

Prouza: Zaměstnavatelům došla trpělivost s českým zdravotnictvím

SZ | seznamzpravy.cz/clanek/ekonomika-ocima-byznysu-prouza-zamestnavatelum-dosla-trpelivost-s-ceskym-zdravotnictvim-262467

Tomáš Prouza

Komentář si také můžete poslechnout v audioverzi.

Již velmi brzy dosáhnou příjmy veřejného zdravotního pojištění magické hranice půl bilionu korun. A čím rychleji tato částka roste, tím důrazněji se musíme ptát, jestli tyto peníze míří skutečně tam, kde je to smysluplné a efektivní. Zaměstnavatelé o tom nejsou vůbec přesvědčeni. A vzhledem k tomu, že jejich odvody tvoří 70 procent z onoho půl bilionu, je nejvyšší čas k tomu, aby se zaměstnavatelé ozvali, píše v komentáři viceprezident Hospodářské komory ČR a prezident Svazu obchodu a cestovního ruchu Tomáš Prouza.

Víte, co mají společného české zdravotnictví a zaměstnavatelé? Napadne vás asi více věcí, ale klíčové je, že zaměstnavatelé se svými zaměstnanci přináší plných 70 procent příjmů veřejného zdravotního pojištění. Letos přitom dosáhnou příjmy zdravotních pojišťoven z výběru pojistného v Česku již téměř půl bilionu korun (konkrétně 495 miliard korun). To je samo o sobě velká částka, ale důležitější je, že před pouhými deseti lety to byla jen polovina. V roce 2015 byly příjmy zdravotních pojišťoven z výběru pojistného „jen“ 250 miliard a bohužel nevidíme, že by se zdvojnásobení plateb odrazilo ve dvojnásobné kvalitě, efektivitě či technologické vyspělosti zdravotnických služeb. V některých oblastech jsme dokonce svědky zvyšujících se regionálních rozdílů v dostupnosti zdravotní péče.

Je zřejmé, že současný způsob financování zdravotnictví nedokáže dlouhodobě pokrýt potřeby pacientů. Podíl výdajů na zdravotnictví na českém HDP, který se v současnosti pohybuje kolem devíti procent, bude dále růst. Stárnutí obyvatelstva doprovázené setrvalým nárůstem výskytu chronických onemocnění v populaci

a prodlužující se délkou dožití vede ke stoupající spotřebě zdravotních služeb, a zároveň ke zpomalení přísunu financí od ekonomicky aktivní části populace.

Seznam Native



Příběh české čokoládovny: Lahodná čokoláda, pralinky i poctivý nugát

Podle makroekonomického modelu Institutu ekonomických studií Univerzity Karlovy se rozdíl mezi příjmy a výdaji veřejného zdravotního pojištění bude postupně zvyšovat, a to až na tři procenta hrubého domácího produktu. Pokud bychom v modelu počítali s nárůsty veřejných prostředků do zdravotnictví podle posledních 24 měsíců rychlého růstu, bude rozdíl ještě mnohem vyšší. Zdravotnictví tak narazí na hranici svých finančních možností již v nejbližších letech.

Tvrký náraz do zdi

Rostoucí manko zdravotního systému je více než dostatečný důvod pro to, aby se zaměstnavatelé jako největší plátcí do systému začali ptát, zda jsou jejich peníze vynakládány skutečně efektivně a smysluplně. Velmi dobře si uvědomují, že podíl veřejných výdajů na HDP nemůže nadále růst takto neudržitelným tempem. Pokud chceme zachovat (a třeba i zvyšovat) současnou dostupnost, kvalitu a úroveň zdravotní péče, a zároveň neohrožovat konkurenceschopnost české ekonomiky dalším a dalším zvyšováním ceny práce a dalšího zdanění, je nezbytné zvýšit efektivitu celého systému.

Jasná vize s návrhem konkrétních kroků, jak toho dosáhnout, však přes dlouhodobá varování odborníků zůstávají v nedohlednu. Neexistuje společenská shoda na tom, kam by mělo české zdravotnictví směřovat, jak by mělo vypadat za dvacet, třicet let. Ministerstvo zdravotnictví sice nedávno představilo „Strategickou

analýzu potřeb českého zdravotnictví“, reálně však bez dlouhodobé koncepce s výhledem do příštích desetiletí. Jediné, co teď víme určitě, je, že v současné chvíli české zdravotnictví míří velkou rychlostí do zdi.



Vizita: Pravidla místo džungle. Platby ve zdravotnictví jsou znovu na stole

9. 10. 2024 10:00

A co tedy na to říkají zaměstnavatelé, sdružení v Hospodářské komoře ČR? Pokud chceme zvýšit efektivitu zdravotnictví, je nezbytné nasměrovat finance do těch oblastí zdravotní péče, kde přinesou největší hodnotu pro pacienta i celou společnost. Klíčem je významné zvýšení transparentnosti celého systému, omezení politických vlivů na jeho fungování a posílení konkurenceschopnosti zdravotních pojišťoven, která je v současné chvíli reálně omezena jen na nabídku preventivních programů.

Rozhodovat na základě dat, nikoli dojmů

Hospodářská komora však nechce jen kritizovat, ale sama přiložila ruku k dílu. Aktuálně jsme předložili návrh, jak významně upravit a zvýšit kvalitu vstupních podkladů pro každoroční jednání o úhradách mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli péče. Dnes mu totiž chybí například údaje o inflaci cen vstupů poskytovatelů zdravotních služeb, která je zcela jiná než spotřebitelská inflace, nebo údaje o dopadu stárnutí obyvatelstva. Potřebnou datovou základnu mohou poskytnout Ministerstvo financí, Ministerstvo zdravotnictví, Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) a zdravotní pojišťovny.

Chtěl bych proto ocenit spolupráci s ředitelem ÚZIS Ladislavem Duškem, který od příštího roku dá veřejnosti k dispozici prostřednictvím Národního zdravotnického informačního systému (NZIP) data o inovativních technologiích, struktuře pojištěnců, vývoji nákladů podle jednotlivých segmentů péče a mnoho dalších důležitých údajů. Dohromady by se mělo jednat o 24 dílčích datových sad. Debaty o nákladech na péči se tak poprvé v historii Česka povedou na základě reálných dat a nikoli odhadů podle předchozích let, sympatií, dojmů nebo mediální hlasitosti jednotlivých vyjednávačů za daný segment péče.

Návrh nového systému vyjednávání úhrad podle nové datové základny vytvořila Hospodářská komora ve spolupráci s odborníky z Advance Institute a výše zmíněnými úřady. Data budeme od příštího roku mít, teď je důležité nový systém ještě propsat do legislativy, aby bylo jasné, jak přesně postupovat a postarat se o to, že od příštího roku bude stát o penězích do zdravotnictví rozhodovat na základě faktů.

To je ale teprve začátek. V delším časovém horizontu se neobejdeme bez zásadních změn a inovací v organizaci a struktuře poskytování zdravotní péče (a chci pro jistotu zdůraznit, že se nebavíme o rušení nemocnic, ale o změně toho, co a jak jednotlivé nemocnice dělají, aby to dávalo smysl). Je třeba aktivně podpořit distanční poskytování zdravotní péče, využití dat a moderních technologických řešení (včetně těch pracujících s umělou inteligencí), rozvoj jednodenní, stacionární a domácí péče, prosadit změny ve vzdělávání a kompetencích zdravotníků i nezdravotníků tak, aby účinně zareagovaly na potřeby dnešní i budoucí doby.

Na dluh nelze žít donekonečna

K tomu je ale třeba vytvářet finanční rezervy, a to je další důvod, proč nelze uvádět celý systém veřejného zdravotního pojištění do deficitu, jak se dělo v posledních letech (a jen letos se očekává deficit okolo 13,5 miliardy korun). Lze začít například tím, že se

omezí pravomoci Ministerstva zdravotnictví tak, aby nemohlo dojít cestou tzv. úhradové vyhlášky Ministerstva zdravotnictví k rozdělení více peněz, než je očekávaný výběr pojistného v daném roce. Vláda se usnesla, že k tomu v příštím roce již nesmí dojít, tuto podmínku je ale zapotřebí zakotvit trvale do zákona.



Komentář: Ufinancovat systém. Ministr Vlček přemýšlí o vyšších daních

13. 10. 2024 16:00

Je třeba také otevřít větší prostor pro dobrovolné připojištění zdravotní a sociální péče, které přinese do systému další zoufale potřebné prostředky. Model financování zdravotní péče zkrátka musí zareagovat na současný vývoj tak, aby byl schopen odolat výzvám, kterým v současnosti čelí.

Pro začátek je ale nutné změnit aspoň ty opravdu největší absurdity. Je opravdu těžko vysvětlitelné, že v roce 2024 nemá člověk v českém systému možnost si legálně připlatit nad rámec toho, co je hrazeno z veřejného zdravotního připojištění. Dle dosavadní koncepce je reálná volba pacienta de facto nulová, neboť nestačí, aby pacient doplatil náklady na např. „komfortnější“ zdravotnický prostředek. Naprosto nepochopitelně je nucen zvolit, zda podstoupí plně hrazenou péči s použitím obvyklého zdravotnického prostředku, nebo zda si sám uhradí celou zdravotní péči s použitím jím zvoleného zdravotnického prostředku.

Je ale přeci zájmem všech, aby zdravotní služby z veřejného zdravotního pojištění nehrazené i zdravotní a další služby, které na přání pojištěnce překročí rozsah standardně hrazených služeb, byly v rozsahu překračujícím úhradu z veřejného zdravotního pojištění pojištěnci poskytnuty za přímou úhradu. Podle řady právních expertů je protiústavní, že je pacient sankcionován za uplatnění svého

ústavně zaručeného práva na rozhodování o svém zdraví tím, že přijde o úhradu ze zdravotního pojištění, na kterou by bez uplatnění svého rozhodnutí měl právo.

Toto vše si zaměstnavatelé sdružení v Hospodářské komoře velmi dobře uvědomují. Vyzýváme proto k celospolečenské diskuzi o budoucí podobě českého zdravotnictví a návrzích, jak toho dosáhnout. Sami do této debaty nepřicházíme s prázdnýma rukama, ale s konkrétními návrhy, jak začít.