Ve druhé polovině 19. století, kdy bylo ve střední Evropě zavedeno povinné nemocenské pojištění zaměstnanců. V habsburské monarchii se první vlaštovka tohoto typu objevila v živnostenském zákoně v roce 1859 a v roce 1888 bylo nemocenské pojištění zaměstnanců zavedeno plošně. Jeho konstrukce byla obdobou reformy sociálního systému v sousedním Prusku, která proběhla mezi lety 1881 až 1889 za kancléřování Otty von Bismarcka. Od té doby je jeho jméno spojováno s pojišťovenským modelem financování zdravotní péče.

Nemocenské pojištění se nezrodilo z potřeby zajistit solidaritu zdravých s nemocnými, bohatých s chudými a mladých se staršími v dostupnosti zdravotní péče, ale aby pokrylo základní životní potřeby rodiny nemocného nebo zraněného zaměstnance. Průmyslová revoluce odvedla lidi z jejich původního prostředí, které by se o ně v době nemoci postaralo, do anonymity průmyslových aglomerací. K proplácení zdravotní péče z nemocenské došlo jaksi mimochodem - nemocenské pokladny platily lékařům, aby marody vraceli co nejdříve do pracovního procesu a hlídali dobu vyplácení nemocenské.

Náklady na zdravotní péči hrazené z nemocenského pojištění postupně stoupaly, ale přesto ještě před druhou světovou válkou nepřesáhly třetinu pokladnami vydávaných prostředků. Dnes jsou náklady na zdravotní péči osminásobkem částky spravované nemocenským pojištěním.

**Zdravotní trh je specifický**
Po druhé světové válce převládly ve zdravotnictví evropských zemí tři cíle - obnovit jeho standardní chod poznamenaný nečekaně vysokými válečnými náklady, využít dostupných prostředků k prevenci šíření přenosných nemocí a zpřístupnit zdravotní péči všem vrstvám obyvatelstva. V zemích, které spadly do sféry Moskvy, to znamenalo přechod na Semaškův model státního zdravotnictví, a u těch ostatních bylo rozhodující, zda již měly nebo neměly zavedený povinný systém sociálního pojištění.

Ty s Bismarckovým pojišťovenským modelem u něj zůstaly, ostatní začaly po vzoru Velké Británie zavádět tzv. Beveridgeův model národní zdravotní služby. Baron William Beveridge předložil svůj návrh britské vládě v roce 1942 a na jeho základě byla v roce 1948 zřízena britská NHS. Tento model posléze přejímaly státy, které tvoří prstenec kolem bismarckovského jádra Evropy - celá Skandinávie, Portugalsko, Španělsko, Itálie a Řecko. V sedmdesátých letech minulého století začaly mít všechny tyto zdravotnické systémy problémy s růstem nákladů spojeným se vstupem nových technologií do medicíny.

Navíc se obtížně orientovaly v rostoucí rozrůzněnosti medicíny, která začala lékařům nabízet různé alternativy ve vyšetřování a léčení jejich pacientů. Po systémech financování zdravotní péče, vytvořených v dobách laciné medicíny, se najednou chtělo, aby místo prostého proplácení poskytnuté péče začaly ovlivňovat efekt a kvalitu jejího samotného poskytování. To se jim bez vlastní vnitřní reformy nedařilo, a tak bylo po dvě desetiletí hlavním tématem zadržování růstu nákladů pomocí restrikcí kapacit, rozpočtových stropů a podobných nástrojů.

V devadesátých letech začalo být zřejmé, že beze změny paradigmatu se dále nepohneme, a od té doby se zdravotní systémy postupně reformují. Kroky prováděné v jednotlivých státech se vzájemně liší, ale jejich směřování je zřejmé - míří od přídělových systémů k regulovanému trhu. Pacienti a občané se posouvají z pozice pasivních konzumentů do aktivnější zákaznické role, lékaři ve svém rozhodování berou v potaz preference pacientů, pojišťovny přebírají aktivní odpovědnost za správu svěřených prostředků a státní správa se postupně stahuje z přímého poskytování zdravotních služeb i z jejich financování a zaměřuje se na zkvalitnění výkonu své nezastupitelné role regulátora a kontrolora.

Snad ještě pár slov k pojmu "regulovaný trh" pro ty, kdo buďto vyznávají trh bez přívlastků, nebo jej naopak zatracují. Trh je zavedeným způsobem výběru nejlepších řešení, stejně jako nástrojem stimulujícím efektivitu a kvalitu. Sám o sobě by jistě dokázal zajistit báječné zdravotnictví, ale nikoli pro každého. Na rozdíl od standardních trhů máme jako zákazníci toho zdravotního velmi rozdílné výchozí podmínky, které jsou více než obsahem našich peněženek dány naším zdravotním stavem.

Náklady na léčení některých nemocí jsou tak vysoké, že by si je mohli dovolit zaplatit jen nejbohatší z nás, takže trh bez přívlastků by učinil potřebnou zdravotní péči nedostupnou části populace. V našem kulturním prostředí to je nepřijatelné, a tak musí ve veřejném zájmu vstoupit do trhu ve zdravotnictví regulace, aby co nejvíce potlačily dopady rozdílných zdravotních rizik na jejich nositele. Základním smyslem regulací je zajistit stejnou startovní pozici ve vztahu k potřebné péči všem občanům dané země. Nu a obsahem všech zdravotnických reforem je ladění regulací tak, aby v konečném důsledku kočírovaly tržní síly lépe než ty dosavadní.

**Zdravotnický trojúhelník**

V moderních zdravotních systémech putuje většina prostředků od občanů k plátcům "třetí strany" (prvou stranou se rozumí občan/ pacient a druhou poskytovatel zdravotní péče) a na této úrovni jsou peníze sdruženy a přerozděleny mezi jednotlivé plátce třetí strany podle míry rizika zajišťované populace.

Plátce třetí strany pak za tyto prostředky nakupuje pro své ovečky zdravotní služby u poskytovatelů zdravotní péče. Zakoupené zdravotní služby čerpají občané ve chvílích, kdy se stanou pacienty, a z vlastní kapsy na ně občas přispějí.

Přímé platby mají v sociálních systémech spíše charakter regulace omezující morální hazard související s bezplatností, než aby sloužily jako významný úhradový mechanismus.

**Výběr prostředků**

Peníze na zdravotnictví se generují ze tří základních typů zdrojů. Za prvé od jednotlivců jako zaměstnanců nebo samostatně výdělečných osob, popřípadě v některých státech seskupených pod nálepkou rodiny nebo domácnosti.

Druhou skupinu tvoří korporace, odvádějící vedle daní také platby za své zaměstnance, a konečně třetím zdrojem jsou prostředky shromážděné nestátními organizacemi, charitou nebo poskytnuté ze zahraničí. U nás je tento třetí zdroj pouze okrajový, ale například zdravotnictví některých afrických zemí je na něm téměř výlučně závislé.

Peníze mohou být vybírány:
\* vládou, ať již centrální, regionální nebo místní
\* nezávislou veřejnou institucí či správou sociálního zabezpečení
\* soukromou neziskovou pojišťovnou
\* soukromou ziskovou pojišťovnou
\* samotným poskytovatelem zdravotní péče U nás se na výběru prostředků podílí stát, veřejné zdravotní pojišťovny a poskytovatelé. Stát tak činí v rámci výběru přímých a nepřímých daní, zdravotní pojišťovny výběrem zákonného pojistného a poskytovatelé zdravotních služeb v přímých platbách.

Podle formy výběru mají vybírané peníze charakter:
\* daní (přímých a nepřímých)
\* povinného sociálního (zdravotního) pojištění nebo zdravotní daně (věcně shodná se sociálním pojištěním, ale vybírána státem)
\* dobrovolného soukromého zdravotního pojištění (výše pojistky na základě individuálního nebo skupinového rizika)
\* povinného soukromého zdravotního pojištění (občané mají povinnost se pojistit u některé ze soukromých zdravotních pojišťoven libovolné právní formy, fungující v regulovaném prostředí. Zatím k vidění pouze v Nizozemsku.)
\* zdravotního spoření (vedle Singapuru ještě zkoušeno v USA)
\* přímých plateb
\* grantů, darů atd.

Pro představu o významnosti jednotlivých finančních toků ve zdravotnictví se podívejme do reality roku 2008. V té době si to do zdravotnictví namířilo zhruba 260 miliard Kč (viz tabulku), z nichž něco málo přes 58 % bylo vybráno přímo zdravotními pojišťovnami od výdělečně činných lidí a v případě jejich zaměstnaneckého poměru i od jejich zaměstnavatelů (odvod na zdravotní pojištění v celkové výši 13,5 % daňového základu se dělí mezi zaměstnance a zaměstnavatele v poměru 1 : 2). Daňovou cestou se do zdravotnictví dostalo necelých 71 miliard Kč, což odpovídá 27% podílu.

Tyto peníze vstoupily do zdravotnictví dvěma způsoby. Přes 52 miliard vložil stát do fondu přerozdělení jako platbu za "své pojištěnce" a zbývající část byla vynaložena rovným dílem z rozpočtů krajů a ministerstva zdravotnictví. K platbě za "státní pojištěnce" je dobré připomenout, že není a nikdy nebyla míněna jako plnohodnotné zdravotní pojištění, ale byla vytvořena jako nástroj, jímž stát může dorovnávat deficit v systému veřejného zdravotního pojištění.

Stát nespravuje jiné bohatství, než které jeho produktivní občané vytvoří, a tak je poukazování na jeho skrblictví v platbě za "jeho" pojištěnce poněkud komické. Stejně bychom to byli my, kdo by zaplatil účet. Občané v roce 2008 vydali z vlastních kapes 40 miliard Kč, a tak se přímé výdaje podílejí na celku 15,5 procenta.

Řadu let se vedou úvahy o posílení role komerčního pojištění ve zdravotnictví. To zatím hraje v našem systému marginální roli a významněji se uplatňuje u cizinců, kteří u nás působí a nejsou našimi občany ani zaměstnanci u nás sídlících firem, a v cestovním pojištění.

Typologicky se dá soukromé komerční zdravotní pojištění rozdělit na:
\* Základní (principal), jež poskytuje krytí pro případ čerpání zdravotní péče pro ty, kdo nejsou součástí veřejného zdravotního pojištění. Jeho rozsah a výše pojistky je smluvní (u nás třeba pojištění cizinců z nesmluvních zemí).
\* Náhradní (substitute) pokrývá shodný rozsah služeb jako veřejné zdravotní pojištění, ale cena pojistky vychází z pojistného rizika. Je určeno pro ty, jimž je umožněno vystoupit z veřejného zdravotního pojištění (Německo, dříve Nizozemsko). Vzhledem ke své nesystémovosti je opouštěno.
\* Doplňkové (complementary) je určené na krytí dodatečných nákladů spojených s čerpáním služeb hrazených ve veřejném systému a uplatňuje se ve státech s vysokou spoluúčastí (Francie).
\* Dodatkové (suplementary) kryje služby neposkytované veřejným zdravotním pojištěním nebo je nabízí v lepší kvalitě a dostupnosti, tedy "připojištění" v našem pojetí (Izrael).
\* Duplicitní (duplicate) slouží k zajištění přístupu k péči, která by měla být dostupná ve veřejném systému, ale není (Velká Británie).

S výjimkou Francie nepřekračuje v Evropě podíl komerčního pojištění na celkových prostředcích zdravotnictví 10 procent. Vzhledem ke své konstrukci je nevhodné k zajišťování základní zdravotní péče pro obyvatelstvo, ale může být dobrým prostředkem jejího přizpůsobení individuálním potřebám a k racionalizaci procesu vstupu nových technologií do zdravotnictví.

**Sdružení a přerozdělení prostředků**

Smyslem sdružování prostředků je rozložit finanční riziko spojené s nemocí na populaci nebo na její definovanou podskupinu. Evropské systémy sociálního pojištění nebo národní zdravotní služby se orientují na celou populaci, ale tradičně individualistické Spojené státy se tímto směrem vydaly až v rámci Obamovy reformy.

Jednou sdružené prostředky je následně potřebné rozdělit mezi jednotlivé "nákupčí" zdravotních služeb. V systémech národní zdravotní služby jde o spravedlivou alokaci prostředků mezi jednotlivými regiony, v pojišťovenských systémech zase mezi zdravotními pojišťovnami.

Se stoupajícím důrazem na konkurenci mezi zdravotními pojišťovnami roste význam přerozdělování jako prevence zaujatého výběru pojištěnců.

Cílem přerozdělovacích mechanismů je přizpůsobit objem prostředků, s nimiž pojišťovna hospodaří, rizikové struktuře jejich pojištěnců. U nás je v současné době zavedeno tzv. 100% přerozdělení, což zjednodušeně popsáno znamená, že všechny vybrané peníze se dají na jednu hromadu, stát na ni přisype za "své" pojištěnce a každá pojišťovna si pak vezme díl odpovídající věkové a genderové struktuře jejích pojištěnců.

Aby se omezila diskriminace pojištěnců s nákladnými diagnózami, je pojišťovnám navíc z tohoto měšce zpětně kompenzováno 80 % z nákladů, o něž roční léčení překročilo hranici třicetinásobku nákladů na průměrného pojištěnce. V Nizozemsku, které má zřejmě nejkvalitnější způsob přerozdělení, je navíc zohledňován sociální statut pojištěnce, jeho bydliště, lékové náklady a náklady na vybrané diagnostické skupiny.

**Nákup péče**
Na úhradové mechanismy se můžeme dívat z pohledu jejich časové orientace, jednotky platby nebo míry rozložení finančního rizika mezi plátce a poskytovatele.

Z časového hlediska se platby dělí na retrospektivní a prospektivní, první znamená, že plátce dopředu neví, kolik za péči zaplatí. Doktor vypíše účet, pacientovi jej proplatí pojišťovna, a pokud jí rostou náklady, tak zvýší pojistné. Touto cestou došly Spojené státy k průměrné roční ceně zdravotního pojištění 13 000 USD.

V Evropě tradičně dominuje prospektivní způsob úhrady, ceny jsou ošetřeny různými sazebníky a objem péče upraven vzájemnými smlouvami. Platit se dá za jednotlivé úkony, za epizodu péče nebo za zajištění definované skupiny lidí.

Výkonová platba je jednoduchá a flexibilní, ale také stimulující růst počtu výkonů a v otevřeném prostředí nutně spojena s vysokou spoluúčastí.

Platba za epizodu péče je souhrnnou platbou za všechny výkony vztažené buďto k podmínkám (ošetřovací den, registrace), nebo epizodě nemoci (DRG, PCG). Představuje racionální formu kontroly nákladů, protože volbu konkrétního diagnosticko-terapeutického postupu nechává na poskytovateli, umožňuje vzájemné srovnávání a obejde se bez spoluúčasti.

Nevýhodou sofistikovanějších systémů platby za epizodu péče jsou značné nároky na tvorbu, údržbu, kontrolu a rozvoj úhradového systému. U nás se používá kapitačně-výkonová platba u praktických lékařů, výkonová se stropem u specialistů a mix paušálu, platby za případ, za "balíčky" a za nákladné pacienty v nemocniční péči. Stávající systém úhrad by si zasloužil "vyčistit", zjednodušit a v nemocniční péči by měl konečně dospět k hrazení podle DRG. A nakonec si ještě povězme o úhradách z hlediska rozložení finančního rizika mezi plátce a poskytovatele. Při retrospektivní výkonové úhradě nese riziko výhradně pojišťovna, naopak je tomu, pokud výši úhrady nastaví jednostranně stát nebo monopolní pojišťovna.

Logicky nejlepší jsou takové úhradové mechanismy, v nichž si každý nese svoji míru rizika. V prostředí DRG nese poskytovatel riziko, že bude konkrétního pacienta léčit nákladněji, než je jeho předem stanovená odměna, a v opačném gardu zase nese riziko pojišťovna.

Ve financování našeho zdravotnictví se dá ledacos vylepšit - od zavedení dvousložkového pojistného přes definování služeb hrazených veřejným systémem jako nutné podmínky pro otevření většího prostoru komerčnímu připojištění či přes přesnější způsob přerozdělení až po racionalizaci úhradových mechanismů. Ale o tom zase někdy jindy.

**Zdravotnictví v roce 2015 na vlně stability**

17.12.2014

Věcnou a racionální diskusi a hledání konsenzuálního řešení dalšího vývoje českého zdravotnictví přinesla konference Zdravotnictví 2015, kterou pod záštitou premiéra Bohuslava Sobotky spolu s Unií zaměstnavatelských svazů (UZS) pořádala divize Medical Services Mladé fronty, a. s.

Jak uvedl prezident UZS Jiří Horecký, jedním ze zásadních témat, která definují současný stav financování českého zdravotnictví, je úhradová vyhláška pro rok 2015. „Podnětem k diskusi je například pětiprocentní navýšení tarifních platů zdravotníků. Jako zaměstnavatelé jsme požadovali, aby byl tento krok kompenzován právě v úhradové vyhlášce,“ uvedl prezident Horecký, který poděkoval vládě a ministerstvu zdravotnictví, že se pro navýšení tarifních platů rozhodly a že byla akceptována refundace v lůžkovém segmentu, ale i v dlouhodobé péči, resp. u sester v sociálních službách. „Naše připomínka k vyhlášce pramení z představy, že by refundace měla proběhnout všude tam, kde dochází k nárůstu platů. Konkrétně například u záchranných služeb, kde se podle tarifních platů odměňuje a kde jistě dojde k navýšení nákladů,“ uvedl Jiří Horecký s tím, že se management nemocnic obává, že 3% nárůst úhrad, který je zárukou 5% navýšení tarifů, se ve skutečnosti do vyhlášky nepromítne. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček ale v reakci na obavu nemocnic uvedl, že ministerstvo je otevřeno připomínkám. „Týká se to i úhradové vyhlášky. I zde se snažíme připomínky vypořádávat. Ministerstvo udělá všechno pro to, aby se do nemocnic dostalo tříprocentní navýšení úhrad, které by umožnilo plošné pokrytí pětiprocentního navýšení tarifních platů,“ deklaroval ministr Němeček, zároveň ale dodal, že ať ministerstvo úhradovou vyhlášku pojme jakkoli, nikdy stoprocentně nepokryje požadavky všech segmentů.

Úrazové pojištění pod zdravotnictví?

Mezi další připomínky z řad zástupců zaměstnavatelů ve zdravotnictví patří také nesouhlas se zpřísněním vymezení preskripce indikačních pomůcek. UZS se obává, že povede k poškození praktických lékařů, kteří mají ve svém obvodu větší počet seniorů či mají v péči obyvatele domovů pro seniory. Unie zaměstnavatelů řeší rovněž otázku, zda a jak lze stihnout hladkou kompenzaci regulačních poplatků v lékárnách od ledna příštího roku. (pokračování na straně 2)

(pokračování ze str. 1) Se zástupci vedení resortu UZS na konferenci otevřela diskusi nad vývojem systému úrazového pojištění, na které mají dosud monopol dvě komerční pojišťovny. „Zůstává otázkou, zda by toto pojištění mělo za dva roky přejít pod českou správu sociálního zabezpečení, nabízí se ale i varianta převodu úrazového pojištění pod zdravotní pojišťovny, což dává logiku, protože zdravotní pojišťovny se zabývají jak prevencí, tak následky pracovních úrazů a jsou na rozdíl od ČSSZ připraveny tuto problematiku převzít,“ dodal prezident Horecký a připomněl také nutnost revize financování dlouhodobé péče a její rozsáhlejší reformu.

Z pohledu ministerstva je resort stabilní

I ministr Němeček na konferenci představil záměry svého resortu, mezi něž patří zejména zprovoznění systému, který bude spravedlivě financovat lůžkovou péči tak, aby mezi jednotlivými poskytovateli nezpůsoboval diskrepance. „Jde o systém DRG, který doposud nebyl úplně dopracován, takže neumožňoval ani základní provozní financování. Referenční nemocnice, podle jejichž dat se odvíjelo financování lůžkové péče v České republice, byly dosud čtyři. Z toho plyne, že nemohly pokrýt různorodou skladbu typů lůžkové péče. To se musí změnit. Za DRG nyní převezme zodpovědnost stát. Do dvou až tří let by se podle tohoto modelu mělo začít plně financovat,“ přislíbil Svatopluk Němeček (více o DRG na straně 4). „Dnes jsme ale v situaci, kdy je zdravotnictví pozoruhodně stabilizované. Pokud srovnáváme s kritickým obdobím v letech 2012–2013, kdy byla situace mnohých poskytovatelů podobná krizi, máme nyní stabilizován segment nemocnic (i když jsou zařízení, která z historických důvodů problémy tíží). Stejně tak je stabilizován systém veřejného zdravotního pojištění,“ uvedl ministr Němeček a jako doklad stabilizační iniciativy uvedl situaci Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která v posledních letech hospodařila v červených číslech a letos skončí s kladným hospodářským výsledkem.

VZP stabilní, ostatní ne

Stabilitu pojišťovny na konferenci potvrdil ředitel VZP Zdeněk Kabátek, který pro příští rok ve zdravotně pojistném plánu počítá s případovým paušálem (včetně koeficientů specializace), s jednotnou sazbou, risk koridory i koeficienty přestupu pojištěnců. „V hospitalizační složce budeme vycházet z přibližné měsíční úhrady roku 2014 navýšené o 3 procenta, u ambulantní složky počítáme s referenčním obdobím 2013 a dvouprocentním růstem. Novinkou centrové péče bude financování center léčby roztroušené sklerózy, kde bude rozpočet stanovován samostatně a nebude umožněn přesun prostředků na léčbu jiných diagnóz,“ uvedl ředitel Kabátek s tím, že zdravotně pojistný plán pro následující rok je sestaven jako vyrovnaný a že přes všechna negativa je rok 2014 počátkem stabilnější situace ve zdravotnictví a rok 2015 na něj bude dále navazovat. Optimismus v otázce stabilizace zdravotnictví už ale tolik nesdílel prezident Svazu zaměstnaneckých pojišťoven a ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV) Jaromír Gajdáček. „Na rozdíl od VZP jsou všechny ostatní zdravotně pojistné plány zaměstnaneckých pojišťoven deficitní. U ZPMV je situace nejmarkantnější, protože odčerpá jednu miliardu korun z uspořených prostředků z minulých let. Na konci roku 2015 bude mít pojišťovna prostředky pouze na dalších pět úhradových dnů. To už není systém pojištění, ale havarijní systém a hašení požáru,“ upozornil prezident Gajdáček, podle nějž je nastavený pluralitní systém sedmi zdravotních pojišťoven, které si mají konkurovat, po celou dobu jeho fungování narušován. „Pro stát je výhodné, že při nesprávných systémových zásazích může VZP spadnout do červených čísel a stát ztráty poté saturuje. Nabízí to jakousi sociální jistotu. Na druhou stranu to konkurenceschopnost systému velmi narušuje,“ dodal Jaromír Gajdáček.

Prostředky v systému jsou

Stejně jako zástupci UZS, také předseda Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Eduard Solich vyjádřil obavu, zda prostředky na navýšení platů do nemocnic fakticky doputují. Jak ale podotkl, financí pro navýšení platů je v českém zdravotnictví dostatek. „Dle ministerstva zdravotnictví je letos v systému všeobecného zdravotního pojištění o 6 procent více prostředků než loni. Zdravotní pojišťovny měly na účtech k 31. říjnu plus 11,6 miliardy, což ovšem zahrnuje předsunutou platbu 4,8 miliardy, takže jejich pozitivní bilance je přibližně 7 miliard. Predikce České národní banky o růstu HDP v roce 2015 je plus 2,5 procenta. Mzdy podle ministerstva financí v roce 2015 porostou o 3,9 procenta. To vše fond všeobecného zdravotního pojištění navýší,“ vypočetl předseda Solich. Zároveň ale připomněl, že v souvislosti s politickým rozhodnutím o zvýšení platů se už však nehovoří o zvýšení nákladů mezi lety 2012 a 2015. „Pokud bychom brali v potaz každoroční nárůst inflace o 1 procento, přidali růst DHP o 6 procent a mzdové náklady v průměru o dalších 2,5 procenta, tak jen v těchto čtyřech letech jde o navýšení nákladů na 12,5 procent. Ty pak jdou na úkor vnitřního dluhu nemocnic,“ upozornil Eduard Solich a uvedl, že v letech 2012–2013 vzrostly závazky nemocnic z obchodního styku o 22,3 %, ze 4 miliard na 5,2 miliardy. „Takže v podstatě žijeme na dluh našim dodavatelům. To není dlouhodobě udržitelná situace,“ varoval zástupce nemocnic Solich.

Stále větší zadlužování

Ministerstvo však tuto skutečnost jako problém nevnímá. „Pokud je mezi dodavatelem a nemocnicí dlouhodobě nastavený vztah, kde je definováno, že platí dva tři měsíce po splatnosti, jako problém to nevidím. Něco jiného je, pokud má nemocnice dlouhodobou platební neschopnost a financování je nekontrolované, ale to nevyřešíme za rok. Nyní to nevnímám jako zásadní systémový problém českých nemocnic,“ odpověděl na dotaz ZaM Svatopluk Němeček. Jenže stanovisko asociace nemocnic potvrdil i tajemník Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) Michal Krejsta. „Dynamizující objem závazků po splatnosti představuje pro systém velký problém. Nemocnice se stávají stále většími věřiteli a jejich neschopnost hradit svoje závazky se stále prohlubuje. Co je ještě horší, podíl těchto závazků po splatnosti akceleruje směrem dolů, tedy že závazky stárnou ve své schopnosti být uhrazeny. Budeme s tím muset počítat i do budoucna, což je pro dodavatele komplikované, protože dodávají léky subjektu, který jim platí – v lepším případě – 180 dní po splatnosti,“ řekl na konferenci Michal Krejsta a uvedl, že pokud lze hodnotit závazky nemocnic podle zřizovatele, největšími dlužníky po splatnosti jsou zdravotnická zařízení přímo řízená ministerstvem.

Resort je zázrakem efektivity

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek pojmenoval na konferenci dva základní problémy českého zdravotnictví, kterými jsou nedostatek peněz a nedostatek kvalifikovaných zdravotníků. „Zdravotnictví se v poslední době dostává do pozice otloukánka, přestože úroveň zdravotní péče v České republice je mnohem lepší, než jak vypadá její mediální obraz. Navíc s prostředky, které se do resortu reálně dostávají, jde o zázrak efektivity. A to i navzdory tomu, že ČR patří v Evropské unii k zemím, které vynakládají na zdravotnictví nejméně, ať už v reálných nebo nominálních částkách či jako procento HDP (7,5 procenta),“ ohradil se prezident Kubek. Zmínil také tři historické příčiny destabilizace zdravotnictví – čtyřletou stagnaci plateb za státní pojištěnce, opakované zvyšování DPH a devalvaci koruny, protože podle jeho slov kromě lidské práce nakupujeme za světové ceny. „Vzniká stále větší nerovnováha mezi tím, co od zdravotnictví očekáváme, a tím, co do něj dáváme. Jako prezident ČLK nikdy nemohu obhajovat snížení dostupnosti a kvality zdravotní péče, to ať dělají jiní,“ poukázal Milan Kubek na politické tlaky v rámci i vně resortu a dodal, že obhajuje cestu pro co nejkvalitnější zdravotnický systém.

Nedostatek zdravotníků

„Pokud nahlédneme do registru ČLK, mohlo by se zdát, že počet lékařů roste, ale členy komory zůstávají i ti lékaři, kteří reálně pracují v zahraničí. Mohou být totiž členy lékařské komory pouze v jedné zemi. Pokud srovnáte příspěvky v ČR a Německu, je efektivnější být členem u nás a pracovat tam. Klesá také počet soukromých lékařů a zejména je třeba vzít v potaz stárnutí lékařů,“ zdůraznil prezident Kubek a upozornil na fakt, že průměrný věk pracujícího lékaře se blíží 50 rokům, v praktické pediatrii průměr dokonce přesahuje 55 let. Celých 22 % lékařů je starších 60 let. Také ekonomická motivace lékařů v ČR podle Milana Kubka nefunguje. „Na zdravotnictví řada subjektů vydělává, ale někdo v něm musí reálně dělat. Bohužel zdravotníci jsou při rozdělování peněz často až na té úplně poslední úrovni a dostávají to, co zbude.“ Navíc trvá emigrace lékařů. Do zahraničí ročně odchází 200 z těch, kteří již v ČR pracovali, ale také 200 čerstvých absolventů českých lékařských fakult. Závažnost tohoto čísla lze zjistit porovnáním počtu promujících ve všeobecném lékařství – je jich 1050 ročně. Tedy 20 % lékařů odejde, aniž by vůbec začalo pracovat v ČR. „Aby se české zdravotnictví nezhroutilo, využíváme lékaře ze Slovenska, pro které je sice atraktivní finančně, ale i oni považují ČR za tranzitní zemi směrem na západ,“ dodal Milan Kubek.

Legislativa pro rok 2015

Nové právní formy v příštím roce se dostane tzv. veřejným nemocnicím, které doteď disponovaly statutem příspěvkových organizací. „Dosavadní status v mnoha ohledech nevyhovuje. Část poskytovatelů zvolila cestu obchodní společnosti, což u zařízení, která nejsou ustanovena primárně za účelem zisku, také není nejvhodnější,“ sdělil ministr zdravotnictví a dodal, že v prvním pololetí příštího roku bude předložen zákon, který vytvoří pro tyto společnosti právní formu šitou na míru, umožní efektivní fungování, bude transparentní pro veřejnost a zaměstnancům zaručí jisté příjmy. Ministerstvo navíc předpokládá daňové zvýhodnění těchto subjektů, které budou mít podle Svatopluka Němečka prioritu při zařazování do sítě. Novou legislativní normu připravuje ministerstvo také pro systém postgraduálního vzdělávání lékařů. „Systém je skutečně v rozkladu, je rozdroben, nepřátelský vůči studujícím, kteří se zčásti rozhodují, že budou absolvovat v jiné zemi. Do konce tohoto roku budeme mít definitivní věcný záměr zákona a na počátku roku příštího normu předložíme ke schválení,“ informoval ministr. Možnosti zlepšení vidí Svatopluk Němeček také v zintenzivnění motivace ke kvalitě ve zdravotnictví. „Řada poskytovatelů, navzdory dosavadní pasivitě státu, odvedla ve zvyšování kvality spoustu práce, kterou dosud nikdo příliš neocenil. Chceme v prvním kvartálu příštího roku dát k diskusi Národní strategii kvality bezpečí péče, kde chceme nastavit její dlouhodobé parametry,“ sdělil ministr resortu, který také dle svých slov intenzivně spolupracuje s ministryní práce a sociálních věcí Michaelou Marksovou-Tominovou na záměru meziresortního překryvu poskytování dlouhodobé péče.

\*\*

Svatopluk Němeček: Dnes jsme v situaci, kdy je zdravotnictví pozoruhodně stabilizované. Tendry v nemocnicích

V rámci tématu tendry v nemocnicích byla na konferenci Zdravotnictví 2015 zmíněna problematika veřejných zakázek na spotřební zdravotnický materiál. Jak upozornil právník Mgr. Lukáš Kohout, řada subjektů při výběrových řízeních porušuje odstavec 13 zákona o veřejných zakázkách umělým snižováním předpokládané hodnoty pod finanční limity stanovené zákonem (pod 2 miliony Kč bez DPH). Dalším rizikem, kterému se nemocnice vystavují, je porušování povinnosti sečíst hodnotu obdobných, spolu souvisejících dodávek pořizovaných v průběhu účetního období.

Prezident UZS Jiří Horecký a ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček
Premiér Bohuslav Sobotka a Jiří Horecký Prezident ČLK Milan Kubek

# Úhradová vyhláška 2015 přidá na zdravotní služby 10 miliard

17.12.2014 „Návrh úhradové vyhlášky pro rok 2015 je odrazem plnění programového prohlášení vlády. Reflektuje zrušení regulačních poplatků i zvýšení tarifních mezd zaměstnanců ve zdravotnictví o 5 %. V minulosti se opakovaně právě zdravotnictví stávalo terčem populistických a nereálných slibů. My neděláme populistická gesta, řídíme se snahou o stabilní růst oboru a plníme sliby dané našim voličům,“ uvedl k návrhu úhradové vyhlášky ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček.

Návrh úhradové vyhlášky si klade tyto cíle:
• Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních poskytujících akutní lůžkovou péči.
• Podpořit kvalitní a dostupnou péči v zařízeních poskytujících následnou
a dlouhodobou péči.
• Podpořit kvalitní a dostupnou péči v lázních a ozdravovnách.
• Umožnit ostatním poskytovatelům růst, odpovídající finančním možnostem systému.
• Pokračovat v narovnávání systému úhrad: pokračovat ve sjednocování způsobu úhrad ambulancím v nemocnicích a mimo nemocnice.
• Prosazovat mechanismy úhrad, které poskytují všem smluvním stranám motivace ke zvyšování efektivity v poskytování zdravotních služeb hrazených v rámci systému veřejného zdravotního pojištění
• Zjednodušit řízení poskytované péče v nemocnicích (snížením segmentace úhrad akutní lůžkové péče, zjednodušením systému regulací)
• Učinit systém úhrad jednodušší a transparentnější.

Přitom musí návrh pracovat s následujícími fakty.

Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny (ZZP) evidují ke konci roku 2014 zůstatky na základním fondu v celkové výši 4 miliardy Kč. Všechny zaměstnanecké zdravotní pojišťovny mají naplněny rezervní fondy. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) eviduje ke konci roku téměř nulový zůstatek na základním fondu. V roce 2014 nenaplnila rezervní fond. V průběhu roku 2015 splatí VZP 0,5 mld. Kč z poskytnuté návratné finanční výpomoci.

Celkové příjmy systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2015 se tudíž odhadují na 245,9 mld. Kč a disponibilní zdroje základního fondu zdravotního pojištění na 239 mld. Kč.

Oproti roku 2014 se tak očekává zvýšení disponibilních zdrojů pro úhradu zdravotních služeb o 10 miliard Kč. Tento údaj vychází z aktuální predikce stavu ekonomiky ČR v roce 2015, která počítá s nárůstem mezd o 3,8 % a zaměstnanosti o 0,3 % a dále bere v úvahu zvýšení platby za státní pojištěnce, snížení přídělů do provozních a rezervních fondů zdravotních pojišťoven a další možné příjmy.

Je nutné dbát také na to, že vláda se zavázala poskytovatelům zdravotních služeb kompenzovat zrušené regulační poplatky, a to do výše skutečně vybraných poplatků v roce 2013, tj. 1,8 mld. Kč za hospitalizace, 1,5 mld. Kč za klinická vyšetření a 0,7 mld. Kč za výdej léků na recept. Zároveň deklarovala i svůj úmysl zvýšit úhrady segmentům, v nichž dojde k nárůstu tabulkových platů.

Návrh úhradové vyhlášky již posoudila Legislativní rada vlády a po doručení rozhodnutí LRV bude předán do tisku.