

V Praze dne 9. listopadu 2010

**Obecné připomínky k Návrhu zákona č. 48 / 1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů**

**Předložený návrh, který se na první pohled tváří jako pouze technická novela v sobě obsahuje zásadní změny ve financování systému zdravotnictví v České republice.**

Za naprosto nezbytné proto považujeme posouzení předloženého dokumentu v celkovém kontextu „reformy veřejných financí“ uskutečňovaných touto vládou. Bez tohoto kontextu totiž nelze dosti dobře pochopit skutečné cíle a motivace navrhovaných opatření (s čímž mimochodem předkladatelé zjevně počítají). Bez tohoto kontextu by se mohlo snadno přistoupit na krycí legendu předkladatelů halících své skutečné záměry do cudného hávu starosti o občana a jeho ústavní nároky.

Ve skutečnosti jde jen o dovršení „úspěšných reformních snah“ uskutečněných předchozí vládou. Ty spočívaly ve dvou opatřeních :

- **naprosto nepřiměřeném snížení daní** (včetně tzv. zastropování pojistného) provedeném v posledních letech. Tato politika v kombinaci s ekonomickou krizí uvrhla státní rozpočet i celkové veřejné finance do největších deficitů v historii České republiky. Zastavení valorizace plateb za státní pojištěnce pak přenáší tento problém nízkou nastavené daňové soustavy v ČR do systému veřejného zdravotního pojištění.
- **změně regulace cen léčiv**. Změna cenové regulace obešla veřejnou diskusi a „na poslední chvíli“ poslancek iniciativou se dostala do „reformního Topolánkova batohu“. Změna regulace znamenala výrazné zvýšení výdajů zdravotních pojišťoven za léky (oproti stavu oproti zachování původního systému regulace). Současná „cenová regulace“ např. umožňuje, přes výrazné posílení koruny vůči euru i dolaru v posledních letech, farmaceutickým firmám již minimálně tři roky čerpat zisk z kursových změn v ročním rozsahu minimálně 4 - 5 mld Kč. Jak ukazuje tento návrh, okamžitá úprava cenové regulace léčiv však není na pořadu dne.

Důsledkem těchto „opatření“ pak je opakující se roční deficit veřejného zdravotního pojištění ve výši cca 10 mld Kč. Situace je dnes taková, že během loňského a letošního roku došlo prakticky k vyčerpání rezerv, naakumulovaných zdravotními pojišťovnami v předchozích letech a nejspíše **ve druhém čtvrtletí 2011 se zdravotní pojišťovny dostanou do problémů s platební schopností.**<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Jako reakce na toto akutní riziko se navrhuje prozatím pro příští rok snížení úhrad ZP např. u nemocnic o 5% u akutní péče a 10 % u následné péče oproti roku 2009. Tím se samozřejmě problém deficitu systému veřejného zdravotního pojištění začíná přesouvat od zdravotních pojišťoven dále na poskytovatele zdravotní péče – kteří se tak nepřímou „v předstihu“ motivují k „nadšenému souhlasu“ se zavedením spoluúčasti pacientů na úhradě léčebných úkonů.

V tomto kontextu je pak naprosto zřejmé, že skutečným cílem navrhovaných změn v oblasti hrazení zdravotní péče (změny v §1 3 Zákona 48/1997 o veřejném zdravotním pojištění) **je zatížit pacienty dodatečnými náklady vyplývajícími z fakticky nucené spoluúčasti na úhradě léčebných úkonů. Jinak řečeno přenést na pacienty náklady předchozích „reformních kroků“ pravicových vlád, které zásadním způsobem rozrušily bilanci veřejného zdravotního pojištění.**

Na straně 27 se hovoří o tom, že „*V oblasti hrazení zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění zůstane zachován stav, kdy pojištěnec bude mít nárok na zdravotní péči bez přímé úhrady, tedy na zdravotní péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Oproti současnému stavu bude pojištěnci dána možnost si v případě zájmu legálně připlatit na nákladnější zdravotní péči*“ .

Tyto věty, které se ještě několikrát v různých obměnách v dokumentu objevují navozují pocit, že prakticky oproti současnému stavu o nic nejde. Že jde pouze o otevření možnosti aby si občan oproti současnému standardu připlatili na nadstandard.

Ve skutečnosti v celém dokumentu není ani zmínka o tom, jak tento standard bude vypadat – jaká úroveň „zdravotní péče bez přímé úhrady“ bude. Zcela jistě to však nebude současná úroveň – což nepřimo na str. 3 uvádějí (snad nechtěně) i sami autoři. „ V oblasti hrazení zdravotní péče hrazeného z veřejného zdravotního pojištění je třeba redefinovat rozsah zdravotní péče ve smyslu Programového prohlášení vlády České republiky. Čili ne zachovat, ale „**redefinovat**“ .

Podívejme se tedy co říká programové prohlášení vlády. V části II. se zde k tomuto tématu uvádí: „Definujeme nárok, tedy rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, na základě medicínských kritérií a v rozsahu možností veřejného zdravotního pojištění“ .

Pokud vyjdeme z této autentické citace Programového prohlášení vlády, pak je již dnes zcela zřejmé, že rozsah současné zdravotní péče je poskytován nad „možnosti veřejného zdravotního pojištění“ v rozsahu 10 mld Kč. A tím jsou také dány základní rámce standardu a nadstandardu – bez ohledu na detailní „medicínská kritéria“. Současný standard poskytované zdravotní péče se stane budoucím nadstandardem. Jinak řečeno, na úroveň služby, kterou dostává pojištěnec ze současného systému si bude muset (vedle regulačních poplatků a doplatků za léky) pojištěnec prostě připlatit. Návrh (věcný záměr) **zákona o veřejném zdravotním pojištění** tomu novelizací §13 otevírá cestu.

**Toto zjevné zavedení nucené spoluúčasti občanů na úhradě zdravotní péče se v návrhu zákona nazývá otevření možnosti „legálně si připlatit“. Je velmi pravděpodobné, že již v dohledné době si budou pacienti „legálně připlácet“ v rozsahu dalších 10 – 15 mld Kč. Celkové „připlácení“ se tak minimálně zvýší ze 40 mld Kč, dosažených v roce 2008, na 55 – 60 mld Kč a míra spoluúčasti se zvýší z 15,4 %, dosažených v roce 2008 na zhruba 23 %.<sup>2</sup>**

---

<sup>2</sup> V této souvislosti není od věci si připomenout volební program TOP 09, který říká, „spoluúčast, která tvoří v současnosti zhruba 14 % celkových výdajů oproti 25 % obvyklým v rozvinutých zemích Evropské unie, bude růst maximálně o 3 procenta ročně“.