

Zdravotní pojišťovny: K efektivnějšímu využití peněz zdravotnictví by měla přispět konkurence

20.01.2017

Zdroj: MEDICAL TRIBUNE.CZ

Autor: nam

K efektivnějšímu využití peněz zdravotnictví by měla přispět konkurence mezi zdravotními pojišťovnami, která by nespočívala jako dosud jen v tom, zda jedna zaplatí vitamíny za 350 korun a druhá za 400 korun. Prezident Svazu zdravotních pojišťoven ing. Ladislav Friedrich, CSc to uvedl na diskusním semináři pořádaném iniciativou Zdravotnictví 2.0 na téma Jak stanovit rozsah bezplatné péče zákonem. Přečtěte si rozhovor MT s Ladislavem Friedrichem...

Zdravotní pojišťovny se podle prezidenta Svazu zdravotních pojišťoven ing. Ladislava Friedricha, CSc stále více přiklání k názoru, že úhradové vyhlášky, s jejichž pomocí rozdělují ministerstvo zdravotnictví peníze zdravotního pojištění, by se měly zrušit. Úhrady by si vyjednaly pojišťovny s poskytovateli zdravotních služeb, rozsah péče hrazený z pojištění by stanovil zákon. Na nehrázenou péči by se lidé mohli připojistit.

Tento názor podpořil **předseda pořádajícího sdružení Občan MUDr. Pavel Vepřek** slovy, že bludný cyklus úhradových vyhlášek umožňuje svévoli a neodpovědnost, překáží odpovědné smluvní politice a dlouhodobým investicím. Nedostatečné vymezení rozsahu hrazené péče zákonem tvoří podle něj překážku legálního vstupu soukromých peněz do zdravotnictví a brání účinné ochraně pojištěnců v kontaktu se zdravotními službami.

„Pojišťovenský systém se vyvíjí od roku 1992 a zdravotní péče je pro občany široce dostupná a s ohledem na výkon ekonomiky i kvalitní. Chybí ale ucelená vize, správné rozdělení kompetencí a nastavení motivací. Systém degeneruje k chaotickému operativnímu řízení,“ uvedl na semináři v Národohospodářském ústavu 18. ledna ing. Friedrich. Přítomným představil čtyřbodový návrh, který předkládají pojišťovny k debatě politikům, aby ho využili při tvorbě svých volebních programů. Mluví se v něm například o dvousložkovém pojistném či konkurenci nabídkou připojištění.

Na otázku MT, zda pojišťovny očekávají, že jejich návrhy budou pro politiky přijatelné, ing. Friedrich odpověděl:

My samozřejmě neočekáváme, že změny, které navrhujeme, by bylo možno prosadit ještě letos. Je to určité doporučení a byli bychom rádi, kdyby si některé, nebo pokud možno všechny politické strany něco z toho osvojily a stalo se to základem legislativního procesu v novém volebním období.

Můžete návrhy stručně popsat?

Navrhujeme čtyři systémová opatření, která by měla být provázána. První, abychom optimalizovali ceny a způsoby úhrad tak, že pustíme více konkurence, rozšíříme případy, kdy se zdravotní pojišťovna a konkrétní nemocnice, konkrétní poskytovatel dohodnou tak, aby

alokace zdrojů byla optimální, a aby se samozřejmě také využila konkurence, protože ta umožní snížit některé ceny.

Druhé opatření je, abychom zpřesnili rozsah veřejného zdravotního pojištění a jeho úpravy svěřili nějaké nezávislé instituci, pravděpodobně ve správním řízení. Laicky bych to možná přirovnal k procesu, jak dnes probíhá cenotvorba léčiv, tak podobným způsobem by se mohlo rozhodovat o rozsahu veřejného zdravotního pojištění, pokud jde o výkony.

Doplňkovým mechanismem je, že potřebujeme vtáhnout do hry pojištěnce, potřebujeme za prvé nějaké stimuly, abychom je dokázali ovlivnit k účelnému pohybu v síti zdravotnických zařízení, zejména u chronických onemocnění, tam kde je péče trvalého rázu a kde je potřeba, aby lékař, v mnoha případech to může být praktický lékař, měl jakousi supervizi nad tím, jak léčba probíhá.

A protože zájem o zdravotní pojištění by neměli mít jen nemocní, navrhujeme úpravu pojistného na dvousložkové pojistné, včetně volitelné nominální částky, kterou by mohla ovlivnit každá zdravotní pojišťovna. Tím by se posílila konkurence pojišťoven, pokud jde o úspornost, anebo třeba doplňkový rozsah péče.

To jsou hlavní body návrhu, můžete k nim dát podrobnější výklad?

Co se týče smluvní volnosti, cenové konkurence a správné ceny, je to ve skutečnosti realizace nároku pojištěnce – zdravotní pojišťovna je povinna v síti svých smluvních zařízení zajistit časovou a místní dostupnost nároků pojištěnců. Pokud nebudeme mít šanci to smluvně a finančně zajistit, tak nárok bude vždy iluzí. Někaké procento populace se možná po letech u soudu něčeho domůže, ale my potřebujeme, aby péče byla dostupná i pro ty občany, kteří se nechtějí obracet na advokáty.

Tady je velký potenciál k efektivitě a úsporám. Nevím, proč se šíří falešný dojem, že systém je ve finanční krizi - v ČR je zdravotnictví jeden z lukrativních oborů, do kterého vstupují privátní investoři – ti by do krachujícího a prodávajícího oboru nevstupovali.

K dalšímu předpokladu, kterým je aktivní a zodpovědný občan, bych uvedl, že občany nemůžeme vynechat. Je nutno jim vysvětlit, že mají svá přesně definovaná práva, těch se mají domáhat, ale mají v solidárním systému i povinnosti vůči ostatním. Historicky například u některých lázeňských pobytů byla zavedena kontraindikace, pokud pacient nedodržel léčebný režim, mohla být léčba přerušena a nárok ztratil. Tímto směrem budeme muset jít dál, nákladná péče o chronické pacienty si vyžaduje dlouhodobou spolupráci pacienta s lékařem. Kdo maximálně spolupracuje, měl by za svoji vstřícnost být odměňován, mít benefity, a naopak. I na Slovensku bylo v jednu chvíli zavedeno, že pojištěnec např. ztrácel nárok na zubní výplň v případě, že neabsolvoval preventivní zubní prohlídky, nebo na léky, pokud dlužil na pojistném.

Třetím principem, o němž mluvíme, je přenést společenskou diskusi o zdravotnictví nejen mezi pacienty, lékaře a pojištěnce, ale dostat ji i na úroveň zbývajících až 80 procent populace, která by se fakticky krátkodobě, třeba pro daný rok, obešla bez zdravotního pojištění, a dokonce by to pro ni bylo finančně výhodnější. Potřebujeme do hry dostat i ty, kteří jsou čistými plátcí do systému. I oni by měli mít zájem, aby byl systém efektivní a dlouhodobě udržitelný. Musíme mít na paměti, že jde pořád o průběžné financování. To, co někdo dnes zaplatí na pojistném, hned někdo jiný spotřebuje. Nestačí si myslet, že když jsem

celý život poctivě platil, tak o mne bude později postaráno. Takovou záruku může dát právě jen efektivní a dlouhodobě udržitelný systém. Proto se i u pojistného nabízí diskuse o dvousložkovém pojistném s nějakou nominální hodnotou, kde by i pojišťovny mohly v rámci alternativních plánů v nějaké toleranci s pojistným hýbat. Tím by konkurence pojišťoven dostala úplně jiný rozměr, než když dnes soutěží, zda jedna zaplatí vitamíny za 350 korun a druhá za 400 korun.

K poslednímu bodu, kterým je rozsah nároku, chci zdůraznit, že zdravotní pojišťovny nemají ambici upravovat nárok, nemají z toho ani radost, jen kontrolují, zda jsou naplněny indikace, které nárok nedílně upřesňují. Pojišťovny také musejí uhradit i péči běžně nehrazenou za využití paragrafu 16. Podle mého názoru je to však v současné podobě nešťastný institut. Garantuje pojištěnci i metody a léčebné postupy na pomezí výzkumu, pokud je lékař doporučí. Zdravotní pojišťovna pak musí tento obvykle velmi nákladný nárok vyhodnotit, a v časové tísní rozhodovat mezi různými názory expertů. Lépe by bylo tento typ péče vyřadit z nároku a léčbu financovat v rámci státních rozvojových programů nebo při neprokázané efektivitě i na charitu. Názornou ukázkou, jak nárok z veřejného zdravotního pojištění nemá vznikat, bylo postupné začleňování léčby v pražském protonovém centru.

Jak se vám daří tyto své návrhy rozšiřovat a získávat pro ně u odborné veřejnosti podporu?

Vystupovali jsme už na řadě seminářů, myslím si, že jsme trochu pokročili, protože dnes už i VZP vyjádřila názor, že úhradová vyhláška není ten správný způsob, jak rozhodovat o rozdělování peněz ve zdravotnictví. Mám pocit, že se vytváří určitý souhlas všech zdravotních pojišťoven, byť asi ne v detailech, a druhá věc, že na odborné úrovni, ať už ekonomů, lékařů, nebo lidí, kteří se pohybují v pojišťovnictví, zdá se mi, že naše doporučení nejsou předmětem nějaké zásadní kritiky.

Co je problém, je otázka jejich politické prosaditelnosti, a přesvědčit o potřebných úpravách širokou veřejnost. To je samozřejmě ten hlavní a největší problém.

Podle vicepremiéra Andreje Babiše i ministra zdravotnictví Miloslava Ludvíka leží na účtech zdravotních pojišťoven zbytečně zmrazené peníze, které by mohly být využity na úhradu péče. Vy byste ale právě tyto peníze mohli využít například k uskutečnění navrhovaných programů?

Jsme v době relativně vrcholného ekonomického růstu, kdy i stát přidává za státní pojištěnce. Máme vytvářet rezervy. Je zcela nepochopitelné, proč bychom zrovna v tuto chvíli měli veškeré rezervy uvolňovat. Zatím nikdo nezpochybnil, že peníze, které mají pojišťovny na účtech, jsou dobře chráněny. Nikdy je nikdo neukradl, pořád tam jenom jsou a nikdy nemohou být použity na nic jiného než na úhradu zdravotní péče nebo s tím souvisejících nákladů. Takže mně uniká myšlenka, proč bychom zrovna dnes měli utrácet úplně všechny peníze, když chceme zajistit nějaký trvale udržitelný rozvoj.

Stát chce získat větší kontrolu nad penězi zdravotních pojišťoven i tím, že musely účty převést k ČNB. Hrozí, že budou tyto peníze použity i na něco jiného.

Účty už jsme převedli. Ministerstvo zdravotnictví v podstatě provádí něco, čemu komerční instituce říkají cash pooling, že se použijí všechny peníze dohromady k tomu, aby se minimalizovaly půjčky při správě státního dluhu. To má raciono, pokud jsou to stejné peníze.

My se ale domníváme, že peníze veřejného zdravotního pojištění nepatří do státního rozpočtu. Stát je převzal do své správy v okamžiku, kdy jsou záporné úroky pro půjčky, takže ani pro státní rozpočet nevidíme žádný ekonomický přínos. Je to spíš další krok k centralizaci a řízení zdravotnictví v přímém přenosu, neboli tzv. operativně.

Podle varování zdravotních pojišťoven existují mezi účastníky systému motivace nic neměnit.

Řadě subjektů současný systém vyhovuje. Pokud se provedou zásadní změny, budou muset poskytovatelé péči zefektivnit, část jich neobstojí a zanikne. Zdravotní pojišťovny budou muset o pojištěnce bojovat, některé také mohou zaniknout. Pojištěnci budou muset aktivně spolupracovat a politici ztratí možnost operativních zásahů do systému, tedy i velkou část své moci nad penězi zdravotnictví.

Na závěr rozhovoru MT doplňuje vyjádření MUDr. Vepřeka na semináři, že podle listiny práv a svobod má občan na základě veřejného zdravotního pojištění nárok na bezplatnou zdravotní péči a zdravotní pomůcky za podmínek stanovených zákonem. Problém je podle něj v tom, že se to zatím naplnilo jen částečně. Zákonem je stanovena regulace u léků a některých zdravotních výkonů, pak u výkonů, které jsou explicitně vyjmenovány, jako že nejsou hrazeny. Valná většina peněz je tedy regulována podzákonnými normami – seznamem výkonů, úhradovou vyhláškou, číselníkem VZP. Zákonem není definován základní balík hrazených služeb, což je i překážka legálního vstupu soukromých peněz.

nam