



Čtvrtá konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě **Zdravotní pojišťovny - bankomaty nebo nákupčí?**

Klíč čtvrtý: Role zdravotních pojišťoven

Kontinuální cyklus odborných diskusí Euro Forum nad klíčovými otázkami českého zdravotnictví se přehouppl do své druhé poloviny. Jeho podzimní část byla zahájena 27. září 2005, už tradičně v kongresovém sále pražského hotelu Pyramida, konferencí s názvem Klíč čtvrtý: Role zdravotních pojišťoven. Navázala na předchozí tři diskuse hledající odpovědi na tyto klíčové otázky zdravotního systému v ČR: Klíč první: poznání šíře a hloubky problému financování zdravotnictví aneb Jak dlouho je ještě současný systém udržitelný? (duben 2005), Klíč druhý: postavení občana v systému zdravotnictví aneb Reforma zdravotnictví: pacient, nebo občan? (květen 2005) a Klíč třetí: Role poskytovatelů zdravotní péče aneb Patří do zdravotnictví slovo „byznys“? (červen 2005).

Pořadatelem konferencí Euro Forum je Institut ekonomických studií (IES) při Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy (FSV UK) v Praze spolu s agenturou Bison & Rose.

Příští konference z cyklu Zdravotnictví: šest klíčů k reformě se pod názvem Klíč pátý: Role dodavatelů léčiv a techniky aneb Tvoří zdravotnictví hodnoty, nebo jen spotřebovává zdroje? Uskuteční 18. října 2005.

Veškeré informace jsou k dispozici a registrace probíhají na adrese: www.euro-forum.cz nebo euroforum@bisonrose.cz nebo na infolince: 233 014 035.



hlavní partneři projektu:



mediální partner:



odborný partner:





Dopolední přednáškovou část konference moderoval Ing. MPhil. Ondřej Schneider, Ph.D., zástupce ředitele Institutu ekonomických studií FSV UK a šéfredaktor časopisu Finance a úvěr. Ondřej Schneider přednáší i na pražském campusu New York University a od června 2002 je místopředsdou Institutu pro sociální a ekonomické analýzy ISEA. Pracoval také jako konzultant pro Mezinárodní měnový fond, Světovou banku a OECD.

V dopolední části programu vystoupil čtyři přednášející s následujícími příspěvky:

1. **MUDr. Pavel Hroboň, MS,**
Reforma zdravotnictví – forum.cz
Proč potřebujeme nákupčí zdravotní péče
2. **Bc. Vladimír Kothera,**
Zdravotní pojišťovna Metal-Aliance
Dnešní možnosti pojišťoven při nákupu péče
3. **Ing. Pavel Kohout,**
PPF
Proč potřebujeme konkurenci pojišťoven
4. **MUDr. Tomáš Macháček,**
Klient Pro
Dopad konkurence na kvalitu služeb zdravotních pojišťoven



MUDr. Pavel Hroboň, MS

Vystudoval medicínu na 2. lékařské fakultě Univerzity Karlovy. Během svého studia vedl studentskou komoru akademického senátu fakulty a studentskou organizaci zajišťující zahraniční odborné praxe. Po ukončení studia působil jako lékař na Interní klinice ve Fakultní nemocnici Motol.

V letech 1994-1995 studoval zdravotní politiku a řízení zdravotnictví na Harvardské univerzitě ve Spojených státech amerických. Po návratu přednášel na 2. lékařské fakultě a Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy.

V letech 1998-2002 pracoval jako konzultant v pražské kanceláři mezinárodní poradenské firmy McKinsey&Company. K hlavním oblastem jeho činnosti patřilo zdravotnictví a finanční instituce. Od roku 2002 pracuje jako poradce (od roku 2004 jako ředitel odboru strategie a koncepce) pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR. Je zakladatelem a předsedou správní rady občanského sdružení Reforma zdravotnictví – forum.cz.

Motto: „Cílem nakupování zdravotní péče by mělo být zvýšení kvality.“

Proč potřebujeme nákupčí zdravotní péče, vysvětlil ve své přednášce MUDr. Pavel Hroboň z Občanského sdružení Reforma zdravotnictví - fórum.cz. Současný systém označil za zakonzervovaný. „Dnes jsou u nás pojišťovny v roli bankomatů, do budoucna by měly být v roli nákupčích. Není to jen zájmem klientů, ale dlouhodobě také poskytovatelů. Rozvoj nákupu péče vidíme nejen ve Spojených státech amerických, ale všude v Evropě,“ řekl.

Nákup zdravotní péče znamená, že zdravotní pojišťovny uzavírají kontrakty s jednotlivými poskytovateli na specifikovanou strukturu, objem, kvalitu a cenu zdravotní péče. „V současné době zdravotní pojišťovny nemohou ovlivňovat, kolik zaplatí za jednotlivé výkony. Nemají ani možnost přeměrovat pacienty na lepší poskytovatele,“ uvedl Pavel Hroboň. Finálním důsledkem je finanční krize, v systému chybí zdroje vydávané na neúčelnou, nekvalitní a zbytečně drahou péči.

Cílem nákupu zdravotní péče je zvýšení efektivity poskytovatelů, ne plošné snížení jejich počtu



a ponechání zbytku v jejich dnešní podobě. Rozhodnutí o uzavření kontraktu by se mělo odehrávat na úrovni druhu péče, nikoliv zdravotnického zařízení.

K dosažení cílového stavu Pavel Hroboň navrhl podniknout dva kroky. Nejprve je podle něj nutné specifikovat druh a kvalitu poskytované péče, následně objem a cenu. První krok může proběhnout v rámci dnešních výběrových řízení, a to na základě předem zveřejněných požadavků na kvalitu péče. Druhý krok, tedy specifikace objemu a ceny, se může plně uskutečnit až po změně legislativy (nutná transformace dohodovacího řízení).

Zdravotní pojišťovny musejí mít možnost omezit objem péče, pokud bude smluvně zajištěna jinde, a domluvit její cenu. Pavel Hroboň doporučuje začít veřejnými obchodními soutěžemi na dobře definovatelné druhy péče s předem stanovenými podmínkami kvality.

K nákupu jednotlivých druhů zdravotní péče radí zvolit rozdílný přístup. Zatímco u lůžkových zdravotnických zařízení a velkých center je vhodné nakupovat péči podle individuálně domluvené ceny, u ambulantních lékařů to ve většině případů neplatí, neboť je jich velký počet a poskytují poměrně homogenní produkt. U velkých zdravotnických center dává individuální nákup péče smysl z důvodů možné částečné centralizace oproti současnému stavu, významných úspor z rozsahu, velikosti poskytovatele a konečně poskytování různých kombinací služeb.

Od nákupu zdravotní péče si Pavel Hroboň slibuje především zvýšení efektivity a kvality péče v celém systému, rozvoj inovativních metod, finanční rovnováhu systému a větší spokojenost pacientů i zdravotníků.

Zahraniční zkušenosti s nákupem zdravotní péče jsou velmi pozitivní. Například v Nizozemsku

díky uvolnění deseti procent ze státního rozpočtu na nákup péče do jednoho roku zmizely nebo se alespoň zkrátily čekací listy na operace. „Nákup zdravotní péče je jednoznačným trendem ve všech vyspělých zemích,“ uzavřel své vystoupení Pavel Hroboň.



Bc. Vladimír Kothera

Vystudoval veřejnou ekonomiku a správu na Masarykově univerzitě v Brně. Od roku 1978 pracoval jako zaměstnanec POLDI Kladno, v roce 1991 se stal místopředsedou odborové rady, poté personálním ředitelem. Generálním ředitelem Zdravotní pojišťovny METAL-ALIANCE je od poloviny roku 1993. V průběhu let 1994 – 1998 prošel mnoha manažerskými kurzy (např. CIMA, KPMG, CMC, INPRO Institut, Kepner Tregoe). Od roku 1995 zastává střídavě funkci prezidenta a viceprezidenta Svazu zdravotních pojišťoven ČR. V současné době si rozšiřuje své vzdělání studiem MBA na Brno International Business School.



Motto: „Možnosti zdravotních pojišťoven nejsou dnes téměř žádné.“

Na téma Dnešní možnosti pojišťoven při nákupu zdravotní péče přednesl svůj příspěvek generální ředitel Zdravotní pojišťovny Metal-Alliance Bc. Vladimír Kothera. „Hlavní funkcí zdravotních pojišťoven je prostřednictvím svěřeného zdravotního pojištění zajistit kvalitní, hospodárně poskytovanou zdravotní péči v optimálním čase odpovídající oprávněným potřebám pojištěnců,“ uvedl.

A proč pojišťovny neplní svou hlavní funkci? Vladimír Kothera vyjmenoval důvody politické, organizačně-administrativní, právní, ekonomické a politické. Politické důvody označil za zvláště závažné. „Zásadním problémem je velmi nízká transparentnost systému,“ řekl. Dalšími nešvary jsou podle něj potlačování konkurence mezi zdravotními pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními či ústupky lobbistickým skupinám. „Lékařský odborový klub a Česká lékařská komora neprosazují požadavky, díky nimž by mohl v budoucnu systém fungovat,“ domnívá se Vladimír Kothera.

Významnými problémy na „trhu zdraví“ jsou absence konkurenčního prostředí mezi poskytovateli zdravotní péče, chybějící informace o kvalitě poskytované zdravotní péče v jednotlivých zdravotnických zařízeních a jejich předimenzovaná síť. Nové kapacity schvalované ministryní Miladou Emmerovou jsou podle závěry přístrojové komise.

Z právního hlediska označil generální ředitel Zdravotní pojišťovny Metal-Alliance za špatné především omezování smluvní volnosti, nedostatečně definovaný vztah ze zákona „pojišťovna-pojištěnec“, zasahování do pravomocí zdravotních pojišťoven a také jejich právní formu. Aktuálním ekonomickým problémem je deficit systému veřejného zdravotního pojištění. Vladimír Kothera rovněž kritizoval skutečnost, že ministerstvo zdravotnictví rozhoduje až o 80 procentech úhrad, chybějící analýzy pro objektivní rozhodování, špatnou cenotvorbu, uměle navyšované nákladové položky, „bonusový“ systém dodavatelů, existenci šedé ekonomiky ve zdravotnictví a chybné nebo žádné nastavení motivací. Jaké jsou tedy dnešní možnosti zdravotních pojišťoven při nákupu zdravotní péče? „Bohužel, možnosti zdravotních pojišťoven nejsou dnes téměř žádné,“ povzdechl si Vladimír Kothera. Nicméně

navrhl opatření, jak změnit současný stav. V první řadě doporučil odmítnout legislativní návrhy ministerstva zdravotnictví, dále omezit zásahy státu, podpořit vznik konkurenčního prostředí, vymezit rozsah služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, garantovat smluvní volnost, zveřejňovat informace o zdravotnických zařízeních, propojit zdravotní a nemocenské pojištění, zavést pojistné smlouvy „pojištěnec – pojišťovna“, využít institutu alternativních pojistných plánů včetně možnosti doplňkového pojištění a nastavit motivační prostředí.

„Cesta k efektivitě vede přes změnu rolí státu, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení a zejména občanů,“ uzavřel své vystoupení Vladimír Kothera.



Ing. Pavel Kohout

Působí jako ekonom největší české finanční skupiny PPF. Je členem investiční komise České pojišťovny a CP-Investu. V letech 2002 a 2003 působil jako člen poradního sboru ministra financí ČR. Pavel Kohout je autorem dvou populárních knih o investování a správě, pravidelně připravuje příspěvky pro české noviny a časopisy. Od roku 2004 má pravidelný týdenní sloupek v deníku Hospodářské noviny, často píše pro deník Lidové noviny, týdeník Respekt a TechCentralStation.com.



Motto: „Nedostatek konkurence vede k monopolizaci.“

Otázku Proč potřebujeme konkurenci pojišťoven veřejně položil Ing. Pavel Kohout ze společnosti PPF a také na ni v rámci svého vystoupení odpověděl. „Konkurence prospívá pacientům i zdravotníkům,“ prohlásil.

Nedostatek konkurence v jakémkoli odvětví podle něj vede k monopolizaci. Jestliže je monopol navíc podporován regulovanými cenami, což je i případ českého zdravotnictví, vždy vede k nějaké formě přidělového systému. „V 19. století to mělo své opodstatnění, péče byla jen základní a nebylo možné rozlišit, která klinika poskytuje lepší služby. Dnes je ovšem zdravotnictví složité a specializované, takže přidělový systém přestává plnit funkci. Do zdravotnictví je nutné zahrnout tržní mechanismus,“ řekl Pavel Kohout.

Dlouhé čekací doby na lékařské výkony se vyskytují všude na světě, kde existuje přidělový systém. „Nikde se to nedaří řešit tím, že se do zdravotního systému nalije víc finančních prostředků. Zvýšení přísunu peněz do systému bude mít smysl jen když bude zavedená i konkurence,“ uvedl ekonom.

Přídělový systém rovněž způsobuje, že pacientům je poskytována horší péče, než by mohla být poskytována, a to vede k vyšší míře standardizované úmrtnosti podle mezinárodních měřítek. V polovině 90. let byla u vybraných diagnóz stejná standardizovaná úmrtnost v České republice i ve Velké Británii, protože u nás byl tou dobou privátní sektor alespoň částečně vpuštěn do systému a v Británii se uskutečnily dílčí vnitřní reformy.

„Říká se, že konkurenční systémy jsou dražší, ale to je spíše výhoda, protože lidem, kteří si chtějí připlatit na zdravotní péči, v tom nic nebrání. To vede k celkovému zlepšení zdravotní péče,“ domnívá se Pavel Kohout.

Jako příklad uvedl švýcarský systém, který je decentralizovaný stejně jako celé Švýcarsko. Není zde vládní politika omezující výdaje na zdravotnictví v podobě stropu, neexistuje ani ministerstvo zdravotnictví, jen federální úřad zdravotní péče. Decentralizace se projevuje v podobě obecních, kantonálních, federálních a soukromých zdravotnických zařízení a žádná nemají zvláštní privilegia.

Každý kanton má trochu odlišný zdravotní systém. Dvacet šest systémů však nepřináší chaos, ale konkurenci mezi kantony. Vysoký stupeň

konkurence je ostatně charakteristický pro celý systém. Klient si vybírá pojišťovnu i zdravotnické zařízení, svobodu mají také pojišťovny uzavírající svobodně kontrakty s poskytovateli.

Povinné zdravotní pojištění garantuje vysoký standard každému, proto i chudí mají nárok na péči na vysoké úrovni. Nadstandardní připojištění se týkají nejen lepšího pokoje v nemocnici, ale i samotné péče. Pacient si může připlatit na lepší materiál či kliniku.

„Švýcaři tvrdí, že jejich zdravotní systém je drahý, ale jsou s ním spokojeni. Ještě jsem nepotkal Švýcara, který by si stěžoval,“ řekl Pavel Kohout. Švýcarský systém by se podle něj mohl stát vzorem pro reformu v České republice. V 90. letech se u nás již podnikly některé kroky, například právě k většímu počtu pojišťoven.



MUDr. Tomáš Macháček

Vystudoval Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze. Absolvoval řadu postgraduálních kurzů zaměřených na organizaci a financování zdravotních služeb, vesměs v USA. V letech 1996 – 1998 působil jako poradce ministra zdravotnictví ČR. Dr. Macháček je praktikující lékař primární péče a zároveň průkopník zavádění nástrojů tzv. řízené péče v podmínkách českého veřejného zdravotního pojištění. Je hlavním autorem prvních návrhů integrovaných zdravotních plánů v České republice a autorem lokalizace systému IPA



(Independent practice association) do prostředí českého zdravotnictví. Jeho společnost KLIENT PRO, s.r.o., funguje jako administrátor těchto systémů.

Dr. Macháček je spoluzakladatelem sdružení Reforma zdravotnictví – fórum.cz, jehož cílem je připravit technický návrh reformy českého zdravotnictví.

Motto: „Evropa se vyvíjí k tržnímu systému ve zdravotnictví.“

Vlivem konkurence na fungování zdravotních pojišťoven se zabýval MUDr. Tomáš Macháček ze společnosti Klient Pro.

Ve svém vystoupení se především snažil odpovědět na otázku, zda je konkurence zdravotních pojišťoven dobrá nebo špatná. Za tím účelem porovnal dvě základní teze. První říká, že „konkurence je zbytečná nebo škodí“, druhá hovoří o tom, že „konkurence je nezbytná“. Z první teze Tomáš Macháček vyvodil závěr, že potřebujeme systém jednoho plátce, z druhé že potřebujeme systém více si konkurujících plátců, jinými slovy trh zdravotního pojištění.

„Nejcennější na konkurenčním trhu je, že je dynamický, dokáže reagovat na potřeby pacientů, technologické změny a tak dále,“ prohlásil. Na základě studie z roku 2002 proti sobě postavil dva největší systémy na světě, britskou Národní zdravotní službu (NHS) a americkou Kaiser Permanente. „NHS a Kaiser Permanente jsou si strukturou i organizací velmi podobné,“ uvedl. Britská NHS je monopolní státní systém, který vznikl po druhé světové válce znárodněním. Zhruba 18 procent klientů má ovšem navíc dodatečné (soukromé) pojištění. Naproti tomu Kaiser Permanente jako největší soukromý nonprofitní integrovaný systém na světě za 60 let existence nezměnil svou základní strukturu a filosofii. Má přibližně 30 procent trhu v Kalifornii a podíl na trhu v dalších osmi státech USA. „Klienti nemají prakticky žádné další pojištění,“ uvedl Tomáš Macháček.

Statistiky hovoří o tom, že například objednávací doba u specialisty činí v Kaiser Permanente v 80 procentech případů méně než dva týdny, zatímco u britské Národní zdravotní služby je v 36 procentech případů kratší čtyř týdnů a ve 20 procentech delší než 13 týdnů. Na chirurgický zákrok v

nemocnici čeká v NHS kratší dobu než 13 týdnů zhruba 41 procent pacientů, zatímco v Kaiser Permanente je to plných 90 procent klientů. Možnost objednat se na klientovi vyhovující termín v NHS téměř neexistuje, ale v Kaiser Permanente je to možné ve většině případů. Národní zdravotní služba má ve srovnání se svým americkým protějškem mnohem nižší počet lékařů-specialistů na 100 000 obyvatel.

A proč je podle Tomáše Macháčka Kaiser Permanente mnohem lepší než NHS? Musí obstát v konkurenci více zdravotních pojišťoven na pravděpodobně nejtvrdějším a nejlépe organizovaném (regulovaném) trhu zdravotního pojištění na světě. „Kalifornský trh dokáže velmi účinně chránit konzumenty,“ shrnul.

Tomáš Macháček odmítl „budovat znovu a lépe socialistické zdravotnictví“, neboť jej v dnešní době považuje za poněkud bizarní koncept. „Evropa se vyvíjí směrem k tržnímu systému,“ zdůraznil. Trh zdravotního pojištění funguje například v Nizozemsku a Švýcarsku. V britském NHS se v rámci vnitřního trhu nakupují zdravotní služby a existuje tam pluralita institucionálních plátců. Rovněž došlo k expanzi soukromých poskytovatelů zdravotních služeb. V sousedním Německu nastal odklon od kolektivního vyjednávání a uskutečnily se experimenty se selektivním kontrahováním.



Panelová diskuze

V odpolední části konference Euro Forum se očekával střet poskytovatelů zdravotních služeb se zástupci pojišťoven, mimo jiné kvůli zpoždování plateb. Jenže všechno nakonec dopadlo trochu jinak. Právě v týdnu, v němž se konference konala, se totiž dohodli zástupci praktických lékařů, ambulantních specialistů a lékárníků na společném protestu proti současné situaci v systému zdravotnictví v ČR. Ve svém prohlášení se shodli, že ze stávajícího stavu neviní zdravotní pojišťovny, ale ministerstvo zdravotnictví, které podle jejich názoru vrhá celý systém do stále hlubšího deficitu svými nekonceptními a nekompetentními rozhodnutími. V tomto duchu se nesla i panelová diskuze konference Euro Forum.

V odborném panelu zasedli MUDr. Jiří Bek, prezident Svazu zdravotních pojišťoven, Mgr. Tomáš Cikrt z Koalice pro zdraví, JUDr. Miroslav Kessner za Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR, MUDr. Jiří Pekárek za Koalici soukromých lékařů a MUDr. Ivo Žídek, ředitel Sanofi Aventis.

Nejprve dostali panelisté, jako obvykle, prostor ke svým úvodním vystoupením. Tomáš Cikrt času využil k tomu, aby prohlásil, že on osobně má zdravotní pojišťovny rád. „Kdyby jejich mediální

obraz odpovídal tomu, co pro zdravotnictví udělaly, měli by je rádi i ostatní občané,“ zdůraznil, a dodal: „A všichni bychom je měli ještě raději, kdyby měly možnost pro nás, občany, dělat více, kdyby nebyly jen přerozdělovači peněz, ale silnými hráči, kteří mohou své klienty opravdu zastupovat a hájit.“

Ivo Žídek zase připomněl, že pojistný systém nikdy nebude jediným fenoménem řídicím zdravotnictví. „Jsem ale pro soutěž pojišťoven, ovšem za předpokladu, že budou uvolněny informace, které jsou o kvalitě péče v jednotlivých zařízeních k dispozici, a také pokud budou stanoveny standardy zdravotní péče. To je úkol především pro odborné společnosti. Budeme-li vědět, co je standard, budeme i vědět, co je předmětem soutěže,“ dodal ředitel Žídek.

Jiří Pekárek vyjádřil stručné přesvědčení, že „vážné hovory mezi námi, poskytovateli, a pojišťovnami o stanovení ceny a kvality ještě nezačaly - a už je na čase!“

Jiří Bek nabídl svůj pohled na budoucí žádoucí postavení zdravotních pojišťoven: „Měly by vytvářet klientovi zázemí v rovině odborné a například při odkladném výkonu poradit, které zdravotnické zařízení jej provádí s nejmenším počtem komplikací, samozřejmě při objektivizaci rizik. Hlediska kvality budou muset pojišťovny zohlednit i při hodnocení efektivity, to znamená zakalkulovat, co, kde a kolik stojí a informovat



o tom občana. Ministerstvo by mělo mít za zdravotnictví metodickou odpovědnost a nezasahovat do systému pojištění založeného na smluvních vztazích. Občan by se měl navíc svým chováním podílet na stanovení ceny, rozhodovat se o tom, jakou péči si může vybrat. Další role pojišťoven by pak byla i v nabídce připojištění na výkony, které nejsou plně hrazeny, a samozřejmě i v prevenci.“ Miroslav Kesner stručně připomněl základní problém odpovědnosti za hrozivý deficit, do kterého se náš zdravotní systém propadá: „Pojišťovny dnes mají ve svých rukou rozhodování jen o 20 procentech všech nákladů na zdravotnictví. O zbylých čtyřech pětinách rozhoduje ministerstvo svými vyhláškami.“

Na dotaz redaktorky časopisu Ekonom přednesený z pléna, co konkrétně brání pojišťovnám, aby už dnes neuzavíraly smlouvy se zařízeními, která poskytují nekvalitní a neefektivní péči, Miroslav Kesner odpověděl, že problém je v legislativě. „Zákon o zdravotním pojištění byl přijat jako pouhé provizorium po zrušení zdravotního řádu, ale platí dodnes. Rámcové smlouvy byly uzavírány na 5 let, ale výpovědní důvody jsou v zákoně formulovány tak, že je ani po této době nebylo prakticky možné vypovědět. A to dokonce ani v takovém konkrétním případě, kdy zdravotnické zařízení odmítlo ošetřit klienta pojišťovny. Zlom by měl přinést až příští rok, kdy budou pojišťovny uzavírat zcela nové smlouvy. V tomto procesu se chceme zaměřit především na kvalitu péče, tudy povede naše cesta,“ slíbil Miroslav Kesner. Jiří Bek k tomu dodal, že na zakonzervování stávajícího stavu se také podílí míra neochoty ministerstva zdravotnictví a České lékařské komory spolupodílet se na vytváření podmínek pro objektivní hodnocení kvality péče. „Zveřejnění, jaká péče se kde poskytuje a s jakým efektem by mohlo někomu vadit,“ naznačil Jiří Bek. Jiří Pekárek názoru zástupců pojišťoven, částečně oponoval: „U velkých nemocnic je s vypovězením smluv snad problém. Ale u malých ordinací, kde lékař zneužívá systému například vykazováním mrtvých duší a komora, konkrétně Česká stomatologická, na to upozorní, by nemělo být zrušení smlouvy problém. Přesto to pojišťovny nedělají, protože se jedna druhé bojí.“ Zástupce Zaměstnanecké pojišťovny Škoda poté z auditoria přidal ještě jeden pohled na celou problematiku: „Je tu také politický aspekt věci. Hodnota nemocnice v regionu je pro regionálního politika na ní navázaného tak vysoká, že chcete-li zařízení odsmlouvovat, je to politický problém.“

A tak ať jedete, kam jedete, co 30 km narazíte na nějakou nemocnici, o které v současné době nesmíte zveřejnit vůbec nic.“

S názorem, že síť zdravotnických zařízení v ČR je předimenzovaná a příliš složitá, souhlasil i Miroslav Kesner: „Nezapomínejte ale, že v prvních dvou letech platnosti zákona měla Všeobecná zdravotní pojišťovna takzvanou kontraktační povinnost. Za tu dobu vzniklo 20 590 smluvních vztahů na základě zákona. Od té doby už došlo k navýšení jen o 470 smluv, není tedy pravdou, že by VZP zbytečně navyšovala síť i po tomto období.“ Účastníkům konference poté doporučil přečíst si usnesení vlády č. 260 z letošního srpna. Ministři zde při schvalování výroční zprávy VZP jednomyslně potvrdili argumenty pojišťovny, přesto pak při svých veřejných vystoupeních používají naprosto jinou rétoriku a pomíjejí fakta, která jsou jim, jak svým usnesením potvrdili, známa.

Diskuze se dále soustředila na skutečnost, že se červen roku 2006 a s ním i uzavírání nových smluv rychle blíží. Kdo a kdy tedy zveřejní kritéria, podle nichž bude kontraktace probíhat, aby na ně mohli poskytovatelé včas postupovat a připravit se na ně?

Jiří Pekárek připomněl, že vše závisí také na osudu dalších zákonů, třeba o zdravotnických zařízeních, jejichž návrhy již vláda poslala parlamentu. „Některá jejich ustanovení jsou v rozporu se smluvní volností a mobilitou praxí. Soukromí lékaři by podle těchto návrhů například nadále měli být považováni za zdravotnická zařízení namísto toho, aby byla zavedena formulace výkonu lékařského povolání známá například u advokátů. Lékař ucházející se o smlouvu s pojišťovnou tedy bude muset nejprve vystavět zdravotnické zařízení, to znamená vybudovat a vybavit ordinaci třeba za 1,5 milionu korun, a pak se teprve ucházet o smluvní vztah. A přitom nebude předem vědět, jak dopadne a zda se mu investice vůbec vyplatí!“

Miroslav Kesner připomněl, že VZP už projednala svou představu o budoucí síti zdravotnických zařízení s představiteli ambulantních specialistů a že jejich názory nejsou ve vzájemném rozporu. V současnosti jedná VZP s praktickými lékaři a předpokládá, že postupně stačí své názory a záměry konzultovat se všemi zainteresovanými sdruženími. „Náš předpis jsme i zveřejnili v časopise České lékařské komory, ale není pravdou, že chystáme nějakou genocidu zdravotnických zařízení, jak tvrdí titulek, kterým jej v redakci opatřili,“ dodal Miroslav Kesner. Také on souhlasí s názorem, že

bude ještě hodně záležet na osudu nových vládních návrhů zákonů. Podle jeho názoru například hrozí nová kontraktační povinnost pojišťoven, která by systému ani síti nic dobrého nepřinesla. Za nepřijatelnou označil situaci, kdy ministerstvo nerespektuje platné zákony a direktivně k tomu nutí i pojišťovny. Třeba k porušení ustanovení zákona o povinnosti zdravotních pojišťoven vést vyrovnané hospodaření.

Jiří Bek zrekapituloval: „Jsme před situací, kdy se buď zachová status quo, což nevyhovuje nikomu, nebo dojde k nápravě, ale musí k tomu být politická vůle. Prodloužit současné smluvní vztahy a využít takto získané doby k formulaci pravidel, by mohlo být v určité situaci dobré, nesmělo by ale jít o dobu delší než jeden rok.“ Aby bylo v rámci tvorby sítě možno domlout se s lékaři a umožnit vstup nových ordinací do systému, je nutné předem vyřešit, jak naopak umožnit důstojný odchod lékařům, kteří v síti přežívají už v nadpenzijním věku.

Jiří Pekárek tento názor podpořil: „Je tu 20 tisíc soukromých lékařů a ti by měli vědět, jakou mají perspektivu, protože do svých ordinací investovali nemalé prostředky. Půjde-li o odchod pár jedinců ze systémů, nic dramatického se neděje, ale budou-li to řádově stovky, musíme je na to připravit, umožnit jim odchod do penze a podobně. Pokud jde o nemocnice, nezapomínejme, že dnes mají podobný význam jako kdysi vojenská posádka – dávají práci celému regionu. Jsem pro redukci nemocnic a tvrdou reformu, ale vše se musí dělat s rozumem a předstihem, třeba vytvořit nějaký útlumový plán a systém.“

MUDr. Pavel Vepřek za sdružení Občan poté z pléna vyjádřil přesvědčení, že „trh bez přívlasků ve zdravotnictví nefunguje, levicový přidělový systém je také neproveditelný, byť se o to někteří utopisté na ministerstvu zdravotnictví pokoušejí. Cesta tedy nevede ani doleva, ani doprava, ale jediné kupředu. To znamená cestou konkurence, ale s takovými pravidly, která srovnají všem výchozí postavení na startovní čáře. Některé regulace je nezbytné ubrat, jiné naopak přidat. Diskuse by se neměla omezovat jen na redukci sítě. Pokud by se s ní administrativně neudělalo vůbec nic, nebyla by to tragédie – vše by se podle jeho názoru vyřešilo evolucí po postupné změně vlastníků, která již v rámci transformací probíhá. Žádná evoluce však nevyřeší to podstatné, a tím je systém zdravotního pojištění a jeho obsah.“ Během panelové diskuze do sálu dorazila z jed-

nání na ministerstvu financí ředitelka VZP Jiřina Musílková. Přítomným sdělila, že bylo definitivně schváleno odeslání 3,8 mld. Kč z České konsolidační agentury na účty pojišťoven jako úhrada pohledávek za zkrachovávajícími podniky. „Jenže tato částka už je v současné době prakticky utracená jenom v důsledku toho, že nevyšla úhradová vyhláška na druhé pololetí roku 2005,“ připomněla. Při jednání na ministerstvu financí prý také zaregistrovala náznaky ochoty dohodnout se na zmrazení růstu výdajů na zdravotní péči v příštím roce, vláda však bude výměnou očekávat i zatím blíže nespecifikované záruky i ze strany zdravotních pojišťoven, dodala Jiřina Musílková.

„Široká i odborná veřejnost je dezorientována,“ zakončil panelovou diskusi Tomáš Cikrt. „Nastane průšvih, probíhají jednání a nakonec se najde způsob, jak dolít zase nějaké prostředky do dřevěného hrnce zdravotnictví. A je klid, ovšem jen do příštího průšvihy, pak se vše opakuje. Stačilo by, aby se občanům začala říkat pravda, ale musí to dělat lidé, kteří vědí, co říkají. Akutní je v této situaci výměna ministryně zdravotnictví, pak by se snad začalo dostávat zdravých informací i panu premiérovi. Nedojde-li k výměně ministryně, budeme si ohledně řešení asi muset všichni počkat až na příští volby.“

Bulletin byl připraven ve spolupráci s odborným partnerem konference Medical Tribune.