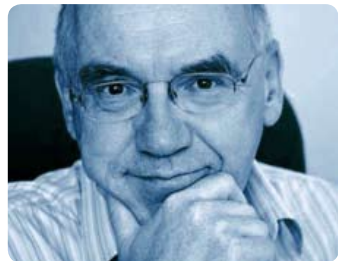


Než se začnete do dalších řádků, předem vás varuji, že VZP je mým současným chlebo-dárce, a tak rozhodně nejsem nestranný. Pro tentokrát mi to,



prosím, odpusťte. Všeobecná zdravotní pojišťovna sehrála historickou roli při emancipaci zdravotnických financí od státní kasy a přispěla k vytvoření podmínek pro odstátnění většiny zdravotnických zařízení a pro vznik svébytného pojišťovenského systému. Původně měla být nositelkou monopolu, ale vývoj správně zamířil k pluralitě. Už v prvé polovině devadesátých let jsme vyklouzli z pasti monopolu jedné pojišťovny a ušetřili se hlubokých problémů, které řešili, řeší a ještě dlouho řešit budou v Polsku nebo v Maďarsku. Samotné VZP se tím na dlouho zkomplikoval život. Její organizační struktura, funkční uspořádání a informační systém byly budovány pro „úřad“, který měl nahradit stát ve financování zdravotnických zařízení, nikoli pro klientsky orientovanou pojišťovnu. Základním zadáním bylo spolehlivě vybírat odvody na zdravotní pojištění od plátců a vybrané prostředky co nejspravedlivěji rozdělovat mezi zdravotníky. Všechny další

vznikající pojišťovny, které si své pojištěnce musely nalovit v sádce VZP, už byly koncipovány odlišně. Problémy, kterými VZP prošla v minulých letech, byly z velké části projevem krize identity, kdy pojišťovna nevěděla, zda má být spíše úřadem, který dělá jen to, co se mu uloží, nebo zdravotní pojišťovnou, která dělá to, co je potřeba. Takto učesaná-neučesaná, oblečená-neoblečená si prošla obdobím finančních obtíží a nucené správy. Dnes je sice z nejhorského venku, ale její proměna v moderní zdravotní pojišťovnu ještě chvíli potrvá. VZP je velký podnik, který už z principu nemůže měnit své chování skokově a překvapovat okolí. Nikdo jí neodpáře hlavní odpovědnost za zajišťování dostupnosti zdravotních služeb občanům na území České republiky a vůbec všeho, co souvisí s postavením, řečeno krásně česky, lídra trhu. Její transformace nemůže mít jiný než evoluční charakter a hnacím motorem bude stále sílící tlak konkurence. Vnitřní změny pojišťovny, kterým se z nedostatku invence říká zavádění „řízení péče“, budou do jejího chodu vstupovat postupně prostřednictvím pilotních projektů, ve kterých neučesané nápady semele mlýnice praktického života do použitelné podoby. Trumfem, který si VZP zatím schovává v rukávu, je uvolnění kreativity krajských poboček. Která jiná pojišťovna může vymýšlet nová řešení na čtrnácti místech současně?

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Jaká byla, je a bude role VZP v českém zdravotnictví?



Jiří Němec

úhel
pohledu



Pavel Horák

volné fórum



Michal
Hašek



Milan
Žák



Vladimír
Dryml

Milan
Kubek



Marie
Retková



úhel pohledu >

Ing. RNDr. Jiří Němec, CSc.
konzultant projektů EU a Světové banky,
první ředitel VZP

Jak to bylo s VZP?

Na otázku, jak byla VZP založena, lze odpovědět poměrně snadno. Byla založena zákonem č. 551/1991 Sb. schváleným v prosinci 1991 a s účinností od 1. ledna 1992. Byla založena o rok dříve, než předpokládaly vládní plány, a její založení bylo proto značně hektické a do značné míry nepřipravené. Několik měsíců před založením VZP sice působil úřad pro zavedení zdravotního pojištění pod ministerstvem zdravotnictví, nicméně tento úřad stačil udělat opravdu jen to nejzákladnější. Proto se celá VZP budovala za pochoodu, zejména informační systém pro zpracování faktur a účtů od zdravotnických zařízení. Řada opatření, například čtvrtletní zúčtování účtů od zdravotnických zařízení, která poměrně dlouho přetrvávala, měla původ ve snaze získat alespoň trochu času pro nezbytnou přípravu, protože samotný zákon o VZP neznal žádná přechodná ustanovení.

Už složitější otázkou je, proč byla VZP založena, respektive proč se zavedl systém veřejného zdravotního pojištění. Neúčastnil jsem se tehdy jeho legislativní přípravy, a proto neznám všechny podrobnosti a argumentaci zúčastněných. Je však nesporné, že celý tento projekt vzešel ze zdravotnického prostředí s cílem především zajistit stabilní a zlepšené financování zdravotní péče, co nejvíce nezávislé na politickém rozhodování. Značnou roli určitě hrála i otázka

Projekt vzešel ze zdravotnického prostředí s cílem především zajistit stabilní a zlepšené financování zdravotní péče, co nejvíce nezávislé na politickém rozhodování.

zamýšlené privatizace zdravotnických zařízení a také fakt, že sousední země Rakousko a Německo měly právě systém sociálního zdravotního pojištění. A samozřejmě to mělo být něco co nejvíce odlišného od předcházejícího modelu financování a poskytování zdravotní péče. V tomto smyslu se vývoj v České republice příliš nelišil od vývoje v dalších bývalých socialistických zemích, které většinou dříve či pozdě-

ji k zavedení sociálního zdravotního pojištění taktéž přistoupily.

Původ zákonů a relativně krátký čas jejich přípravy ve srovnání s jejich závažností měly za následek, že v té době nebylo až tak snadné vysvětlit širší veřejnosti, proč vlastně se zdravotní pojištění zavádí.

Argument, že na své výplatní pásce uvidí, kolik vlastně na zdravotnictví platí, příliš přesvědčivý nebyl. Nebylo ani možné použít v té době naprosto zdrcující argument „mají to tak ve vyspělé západní Evropě“. V západní Evropě totiž model sociálního zdravotního



Jiří Němec

pojištění převládající není, a i v rámci těch západních zemí, které tento model mají zaveden, byl český model v tehdejší době jedním z nejméně tržně orientovaných. Bylo jasné, že až budoucnost může ukázat, co vlastně nový systém financování zdravotní péče přináší občanům. Dalším důsledkem původu zákonů o veřejném zdravotním pojištění byla některá sporná ustanovení, zejména zakotvení platby za výkon jako univerzálního platebního mechanismu. To už v evropském kontextu nemělo obdobu, snad s výjimkou krátké doby jedné z pobaltských republik (tuším, že Litvy). Tento způsob úhrady sice velmi usnadňoval vznik privátních zdravotnických zařízení, do jisté míry i usnadňoval vznik zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, byl však současně i jednou z hlavních příčin finančních turbulencí v celém systému, na které nakonec paradoxně i většina nově vzniklých zaměstnaneckých pojišťoven doplatila.

V roce 1992 ještě VZP pracovala s příjmy jen ze státního rozpočtu, které odpovídaly historické úrovni financování zdravotní péče, nicméně zdravotnická zařízení, v té době převážně státní, financovala prostřednictvím platby za výkon s hodnotou bodu určenou zpětně. Výsledkem byla samozřejmě hodnota

bodů výrazně menší než koruna, o něco málo více než 30 haléřů. I když v té době ještě naplno neproběhla expanze výkonů, bylo jasné, že normativní časy výkonů v tehdejším Seznamu jsou nadhodnocené a že s výkonovými financováními s otevřeným koncem, jak předpokládal de facto zákon o veřejném zdravotním pojištění, budou velké potíže. Privátních zařízení v roce 1992 ještě příliš nebylo, privatizace se teprve rozbíhala, a proto VZP privátním zdravotnickým zařízením mohla dát o něco vyšší hodnotu bodu. Toto opatření bylo samozřejmě předmětem kritiky, jednalo se však už o krok do značné míry vynucený nastupující konkurencí zdravotních pojišťoven.

Od 1. ledna 1993 došlo v systému veřejného zdravotního pojištění ke dvěma zásadním změnám. V souvislosti se změnou daňové soustavy se začalo vybírat samostatné zdravotní pojistné a současně ve veřejném zdravotním pojištění začaly působit zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Samostatný výběr pojistného znamenal takřka 100% nárůst příjmů do celého systému, který byl sice částečně kompenzován vyššími náklady zdravotnických zařízení na část vstupů o daň z přidané hodnoty, nicméně i tak šlo o významný nárůst. V sazbě 13,5% na zdravotní pojistné byla

Od 1. ledna 1993 došlo v systému veřejného zdravotního pojištění ke dvěma zásadním změnám. V souvislosti se změnou daňové soustavy se začalo vybírat samostatné zdravotní pojistné a současně ve veřejném zdravotním pojištění začaly působit zaměstnanecké zdravotní pojišťovny.

započtena i rezerva na nevybrané pojistné. V době přípravy na výběr zdravotního pojistného ke konci roku 1992 se uvažovalo i o společném výběru zdravotního pojistného pro všechny zdravotní pojišťovny. Z různých důvodů, mimo jiné i pro odpor tehdy již připravovaných zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven, se tato varianta opustila. Zvláštním problémem byla výše zdravotního pojistného pro osoby samostatně výdělečně činné. První verze zákona o pojistném na zdravotní pojištění byla schválena, jestli se dobře pamatují, se 100% zisku jako vyměřovacím základem pro výpočet pojistného. Spustil se takový povyk o likvidaci podnikání v Čechách, že parlament ještě neúčinný zákon urychleně novelizoval a vyměřovací základ snížil na 30% zisku. Výsledkem tohoto kroku však bylo, že

OSVČ se na dlouhou dobu staly nepřilíh žadány-mi klienty zdravotních pojišťoven, protože jejich pojistné sotva pokrývalo výdaje na jejich zdravotní péči a žádným způsobem se jako skupina nepodílely na křížovém financování zdravotní péče pro děti a důchodce. Nakonec drtivá většina z nich, alespoň v prvních letech, zůstala u VZP.

Ještě ke křížovému financování. Část příjmů zdravotního pojištění tvořily platby ze státního rozpočtu za některé kategorie pojištěnců bez vlastních příjmů, zejména za důchodce a děti. Reálně se však nikdy neuvažovalo, že by tyto platby měly být plnohodnotným pojistným, ale spíše nástrojem pro ovlivnění celkového objemu finančních prostředků v systému veřejného zdravotního pojištění ze strany státu. Protože jde vlastně o rodinné příslušníky výdělečně činných osob, celkem přirozené se předpokládalo, že výdaje za zdravotní péči těchto nevýdělečně činných osob se budou částečně pokrývat ze zdravotního pojistného osob výdělečně činných. Pamatuji si, že na vládní úrovni se objevily i názory, že tyto platby pojistného za státní pojištěnce by měly být zcela utlumeny. Také jejich absolutní výše se dlouho neměnila a až v polovině roku 1998 došlo k jejich určitému navýšení.

Se zavedením samostatného výběru zdravotního pojistného souvisí ještě jedna záležitost, která má důsledky ještě dnes. Když se dnes mluví o miliardách na účtech zdravotních pojišťoven, je třeba mít na paměti, že zdravotní pojistné se platí dopředu, ale za zdravotní péči platí zdravotní pojišťovny zpětně. První pojistné od zaměstnavatelů dostaly zdravotní pojišťovny v lednu 1993, ale za zdravotní péči za leden 1993 platily až někdy ve druhé polovině února nebo i později. VZP sice tehdy platila ještě zálohy zdravotnickým zařízením, ty se však později odbouraly. Vznikl tak určitý finanční polštář, který například umožňoval VZP přes mírný účetní deficit po několik let poměrně včas uhrazovat svoje závazky vůči zdravotnickým zařízením. Pokud se tento účetní deficit odstraní, tyto peníze se zase musejí na účtech zdravotních pojišťoven objevit, i když pojišťovny budou mít ven vyrovnané hospodaření, zvláště i pro to, že se smluvní platební lhůty u VZP během let prodloužily.

Druhým významným počinem byl v roce 1993 začátek působení zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven. VZP se dostala do poměrně obtížného postavení, protože zaměstnanecké pojišťovny mohly svoje pojištěnce získávat jen od VZP a koše vrácených průkazů pojištěnce rozhodně zaměstnance VZP příliš nepovzbuzovaly. Druhým problémem byla kampaň velké části médií, která pasovala

VZP do role pojišťovny, která pojišťuje jen chudé a nemocné. Nehodlal jsem se s tímto smířit z několika důvodů. Především právo na zdravotní péči bez ohledu na příjmy a bydliště jsem považoval a považuji v oblasti zdravotnictví za základní hodnotu, která patří k Evropě od druhé poloviny 20. století. Za druhé jsem nechtěl stát v čele nějaké zbytkové instituce. Konkurence mezi VZP a zaměstnaneckými pojišťovnami se odvíjela na několika frontách. Samozřejmě, že existoval konkurenční boj i mezi zaměstnaneckými pojišťovnami, v prvních letech však šlo spíše o VZP versus ostatní. V oblasti nabídky pojištění se zaměstnanecké pojišťovny snažily nabídnout určité požitky navíc, které však nebyly vzhledem k celkovým finančním objemům prostředků zdravotních pojišťoven až tak dramatické, nicméně byly cíleny na skupiny pojištěnců, které byly pro zaměstnanecké zdravotní pojišťovny zajímavé. Zde měla VZP dosti svázané ruce, protože každá akce VZP v tomto směru znamenala vzhledem k velikosti VZP plošné rozšíření nároků pojištěnců nad rámec zákona. Druhou frontovou linií byly smluvní vztahy s poskytovateli zdravotní péče. Zaměstnanecké pojišťovny se snažily nabídnout o něco větší hodnotu než VZP, nasmlouvat nějaké to zařízení navíc tam, kde VZP nechytěla, a to za každou cenu, i kdyby na chleba nebylo. A ono brzy na chleba přestalo být a jedna opravdu velká zaměstnanecká pojišťovna přišla za VZP s návrhem na dohodu o společném významném snížení hodnoty bodu. Krátce poté tato opravdu velká zaměstnanecká pojišťovna zkrachovala a to spustilo dominový efekt, který jednak vedl k radikálnímu snížení počtu zaměstnaneckých pojišťoven a jednak k nárůstu počtu pojištěnců VZP zpět někam k hranici 8,5 milionu pojištěnců. Myslím, že právě v tomto období se rozhodovalo, zda si VZP svoje významné postavení udrží, nebo se stane jen jednou z pojišťoven na trhu. Existovala ještě jedna oblast soutěžení se zaměstnaneckými pojišťovnami a to byla oblast komerčního připojištění. VZP jako jediná pojišťovna ve veřejném zdravotním pojištění měla svoje komerční produkty, a to jednak cestovní připojištění a jednak smluvní pojištění cizinců. Cestovní připojištění byl velmi úspěšný produkt, který navíc velmi ovlivnil cenovou hladinu tohoto druhu pojištění na celém českém trhu. Pamětníci si možná vzpomenou, že předtím nesehnali cestovní pojištění pod 21 Kč za den, produkt VZP se pro její pojištěnce prodával někde kolem 14 Kč, a přesto byl pořád dosti ziskový.

**Ambicí tehdejšího
přerozdělování tedy nebylo
zajistit stejné finanční
podmínky pro zdravotní
pojišťovny.**

Zdravotní pojišťovny si sice konkurovaly, ale jejich vzájemná spolupráce na technických aspektech provozování veřejného zdravotního pojištění celkem bez problémů fungovala.

V souvislosti s konkurencí zdravotních pojišťoven je dobré se ještě zmínit o přerozdělování. Přerozdělování bylo upraveno zákonem o pojistném na zdravotní pojištění a jeho primárním cílem bylo zajištění právě již zmíněného křížového financování státních pojištěnců z pojistného výdělečně činných osob, tj. aby se na tyto pojištěnce nedoplácelo. Ambicí tehdejšího přerozdělování tedy nebylo zajistit stejné finanční podmínky pro zdravotní pojišťovny. Protože parametry přerozdělování používaného v roce 1993 podmínce zajištění adekvátního pokrytí výdajů za státní pojištěnce nevyhovovaly, parlament tyto parametry na návrh VZP v roce 1994 upravil. Neplatilo pak už otřepané tvrzení, že pojišťovny jsou na tom špatně kvůli většímu podílu důchodců nebo dětí. Rozdílná finanční pozice zdravotních pojišťoven byla založena na rozdílné průměrné mzdě výdělečně činných pojištěnců a na rozdílném podílu OSVČ.

Dostí zásadním problémem bylo financování zdravotnických zařízení. Systém úhrady za výkon celkem jasně v českých podmínkách ukázal svoje notoricky známé přednosti i nedostatky. Objem provedených nebo spíše vykazovaných výkonů velmi neutěšeně stoupal, a to z různých příčin. Svou roli hrál nárůst počtu zdravotnických zařízení, snaha pokrýt rychlý růst nominálních nákladů při tehdejší poměrně velké inflaci, motivace privátních ambulantních zařízení dosáhnout co největšího zisku, potřeba nemocnic pokrýt produkci výkonů svoje především fixní a semi-fixní náklady nebo zavádění dokonalejších informačních systémů u poskytovatelů zdravotní péče s nástroji napomáhajícími maximalizaci vykazovaných výkonů. S prostředky individuální revize bylo reálně eliminovat jen velmi malou část takového nárůstu. Nejen VZP, ale i další zdravotní pojišťovny vlastně měly jedinou účinnou obranu, a to nevyzyvat hodnotu bodu. Vznikal tak začarovaný kruh, kdy zdravotnická zařízení jako celek vykazovala stále větší objem výkonů ve snaze zvýšit svoje příjmy a tento nárůst výkonů pohltil jakýkoliv nárůst příjmů vyplývající z nárůstu mezd pojištěnců. Rozetnout tento gordický uzel měla za cíl dvě opatření, s jedním přišlo ministerstvo zdravotnictví za vedení pana ministra Stránského a se druhým VZP. Prvním opatřením bylo zavedení stropu na objem vykazovan-

vaných výkonů výměnou za zvýšení hodnoty bodu, pamětníkům jistě dobře známá akce Frekvence. Právě akce Frekvence ukázala, že při stávajícím znění zákona je zavádění globálních regulačních opatření problematické, jak ukázaly soudní pře, které vedla některá zdravotnická zařízení s VZP ještě řadu let po skončení této akce. Druhým opatřením bylo rozdělení zdravotního fondu na samostatné fondy odpovídající jednotlivým druhům zdravotní péče s tím, že nad čerpáním jednotlivých fondů budou mít určitý samosprávný dohled reprezentace poskytovatelů v příslušném segmentu. Toto opatření se realizovalo jenom v oblasti stomatologické péče a myslím, že celkem úspěšně. V jiných segmentech k dohodě nedošlo, a to z toho důvodu, že chyběl dostatečně silný partner pro jednání nebo pro nesouhlas s velikostí příslušného dílčího fondu. Už v roce 1995 začala VZP připravovat pro nemocnice jako alternativu k výkonovému systému systém úhrady založený na klasifikačním systému DRG, který sice v té době ještě legislativa nedovolovala, ale bylo jen otázkou času, kdy to umožní. Rozhodující zlom pro úhradové mecha-

Poslání VZP jsem především viděl v efektivní a vůči poskytovatelům i co nejvíce spravedlivé alokaci zdrojů veřejného zdravotního pojištění pro zajištění kvalitní péče pojištěncům a v zastupování zájmů pojištěnců.

nismy používané ve veřejném zdravotním pojištění přinesl rok 1997, a to je dnešním náhradou původního zákona č. 550/1991 Sb. zákonem č. 48/1997 Sb., který připouští i jiné úhradové mechanismy, a jednak vydáním nového Seznamu výkonů, jehož použití by bez zásadní změny ve smluvních ujednáních mezi pojišťovnami a poskytovateli znamenalo neúměrný nárůst výdajů ze strany zdravotního pojištění. Vzniklá krizová situace doprovázená i stávkou ambulantních lékařů se řešila kompromisně zásadní změnou úhradových mechanismů. V oblasti primární péče se zavedla kombinace kapitační a výkonové platby, na kterou praktici ochotně přistoupili v očekávání zvýšení příjmů ze zdravotního pojištění. A nemýlili se. V ostatních oblastech se zavedly paušální úhrady, které však musely být podloženy alespoň stanovenou produkcí výkonů podle nového Seznamu výkonů. Paušální úhrady byly zamýšleny jako dočasné a v nemocnicích se počítalo s rychlým zavedením DRG jako náhradou výkonového systému. Nakonec však přetrvaly s drobnou modifikací přes úhradu

na unicitní rodné číslo přes deset let, a to proto, že vlastně vyhovovaly jak pojišťovnám, tak poskytovatelům. Lze však diskutovat o jejich dopadu na pacienty, zejména s ohledem na vznik čekacích front na plánované zákroky.

Důležitou byla otázka smluvní sítě zdravotnických zařízení, protože její velikost je hlavní determinantou výdajů zdravotní pojišťovny. Přes všechny proklamace typu „peníze jdou za pacientem“ se totiž nakonec ukáže, že při jakémkoliv úhradovém mechanismu peníze jdou spíše za zdravotnickým zařízením. V prvních dvou letech své existence měla VZP kontrakční povinnost a nebylo vlastně co řešit. V té době byla VZP nucena uzavřít i smlouvy s velkým počtem vedlejších praxí lékařů zaměstnaných v nemocnici a provozujících současně privátní praxi. Po skončení období povinné kontraktace jsme samozřejmě chtěli takovou smluvní praxi omezit, neboť o jejím přínosu pro pojištěnce bylo možné dosti pochybovat. Narazili jsme na odpor u Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže, který se snažil aplikovat zákon o hospodářské soutěži i na VZP a odvozoval z jejího monopolistického postavení na trhu povinnost i nadále s každým poskytovatelem uzavřít smlouvu. Nakonec se podařilo spor s tímto úřadem nějak urovnat, ale už si nevzpomínám na podrobnosti. VZP byla pod palbou kritiky, že svévolně rozhoduje o bytí či nebytí zdravotnických zařízení a privátních lékařů, a proto jsme se snažili přirozeně zahrnout do procesu rozhodování o nových smlouvách širší okruh subjektů, zejména zájmových organizací poskytovatelů, a snažili jsme se dát celému procesu určitý formální rámec, byť to zákon po VZP nevyžadoval. Totéž se týkalo velké přístrojové techniky, pro kterou jsme iniciovali vznik společné komise pojištěnec, ministerstva zdravotnictví a asociací nemocnic pro posuzování žádostí o kontraktaci na ní prováděných výkonů. Nedostatkem bylo, že tyto aktivity neměly právní ukotvení, a tudíž jejich výsledky neměly tu správnou právní váhu. To napravil až nový zákon č. 48/1997 Sb., který zavedl institut výběrového řízení a který zodpovědnost za organizaci výběrových řízení na nemocniční zařízení přenesl na ministerstvo zdravotnictví. Toho jsme okamžitě využili a VZP v souladu se zákonem požádala o provedení výběrového řízení na všechna nemocniční zařízení v České republice. Bylo teď velmi zajímavé sledovat chování politických stran, které se často k otázce smluvní politiky VZP vyjadřovaly. Když se však celý problém otevřeně položil na stůl, ukázalo se, že žádná politická strana vlastně s problémem sítě nemocničních zařízení nechce ztrácet politické body. Jen paní ministryně Roithová, tehdy však ještě

bez spojení s politickou stranou, se snažila výběrová řízení dotáhnout ke konci, pak však celá záležitost skončila někde na mělčině.

Samostatnou otázkou byla míra autonomie VZP a její závislosti na státní správě. Po svých zkušenostech z VZP i ze zahraničí jsem dalek toho, abych hodnotil, co je dobře a co je špatně. Z pozice ředitele VZP je samozřejmě příjemnější nad sebou nemít vrchnost, na druhé straně ministr zdravotnictví má politickou zodpovědnost a velmi často ještě svěží mandát od voličů, kteří jsou prakticky totožní s pojištěnci. Proto i v zahraničí se přijímají různá řešení a těžko najít přesvědčivé argumenty ve prospěch nějakého konkrétního uspořádání. Pokud však hodnotím míru nezávislosti VZP v období do konce 1998, vidím tam zhruba čtyři různá období. Míru nezávislosti přitom hodnotím z hlediska možnosti ovlivňovat, od koho a za jakou cenu se kontrahuje zdravotní péče pro pojištěnce. V prvním období do konce roku 1993 se VZP mohla dohadovat samostatně o ceně služeb prostřednictvím stanovení hodnoty bodu, měla však kontraktační povinnost ze zákona a taktéž způsob úhrady zdravotní péče byl stanoven zákonem. V období do poloviny roku 1997 měla stále v rukou cenu, měla relativní kontraktační volnost, způsob úhrady byl však stále dán zákonem. Největší míru nezávislosti měla VZP pravděpodobně ve druhé polovině 1997, kdy se v zákoně č. 48/1997 Sb. objevila možnost jiných způsobů úhrady zdravotní péče. Vlastně většina v současné době používaných úhradových mechanismů byla zavedena právě v tomto období. Bez vlivu státní správy se VZP mohla dohadovat i o cenách zdravotní péče. Zlom však nastal s novelou zákona č. 48/1997 Sb., kdy od ledna 1998 vláda a později ministerstvo zdravotnictví získalo rozhodčí pravomoc v cenových jednáních. Od této doby se jak VZP, tak poskytovatelé chovali s ohledem na to, jaké rozhodnutí od státní správy o cenách očekávali, a VZP ztratila významnou část své nikoliv sice formální, ale faktické autonomie. Ještě jednou připomínám, že nehodnotím, ale pouze konstatuji.

Když se podívám nazpět a položím si otázku, co se dalo dělat jinak, pak mě napadá řada věcí, které v systému mohly být jiné, ale ty byly výsledkem tehdejší politické konstelace a síly jednotlivých zájmových skupin, a tudíž z pozice ředitele VZP jen obtížně ovlivnitelné. Ve vztahu k vnějšímu okolí VZP bych ani z dnešního pohledu svoje postoje a činnost příliš neměnil. Ve vztahu dovnitř VZP bych určitě přehodnotil některé svoje kroky v personální oblasti a možná i některá investiční rozhodnutí.

Na závěr bych chtěl zodpovědět otázku, jaké bylo poslání VZP v českém zdravotnictví, respektive jak jsem ho chápal. Poslání VZP jsem především viděl v efektivní a vůči poskytovatelům i co nejlépe spravedlivé alokaci zdrojů veřejného zdravotního pojištění pro zajištění kvalitní péče pojištěncům a v zastupování zájmů pojištěnců. Snažil jsem se, aby VZP byla velmi racionálním elementem ve zdravotnickém prostředí, které se jen hemží různými účelovými a velmi slabě podloženými tvrzeními různých zájmových skupin. V počátečním období měla VZP nesporně ještě jedno poslání, a to procesně a metodicky zajistit fungování celého systému veřejného zdravotního pojištění. Na tomto se samozřejmě později podílely i ostatní pojišťovny, ale snad budou i ony souhlasit, že největší podíl práce byl právě na VZP.

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA
ředitel, Všeobecná zdravotní pojišťovna

K čemu chceme, můžeme či budeme mít Všeobecnou zdravotní pojišťovnu

Již staří Římané

Zajištění pomoci při úrazu a nemoci je potřebou každé společnosti. Člověk je sice více méně sobecký, v ohrožení se přirozeně postará nejdříve sám o sebe a o své blízké, ale v sobeckosti je zároveň obsažen i strach, že postihne-li něco jen jeho, ostatní možná nepomohou nebo nebudou moci. To je jeden z motivů vzájemné pomoci i za cenu újmey časové či finanční. Člověk myslívá na zadní kolečka a ve své slabosti se snaží obklopit jistotou množství. Nespolehneme dnes na boha, krále, ale máme demokratický stát, tedy sdružujeme sami sebe pro zajištění bezpečnosti a společných zájmů. Pro ochranu před riziky individuálními vznikly pojišťovny, aby na rány osudu, na jejichž odstranění je třeba hodně peněz, poskytl finanční jistotu.

Má to být stát, kdo nám zajistí lékaře, nebo pojišťovna?

Ve většině z nás se hádá komunista s pravicovým individualistou. Někdy spíláme státu, že něco nezajistil, jindy chceme, aby se každý postaral sám o sebe a nezneužíval naše daně. Peníze na zdravotnictví je možné předat státu nebo je svěřit pojišťovně, ale v obou případech chceme, aby

byl vytvořen rozumný kompromis mezi kolektivní zárukou a osobní odpovědností. Kolektivní státní řešení může vypadat i tak, že stát může rovnou i služby poskytovat, ale protože s tím jsou ve všech oblastech velmi špatné zkušenosti, očekává se od státu, že dá především pravidla a dohled nad tím, aby se dodržovala. Že se postará, abychom o své peníze nepřišli, aby byly rovné a nediskriminační podmínky dovolat se péče, aby systém byl spravedlivý a bez černých pasažérů, bez předražování, tunelování, plýtvání, využívání nouze jedněch těmi, kteří jsou ve výhodě.

Čím chceme být

Chceme být pojišťovnou. Pojišťovna je finanční instituce, která od těch, kteří se pojistí proti sjednaným rizikům, vybírá pojistné, jehož výši stanovuje pojistnou matematikou, a z těchto prostředků hradí náklady na pojistné události. Nechceme být státním daňovým úřadem, ať již v jakékoliv právní formě, který vybere peníze a poté je rozděljuje mezi věčně hladové krky podle jiných kritérií než těch, která souvisí se zdravotním stavem populace, obecnými náklady na léčbu dle současných vědeckých poznatků a rozumnými zásadami ekonomické efektivity.

Chceme být zdravotní pojišťovnou všeobecnou a veřejnou. Chceme pojišťovat populaci, být zárukou všeobecné dostupnosti a rovnosti v přístupu k péči. Nechceme komerčně pojišťovat jednotlivce proti jejich individuálním rizikům, selektovat pojištěnce a omezovat rozsah pojistné ochrany. Chceme pojišťovat svůj pojistný kmen proti populačním způsobem kalkulovaným zdravotním rizikům, která mohou zahrnovat i nemocenské a úrazové pojištění. Protože tato rizika jsou ovlivnitelná chováním

jednotlivců, chceme mít možnost na toto chování pozitivně působit ujednáním pojistné smlouvy či pojistného

Peníze na zdravotnictví je možné předat státu nebo je svěřit pojišťovně, ale v obou případech chceme, aby byl vytvořen rozumný kompromis mezi kolektivní zárukou a osobní odpovědností.

plánu. Protože priority a očekávání jednotlivců se liší, chceme mít možnost se jim přizpůsobit individualizovanými pojistnými produkty, se kterými budou více spokojeni než s jediným univerzálním pojištěním. Protože výše nákladů na léčbu, její kvalita a úspěšnost závisí na jedné straně na

velikosti kontraktu, na druhé straně na přiměřené centralizaci a koncentraci péče a na umu v propojení úhradového mechanismu a optimálního léčebného postupu, na komunikaci mezi jednotlivými s o u č á s t m i z d r a v o t n í h o s y s t é m u, na integraci péče, chceme hrát klíčovou roli i v organizaci péče. Pokud bychom takovou roli nepřijali, není možné udržet finanční zdraví instituce v prostředí stále většího očekávání veřejnosti, stále více se rozšiřujících možností



Pavel Horák

medicíny, prodlužujících se lidského věku a stoupání hodnoty lidského života. To je podstatou každé úspěšné snahy o prosperující zdravotní pojišťovnu a to by si měli uvědomit všichni, kteří se vrhají do zdravotnictví s vidinou pouhého umístění kapitálu a podílu na krátkodobých přebytecích.

Řízení péče dle VZP

Řízená péče je dnes u nás módní termín, který nemá příliš dobrý zvuk, protože je spojována s omezováním volby, historií případů úspor na péči ve prospěch zisku atd. Naše představa řízení péče spočívá v přijetí integrační role v léčbě nemocných. Naši úlohu vidíme v zavedení systému, který vede k identifikaci nemocných, kteří chtějí, ocení a potřebují pomoc v organizaci zdravotní péče o svoji osobu. Cílem našeho systému řízení péče je zachovat svobodu rozhodování pojištěnce, zda si tento systém vybere, nebo zůstane u standardního produktu. Cílem je vytvořit prostředí pro koordinaci péče o pacienta mezi poskytovateli na základě odborných standardů péče a mezi pojišťovnou a jejím klientem. Tento systém je v současné době zaveden v zárodečné podobě pro některé druhy nákladné péče, zatím ještě nemůže zahrnovat více výhod pro klienta výměnou za jeho vyšší odpovědnost ke svému zdraví a bude se dále rozvíjet zejména pro velké skupiny chronicky nemocných pacientů a pilotně i pro ostatní pojištěnce.

Revoluce a evoluce

Sice začínáme být pamětníky, ale stále si tu poslední revoluci většina z nás pamatuje. Ve zdravotnictví jsme chtěli skoncovat se státní zdravotní službou, s přidělovým systémem, s chybějící volbou a svobodou v systému, chtěli jsme vyšší kvalitu, pohodlí, širší nabídku a více individuální odpovědnosti. Nechtěli jsme platit daň, ale pojistné. Vznikla správa zdravotního pojištění ke správě zdravotní daně, pak vznikla Všeobecná zdravotní pojišťovna k tomu, aby vzniklo zdravotní pojištění. Pak následovala cesta plná pokusů, během níž jsme se stali přeborníky ve střídání

VZP představuje při své velikosti pro stát nejen záruku schopnosti stabilizovat chování celého systému, ale i potenciál využití našeho know-how v kontrole nákladů v evropské konkurenci zdravotních pojišťoven.

mechanismů úhrad, strkání hlav do písku a předstírání jiné reality než té, která ukazuje, že nic nemůže být zadarmo, že žádný stát na světě nedokáže všem zajistit vše bez omezení a že za více služeb a jejich vyšší kvalitu je nutné zaplatit cenu, která tu a tam ještě zůstává česká, ale dříve či později se stane evropskou.

Chceme být nositelem změn

Změn ne agresivně politicky prosazovaných, ale konsensuálně stavěných na tom, co se v minulosti osvědčilo, postupných, byť v důležitých okamžicích třeba revolučních, zajištěných naší velikostí a našimi schopnostmi. Většina partnerů tuto naši úlohu chápe a oceňuje.

Jak jsme na tom

Překvapivě ne špatně. Zatímco skoro všude je tématem číslo jedna deficit zdravotních systémů, my se dočasně těšíme z přebytků. Ví se, že celosvětově je segment zdravotního pojištění nejrychleji se rozvíjející. Objevují se příležitosti. Dokud bylo zdravotní pojištění ve ztrátě, pozornost nepřitahovalo. Teď je vstupovat do zdravotnictví skoro módou, ale zapomíná se, že zdravotnictví jako celek je stále zatíženo vnitřním dluhem, hrne před sebou nevyřešené problémy a že na obzoru jsou mnohé výzvy, ať už je to zpomalení ekonomiky, inflační tlaky nebo evropská konkurence. Málomocná finanční skupina si příležitost ve zdravotnictví bude chtít nechat ujit. Lákadlo současného vlastnictví úřadu, který od občanů vybírá povinné daně, a zdravotnických zařízení,

kterým tento úřad hradí péči, kterou poskytnou, je velké. Je také k dispozici dostatek ztrátových, často i špatně hospodařících a řízených, zanedbaných, podinvestovaných, ale současně majetkově zajímavých nemocnic.

Je ale také řada problémů. Věci, které stát účinně neřeší nebo je někdy způsobuje. Nedostatek a snižující se atraktivita profese zdravotních sester a některých skupin lékařů. Systém financování založený na pojišťovnách-nepojišťovnách, daních-pojistném. Nedefinování politické, státní, veřejné a individuální odpovědnosti. Politizace zdravotnických problémů a zahleděnost do české zdravotnické měřičny se změťí zájmů osobních, skupinových a politických. Kapitálu jiných odvětví v proudění do této měřičny ale již dnes nic nebrání a hráze od evropského zálivu, který ústí do světového moře, jsou nízké a postupně mizí.

Konkurence se nebojíme

Česká republika není velký stát. Jsme součástí Evropské unie, kde budeme stále častěji žít a pracovat, studovat, cestovat. Evropské sociální a zdravotní systémy se budou harmonizovat a sblížovat. V čem je naše konkurenceschopnost? Jsme nápadití a chytrí, flexibilní a ne příliš zhýčkaní, pracujeme tvrdě a máme výsledky. VZP představuje při své velikosti pro stát nejen záruku schopnosti stabilizovat chování celého systému, ale i potenciál využití našeho know-how v kontrole nákladů v evropské konkurenci zdravotních pojišťoven. Zde vidíme jako VZP svoje místo. Vytváření konkurenčních systémů tuzemských zdravotních pojišťoven na odvětvovém, regionálním nebo alternativně všeobecném základě s nabídkou služeb těm skupinám klientů, kteří mají zvláštní potřeby, odlišná očekávání či jiné možnosti, pokládáme za užitečné. To, co chybí, je rovné a kvalitní legislativní prostředí, aby se v principu zdravý jev nevyvinul v pravý opak.

VZP se mění

Z úřadu v instituci, která se zajímá o potřeby a očekávání svých pojištěnců. Která dělá vše pro to, aby změnila svůj přístup a metody řešení problémů na vstřícné a přívětivé naplňování potřeb svých klientů. Máme zájem na tom, aby se legislativní prostředí ve zdravotnictví České republiky změnilo. Chceme větší volnost v nabídce, chceme i větší nezávislost a odpovědnost. Jsme přesvědčeni, že přes všechno hartusení nám veřejnost i zdravotníci věří, že můžeme stavět na vysokém lidském potenciálu svých pracovníků, kteří stáli u zrodu systému zdravotního pojištění a chtějí loajálně pracovat ve prospěch své pojišťovny a zdravotnictví jako celku.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Co si první vybavíte, když někdo řekne „Všeobecná zdravotní pojišťovna“?
2. Co je Vám na VZP sympatické a co Vám na ni naopak vadí?
3. Jakou byste si přál/a VZP?



*Mgr. Michal Hašek,
předseda poslaneckého klubu
ČSSD a místopředseda SR VZP*

odpovědi Michala Haška:

1. Moje první reakce je, že zdraví není zadarmo, ale zároveň to není zboží. O zdraví musíme pečovat sami, a když to nejde nebo to neumíme, je tu lékař, který nám pomůže. A pojišťovna, která se postará o nás i o toho lékaře. VZP se o nás postará od narození až do stáří, a to je dobře, protože tím mi říká, že jí nejde jen o peníze, ale opravdu o zdraví lidí.

2. Sympatické je, že VZP odpovědně provází člověka po celý život. Že nabízí standard i něco navíc, že lidem prostřednictvím různých programů šetří peníze. Vadí mi, že je to pořád trochu úřad se spoustou papírů a vyžadovaných razítek.

3. Přál bych si, aby VZP byla moderní, finančně stabilní pojišťovnou s rychlými a pro kli-

enta nenáročnými službami, které se budou přizpůsobovat jeho potřebám ze dne na den. Aby byla spolehlivým partnerem pro zdravotnická zařízení a místem respektovaným odborníky všech lékařských profesí.



*MUDr. Milan Kubek,
prezident, Česká lékařská
komora*

odpovědi Milana Kubka:

1. Finanční instituce hospodařící s cca 145 mld. Kč, na jejichž účtech zůstávalo již na konci loňského roku bezmála 11 miliard korun, které by měly být použity na úhradu péče o jejich 6,5 milionu klientů. Vybaví se mi faktický monopol, který ovládá 64 % trhu, a tak se bez smlouvy s ním většina zdravotnických zařízení neobejde.

2. Sympatické je, že VZP může mít díky své velikosti nej-

nižší provozní náklady (3,34 %) a že zároveň hradí za péči o své klienty nejvyšší částky.

Obtížně pochopitelná je naopak přetrvávající podpora projektů jako "Mořský koník" a skutečně k naštvání je oč zbytečnější, o to luxusnější časopis Svět pojištěnce.

3. Přál bych si instituci, která by nevystupovala vůči zdravotnickým zařízením z pozice síly a která by naopak i každého drobného soukromého lékaře považovala za svého váženého obchodního partnera.



*prof. Ing. Milan Žák, CSc.,
rektor, Vysoká škola ekonomie
a managementu*

odpovědi Milana Žáka:

1. Dominantní postavení na trhu – případ pro ÚOHS.

2. Sympatické? No asi dobrý management, ale moc to nesleduji. Vadí mi její postavení na

trhu, ale to je víc problém politický než ekonomický (alespoň se domnívám).

3. Abych jí ani žádnou jinou nepotřeboval minimálně do sta let.



Marie Retková,
moderátorka České televize

odpovědi Marie Retkové:

1. Vybavím si největší zdravotní pojišťovnu v zemi s největším počtem pojištěnců. Mezi

nimi je velká spousta těch, kteří se o své zdraví nikdy nestarali, nestarají a starat nebudou.

2. Sympatické je, že ač má mezi klienty i ty, kdo u ní zůstanou z pohodlnosti a o své zdraví nedbají, dokáže svým klientům zajistit potřebnou zdravotní péči, a pokud vím, někdy i hodně drahou.

3. Přála bych jí, aby dokázala ocenit klienty, kteří dbají o své zdraví a starají se o ně, a znevýhodnila ty, kdo se o ně nestarají (nadváha, kouření, drogy...).

odpovědi Vladimíra Drymla:

1. Největší zdravotní pojišťovna, na které ještě stále stojí celý český zdravotní systém zdravotního pojištění.

2. V naprosté většině zajišťuje plošně péči v celé republice a hradí v nemalé míře i většinu velmi finančně náročné léčby.

Nelíbí se mi složité úřadování, neochotní úředníci, řízení není na odpovídající úrovni, hlavně na ústředí. Očekával bych od ní i větší vstřícnost vůči svým klientům.



MUDr. Vladimír Dryml,
ředitel Horské nemocnice
Vrchlabí

3. Moderně řízenou a pružnou VZP s daleko profesionálnějším přístupem ke svým klientům. Mělo by to vycházet přímo z centrály na kraje. Více peněz by také mělo jít do preventivních programů, hlavně onkologických a kardiiovaskulárních.



o. s. Občan děkuje za podporu

Nadaci Open Society Fund Praha

