



## 1. Úvod

České zdravotnictví bývá prezentováno převážně negativně a v této souvislosti je často medializována potřeba jeho reformy. Zaměstnanecké a oborové zdravotní pojišťovny považují uplatňovaný systém veřejného zdravotního pojištění za sice principálně funkční z dlouhodobého hlediska však nikoli plně vyhovující. Je nutno postupně zavádět dílčí reformní kroky reagující na společenskopolitický a vědeckotechnický vývoj a zkušenosti z dosavadního provozu. Přitom je nezbytné, aby zaváděným změnám vždy předcházela analýza jejich dopadů.

### Nedostatky současného stavu

Existující problémy na rozdíl od tvrzení současné verze Koncepce MZ ČR nejsou způsobeny tím, že „deformace nastaly zejména po roce 1992, kdy se do regulovaného prostředí vpustil trh a nepromyšlená privatizace“. Ekonomové obeznámení s problematikou zdravotnictví, ať již domácí, nebo zahraniční včetně expertů mezinárodních organizací, jež se problematikou českého zdravotnictví v poslední době zabývaly (OECD, Světová banka) vidí jako příčinu potíží následující faktory:

- I. Chaotické řízení, polovičitost a nekoncepčnost, včetně zvrátů v dosavadní zdravotní politice vyústila v silně deformovaný, hybridní systém, který je zneužíván všemi zúčastněnými bez jakékoli jasně přiřaditelné odpovědnosti.
- II. V důsledku řady základních pravidel se vytvořila systém, kde zřizovatelé, především ministerstvo zdravotnictví ČR, ale do jisté míry i kraje, mají zásadní konflikt zájmů- v praxi se poskytovatelům péče „nadržuje“.
- III. Velmi nízká zodpovědnost ministerstva zdravotnictví za dodržení finanční rovnováhy v resortu- ministerstvo svými vyhláškami a vstupy do dohodovacího řízení způsobuje vznik finanční nerovnováhy.
- IV. Nesprávné nastavení motivací prakticky všech složek systému veřejného zdravotního pojištění vyústíující v jeho zneužívání, respektive plýtvání veřejnými prostředky.
- V. Velmi slabé postavení občana v systému, který je sice přímo formou spoluúčastí a poplatků za poskytnutou péči zatěžován mnohem méně než téměř ve všech zemích na světě, ale zároveň je vystaven silnému morálnímu hazardu. Informace o kvalitě a nákladech poskytované péče jsou pro něho prakticky nedostupné.
- VI. Omezování rozhodovacích pravomocí zdravotních pojišťoven a jejich odpovědnosti vůči pojištěncům za náklady a kvalitu péče oslabuje smysl jinak potenciálně výhodného modelu plurality nositelů zdravotního pojištění.
- VII. Chybně nastavená cenová regulace léčivých přípravků a zdrav. techniky doprovázená nesprávně nastaveným systémem marží distributorů a lékáren, která motivuje k preferenci drahých léčivých přípravků a PZT.
- VIII. Rozsah služeb hrazený z veřejného zdravotního pojištění, který je velmi široký a nereflakuje medicínské priority. Z veřejného zdravotního pojištění jsou hrazeny i výdaje, jež jsou sociálního charakteru, či výdaje hotelového typu.

Společným rysem všech těchto faktorů je ignorování ekonomických principů a kategorií.

System není možné dlouhodobě stabilizovat ani makroekonomickou restrikcí poptávky a zaváděním přidělových systémů, ani jeho opětovným postátněním. Stabilizace vyžaduje především důkladnou revizi systému, která si klade za cíl zásadně posílit využití základních ekonomických principů a jejich prostřednictvím zmírnit existující mikroekonomické deformace a s tím související nežádoucí, protože nevhodné chování jednotlivých subjektů.

Zdůraznit je nutné silně omezenou vypovídací schopností základního ekonomického parametru - ceny, která vzhledem k centralizovanému administrativnímu charakteru její tvorby a existenci paušálních úhradových mechanismů v českém zdravotnictví téměř postrádá jakoukoli vypovídací schopnost. Bodový systém hodnocení výkonů na počátku 90. let vedl k eskalaci výkonů, a nadměrné nabídce, která často neodpovídala medicínsky zdůvodněné poptávce.

Přechod na paušální úhrady nemocniční péče pak de facto odměnil ty, kteří se dopustili nejvýraznějšího morálního hazardu, a potrestal ty poskytovatele, kteří se výkonové honby účastnily s nižší intenzitou.

Výsledkem je často velmi významná diskrepance ve výdajích per capita mezi jednotlivými regiony, velké diference mezi rekalkulovanou hodnotou bodu mezi fakulními nemocnicemi a nynějším krajským systémem - nespravedlivý a ekonomicky silně pokřivený systém pokračuje indexovou metodou. Jednou z jeho konsekvencí jsou i dosti patrné rozdíly v dostupnosti, ale zejména kvalitě zdravotní péče v závislosti na místě bydliště pojištěnce.

## 2. Opatření ke stabilizaci systému

**Významným krokem směřujícím k finanční stabilizaci systému, představuje především zásadní posílení rozpočtové disciplíny při tvorbě zdravotně pojistných plánů zdravotní pojišťoven a úhradových vyhlášek MZ ČR. Podstatně je třeba zvýraznit roli zdravotních pojišťoven jako selektivních nákupčích zdravotní péče pro svoje pojištěnce při současném neméně zásadním posílení jejich odpovědnosti za vyrovnané hospodaření systému.**

### I. Stabilita systému a dodržování rozpočtového omezení.

Absolutně nejvyšší prioritou je zajištění bilanční rovnováhy mezi příjmy a výdaji systému veřejného zdravotního pojištění. Současná praxe je již mnoho let v příkrém rozporu se základními principy tvorby rozpočtů, když například zdravotně pojistný plán VZP je schvalován PS ČR až koncem období, pro které byl sestaven. Úhradové vyhlášky MZ ČR jsou pak formulovány a vydávány bez řádného konzultativního procesu se zdravotními pojišťovnami, a zakládají výdaje, jež nejsou přiměřené příjmům z vybraného pojistného. Zdravotně pojistné plány zdravotních pojišťoven musejí vycházet z objemu vybraného a přerozděleného pojistného, které představuje pro všechny zúčastněné „pevnou rozpočtovou obálku“, nepřekročitelné maximum zdrojů. Rozsah i struktura hrazených výkonů musí reflektovat medicínské priority v rámci rozpočtových omezení. Jinak řečeno, výdaje se odvíjejí od očekávaných disponibilních příjmů se zohledněním tvorby potřebných rezerv. Silně arbitrární a ekonomicky nedostatečně podložené rozhodování ministerstva zdravotnictví prostřednictvím úhradových vyhlášek, jež vede k eskalaci výdajů na péči a ekonomicky nepodloženému růstu osobních nákladů, není možno dále tolerovat. Již pro rok 2005 musí platit princip, že návrhy, jež zhoršují finanční pozici zdravotních pojišťoven, jsou a priori nepřijatelné- uvnitř výdajových limitů je možno dělat jakékoli úpravy, vně nikoli. Ministerstvo

zdravotnictví sotva může vstupovat jako tvůrce úhradových vyhlášek a arbitr dohodovacích řízení mezi pojišťovny a poskytovateli péče, když má současně konflikt zájmů „*par excellence*“ jako zřizovatel výkonově velmi významné části akutních nemocnic. Ministerstvo financí by se především mělo zaměřit na to, aby zajistilo respektování potřeby vyrovnaného hospodaření zdravotních pojišťoven ze strany Ministerstva zdravotnictví. Zároveň je třeba zahájit přípravné práce na tvorbě vhodného regulatorního rámce včetně vytvoření nezávislého orgánu dohledu nad zdravotními pojišťovny (obdobně jako v jiných sektorech) a nastavení řádných pravidel správy korporací na úrovni samotných zdravotních pojišťoven.

### **I. Potřeba definování základního balíku garantované péče**

Tvorba zdravotní politiky je doménou MZ ČR. Zlepšení výkonu státní správy v oblasti tvorby zdravotní politiky a definování medicínských priorit je zcela jasnou logickou kompetencí MZ ČR. Právě dosavadním arbitrárním rozhodnutím MZ ČR a jakési „voluntaristické schizofrenii“ do značné míry vděčí celý systém za svoje finanční potíže. Jestliže platí princip, že cílem je alokace disponibilních prostředků v rámci pevné rozpočtové obálky, pak o alokaci zdrojů musí rozhodovat odborná medicínská veřejnost, jejíž práci má koordinovat ministerstvo zdravotnictví. **Vnesení pořádku do relativních cen a jejich úprav, ale především definování rozsahu povinně hrazené péče (základního balíku služeb) a míře spoluúčasti kategoričným imperativem práce MZ ČR v rovnocenném dialogu se zdravotními pojišťovny.** Po technické stránce není tato úloha příliš složitá: známe-li disponibilní objem prostředků, a můžeme-li jejich vývoj s dobrou mírou spolehlivosti predikovat, pak není ani obtížné rozhodnout, kam výdaje směřovat. MZ ČR nemůže předstírat, že prioritou je „všechno“, protože priorit je z definice omezený počet. Jinak řečeno, periferní služby („hotelový komponent“) nejsou prioritou, banální výkony nejsou prioritou, běžné léky na banální diagnózy nejsou prioritou.

### **III. Penalizace rizikového chování**

Je-li zdravotní stav je z 80% ovlivňován jinými determinantami než vlastní úrovní zdravotní péče, mj. ve významné míře životními stylem, tedy individuálním chováním jednotlivců, je zřetelné, že bez zvýšení informovanosti občanů a posílení jejich osobní odpovědnosti za zdraví nemá celá úloha nákladově efektivní řešení.

Česká republika by měla respektovat doporučení Světové banky i Organizace pro mezinárodní spolupráci a rozvoj (OECD) v této oblasti, a omezit solidaritu veřejného zdravotního pojištění v případech, kde je morbidita kauzálně jasně spojena s rizikovým chováním. Nejde přitom o klasické formy rizikového chování, jako je požívání alkoholických nápojů a kouření, dopravní nehody zaviněné riskantním chováním řidičů, ale například i eskalace výdajů na léčení nemocí kauzálně silně korelovaných s přejídáním a obezitou (cukry, živočišné tuky, červené maso a uzeniny).

Jde o to, snížit výskyt rizikového chování nikoli jen zákazy, sankcemi a regulací na straně nabídky, ale především důsledným uplatněním ekonomických nástrojů především v oblasti spotřebních daní, povinného pojištění odpovědnosti za provoz motorových vozidel, úrazového pojištění atd. Nejde o to pacienty neléčit, ale vytvořit zdroj financování výdajů na diagnózy silně korelované s individuálním rizikovým chováním, který by nebyl financován z vybrané zdravotní daně.

Výhoda je trojí

- financování prostřednictvím zvýšených spotřebních daní, přeřazením dané komodity do základní sazby DPH či úpravami povinného ručení funguje jako snadno administrovatelný malus (rizikové chování je tedy zatíženo vyšší daňovou zátěží či sazbou pojistného)
- omezuje se solidarita pojištěnců zdravotního pojištění, kteří nevykazují rizikové chování, s těmi, kteří se chovají rizikově (avšak například spotřebitelé tabákových výrobků jsou solidární navzájem)
- snižují se vedlejší náklady práce.

Celkové výdaje na zdravotnictví by tedy za předpokladu cenově elastické poptávky měly v důsledku zvýšení osobní odpovědnosti klesnout, vedlejší náklady práce by měly rovněž klesnout (snížení sazby zdravotního pojištění o několik procentních bodů) a zdravotní stav populace by se měl zlepšit. Oproti těmto jasným pozitivům je nutno postavit vyšší administrativní náklady a nižší míru volnosti v nakládání s rozpočtovými příjmy. Výsledné saldo je však jednoznačně kladné.

#### IV. Odstranění strukturální nerovnováhy a zavedení disciplíny v investiční politice

Existující přebytek kapacit, patrný v oblasti akutní lůžkové péče, je kauzálně spojen se skutečností, že české zdravotnictví, kde většina kapacit nemocnic je v rukou státu či regionů, má právě kvůli absenci ekonomických parametrů a tlaku na kvalitu péče a politizaci rozhodování takřka neřešitelný problém, jak při zachování *statu quo* kapacity racionálně alokovat, aniž by se do rozhodování o využití kapacit významně zapojily zdravotní pojišťovny a reflektovala úroveň odbornosti jednotlivých zařízení.

Není tajemstvím, že řada nemocnic nemá pro poskytování péče v jednotlivých oborech předpoklady. Fragmentace výkonů do velkého množství zařízení je v rozporu s doporučeními odborných společností, ale i Světové zdravotnické organizace, a promítá se jak do nepřijatelného výskytu následných komplikací, „překlada“ pacientů do zařízení s vyšší specializací po výskytu komplikací a zvýšené letality. Sekundárním dopadem fragmentace je růst průměrných nákladů daný vysokými fixními náklady, chybnou alokací investic, materiálových i personálních zdrojů.

**Pokud jde o tento problém, lze jednoznačně konstatovat, že medicínsky dobré řešení (minimální kritická masa výkonů v dané invazivní specializaci) je zároveň dobrým řešením ekonomickým (koncentrace investic do zařízení s dobrým odborným zázemím a minimálním rozsahem výkonů zvyšující návratnost investic a redukující fixní náklady).**

Realita je však taková, že politické rozhodování o alokaci investic téměř vždy vyústí v jejich fragmentaci podle zásady „každému aspoň něco“, nízkou účinnost péče a ekonomické problémy. Fascinující je, že pravidla pro individuální investiční dotace jsou taková, že projekt je nutno pod hrozbou vysokých sankcí dokončit, byť by byl sebenesmyslnější. Česká města tak jsou místem bohatého výskytu „bílých slonů“- nákladných investičních projektů zdravotnických zařízení, jež kromě falešné prestiže lokálních patriotů, a hmotného prospěchu dodavatelů a příjemců korupčních dávek ničemu nepomohla.

Konstruovat v této situaci páteřní síť a spádové oblasti na bázi zdravotnických zařízení, jež nesplňují parametry ekonomické efektivity a minimálního objemu finančně krytých výkonů na základě správné medicínské praxe, je ekonomickým i medicínským omylem, který nemá s ekvitou a dostupností péče nic společného.

Organizátoři systému kromě nejtriviálnějších mechanistických parametrů typu lůžka v jednotlivých oborech na 100.000 obyvatel zatím neprezentovali jakoukoli sofistikovanější představu o tom, jak restrukturalizaci provést, mimo jiné se nijak neřeší výstup z trhu nákladově nekonkurenceschopných a kvalitativně nedostačujících poskytovatelů péče: konkurs je ve veřejném zdravotnictví tabu.

Přestože MZ ČR řídí tzv. přístrojovou komisi, investice do strojového vybavení jsou evidentně alokovány chybně, totéž lze říci o investicích do stavebního komponentu. Stav odpovídá úrovni rozhodování o investicích financovaných z veřejných rozpočtů obecně, kde se běžně nepřihlíží k základům standardní analýzy investic z hlediska jejich návratnosti. Doporučení je jednoduché-každou investici financovanou z veřejných rozpočtů, respektive z fondů veřejného zdravotního pojištění (viz DRG) podrobit rozhodovacím procesům, jež jsou obvyklé v soukromém sektoru, včetně vyvození odpovědnosti za projekty, které nedosáhly projektovaných parametrů. OECD i Světová banka doporučují vytvoření nezávislých orgánů, jež certifikují potřebu drahých zařízení a posuzují jejich medicínský i ekonomický přínos. Platí jednoduchý princip-předkládané projekty se vyhodnotí podle efektivnosti možného využití a škrtají se (stejně jako u definování medicínských priorit) odspodu, dokud se požadavky nesrovnají s disponibilními zdroji. Financování by mělo umožnit víceleté nákladné projekty.

#### **V. Propojení úrazového, nemocenského a zdravotního pojištění**

Ztráty na výběru pojistného ze zdravotního pojištění (po dobu nemoci se zdravotní pojištění neplatí) a nárůst výdajů daných indukovaných zdravotní péčí způsobených zneužíváním nemocenské stojí zdravotní pojišťovny miliardy Kč ročně. Obvykle bývá uváděn kvalifikovaný odhad výpadku příjmů zdravotních pojišťoven na pojistném 1 mld Kč za každé procento dočasné pracovní neschopnosti. Nejméně stejné jsou dodatečné výdaje na indukovanou zdravotní péči (léky, vyšetření atd.). Tyto ztráty a vícenáklady samozřejmě nezahrnují celkový negativní ekonomický efekt na národní hospodářství (výpadky ve výrobě, ztráta zakázek, nižší produktivita, přesčasy atd.). Vzhledem k možnosti daleko efektivnější kontrolní činnosti zdravotních pojišťoven v oblasti nezneužívání nemocenské ve srovnání s ČSSZ, možnosti účinné stimulace pojištěnců i zaměstnavatelů (kteří musejí participovat na nákladech formou částečné náhrady mzdy první dva týdny, ovšem se stropem na výdajích; zbytek rizika je transferován na zdravotní pojišťovny) a možnosti využití efektů konkurenčního chování pojišťoven při redukci sazeb nemocenského pojištění je souhrnný makroekonomický efekt propojení nemocenského a zdravotního pojištění poměrně významný. Dobře nastavený systém by měl generovat přínosy v rozsahu 0.5-1% HDP ročně (snížení procenta pracovní neschopnosti, snížení indukovaných výdajů zdravotních pojišťoven a efekty v podnikové sféře).

Propojení nemocenského a zdravotního pojištění doporučuje OECD. Konkrétní projekt je zpracován a je k dispozici na SZP ČR.

Obdobný projekt bude SZP ČR zpracován pro oblast zákonného úrazového pojištění.

#### **VI. DRG:**

Přes problematickou konstrukci a „ladění“ DRG v českých podmínkách je nutno zdůraznit, že na systémy vycházející z principu DRG přechází většina vyspělých zemí EU, například Velká Británie, Francie, Itálie, Německo, Holandsko, skandinávské země, ale též Austrálie a Kanada. DRG je sice spojeno s rizikem tzv. „DRG creep“ (nesprávná klasifikace diagnóz za účelem maximalizace výkonů), ale postupný přechod na DRG nebo DRG silně inspirované systémy úhrady nemocniční péče ve většině vyspělých zemí nasvědčuje tomu, že příliš mnoho lepších alternativ neexistuje. Zároveň je v konstrukci DRG obvyklé a vhodné (doporučuje například

OECD) zakalkulovat i kapitálový komponent- tj.technologickou reprodukcí. Konceptí navrhovaná alternativa globálních rozpočtů v kombinaci s produkcí výkonů založenou na jejich bodovém hodnocení není precizně definována a není zárukou, že splní deklarovaný cíl- finanční stabilizaci. Snadno může sklouznout pouze do pokračování současného stavu, který je nevyhovující.

Bez srovnání relativních cen odrážejících ekonomické náklady však nelze alokační efektivnost v českém zdravotnictví zlepšit- odsud věčné nářky a obavy z toho, že například soukromý sektor nebude nabude poskytovat „málo výnosné“ úkony a v některých oborech bude nesaturovaná poptávka. Lze konstatovat, že v prostředí s tvrdou regulací cen je tato mezera samozřejmě rovněž vyplněna, avšak šedou ekonomikou. Lepší je tržně konformní řešení: zajistit rovnováhu na trhu prostřednictvím konfrontace efektivní koupěschopné poptávky s nabídkou.

## **VII. Produkce a distribuce porovnatelných informací o kvalitě a nákladovosti péče veřejnosti.**

Právě data o kvalitě a nákladovosti péče, veřejně dostupná, srozumitelně prezentovaná například formou ratingového systému a řádně objasněná představují argument pro politicky obhájitelnou optimalizaci sítě. Občané, kteří nemají přístup k informacím, budou vždy negativně reagovat na rozhodnutí o zrušení nemocnice či redukci rozsahu jejích služeb. Rozhodování pojištěnoven bude v roce 2006, kdy má dojít k uzavírání nových smluv s poskytovateli péče, o to jednodušší. Podprůměrná ekonomická výkonnost a kvalita péče musí být důvodem pro rozvázání kontraktu ze strany pojišťovny a rozhodnutí o reprofilaci příslušného zařízení.

## **VIII. Je nezbytné odstranit medicínsky neodůvodněné diferenciály v per capita výdajích na obyvatele mezi jednotlivými kraji.**

Zároveň je třeba pro vyloučení jakékoli pochybnosti upozornit, že per capita výdaje sledují občana-pojištěnce, nikoli poskytovatele péče-zdravotnické zařízení. Jde tedy o ekvitu a dostupnost péče pro občany bez ohledu na místo bydliště, což předpokládá meziregionální migraci pacientů za péčí na základě jejich volby. Tyto diferenciály jsou jednak neobhájitelné, jednak vytvářejí mimořádně bojovnou atmosféru mezi centrem a kraji, pojišťovnami a kraji, ale i mezi kraji navzájem. Situace v této oblasti již dávno překročila tolerovatelné limity a vyžaduje urgentní řešení.

Prvním krokem je především zveřejnění veškerých disponibilních údajů v logicky strukturované, porovnatelné a proto diskutovatelné podobě. Je nutno zdůraznit, že bez publikace věrohodné datové základny nelze efektivně potlačit jednotlivé zájmové skupiny, jež změna *statu quo* a odstranění neodůvodnitelných rozdílů ekonomicky významně postihne. Tyto komparace nemohou být v žádném případě interpretovány jako argumenty ve prospěch „udržení“ dislokace jednotlivých zařízení zejména v oblasti specializované péče bez ohledu na kvalitu péče a ekonomickou efektivnost. **Platí princip, že peníze sledují pacienta, nikoli poskytovatele péče.** Tento princip má zároveň velmi podstatné implikace pro definování sítě zdravotnických zařízení a alokaci investic.

## **IX. Spoluúčast a zatížení mírnými poplatky**

Pro občana je rozhodující dostupnost, komfort a kvalita zdravotní péče. Za ně je občan ochoten si připlatit, o čemž jasně nasvědčují indicie široce rozšířené stínové ekonomiky a korupce v oblasti zdravotnictví. Stejně tak je jasné, že formalizovaná spoluúčast je podstatně efektivnější a eticky přijatelnější řešení než korupce.

Z tohoto hlediska argumentovat proti mírným přímým platbám a spoluúčasti z důvodu finanční zátěže obyvatelstva dané existujícím rozsahem stínové ekonomiky ve zdravotnictví je z definice mylné- spoluúčast a zrovnoprávnění pacienta je cestou účinného potírání korupce. Je zároveň jasné, že zejména chroniky a seniory, na něž připadá disproporčně velká část zdravotnických výkonů, by spoluúčasti mohly finančně postihnout. To však je problém, který je klasicky řešen adresnými sociálními dávkami, tedy podporou příjmů, nikoli bezplatností péče, která vede k plýtvání.

Ekonomům nejde o to, odepírat přístup k péči slabým a potřebným, ale poskytovat jí co možná efektivně, tedy bez plýtvání a tedy s využitím ekonomických nástrojů přispívajících k omezení morálního hazardu. Z politického hlediska je zavedení poplatků a spoluúčasti přijatelné za těchto předpokladů:

- Budou přijata i všechna ostatní opatření mající za cíl úspory a potlačení zneužívání systému (reforma nemůže bolet jen pacienta)
- Dojde k podstatnému zvýšení možnosti volby (například diferencovaných zdravotně pojistných plánů), posílení postavení pacienta, jeho přístupu k informacím o kvalitě a účinnosti péče a možnosti samostatného rozhodování včetně možnosti dovolání.

## **X.Léková politika**

Základním principem by měla být transparence a dodržování Směrnice 89/105/EEC. Snaha o stanovení lékové politiky je podmínkou dobrého fungování systému úhrad léčiv z veřejných prostředků. Bez ohledu na vehementní odpor zainteresovaných lobby je možno konstatovat následující:

- Léky se plýtvá
- Léky představují disproporčně vysokou část celkových výdajů veřejného zdravotnictví
- Předepisování léků je ekonomicky motivované
- Řada předepisovaných léků nemá přesvědčivý ekonomicko-medicínský účinek
- Řada léků je v mezinárodním srovnání v ČR dražších než ve srovnatelných zemích
- Potenciál generik přes velký podíl na počtu předepsaných balení není ani zdaleka vyčerpán

K problematice lékové politiky zpracoval SZP ČR samostatný materiál.

## **2. Definice potřebného objemu nabídky zdravotní péče**

**Jednotlivé zdravotní pojišťovny zabezpečují poskytování zdravotní péče svým pojištěncům prostřednictvím sítě smluvních zdravotnických zařízení. Tuto síť tvoří zdravotnická zařízení, se kterými mají jednotlivé zdravotní pojišťovny uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.**

**Při výběru smluvních zdravotnických zařízení vycházejí jednotlivé zdravotní pojišťovny z potřeby zabezpečit pro všechny své pojištěnce kvalitní a dostupnou zdravotní péči. Ve své smluvní politice přihlížejí pojišťovny i k výsledkům výběrových řízení a při uzavírání**

**smluvních vztahů se zdravotnickými zařízeními v jednotlivých regionech působnosti se zpravidla řídí směrnými čísly, poptávkou a nabídkou zdravotní péče.**

## **I. Záměr a cíl**

- Definice kritérií minimální sítě zdravotnických zařízení na základě dostupnosti stanovené směrnými čísly pro jednotlivé obory.
- Vytvoření kvalitních a dostupných sítí zdravotnických zařízení v konkurenčním prostředí ZP
- Podpora restrukturalizace sítě zdravotnických zařízení
- Kontraktační volnost zdravotních pojišťoven
- Definice kritérií a způsobu hodnocení jednotlivých ZZ při uzavírání a obnově smluvních vztahů
- Minimalizace souběhů praxí
- Objemové a časové omezení pasportizace ZZ

## **II. Slabé stránky současného stavu**

- nefunkčnost současných výběrových řízení
- chybí definice minimální sítě zdravotnických zařízení
- smlouvy nepružně uzavírané na dobu 5 let s automatickou prolongací
- možnost regionálního ovlivňování jednotlivých zdravotnických zařízení
- slabá obrana ZP vůči tlaku zdravotnického zařízení přes pojištěnce,
- problematické řízení smluvní sítě, náhrada smluvního zdravotnického zařízení,
- minimální možnost hodnocení kvality jednotlivých zdravotnických zařízení,

## **III. Návrhy cílů**

- Minimální síť ZZ na základě dostupnosti stanovené směrnými čísly pro jednotlivé obory
- Optimální síť ZZ dle potřeb každé zdravotní pojišťovny.
- Kontraktační volnost ZP.
- Zrušení výběrových řízení v podobě vyplývající ze současně platných právních předpisů.
- Realizace výběrových řízení ZP pro nová smluvní ZZ s tím, že budou existovat poradní orgány ZP složené ze zástupců odborných společností a zástupců obcí a měst.

Cílem návrhu je regulace objemu poskytované zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních zvláště lůžkového typu. Je reálné připravit mechanismy pro udržení vyrovnané bilance zdravotní pojišťovny s ohledem na stále rostoucí požadavky ze strany zdravotnických zařízení, kde tato se chovají tržně a poskytují stále ve větší míře zdravotní péči ekonomicky lépe zhodnocenou.

Existující přebytek kapacit, patrný v oblasti akutní lůžkové péče, je kauzálně spojen se skutečností, že české zdravotnictví, kde většina kapacit nemocnic je v rukou státu či regionů,

má právě kvůli absenci ekonomických parametrů a tlaku na kvalitu péče a politizaci rozhodování takřka neřešitelný problém, jak při zachování *statu quo* kapacity racionálně alokovat, aniž by se do rozhodování o využití kapacit významně zapojily zdravotní pojišťovny a reflektovala úroveň odbornosti jednotlivých zařízení.

Není tajemstvím, že řada nemocnic nemá pro poskytování péče v jednotlivých oborech předpoklady. Fragmentace výkonů do velkého množství zařízení je v rozporu s doporučeními odborných společností, ale i Světové zdravotnické organizace, a promítá se jak do nepřijatelného výskytu následných komplikací, „překlada“ pacientů do zařízení s vyšší specializací po výskytu komplikací a zvýšené letality. Sekundárním dopadem fragmentace je růst průměrných nákladů daný vysokými fixními náklady, chybnou alokací investic, materiálových i personálních zdrojů.

**Pokud jde o tento problém, lze jednoznačně konstatovat, že medicínsky dobré řešení (minimální kritická masa výkonů v dané invazivní specializaci) je zároveň dobrým řešením ekonomickým (koncentrace investic do zařízení s dobrým odborným zázemím a minimálním rozsahem výkonů zvyšující návratnost investic a redukující fixní náklady).**

Realita je však taková, že politické rozhodování o alokaci investic téměř vždy vyústí v jejich fragmentaci podle zásady „každému aspoň něco“, nízkou účinnost péče a ekonomické problémy. Fascinující je, že pravidla pro individuální investiční dotace jsou taková, že projekt je nutno pod hrozbou vysokých sankcí dokončit, byť by byl sebenesmyslnější. Česká města tak jsou místem bohatého výskytu „bílých slonů“ - nákladných investičních projektů zdravotnických zařízení, jež kromě falešné prestiže lokálních patriotů, a hmotného prospěchu dodavatelů a příjemců korupčních dávek ničemu nepomohla.

Konstruovat v této situaci páteřní síť a spádové oblasti na bázi zdravotnických zařízení, jež nesplňují parametry ekonomické efektivity a minimálního objemu finančně krytých výkonů na základě správné medicínské praxe, je ekonomickým i medicínským omylem, který nemá s ekvitou a dostupností péče nic společného.

Organizátoři systému kromě nejtriviálnějších mechanistických parametrů typu lůžka v jednotlivých oborech na 100.000 obyvatel zatím neprezentovali jakoukoli sofistikovanější představu o tom, jak restrukturalizaci provést, mimo jiné se nijak neřeší výstup z trhu nákladově nekonkurenceschopných a kvalitativně nedostačujících poskytovatelů péče: konkurs je ve veřejném zdravotnictví tabu.

### **3. Individualizace pojistného vztahu mezi pojištěncem a ZP**

Jedním z cílů systému zdravotního pojištění musí být posílení pozice občana a jeho motivace k odpovědnosti za racionální chování v systému veřejného zdravotního pojištění. Současné zdravotnictví a tím i systém veřejného zdravotního pojištění by měl efektivně kombinovat solidaritu a individuální odpovědnost. Obecně je tedy nutné posílit u všech občanů - motivaci ke zvýšení zájmu o péči a ochranu svého zdraví a ke zdravému životnímu stylu, k efektivnímu chování v poptávce po zdravotní péči a posílit informovanost o nákladech na poskytnutou zdravotní péči.

#### **I. Individualizace pojistného vztahu – pojistná smlouvy mezi pojištěncem a pojišťovnou.**

- Pojišťovny nabídnou klientům dle alternativních pojistných plánů individuální pojistnou smlouvu, obsahující závazky obou stran. Nabídka bude rozdělena dle

věkových skupin pojištěnců se zaměřením na jejich potřeby. Na rozdíl od současného stavu by vznikla pojišťovně povinnost zajistit pro občana zdravotní péči v rozsahu vymezeném smlouvou a zároveň by vznikly dobrovolné závazky občana vůči pojišťovně, při jejichž dodržení by bylo možné nabídnout vhodnou stimulaci.

- Na základě alternativních pojistných plánů pak může dojít k úpravě skladby zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění vymezením standardní úrovně zdravotní péče s nadstavbovými prvky a doplňkovým pojištěním.
- Tím, že občan zvolí pro sebe neoptimálnější pojistný produkt z několika nabízených alternativ, bude vtažen do procesu rozhodování a částečného ovlivňování výše svých nákladů. V této souvislosti bude nutné zajistit, aby se systém choval stejným způsobem ke všem občanům, který daný typ pojistného produktu zvolí.
- Alternativní pojistné plány mohou směřovat k efektivnějšímu nakupování zdravotní péče formou zabezpečení přístupu ke zdravotní péči v definované části sítě výměnou za rozšířené služby, nižší pojistné či jiné požitky. V podstatě jde o koncept řízené soutěže konceptuálně prosazující se v EU. Konkurence takovýchto Plánů vede v konečném důsledku k cenové konkurenci poskytovatelů a tím k efektivnějšímu nakupování zdravotní péče a posílení pozice konzumentů – občanů.
- Ze současné „bezplatné“ zdravotní péče (z veřejného zdravotního pojištění plně hrazené) by měl být vyčleněn určitý segment např.: část stomatology, minimálně nákladná banální onemocnění, nejméně nákladná léčiva a PZT, část (ubytování a strava) lázeňské péče, omezený standard vztažený k vybraným diagnózám a nadstandardní podmínky a služby (v lůžkové péči např. vybavení pokojů nemocnic televizí, telefony, rozsah návštěv, počet lůžek apod.). Tato péče by mohla být doplněna dosud nehrazenými výkony nejmodernějších postupů léčby a vyšetření pokud se jedná o uznávané metody. Standardní péči by pojišťovna hradila vždy. Úhrada volitelné části by byla prováděna v rozsahu dle alternativních zdravotně pojistných plánů. Občan by se pro tyto případy mohl i doplňkově u své zdravotní pojišťovny připojistit. V závislosti na rozsahu přijetí dobrovolných zásad chování v systému by pak mohla být volitelná část větší či menší.

## **II. Diferenciace nabídky pojistných produktů**

- Občan by měl mít možnost si z nabídek zdravotních pojišťoven v určitém rozsahu (např. cca 10 %) vybrat tu, která nejvíce odpovídá jeho individuálním požadavkům a možnostem. Tato pojišťovna by pro něj u poskytovatelů smluvně zajišťovala zdravotní péči. Pojišťovny by různou nabídkou služeb soutěžily o klienty. Nabídky pojišťoven by se lišily rozsahem krytí, způsobem organizace přístupu ke zdravotní péči, velikostí spoluúčasti, apod.. Postupně by tato diferenciace mohla zahrnout i další nadstandardní složky hrazené již mimo základní zdravotní pojištění.
- Tím, že občan zvolí pro sebe neoptimálnější pojistný produkt z několika nabízených alternativ, bude vtažen do procesu rozhodování a částečného ovlivňování výše svých nákladů. V této souvislosti bude nutné zajistit, aby se systém choval stejným způsobem ke všem občanům, který daný typ pojistného produktu zvolí.

- Obsah různých produktů by se utvářel podle poptávky obyvatelstva, podle ekonomických možností pojistného systému a podle ochoty obyvatelstva finančně přispívat na druh či způsob péče, které omezené ekonomické zdroje systému neumožňují zahrnout do péče garantované. V zastoupení svých pojištěnců by jednotlivé zdravotní pojišťovny vytvářely žádoucí tlak na poskytovatele zdravotní péče, efektivitu a kvalitu jejich služeb.
- Je žádoucí, aby se občan rozhodoval o výši své spoluúčasti i podmínek, za nichž mu bude péče poskytována – tedy o volbě pojistného produktu v okamžiku, kdy je zdrav a nikoliv v době, kdy zdravotní péči čerpá.
- Lze předpokládat, že při nabídce pojistných produktů, z nichž některé by přesahovaly rozsah garantované péče, by mohlo dojít ke vstupu dalších finančních prostředků do systému formou doplňkového pojištění nebo smluvně garantovaných přímých plateb.
- Celý tento segment by měl charakter volitelné části.

#### 4. Využití konkurenčního prostředí

**I.** Existence pluralitního systému zaměstnaneckých pojišťoven je jednou z velkých potenciálních předností českého zdravotního systému za předpokladu, že se jejich kompetitivní chování orientuje žádoucím směrem. Jestliže přerozdělení vybraného pojistného v průběhu dvou příštích let odstraní oprávněnou kritiku v podobě více či méně zjevných pokusů o „sbírání smetany“ na straně zdravotních pojišťoven, pak vlastním smyslem existence pojišťoven má být selektivní nákup poskytovaných služeb tak, aby reflektovaly priority obyvatelstva, a zajišťovaly optimální kombinaci ceny/kvality pro svoje pojištěnce. Je nutné zapojit do tvorby sítě a redukce přebytečných lůžkových kapacit zdravotní pojišťovny. V opačném případě nelze nikdy úspěšně vnést do tohoto strategického cvičení element ekonomické racionality. Ruku v ruce se smluvní svobodou jde i schopnost ovlivnit ceny vstupů a výši a strukturu úhrad za poskytovanou péči.

**II.** Zároveň je třeba konstatovat, že statut zdravotních pojišťoven je z hlediska řádné správy korporací dnes spíše mlhavý - pojišťovny fakticky nemají vlastníka, což kopíruje struktura jejich orgánů a promítá se do jejich zodpovědnosti za finanční výsledky. Pojišťovny nejsou imunní vůči případným politickým a mocenským tlakům, což platí zejména pro dominantní VZP. Otázkou je, jak správu korporace v pojišťovnách řešit- například ve Švýcarsku mohou povinné zdravotní pojištění nabízet soukromé subjekty za regulovanou sazbu a se zákonem vymezeným seznamem hrazených výkonů, povinný pilíř však nemohou provozovat za účelem dosažení zisku a nemohou diskriminovat mezi pojištěnci při vzniku pojistného vztahu. Většinou je však pojištění provozováno subjekty typu neprofitních vzájemných zajišťoven („mutualitės“).

**III.** Stát nemusí být v orgánech pojišťoven přímo zastoupen (musí však být silným regulátorem), koncept mutualitės předpokládá reprezentativní zastoupení pojištěnců včetně vhodných hlasovacích procedur, což však zakládá velmi rozptýlenou „kvazivlastnickou“ strukturu a de facto výsadní postavení managementu. Klasický agency-principal problém ve vyhocené podobě-jeden z opravdu obtížných problémů. Parciálním řešením může být zavedení mechanismů manažerské odpovědnosti a autonomie spojené s maximální informační otevřeností zdravotních pojišťoven.

**IV.** Za předpokladu, že se vyřeší otázka zástupné platby, resp. úhrada za státní pojištěnce, případně budou zavedeny individuální účty dle modelu ODS, je možné formulovat nabídku pojistných plánů a motivačních mechanismů ve vztahu k pojištěnci. Švýcarský model (schválený referendem v roce 1994), jenž nachází odezvu v Německu, vychází z jednotné výše pojistného, redukované v případě mladistvých, jako absolutní částky. Sociálně slabí jsou dotováni v případě, že by pojistné překročilo stanovenou hranici příjmů (státní subvence).

**V.** Ilustrativně v ČR by mohla činit výše povinné pojistky cca 15 000 Kč ročně (bez vlivu vícezdrojového financování nákladů na zdravotní péči podle bodu 6, které by cenu pojistky významně snížily), tedy asi 7-8 % průměrného hrubého příjmu, což představuje významný pokles oproti současné praxi 13.5 % vyměřovacího základu. V případě pojistného u důchodců by bylo nutno je ponechat v kategorii státních pojištěnců s velmi významnými, a rostoucími dopady na státní rozpočet a jeho příjmové krytí (nutné úpravy spotřební daně a DPH). Část zvýšených výdajů na státní pojištěnce by byla kompenzována vyšším výnosem daně z příjmů u aktivních přispěvatelů. Toto je velmi podstatný rozdíl oproti Modré šanci, která redistribuuje vybranou zdravotní daň podle pojistného kmene v závislosti na dvou parametrech a přímo jí převádí na osobní účty pojištěnce v dané rizikové skupině bez jakékoli vazby na příjem.

Například ve „švýcarském“ modelu v zásadě mohou existovat 4 pojistné plány:

- Základní plán poskytující zákonem definovaný povinný rozsah služeb. Je doplněn osobním účtem pojištěnce umožňujícím kontrolu vykazovaných výkonů. Standardní poplatky a spoluúčasti pacienta. Strop na výdaje „z vlastní kapsy“ pojištěnce.
- Plán s bonusem - jako základní, ovšem s bonusem v případě nečerpání péče (vratka pojistného). Motivuje pojištěnce k racionální volbě vhodné terapie (např. hypertenzi či vysokou hladinu cholesterolu lze ovlivnit změnou životosprávy bez nasazení farmaceutik, s podstatnými nákladovými úsporami, k nimž však musejí být motivováni i lékaři a samotní pacienti).
- Plán individuální zodpovědnosti - redukované pojistné za základní balík služeb, který je však zatížen vyššími spoluúčastmi, a podstatně vyšším stropem.
- Plán řízené péče- redukované pojistné za základní balík služeb a standardní spoluúčasti včetně stropu na výdaje „z vlastní kapsy“ pojištěnce ovšem s omezením možnosti volby ošetřujícího lékaře, ambulantního specialisty a poskytovatelů nemocniční péče.

Pojistné plány lze dle kombinovat a různě modifikovat, například o rozšíření spektra hrazených služeb a výkonů, podstatné je, že základní plán představuje zákonem stanovené nepodkročitelné minimum garantované všem občanům ČR, a že všechny plány jsou státem kontrolované a licencované.

### **Závěr:**

Materiál vychází z principů koncepce zdravotnictví přijaté v rámci zdravotní sekce Unie zaměstnavatelských svazů a klade si za cíl definovat nutné změny v systému prostřednictvím vhodně nastavených motivací vedoucích k naplnění jeho vyrovnané ekonomické bilance.