

Alternativy pro české zdravotnictví: Institucionální rámec systému veřejného zdravotního pojištění

Zpracováno na základě podkladu Ing. Vratislava Matyše, JUDr. Karla Hlaváčka (Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR – ústředí) a RNDr. Jiřího Schlangerera (Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR) a memoranda expertů Světové banky z jednání s českým expertním týmem ministra financí k finančním aspektům reformy zdravotnictví RNDr. Jiřím Schlangerem s laskavou pomocí Bc. Lucie Antošové (Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze)

I.

Finanční udržitelnost

Potřeba reformy zdravotnictví vychází z několika příčin. Z potřeby dlouhodobé fiskální udržitelnosti země, rostoucí diferenciací v dostupnosti a kvalitě zdravotní péče a ze skutečnosti, že jsou zřejmě již vyčerpány pozitivní podněty, které vedly v devadesátých letech ke zlepšování charakteristik zdravotního stavu obyvatel.

Veřejné zdravotní pojištění je stejně jako veřejné rozpočty v deficitu. Tento deficit činí ročně cca 5 % objemu prostředků fondu zdravotní péče veřejného zdravotního pojištění. V roce 2003 byl deficit vyšší než 8 mld., v tomto roce dosáhne čísla 8 mld., k obdobným číslům zřejmě dojdeme i v letech 2005 a 2006, protože Programové prohlášení vlády dává najevo, že se současná vládní koalice nedohodla na řešení, ani na tom, že by řešení mělo být nalezeno a uplatněno v době jejího mandátu. Deficit se průběžně kumuluje, vede ke zpoždování plateb pojišťoven a následně k insolvenčnímu postavení poskytovatelů péče a jejich dodavatelů. Triviálně lze odvodit, při jakém kumulovaném deficitu by došlo k krachu celého systému. Ten byl zatím odvrácen opakovaným odkupem pohledávek zdravotních pojišťoven Konsolidační agenturou. Tento odkup sice na čas vyřešil situaci zdravotního pojištění, zároveň však zůstal položkou dluhu veřejných rozpočtů jako celku.

Díky rostoucím pravomocem zdravotních pojišťoven a prostředkům konkurzního práva klesá nedovýběr pojistného a tím i objem pohledávek zdravotních pojišťoven. Rok 2005 je posledním, ve kterém lze ještě operaci odkupu pohledávek zdravotních pojišťoven uskutečnit. Paradoxně pokles objemu pohledávek snižuje míru roční negativní bilance zdravotního pojištění. Znamená to, že deficit se generuje nezávisle na úspěšnosti výběru pojistného, jednoduše řečeno, systém vždy využije situace, kdy se v něm objeví dodatečné zdroje i nad míru pojistných plánů zdravotních pojišťoven.

Reformu v druhé polovině volebního období a v mandátu této vlády sice nelze předpokládat, to však neznamená, že v zemi chybí iniciativa k formulování potřebných reformních kroků. Ukazuje se, že spotřebitelé, plátcí a správci pojištění jsou zpravidla mnohem odpovědnější než vláda. Předchozí vláda alespoň pověřila vládní tým k přípravě strukturálních reforem, mezi něž patří i reforma zdravotnictví. Práci na jejím fiskálním rámci se ujal místopředseda vlády a ministr financí Bohuslav Sobotka v rámci vládního týmu pověřeného strukturálními reformami. Ministr za tím účelem sestavil expertní tým a s ním zahájil konzultace se Světovou bankou. Po změnách ve vládě uskutečněných v srpnu 2004 by se této role měl ujmout místopředseda vlády Martin Jahn.

Finanční udržitelnost zdravotnického sektoru závisí na hospodárnějším využití prostředků a na jasném ohraničení výdajů na zdravotnictví na současné úrovni podílu HDP.

Zahraniční zkušenosti a domácí expertní práce ukázaly, že český problém nelze zvládnout pouhým snížením výdajů prostřednictvím krátkodobých mimořádných opatření, jako je například opakovaně navrhovaná redukce služeb, protože se v důsledcích mohou stát kontraproduktivními. Je třeba projektovat opatření, jejichž důsledky dlouhodobě přetrvávají, a ta jsou dvojího druhu – institucionální a regulační.

Důležitou roli při projektování těchto opatření hraje politická, respektive společenská shoda na hodnotách, kterými má být charakterizován zdravotní systém. Debata o hodnotách nemůže nevzít v úvahu historický kontext země, v níž byl po léta uplatňován a téměř k dokonalosti doveden systém veřejného zdravotního pojištění (viz zákon z roku 1927 a převzetí jeho principů v dalších zemích). V roce 1993 byl sice systém veřejného zdravotního pojištění znovu zaveden, ale k původní funkčnosti a dokonalé úpravě vztahů všech zúčastněných subjektů má daleko. Přesto či právě proto většina účastníků systému, respektive zainteresovaných stran přijímá koncept sociální solidarity a existence plurality poskytovatelů pozitivně. Vede se debata o konkurenci zdravotních pojišťoven a o rozdělení prostředků mezi odvětvími, respektive uvnitř odvětví mezi segmenty zdravotní péče. Přitom se on-line řeší řada selhání, která jsou vlastní samotnému zdravotnímu pojištění, ale v míře, která neodpovídá situaci dobře zavedených systémů a představuje tím zbytečné zatížení regulační role státu.

K zajištění dlouhodobé fiskální udržitelnosti systému je třeba přehodnotit rozsah jeho služeb, aby skutečně obsahoval a financoval činnosti, které směřují k lidskému zdraví a mají na něj pozitivní vliv. Zároveň musí být uvolněn trh pro soukromě financované služby nabízející širší možnosti těm, kteří jsou ochotni a schopni je zaplatit. V podstatě by mohly existovat dva druhy pojistného krytí:

- (1) povinné, pokrývající klinicky nezbytné služby poskytované ze stávajícího systému zdravotního pojištění,
- (2) volitelné a dobrovolné, pokrývající dodatečné služby poskytované jako připojištění,

Služby kryté povinným pojištěním by měly zahrnovat dále:

- (1a) zdravotnické služby pro prevenci chorob,
- (1b) zdravotnické služby pro včasné zachycení nemoci,
- (1c) ambulantní a nemocniční péči pro diagnostiku a léčení nemoci,
- (1d) zdravotní péči pro chronické nemoci,
- (1e) zdravotní rehabilitaci,
- (1f) neodkladnou zdravotní péči,
- (1g) zdravotní péči pro těhotenství, porod a mateřství,
- (1h) lékařsky indikované ambulantní služby,
- (1i) léky a prostředky na předpis podle příslušných plánů.

Všechny tyto služby pokryté povinným pojištěním musí být poskytovány nejefektivnějším možným způsobem z hlediska nákladovosti.

Volitelné zdravotní připojištění by nemělo mít zásadně vliv na služby a krytí v rámci povinného zdravotního pojištění a mělo by zajišťovat služby a zboží mimo jeho rámec:

- (2a) zdravotní služby, které nemají vztah ke zdraví, resp. nemoci (např. kosmetické služby),

(2b) ubytování na žádost pacienta mimo hospitalizaci,
(2c) vyšetření pro zaměstnání, zaměstnavatele a další účely,
(2d) běžná preventabilní stomatologická péče a protetika,
(2e) léky a prostředky, které nejsou na předpis a léky prostředky mimo příslušné plány (viz 1i),
(2f) oplodnění in vitro, (Pozn. V tomto případě je třeba zvažovat prostředky propopulační politiky a finanční souvislosti)
(2g) další péče, která není obsahem hrazené péče dle (1).
Balík připojištění musí být dobře definovaný, komplexní a pojistitelný. Prostředky připojištění nesmí být používány na krytí případné spoluúčasti při povinném zdravotním pojištění.

II.

Institucionální rámec veřejného zdravotního pojištění

Podle čl. 31 Listiny základních práv a svobod má občan právo na bezplatnou zdravotní péči a pomůcky na základě veřejného pojištění za podmínek, které stanoví zákon. Toto právo přináleží k sociálním právům občana. V nynějších členských zemích Evropské unie jsou obdobná práva součástí sociálních systémů, které je svým členům poskytují formou věcných dávek. Nositelem a poskytovatelem sociální věcné dávky je zdravotní pojišťovna a tím, kdo dávku naplní lékařskými výkony, je nemocnice, ambulantní lékař a podobně, zkrátka poskytovatel zdravotní péče. Poskytovatele zdravotní péče si zdravotní pojišťovna vybere a uzavře s ním smlouvu o tom, jaké výkony a za jakou cenu u něj nakoupí. To ale může fungovat jen za podmínky, že jednotliví účastníci jsou si vědomi svého vlastního postavení a postavení ostatních a vzájemně je respektují.

Právní úprava veřejného zdravotního pojištění jako součásti sociálního systému v širším smyslu by měla obsahovat úpravu nároků účastníka tohoto pojištění, tedy rozsah a obsah poskytovaných věcných dávek zdravotní péče, okruh plátců příspěvků čili pojistného a výši příspěvků, a konečně právní úpravu postavení a úkolů (pravomoci a působnosti) nositelů tohoto pojištění (zdravotních pojišťoven).

Velmi schematicky lze konstatovat, že má existovat trh s nabídkou zdravotnických služeb, na němž si může pacient nakoupit zdravotní výkony za přímou úhradu nebo na němž nakoupí zdravotní pojišťovna výkony pro svého pojištěnce. Zcela bez vzájemné podmíněnosti má pak existovat soustava subjektů, spravujících sociální nároky jednotlivých pojištěnců.

Aby budoucí právní úprava byla skutečně funkční a vyvarovala se současných problémů, musí její základy stát na jasných, srozumitelných a dostatečně pevných právních základech. K tomu je nutné rozhodnout, které konkrétní okruhy právních vztahů mají být regulovány prostředky práva soukromého a které prostředky práva veřejného. Přitom bude třeba aplikovat některou z teorií o členění práva na veřejné a soukromé: např. podle zájmu (individuální nebo obecný), či podle finančních zdrojů (soukromé nebo veřejné). Lze stavět na tom, že soukromé právo vychází ze zásady, podle níž co není (zákonem) zakázáno, je dovoleno, zatímco veřejné právo respektuje zásadu, podle níž lze činit jen to, co zákon umožňuje, a to způsobem, který zákon stanoví.

Právní úprava provozování zdravotnických služeb je úpravou typicky soukromoprávní. Pro subjekty, které je provozují, mají být stanoveny technické, personální a zřejmě i vybrané finanční podmínky především v zájmu ochrany zájmů spotřebitele (pacienta) – v současné době je řada opatření motivována zájmem opačným, tedy ochranou lékaře či „zdravotnického zařízení“, což je zásadně chybné. Ten, kdo podmínky splní, má získat oprávnění k provozování zdravotnických

služeb. Z pohledu trhu a ochrany spotřebitele nemá mít význam právní forma držitele oprávnění a vlastnické vztahy. Provozování těchto služeb je pak záležitostí obecné a zvláštní způsobilosti, odbornosti a kvality a má být vystaveno působení regulované konkurence. Na samotné „poskytování zdravotní péče“ je třeba jednoznačně nahlížet jako na každou jinou službu poskytovanou na základě smlouvy. Protože má ve zdravotnictví svá specifika, má tato služba být upravena v tom rozsahu, ve kterém není dostatečná obecná úprava zejména smluvních vztahů podle občanského zákoníku. Ale jde o vztah soukromoprávní a jako takový je třeba ho chápat a upravovat. Nástrojů správního práva lze užívat pouze tam, kde jde o udělování oprávnění, kontrolu dodržování podmínek a odebrání takového oprávnění.

Na provozování zdravotnických služeb má být nahlíženo jako na podnikání, a to bez ohledu na to, kdo službu, poskytnutou konkrétnímu pacientovi v soukromoprávním vztahu mezi ním a provozovatelem služby, zaplatí. To s sebou samozřejmě nese všechna podnikatelská rizika, počínaje nesprávným podnikatelským záměrem a konče ukončením podnikání a likvidací podniku. Postavení toho, kdo poskytuje zdravotnické služby, nemůže a nesmí být v rámci právního řádu pojmáno odchylně (více či méně) než postavení toho, kdo poskytuje jiné služby. Pokud však mají být zdravotnické služby poskytovány na účet veřejného zdravotního pojištění, mělo by se to dít na základě veřejné zakázky. Předmětem zakázky je pak veřejná služba, spočívající v poskytování zdravotních výkonů, naplňujících věcné dávky veřejného zdravotního pojištění. Závazek k poskytování takové veřejné služby na sebe vezme držitel příslušného oprávnění zvláštní smlouvou za podmínek, které mohou být pro něj přísnější a méně vhodné, než jaké by sjednal, kdyby to záviselo jen na něm. Méně výhodné podmínky, které se mohou týkat provozní doby, ceny, splatnosti apod. mohou být vyváženy např. garancí platnosti vztahu na dobu delší, než je běžně obvyklé, jednodušším postupem uplatňování nároků, ale i garancí dlouhodobé solventnosti veřejného rozpočtu, z něhož je taková služba placena. Veřejná služba tedy zůstává podnikáním, byť za podmínek zvláště pro ni stanovených podle potřeb těch, komu je určena a možností rozpočtu, který jí platí.

Samostatnou úpravu má mít veřejné zdravotní pojištění jako součást sociálního systému v širším smyslu. Zdravotní pojišťovna je třeba jednoznačně chápat jako veřejnoprávní instituci, zřízenou za účelem výkonu veřejné správy věcných dávek zdravotní péče. K tomu má mít zdravotní pojišťovna působnost – vybírat pojistné, hospodařit s ním, vybírat držitele příslušných oprávnění k uzavření veřejnoprávních smluv o poskytování věcných dávek zdravotní péče jako veřejné služby - a pravomoci, zejména pravomoc rozhodovat ve věcech výběru pojistného, ale i úhrady věcné dávky. Jde-li o veřejnou správu, má být rozhodování pojišťovny zásadně přezkoumatelné soudem, ať již z podnětu orgánu státního dozoru nebo pojištěnce.

Shrnu li, o čem jsme dosud hovořili, pak

- každý, kdo se rozhodne podnikat provozováním zdravotnických služeb, má mít právo tak činit, pokud splní podmínky, stanovené zákonem a zaměřené především na ochranu spotřebitele – pacienta,
- provozování zdravotnických služeb je podnikáním, upraveným předpisy soukromého práva,
- poskytování zdravotní péče na účet veřejného zdravotního pojištění je veřejnou službou, tedy podnikáním za zvláštních podmínek, stanovených právní úpravou a veřejnoprávní smlouvou,

- provozování veřejného zdravotního pojištění je veřejnou správou za podmínek a způsobem, stanovených zákonem, v němž vůle pojišťovny je omezena rámcem zákona,
- na účet veřejného zdravotního pojištění lze poskytnout jen takovou věcnou dávku zdravotní péče, jejíž poskytnutí zákon umožňuje; v pochybnostech má být pravomoc rozhodnout svěřena zdravotní pojišťovně,
- vlastní poskytnutí zdravotní péče na účet veřejného zdravotního pojištění je provedením služby v soukromoprávním vztahu poskytovatel – pojištěnec, se všemi právy a závazky, které z tohoto vztahu vyplývají, tedy včetně odpovědnosti za vady a za případnou škodu,
- veškerá rozhodnutí o skutečnostech, které mají vliv na příjmy a výdaje veřejného rozpočtu zdravotního pojištění, má činit subjekt, nadaný k tomu příslušnou působností a pravomocí, a současně nesoucí i odpovědnost za své rozhodnutí a jeho důsledky.

Z toho plyne postavení hlavních účastníků veřejného zdravotního pojištění:

A. Pojištěnec

- má právo na čerpání věcné dávky zdravotní péče,
- má právo na rovnost v dostupnosti a kvalitě při čerpání věcné dávky zdravotní péče definované zákonem,
- má povinnost hradit zdravotní pojištění,
- má právo zvolit si zdravotní pojišťovnu a její pojistný plán a má možnost rozhodnout se pro připojištění a vybrat si z produktů nabízených pojišťovnou,
- má právo zvolit poskytovatele zdravotní péče, který má smlouvu s jeho zdravotní pojišťovnou.

B. Stát

- stanoví legislativní podmínky pro správu veřejného zdravotního pojištění,
- provádí regulace,
- provádí dohled nad výkonem správy zdravotního pojištění.

C. Zdravotní pojišťovna

- spravuje nárok pojištěnce na veřejnou dávku - věcnou dávku zdravotní péče,
- vybírá zdravotní pojištění,
- přezkoumává medicínské a sociální podmínky pro poskytnutí příslušné věcné dávky,
- stanovuje a řídí finanční podmínky poskytování věcné dávky zdravotní péče, prostřednictvím smluvní politiky pojišťovny. Smluvní politika se realizuje podle předem stanovených podmínek výběrového řízení na veřejnou zakázku – poskytování věcných dávek zdravotní péče.
- dohlíží nad dodržováním práva pojištěnce při čerpání věcné dávky zdravotní péče.

Při pluralitě zdravotních pojišťoven nesmí být předmětem konkurence kmen pojištěnců, ale kvalita zprostředkovaných služeb. Pojišťovny mohou řadu činností, které nejsou předmětem konkurence a je při nich možná a efektivní spolupráce, vykonávat společně prostřednictvím zákonem ustanoveného Svazu zdravotních pojišťoven s povinným členstvím nebo na základě smlouvy dobrovolně.

D. Poskytovatel zdravotní péče

- má právo ucházet se o veřejnou zakázku a uzavřít smlouvu o převzetí závazku veřejné služby o poskytování a úhradě zdravotní péče,

- má právo na úhradu poskytnuté zdravotní péče, pokud byla provedena podle stanovených podmínek v ceně, jaká byla stanovena smlouvou,
- poskytovatel ucházející se o veřejnou zakázku musí splnit podmínky pro registraci zdravotnického zařízení a nezáleží přitom na právní formě jeho vlastnictví.

III. Optimalizace

Z předchozího vyplývá, že zdravotní pojišťovny nesou úlohu správce finančních prostředků na věcné dávky a zároveň regulátora dostupnosti zdravotní péče, resp. poskytovatelů zdravotní péče. Některé úkoly regulátora může vykonávat Svaz zdravotních pojišťoven a některé musí vykonávat stát.

Významnou rolí zdravotních pojišťoven je regulace a optimalizace sítě poskytování zdravotní péče, respektive sítě poskytovatelů zdravotní péče, přičemž charakteristiky sítě (minimální dostupnost péče) by měl stanovit stát. Zdravotním pojišťovnám je dále nutno umožnit vyjednávat objemy a ceny zdravotnických služeb, provádět selektivní uzavírání smluv, zavádět financování služeb v jednotlivých segmentech, jejichž prostřednictvím se dosáhne pozitivní motivace poskytovatelů k efektivitě a kvalitě péče (např. zavedení financování nemocniční péče s podporou systému platby za diagnózu), regulaci investic, respektive odepisování zařízení a technologií.

Optimalizace nemocniční kapacity by se měla zaměřit více na optimalizaci poskytované péče než na optimalizaci lůžek, protože rušení lůžek samo o sobě nevede k úsporám fixních nákladů vztahujících se k infrastruktuře, režijním nákladům včetně nákladů na personál. Areály nemocnic je třeba využít k poskytování i jiných služeb než akutní zdravotní lůžkové péče. Nabízí se uspokojení rostoucí poptávky pro sociálních službách. K tomu je třeba v České republice zavést transparentní prostředí zákonem o sociálních službách. Obdobně je třeba se zabývat podmínkami poskytování dlouhodobé zdravotní péče a jejím financováním, protože bez návaznosti v dlouhodobé zdravotní a v sociální péči nelze redukovat kapacity akutní lůžkové péče.

Zároveň by bylo dobře zavést regulační, institucionální a motivační prostředí pro autonomnější řízení nemocnic. Je třeba doplnit český právní řád tak, aby byla zajištěna odpovědnost nezávislých nemocnic za financování a kvalitu poskytovaných služeb a aby nemocnice bez ohledu na typ vlastnictví a právní formu hospodařily ve stejném prostředí a jejich ekonomika byla porovnatelná. K finanční disciplíně nemocnic by měly přispět přísnější účetní normy, audity, limity pro ukazatele, případně institut mimořádných správců. Všechny tyto snahy musí být podpořeny příslušnými informačními systémy a dostupností informací o dostupnosti a kvalitě péče a o hospodářských charakteristikách zdravotních pojišťoven a poskytovatelů ve veřejném zdravotnictví.

Předmětem společenské debaty se musí stát regulační role mírné spoluúčasti pacientů na všech úrovních služeb.

Zvláštní kapitolou je léková politika a řízení nákladů na hrazené léky. Přestože je uplatňována řada obecně známých regulačních opatření v oblasti léčiv a prostředků, finanční náklady zejména na léky ze zdravotního pojištění je v ČR jsou enormní. Zřejmě nejsou vyčerpány možnosti regulačních opatření a zejména důslednosti v jejich využití a používání.

ZÁVĚR

Problémy českého zdravotnictví jsou vážné, ale nejsou neřešitelné. Ba naopak. Existuje poměrně široká odborná shoda. K reformě však chybí společenská poptávka (obdobná například k řešení

problematiky sociálních dávek), a toho využívají politici k nečinnosti. Politická dohoda by měla respektovat občanský zájem na zachování vysoké míry solidarity a měla by se soustředit ve smyslu expertních doporučení na institucionální řešení a problematiku regulací. V rámci institucionálního řešení je pak třeba zavést skutečný autonomně regulovaný systém veřejného zdravotního pojištění. Konkurence zdravotních pojišťoven, připojištění a volný trh zdravotních služeb mimo veřejné zdravotnictví mohou být prvky, které uspokojí ty, kteří mají větší zájem o své zdraví a jsou připraveni se o ně aktivně starat a investovat do něj.