

# Expert: Ufinancovat zdravotní péči bude stále obtížnější. Jak to řešit?

23. dubna 2019

Rozhovor-pro Finance iDNES.cz

Je současný systém financování zdravotní péče do budoucna udržitelný? Budeme si na zdravotní péči připlácet? A má smysl mít sedm zdravotních pojišťoven, když si příliš nekonkurují? Na tyto i další otázky reaguje v exkluzivním rozhovoru prezident Svazu zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich.



**Ministerstvo zdravotnictví oznámilo, že v roce 2018 hospodařily zdravotní pojišťovny s přebytkem 14,5 miliardy korun a navýšily tak zůstatky na celkových 45 miliard korun. Co si pod touto částkou představit? K čemu takové zůstatky slouží?**

Jedná se o veškeré finanční prostředky zdravotních pojišťoven včetně povinných rezerv, provozních účtů a dalších vázaných položek. Stav základního fondu pro běžné financování zdravotní péče je nyní pouze 22,8 miliardy korun. Ta čísla mohou působit impozantně, ale oněch 14 miliard korun by pokrylo náklady českého zdravotnictví asi tak na dva týdny.

**Za socialismu se říkalo, že zdravotnictví je pro všechny zadarmo, dnes máme solidární systém. Dá se kvalitní zdravotní péče ufinancovat do budoucna pouze z veřejného zdravotnictví?**

Za socialismu bylo ve zdravotnictví formálně zadarmo úplně všechno, i když i tehdy byl například poplatek za recept. Socialistický systém se tradičně pyšnil tím, že má zdravotnictví bezplatné, což však nemůže být pravda. Nic není zadarmo. Za socialismu se sice neodvádělo speciální zdravotní pojištění, ale lidé platili daně a vybrané peníze se pak rozdělily mezi jednotlivé oblasti státních výdajů.

Myslím, že docela pěkně socialistické zdravotnictví ilustruje tehdejší vtip, co znamená OÚNZ (zkratka Okresního ústavu národního zdraví, tedy zařízení, jež poskytovalo lékařskou péči, pozn. red.). V lidové tvořivosti to byla zkratka „Odevzdej úplatek, nebo zemřeš“.

Tehdejší systém byl ve skutečnosti podfinancovaný a projevovalo se to třeba v zastaralém vybavení nebo velmi dlouhých čekacích dobách. Ale abychom tomu systému úplně nekřivdili – lékaři byli kvalitní už tehdy a v řadě oborů dosahovali, i při těch horších podmínkách, než byly na Západě, výborných výsledků. Třeba v míře dětské úmrtnosti nebo v porodnictví.

Když se vrátím k otázce, zda se dá kvalitní péče ufinancovat jen z veřejného zdravotnictví – zatím se nám to, po recesi let 2008 až 2013, daří. Ale s tím, jak se objeví zpomalení růstu ekonomiky, přijdou další nákladné léčby a bude populace stárnout, bude to stále obtížnější. Pak bude na stole zásadní otázka, zda něco omezit, nebo jak dostat do systému více peněz, což je vždycky politické rozhodnutí a takové bývá málokdy populární. Můžeme se bavit o zavedení standardů, o tom, že pojištění bude pokrývat pouze vážnější situace a nemoci, o nějaké formě spoluúčasti. Přičemž dodávám, že část toho tu byla už i za první republiky, v řadě evropských zemí je výrazně vyšší, a část toho je tu i dnes, třeba doplatky na léky nebo ve stomatologii.

### **Zdravotní pojištění je už 25 let povinné, pro zaměstnance a zaměstnavatele jsou odvody dlouhodobě stejné, činí 13,5 % z vyměřovacího základu. Je to z dnešního pohledu přiměřený odvod, nebo je moc nízký?**

Ten odvod je podmíněný a limitovaný cenou práce a moc prostoru pro navýšení nedává. Není však dobře vyřešena platba za státní pojištěnce a chybí nějaká motivační složka pojistného na straně pojištěnce. Dlouhodobě si však myslím, že hlavní možnosti řešení jsou na straně výdajů. Tedy co se má všechno z pojištění platit a co už ne, a zda to je správně nastavené a zákonem definované.

### **Za státní pojištěnce, což jsou převážně děti a důchodci, platí odvody do veřejného zdravotního pojištění stát. Od letošního roku je to 1018 korun měsíčně, loni to bylo 969 korun. Neměl by stát přidat?**

Mohl by, i když nutných výdajů státu je samozřejmě víc. Ve skutečnosti jsou náklady na průměrného člověka v důchodovém věku násobně vyšší. Hlavně však vadí, že platba státu a její valorizace není pevně dána zákonem. Například pro rok 2021 dosud nevíme o státním příspěvku nic. Jednotlivé návrhy se zásadně liší.

### **Ekonomika dříve nebo později zpomalí. Na co se budeme muset připravit, jestliže chceme mít alespoň takovou zdravotní péči, na jakou jsme zvyklí?**

Pokud příliš nepodlehne nátlakovým kampaním na zvyšování cen, tak ten systém je v současné kvalitě v zásadě ještě několik let udržitelný a ufinancovatelný. Ale měli bychom se co nejdříve pořádně podívat na neefektivitu. Třeba na neefektivní rozložení zdravotních služeb mezi regiony a na velmi heterogenní síť nemocnic. Zdravotnictví také stále více nese tíhu služeb, které podle mého názoru už patří spíše do sociální sféry, to je zejména péče o velmi staré lidi. Starší pacienti na lůžku následné zdravotní péče a pacienti v zařízeních sociálních služeb jsou na tom z hlediska zdravotního stavu často velmi podobně, ale systém financování a výše spoluúčasti je úplně jiná.

### **Myslíte, že bude potřeba najít i další zdroje příjmů? Tedy například určitou spoluúčast?**

Ona ta debata o spoluúčasti nebo standardech a nadstandardech a podobných věcech je už dávno přetavená v realitu. U řady úkonů mohou lidé využít plně hrazené péče, ale raději zvolí nesmluvní privátní zařízení, kde platí mnohatisícové částky. Podívejte se třeba na tu obrovskou nabídku v oblasti proktologie (léčby hemoroidů), oční operace či stomatologii.

Souvisí to s tím, že část lidí, zejména ti s vyššími příjmy, si rádi připlatí například za rychlejší objednání nebo komfortnější prostředí. Zda to zavést i v části placené z veřejných prostředků, čili určit kvalitní (a to zdůrazňuji!) základní standard a dát lidem možnost si za nadstandard připlatit, to je už politické rozhodnutí. Faktem ale každopádně je, že takové příjmy by pak šly i do veřejných namísto soukromých zdravotnických zařízení a v důsledku by pomohly udržovat kvalitu služeb pro všechny.

### **Ing. Ladislav Friedrich, CSc. (1952)**

- Od roku 2015 působí jako prezident Svazu zdravotních pojišťoven, zastupuje šest zaměstnaneckých pojišťoven.
- Původním zaměřením inmatik, analytik a projektant informačních systémů.
- Dlouhodobě působil v Oborové zdravotní pojišťovně, nejprve jako ředitel odboru informatiky, v letech 1997 až 2015 jako generální ředitel.



### **Kolik korun vydají dnes zdravotní pojišťovny v průměru na jednoho klienta v aktivním věku a jak je to s náklady u dětí a seniorů?**

V průměru je to již přes 31 tisíc korun za rok. Velké rozdíly jsou však v průměrné nákladovosti například podle věku. Mladší člověk asi do 50 let věku bude mít náklady v průměru někde kolem 10 až 20 tisíc, zatímco senior nad 65 let kolem 60 tisíc. V jednotlivých věkových skupinách ale průměrně nákladný pacient skoro neexistuje. Většina lidí čerpá buď mnohem méně či skoro nic a menší část má naopak náklady ve statisících nebo milionech. To je podstatou solidárního systému.

Nutno dodat, že se zhoršuje poměr těch, kteří platí, ale moc nečerpají a těch, kdo už neplatí, ale čerpají hodně. Lidé se dožívají vyššího věku, v němž jsou však stále náchylnější k nemocem, potřebují více péče, a to nejen zdravotní, ale i sociální.

### **Jaké terapie patří dnes k nejdražším a kolik stojí?**

V extrémních případech bývá velmi drahá léčba třeba těžkých forem hemofilie, tam jsou případy, kdy léčba jednoho člověka přijde i na desítky milionů korun ročně. Drtivá většina nákladů jde na léky. Podobné náklady očekáváme u nastupujících genových terapií.

Český systém u mimořádně nákladných pacientů funguje tak, že se na takové léčbě podílejí všechny pojišťovny. A ono je to správně, protože pak není motivace takového pacienta raději v pojišťovně nemít. Ono ale nakonec systémově nejde ani tak o to, jak je nějaká léčba drahá, ale o to, jak často se v populaci vyskytuje. Nejvíce vydávají jde i nadále na léčbu související s rakovinou nebo kardiovaskulárními onemocněními.

### **Když má některá pojišťovna příliš drahé klienty a horší „kmen“, řeší se to přerozdělováním peněz. Jak konkrétně?**

Celá věc s kvalitou pojistného kmene má historii už v 90. letech. V podstatě všechny nově vzniklé pojišťovny se snažily získat co nejvíce pojištěnců, a proto mít co nejlepší služby a co nejširší síť zasluzněných zařízení. Další věci byly benefity navíc: příspěvky na očkování, preventivní zdravotní prohlídky a příspěvky na sport.

To v sobě mělo logiku: přitahovalo to zodpovědnější lidi, kteří více pečují o své zdraví. Ti pak logicky odváděli do systému víc, než z něj čerpali. Potíž byla, že zejména VZP zůstal o dost horší „kmen“ – starší lidé a důchodci, státní pojištěnci (tedy lidé, za které platí pojištění stát ve výši dané zákonem). To vedlo zákonitě spolu se samotnou kvalitou hospodaření k tomu, že se VZP pravidelně ocitala na konci roku v hluboké ztrátě, kterou stát musel doplňovat, zatímco většina zaměstnaneckých pojišťoven byla v plusu.

Už od začátku se část vybraných peněz mezi pojišťovnami přerozdělovala. Nejdřív to bylo 50 %, v roce 1993 se podíl zvýšil na 60 %, pak na 65 % a nakonec postupně na 100 %. Ani to však pro sanaci hospodaření VZP nestačilo. Přibylo tedy ještě přerozdělení na mimořádně nákladné pacienty a v roce 2016 přerozdělení na nákladné chronické pacienty, například diabetiky a kardiaky. V současnosti se tak mezi pojišťovnami přerozděluje úplně všechno, co se vybere, a to dokonce vícenásobně. Je fakt, že VZP už díky změnám přerozdělení není ve ztrátě a v poslední době naopak začíná kumulovat zdroje, ale na druhé straně to hodně ublížilo principu konkurence mezi pojišťovnami. Přerozdělovat 100 % je i v evropském srovnání zkrátka už moc.

### **Ve veřejném zdravotním pojištění bude v příštím roce 343 miliard, což je o 19 miliard více než letos. Na co se využijí a komu tyto peníze konkrétně pomůžou?**

Je to celkově šestiprocentní meziroční růst, což může vypadat příjemně, ale jen na průběžnou inflaci, postupné stárnutí populace a minimální rozvoj medicíny je třeba nárůst okolo čtyř procent.

Z 19 miliard pojišťovny navrhují rozdělit asi 12 miliard mezi všechny segmenty lékařské péče. Dalších až sedm miliard půjde využít třeba na nové služby a léky a také bude potřeba pokrýt výkony zavedené změnami zákonů.

Například asi 780 milionů korun by mohlo jít na nové terapie, například genovou, ty budou pojišťovny proplácet častěji. Stovky milionů navíc půjdou také do reformy psychiatrické péče, která se dosud hradila hlavně z evropských fondů. Porostou sociální služby, domácí a následná péče a mobilní hospice nebo nově zaváděný provoz urgentních příjmů v nemocnicích. Nejméně čtvrt miliardy by si mohla vyžádat také plánovaná úhrada léčebného konopí.

### **Dnes máme sedm zdravotních pojišťoven, šest zaměstnaneckých a jednu státní. Má smysl mít jich tolik?**

Oprávnění působit na trhu dostalo od roku 1992 celkem 29 zdravotních pojišťoven. Nevím, jestli si někdo dnes ještě vzpomene třeba na GRÁL – Železniční zdravotní pojišťovnu nebo ATLAS, Garant-Hospital, Prima, Radix... Z 29 jich zůstalo včetně VZP celkem sedm.

Na počátku vypadal systém tak, že byli všichni občané automaticky pojištěnci VZP a pokud chtěli, mohli si zvolit jinou. Nejprve byl vstup omezený a například k Pojišťovně ministerstva vnitra či k Vojenské se mohli přihlásit jen zaměstnanci těchto rezortů a jejich rodinní příslušníci, podobně se to mělo i s dalšími pojišťovnami podle oboru či zaměstnavatele. Už během jediného roku ale novela zákona umožnila, aby se lidé mohli přihlásit k jakékoli pojišťovně, ke které chtěli.

Postupně se ukázalo, že ne všechny pojišťovny dokázaly fungovat efektivně. Ono to hodně souviselo s počtem pojištěnců. Tyto pojišťovny postupně přebíraly jejich větší a silnější konkurenti. Klíčové byly roky 1996 a 1997, kdy se projevilo zpomalení české ekonomiky. Ještě na počátku roku 1996 bylo pojišťoven na trhu 27, o rok a půl později jich zůstávalo jen 11.

Konsolidace skončila kolem roku 2013. Tím se mimochodem i naplnilo přání exministra zdravotnictví Stráského (ODS), který se už kolem roku 1996 vyjádřil, že by chtěl na trhu mít pojišťoven maximálně deset.

## **Čtete také**

### **Sto let zdravotní péče: pokladny si konkurovaly, sazby byly poloviční**

Pohled na devadesátá léta by mohl působit divoce, ale není tomu tak. Na rozdíl od krachů bank, které po sobě nechaly smutné střadatele a obrovský pytel nedobytných závazků, méně úspěšné pojišťovny se podařilo buď zlikvidovat s tím, že pojištěnci přešli jinam, nebo zfúzovaly s většími institucemi s pohledávkami, závazky i klienty.

Kdybychom to měli hodnotit jako celek, docela se to povedlo. Původní záměr, aby si firmy zakládaly pojišťovny pouze pro vlastní zaměstnance, se nakonec v současné Evropě ukázal nereálný. Ale máme tu v porovnání s podobnými zeměmi možnost výběru, což tlačí na kvalitu péče o pojištěnce a celý systém se daří docela dobře ufinancovat. To vůbec není špatné.

#### **Konkurence mezi zdravotními pojišťovnami dnes není příliš velká.**

To souvisí s těmi předchozími kroky, kdy se postupně konkurence omezovala. Míra přerozdělování a svázanost v tom, kde se mohou pojišťovny v nabídce lišit, je příliš velká. Současná konkurence je – vzhledem k systému – hlavně v tom, jak dobře daná instituce funguje a jaké rezervy třeba i na provozních výdajích dokáže vytvářet. Ty pak totiž může přetavit do různých benefičních programů pro pojištěnce.

#### **Jste zastáncem názoru, že je načase, aby si zdravotní pojišťovny začaly více konkurovat? V čem konkrétně a jak toho dosáhnout?**

No, nejprve se můžeme zamyslet nad tím, jaké jsou alternativy. Nechat jednu státní instituci, která by vše řídila, to už jsme tu v zásadě měli před rokem 1989. Pokud by někdo měl pocit, že by to na Západě mohlo fungovat lépe, pak lze jako odstrašující příklad použít britskou NHS (National Health Service), jejíž pověst je zaslouženě dosti problematická. Centralizovaný systém bez konkurence začne být vždy zoufale neefektivní.

Systém s pojišťovnami, které si konkurují, je dobrý i proto, že může vytvářet cenový tlak na zdravotnická zařízení i na dodavatele léčiv a zdravotnických služeb.

Pojišťovny by si nejlépe měly konkurovat v nabídce pro pojištěnce, tak aby pacient mohl volit například mezi ničím neomezeným pohybem mezi lékaři, nebo vyšší kvalitou služeb a plnění, ale za cenu dodržování smluvních pravidel.

**Autor:** Eva Sovová