sdružení OBČAN

Zdravotnictví 2.0

OBČAN V SÍTI 03/2017

www.sdruzeniobcan.cz www.zdravotnictvi2.cz

Jak dát smysl pluralitě pojišťoven ?

úhel pohledu

Miroslav Zámečník

Ladislav Friedrich

Martin Bláha

volné fórum

Leoš Heger

Adam Vojtěch

Petr Zimmermann

Jiří Horecký

Rozhodnutí transformovat státní zdravotnictví do pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění, učiněné po pádu komunismu, bylo

správné, ale nenaplněné. Proces proměny skončil v půli cesty, a dnešní kříženec státního a pluralitního systému logicky není žádný šampión.

Místo předvídatelného světa, ve kterém regulátor reguluje, pojišťovák pojišťuje, zdravotník léčí a občan jim všem za dobré služby přímo či nepřímo platí, máme systém plný konfliktů zájmů, kolektivní neodpovědnosti, markýrovaného řízení, deficitních a vědomě porušovaných pravidel, práva silnějšího, ročního horizontu úhradových vyhlášek a absence dlouhodobých investic do lidí, budov a zdravotních programů.

Je nejvyšší čas doplnit do systému ty stavební kameny, které v něm zatím scházejí. Základní stavební kameny funkčního pojišťovenského systému jsou tyto: příjem ZP odvozený od nákladnosti pojistného kmene, povinnost přijmout každého zájemce, cenová konkurence, funkční corporate governance, odpovědnost za zajištění definovaného rozsahu péče a smluvní volnost. Zvnějšku to pak doplňuje instituce určující rozsah hrazené péče a udržující klasifikační systémy, servisní organizace zajišťující společné činnosti pojišťoven a efektivní systém kontroly.

Od 1. 1. 2018 bude přerozdělení rozšířeno o vliv farmaceuticko-nákladových skupin, takže první bod je skoro v suchu. Vedle pojistného vstupujícího do přerozdělení by měla být vybírána i nominální částka, jejíž výši si ZP sama nastaví podle své očekávané bilance. Odstraní to problém s přebytky a deficity na účtech pojišťoven a poskytne motivující informaci pojištěncům. Pojišťovny musejí být samostatné instituce se svéprávnými a odpovědnými osobnostmi ve svých statutárních orgánech.

Odpovědnost za zajištění dostupnosti péče pojišťovny již mají, ale její rozsah není dostatečně vymezen. Potřebujeme definovat proces vstupu a výstupu zdravotních služeb do/z úhrady veřejného pojištění zákonem a ustanovit instituci, která to celé bude mít v náplni práce. Logicky si k tomu může přibrat i údržbu klasifikačních systémů. Servisní organizace v podobě Kanceláře zdravotních pojišťoven již funguje, takže fajn.

Pokud bude jasně vymezen rozsah nároku pojištěnce a zajištěna funkční kontrola na ministerské úrovni, pak je možné dát prostor smluvní volnosti a úhradovou vyhlášku vrátit k jejímu původnímu účelu – záchranné brzdě, při neočekávaných potížích. Až budou zdravotní pojišťovny vkládat většinu své energie do efektivního zajištění kvalitních zdravotních služeb, místo administrace nařízených regulací, bude vyhráno.

Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek

úhel pohledu

Ing. Miroslav Zámečník
komentátor, týdeník EURO

Jak dát smysl pluralitě pojišťoven?

Pokud jde o témata proběhlého semináře, rád bych se soustředil pouze na dvě z nich.

1. *Proč nám pluralitní systém zdravotního pojištění přináší méně užitku, než se od něj očekávalo?*
2. *Jaké změny jsou potřeba, aby zdravotní pojišťovny mohly a musely dostát své hlavní roli, kterou je efektivní alokace prostředků veřejného zdravotního pojištění?*

Odpověď je poměrně přímočará: možnost výběru z více zdravotních pojišťoven má z hlediska pojištěnce smysl pouze tehdy, když změnou pojišťovny může něco reálně získat a má při svém rozhodování nějaké informace, které umožňují racionální volbu.

Nabídka hlavního „produktu“ zdravotních pojišťoven v České republice se ve skutečnosti téměř neliší, neboť základní produkt (veřejné zdravotní pojištění) mají všechny pouze jeden.

V ČR neznáme možnost výběru zdravotně pojistných plánů, které se navzájem liší rozsahem hrazené péče, podmínkami jejího čerpání, sítí zdravotnických zařízení, které ji poskytují, natož pak cenovými rozdíly mezi pojistnými plány.

Zdravotní pojišťovny v Česku tak diferencují svoji nabídku v podstatě prostřednictvím doplňkových služeb (jež představují v podstatě zanedbatelnou část jejich rozpočtu, která se navíc v průběhu času dále snižovala). Tím není řečeno, že nejde o hodnotné služby – nejpokročilejší české zdravotní pojišťovny již mají poměrně komplexní a vhodně strukturovanou nabídku (očkování, preventivní vyšetření, v případě elektronické komunikace i poměrně přátelské uživatelské rozhraní včetně aplikací pro chytré telefony). Konzultace s lékařem po telefonu, případně možnost objednávky vyšetření – to všechno jsou služby, které mají z pohledu klienta význam, přinášejí užitek, a jsou v podstatě z evropského hlediska na solidní úrovni. Přesto, když si porovnáváte nabídku zdravotních pojišťoven, rozdíly jsou patrné na první pohled a jsou významné i z pohledu klienta.

Možnost výběru z více zdravotních pojišťoven má z hlediska pojištěnce smysl pouze tehdy, když změnou pojišťovny může něco reálně získat a má při svém rozhodování nějaké informace, které umožňujíracionální volbu.

Některé služby, které by potenciálně mohly a měly mít podstatný význam z hlediska kvality a efektivnosti péče, například zvláštní programy pro chronicky nemocné, však v ČR narazily na bariéry ekonomického, finančního a legislativního charakteru, například vzhledem k absenci třetí vrstvy přerozdělení (podle morbidity), omezení daná fondovým hospodařením pojišťoven (financování ze ZFZP opakovaně naráželo na výhrady kontrolních orgánů, problematická bonifikace spolupracujících lékařů i pacientů) a obecně malou podporu na ministerské úrovni, která by soutěž pojišťoven v této oblasti motivovala a oceňovala inovace.

Miroslav Zámečník

Konkurence zdravotních pojišťoven se odehrává na tak „malé ploše“ s omezeným prostorem pro diferenciaci, že přestupy pojištěnců jsou minimální (éra ekonomicky obtížně odůvodnitelných, ale finančně nákladných marketingových akcí patří minulosti). Počet subjektů na trhu se snížil (potenciální prostor pro soutěž i při současném počtu sedmi hráčů ovšem nadále existuje. Vývoj však nepochybně ustrnul, ne-li ochrnul.

Co Nizozemsko – náš vzor?

Má smysl se podívat například na Nizozemsko, které má za sebou v podstatě dvacet let snahy o cílenou podporu konkurence zdravotních po-

jišťoven, přičemž posledních deset let (od roku 2006) již soutěž probíhá na platformě legislativy, která byla ve své době považována za průlomovou a podle odborníků „elegantní“ ve své konstrukci. Podle analýzy velice respektované nizozemské instituce aplikovaného ekonomického výzkumu CPB zažil trh vysokou dynamiku v podstatě jen těsně po spuštění reformy, kdy v roce 2006 narostl počet pojišťoven z 21 (2005) na 33, nabízet pojištění mohly i komerční pojišťovny a k přestupu se odhodlalo vysokých 17,8 % pojištěnců.

Motivace, odhlédneme-li od marketingu, spočívala v možnosti diferencovat roční nominální složku pojistného. Pojistné je dvousložkové, polovina nákladů se hradí formou procentní sazby z příjmu, diferencující je složka komunitní prémie vyjádřená absolutní částkou peněz. Standardní odchylka roční komunitní prémie činila přitom nijak závratných 46 EUR, při její roční výši 1037 EUR, nešlo tedy ani o pět procent. Že by soutěž nějak pojistky zlevňovala, to říci nejde: v roce 2015 činila průměrná nominální složka 1168 EUR při standardní odchylce 82 EUR. Počet hráčů klesl v důsledku fúzí a odchodů z trhu na 25. Dynamika přestupů klesla, ale ve srovnání s ČR se udržuje v posledních letech na vysoké úrovni kolem 7 % ročně.

Co se změnilo, je nabídka různých pojistek, jichž je 71, přičemž z nuly na 17 stoupl počet plánů s omezenou sítí poskytovatelů zdravotních služeb, v nichž je 7,5 % pojištěnců. Asi 12 % pojištěnců si vybralo plány s vyšší než minimální povinnou spoluúčastí (ta se zvyšovala až na 375 EUR ročně v roce 2015).

Pod skupinovými kontrakty je ovšem vysokých 69 % pojištěnců oproti 53 % v roce 2006. Oba tyto typy jsou relativně levnější, skupinové kontrakty oproti individuálním pojistkám asi o 50 EUR ročně. Uzavírají je nejen zaměstnavatelé (56 %), ale i odborové organizace, sportovní kluby, sdružení seniorů i pacientské organizace (v Nizozemsku je třetí vrstva přerozdělení), které tak získávají možnost ovlivnit konstrukci plánu a vyjednat cenu.

Nepřekvapivě hlasují nohama nejvíce mladí lidé a ti, kdo jsou pod individuálními pojistkami. Setrvačnost pojištěnců při volbě plánů je vysoká. Značná část populace pojišťovnu ani plán nemění (dokonce ani v rámci jedné pojišťovny), byť by mohla výrazně ušetřit v případě nejlevnější nabídky výrazně více, než tomu skutečně je. Rozdíl mezi realizovanými a potenciálními úsporami za celý systém v roce 2015 byl 53,8 milionu EUR oproti potenciálu 636 mil. EUR v případě přestupu k pěti nejlevnějším pojišťovnám.

Takže v Nizozemsku trh zdravotního pojištění a konkurence fungují, ale o trhu dokonalé soutěže nejde mluvit ani náhodou.

Možná důležitější změna než na trhu pojištění by se měla odehrávat v nákupu péče pojišťovnami a v kontraktech, které s poskytovateli zdravotních služeb uzavírají. Jenomže to bohužel nebyl předmět analýzy PCB, takže není o co se podělit. Někdy příště.

Ing. Ladislav Friedrich, CSc.
prezident, Svaz zaměstnaneckých pojišťoven ČR

Jak dát smysl pluralitnímu pojišťovenskému systému

Veřejné zdravotní pojištění postavené na konkurenci více zdravotních pojišťoven existuje již od roku 1993. Původní záměry, které směřovaly k finančně i kompetenčně samostatným a svéprávným institucím zajišťujícím nejen základní veřejné zdravotní pojištění, ale i připojištění, sice doznaly značných změn, ale něco přece jen zůstalo. Stávající zdravotní pojišťovny nepochybně zajišťují pro své pojištěnce slušný standard administrativních a informačních služeb včetně elektronických, nepochybně obstojí i v přísných kontrolách svého hospodaření a jsou kompetentním partnerem pro diskuse o dalším vývoji systému. Toto hodnocení určitě obstojí i v mezinárodním srovnání a i efektivita provozních nákladů je vysoká. V rámci stále omezenějších kompetencí také pojišťovny stále ještě významně přispívají k finanční stabilitě systému.

Zejména od roku 2014 však dochází k postupnému omezování samostatnosti pojišťoven a možnosti ovlivnit klíčová rozhodnutí. Je přitom zřejmé, že většina oblastí, kde stát fakticky plně převzal řízení, se spíše zhoršuje. Pojišťovnám sice zůstala možnost smluvní politiky, ale jak provádět aktivní smluvní politiku, když to nejdůležitější, tedy ceny a výši platby, určuje už prakticky monopolně vyhláška MZ. Jak bonifikovat lékařské praxe s dobrým hodnocením, když závazky z titulu vyhlášky tlačí pojišťovny až na hranici deficitu, jsou do poslední chvíle obtížně předvídatelné a spravedlivé ceny stejně nepřinášejí. Riziko červených čísel v hospodaření pak nutí zdravotní pojišťovny brzdit růst všech nákladů, kde to jen mohou trochu ovlivnit, a to

i v případech, kdy by střednědobá strategie radila k větší vstřícnosti.

Politizace zdravotních poplatků a opakované diskuse, zda a kolik stát přidá na zdravotnictví, pak nejhůře zasáhly celkové vnímání systému u občanů. Průměrný pojištěnec dnes již vůbec neřeší, kolik vlastně platí na pojistném. Bere jako fakt, že odvádí jakousi daň, a očekává, že stát nějak zajistí, aby zdravotní péče byla plně dostupná a kvalitní. V případě jakéhokoliv onemocnění se pacient pochopitelně snaží využít pojištění na maximum a často i za hranici racionálního postupu, a kdo a kdy to zaplatí, jej nezajímá, protože se ho to zdánlivě netýká. Stejně tak společnost nijak nereaguje na to, že mnohý pacient sice nově a snadněji dokáže získat plně hrazený pobyt v lázních, ale v případě chirurgického zákroku riskuje, že se pro něj použije opravdu jen to nejlevnější, co existuje. V systému zjevně existují zbytečné náklady a naopak někdy až kritické úspory. Ani to však běžný občan regulérně ovlivnit nemůže.

Nyní jsou již před českým zdravotnictvím dvě cesty. Buď bude postupná centralizace a politizace řízení ve zdravotnictví pokračovat, nebo se vrátíme k principům, na kterých systém vznikal, když jsme si ještě dobře státní zdravotnictví bez historického sentimentu pamatovali.

Ta první cesta nás postupně a nenápadně nakonec zavede ke státnímu zdravotnictví, které bude drahé, pro všechny stejné a často i nepřívětivé. Politici pak budou na mediální scéně pro občany energicky řešit problémy, které by v decentralizovaném systému normálně nevznikaly.

Druhá cesta je náročnější, určitě přináší zejména na počátku rizika a bude nás všechny včetně pacientů nutit převzít část odpovědnosti a přemýšlet. Myšlení však bohužel často bolí. Výsledkem by ale za to mohl být systém, kdy všichni musejí přizpůsobovat své chování, nést svůj díl zodpovědnosti, ale současně mají možnost volby a příležitost využít širší nabídku kvalitních služeb.

Nyní jsou již před českým zdravotnictvím dvě cesty. Buď bude postupná centralizace a politizace řízení ve zdravotnictví pokračovat, nebo se vrátíme k principům, na kterých systém vznikal, když jsme si ještě dobře státní zdravotnictví bez historického sentimentu pamatovali.

Jak tedy využít možnosti konkurence, a to nejen mezi pojišťovnami, ve prospěch pacienta? SZP ČR předkládá jménem zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven všem, kdo se budou ucházet na podzim o přízeň voličů, doporučení, jaké kroky by mohly zdravotnictví v ČR směřovat dál a umožnit jeho dlouhodobý rozvoj. Pokud budou nějakou formou tato doporučení přijata, jsme připraveni plně pomáhat s jejich zavedením do života.

Ladislav Friedrich

Jak tedy využít konkurenci zdravotních pojišťoven?

– *umožnit pojišťovnám opravdu samostatně nakupovat zdravotní péči, pojištěnci pak mohou oprávněně chtít po svojí pojišťovně, aby to byla péče dostupná a kvalitní*

Jsme přesvědčeni, že férové ceny pro lékaře i pro pacienta nelze dosáhnout jinak než jednáním mezi konkrétní pojišťovnou a lékařem. Mnoho ordinací má natolik odlišné podmínky pro svoje fungování nebo natolik odlišné výsledky pro pacienty, že to plošně postihnout nejde. Dohodnutou cenu nakonec mohou obě strany respektovat. Plošná vyhlášková úprava úhrady vždy někomu zcela zbytečně přidá a jinde někoho poškodí. Tržní ceny přinesou pacientům nižší náklady a méně konfliktů. Jako základní pojistka před zneužitím této volnosti pak může fungovat jen jednoduchý cenový předpis stanovující závazné cenové minimum a maximum.

– *umožnit, aby každý občan alespoň symbolicky pocítil výsledky hospodaření své zdravotní pojišťovny formou nominální složky pojistného a mohl tak sledovat, jak jeho pojišťovna hospodaří*

Základem by mělo být pojištění, které je sice maximálně solidární, ale zároveň obsahuje i relativně malou nominální složku, kterou stanoví a dostává zdravotní pojišťovna přímo. Tato část

by se mohla podle výsledků hospodaření pojišťovny měnit nebo obsahovat i volbu zdravotního programu. V součtu by se odvod pojistného prakticky nezvýšil a pro ty, kteří nic nechtějí řešit, by se mnoho nezměnilo. Vytvořil by se ale nástroj, jak by se pojišťovny mohly lišit. Na této konkurenci by určitě klient vydělal buď úsporou na pojistném, nebo nabídkou dalších služeb.

– *umožnit nabídku několika komplexních léčebných plánů, které mohou především pro chronické pacienty garantovat něco navíc, ale také stanoví závazná pravidla pro jejich využívání*

Problémem současné decentralizace sítě smluvních lékařů je, a to hlavně ve velkých městech, že řada vyšetření na sebe nenavazuje, lékaři o nich vzájemně často nevědí. Často se léčí a vyšetřuje duplicitně, anebo bez potřebné návaznosti. Zejména u velkých skupin chronických civilizačních chorob se nabízí možnost nabídnout pacientům komplexní péči většinou organizovanou praktickým lékařem, ale za podmínky dodržování pravidel při případném hledání dalších specialistů. Musí zde však být možnost, aby pojišťovna spolupracujícím pacientům nabídla něco navíc a naopak při porušení pravidel mohla klienta nějak znevýhodnit.

– *změnit způsob určování rozsahu veřejného zdravotního pojištění a jeho úprav*

Moderní medicína nabízí mnoho nových léčebných metod. V oblasti léčebných přípravků zákon poměrně přesně určuje nároky z veřejného zdravotního pojištění a také jejich průběžnou úpravu při zavádění nových léků. U nových léčebných metod tomu tak není. Hranice mezi bezplatnou a placenou zdravotní péčí je tak často nejasná a také vstup nových postupů do zdravotnictví a hlavně do veřejného pojištění je často dost nepřehledný a náhodný. Často se zdá, že pacient má nárok skoro na vše, ale ne vždy ho může reálně využít. Jasné určení nároku by na druhou stranu také umožnilo jasně sledovat, co se nabízí navíc za úplatu a za jakých podmínek.

Radikální změna současného systému veřejného zdravotního pojištění není ani reálná, ani nutná. Pokud by se však postupně uvedly výše uváděné změny do života, bylo by možné už jen mírnými parametrickými změnami postupně zaktivizovat občany v péči o vlastní zdraví a dát jim možnost volby. Máme vysoký počet zdravotnických zařízení, která by si měla a mohla více konkurovat. Máme také dost zdravotních pojišťoven, které mohou rozšířit nabídky pro pojištěnce a nabídnout i výběr výše nominální složky pojistného. Decentralizovaný systém nabídek a odpovědností bude určitě odolnější a může zvýšit kvalitu i efektivitu. Otázkou zůstává, zda se najde dostatek odvahy zahájit změny včas, jen z prosté odpovědnosti k občanům, nebo si budeme muset počkat až na nějakou výraznější krizi současného systému.

Ing. Martin Bláha, MBA
předseda představenstva, Jihočeské nemocnice a.s.

Systém versus člověk

Mám rád staré pravdy, jako „Máme jen takové politiky, jací jsme sami (jaké si zasloužíme)“, nebo „Kdo chce, hledá cestu, kdo nechce, hledá důvod“. Myslím si, že zrovna takové staré pravdy jsou dobře použitelné i pro náš systém organizace zdravotní péče. Jistě, spousta věcí je v něm špatně a měla by být změněna, ale z druhé strany i v kobce na opuštěném ostrově po mnohaletém strádání může někdo napsat krásnou symfonickou báseň, zrovna tak jako pod palmami na pláži s bílým pískem za šumění moře může jiný jen pojídat karbanátky a odhazovat kolem sebe kelímky od piva.

Co je špatně v našem systému organizace zdravotní péče, všichni víme. Měl bych dokonce říci, že to víme více než 10 let. Zrovna tak víme, že se zatím vůbec nic ke zlepšení nestalo. Máme zde 4 klíčové hráče: stát (ministerstvo zdravotnictví), zdravotní pojišťovny, pacienty a poskytovatele zdravotních služeb. V normálním zdravém systému by měl:

– stát určovat pravidla hry,
– pacienti si volit poskytovatele zdravotních služeb (ovšem se spoluúčastí a v rámci daných pravidel) a pojišťovnu na základě konkurence v komerčním připojištění,
– zdravotní pojišťovny by si měly volit poskytovatele zdravotních služeb na základě kvality a ceny.

Skutečnost je ovšem následující:

1. Komerční pojištění neexistuje a tváříme se, že je to něco ohavného, o čem by se snad ani nemělo mluvit. Tupě přehlížíme skutečnost, že žádná ekonomika světa nezaplatí všechny možnosti

medicíny, které lékařská věda v dané době nabízí, pouze ze solidárního veřejného pojištění. Tupě ignorujeme i přání pacientů si na „lepší řešení“ prostě a jednoduše připlatit a znemožňujeme jim tak přístup k pro ně lepší zdravotní péči.

2. Neexistuje regulace přístupu k péči na úrovni pacienta, všichni mají přístup ke všemu a zadarmo, role praktických lékařů není taková, jaká by měla být. Zbytky regulace v podobě regulačních poplatků jsme nechali jen na pohotovosti, kde právě regulace nedává sebemenší smysl. Podobně nesmyslně jsme „zašmoulili“ regulační poplatky za recept do úhrady za recept, což už je vysloveně chytrá horákyně a vpravdě česká cesta.

3. Jedinou regulaci přístupu k péči v celém systému zajišťují někteří poskytovatelé, přesněji řečeno jen ti, kteří mají „v hlavě“ a nějak svoje zdravotnické zařízení řídí. Není jich mnoho, ale díky za ně. Přesto bychom tento typ regulace měli systémově odmítnout, měl by být dán jinými pravidly.

4. Stát se po werichovsku, volně parafrázováno ze hry Kat a blázen, prohlásil nejenom za krále, ale i za blázna a za kata. Má významný vliv na zdravotní pojišťovny, v případě té největší, VZP, dokonce sám jmenuje nebo volí správní radu. Pojišťovny mu však nestačí, sám poskytuje zdravotní péči prostřednictvím přímo řízených fakultních nemocnic, a je to téměř 40 % nemocniční péče v ČR. Aby toho nebylo málo, má stát spadeno i na pacienty, resp. na voliče v jedné osobě, se kterými politici ochotně demonstrují s vidinou krátkodobého efektu v podobě vítězství ve volbách. Namísto toho, aby politici toliko naslouchali hlasu lidu, nezodpovědně jím mluví. Stát je v nezáviděníhodné závislé pozici, která mu znemožňuje provést jakoukoli změnu k lepšímu. Když už je příliš dlouhé období bez faktických změn k lepšímu, vytasíme se se změnou ministra zdravotnictví a tomu novému běží nový, stále stejný cyklus. Do nebe volající nemravnost v podobě rozdílných úhrad různým zdravotnickým zařízením maskujeme nesmysly, jejichž veřejné tlachání je beztrestné a vždy postačí minimálně do okamžiku, než sáhneme k další výměně ministra zdravotnictví. Mimochodem docela podobně uboze se řeší roky, nebo spíše desetiletí, přetrvávající nefungování různých nemocnic po celé České republice.

Neexistuje regulace přístupu k péči na úrovni pacienta, všichni mají přístup ke všemu a zadarmo, role praktických lékařů není taková, jaká by měla být.

5. Koncentrace moci v rukou státu dělá ze zdravotních pojišťoven jeho vazaly, kteří poslouchají na slovo, a z pacientů ve finále poslušné ovce bez práv, ale i povinností.

Martin Bláha

Chceme lepší systém, jistě. Všichni dobře víme, že v teoretické rovině by mělo systému prospět, kdyby zdravotní pojišťovny byly mnohem nezávislejší, než jsou. Kdyby mohly podle daných pravidel samy kontraktovat zdravotní péči u různých poskytovatelů pro své pojištěnce. Říkám to i přes to, že si velmi dobře uvědomuji další starou pravdu, a sice tu, že „Cesta do pekla je dlážděna dobrými úmysly“. Byly by zdravotní pojišťovny v české kotlině opravdu nezávislé? Vede vždy dobrý systém k dobrému chování a výsledkům systému? Jeden příklad za všechny: IZIP – elektronická zdravotní knížka. Skvělá myšlenka, vlastně primitivně jednoduchá, dokonce poměrně jednoduchá k implementaci. Stačí definovat povinnosti poskytovatelům, v prvé řadě praktickým lékařům, vyřešit inteligentně sběr dat prostřednictvím již existujících k-dávek a pak jen jednoduše najmout servery a ze zákona upravit i přechod dat k jiné zdravotní pojišťovně, pokud takovou změnu pacient udělá. Nesložité a nedrahé. Jak to dopadlo v České republice, máme všichni v živé paměti. Skvělá myšlenka je dnes sprostým slovem, a když někdo bude jednou chtít udělat elektronickou zdravotní knížku, bude ji muset nazvat jinak. Do té doby bude prostor pro množství soukromých firem, které čerpají různé dotační a různé veřejné peníze na to, aby nějakou parciální část zdravotních dat alespoň někdo s někým sdílel, což je ovšem vždycky jen částečné řešení, a tím pádem vysoce nespolehlivé. Ovšem dá se dobře prodat.

Propojíme nemocnici se záchrankou, to zní. Co když ale pacient pojede do jiné nemocnice, nebo bude na dovolené v jiném kraji, nebo se s nějakou nemocí léčí v soukromém ambulantním zařízení?

Pokud chceme změnu, nesmí to být jen změna směrem k větší nezávislosti zdravotních pojišťoven, velmi pravděpodobně by to skončilo ještě větším protekcionismem a větší nespravedlností, než jaké zažíváme dnes. Musí to být zároveň změna pravidel hry, jejichž dodržování bude pod veřejnou kontrolou. Ani to ovšem nestačí. Vše, co děláme, dělá člověk. Nebude-li on „zdravý“, nebude produkovat „zdravé“ výsledky ani sebelepší systém. Budeme-li „malí“, budou „malé“ i výsledky naší práce. Skutečně potřebujeme jen člověka, člověka se zdravým rozumem, pracovitého a poctivého, a to na každém místě pracovního trhu. Kdybychom neudělali ani jednu systémovou změnu k lepšímu, ale všichni jsme byli „zdraví“, měli bychom desítky miliard hned ve prospěch pacientů.

volné fórum

1. *Proč nám pluralitní pojišťovenský systém přináší méně užitku, než se od něj očekávalo?*
2. *Jaké změny jsou potřeba, aby zdravotní pojišťovny mohly a musely dostát své hlavní roli, kterou je efektivní alokace prostředků veřejného zdravotního pojištění?*
3. *Jaký vývoj očekáváte v oblasti veřejného zdravotního pojištění v následujícím desetiletí?*

doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.
místopředseda, Zdravotní výbor PS

odpovědi Leoše Hegera:

1. Ve zdravotních pojišťovnách je dnes koncentrované výrazné know-how ohledně řízení zdravotnictví, které je málo využité. Zdravotní pojišťovny (ZP) se ve své činnosti od sebe odlišují efektivitou a způsoby lákání pojištěnců. Díky platné legislativě se však odlišují jen minimálně v tom hlavním, tj. ve způsobu alokace prostředků zdravotnictví. Kvůli téměř absolutní závislosti poskytovatelů na zdrojích z veřejného zdravotního pojištění získávají ZP smlouvy o péči pro své pojištěnce často za velmi nevýhodných podmínek pro poskytovatele. To vede poskytovatele k oprávněné podezíravosti a bojkotování změn, které by mohly být racionální, např. při formování sítě. Zdravá a férová konkurence mezi pojišťovnami, která by systém kultivovala, proto nevzniká. Pravidla to neumožňují a ke zvyšování efektivity ZP nic nenutí. Ukázkovým příkladem je smluvní politika, která nemá žádnou silnou vazbu na kvalitu péče.

2. Pravomoci a odpovědnosti ZP se musejí postupně zvýšit. Nástrojů pro to může být teoreticky zvažováno více, i když zdaleka ne všechny jsou snadno prosaditelné:

– uvolnění smluvní politiky ZP tak, aby byla pružnější, ale zároveň ohleduplná vůči poskytovatelům;
– preferování objemů nasmlouvané péče před represivními regulačními mechanismy za překročení historických limitů;
– sledování kvality péče, zajištění zpětné vazby poskytovatelům a využití trendů ukazatelů kvality při výběrových řízeních;
– omezení váhy úhradové vyhlášky MZ a umožnění větší volnosti ZP volit rozsah a formy úhrad (za předpokladu kontrol dostupnosti a kvality péče);
– zmocnění ZP vyhlašovat a organizovat výběrová řízení;
– výjimečně zmocnění ZP zakládat a dočasně provozovat zdravotnická zařízení v místech, kde není zájem o poskytování služeb, a nejsou plněna kritéria dostupnosti péče;
– zmocnění ZP v určených mantinelech vypisovat sociálně ohleduplné nominální pojistné; v případě negativních hospodářských výsledků ZP vypsání nominálního pojistného povinně pro příslušnou ZP spolu s umož-

něním přechodu pojištěnců k jiným ZP;
- zmocnění každé ZP dle svého uvážení vypisovat po dohodě s odbornými společnostmi dobrovolné programy řízené péče s bonusy pro pojištěnce, kteří se dobrovolně přihlásí a program dodrží;
- umožnit dle volby ZP další možné formy řízené péče, např. tzv. měkký gatekeeping se zpoplatněním přímého vstupu ke specialistovi;
- podrobnější definování práv a povinností pacienta zákonem a ponechání možnosti ZP práva rozšiřovat (např. právo na druhý lékařský názor) a případné povinnosti i své klientely změkčovat;
- zřízení úřadu dohledu nad zdravotním pojištěním, nezávislého na ZP a poskytovatelích, který by dohlížel na dostupnost a kvalitu zdravotní péče, výši úhrad a fungoval jako odvolací orgán ve věci revizní činnosti ZP;
- odpolitizování správy ZP a uplatnění vlivu MZ, event. MF především prostřednictvím úřadu pro dohled nad zdravotním pojištěním.

3. Systém zdravotního pojištění se pohybuje v bludném kruhu. Při stávající efektivitě a aktuálním rozsahu zdravotní péče je zdravotnictví podfinancováno, ale přitom polyká peníze a není schopné je alespoň zčásti použít na motivační mechanismy, které by zvýšily efektivitu. V takovéto situaci není snadné provádět radikální reformu. Pokládal bych proto za úspěch, pokud by se podařilo prosadit alespoň zlomek z uvedených opatření, avšak s tím, že by je nikdo po dalších volbách násilně nerušil a po získaných zkušenostech je dále rozvíjel.

Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch poradce ministra financí pro zdravotnictví

odpovědi Adama Vojtěcha:

1. Primární důvod vidím v tom, že jsme sice vytvořili na počátku devadesátých let (jakkoliv nedokonalou) právní normu pro vznik nových zdravotních pojišťoven, které si podle představ zákonodárce měly konkurovat, ovšem ruku v ruce s tím nešla úprava zákona o veřejném zdravotním pojištění a souvisejících předpisů. Zůstali jsme na půli cesty mezi státním systémem a systémem založeným na veřejném zdravotním pojištění. Máme zde zprofanovanou úhradovou vyhlášku vydávanou svévolně ministerstvem zdravotnictví, která byla původně zamýšlena jako nástroj ultima ratio, záchranná brzda, když vše ostatní selže, tedy když se nepodaří dosáhnout dohody mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli. Bohužel, neschopnost se dohodnout se stala chronickým znakem českého zdravotnictví. Poskytovatelé postupně zjistili, že je jednodušší přitlačit ke zdi ministra zdravotnictví, dohodovací řízení se stalo čirou formalitou a úhradová vyhláška se nikoliv de iure, ale de facto přetvořila v základní nástroj nastavování úhrad zdravotní péče v České republice. To, že je celé toto řešení na vodě jak z právního, tak z ekonomického pohledu, není třeba rozebírat. Faktem však je, že zdravotní pojišťovny se dostaly zásluhou tohoto systému do nedůstojné pasivní role statistů, rok co rok úpěnlivě čekajících na vydání úhradové vyhlášky, aby ji mohly překlopit do svých zdravotně pojistných plánů a hradit péči tak, jak je jim nakázáno. Navíc v systému stoprocentního přerozdělení statutárně stanoveného pojistného na základě věku a pohlaví pojištěnců. To vedlo k jejich unifikaci, kdy se odlišují pouze více či méně efektivními programy hrazenými z fondu prevence. I proto je zdravotním pojišťovnám někdy posměšně přezdíváno „zdravotní přerozdělovny“. Bohužel jejich pasivita došla do takových rozměrů, že do velké míry rezignovaly i na další důležitou roli, kterou mají, a to aktivní utváření sítě smluvních poskytovatelů.

2. V prvé řadě je potřeba sjednotit právní úpravu fungování zdravotních pojišťoven, revidovat jejich corporate governance, tvorbu a odpovědnost orgánů, zlepšit kontrolu a související sankční mechanismy. Na to by mělo navázat posílení smluvní volnosti mezi poskytovateli a plátci. Změnit systém úhrad a posunout ho od placení za množství poskytované péče k placení za výsledek a kvalitu péče. Pojišťovny by měly mít větší možnost nasmlouvat péči podle nejlepšího poměru ceny a kvality. Jako pozitivní vnímám zavedení nového prvku přerozdělení na bázi PCG, které by mohlo zdravotní pojiš-

ťovny zaktivizovat, aby pouze pasivně nehradily vykázanou péči, ale rovněž se aktivně zajímaly o své pojištěnce, v tomto případě chronicky nemocné, a vytvářely pro ně odpovídající disease management programy. Domnívám se, že musíme vést i seriózní debatu o zavedení nominální složky pojistného tak, abychom jednak posílili cenovou konkurenci zdravotních pojišťoven a jednak jim dali například možnost většího zapojení pojištěnců do péče o jejich zdraví.

3. Pokud se nic nestane a vše bude nastaveno tak jako doposud, lze očekávat, že výdaje na zdravotní péči budou exponenciálně růst a stát, potažmo zdravotní pojišťovny, budou mít čím dál složitější úlohu systém vybalancovat. Vzhledem k neúprosnému ekonomickému cyklu nemusí být vždy tak dobře, jako je dnes. Jelikož systém aktuálně nevytváří rezervy na horší časy, naopak rezervy se navzdory ekonomickému růstu vyčerpávají, bude se stupňovat tlak na státní rozpočet, aby do systému pumpoval další a další miliardy bez ohledu na jakoukoliv rozpočtovou odpovědnost. Ano, je pravdou, že postupný nárůst příjmů systému bude nezbytný. Pokud se však odhodláme k potřebným změnám, můžeme mít mnohem více pod kontrolou výdajovou část systému, jinými slovy, můžeme zajistit efektivní alokaci prostředků veřejného zdravotního pojištění, jak je neznačeno výše. A to by měl být hlavní cíl.

odpovědi Petra Zimmermanna:

1. Protože de facto funkčně příliš pluralitní není. Politické reprezentace to dosud neumožnily. Pojišťovny se liší velmi málo, a podle dnešních zákonů se ani ve svém chování více lišit nesmějí. Přesto je dnešní systém více pojišťoven lepší (a méně zpolitizovaný), než kdyby byla pouze jedna zdravotní pojišťovna nebo státní zdravotní systém, jako je v Anglii.

MUDr. Petr Zimmermann
expert na zdravotnictví

2. Musely by být přijaty zákony a opatření, které by efektivní alokaci a konkurenci umožnily a vytvořily pro ni prostor. Tzn., musel by být především definován rozsah zdravotní péče, který musí být veřejným zdravotním pojištěním (v. z. p.) vždy pokryt a garantován. A přitom by tento rozsah – logicky – nemohl zahrnovat veškerou zdravotní péči, kterou si lze představit. Dnešní systém se tváří, že v. z. p. kryje prakticky vše pro všechny v nejlepší kvalitě, kdykoli a kdekoli; navíc přímo zakazuje pacientům možnost připlatit si na „ekonomicky náročnější variantu péče“ (lepší kyčel, čočku, materiál atp). Přitom v realitě jde o klišé a frázi. Platby ve zdravotnictví probíhají, jen skrytě v šedé či přímo černé zóně.

Dalším problémem je otázka motivace chování zdravotních pojišťoven. Ta je do značné míry předurčena jednak právní formou, ale především formou vlastnictví a řízení ZP. Dokud budou ZP spravovat peníze, které „nikomu nepatří“, budeme opakovaně svědky pokusů o paralelní obchody. Po mém soudu by ZP mohly být přísně regulované a dohlížené soukromé subjekty ve formě akciových společností, VZP pak státní akciovou společností ve stejném právním režimu jako ostatní ZP.

Samostatným problémem pro efektivní alokaci je pak „konflikt zájmů“, ve kterém se nachází Ministerstvo zdravotnictví od samého počátku systému v. z. p. MZ je současně hlavním regulátorem, který navrhuje zákony, píše vyhlášky, určuje ceny atd., a současně největším „hráčem“, který spravuje a přímo řídí skoro polovinu lůžkového fondu v ČR včetně rozsáhlé ambulantní části.

3. To lze obtížně odhadovat. Možný vývoj je závislý jednak na složení politické reprezentace, jednak na vývoji ekonomické situace. Může kolísat od pokusů o státní zdravotnictví à la Velká Británie či pokusů o jednu zdravotní pojišťovnu (oba tyto modely posilují politickou moc), přes zachování dnešního systému jen s doléváním peněz daňových poplatníků, až po pokus o zdravotnictví jako regulovaný trh s reálnou konkurencí všech subjektů, tedy i zdravotních pojišťoven.

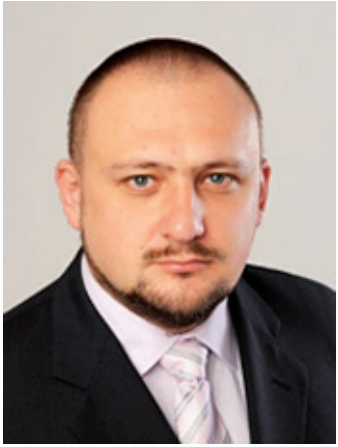
odpovědi Jiřího Horeckého:

1. Český systém je kvazi pluralitní, neumožňující vznik konkurenčního prostředí a odpovídajících nástrojů. Zdravotní pojišťovny mají minimum

prostoru pro variabilní nabídku, systém přehlašování klientů není flexibilní, jejich řízení je do velké míry ovlivňováno státem a nikoliv vlastníky a jejich motivace k efektivnímu hospodaření je téměř nulová.

2. Pokud opravdu chceme zdravotní pojišťovny, které si budou konkurovat, pak je nutné omezit státní intervence do jejich řízení (správní a dozorčí rady), dát jim větší volnost pro používání fondu prevence, ale i pro vytvoření a využívání bonusových či sankčních nástrojů, které by reflektovaly odpovědné chování a přístup jedinců ke svému zdraví.

Dále by bylo nutné současný systém změnit tak, aby na jedné straně existovaly záruky, že vybrané pojistné bude používáno efektivně na zajištění zdravotní



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

péče a nebude možné zdravotní pojišťovny „tunelovat“, na druhé straně ale, aby bylo i motivační pro jejich majitele z hlediska zisku a jeho použití usilovat o efektivní a optimální řízení pojišťoven. V rámci konkurenčního prostředí se pak nabízí otázka, zda neumožnit rozdílné stanovení sazeb zdravotního pojištění jakožto poměrně silného konkurenčního nástroje. Jako budoucí nezbytnost vnímám také definici standardní, a tedy i nadstandardní péče, vytvoření možnosti připojištění péče nadstandardní.

3. Budoucí směřování a vývoj bude dán budoucím politickým uspořádáním. Pokud půjdeme cestou levicových vlád a koalicí, přiblížíme se spíše modelu jedné státní pojišťovny, pokud pravicových vlád a koalicí, přiblížíme se tak k modelu, který jsem výše popsal.

Elektronický měsíčník Občan v síti vydává Občan z. s. se sídlem Ovocný trh 12, 110 00 Praha 1, www.sdruzeniobcan.cz
E-mail: redakce@sdruzeniobcan.cz ❦ Editor: MUDr. Pavel Vepřek