

Zdravotnictví řízené občanem

II. kolo reformy zdravotnictví

Pavel Vepřek

Praha, leden 2005

Úvod

Zdravotnictví zdaleka neklape tak dobře jak by mělo a mohlo. Stále slyšíme, je v něm málo peněz, ale že se s nimi plýtvá, že je nadbytek nemocnic, ale na operaci čekáme, že je to bezplatné, ale bez úplatku to často nejde. A má být ještě hůře, protože máme méně dětí a přitom umíráme stále později, medicína se zdražuje a naše požadavky rostou. Zdálo by se, že na neduhy zdravotnictví není léku, a že nezbývá než čekat na zázrak a utěšovat se myšlenkou, že potíže se zdravotnictvím mají ve všech rozvinutých zemích.

Je možné zdravotnictví uzdravit?

No samozřejmě, zdravotnictví není problematické samo o sobě, ale jeho potíže působí uměle vytvořené regulace, které zaspaly jak vývoj medicíny, tak celé společnosti. Celý vtip účinné zdravotnické reformy je v obnovení přirozeného vztahu mezi pacienty a zdravotníky a v modernizaci pravidel regulujících zdravotnictví.

Jak k tomu došlo?

Do poloviny devatenáctého století do vztahu pacienta a lékaře nikdo další nevstupoval s výjimkou nemajetných, o které se staraly církevní nebo městské nemocnice. Průmyslová revoluce, a s ní spojené stěhování lidí z vesnic do měst, si vynutila vznik sociálního pojištění, které by zajistilo existenční jistotu rodině nemocného zaměstnance. Postupem času se prostředky sociálního pojištění začaly využívat i k hrazení zdravotní péče, ale ještě v období před druhou světovou válkou sloužila většina vybraných peněz na kompenzaci ušlé mzdy v případě nemoci. Poválečné období charakterizuje v celé Evropě víra v možnost plánovat poskytování potřebné zdravotní péče a úspěchy plošných akcí se to zdály potvrzovat. Zavedlo se očkování, vymýtili se některé děsivé infekční nemoci a výskyt dalších se potlačil.

Ale život šel dál. Medicína se rozrůznila a dramaticky poskočila ve svém vývoji. Najednou umí více než kdykoli dříve, ale je podstatně dražší a také lhostejnější k našim individuálním potřebám. V celé Evropě rostou náklady na zdravotní péči a přes zjevné medicínské úspěchy klesá spokojenost s poskytovanými službami. U nás bylo po půlstoletí zdravotnictví součástí centrálně řízeného hospodářství, ve kterém jsme fasovali co nám dali a nemožnost volby byla průvodním rysem systému.

Po roce 89 se začalo prostředí kolem nás měnit. Ve většině oblastí se k nám vrátila svoboda rozhodování a tam, kde k tomu došlo, se kvalita poskytovaných služeb výrazně zlepšila. Soukromé hospody se starají lépe o naše žaludky než podnik Restaurace a Jídelny a na džíny už nemusíme stát fronty u Tuzexu. Také zahájená reforma zdravotnictví vykročila stejným směrem. Vznikem pojišťovenského systému se oddělilo financování zdravotnictví od státu a to, že jsme nezůstali jen u jedné pojišťovny, nás uchránilo od řádově větších obtíží, které mají se zdravotnictvím v ostatních postkomunistických zemích. Doktoři se začali emancipovat, pacientům se vracelo postavení vítaných zákazníků a je obdivuhodné, že celá ta úvodní a zásadní proměna zdravotnictví proběhla bez větších ořesů. Ve druhé polovině devadesátých let byla reforma zdravotnictví, místo provedení potřebných korekcí, v půli cesty zastavena a právě z její nedotaženosti pramení naše dnešní obtíže. Máme svobodnou volbu lékaře, ale nemáme si je podle čeho vybírat, máme více pojišťoven, ale ty nám nabízejí to samé, máme sice bezplatnou péči, ale pokud ji chceme jinou a jindy než je nám nabízeno, tak se k ní musíme prokorpumpovat.

Jaký je hlavní problém?

Hlavním problémem našeho, ale nejen našeho zdravotnictví je, že regulace, zavedené k zajištění solidarity v době laciné medicíny a za jiných sociálních podmínek, nám dnes překážejí. Cena, kterou platíme za narušení přirozených vztahů mezi lékaři a jejich pacienty, mezi pojištěnci a zdravotními pojišťovnami, mezi dodavateli léků a nemocnicemi a mezi mnoha dalšími, začíná být příliš vysoká. Zdravotnictví nás stojí více než by mohlo, jeho služby nejsou takové jak bychom očekávali a na každé ze zúčastněných stran je mnoho nespokojených. Zdravotnictví je zapleveleno pokrytectvím, které na jedné straně zavrhuje používání standardních ekonomických nástrojů a na straně druhé vytváří podmínky pro rozkvět korupce.

Potřebujeme tedy nahradit dosavadní regulace takovými, které by zajistily všem občanům dostupnost potřebné zdravotní péče a současně vytvořit ve zdravotnictví takové prostředí, abychom se v něm mohli všichni chovat normálně. Tedy obnovit přirozený vztah mezi poskytovatelem služby a jeho zákazníkem.

Jakých principů se máme držet při přípravě reformy?

Zdroje jsou účinně alokovány a užívány jenom tehdy pokud je každý, kdo se na jejich alokaci podílí, zainteresován na výsledku svého rozhodnutí. Sdílení finančního rizika mezi všemi zúčastněnými subjekty je v efektivním zdravotnictví nutností.

Spolupráce je na místě v situacích, kdy máme společný cíl a shodujeme se ve způsobu jeho dosažení. Přírodním prostředím pro spolupráci jsou malé skupiny, na úrovni celé společnosti se spolupráce uplatňuje většinou v extrémních situacích, jaké jsme si zažili třeba srpnu 68 nebo v listopadu 89. Jednou z mála oblastí ve zdravotnictví, která může posloužit jako příklad obecné shody cílů a ve které se dá dobře plánovat, je očkování. Při znalosti demografického vývoje a očkovacího kalendáře se dá spočítat kolik očkovacích látek, injekčních stříkaček a času odborného personálu budeme v příštích obdobích potřebovat.

V situacích, kdy se liší jak naše cíle tak i představy o jejich dosažení, se nejlepší řešení prosazují konkurencí. Od toho, aby naše soutěžení nevedlo k destrukci, nás neochrání spolupráce, ale domluva – respektovaná pravidla.

Zdravotnictví je složitý systém, ve kterém se střetává mnoho různých zájmů, cílů a potřeb. Jeho vývoj je výsledkem interakce jednotlivých zájmů a řešení, proto se nedá předjímat sebelepším plánem, ale patří trhu. Trh hledá nová řešení, stimuluje efektivitu a přizpůsobuje podobu služeb poptávce zákazníků.

V evropském kulturním prostředí sdílíme hodnoty, které samotný volný trh nezajistí. Jsme přesvědčení, že zdravotní péče má být dostupná každému, bez ohledu na jeho věk, zdravotní stav či bohatství. Tyto hodnoty představují veřejný zájem a k jejich dosažení je potřeba trh ve zdravotnictví regulovat.

Reforma musí být rozložena v čase tak, aby se většina prvků ve zdravotnictví na ni stačila adaptovat. Jejím cílem není nové vydefinování celého zdravotnictví, ale úprava pravidel jeho fungování tak, aby se ze zdravotnictví stalo autonomním systémem schopným se učit ze svých chyb.

Jaký máme výchozí právní rámec?

Právo se dělí na soukromé a veřejné. Soukromé vychází ze zásady, že vše co není zákonem zakázáno je dovoleno, ve veřejném je tomu naopak. Dovoleno je jen to, co je a navíc jen jak je v zákoně popsáno.

Poskytování zdravotních služeb je podnikáním a spadá pod soukromé právo. Jsou-li zdravotní služby hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění jedná se o veřejnou službu, tedy podnikání za regulovaných podmínek.

Podle současné právní úpravy jsou zdravotní pojišťovny veřejnoprávními institucemi zřízenými za účelem výkonu veřejné správy věcných dávek zdravotní péče. Jejich činnost je tedy veřejnou správou a spadá pod veřejné právo. Jejich rozhodování je přezkoumatelné soudem a každý občan má právo na informace jak hospodaří se svěřenými veřejnými prostředky.

Právě charakter veřejné správy omezuje aktivitu a kreativitu pojišťoven a stojí v cestě efektivnímu hospodaření s prostředky zdravotního pojištění. Možným řešením je ponechat výběr a přerozdělení pojistného (kompenzace rizika) v režimu veřejné správy a samotné zajišťování zdravotní péče pojištěncům učinit veřejnou službou.

Cíl reformy, hlavní změna a základní zadání

Cíl reformy

Upravit pravidla regulující zdravotnictví tak, aby v solidárních mantinelech mohly působit přirozené tržní mechanismy.

Naším cílem je regulovaný trh ve zdravotnictví.

Hlavní změna

Klíčem k vytvoření regulovaného trhu ve zdravotnictví je změna role a postavení občana. Občané postupně přestanou být pasivními plátcí a konzumenty zdravotní péče a stanou se opět zákazníky. Z periferie zdravotnictví se vrátí do jeho středu a promění přidělové zdravotnictví ve zdravotnictví orientované na své potřeby, ve zdravotnictví řízené občany.

Základní úkoly

Zavádění regulovaného trhu do zdravotnictví se dá zjednodušit na tři základní úkoly – vytvoření tržního prostředí, zavedení nutných regulací a ustanovení regulátora.

1) Tržní prostředí

Trh může fungovat jen tehdy, pokud všichni hráči budou hrát své role. Na straně poskytovatelů služeb a zboží (poskytovatelé zdravotní péče, zdravotní pojišťovny, zdravotnický průmysl, politici) to znamená, že všichni musí být svépřívní, motivovaní a v trvalém konkurenčním postavením. Vstup na trh a odchod z něho musí být volný, při naplnění podmínek uložených regulátorem (licence). Na straně spotřebitele musí stát informovaní občané s takovou kupní silou, která jim zajistí postavení zákazníků (viz regulace).

2) Regulace

Z pohledu občana jsou ve zdravotnictví nutné tři typy regulací – kompenzace rizika, ochrana spotřebitele a suplování ceny.

Kompenzace rizika slouží k potlačení dopadů přirozených nerovností našeho sociálního postavení a zdravotního stavu na dostupnost zdravotní péče. Kompenzace rizik je hlavním posláním veřejného zdravotního pojištění.

Obdobně jako v jiných resortech se i ve zdravotnictví uplatňují regulace, které chrání zákazníka před nezajištěním nebo neposkytnutím nezbytné péče, vadnými výrobky, nekvalifikovaným personálem, manipulací a podobně.

Třetí skupinu tvoří poplatky, které mají korigovat naše chování v prostředí bez cenovek a které můžeme platit za návštěvu u lékaře, na pohotovosti, za recept a tak podobně.

3) Regulátoři

Fungování regulovaného trhu je velmi závislé na kvalitě a funkčnosti těch, kteří jej regulují. Typ a postavení regulátora by mělo být přiměřené regulované oblasti a mimo přímý vliv politických cyklů.

Řešení

1) Vytvoření tržního prostředí

Poskytovatelé služeb a zboží

Mají-li všichni hráči dostát svým rolím, pak musí hrát podle stejných pravidel a se stejnou motivací. V podnikání je kritériem úspěšnosti zisk a není důvod, proč se jej zdráhat uplatnit také v podnikání ve zdravotnictví. K tomu je ale potřeba přizpůsobit právní formu institucí a způsob jejich řízení.

Zdravotnický průmysl – od pádu socialismu si působení jiné než obchodní společnosti v této oblasti neumíme ani představit. Ponechejme to tak.

Poskytovatelé péče – primární, ambulantní mimonemocniční a 10% akutní lůžkové péče je už dnes v soukromých rukou. Dalších 50% lůžkové péče bylo převedeno na kraje a postupně se mění v obchodní společnosti, jejichž chování je regulováno standardním způsobem. Zbývá rozhodnout jak naložit se zbývajících 40% lůžkového fondu, které zatím přímo a špatně řídí stát, a které mají formu státních příspěvkových organizací. S ohledem na nabídku našeho právního řádu je nejvhodnějším řešením jejich převedení na akciové společnosti, ale i jejich proměna ve státní podnik by přispěla ke zlepšení jejich fungování.

Zdravotní pojišťovny – současné pojišťovny pouze zajišťují transfer prostředků ze společného fondu k poskytovatelům, bez větší motivace s nimi efektivně hospodařit a s omezenou pravomocí do jejich objemu a alokace zasahovat. Jejich postavení veřejnoprávních institucí, vykonávajících veřejnou správu, uspořádání jejich řídicích orgánů a stávající regulace jejich aktivit, ani aktivnější a odpovědnější roli neumožňují. Přitom právě zdravotní pojišťovny by měly být naším agentem, který nám za naše peníze zajišťuje takové zdravotní služby, jaké potřebujeme a požadujeme. Proto právě ve zdravotním pojištění a ve zdravotních pojišťovnách bude reforma nejviditelnější. Tyto změny budou mít dva kroky

Prvý krok povede k vytvoření nové instituce, která převezme roli veřejné správy ve zdravotním pojištění od zdravotních pojišťoven. Tato instituce (SOZP, **Servisní organizace zdravotního pojištění**) bude, vedle veřejné správy věcných dávek zdravotní péče, zajišťovat pro zdravotní pojišťovny ty služby, které nemohou být svěřeny jednotlivým pojišťovnám nebo které jimi nemohou být efektivně vykonávány. Veřejnou správou věcných dávek se rozumí rozdělení solidárních prostředků veřejného zdravotního pojištění jednotlivým pojišťovnám v závislosti na individuálním zdravotním riziku jejich pojištěnců. Pojišťovny, které z veřejných prostředků dostanou díl odpovídající finanční náročnosti zdravotní péče čerpané jejich pojištěnci, budou vlastní zajištění zdravotní péče nadále provozovat v režimu veřejné služby. Přerozdělením ztrácejí peníze veřejného zdravotního pojištění charakter veřejných prostředků a stávají se solidární „dotací“ ceny pojistného produktu. Dotace, která kompenzuje individuální zdravotní rizika jednotlivých pojištěnců, zbavuje zdravotní pojišťovny potřeby kalkulovat do ceny svého produktu zdravotní riziko a odstraňuje motivaci k zaujatému výběru (cílený nábor mladých a zdravých pojištěnců).

Mezi **další služby**, které bude SOZP pro zdravotní pojišťovny zajišťovat, patří správa registrů (plátců, poskytovatelů, pojištěnců, pojišťoven), centrum kapitace, centrum klasifikačních systémů (DRG, kódy výkonů, MKN 10. ,,,) apod. SOZP bude orgánem veřejné správy zřízeným ze zákona.

Druhý krok, který je umožněn změnou charakteru veřejných prostředků přerozdělením a změnou postavení pojišťoven z orgánů veřejné správy v instituce poskytující veřejné služby, je změna právní formy zdravotních pojišťoven. Zdravotní pojišťovny, které budou hospodařit s individualizovanými prostředky z přerozdělení a se soukromými prostředky svých pojištěnců, se stanou akciovými společnostmi, jejichž fungování bude upraveno zvláštním zákonem. Jasně motivace, konkurence a dohled regulátora (Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami) budou zárukou jejich efektivního fungování a kvality poskytovaných služeb.

Politici – zdravotnictví, zreformované v autonomní systém, přestává politiky zaměstnávat svými jednotlivými problémy a nechává jim čas na monitoring, zdravotní politiku a aktualizaci legislativy. Jejich přímé zásahy do procesů ve zdravotnictví se omezí jen na oblasti, ve kterých tržní mechanismy nemohou přinést uspokojivé řešení (záchranný systém, veřejné zdravotnictví, péče o závislé, apod.) či

za výjimečných situací (záplavy, epidemie, výpadek péče v regionu apod.). Politici nadále nebudou rozhodovat o tom, jaký přístroj si koupí konkrétní nemocnice a dokonce ani o tom, zda se některá nemocnice uzavře nebo naopak postaví.

Občané

K tomu, aby se z občana – konzumenta stal občan – zákazník potřebuje, vedle **ochrany před špatným zacházením** (ochrana spotřebitele) a volného **přístupu k informacím** nezbytným pro rozhodování (o ceně a kvalitě poskytovaných služeb), možnost svoji volbu skutečně uplatnit. Zákazníky jsme jenom tehdy, pokud můžeme za vybranou službu nebo zboží zaplatit, tedy pokud disponujeme **kupní silou** a smyslem **zdravotního pojištění** je nás vybavit základní kupní silou ve chvíli potřeby. Protože jsou naše potřeby a požadavky rozdílné, potřebujeme mít i ve zdravotnictví možnost uplatnit své **vlastní preference** a za své peníze si koupit to, o co stojíme.

V současném zdravotnictví nemůže být vztah pacient-zákazník k lékaři-sloužbě tak přímočarý jako před sto lety, protože se medicína rozkošatěla, rozrůznila, podražila a navíc rozhodování za nemoci není to pravé. Proto si občan najímá prostředníka, zdravotní pojišťovnu, aby mu ve chvíli, kdy se stane pacientem, potřebnou péči zajistila. Rozsah služeb, které pro nás zdravotní pojišťovna má zařizovat by měl být ovlivnitelný naší vůlí, protože běžné a nenákladné služby jsme si schopni obstarat sami. Skutečným zákazníkem jak zdravotníků, tak zdravotních pojišťoven se stane občan zvýšením adresnosti prostředků veřejného zdravotního pojištění, možnostmi ovlivňovat podobu a rozsah zajišťované péče svými vlastními prostředky a svobodou pojišťoven a poskytovatelů na jeho potřeby reagovat. Jako zákazník přinesu zvolené zdravotní pojišťovně takový díl ze solidárních prostředků, který odpovídá rizikovosti mého zdravotního stavu (kompenzace zdravotního rizika) a své vlastní prostředky, které budou odpovídat ceně zvoleného způsobu zajištění.

Technickým řešením několikaletého přechodu od současného stavu do stavu cílového je rozdělení stávajícího pojistného na část solidární, která bude adresně použita ke kompenzaci zdravotního rizika každého z nás a na část individuální, kterou budeme moci použít k zakoupení námi vybraného pojistného produktu. Všechny pojistné produkty budou povinně obsahovat základní balík garantované péče („povinné ručení“) a budou se moci lišit způsobem organizace zdravotní péče, jejím rozsahem nad rámec garantované péče, kvalitou, komfortem, výší spoluúčasti a samozřejmě cenou. Cena jednotlivých produktů bude dána typem produktu, nikoli zdravotním rizikem pojištěnce, tedy jeden produkt, jedna cena. Z pohledu občana-zákazníka se solidární pojištění stává dotací, která kompenzuje jeho individuální zdravotní riziko a dává tak i nákladně nemocným občanům rovnoprávné postavení ve zdravotnictví.

2) Regulace

Kompenzace rizika

Základním důvodem, proč zdravotnictví nemůže být ponecháno volnému trhu, je přílišná rozdílnost našich výchozích podmínek a nákladnost některých způsobů léčení. Lišíme se nejen svojí sociální situací a tedy velikostí částky, kterou můžeme bez existenčního ohrožení na zdravotní péči vynaložit, ale zejména ve svých zdravotních rizicích. Jsou onemocnění, na jejichž léčení by ani ti bohatí mezi námi neměli prostředky, proto spolu vzájemně solidarizujeme zdravotním pojištěním. Právě pro tu nepředvídatelnost nákladnosti možného onemocnění je zajištění ve zdravotnictví postaveno na pojistném principu a nikoli na spoření. Na rozdíl od důchodu, či jiných standardně předvídatelných událostí, se na zaplacení budoucích výdajů spojených s našimi možnými budoucími zdravotními potížemi spořit nedá. Veřejné zdravotní pojištění zůstane průběžným systémem a jeho hlavním úkolem bude kompenzovat naše rozdílná sociální a zdravotní rizika.

Kompenzace sociálního rizika

Naše rozdílná schopnost přispívat do solidárního fondu je už dnes zohledněna tím, že všichni výdělečně činní do něj povinně přispívají procentuální částkou svých příjmů. Tento princip není třeba měnit.

Kompenzace zdravotního rizika

Náklady na zdravotní péči statisticky souvisejí s věkem a pohlavím, proto základním nástrojem kompenzace statistického rizika je přerozdělení solidárních peněz mezi pojišťovny podle věkových

kategorií jejich pojištěnců. Vzhledem k tomu, že i mladý člověk může stonat nákladnou nemocí, je nutné doplnit kompenzaci podle statistického rizika ještě kompenzací individuálních rizik. Základním nástrojem kompenzace individuálního rizika je zpětná úhrada částí nákladů spojených s léčením nákladného pojištěnce jeho pojišťovně. Například při stanovení hranice nákladné péče na třicetnásobek průměrného nákladu na jednoho pojištěnce, bude pojišťovně zpětně uhrazeno 80% z nákladů o který překročili někteří její pojištěnci tento limit v minulém roce. Tato kritéria splňuje již přijatý zákon 438/2004 Sb., který novelizuje zákony 551/1991 Sb., 280/1992 Sb., 592/1992 Sb. a 48/1997 Sb. .

Ke zvýšení ochrany pacientů se závažnými chorobami může přispět vytvoření specifických způsobů krytí dvou typů péče – nepojišitelné (pro terapii úzké skupiny velmi nákladných onemocnění) a péče, která je nákladná, má charakter experimentu a v současné době není dostupná všem potenciálním pacientům.

Kompenzace sociálního a zdravotního rizika znamená, že každý pojištěnec přinese své pojišťovně takový díl veřejných (solidárních) prostředků, jaký odpovídá výši jeho zdravotního rizika. Ve svém důsledku to znamená srovnání výchozích podmínek přístupu ke zdravotní péči pro všechny občany.

Ochrana spotřebitele

Ve zdravotnictví potřebujeme nejen obdobné typy ochrany před poškozováním svých zájmů ze strany poskytovatelů služeb a zboží jako v jiných oblastech našeho života, ale také některé specifické, které vyplývají z charakteru jeho služeb a naplňování veřejného zájmu.

Na trhu zdravotního pojištění

Od konkurujících si zdravotních pojišťoven čekáme, že se budou snažit profitovat díky své schopnosti lépe vyjednat a organizovat námi požadované služby, nikoli na náš úkor. Aby se tak stalo, musí být jejich činnost upravena několika pravidly, jejichž naplnění se stane nutnou podmínkou pro získání a udržení licence. Základní pravidla regulující chování zdravotních pojišťoven poskytujícím veřejnou službu jsou tato:

- **Vstup pojišťoven na trh** je podmíněn splněním licenčních podmínek. Žadatel, který vyhoví podmínkám má na licenci nárok. Naopak, porušení podmínek licence vede k zahájení řízení o jejím odebrání.
- Pojišťovny jsou **otevřené**, mají tedy povinnost pojistit každého zájemce o pojištění bez ohledu na jeho zdravotní nebo sociální rizika.
- Pojišťovny jsou povinny ve všech svých produktech zajistit všem svým pojištěncům zdravotní péči, která je vymezená základním **balíkem garantované péče**. Základní charakteristika balíku garantované péče bude určena zákonem, jeho aktualizace bude prováděna vyhláškou MZ ČR.
- Pojišťovny jsou povinny představovat svojí nabídku standardizovaným způsobem umožňujícím vzájemné porovnání (pevná **struktura nabídky**).
- Pojišťovny jsou povinny udržovat na svých účtech **rezervu** ve výši svého čtrnáctidenního obratu jako indikátor solventnosti. Její pokles je impulsem k zesílenému dohledu, popřípadě k zahájení řízení o odebrání licence.

Na trhu zdravotních služeb

Většina regulací tohoto typu je již zavedena a podléhá průběžným korekcím. Patří sem například povinnost zdravotnického zařízení poskytnout akutní péči v případě nebezpečí z prodlení, problematika kvalifikačních předpokladů pro výkon jednotlivých profesí ve zdravotnictví, technické podmínky pro poskytování specializované péče, atomový zákon apod.

Stejně jako u poskytování veřejné služby ve zdravotním pojištění je i v oblasti zdravotní péče regulován vstup nových poskytovatelů na trh prostřednictvím licencí. Jako prevence svého možného zneužití je v oblasti poskytování zdravotních služeb zakázána reklama, je otázkou do jaké míry je tento zákaz stále ještě užitečný.

Na trhu léků, materiálů, přístrojů

Regulace v této oblasti jsou dvojího typu – chránící nás před poškozením nekvalitními výrobky a zajišťující nám jejich rozumnou dostupnost..

V oblasti výrobních postupů a parametrů výrobků je naše právo harmonizováno s direktivami EU a v tomto směru je ochrana, veřejnosti před poškozením a výrobců před nekvalitní konkurencí, dostatečná

Ze stejných pohnutek jako u poskytování zdravotních služeb je i v této oblasti silně omezena reklama. Pro funkčnost regulovaného trhu ve zdravotním pojištění je důležitá všeobecná dostupnost informací o přínosu, kvalitě a ceně zdravotnických služeb a zboží. Společně se zpřístupněním informací bude nově zhodnocena role reklamy ve zdravotnictví a hledán její vhodný podíl na informačních tocích.

Veřejný zájem na dostupnosti potřebných léků a zdravotnických prostředků je naplňován nastavením výše jejich úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění a stanovením podmínek jejich čerpání (proskripční omezení apod.). Proces, kterým jsou léky a zdravotnické prostředky kategorizovány, je dosud nedostatečně standardizován a jeho zlepšení si žádá nejen transparenční směrnice EU, ale zejména naše vlastní potřeba. Současně roste poptávka po jasném vymezení postupu, jakým budou do českého zdravotnictví vstupovat nové technologie a jak jej naopak ty zastaralé a málo účinné budou opouštět.

Suplování ceny

Regulace, které ve veřejném zájmu ve zdravotnictví používáme, vedou současně k narušení normálních tržních signálů, které v běžném životě korigují naše jednání. Bezecnost čerpaných služeb vede k jejich nadužívání a tím k neefektivnímu využívání prostředků zdravotního pojištění. Proto je potřeba zavést takové regulace, které by nepřítomnost kategorie ceny při našem rozhodování o čerpání většiny zdravotních služeb, alespoň zčásti nahradily.

Vedle již zavedeného doplacení rozdílu mezi výší úhrady a výší ceny léků a zdravotnických prostředků, nás čekají dva možné typy poplatků pro plošnou korekci našeho chování..

Prvý typ nesouvisí s cenou poskytované služby nebo zboží, jeho cílem je dát nám signál, že uvedená služba něco stojí a odradit nás od jejího zbytečného čerpání. Sem spadají poplatky za recept, za využití pohotovostní služby, za návštěvu u lékaře, za ošetřovací den a za vzdálenost ujetou sanitním vozem. Jejich výše je jednotná pro každý typ služby a natolik nízká, aby nebyla překážkou čerpání služby ve chvíli skutečné potřeby. Od jejího placení nemůže být nikdo osvobozen a její sociální dopady budou řešeny specifickými sociálními dávkami.

Druhý typ je stanoven procentem ceny poskytované služby nebo zboží a má nás motivovat odpovědnému rozhodování mezi různými alternativami péče. Principiálně je podobný proplácení rozdílu mezi úhradou a cenou, ale výhodou je nezávislost jeho účinnosti na výkyvech ceny.

3) Regulátor

Regulovaný trh ve zdravotnictví potřebuje v zásadě tři úrovně regulací. Regulaci prostředí, regulaci fungování institucí a regulaci provozní.

Regulace prostředí

Pro regulaci prostředí má **stát** standardní mechanismy, kterými přetaví politická témata do legislativní podoby a svojí výkonnou a soudní mocí je uvede do života. Podstatou reformy zdravotnictví je změna regulace prostředí a jedině prostřednictvím standardních mechanismů může být uskutečněna.

Regulace institucionální

Úřad pro dohled nad zdravotním pojištěním (nově zřízeno) – je instituce pověřená výkonem státní správy v oblasti kontroly zdravotního pojištění, která vydává a odebírá licence k poskytování služeb zdravotního pojištění, kontroluje jejich dodržování a monitoruje chování systému zdravotního pojištění. Úřad stojí mimo přímý vliv politických cyklů a je koncipován obdobně jako Úřad pro hospodářskou soutěž či pro dohled nad kapitálovým trhem, tedy jako rozpočtová organizace státu s autonomním vedením.

Komory (lékařská, stomatologická, lékárnická) – jsou pověřeny výkonem veřejné správy při kontrole plnění podmínek pro poskytování odpovídajících veřejných služeb.

Regulace provozní

Servisní organizace zdravotního pojištění (nově zřízeno) – je instituce pověřená výkonem veřejné správy v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Jejím úkolem je správa věcných dávek zdravotní péče, tedy rozdělení solidárních prostředků veřejného zdravotního pojištění jednotlivým pojišťovnám v závislosti na individuálním zdravotním riziku jejich pojištěnců, a zajištění služeb, které nemohou být svěřeny jednotlivým pojišťovnám nebo které jimi nemohou být efektivně vykonávány. Mezi tyto služby patří:

- správa registru plátců, poskytovatelů, pojištěnců, pojišťoven
- centrum kapitace
- centrum klasifikačních systémů (DRG, kódy výkonů, MKN 10 atd.)
- revizní činnost pro potřeby DRG
- centrum mezinárodních úhrad (?)

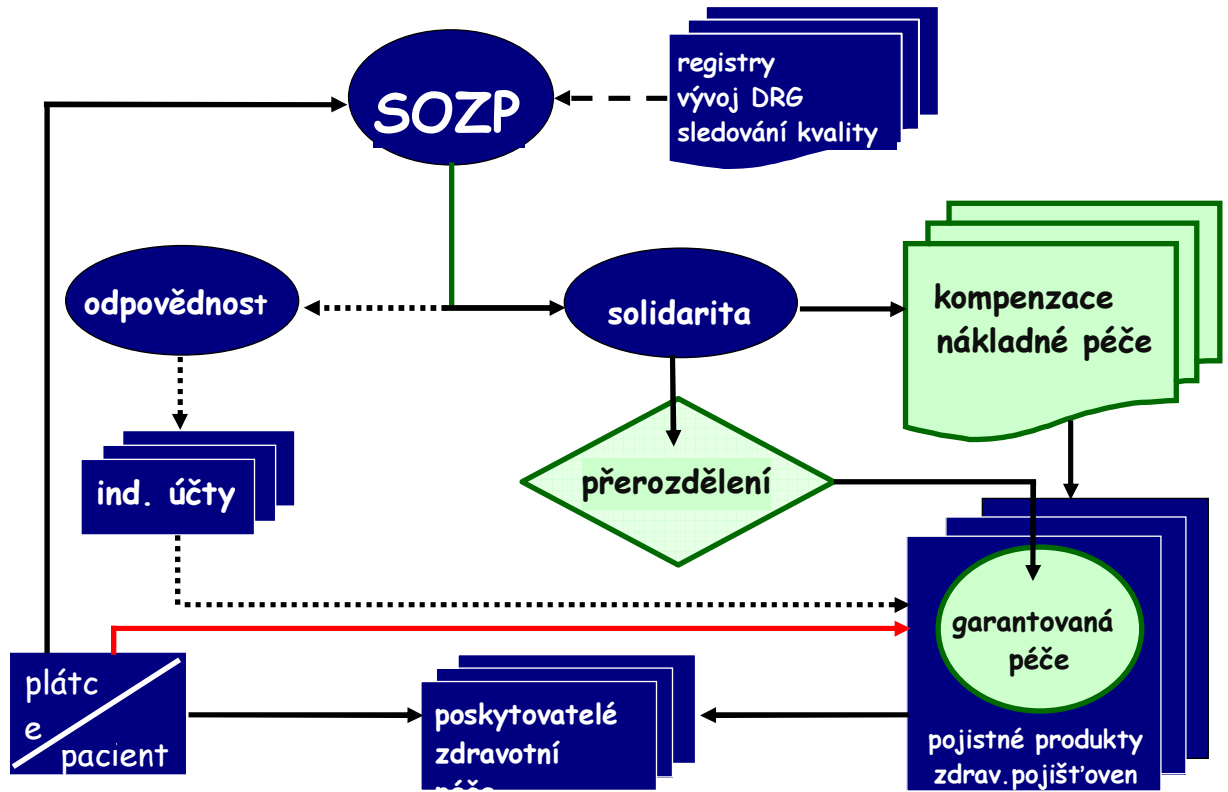
SOZP bude zřízeno ze zákona a pro jeho uspořádání se nabízejí tři alternativy:

1. Organizace, financovaná a řízená Svazem zdravotních pojišťoven s povinným členstvím.
2. Státní rozpočtová organizace
3. Veřejnoprávní instituce

Přílohy:

1. Schéma finančních toků
2. Pojišťovny a produkty

Příloha č. 1: Schéma finančních toků



Příloha č. 2: Pojišťovny a produkty

Veřejné zdravotní pojištění a zdravotní pojišťovny

Úvod

Povinné veřejné zdravotní pojištění vytváří zdroje pro zajištění garantované zdravotní péče o populaci a tyto zdroje alokuje. Je nástrojem pro zajištění požadované míry solidarity (zdravých s nemocnými, bohatých s chudými a mladých se starými) a mělo by být modelováno tak, aby docházelo k efektivní alokaci a užití vytvořených zdrojů. K efektivní alokaci zdrojů dochází v prostředí, ve kterém jak každý subjekt motivován k efektivnímu chování, má dostupné informace přiměřené svým potřebám, je odpovědný a jeho chování má vliv na fungování systému. Občan si vybírá mezi nabídkou zdravotních pojišťoven tu, která nejvíce odpovídá jeho individuálním požadavkům a možnostem. Tím deleguje svojí kupní sílu na vybranou zdravotní pojišťovnu, která pro něj kontrahuje zdravotní péči na trhu zdravotních služeb. Pojišťovny jsou vzájemně v konkurenčním vztahu a soutěží o klienty nabídkou služeb. Ve chvíli, kdy se nabídky pojišťoven začnou lišit cenou a obsahem (rozsahem krytí, způsobem organizace přístupu ke zdravotní péči, velikostí spoluúčasti, frančízou apod.) bude terminologicky vhodnější je nazývat , analogicky s terminologií komerčních pojišťoven, produkty.

Současná forma

Veřejné zdravotní pojištění

Je upraveno zákonem 48/1997 Sb. o veřejném zdravotní pojištění (který nahradil zákon 550/1991 Sb. o všeobecném zdravotním pojištění), který stanovuje rozsah zdravotního pojištění a podmínky, za nichž je na základě tohoto zákona je zdravotní péče poskytována. Výše pojistného je stanovena zákonem 592/1992 Sb. o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.

Zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovny (ZP) jsou organizace vzniklé ze zákona (551/1991 o Všeobecné zdravotní pojišťovně a 280/1992 o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách) který definuje jejich uspořádání a způsob fungování. ZP jsou koncipovány jako neziskové organizace se silnou vazbou na stát. Rezortní ZP vznikají na základě žádosti o licenci (žadatel o licenci není formálně v žádném vztahu k nově vzniklé pojišťovně, proto také od úpravy zákona, která žádost o licenci spojila s nevratnou 50 miliónovou kaucí, žádná nová pojišťovna nevznikla). Dříve bylo vydání licence nárokovou záležitostí, dnes je na posouzení zřizovatele, zda licenci přidělí. Zřizovatelem ZP je MZ ČR (dříve MPSV ČR) Pojišťovna má statutární orgány – správní radu, dozorčí radu a ředitele. Správní a dozorčí rady jsou složeny paritně ze zástupců státu (jmenuje zřizovatel), zaměstnavatelů (zástupců plátců pojistného) a zástupců pojištěnců. VZP se v některých směrech od rezortních ZP odlišuje – její ředitel je jmenován a odvoláván parlamentem, její pobočky jsou v každém okrese a jejich činnost je částečně ovlivňována okresními správními radami. Vedle činností vyjmenovaných

v zákoně vykonává VZP ještě další aktivity, svěřené jí státem. To, že stát pověřil VZP výkonem činností potřebných pro fungování celého systému (správa registrů, správa účtu přerozdělení, provoz centra kapitace apod.), vytváří dojem, že je jejím garantem.

Nevýhody současného stavu:

Nerovné podmínky při vzniku ZP (VZP zainvestoval státem, ostatní ZP si na sebe musely vydělat), a faktické znemožnění vzniku nových ZP (kauce 50 miliónů Kč, nejistota přidělení licence a nutnost dosáhnout 50 tisíc pojištěnců do 1 roku od přidělení licence). Stanovená pravidla jsou porušována a pokud je přestupník dostatečně vlivný, tak se nic neděje. Tak třeba VZP prochází bez povšimnutí to, že nesplnila povinnost naplnit rezervní fondy do tří let od svého vzniku, stejně jako to, že s výhodou správce registrů komerčně podniká (penzijní fondy, povinné ručení). ZP nemají jasného a odpovědného vlastníka – správní rady, tak jak jsou konstruovány, nic nespravují a nekalosti neuhlídají. Stát, který na několika úrovních vstupuje do chodu ZP (členstvím ve správní radě a dozorčí radě, víceúrovňovým schvalováním zdravotně – pojistných plánů (SR, DR, MZ ČR, parlament) a výročních zpráv (SR, DR, MZ ČR), k jejich lepšímu fungování dosud nikdy nepřispěl, případná chybná nebo nekorektní rozhodnutí managementů ZP nedokáže ani rozpoznat, natož pak je korigovat. Stejně tak dosud nikdy nebylo zpětně vyhodnoceno zda pojišťovna svůj zdravotně pojistný plán dodržela a tak odchylka od schváleného plánu není ani evidována, ani postižena. Výsledky pojišťovny (pokud neznamenají její zánik) se nepromítají do odměny jejich statutářů. Zastropování výše provozních nákladů procenty z obrátu, znamená malou motivaci ke zlepšování bilance ZP a tedy malou pobídku pro hledání efektivnějších způsobů zajištění zdravotních služeb svým klientům.

Řešení

Změna legislativního rámce tak, aby mohl fungovat trh zdravotního pojištění a veřejné zdravotní pojištění mohlo naplnit očekávání do něj vkládané. Základní body potřebných legislativních změn.

- a) Licence nové ZP bude udělena pro té, co vyhoví definovaným požadavkům (kauce, statut, statutární orgány, ...)
- b) Zrušení uniformity organizačního uspořádání ZP (veřejně prospěšné i ziskové)
- c) Definování podmínek činnosti organizace provozující zdravotní pojištění
 - stanovení nepodkročitelného minima garantované péče
 - určení způsobu monitorování činnosti ZP (typ, rozsah, struktura dat – ekonomických a zdravotnických, tak aby nebylo ohroženo obchodní tajemství) a veřejná dostupnost těchto informací
 - stanovení pravidel pro kontrolu hospodaření
 - formalizace struktury nabídky produktů
 - v oblasti finančního hospodaření zakotvit jenom povinnost zajištění (proti extrémním výdajům, proti likvidaci – garanční fond), tj. např. neurčovat výši provozních nákladů
 - definovat rozhraní mezi veřejnými prostředky a prostředky, které jsou předmětem podnikatelské aktivity

- určení podmínek užití nástrojů represe (opatření, sankce, nucená správa, odebrání licence, likvidace)
- d) Vytvoření nástrojů pro kompenzaci struktury rizika (vytvoření fondů pro nepojistitelnou péči, zvláště nákladnou péči, zajišťovacího a garančního fondu, přerozdělení solidární části pojistného podle rizika). Nejvhodnějším nositelem těchto nástrojů by byla státní agentura, která by současně vybírala pojistné a spravovala registry. Tato agentura by mohla nefungující pojišťovnu obratem odstavit od zdrojů.
- e) Při vytvoření centrální agentury je možné zrušit omezení, které umožňuje změnit pojišťovnu pouze kvartálně.
- f) Vytvořit podmínky pro sledování kvality poskytované péče.

Produkty

V užším slova smyslu

Produkt je nabídka ZP veřejnosti, která je určena cenou, rozsahem krytých zdravotních služeb, formou přístupu k těmto službám a výší přímé úhrady při čerpání zdravotních služeb (spoluúčast, frančíza apod.). Produkt je nabízen ve standardním formátu tak, aby bylo možné jednotlivé produkty porovnávat. Všechny produkty musí obsahovat krytí nepodkročitelného minima státem garantované zdravotní péče.

V širším slova smyslu

V případě vytvoření centrální agentury zajišťující solidaritu a kompenzaci struktury rizika je možné aby produkt byl entitou sám o sobě (nemusí být nabízen výhradně ZP, ale může být vytvořen např. poskytovateli). Produkt tohoto typu bude procházet licenčním řízením a znamená zrušení striktního oddělování plátců a poskytovatelů.