nevidí. Na dotaz Ekonomu, kdo a jakým způsobem bude zpracovávat definici péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, odpověděl: "U většiny zdravotní péče nelze detailně určit, jaký postup má být uplatněn u jakého pacienta. Není možné napsat vyhlášku, která by určila, zda má 73letý pacient po 2 infarktech, s takovým a takovým krevním tlakem a hladinou cholesterolu, nárok na léky, na kardiochirurgickou operaci nebo na jiné řešení. U většiny zdravotní péče je tedy nutné použít obecnou definici péče medicínsky účinné a ekonomicky efektivní. V některých oblastech, jako jsou léky, zdravotnické prostředky nebo třeba preventivní péče, může být zákonné vymezení explicitnější."

Přemýšlivého čtenáře teď možná napadne, kdo tedy vlastně bude určovat, jaká léčba je pro něj medicínsky účinná a ekonomicky efektivní. Až dosud to dělali lékaři, ale po reformě mají hrát hlavní roli v hrazené péči zdravotní pojišťovny. Ty mohou preferovat spíše ekonomickou stránku věci, pokud jim zákon nestanoví jasné mantinely. V případě našeho pana Nováka by se tak teoreticky mohlo stát, že mu pojišťovna v rámci standardu uhradí jen odstranění žlučníku tou nejlevnější metodou otevření břicha. Vždyť účelu bude také dosaženo.

Pokud nebudou jasně stanoveny mantinely péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, může se také otevřít obrovský prostor pro spekulace, stížnosti a žaloby pacientů. Kdo je bude řešit, když vztah mezi pacientem a pojišťovnou bude soukromoprávní? Ministerstvo zdravotnictví zatím nedovedlo Ekonomu dát přesnější odpověď: "Zkoumáme několik variant - úřad pro dohled, ombudsman, bude možnost soudního přezkoumání."

PŘEMĚNA NA AKCIOVKY. Zatímco definování péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění politiky příliš netrápí, transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti vyvolává živé diskuse. Není divu, když spravují přibližně 190 miliard korun ročně. David Rath (ČSSD), bývalý ministr zdravotnictví a současný šéf zdravotního výboru parlamentu, považuje plány na transformaci pojišťoven za vysoce nebezpečné. Zejména se mu nelíbí u tří pojišťoven - VZP, vojenské a vnitřní. Je v nich zhruba 80 % občanů. Zatím mají všechny tři veřejnoprávní charakter, který neumožňuje státu (vládě) výrazněji zasahovat do jejich činností bez širšího souhlasu dalších orgánů, jako je parlament a správní a dozorčí rady, složené z různých profesních skupin. Převedením těchto pojišťoven na akciové společnosti se podle Ratha stanou 100% vlastnictvím státu, a tím se vydávají plně do rukou exekutivy a jejich divokých rozhodnutí.

Podle ministra Julínka stát skutečně nehodlá akcie těchto tří pojišťoven po transformaci prodat. Jenže jak chce ministr prosadit konkurenci ve zdravotním pojištění, od které očekává efektivnější nakládání s finančními prostředky a větší zainteresovanost pacientů? Menším pojišťovnám totiž zbude jen 20 % pojištěnců, a s tím se do velké konkurence pouštět nemohou. I jejich převedení na akciové společnosti považuje Rath za riskantní. Půjde podle něj o "odevzdání mnohdy velkého majetku", který například u zdravotní pojišťovny zaměstnanců v bankovníctví odhaduje na 3 až 4 miliardy korun, do rukou zřizovatelů, kterými jsou většinou průmyslové podniky nebo finanční skupiny. Rath usuzuje, že by se tyto pojišťovny mohly stát předmětem kšeftování, z čehož vyplývá příliš velké riziko jejich bankrotů. Jak tedy ochránit pojišťovny před případným bankrotem?

JAK OHLÍDAT VEŘEJNÉ PROSTŘEDKY. Ministr Julínek Ekonomu řekl, že finanční zdraví pojišťoven bude kontrolováno specializovaným úřadem pro dohled, zřízeným na vládní úrovni. Proti krachu pojišťoven budou klienty chránit rezervní fondy jednotlivých pojišťoven a společný zajišťovací fond. Ten nemusí být příliš velký - ve zdravotních pojišťovnách se totiž kapitál neakumuluje, vysvětlil Julínek.

Zdravotní pojišťovny by si představovaly svůj dozorový orgán jinak. Měl by být naprosto nezávislý na vládě a na parlamentu a měl by mít pro svou činnost jasně zákonem stanovená pravidla a podmínky, aby nemohlo dojít k tomu, co je možné dnes - například ke zmanipulování nucené správy, vysvětluje Kothera. Dozorový orgán by dohlížel na zajištění dostupnosti péče, uděloval a odebíral licence a prověřoval finanční zdraví pojišťoven.

Než ministr zdravotnictví uskuteční svou vizi reformy, čeká ho ještě hodně práce - nejen na nových zákonech, ale také na tom, aby dovedl své představy přesvědčivě a důvěryhodně prezentovat

veřejnosti.

Plánované kroky

reformy zdravotnictví podle ministra zdravotnictví Tomáše Julínka

1. etapa reformních opatření 2007 až 2009 - reforma institucí:

- úhrada léků podle jejich přínosu
- zvýšení odpovědnosti zdravotních pojišťoven
- modernizace sítě zdravotnických zařízení
- posílení volby a odpovědnosti občanů

2. etapa reformních opatření 2010 a dále - reforma financování:

- změny v odvodech zdravotního pojištění
- možnost zdravotního spoření
- možnost volby rozsahu pojištění
- změna financování zdravotně-sociální oblasti

V oblasti veřejného zdravotního pojištění:

- do 1. ledna 2008 novelizovat zákon o veřejném zdravotním pojištění: úhrada léků podle norem EU, zavedení regulačních poplatků pacientů, upřesnění rozsahu péče hrazené z veřejného pojištění
- nový zákon o dohledu nad veřejným zdravotním pojištěním
- jednotný zákon o zdravotních pojišťovnách a jejich transformace na akciové společnosti

V oblasti poskytování zdravotní péče:

- nový zákon o zdravotnickém zařízení - sjednotit podmínky státních a nestátních zařízení
- zákon o zdravotních službách
- zákon o zdravotnické záchranné službě
- novely zákonů o vzdělávání lékařů a nelékařů

V oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví:

- novelizace zákona o ochraně veřejného zdraví
- novelizace zákona o biocidech

V oblasti přímo řízených organizací:

- do 1. ledna 2009 zákon o univerzitních nemocnicích, transformace fakultních nemocnic