

8. ZÁVĚR

V této kapitole se budu věnovat oblasti VZP, resp. se vyjádřím k současným reformním krokům a možnému budoucímu vývoji. Některé zmínky již byly uvedeny v příslušných pasážích této diplomové práce, na které tímto odkazuji.

O tom, že současný systém VZP vykazuje nedostatky, není pochyb. Mezi nejzásadnější problémy lze zařadit zejména finanční nevyrovnanost a neefektivitu celého systému VZP, nedostatečně definovaný nárok pojištěnce, dlouhé čekací doby, náročnou administrativu a jiné. Z těchto důvodů byla „spuštěna“ reforma zdravotnictví, VZP nevyjímaje, s cílem tyto nedostatky a chyby odstranit. Ovšem s koncepcí nynější reformy nesouhlasím. S ohledem na její příliš úsporná opatření, je příznačnější hovořit o ní jako o reformě veřejných financí, která snižuje objem finančních prostředků ve zdravotnictví bez zřetele na kvalitu a kvantitu poskytované zdravotní péče.

Nedá se říci, že nepříznivý stav českého zdravotnictví je způsoben pouze nedostatkem finančních prostředků. V roce 2007 činily výdaje na zdravotnictví přibližně 231 mld. Kč. Tato částka je z 88 % (203 mld. Kč) tvořena veřejnými výdaji a z 12 % (28 mld. Kč) soukromými výdaji. V souhrnu se jedná o 7 % HDP.⁶⁷ Je třeba dodat, že podíl HDP se ale stále snižuje a např. západoevropské země vydávají větší podíl HDP. Do budoucna je nutné podíl HDP v této oblasti postupně ročně zvyšovat až na stabilní hranici zhruba 9 % HDP. O to překvapivější je fakt, že na rok 2008 a 2009 bude „zastropena“ a „zmražena“ výše pojistného pro osoby, za které je plátcem stát (pokles o zhruba 7 mld. ročně). Je možno shrnout, že ve světě neexistuje „ziskový“ model zdravotnictví, ale jde o snahu dosáhnout co nejvyšší efektivity mezi hodnotou vloženou a vydanou. Myslím si, že právě oblast zdravotnictví patří mezi ty, kde se jistá míra ztrátovosti „očekává“ a je „přijatelná“, budou-li mít tyto ztráty pozitivní vliv na zdravotní stav populace.

⁶⁷ Zdroj www.uzis.cz

Prvním uskutečněným krokem bylo zavedení regulačních poplatků. Vláda si od něj slibuje úsporu asi 4 mld. Kč. To je samozřejmě pozitivní výsledek,⁶⁸ nicméně s sebou nese i určitá negativa. Ty je možno spatřovat ve dvou podobách. V prvním případě, zejména u sociálně slabších vrstev, dochází k omezení návštěv lékařů i v případech, kdy by tato péče byla nutná. To do budoucna neznamená nic jiného než zvýšení výdajů na léčbu chorob vzniklých z důvodu („úmyslně“) zanedbané péče. Snížení počtu návštěv může na druhou stranu vytvořit více prostoru a času k léčbě příchozích pacientů, ale nakonec i snížení příjmů lékařů. V druhém případě narůstá administrativní zátěž pro příjemce regulačních poplatků. K plné objektivitě dodávám, že díky těmto opatřením opravdu došlo k úspoře, jelikož méně návštěv u lékaře a méně předepsaných léků současně způsobilo, že zdravotní pojišťovny nemusely proplácet tolik výkonů a léků (nelze pominout ani předzásobené léky na konci roku 2007⁶⁹). S regulačními poplatky je spjat tzv. ochranný limit. S tímto institutem souhlasím, pokud se změní jeho koncepce, tedy bude-li se do něj započítávat více položek, aby sloužil svému účelu. Pak bude zcela jistě přínosem. Bohužel i s ochranným limitem je spojena nová administrativa. Zbývá si položit otázku, zda výše popsané úspory v systému VZP vyváží výdaje na budoucí léčbu, vzniklou zanedbáním vyšetření apod.

Novela zákona o VZP počítá se zavedením tzv. nadstandardní péče (viz výše). S tímto institutem nesouhlasím, resp. souhlasím, pokud se bude týkat pouze tzv. „hotelových“ a dalších obdobných služeb a tento nadstandard bude zpoplatněn přiměřeným způsobem.⁷⁰ Vedle výše uvedených výhrad se domnívám, že při dodržení základních principů VZP není možné vymezit pojmy standardní a nadstandardní péče tak, aby se na jejich základě dostalo kvalitní zdravotní péče všem bez rozdílu. S ohledem na kontinuální a zároveň rychlý vývoj v oblasti zdravotnictví se obávám, že platná právní úprava nebude schopna tento trend dostatečně rychle absorbovat, čímž může opět dojít k neadekvátnímu poskytování zdravotní péče. Velký problém může způsobit následující potencionální (nikoli nereálná) situace. Půjde např. o pacienty A a B s totožnou diagnózou. Pacient A absolvuje standardní péči a pacient B si připlatí

⁶⁸ Ačkoli vzhledem k celkovým výdajům jde o částku „zanedbatelnou“.

⁶⁹ Mnohem objektivnější bude statistika za rok 2008.

⁷⁰ V této souvislosti se objevují informace, že nadstandard bude zahrnovat také příplatek za zkrácení čekací doby, s takovou koncepcí nadstandardu nesouhlasím.

nadstandard. Oba druhy péče budou provedeny při dodržení lege artis a při vyloučení jiných vnějších nepříznivých jevů. Rekonvalescence pacienta B přitom bude rychlejší a šetrnější než u pacienta A. Institutem nadstandardní péče se dle mého názoru otevře cesta k „lepšímu“ zdraví pouze pro občany s „adekvátními příjmy“.

V krátké budoucnosti se také počítá s převodem nemocnic a pojišťoven na akciové společnosti. Aní s těmito kroky nesouhlasím. Myslím si, že takovéto tržní prvky, se všemi případnými riziky do oblasti zdravotnictví nepatří a jsou s nimi spojena spíše negativa než pozitiva. Je nesporné, že takovéto soukromoprávní subjekty se budou v první řadě orientovat na dosažení zisku, a to bohužel na úkor poskytované zdravotní péče. Základním rysem každé hospodářské soutěže je, při zachování právních předpisů, „zničit konkurenci“. Tento rys by ovšem v této oblasti zapříčinil naprosto fatální důsledky, např. v podobě krachujících nemocnic a pojišťoven (podobně jako tomu bylo v ČR v 90. letech). Nesmíme také zapomenout na případná selhání trhu (viz nynější celosvětová krize), která by tento systém mohla nepříjemně zasáhnout, a v souhrnu by se jednalo o dopad zejména na potenciální příjemce zdravotní péče.

Pokud bych měl shrnout, bude třeba zamezit především plýtvání finančními prostředky do zdravotnictví (resp. VZP) vložených, snižovat ztrátovost a docílit co nejvyšší efektivity při nakládání s těmito prostředky. V tom vidím zásadní problém současného systému VZP. Ve společnosti nepanuje shoda, jak dosáhnout efektivního fungování systému zdravotního pojištění. Mnozí se domnívají, že správnou alternativou je mj. privatizace zdravotních pojišťoven (dále jen „pojišťovna“), umožnění legálního nadstandardu apod., čímž dojde k žádoucí úspoře. Tento názor nesdílím.

Znovu opakuji, že stěží lze nalézt ideální model, ale cílem je zajistit odpovídající efektivitu systému jako celku a dosáhnout určitého kompromisu. Vycházím z předpokladu, že z VZP je důvodné hradit veškerou zdravotní péči, která je nutná pro udržení zdraví a života obyvatelstva. Stejně tak je důvodné ponechat možnost soukromého (doplňkového) pojištění a umožnit „nadstandardní“ služby (půjde-li o služby hotelové apod.), přičemž je nezbytné tyto formy upravit legislativně bezchybně. Hrazená péče se již nebude týkat kosmetických a jiných výkonů, jejichž cílem není

zlepšit zdravotní stav atd. (právě tyto výkony by mohly být mj. předmětem soukromého pojištění). Takto široce hrazená zdravotní péče je z mého pohledu účelná, avšak zároveň finančně nákladná. Je tedy třeba zajistit systému VZP odpovídající finanční zdroje. Proto se přikláním k následujícímu modelu VZP.

Ačkoliv jsem si vědom principu plurality pojišťovacích institucí, myslím si, že celý systém by fungoval lépe při existenci jediné veřejné zdravotní pojišťovny. Pluralitní systém pojišťovacích institucí vznikl v ČR po roce 1989 (viz výše) s cílem vytvořit konkurenci v oblasti zdravotního pojištění a zajistit tak pro pojištěnce nejvýhodnější podmínky. V 90. letech se ovšem tato konkurence neukázala jako životaschopná a výsledkem byl krach (likvidace) mnoha pojišťoven. Dnes jsou sice pojišťovny stabilizovány, ale ve spektru jimi nabízených služeb se nevyskytují zásadní rozdíly. Navíc vycházím z teze, že více pojišťoven zároveň znamená vyšší administrativní zátěž, jejímž výsledkem jsou opět rostoucí náklady. Nevyváženost a jistou nerovnost vidím také v příjmech, výdajích a tím i celkové finanční bilanci pojišťoven. **Příjmy pojišťoven**⁷¹ jsou tvořeny především pojistným, které ovlivňuje likviditu pojišťoven. V tomto pohledu je Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR oproti ostatním pojišťovnám „znevýhodněna“, jelikož u VZP ČR je evidováno např. cca 80 % pojištěnců ve věku 60-64 let a pojištěnců ve věku 80-84 let dokonce 90 % a u ostatních pojišťoven je procento těchto pojištěnců nesrovnatelně nižší. Jde tedy o tzv. státní pojištěnce a příjem za jednoho takového pojištěnce je cca 8000 Kč ročně, ale u standardního pojištěnce činí takovýto příjem zhruba pětkrát více a odvíjí se od úrovně mezd a platů. S věkovou strukturou pojištěnců plně souvisí také **výdaje pojišťoven**. Ty budou nejvyšší u VZP ČR vzhledem k výše uvedenému, naopak u ostatních pojišťoven (u nich je struktura pojištěnců tvořena mladšími a tedy „zdravějšími“ lidmi) budou výdaje jistě nižší. Nejsem si jist, zda přerozdělování pojistného tyto rozdíly dostatečně kompenzuje. Zejména z těchto důvodů vidím systém VZP s jedinou veřejnou zdravotní pojišťovnou jako lépe vyhovující.

⁷¹ Příjmy jsou přímo úměrné ekonomickému růstu, s vyšším růstem HDP stoupá celková suma vynaložených prostředků. S tím souvisí i růst mezd a platů, jelikož od nich se odvíjí výše pojistného. Při předpokládaném růstu HDP o 3,5 % ročně a při růstu mezd o 5 % ročně se zvýší vybrané pojistné každý rok o cca 4 % (asi 5 mld. ročně).

Pokud by došlo k vytvoření jediné zdravotní pojišťovny, mělo by dojít k úspoře administrativních a provozních nákladů a také by došlo k uvolnění dosud používaných prostor, které je možno využít jiným (účelným) způsobem. Dojde k mnohem snadnější kontrole hospodaření s těmito prostředky (audity). Výkonem této kontroly by byl pověřen Nejvyšší kontrolní úřad, popř. Ministerstvo financí. Bude také třeba zavést tvrdé sankce za zneužití těchto prostředků.

Dalším nezbytným krokem je zavedení tzv. „stop stavu“ v případě otevírání nových zdravotnických zařízení (ambulantních pracovišť a lékáren), kde je jimi poskytovaná zdravotní péče hrazena v VZP (jako např. ve Švýcarsku).

V ČR existuje velmi hustá síť ambulantních pracovišť znamenající neefektivní a nadměrné vynakládání finančních prostředků. Je tedy třeba vytvořit optimální síť těchto zdravotnických zařízení. Po zavedení „stop stavu“ bude účelné obsazovat uvolněná místa na základě výběrových řízení, což zajistí kvalitní lékařskou péči.

Podobně je tomu i v případě lékáren. Těch je dnes, pokud jde o „standardní“ lékárny, nadbytek. Bohužel tzv. pohotovostních lékáren ubývá. V součtu jde opět o neefektivní fungování. Nutností je zajištění vyvážené sítě lékáren z pohledu celé ČR, zejména ve venkovských oblastech, nikoli růstu počtu lékáren. K tomu přistupují vysoké zisky jejich „provozovatelů“ způsobené neexistencí odpovídající regulace. I v této oblasti se „volná“ konkurence nijak neosvědčila a z hlediska pacientů a celého systému představuje spíše krok zpět než přínos. Mnohem lépe fungující se z mého pohledu jeví organizace neziskových lékáren (provozovaných státem v právní formě obchodních společností) s předem stanovenou regulací a „přiměřenou marží“ odvíjející se od skutečné výrobní ceny léčiv. To vše za rovných podmínek, aby nedošlo k vyloučení možnosti existence lékáren soukromých. Domnívám se, že by došlo k „příznivější“ konkurenci z pohledu příjemců zdravotní péče.

Zavedením těchto prvků do systému VZP dle mého názoru dojde k úspoře nemalých finančních prostředků, z kterých bude možno výše vymezenou zdravotní péči hradit.