

## Modrá hrozba pro zdravotnictví

Ivan DAVID, ředitel Psychiatrické léčebny Praha-Bohnice

Vždy je předmětem sporu, jak má vlastně koncepce zdravotnictví vypadat. V této základní záležitosti není nikdy úplně jasno, což usnadňuje odmítnutí jakéhokoli návrhu a použití požadavku předložení „koncepce“ jako klacku proti úřadujícímu ministrovi, ať už je jím kdokoli. Osobně jsem přesvědčen, že koncepce má stručně popsat stav, definovat žádoucí cíl a popsat cestu k cíli včetně popisu ekonomických, sociálních a legislativních předpokladů a důsledků.

Na počátku devadesátých let se hodně hovořilo o nutnosti „reformy“ zdravotnictví. Žvanivým radikálům to bylo málo a tvrdili, že české zdravotnictví není reformovatelné, že musí být vykořeněno. Ministr Pavel Klener se k tvorbě koncepce příliš neměl. Lze se domnívat, že nejspíš proto, že věděl, jak zdravotnictví funguje. Martin Bojar sliboval energičtější kroky. Zlikvidoval sice krajské ústavy národního zdraví a „rozvolnil“ ústavy okresní, ale nastupující a vítězí ODS slibovala ještě více.

Petr Lom byl po roce odsunut, neboť se jeho změny jevily příliš pomalé. Byl nominován Klausovi milejší Luděk Rubáš. V té době se psal rok 1994 a problémy růstu pokračovaly hlavně růstem problémů. Teprve pak nastalo volání veškeré možné opozice po „koncepti“.

Ministr Rubáš však předložení jakékoliv koncepce odmítl. „Koncepti předkládat nebudu, nejsem žádný socialistický plánovač,“ vysvětloval. Zároveň tvrdil, že „řešením problémů zdravotnictví je jeho privatizace.“ Ukázalo se však, že v jeho pojetí má mít před privatizací činností (OSVČ) především přednost privatizace majetku. Rubášova neschopnost uspokojivě řešit problémy vedla k nástupu Jana Stráského, který koncepti rovněž slíbil a jako první také předložil. Byla ovšem velmi stručná, a tak další koncepti předložil jeho „tajemník“ Miroslav Macek. Šlo o vnitřně nesourodý kompilát textů od různých autorů.

Nahromaděné problémy politické a ekonomické krátce poté vedly ke zhroucení vlády a ministryně zdravotnictví úřednické vlády Zuzana Roithová neměla šanci, čas ani perspektivu za půl roku nějakou koncepti vůbec připravit.

Další koncepti zdravotnictví předložil v roce 1999 autor tohoto textu. Koncepce vycházela z podrobného stranického programu ČSSD, ale v menšinové vládě a proti premiérově vnitrostranické opozici z ní bylo možno prosadit jen minimum. Vladimír Špidla jednoduše sám koncepční přístup k řešení problémů destrukoval. Následující ministr Bohumil Fišer se o předložení nějaké další „koncepce“ už nepokoušel.

Marie Součková úmysl předložit koncepti opakovaně deklarovala, ale předkládala jen velmi krátké texty bez uceleného řešení. Její nástupce Jozef Kubinyi sice svojí koncepti předložil, ale jednalo se znovu o vnitřně nesourodý slepenec různých návrhů opatření. Konečně Milada Emmerová předložila ucelenou koncepti vytvořenou výzkumným týmem, ta však má spíše charakter teoretické práce s

obecnými východisky.

Několikastránkový elaborát „svoji“ koncepcí zdravotnictví předložil v roce 2004 stínový ministr ODS Tomáš Julínek. Jeho návrh řešení je nepoužitelný. Naopak jako návod k definitivní destrukci systému zdravotní péče v této republice se může uplatnit skvěle.

Shrneme-li tento malý historický exkurz, systémově významná legislativa vznikla pouze v letech 1991-1992 a pak vznikl už jen kompilát nazvaný zákon o veřejném zdravotním pojištění (1997). V mezidobí k nutným systémovým korekcím ve zdravotnictví nedochází, neboť mnohým zájmových skupinám velmi vyhovuje chaos a překážkami jsou malá síla menšinové vlády, nezájem, neschopnost a nyní už i časová tíseň, do které se vláda dostává.

### Návrh Modré šance je spíše přáním autora

Julínkův elaborát tvořící součást programu ODS vzletně nazvaného Modrou šancí za koncepcí rozhodně pokládat nelze. Neobsahuje kvalifikovanou analýzu ani jasně nedefinuje cílový stav, uvádí pouze jakési autorovy záměry. Text, kterým se konkrétně tyto záměry popisují, tvoří pouze 9 % textu. Zbytek Julínkovy koncepce jsou hesla, nevěcná kritika systému zdravotnictví a velmi příznivé hodnocení vlastního návrhu.

Nepozorný čtenář by mohl Julínkovy návrhy snadno přehlédnout. Vedle textu, autorovy podobanky a jeho životopisu obsahuje elaborát také 9 schémat nebo grafů. V nich je například znázorněn růst nákladů na zdravotnictví v ČR od 31 miliard v roce 1990 do 169 miliard v roce 2002. Patrně má být ukázáno, jak výdaje na zdravotnictví rostou rychle.

Jenže nejen odborníci vědí o obrovské inflaci na začátku devadesátých let a o stanovení procentní sazby pojistného, čímž se skokově zvýšily příjmy a tedy i výdaje skoro o 30 %. Další růst je dán růstem mezd, od nichž se pojistné odvozuje. Rozdíl mezi příjmy a výdaji není větší než pokles výdajů za „státní pojištěnce“. Růst výdajů, který vypadá jako důsledek nezvládnuté regulace (jak se naivně domníval např. Stanislav Gross), není ani důsledkem růstu cen léků a technologií, jak tvrdí Julínek (a nejspíš svému tvrzení i věří).

Jiný sloupcový graf „koncepcí“ například vyjadřuje procento výdajů ze soukromých zdrojů v jednotlivých zemích. Subjektivní idea autora je, že čím více, tím lépe. Například soukromé výdaje Koreje a USA činí 56 %. V některých rozvojových zemích je to ještě „lepší“, protože tam veřejné zdroje prakticky téměř neexistují. Jenže v Evropě je tomu zcela naopak, soukromé výdaje doplňují veřejné. V USA veřejné výdaje zajišťují elementární péči o chudé a staré lidi, kteří na dostatečné soukromé pojištění nemají. Celkové výdaje z HDP však v USA činí 14 %, zatímco v ČR 7 %, protože soukromé zdravotní pojištění je mimořádně neefektivní.

Jiný povedený Julínkův graf má „dokazovat“, že ceny nových technologií rostou exponenciálně a brzy dosáhnou nekonečna. Žádné stupnice na osách „x“ a „y“ samozřejmě nejsou. Jenže ouha, „nové“ technologie se jako součást standardní zdravotní péče neuplatňují.

Další obrázky jsou velmi naivní, protože prvoplánově schematicky „dokazují“, jaký nyní panuje chaos a jaký pořádek naopak zavládne po realizaci Julínkových

nápadů.

## Kostlivci ve skříni

Julínek ve svém elaborátu uvádí: „Systém je navržen tak, aby občanům poskytoval finanční zabezpečení v nemoci.“ Autor zjevně neví, že nemocenské pojištění, je pojištění sociální a není hrazeno ze zdravotního pojistného. Pokud by nemocenská přece jen měla být hrazena ze zdravotního pojištění, což Julínek ve svých konkrétních návrzích neuvádí, pak by to znamenalo ztrátu příjmů zdravotnických zařízení nebo omezení jiných zdravotních výdajů. Takových ztrát z Julínkova návrhu ostatně vyplývá mnoho.

Pan Julínek navrhuje individualizaci pojištění s konkurencí zdravotních (a možná snad dokonce jakýchkoli „licencovaných“) pojišťoven. Ty by podle jeho představ občanům vedly jakési „osobní účty“ pojištěnců. S penězi na účtu by pojištěnec mohl podle Julínka nakládat celkem libovolně, mohl by je vybrat a použít na něco jiného, povinná by byla pouze jakási zákonem stanovená minimální verze pojistné smlouvy. Ovšem aby se mohla uplatnit konkurence, muselo by být možné přecházet od pojišťovny k pojišťovně a uzavírat smlouvy libovolně. Z toho pak vyplývá Julínkem možná nepředpokládaný důsledek, že smlouvy by musely být uzavírány podle individuálního rizika, protože jinak by mladý zdravý člověk vybral svůj příděl z veřejného pojistného (blíže nespecifikovaným způsobem přerozdělený) a v případě nemoci či ve stáří by uzavřel výhodnou smlouvu.

Pojištěním podle rizika by se ale ODS podařilo zrušit nejen solidaritu mezi bohatými a chudými, ale i solidaritu mezi zdravými a nemocnými a solidaritu mezigenerační. Zůstala by zdánlivě pouze solidarita mezi pojištěnci s pojistnou událostí a bez ní - jako v každém komerčním pojištění.

Julínek na závěr svého textu zdůrazňuje, že odmítá pokrytecký pojem solidarity.

Na začátku elaborátu ovšem solidaritu výslovně slibuje, takže je možné, že jeho názor se během psaní textu vyvíjel nebo postupně přitvrzoval. Ve skutečnosti by nezůstala zachována ani solidarita jako v komerčním systému, protože by platili všichni jako dosud (píše „podobně jako dnes“), ale někteří by si z přerozděleného vybírali.

Julínkův návrh by tedy zavedl čistě komerční zdravotní pojištění se zvláštností, že by všichni povinně platili pojištění konkurujícím si pojišťovnám, které by zřejmě byly privátní (ač to autor přímo neuvádí), jinak by konkurence neměla smysl. Zatím existuje jediná země na světě, kde k něčemu takovému částečně dochází (tj. svěřením veřejného pojištění komerčním pojišťovnám). Touto zemí je Slovensko. Sice tzv. revoluční zdravotní reforma se tam zvolna hroutí, ale to ODS nijak nepřekáží, aby nám Slovensko dávala za vzor.

Pozoruhodné je, že Julínek nedořešil takový „detail“, jakým je velmi pravděpodobný případ, kdy pojištěnec na svém „osobním účtu“ už nic nemá, ač pojistná událost vznikla či pokračuje, protože peníze buď vybral na jiné účely, nebo vyčerpal na zdravotní potřeby. Co se stane? Prodá majetek? Bude odkázán na veřejné sbírky? Bude ponechán osudu? To Julínek neřeší.

Je zajímavé, že tuto otázku nezodpověděl ani Václav Klaus před 11 lety, když začal hovořit o konceptu osobních účtů. Věřme zatím, že ODS má řešení v rukávu a s tímto řešením nás chce příjemně překvapit po blížících se volbách.

## Soukromý byznys se zdravím

Dalším zajímavým důsledkem navrženého systému jsou obrovské ztráty pro úhradu zdravotní péče či tenčící se příjmy zdravotnických zařízení, výrobců léků a zdravotnických prostředků a dodavatelů služeb.

Samotné individualizované komerční pojištění vede k obrovským ztrátám. Jednak musí generovat zisk vlastníkům pojišťovny (řekněme 10 %), jednak obrovsky rostou režijní náklady pojišťoven, protože ty musí dělat nejen nábor pojištěnců včetně reklamy, ale zároveň s každým pojištěncem zvlášť uzavřít smlouvu, ověřovat jeho údaje, v případě pojistné události kontrolovat dodržování rozsahu poskytované péče a zajišťovat vypořádání individuálního plnění. V USA představují režijní náklady kolem 28 %, u nás by při levné pracovní síle mohly být kolem 20 % (nyní jsou lehce přes 3 %); ztráta oproti současné době by byla asi 17 %.

Další ztrátu by způsobila Julínkem slibovaná možnost vybírat z osobního účtu podle vlastní úvahy peníze. Těžko říci, kolik by to mohlo celkově činit. Deset či dokonce třicet procent? Ztráty by způsobily rovněž zvýšené náklady pro zdravotnická zařízení, která by musela stále kontrolovat, zda a v jakém rozsahu je pojištěnec pojištěn, zda pojišťovna řádně zaplatila atd.

Konečně platí, že vysoké ceny by odradily část pojištěnců od využívání zdravotní péče, takže by neplatili ani „spoluúčást“ a ztrátu by představoval nízký rozsah pojištění, z něhož by část individuálně zůstala na účtech nečerpána, nehledě na to, že zanedbávání zdravotní péče by se projevilo vyšší úmrtností.

Ztráty by jen 30 % výdajů jdoucích dnes na zdravotní péči by vedly ke zhroucení značného počtu zdravotnických zařízení s následným snížením dostupnosti péče a rostoucí nezaměstnaností zdravotníků. Politické důsledky rozkladu systému by byly napravovány dodatečnými výdaji z veřejných rozpočtů podobně jako v USA, kde soukromé pojištění nestačí a skoro polovina výdajů ve zdravotnictví jde z veřejných zdrojů. Tato „mnohozdrojovost“ vede k velmi nízké efektivnosti systému.

V USA se na zdravotní péči vydává 14 % HDP, v Evropě nejčastěji mezi 8 až 9 %. To by znamenalo zvýšení celkové daňové zátěže. Úspory na kvalitě péče (méně personálu, levnější zdravotní prostředky, omezení vyšetření) se ostatně v USA odráží ve skutečnosti, že privátní nemocnice mají horší výsledky péče.

Julínkova navrhovaná reforma zdravotnictví by patrně dokázala ODS dokonale z politické mapy ČR vymazat. Současně by vedla k naprostému a definitivnímu rozkladu systému zdravotní péče. Takové riziko ani případný zánik ODS nedokáže vyvážit. To ať ODS raději přežije v opozici a více přemýšlí o svých návrzích.