

Máme důvod být naštvaní a máme právo protestovat

České zdravotnictví je chronicky podfinancované. Slušná úroveň medicíny a stále ještě ucházející, byť postupně se zhoršující dostupnost zdravotní péče, to vše je vykoupeno špatným ohodnocením práce zdravotníků, kteří jsou nuceni na úkor svých vlastních příjmů nedobrovolně systém dotovat.

Svůj zásadní význam zdravotnictví prokázalo například v letech covidové epidemie. V těžkých časech, kdy politici nenašli dostatek odvahy přijímat opravdu účinná protiepidemická opatření, chod ekonomiky i celé společnosti závisel na obrovském pracovním nasazení lékařů, zdravotníků a dobrovolníků, kteří nám pomáhali. V té době se politici předháněli v tom, kdo z nich nám bude více děkovat a kdo si na naší práci lépe přihřeje svoji polívčičku.

Dozvuky epidemických vln však ještě ani nestačili odeznít, a už zas bylo vše při starém. Nejrůznější „reformátoři“, kteří byli během epidemie zalezlí, začali znovu kázat svá moudra o „přebujelé síti nemocnic“, které je třeba rušit, o „nizké obložnosti lůžek“, na odděleních, která je třeba zavírat, o nadměrném počtu ambulantních specialistů... Stále stejná písnička.

Výdaje na zdravotnictví v ČR zůstávají pod úrovní EU

V covidových letech se razantně zvýšily výdaje na zdravotnictví nejenom u nás, ale všude. Jinak nešlo epidemii zvládat. Pokud bychom místo toho na dlouhé měsíce zastavili ekonomiku, přišlo by nás to jisto jistě mnohem dráž. I když se na epidemii možná někdo „napakoval“, například na předražených antigenních testech, nakonec byly všechny ty utracené peníze dobrou investicí.

Dodatečné výdaje spojené se zvládnutím epidemie a současný ekonomický pokles, ke kterému docházelo, společně zapříčinily zvýšení podílu výdajů na zdravotnictví na hrubém národním produktu (HDP) ve všech vyspělých zemích. A společný je i současný pokles tohoto ukazatele.



Výdaje na zdravotnictví jako procento HDP

	2015	2019	2020	2022
Německo	11,18	11,70	12,82	12,65
Francie	11,44	11,10	12,16	12,10
Rakousko	10,37	10,48	11,47	11,35
Španělsko	9,13	9,14	10,71	10,39
Itálie	8,86	8,66	9,63	9,00
Česko	7,20	7,60	9,24	9,09
EU 15	10,24	10,29		
Velká Británie	9,90	10,15		11,34

Zdroj: Health at a Glance 2023

1

Česká republika ve výdajích na zdravotnictví zůstává stále pod průměrem států Evropské Unie. Covid na tom nic nezměnil.

Nízká platba za státní pojištění

Základní příčinou ekonomických problémů našeho zdravotnictví je to, že stát platí příliš málo za tzv. státní pojištění, tedy důchodce, děti, nezaměstnané, uprchlíky... Samotný princip této zástupné platby, který by čas od času chtěl některý z ministrů financí rušit, je přitom až geniálně jednoduchý. Za minimálních vedlejších nákladů zajišťuje stoprocentní „výběr“ tohoto pojistného. Pokud by byla tato zástupná platba zrušena a dané skupiny obyvatel si měly pojištění platit samy, musel by stát v první řadě razantně zvýšit veškeré důchody a většinu sociálních dávek a současně zavést významné daňové úlevy pro rodiče. Asi by to bylo možné, ale jistě zbytečné. Obrovská byrokracie a s ní spojené vedlejší náklady. Navíc, dovedete si někdo představit, jak by pojišťovny „páčily“ peníze třeba z bezdomovců či jiných nepřízřívobivých občanů? Já ne. Nakonec by zůstalo zdravotnictví škodné.

Princip zástupné platby je samozřejmě třeba zachovat. Problémem však zůstává to, že stát platí málo. Pro představu, za cca 60-65 % populace dostávají pojišťovny pouhých cca 25-30 % celkového pojistného. Odhlédněme od toho, že právě tyto skupiny tzv. státních pojištěnců spotřebovávají, samozřejmě ne svojí vlastní vinou, nejvíce zdravotní péče.

Výše platby za tzv. státní pojištění, o které rozhoduje Vláda ČR svým nařízením vydávaným do 30. června vždy na následující rok, je právě tím nástrojem, který umožňuje vládnoucím politikům vyjádřit to, zda pro ně zajištění zdravotní péče pro pacienty je či není prioritou.

Vývoj výše měsíční platby za tzv. státní pojištění

Od 1.1.2020: 1 067,- Kč (+49,- Kč)

Od 1.6.2020: 1 567,- Kč (+500,- Kč)

Od 1.1.2021: 1 767,- Kč (+200,- Kč)

Od 1.1.2022: 1 967,- Kč (+200,- Kč)

Od 1.9.2022: 1 487,- Kč (-480,- Kč) ztráta 14 mld. Kč

Od 1.1.2023: 1 900,- Kč (+413,- Kč)

Od 1.1.2024: 2 085,- Kč (+185,- Kč)

Od 1.1.2025: 2 127,- Kč (+ 42,- Kč)

Počátkem covidové epidemie rozhodla vláda Andreje Babiše o mimořádné valorizaci této platby v atypickém termínu od 1.6.2020 o nevídaných 500,- Kč. Zdravotnictví bylo prioritou.

Na návrh ministra Válka, či minimálně s jeho souhlasem, naopak vláda Petra Fialy rozhodla opět o mimořádném, tentokrát však naopak snížení této platby od 1.9.2022 o 480,-Kč. Zdravotnictví, které pro ni nebylo prioritou, tak přišlo o 14 miliard korun. Ministr Válek toto bezprecedentní rozhodnutí tenkrát zdůvodňoval tím, že zdravotní pojišťovny mají peněz dost.

To však nebyl konec. I po celý rok 2023 totiž zůstala platba státu pod úrovní té z roku předcházejícího. Rozhodnutím vlády ta dostaly zdravotní pojišťovny v těch zmiňovaných inflačních letech nominálně o 20 miliard korun méně, než se dalo očekávat. Skvělá práce tandemu Válek – Stanjura.

Válkova valorizace – poukázka na trvalou chudobu

Výměnou za mimořádné snížení platby za státní pojištění pan ministr Válek získal zákonný závazek pravidelné valorizace této platby oproti oné částce snížené na 1 900,-Kč. Od 1.1.2024 se tedy platba státu má každoročně navyšovat o míru předcházející inflace, což má alespoň dodatečně zajistit, že hodnota těchto peněz zůstane zachována. V případě růstu reálných mezd o nějaké to procento by měla platba navíc stoupnout o polovinu tohoto procenta. Tato „jistota“ bohužel není ničím jiným než poukázkou na trvalou chudobu českého zdravotnictví. To nám dal kolega Válek pěkný dárek.

Navíc, pokud se ekonomika rozjede a reálné mzdy porostou, budou se stále více nespravedlivě rozevírat nůžky mezi tím, co platí stát, a tím co odvádí zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé. To je matematika.

A výsledek Válkova snažení? Od 1.1.2025 se platby za státní pojištění zvýší o zanedbatelných 42,- Kč, tedy nejméně od roku 2016.

Seznam zdravotních výkonů jako základní ceník

Seznam zdravotních výkonů je základním dokumentem, kterým by se měly řídit platby za zdravotní péče. Každý výkon, jehož bodové ohodnocení tato vyhláška určuje, je popsán ve svém vlastním tzv. kalkulačním listu stran nákladů nezbytných na jeho řádné provedení. Potřebný čas, přístrojové vybavení, materiál, ale i kvalifikace a počet potřebných zdravotníků. Pokud budou započítané ceny veškerých těchto vstupů reálné, bude seznam zdravotních výkonů opravdovým ceníkem, který zohlední skutečné náklady poskytovatelů včetně důstojné ceny práce a umožní jim dosahovat přiměřený zisk. Ostatně v tomto duchu rozhodl v minulosti Ústavní soud, když zrušil úhradou vyhlášku.

Nákladové proporce mezi jednotlivými výkony stanoví právě ty kalkulační listy určující počet bodů. Inflaci a růst cen by pak měla každoročně vyrovnávat rostoucí hodnota bodu. Ministr Válek však ekonomická pravidla nerespektuje.

Seznam zdravotních výkonů je závazný pro všechny zdravotní pojišťovny, které by už z jeho podstaty měly platit všem zdravotnickým zařízením za identické výkony stejně. Bez splnění této podmínky samozřejmě nelze objektivně posuzovat efektivitu jednotlivých zdravotnických zařízení. Současný chaos v úhradách vyhovuje těm nejsilnějším predátorům, kteří se pohybují zdravotnickou džunglí. Fakultním nemocnicím, které mají stabilní zastání v osobách ministrů, a zdravotnickým řetězcům, které si dokážou otevřít vrátka do zdravotních pojišťoven a „vytěžují“ slabá místa regulačních omezení.

Zdravotnická zařízení musí být schopna vydělat si nejenom na provoz, ale i na investice. Zatím co nemocnice mohou spoléhat na nejrůznější dotace, tak soukromým lékařům nikdo nic nedá. Co na to Úřad na ochranu hospodářské soutěže?

Cena práce – sjednocující společný zájem všech zdravotníků

Zvyšování ceny práce započítané v Seznamu zdravotních výkonů je základním předpokladem spravedlivého růstu úhrad, který zas je podmínkou udržitelného růstu platů a mezd. Některé

odbornosti využívají více přístrojů případně spotřebovávají více materiálu, jiné méně. V tom se mezi sebou liší třeba chirurgie a interna. Cena práce obdobně kvalifikovaného lékaře však musí být napříč odbornostmi stejná. A je v našem zájmu, aby byla důstojně vysoká. Aby si lékař za běžnou ordinační dobu vydělal nejenom na svoji mzdu a odvody, ale také na čas své dovolené, na dobu nezbytnou pro vzdělávání, na čas strávený administrativou, ale i na případnou pracovní neschopnost...

Díky komoře se cena práce všech nositelů výkonů v SZV zvyšuje

Zvýšení ceny práce, které se mi podařilo vyjednat ještě s tehdejším premiérem Babišem, považuji za jeden ze svých největších úspěchů ve funkci prezidenta ČLK. Po létech stagnace se cena práce zvýšila od 1.1.2021 o 10 % a od 1.1.2022 o dalších 10 %. Zároveň jsme prosadili i pravidelnou valorizaci o míru inflace. Od 1.1.2023 o 3,8 % a od 1.1.2024 o 15,1 %. Od ledna 2025 se cena práce zvýší o dalších 10,7 %. Pro plně kvalifikovaného lékaře (L3) to bude 819,- Kč za hodinu dle SZV.

Úhradová vyhláška pro rok 2024 naši práci znehodnocuje rozdílnou cenou bodu

Zvýšení ceny práce, prosazené komorou, mělo zmírnit historické nespravedlnosti. Bohužel úhradová vyhláška platná v letošním roce tento náš úspěch do značné míry znehodnotila. Sdružení ambulantních specialistů (SAS) vedené Dr. Jojkem si s ministrem Válkem vyjednalo rozdílné hodnoty bodu pro různé odbornosti v ambulantní specializované péči. Aby ty bohatší, přístroje více vybavené odbornosti (např. kardiologie) zůstaly bohaté a ty chudé, které jsou více závislé na klinických vyšetřeních, a tedy ceně lidské práce (např. interna) zůstaly chudými.

Tento neblahý trend bude bohužel trvat i v příštím roce. Nic na tom nezměnily připomínky uplatňované naší komorou. I v roce 2025 tak zůstane ministerská úhradová vyhláška symbolem chaosu, netransparentnosti, protekce a potenciální korupce.

Proč se soukromí lékaři nebrání vůči ministerské zvůli?

Vysvětlením je paradox časového posunu. Soukromí lékaři, udřeni ve svých ordinacích, ze kterých ambulantní specialisté často nemají ani možnost odskočit si na kongres či na přednášku, nemají čas na to, aby se zabývali složitými a úmyslně netransparentními kličkami úhradových vyhlášek. V tomto případě bezesbytku platí, že stále delší a komplikovanější texty s nesrozumitelnými matematickými vzorci, těchto vyhlášek slouží v první řadě k tomu, abychom si nevšimli toho, jak jsme okrádani. O to více bych doporučil všem soukromým lékařům, aby sledovali analytické materiály a doporučení připravená našimi právníky.

Dohodovací řízení o úhradách na rok 2025 s pojišťovnami probíhalo už na jaře roku 2024. Česká lékařská komora v jeho rámci hájí zájmy svých členů na základě plných mocí, které nám soukromí lékaři udělují. Čím více plných mocí máme, tím větší silou disponujeme a tím máme větší možnost vám pomáhat. Plnou moc pro ČLK-o.s. je však třeba zasílat už v předstihu. Nejpozději do konce ledna. Tedy právě nyní je ta nejlepší chvíle, abyste se rozhodli nechat se zastupovat tou nejsilnější profesní organizací. Nesmíme dopustit, abychom i za rok dopadli zase tak jako letos.

Díky mantinelům nastaveným ministrem Válkem tak, že nám pojišťovny nesmí platit více, byly letos dohody prakticky nemožné.

Po ukončení dohodovacího řízení zveřejňuje na podzim ministerstvo návrh úhradové vyhlášky, který by měl, ale nemusí, zohledňovat výsledky našich jednání s pojišťovnami. Poté nastává čas na připomínkování návrhu. Vloni se s námi ministr Válek nebavil vůbec, ale také letos jeho ministerstvo všechny naše připomínky odmítlo. V zákonem stanoveném termínu do 31.10. pak ministerstvo úhradovou vyhlášku vydává.

Další fází bývá jednání s pojišťovnami o úhradových dodatcích. Většina pojišťoven bohužel jakákoliv jednání odmítá a bez diskuse rozesílá úhradové dodatky, které naštěstí nemusí podepisovat nikdo, kdo v textu dodatku pro své zdravotnické zařízení nenalezne nějakou výhodu oproti znění úhradové vyhlášky. Bez vašeho podpisu vám pojišťovny beztak musí platit dle vyhlášky. Vlastní důstojnost má také svoji hodnotu. Ministr má moc rozhodnout, že mi budou pojišťovny za práci platit málo, ale nemůže mě donutit, abych podepsal, že s takovým okrádáním souhlasím.

Během roku 2025 budou zdravotnická zařízení dostávat měsíčně zálohové platby. Ve většině případů se stále nebude dít nic dramatického. V pololetí 2026 však na soukromé lékaře dopadne s plnou vahou vyúčtování péče za rok 2025. A to bude průšvih. Avšak to době již doslova do písmem bude platit povzdech, že je „pozdě bycha honit“.

Zkrátka, bránit se musíme dopředu!

Peníze jsou, ale ne pro nás

Zatím co v září 2022 ministr Válek bohorovnost, s níž vrátil 14 miliard korun do státního rozpočtu zdůvodňoval tím, že zdravotní pojišťovny mají peněz dost a stát málo, tak v současnosti stejně „přesvědčivě“ tvrdí, že pojišťovny nemají peníze na zvýšení platů a mezd zdravotníků v nemocnicích ani na důstojnou valorizaci úhrad pro soukromé lékaře, která by nám alespoň kompenzovala obrovskou inflaci (15,1 % v roce 2022 a 10,7 % v roce 2023). Ani jedno z obou tvrzení není pravdivé. Těch zahozených 14 miliard samozřejmě chybí, ale pojišťovny ani tak bez peněz nejsou. V září letošního roku měly na svých účtech dohromady bezmála padesát miliard korun. Ekonomická situace pojišťoven je však rozdílná. Zatím co VZP má přepočteno na svého jednoho klienta v bankách 5,5 tisíce, tak OZP 3 tisíce a VoZP jen cca 2 tisíce korun. Pokud má nějaká zdravotní pojišťovna problém, pak by ho měl ministr řešit, a ne jeho důsledky přehazovat na nás na lékaře.

Pojišťovny mají celou řadu fondů. Tím nejpodstatnějším je tzv. Základní fond, který slouží přímo k úhradám zdravotní péče.



Peníze na základních fondech zdravotních pojišťoven

	9/2022	9/2023	9/2024
111 – VZP	14 731 336	13 760 586	11 223 416
201 – VoZP	675 684	424 717	968 763
205 – ČPZP	3 297 264	1 865 682	1 155 593
207 – OZP	1 447 418	536 064	569 722
209 – Škoda	620 868	227 724	195 080
211 – ZPMV	1 734 504	710 408	591 474
2013 - RBP	1 664 775	852 617	619 365
Celkem	24 171 849	18 377 798	15 323 413

Zdroj: Mz
Částky v tisících Kč (tedy 15 miliard)

2

Zůstatky na základních fondech pojišťoven se sice snižují (těch Válkem zahozených 14 miliard chybí), ale přesto zůstávají slušné.

V důvodové zprávě k zveřejněné úhradové vyhlášce odhaduje ministerstvo nárůst výběru pojistného v roce 2025 o 27,4 mld. Kč. Platy a mzdy prostě v ČR porostou. Navíc je třeba upozornit, že podobné odhady bývají ze strany ministerstva účelově podhodnocené. Většinou se vybere více.

Bohužel z oněch 27,5 miliardy se 11 mld. Kč má z rozhodnutí ministra Válka a vlády nakumulovat na účtech zdravotních pojišťoven. Pláč některých lobbistů a zpracovaných novinářů, že kvůli drobnému navýšení úhrad pro praktické lékaře nebudou peníze na superdrahou centrovou péči, nemá žádné opodstatnění. Stačilo by nezvyšovat o tolik rezervy pojišťoven a peněz by bylo dost. Uškodlení oněch 11 miliard na úkor dostupnosti zdravotní péče, to je čistě politické rozhodnutí.

Ze zbývajících 16,5 mld. Kč má jít 7,7 mld. Kč na léky a 3,4 mld. na nové technologie či výkony (dohromady 11,1 mld. Kč). Ministerstvo toto označuje jako „mandatorní výdaje“, tedy něco povinného. Jako by snad zaplacení naší práce povinné nebylo.

To, co nakonec zbyde, tedy pouhých 5,4 mld. Kč má jít na navýšení úhrad a to dohromady ve všech 14ti segmentech (včetně nových kapacit), to odpovídá nárůstu o cca 1,2 %.

Máme důvod být našťvaní!

Ne pojišťovny, ale občané platí zdravotnictví

Podle platných zákonů hraje rozhodující úlohu ve financování zdravotní péče platby od zdravotních pojišťoven. O tuto skutečnost se opírají ti politici, kteří by se rádi zbavili odpovědnosti za zajišťování dostupnosti bezpečné a kvalitní zdravotní péče občanům a veškeré rozhodování a moc by chtěli předat do rukou zdravotních pojišťoven s odůvodněním, že ten, kdo platí, ten má rozhodovat. Zdravotní pojišťovny však nejsou žádní plátcí, jen výběřčí a přerozdělovači. Skutečnými plátcí zdravotní péče jsme my občané, od kterých pojišťovny peníze vybírají. Ne pojišťoven, ale nás občanů by se měli politici ptát, jaké chceme mít zdravotnictví. Zda kvalitní,

anebo laciné. Zda spravedlivě dostupné všem, nebo rozdílné podle obsahu naší kapsy. My bychom měli rozhodovat o tom, zda je pro nás zdravotnictví důležité, nebo zda vidíme priority jinde.

Výdaje na zdravotnictví rostou

Zatím co v roce 2018 vyplatily pojišťovny 285 mld. Kč, tak během covidové pandemie došlo k zásadnímu navýšení a v roce 2023 výdaje dosáhly 456 miliard.



Výdaje zdravotních pojišťoven (základní fond)

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Náklady v mil. Kč	285 332	310 969	359 023	404 375	418 118	456 633
Index (k roku 2018, v %)	100,0	109,0	125,8	141,7	146,5	160,0
Index (k předchozímu roku, v %)	-	109,0	115,5	112,6	103,4	109,2
Inflace				3,8 %	15,1 %	10,7 %
			Covid - 19	Covid - 19		

Zdroj: Zpráva Analytické komise DŘ

3

Výdaje nominální versus reálné

Nárůst nominálních výdajů za uplynulých devět let z 252 mld. Kč v roce 2015 na 457 mld. Kč v roce 2023 vypadá na první pohled impozantně. Avšak opravdu jen na první pohled. Nárůst o 205 mld. Kč, to sice je zvýšení o 81 %, avšak nesmíme zapomínat na inflaci, která tyto peníze znehodnocuje.

Česká republika je bohužel inflačním šampionem.

Kumulovaná míra inflace (2015 – 2023) (ČR inflační šampion)



Maďarsko	62,4 %
Estonsko	51,3 %
ČR	49,3 %
...	
Průměr EU	27,2 %
...	
Řecko	15,9 %

Zdroj: Eurostat

4

Jsme třetí nejhorší v Evropské Unii. A ještě se při tom chlubíme tím, že neplatíme eurem. Naopak ono nechvalně proslulé Řecko, jehož dluhy jsme nechtěli platit, mělo kumulovanou míru inflace nejnižší.

Pokud tedy zohledníme míru inflace, oněch našich 49 % za devět let, pak zjistíme, že částce 252 mld. z roku 2015 by roce 2023 bylo úměrných 376 mld. inflací ohlodaných korun. Při splnění této podmínky by tedy reálné výdaje na zdravotnictví stagnovaly. Ony však našťestí rostly, i když ne o oněch monumentálním 81 % nominálních, ale jen o 21 % reálných. Je to hodně, nebo málo?

Výdaje na zdravotnictví musí růst rychleji než inflace

Výdaje na zaplacení zdravotní péče rostou ve všech vyspělých státech rychleji, než jaká je inflace. To je dlouhodobý trend. Pokud by pouze kopírovaly inflaci, pak by to umožňovalo pouze stagnaci, o to ještě jen při zachování původních podmínek. Avšak podmínky se mění a medicína nestagnuje.

V první řadě populace stárne a mezi staršími lidmi je logicky více chronických, a tedy nákladných pacientů.



Medián věku obyvatel

	ČR	Německo	Slovensko	Polsko
1995	36,2	38,2	32,4	33,7
2000	37,3	39,8	33,9	35,1
2005	38,8	41,8	35,4	36,5
2010	39,6	44,2	37,0	37,9
2015	41,1	45,9	39,0	39,6
2020	43,0	45,9	41,0	41,3
2022	43,8	45,8	41,8	42,0

Pojistné ve výši 13,5 % z příjmů stanovené před 30 lety nemůže stačit !

5

13,5 % nestačí

Před třiceti lety politici rozhodli, že pojišťovny budou vybírat 13,5 % z platů a mezd na zaplacení zdravotní péče. Po třiceti letech zde máme úplně jinou populaci a medicína se posunulo obrovským způsobem dopředu. Oněch 13,5 % však jako dogma zůstává. Navíc, jak jsem již zmiňoval, stát zůstává největším dlužníkem, když za své pojištěnce odvádí mnohem méně.

My doktoři nemůžeme dnes léčit své pacienty jako před třiceti lety. Nemůžeme před nimi tajit existenci účinných, leč drahých léků-. Musíme používat přesnější, ale současně dražší vyšetřovací přístroje a metody. Návrat zpět není možný, ale cesta kupředu stojí peníze. A nikdo po nás přece nemůže chtít, abychom péči svým pacientům dovovali ze svého.

Navíc také nesmíme zapomínat na další specifické a mimořádné vlivy jako například epidemie Covid-19 nebo válka na Ukrajině s vlnou uprchlíků.

Divide et impera

Jestli něco politici ovládají dokonale, pak je to vzájemné rozeštvávání různých skupin lékařů a zdravotníků. Nadšeně drnkají na závistivou strnu, když zdůrazňují, že i když někomu příjmy rostou, přesto nemá dost.

Ministr Válek se nás při jednání o platech opakovaně ptal, komu má peníze sebrat, aby mohl splnit závazek, který jménem vlády v prosinci loňského roku podepsal. Ostatně do podobné pasti vlákal vyjednavče za praktiky a ambulantní specialisty, kteří mu na tento „špek“ skočili a pomlouvali nemocnice.



Meziroční nárůst výdajů na některé segmenty

	2020	2021	2022	2023
PL	21,2 %	20,2 %	0,2 %	8,0 %
Gyn	21,9 %	- 4,6 %	11,3 %	7,9 %
AS bez centrovýchléků	18,8 %	1,7 %	10,3 %	13,3 %
Stomatologie	12,6 %	1,1 %	9,5 %	11,8 %
Nemocnice	16,6 %	17,5 %	3,9 %	8,3 %

Pozor: **Nárůst výdajů na segment nemá téměř nic společného s nárůstem příjmů jednotlivých ZZ**

- nové kapacity
- nové náklady

6

Pozor: Nárůst výdajů na segment nemá téměř nic společného s vývojem příjmů jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, tedy ani soukromých lékařů. Zahrnuje v sobě totiž nové nesmlouvané kapacity.

Ekonomický paskvil českého zdravotnictví

Příjmy soukromých lékařů, kteří pracují pod smlouvami se zdravotními pojišťovnami, jsou přísně regulované úhradovými vyhláškami ministerstva zdravotnictví. Máme pouze minimální možnost jakéhokoliv „přivýdělku“. Na rozdíl od všech ostatních podnikatelů nemáme možnost inflaci, rostoucí náklady, ale ani vysokou míru poptávky po našich službách promítnout do svých cen. Ty nám diktuje stát.

Na druhou stranu naše náklady jsou čistě tržní. V porovnání s jinými podnikateli nemáme žádnou výhodu. Nikdo nám nic zadarmo nedá a lacino neprodá.

Počet soukromých lékařů klesá

Ekonomická profitabilita soukromých lékařských praxí se snižuje a úměrně tomu klesá počet soukromých lékařů.

	2008		2023	
Soukromí lékaři	13 017	34 %	11 952	26 %
Zaměstnanci	24 831	66 %	34 210	74 %

Zdroj: Registr ČLK

Za patnáct let se počet lékařů zaměstnanců zvýšil o 9 379, tedy o 38 %. Naproti tomu počet soukromých lékařů klesl o 1 065, což odpovídá – 8 %.

Svoji roli nepochybně sehrává postupující feminizace, kdy lékařky mají větší zájem o zkrácené pracovní úvazky a více je láká jistota zaměstnaneckého poměru. Rozhodující je však ekonomický

tlak, kterému jsou soukromí lékaři vystaveni. Profesor Válek, ostatně jako většina jeho předchůdců, sám nikdy nepodnikal a nemá žádnou představu o tom, čemu všemu musí soukromí lékaři čelit.

Podle prohlášení politiků by se mohlo zdát, že alespoň praktičtí lékaři jsou preferovanou skupinou. To, že jsou na tom některé skupiny doktorů ještě hůře, to však vůbec neznamená, že by praktičtí lékaři neměli dostatek pádných důvodů protestovat. Vyjednané symbolické navýšení úhrad v průměru o 0,5 % na tom samozřejmě nic nezmění.

Ambulantním specialistům hrozí vyhynutí

Jednoznačně nejhůř jsou na tom v současnosti ambulantní specialisté. Vedle tradiční rivality mezi jednotlivými odbornostmi (chirurgové versus internisti) je příčinou neutěšené situace roztržičnost jejich reprezentace. Účastníky dohodovacího řízení jsou desítky drobných organizací, ze kterých si pojišťovny vrásky nedělají. Na rozdíl od praktiků také chybí větší podpora ze strany odborných společností, v jejichž vedení zasedají především akademici z lékařských fakult, kterým jsou každodenní problémy soukromých lékařů velmi vzdálené.

Škoda, že se mi nepodařilo realizovat původní plán, aby jednotlivé skupiny lékařů nejprve vyjednávaly mezi sebou na půdě České lékařské komory, která by poté vyjednaný kompromis prosazoval vůči poštovním jako jediný vyjednaváč. Mohli jsme na tom být mnohem lépe. Realizaci tohoto, jistě ambiciózního plánu, zabránila vzájemná nevraživost, nedostatek důvěry, ale i vnější politické vlivy. Roztržičnost lékařského stavu prostě politikům vyhovuje.



Vedle ekonomického tlaku zůstává dalším problémem ambulantních specialistů to, že současný systém specializačního vzdělávání nám na rozdíl od praktických lékařů fakticky znemožňuje vychovávat si své nástupce.

Quo usque tandem...

Quo usque tandem abutere ~~Catilina~~ (Válek) patientia nostra? Vláda se tváří, že ve zdravotnictví garantuje všechno všem, avšak ve skutečnosti negarantuje nic, jen nás vydírá. Pojišťovny na základě úhradových vyhlášek ministerstva zdravotnictví neplatí za zdravotní péči reálné ceny.

„Vláda je ochotná zaplatit pouze za 5 rohlíků, ale nutí nás k tomu, abychom za tyto peníze prodávali rohlíků 10.“ Jak dlouho si to ještě necháme líbit?

MUDr. Milan Kubek