

## Politické sliby dostávají zdravotní pojištění v roce 2018 na hranu udržitelnosti. I při růstu ekonomiky

Zdroj: zdravotnickyydenik.cz

Datum: 16.01.2017

Rubrika: Ekonomika

Odkaz: <http://www.zdravotnickyydenik.cz/2017/01/politicke-sliby-dostavaji-system-zdravotniho-pojisteni-v-roce-2018-na-hranu-udrzitelnosti-i-pri-rustu-ekonomiky/>

Pokud se nezačnou dělat opatření, která napomohou udržitelnosti systému, bude během následujících let stačit zpomalení hospodářského růstu (o krizi vůbec nemluvě), a pro systém veřejného zdravotního pojištění to může mít závažné důsledky. Foto: koláž ZD

**České zdravotnictví se řítí do velkých problémů, obávají se mnozí účastníci konference o financování zdravotnictví, která se konala ve čtvrtek v pražském Evropském domě. Sliby politiků, nové technologie a téměř nulová tvorba zásob mohou vést v nadcházejících letech při zhoršení ekonomické situace ke katastrofě. S prakticky jednozdrojovým financováním, minimální spoluúčastí pacientů i nedostatečným hodnocením a regulací novinek, které k nám přicházejí, nám totiž zdravotnický rozpočet záhy přeroste přes hlavu.**

„Situace dnes se blíží havárii, ale my to nevidíme. Řítí se na nás tsunami, a my se tváříme, že je hezké počasí a svítí sluníčko,“ myslí si předseda senátního výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Peter Koliba (za Ano). „V katastrofičnosti předpovědi se s vámi ztotožňuji,“ přikyvuje Tomáš Doležal z Institutu pro zdravotní ekonomiku a technology assessment. „Je tady řada trendů, které jsou varující a měli bychom s nimi něco dělat,“ varuje také prezident Svazu zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich.

Kde je problém? Od doby, kdy skončila krize, výrazně rostou náklady, i když je nízká inflace, a utrácí se tak prakticky všechny prostředky, které do systému přicházejí. Do budoucna se situace, co se týče výdajů, nijak nezlepší, a v dalších směrech může být mnohem hůř. O nelichotivých vyhlídkách systému zdravotního pojištění jsme informovali také [zde](#).

„Už v roce 2018 tady bude zajímavá situace. Jsou tu politické přísliby, a počítám do toho i mimořádně nákladné centrové léky, které v podstatě zahrnují 11,7 miliardy korun. Přitom nám uvolněním měnových opatření ČNB bude inflace směřovat k cílování. Když k tomu tedy vezmeme inflační navýšení, je to 7,5 miliardy, a pokud připočteme stárnutí populace a vezmeme na to jedno procento, máme tu další 2,5 miliardy. To už jsou čísla, která jsou z nárůstu pro rok 2018 zcela absurdní,“ vysvětluje Friedrich. „Nebude tak dobře, jak je teď. Když se podíváme na cyklický vývoj jednotlivých ekonomických situací a krizí, tak za dva, tři, čtyři roky se můžeme dostat tam, kde jsme byli v letech 2010, 2011, 2012. Jenže v roce 2006 a 2007, kdy bylo vysoké HDP, se tvořila poměrně pozitivní salda. V současné době je HDP zase v kladných číslech, ale my všechno spotřebováváme nebo doháníme deficit, který byl v letech minulých,“ dodává poslanec Jiří Skalický (TOP 09).

Že jsme se všemi sliby na hraně rozpočtu, přiznává i ministerstvo zdravotnictví. „Já bohužel musím potvrdit, že politické sliby, respektive to, co si vláda a ministerstvo dali do vínku, je už v tuto chvíli na hranici finanční únosnosti. Načrtl jsem si, jak úhradová vyhláška asi bude vypadat, a mohu z tohoto místa jen apelovat na politiky, aby měli velmi rozumný přístup v tom, co budou dál slibovat. Pokud všechno dobře dopadne, tedy pokud ekonomika poroste stejným tempem jako doposud a pokud se nebude nějakým zásadním způsobem zvyšovat nezaměstnanost, tak jsou finanční prostředky pro příští rok vyčerpané. To samozřejmě znamená, že to zatíží další roky. V tomto volebním roce tedy bude potřeba velmi opatrně nakládat se sliby,“ apeluje náměstek ministra zdravotnictví Tom Philipp.

## **Adam Vojtěch dává přednost připojištění před poplatky**

Neslibovat něco, co by znamenalo další výdaje, je věc první, věc druhá ovšem je, co udělat pro to, aby se situace zlepšila. Je tedy třeba hledat opatření na straně příjmové nebo výdajové, nejlépe obojí. Jedním z často diskutovaných nástrojů, který by mohl situaci ovlivnit, je spoluúčasť. Ta byla podle OECD v roce 2014 v České republice na úrovni 13 procent, což je jedna z nejnižších v Evropě.

„Spoluúčasť jako taková je vnímána jako jistá překážka pacientům v čerpání péče. Proto byly nejdříve ze systému odstraněny regulační poplatky kromě toho za návštěvu LPS a nyní je připravována úprava, který má snížit ochranný limit. Pozice ministerstva je tedy jasná,“ říká náměstek Philipp. „Na jakýkoliv nový prvek zavedený do úhrad a regulací je třeba se dívat především z pohledu, jestli přinese nebo nepřinese větší zdraví populace,“ dodává. Sám ale přiznává, že při „experimentu“ s regulačními poplatky za návštěvu lékaře, recept a pobyt v nemocnici se neposbírala data, díky nimž by něco takového bylo možno zkoumat.

Náměstek zároveň poukazuje na to, že podle analýzy VZP po zrušení poplatků nedošlo k výrazným nárůstům počtu návštěv pacientů v ordinacích. Problém ovšem je, že Svaz zdravotních pojišťoven zaznamenal jiné výsledky. „Domnívám se, že se dá statisticky dokázat, že stouply frekvence návštěv především u praktických lékařů po odbourání poplatků. Přitom dlouhodobě tvrdíme, že počet návštěv máme příliš vysoký. Navíc jsme poplatky rušili v situaci, kdy už to nebyl tak velký problém a populace si na ně zvykla,“ konstatuje Ladislav Friedrich.

Podle něj přitom u regulačních poplatků nebyl předpoklad, že by měly významněji ovlivnit finance ve zdravotnictví. „Největší vliv poplatků vidím v tom, že lidé, kteří platí, jsou přinuceni více o celé problematice nákladů zdravotnictví přemýšlet,“ vysvětluje šéf Svazu zdravotních pojišťoven. Další aspekt poplatků pak je i tlak na kvalitu. Pokud pacient bude dvě hodiny sedět v čekárně, než přijde na řadu, a pak ještě musí zaplatit 30 korun, bude naštvanější než v případě, že ho návštěva nic stát nebude. „Z těchto psychologických důvodů si myslím, že by poplatky být měly,“ poukazuje Friedrich.

Faktem zároveň je, že čeští pacienti chodí k doktorovi mnohem častěji než ti ve vyspělých zemích. Podle OECD jsme v roce 2014 měli po Maďarsku a Slovensku nejvyšší počet kontaktů pacienta s lékařem – což ovšem rozhodně neznamená, že bychom byli zdravější než třeba Švédové, kteří chodí k doktorovi skoro čtyřikrát méně často než my.

„Problém je jinde. Jak říká WHO, zdraví lidí závisí na zdravotní péči z 10, 20 procent. Gró je dnes nárůst chronických nemocí, které vycházejí z životního stylu. Právě tam schází podpora prevence a motivace lidí, aby se o své zdraví starali. To považuji za základní problém. K tomu by mohla vést cesta přes minimální spoluúčasť, respektive bonifikaci či malifikaci pacientů, kteří se například o zdraví nestarají. To je téma, které bychom měli otevřít, i když to určitě nemůže být klíčový vzor financování. Jedna věc jsou ale out-of-pocket peníze, tedy co lidé dají z vlastní kapsy, a druhá je celkové připojištění. Stále se o tom mluví, ale zatím pro to bohužel není vytvořen prostor, protože nemáme definován balík hrazené péče. Pak je pochopitelně těžké definovat prostor pro připojištění. Tuto cestu bych viděl spíše než zavádět nějaké poplatky,“ načrtává poradce ministra financí Adam Vojtěch.

## **Bude posílena konkurenceschopnost pojišťoven?**

S tím souvisí také (ne)konkurenceschopnost zdravotních pojišťoven. „Jako ministerstvo financí zastáváme názor, že je správný pluralitní systém zdravotních pojišťoven – nejsme příznivcem jedné zdravotní pojišťovny nebo nějaké formy NHS. Když se ostatně dnes podíváme, co se děje ve Velké Británii, kde je situace v NHS označovaná za humanitární krizi a údajně musí vypomáhat Červený kříž, aby péči udržel, tak to ukazuje, že v systému asi je

nějaký problém. Základní potíž v českém prostředí však je, že máme sedm zdravotních pojišťoven, ale všechny dělají totéž. Mají velmi omezený prostor se odlišit a nabízet nějaký benefit pro účastníky systému navíc. Samozřejmě to platí i o zvýšení efektivity. Názory jsou dnes takové – a my se jim snažíme bránit –, že všechny pojišťovny by měly nasmlouvat veškeré poskytovatele a že by dokonce měla být kontraktační povinnost. To považují za cestu zpět, takže pro nás jako ministerstvo financí je tu jednoznačná podpora pro zvyšování konkurence zdravotních pojišťoven a ohodnocování kvality zdravotní péče. Tam vidím roli zdravotních pojišťoven – měly by diferenciovat v rámci poskytovatelů. Dejme více kvalitním a méně těm, kteří poskytují péči nekvalitní. Zatím tam nejsme, ale doufám, že jednou budeme,“ říká Adam Vojtěch, který by byl pro zavedení nominální složky pojistného tak, aby se měly pojišťovny možnost diferencovat jeho platbu pojistného – což by vytvořilo cenovou konkurenci.

V současnosti však pojišťovny říkají, že pro větší diferenciaci nemají dostatečné pravomoci. „Jsme přesvědčeni, že zaměstnanecké zdravotní pojišťovny i VZP by mohly plnit svou funkci, a to i za cenu, že v konkurenčním boji pravděpodobně některé neuspějí. Současný systém je ale takový, že tu zdravotní pojišťovny plní základní administrativní povinnosti. Mají několik oblastí, kde mohou provádět samostatnou politiku, ale v tom hlavním, tedy ve správné alokaci finančních prostředků a motivaci pojištěnců ke správnému chování, je v systému prostor nulový,“ zdůrazňuje Friedrich.

Nejen pojišťovny si pak stěžují na způsob rozdělování financí, tedy úhradovou vyhlášku. Podle Jana Alexy, analytika společnosti IDC, je slabinou českého systému krátkodobé financování – tedy fakt, že se úhradové vyhlášky se dělají na rok a dlouhodobější strategie financování nejsou příliš vidět. „Má to velmi špatné dopady na spoustu oblastí. Vezměme si například investice – když chce někdo zřídit nového poskytovatele, je to pro něj problém, když ví jen na rok dopředu, kolik bude zhruba peněz. Omezuje se také konkurence, protože i úhradové dodatky se podepisují na rok. V mnoha případech navíc krátkodobost znemožňuje placení za výsledek, protože se ukazuje, že péče by neměla být epizodická a reaktivní, ale kontinuální a proaktivní – tedy ne hodnotit jeden výsledek jednoho konkrétního poskytovatele, ale celého léčebného procesu. To je velice obtížné, protože je těžké alokovat odpovědnost i peníze,“ vysvětluje Alexa.

Náměstek Tom Philipp ale varuje před rychlými změnami. „Bez několikaletého procesu a delší přípravy, které by přichystaly český systém na přechod na bezvyhláškový způsob řízení, by pouhé zrušení úhradové vyhlášky mohlo vést k tomu, že by měl systém poměrně výrazné problémy minimálně v prvních letech, než by se to vyrovnalo a subjekty se mezi sebou dohodly,“ domnívá se Philipp. S tím ovšem pojišťovny nesouhlasí. Podle Friedricha dnes rozhodující část finančních prostředků nasměrovávají politické vlivy a bylo by proto lepší vrátit se pouze k minimální a maximální hodnotě bodu s tím, že zbytek si pojišťovny domluví.

## **Nadstandardy, eHealth, HTA i přesun do ambulancí**

Další věcí, která by se podle Adama Vojtěcha měla změnit, je možnost připlatit si za péči. „Dnes je výklad zákona takový, že není možné si vůbec připlatit, ani když by člověk chtěl. Měli bychom umožnit lidem připlatit si,“ říká Vojtěch.

V oblasti plateb za péči je podle Ladislava Friedricha možné poměrně rychlé ošetření zákonem. „Paragraf 13 zákona 48/1997 odkazuje na přílohu 1. Ta taxativně říká, že toto není hrazeno z veřejného zdravotního pojištění. Pokud tam přidáme položku, tak od zítřka za ní mohou začít lékaři vybírat peníze,“ navrhuje Friedrich. Poslanec a bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) pak připomíná, že Ústavní soud neshodil ze stolu nadstandardy jako takové, ale způsob, jak byly nastaveny – totiž vyhláškou (o situaci v oblasti dřívějších nadstandardů jsme psali [zde](#)). Podle něj by tak stačilo zamýšlené nadstandardy uvést v příloze zákona.

Na konferenci padla i celá řada dalších nástrojů, které by naše zdravotnictví mohly učinit efektivnějším. Adam Vojtěch připomíná doporučení OECD, jako je HTA či posun z nemocnic do primární péče. „Je třeba přenést opět se rozšiřující nemocniční a velice ministerstvem dotovanou péči do ambulancí, jednodenní péče, endoskopických výkonů a nových technologií,“ apeluje také senátor Koliba.

Podle Jana Alexy pak českému zdravotnictví schází také absence financování jako motivace a brzdí ho resortismus. „Není to ani tak způsobeno administrativními problémy, ale tím, že chybí základní konsenzus, kam by se zdravotnictví mělo ubírat. Asi nikdo nevěří, že by se všichni najednou shodli, jaká má být spoluúčast, ale je problém, když na řešení problémů a hledání parametrických rozdílů řešení závislých na politické orientaci jednotlivé strany ani nemají stejná fakta,“ konstatuje Alexa.

Bohužel naše zdravotnictví navíc není příliš připraveno ani na změny vyplývající z nových technologií. „České zdravotnictví nemá problém v tom akceptovat nové technologie, když se jedná o technologie typu nový lék nebo zdravotnický prostředek. V čem máme větší problém, je akceptace technologií, které jsou více systémové a netýkají se pouze jedné nebo pár konkrétních diagnóz,“ říká Alexa.

Dokládá to čísla z Euro Health Consumer Index, kde si vedeme dobře téměř ve všech kategoriích až na tu, která odráží eHealth, digitalizaci zdravotnictví a související problematiku. „Je zajímavé sledovat diskusi, jestli digitalizace ano nebo ne. Trochu mi to přijde jako diskuse skupiny lidí na pláži o tom, jestli se půjdou koupat, když se blíží tsunami. České zdravotnictví může být velmi konzervativní, ale nová generace pacientů si bude věci vynucovat bez ohledu na to, jestli k tomu shora přijde příkaz nebo ne. Dneska už i papež má Twitter,“ zdůrazňuje Jan Alexa. Pokud se podle něj nebudeme těmito otázkami včas zabývat, může při snížení financí ve zdravotnictví dojít k tomu, že se začnou rozevírat nůžky mezi jednotlivými skupinami obyvatel z hlediska přístupu k péči právě díky prostředkům, jako je telemedicína či diagnostika na dálku.

Inspiraci k řešení blížících se nebo už přítomných problémů tedy máme. Před letošními volbami je tak na místě se ptát, jak přesně by adepti na vedení resortu chtěli postupovat a zda mají jasnou, dlouhodobou a koncepční vizi toho, kam by mělo naše zdravotnictví dále směřovat.

**Michaela Koubová**