

### Vybrané problémy zdravotnické reformy – legislativní pohled

Signalizovaným krokem zdravotnické reformy bude přeměna pojišťoven na akciové společnosti a umožnění tvorby zisku.

V českém zdravotnickém legislativním prostředí nemá změna právní formy zdravotní pojišťovny na jinou právní formu dramatický vliv. Pouze se změní struktura některých vrcholových orgánů, ale pojišťovna musí nadále respektovat české stávající zákony, včetně tak zásadních a omezujících regulí jako je centrální určování péče, hodnoty bodu, ceny léků apod. Mimochodem, některé z těchto regulí mají spíše charakter cechovního systému budování bariér a ochrany před konkurencí, než aby zlepšovaly péči o pacienta a jeho zdraví.

Připravovaná změna buď není plně popsána veřejnosti, nebo je částečně nedomyšlená, především není zřejmé jak se budou řešit některé ustanovení obchodního zákoníku. Např. ze znění dnešního zákona vyplývá, že dozorčí rada má být obsazena z jedné třetiny zástupci zaměstnanců. V dozorčí radě zdravotní pojišťovny by ale z hlediska logiky problému měli mít minimálně 30-ti % účast zástupci pacientů, nikoliv zaměstnanci pojišťovny.

Pozitivní vliv formy akciové společnosti bude mít standardizace pravidel, vykazování hospodaření pojišťoven, standardizace postupů, přiblížení k jasnému typu hospodářské společnosti, včetně vymezení pravomocí managerů apod.

Bohužel, z dosavadních známých informací není dosud jasné jak se budou rozdělovat akcie, kdo bude volit na valných hromadách, kdo bude mít na ně přístup, jakým způsobem budou pacienti ovlivňovat svoji pojišťovnu.

Zdravotní pojišťovny totiž vznikly na základě „přání pacientů“ (byť zprostředkovaných politickou reprezentací), nikoliv jako podnikatelský záměr, jakým je např. založení komerční pojišťovny včetně potenciálního rizika neúspěchu. Hlavním posláním zdravotní pojišťovny je totiž zajišťovat co nejlepší péči pro své klienty, nikoliv tvořit zisky pro akcionáře.

Dramatický vliv bude mít případné umožnění tvorby zisku pro akcionáře, tak jak bylo prezentováno ministrem, např. 20 % kladného hospodářského výsledku lze přeměnit na zisk a ten vyplatit dividendou akcionářům.

Není jasné, jak by měly pojišťovny dosahovat zisku, když všechny zásadní finanční limity jsou pevně dané vyhláškami MZ o ceně léčiv, ceně péče apod.

V tomto dnešním prostředí nelze očekávat silný tlak na efektivitu poskytovatelů zdravotní péče, na jejich hustotu, množství, kvalitu nebo naopak rozšiřování péče o pojištěnce, rozšiřování kvality služeb apod. ale jen na snížení výdajů za péči.

Zdravotní pojišťovna se totiž nemusí obávat odchodu svých klientů, ti totiž musí být povinně pojištěni. Management tedy nemusí hlídat kvalitu svých produktů, ale jen počty odcházejících klientů a bude se snažit snížit náklady na péči.

Umožnění tvorby zisku nepovede k pozitivním změnám, dokud se nezruší finanční limity a nařízení, typu ceny léků, ceny péče, služeb apod. Navíc by bylo potřebné vybudovat systém měření tak složitého pojmu jako je kvalita a rozsah péče, kterou poskytuje pojišťovna svým pojištěncům.

Uvolnění „tvorby zisku“ z uspořené pojistné je mírně řečeno ekonomický nesmysl. Je to asi jako kdyby si ministr financí přebytek státního rozpočtu stáhnul do své kapsy, jako odměnu za dobré hospodaření a řízení úřadu. Nebo primátor města neobnovoval infrastrukturu svého města a uspořené peníze si rozdělil společně se zastupiteli.

Jak státní rozpočet, tak pojistné vybrané na zdravotní péči jsou veřejnými prostředky, které má dobrý hospodář (ministr financí, zdravotní pojišťovna, primátor města) přerozdělit, distribuovat do společnosti s minimálními náklady, ztrátami a dosáhnout co největšího veřejného blaha, prospěchu. V případě zdravotní péče to znamená max. rozsah a kvalita zdravotní péče.

**Kombinace přechodu ZP na akciovou formu je dobrým krokem pro standardizaci činnosti pojišťoven, byť není vyřešena řada souvisejících problémů.**

**Ovšem uvolnění tvorby zisku z pojistného, jak bylo prezentováno, přinese více či méně skryté omezování rozsahu a kvality zdravotní péče.**

Z dlouhodobého hlediska by bylo mnohem prospěšnější nejprve oddělit peníze pojištěnců a administrátora pojišťovny.

Pokud by se uvažovalo o změně právní formy a tvorbě zisku, je nutné nejprve oddělit peníze pojištěnců od provozních prostředků. Prostředky na zajištění zdravotní péči distribuovat podle potřeby pojištěnců a peníze na provoz ZP a jejich efektivní využití necht' generují i zisk.

Pojišťovnu je vhodné tedy rozdělit na „fond peněz na péči“ a případnou akciovou společnost, která zajišťuje péči, provoz, administrativu, vypořádání.

Dnes je na provoz zdravotní pojišťovny vyčleněno cca 1,5% z vybraného pojistného – ty necht' jsou řádným příjmem akciové společnosti a z ní je možné tvořit zisk. Takto dosažený zisk vypovídá o schopnosti managementu efektivně řídit provoz a administrativu.

Ostatními prostředky, tj. 98,5%, necht' se nakupuje zdravotní péče pro pojištěnce. Ovšem ani forma akciové společnosti nám neukáže, zda těchto 98,5% bylo vynaloženo správně, zda jsou pojištěnci správně a levně léčeni, zda se o jejich zdraví co nejlépe pečuje.

Vzhledem k rozsahu a objemu zdravotní péče dokonce ani není dokonale možné kvalitu poskytované péče měřit a kontrolovat administrativně, zde je nutno nechat volnost pro všechny účastněné, aby „volili nohama“, tj. vybrali si podle svého uvážení. Nespokojený pojištěnec přejde k jiné pojišťovně, nespokojený pacient přejde k jinému lékaři, nespokojený lékař neuzavře smlouvu s pojišťovnou a doporučí změnu svým pacientům, atd.

Podobné oddělení prostředků pojištěnců a provozovatele již dávno a úspěšně funguje např. u fondů kolektivního investování a doufejme, že se připravuje u fondů penzijního připojištění se státním příspěvkem.

Pokud by se přistoupilo na ministrem avizovanou formu akciové společnosti a tvorbu zisku z úspor pojistného, bylo by nutné akcie rozdat pojištěncům, aby na valných hromadách mohli hlasovat, zda chtějí tvořit zisk a vyplácet dividendy a to i na úkor rozsahu a kvality zdravotní péče, nebo dají přednost rozsáhlé zdravotní péči, ale nulovému zisku.

Zdravotní pojištění je povinné, takže umožnit tvorbu zisku pojišťovnám by muselo být doprovázeno možností neplatit zdravotní pojištění, což ovšem zcela odporuje evropské tradici, ať již v bismarckovském systému nebo v britském systému NHS. Oba systémy mají tak svá logická a systémová omezení.

V dosud prezentované ministrově ideji je bohužel takto zakódováno omezování zdravotní péče.

Dále není např. jasné, jak se kupříkladu VZP vyrovná se ztrátami, které dosud každoročně generuje a které občas za několik let, s velkým politickým humbukem, stát vyrovná (viz např. Rathovo jednorázové „ozdravení“ hospodaření VZP prostřednictvím finanční injekce, kterou jsme zaplatili všichni). Jak by měla ve stávajícím prostředí VZP dosáhnout zisku, aniž by při tom nesnížila objem péče pro své pacienty? Na tento v podstatě jasně viditelný problém nebyl z reformního týmu předložen ani jeden rozbor nebo způsob řešení tohoto a dalších rizik.

Základní myšlenkou akciové společnosti je riziko akcionářů, kteří riskují svůj vložený akciový kapitál v případě neúspěchu na trhu a také volnost potenciálních zákazníků koupit od této společnosti produkt, služby anebo naopak je nekoupit.

To však v současné době u zdravotních pojišťoven není možné, protože dnešní zakladatelé zdravotních pojišťoven neriskují. Zdravotní pojišťovny vznikly ze zákona, své chyby mohou přenést na klienty, pojištěnce nebo na stát (např. hospodaření VZP).

A především občané musí být pojištěni a musí platit pojistné. Nemohou volit jinou alternativu, nemají možnost jiného výběru služeb.

## Vybrané problémy zdravotnické reformy – organizační pohled

Vědecký přístup k tvorbě zdravotní politiky, zmíněný ve vašem zadání zní trochu nadneseně, má však racionální jádro.

Jeden z autorů tohoto textu publikoval 16. března 1994 článek v Respektu a ve Zdravotnických novinách pod názvem „Má české zdravotnictví koncepci?“. Článek analyzoval stav prací na koncepci zdravotnictví a vytyčil základní problémy. V mezičase byla publikována celá řada materiálů MZ ČR – prakticky každý ministr/ministryně vytvořili „koncepční“ materiál, aniž byl kterýkoliv z nich jako ucelený koncept realizován. Myslíme si, že stojí za to citovat z tohoto 14 let starého článku, poněvadž situace se –bohužel- příliš nezměnila.

Vytvořením nové koncepce zdravotnictví pověřil v lednu 1990 ministr Pavel Klener skupinu asi 40 dobrovolníků známou jako "Skupina pro reformu" (SKUPR). Tato skupina vypracovala v průběhu roku 1990 jak stručnou analýzu dosavadního systému, tak posléze "Návrh nového systému zdravotní péče". Ten byl 12. prosince 1990 přijat vládou formou usnesení<sup>1</sup>.

Materiál „trpěl“ řadou problémů, z nichž některé připomínají silně současnou situaci „Kulatého stolu“.

Především bylo mlčky přijaté řešení, podle něž se o návrh změny a nového systému pokusí amatérský, nehonorovaný tým nadšenců s nepříliš vhodnou profesní skladbou. (Drtivá převaha lékařů a naprostý nedostatek právníků, ekonomů, manažerů, sociologů, informatiků apod.)

Pro vypracování nového systému byl stanoven nereálný časový horizont. Podceněna byla administrativní, legislativní a organizační a časová náročnost zavádění nového systému. To tehdy dohlédali zejména zahraniční experti.

V době, kdy byly přijaty všechny zásady Nového systému (přelom 1990/91), měl do hry vstoupit kvalifikovaný manažer - nejlépe pro tento účel zplnomocněný náměstek ministra. Doba euforie, ale i amatérismu měla skončit. MZ mělo vyvinout tlak na svoji vlastní výzkumnou základnu a mělo formulovat smysluplné zakázky na koncepci jednotlivých částí zdravotnické soustavy. Mělo být vyžadováno vypracování variantních, alternativních studií včetně organizačních i ekonomických rozvah a hodnocení dopadů navrhovaných opatření. Měly být vypsány veřejné soutěže s atraktivními finančními odměnami. Tím by MZ zaangažovalo na řešení příslušných problémů nejenom zdravotníky, ale tolik potřebné profesionály jiných oborů - ekonomy, právníky, sociology, informatiky a další. Bylo možno iniciovat konstituování flexibilních profesních týmů z pracovníků vlastní výzkumné základny, univerzit i dalších interesovaných institucí i jednotlivců.

Nic z toho se bohužel nestalo. Závažná koncepční rozhodnutí se dělala ve skrytu ministerských pracoven, s minimální komunikací navenek, s nedostatečnou veřejnou diskusí.

Základem tohoto problému byla špatně pochopená role "analýzy" a "decise", výzkumu a rozhodování. Ministerstvo je vrcholový decisní orgán, přebírající zodpovědnost za koncepcí předkládané ke schválení parlamentu a celou řadu dalších nařízení a rozhodnutí. Aby bylo možno předložit kvalitní koncepcí (návrh zákona apod.), je nutné mít dostatek analyzovaných a argumentovaných variant. Nejvlastnější obsah decise - její *raison d'être*, je v kvalifikovaném posouzení možných řešení problémů a rozhodnutí pro nejlepší z nich s ohledem na širší politické, ekonomické a další souvislosti. Naopak posláním výzkumu je analytické zpracování variantních řešení daných problémů, které nevyklučuje jejich hierarchizaci a preference. Problémem je záměna obou částí tohoto syntetického procesu. Analytik nesmí vnucovat decisi jím preferovaná řešení, decise nemá provádět analýzy možných řešení. Vždy totiž existuje reálné nebezpečí sklouznutí takové "analýzy" do obhajoby předem (i nevědomky) zvolené varianty. Metodické postupy analýzy a decise jsou odlišné. Analýza má především zcela odlišné "časování". Má-li být něčím víc než pouhým kvalifikovaným odhadem, je k

---

<sup>1</sup> Je však nutno zdůraznit, že nebyl nikdy politicky přijat parlamentem a nestal se tedy kontrolovatelný.

ní potřeba určitý čas. Ten lze zkracovat pouze za cenu snížení kvality výsledku. Decisi je nutno naopak provádět relativně rychle. Vzájemná provázanost je nasnadě.

Kvalifikovaně prezentovaná analýza znamená převod jazyka sofistikovaných odborných analýz do jazyka srozumitelného odborníkům jiných oborů. Úředník decise je takovým odborníkem. Resp. měl by jím být. Bohužel je pravdou, že naše výzkumná sféra často nebyla schopna své analýzy takto prezentovat a na druhé straně snaha vyškolit vrstvu skutečně kvalifikovaných byrokratů (administrátorů apod.), vědomých si ceny analytických informací a schopných s nimi také pracovat, je dodnes teprve v počátcích.

Ministerstvo pracovalo i nadále amatérským způsobem. Nepocítilo potřebu analytických informací pro své rozhodování<sup>2</sup>. V nově zavedené Interní grantové agentuře (IGA) byla ze 13 komisí jen jedna orientována na problematiku organizace a řízení. MZ neformulovalo prakticky jedinou dlouhodobější zakázku v tomto směru. A to ani své vlastní výzkumné základně, kterou platilo, ani jakékoliv jiné, nezávislé instituci (univerzity apod.).

MZ disponovalo svojí vlastní výzkumnou bází do roku 1992. Byl to Ústav sociálního lékařství a organizace zdravotnictví - ÚSLOZ. Můžeme být kritičtí k produkci ústavu, pod novým vedením od roku 1990 však byla šance na vytvoření moderní výzkumné základny pro oblast zdravotní politiky, zdravotnického managementu a zdravotní ekonomiky. V předpokládané koncepci propojení sběru dat (ÚZIS) a výuky (Škola veřejného zdravotnictví) s analytickou prací ÚSLOZ bylo lze očekávat rozumnou informační základnu pro vrcholovou decisi.

Bohužel, ministr Lom neviděl v práci ústavu žádný přínos a jak řekl jednomu ze spoluautorů tohoto textu: „informace nepotřebuji, vím sám nejlépe, co je potřeba udělat“. Ústav byl zrušen bez náhrady a kvalifikovaní pracovníci se přesunuli do VZP, škol apod. MZ nikdy neformulovalo jakoukoliv zakázku či prioritní témata, ke kterým by se mohly týmy, jakkoliv sestavené přihlásit a o jejichž řešení by byli mohli ve veřejné soutěži IGA usilovat. Volba témat vždy zůstávala na samotných výzkumnících a dlužno dodat, že jejich část měla k promyšlené zdravotní politice značně daleko. Navíc jsme přesvědčeni, že i takto chaoticky sesbírané výsledky nebyly využívány v decisi tak, jak by si byly zaslouhovaly. Většinou skončily v archívu MZ a Lékařské knihovny. Na pracovní stůl ministerských úředníků se zřejmě dostávaly málokdy, což odpovídalo příkopu mezi decisi, která neformulovala požadavky a priority a výzkumníky, formulujícími nabídku řešení problémů, o které decise v podstatě neměla zájem. Příslušná komise IGA tak působila jako „bižuterie“ na těle MZ, poněvadž podobné instituce byly i v jiných vyspělých zemích a tak se „slušelo“ mít něco podobného i u nás.

Pokus Dr. Hávy, který založil s politickou podporou ČSSD Institut zdravotnické politiky a ekonomiky IZPE ukončil ministr Rath zrušením ústavu. Jiné koncepty se nedostaly ani do stádia projednání. Setrvačnost práce vrcholové decise z doby před rokem 1989 je obrovská. IGA postavila pro práci týmů, zabývajících se zdravotní politikou a příbuznými tématy limit publikací v impaktovaných časopisech, které u nás pro tyto obory neexistují a zahraniční časopisy o českou problematiku zdravotnictví dávno ztratily zájem. Týmy, které předložily i smysluplné projekty tak od těchto témat odstoupily.

---

<sup>2</sup> Tento problém do jisté míry souvisí se zvláštní situací v řízení (managementu) zdravotnictví. Zdravotnictví je strukturou jistých služeb pro obyvatelstvo. Má nároky na makroekonomické zdroje, má vnitřní ekonomickou, sociální, organizační strukturu, četné vazby na nezdravotnickou oblast (sociální, ekologickou, pracovní apod.). Podléhá obdobným zákonitostem jako jakákoliv jiná organizace. U nás však existuje povědomí zejména zdravotníků, že řídit zdravotnictví a zdravotnické zařízení může nejlépe lékař. Ve vyspělých zemích i zdravotnictví řídí manažeři. Zdravotníci manažeři! Lékaři jsou odborníky na léčení, ne na ekonomiku ani na management, ačkoli se většina z nich domnívá, že "to není žádná věda". Není s dostatek chápáno, že jde o svébytné a na vysoký stupeň profesionality náročné obory. S půvabem nechtěného to vyjádřil bývalý ministr Rubáš v interview pro Respekt v létě 93, když na otázku, jak je připraven a vybaven poradit si s ekonomickými problémy resortu, neargumentoval vlastním kvalifikovaným týmem ekonomů MZ, ale odpověděl, že ho ekonomické otázky zajímají a že měl tatínka ekonomu.

8. dubna 2008  
Aleš Müller, Jan Jaroš  
Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy

Pokud MZ nepřehodnotí toto pojetí, je koncepční práce na dlouhodobých změnách stále v riziku selhání. Konkrétně: pokud tým „Kulatého stolu“ je sice zřízen, ale nemá vlastní rozpočet, který mu umožní zadávat kvalitní podkladové studie, tým několika málo nadšenců nebude schopen opravdu kvalitní a kvalifikované produkce.

Další rozměr analytických prací je dán přece jen pomalu se prosazující decentralizací i formulovanou odpovědností představitelů krajů za oblast zdravotní péče, zdravotní politiky apod. Kraj je vhodnou strukturou. V obdobném duchu by mohly přispět zdravotní pojišťovny. V tomto směru jsme vypracovali návrh na zřízení flexibilního centra pro výzkum v těchto oblastech. Týmu „Kulatého stolu“ byl tento návrh předán a odkazujeme na něj.

Aleš Müller; Jan Jaroš

Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy

## Poplatky vygenerují jiné problémy

Již tři měsíce běží první kroky nové, již několikáté, reformy zdravotnictví. Zatím výsledky vypadají povzbudivě. Po prosincovém návalu klesl u praktických lékařů počet pacientů, pohotovosti také mají menší počet návštěvníků, levné léky si pacienti kupují bez předpisů. Pověstí se má za to, že poplatky plní svoji regulační úlohu.

Nicméně dle statistických údajů, které dlouhodobě sledujeme, se domníváme, že vliv nebude tak velký, jak se v současné době jeví. Až se vyčerpá efekt předzásobení obyvatelstva léky a službami, tak se čekámy jak praktiků, tak odborných lékařů opět naplní. Po ustálení těchto krátkodobých turbulencí odhadujeme, že pokles počtu návštěv především u praktických lékařů bude kolem 10-15%.

Vliv poplatků na pohotovosti, záchranné služby a v lékárnách lze očekávat setrvale. Poplatky z léků zřejmě plní svoji funkci poměrně úspěšně. Levnější léky si pacienti kupují bez finančního a administrativního zatěžování pojišťoven a bez dlouhého čekání na předpis. Navíc u lékařů požadují předepsání léků pro delší období, čímž se sníží časová a administrativní zátěž jak PL, OAL, tak lékáren. Podle našich konzultací s vybraným okruhem PL pokles návštěv pacientů dosáhl 25-30 %, což se nám ale zdá být jen sezením výkyvem, který bude mít tendenci klesnout.

Zvyšování objemu léků vydávaných však bude mít negativní vliv na zisky lékáren. Očekávaný příjem lékáren za poplatky nevyváží snížení marží, které zřejmě bylo kalkulováno při zachování běžného objemu léků na receptu.

Objevil se však jiný fenomén – telefonující pacienti. Na vyhodnocení není zatím příliš mnoho dat a informací, ale hrozí, že počet kontaktů mezi pacientem a lékařem zůstane zachován a jen se změní jeho forma.

Dosavadní přesvědčení o důvodech zatíženosti praktických a odborných ambulantních lékařů je dána představou poklímávajících důchodců, kteří si kromě nemoci jdou popovídat s doktorem či sestrou nebo s ostatními pacienty, čili jdou si pro svou dávku sociálního kontaktu. Ovšem z podrobnějších výzkumů vyplývá, že rozsáhlým spotřebitelem je také aktivní populace, která potřebuje velké množství různých potvrzení – od řídicího průkazu po potvrzení pro nástup do zaměstnání. Ale především krátká několikadenní choroba, např. chřipka, žaludeční nevolnost, nachlazení, si u aktivního občana vyžádá dva kontakty s praktikem - zahájení pracovní neschopnosti a ukončení pracovní neschopnosti.

Nově vypluvší trend na povrch – kdy krátká nemoc je řešena krátkou dovolenou, je ale způsobena jinými faktory, než třicetikorunovým poplatkem, jak se v tisku i odborných okruzích prezentuje. Dovolenu místo choroby si berou dva druhy pacientů.

První vědí jak léčit svoji chorobu a nejsou ochotni podstoupit dlouhé a trapné čekání u praktika, který stejně sdělí to co pacient ví – čaj, postel, nebo černé uhlí a dieta.

Druhá skupina se rekrutuje z pracovníků „high-end“ pracovních pozic a firem. V těchto firmách je totiž nemoc částečně vnímána jako negativní signál o neschopnosti vydržet vysoké pracovní nasazení. Dovolena je akceptovaná jako ospravedlnitelný důvod nepřítomnosti. Nemoc je vnímána negativně. Jedná se o nový a velmi nezdravý jev.

Domníváme se, že aby poplatky dobře plnily svoji funkci, musí následovat i další změny. Nejprve v nemocenské. Letos poprvé platí, že první tři dny nejsou placeny. Tento malý krůček doslova vyzývá k další změně v českých předpisech a to k možnosti krátkodobé nemoci bez potvrzení lékaře.

Dnes totiž banální chřipka nebo žaludeční nevolnost musí být potvrzena lékařem, což prezentuje minimálně již zmíněné dvě návštěvy u lékaře.

Je tedy nanejvýš vhodné legislativně umožnit, aby zaměstnanec se mohl dohodnout se zaměstnavatelem na např. dvě krátké nepřítomnosti ročně na pracovišti po dobu oněch tří dnů z důvodu nemoci a bez potvrzení lékaře.

Je legislativní i faktický nesmysl hnát odpovědného občana k doktorovi pro papír, který má pro něj nulovou finanční hodnotu plus pro pokyny k léčení, které jsou předvídatelné (postel, čaj, paralen,

černé uhlí) a navíc ony léky si dnes občan stejně koupí bez předpisu. Tuto možnost uvítají jak zaměstnanci, tak lékaři a až tento krok umožní snížit zatížení především praktických lékařů o dalších 10 až 15 % počtu návštěv.

Vyskytnou se případy zneužití, ale velmi záleží na kontrolních mechanismech, které budou dohodnuty mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Případné zneužití se však obrátí jen proti takto jednajícím osobám, nikoliv proti celému systému.

Podobnou optikou je se potřeba dívat na další prvky celého českého sešněrovaného zdravotnictví a krůček po krůčku je měnit. České sociální a zdravotní zákonodárství v sobě stále nese pečeť socialistické kontroly osob systémem – pacient je nesvéprávný a hloupý, je nutno kontrolovat lidi, nenechat jim prostor pro vlastní rozhodnutí a především poslat je zpátky do práce.

Usuzujeme tedy, že po několika měsících se opět čekárny naplní a situace se vrátí víceméně do stejné situace jako před poplatky. Snížení počtu kontaktů pacientů s praktickou a ambulantní sférou o 10-15% bylo téměř zázrakem. O tom ostatně svědčí i zkušenosti ze Slovenska, které obdobné reformní kroky zavedlo již dříve.

Pro běžného konzumenta péče je efektem poplatků zvýšení objemu financí vložených do rukou poskytovatelů péče bez faktické zpětné vazby, která by zajistila jejich využití pro zkvalitnění péče.

Nejde totiž jen o přímé úspory za nevydané léky, nevykonané návštěvy u lékaře, ale také o uspořenou administrativní práci, která je za viditelnou prací PL, lékárníka, OAL apod.

Lze odhadnout, že první rok se na poplatcích vybere cca 4 mld. Kč, což čítá asi 2% rozpočtu zdravotnického systému. Tomu by odpovídalo snížení zdravotního pojištění z dnešní sazby 13,5 % na 13,25%. Jedná se sice zdánlivě o nepatrnou změnu, o cca 75 Kč měsíčně u průměrného platu.

Dále lze velmi hrubě odhadnout, že úspory v celém systému budou asi 4 až 8 mld. Kč, i když na přesnější odhad si musíme počkat alespoň 12, nejlépe však 24 měsíců.

Těchto 8 mld. Kč by znamenalo snížit sazbu zdravotního pojištění z 13,5% na 12,7 % a to znamená již snížení 240 Kč u průměrného platu a to je již významná částka.

Bohužel o záměru snížení sazby zdravotního pojištění z důvodu úspor v systému není v plánech či slovech ministra a jeho reformního týmu není ani slovo.

Nezbývá zatím nic jiného než smutně říci, že reforma dosud prospěla pouze poskytovatelům – snížení práce, zvýšení zisků. Což je od pravicového politika poměrně chudý výsledek a pro reformu zdravotního systému poměrně málo.

Závěrem lze konstatovat, že Julínkova reforma skýtá velké příležitosti pro změnu českého rigidního zdravotnictví, ale každý krok vyvolá jako pozitivní tak negativní efekty. Negativní efekty budou, při dobré vůli, odstranitelné.

Aleš Müller, Jan Jaroš

Sdružení pro výzkum zdravotnické soustavy