

Zdravotnictví v ČR a jeho financování – historický vývoj, současný stav a hlavní problémy.

S tímto nadpisem by se nepochybně dala napsat hodně tlustá kniha. Při snaze o zjednodušení nepochybně dojde ke zkreslení – nicméně se pokusím popsat stručně podstatu problému.

Vývoj po roce 1989:

Vznik zdravotních pojišťoven počátkem devadesátých let, privatizace ambulantní sféry, zavedení výkonového systému do úhrad zdravotní péče.

Brzy krach mnohých zdravotních pojišťoven (bylo zpočátku 29), téměř i krach zdravotnictví – velké dluhy pojišťoven i poskytovatelů.

Zavedení paušálů pro nemocnice, kapitační platby pro praktiky, první z oddlužení VZP a nemocnic.

Přesto, že pravicové vlády v polovině devadesátých let tvrdí, že zdraví je zboží jako každé jiné, přetrvává povinné zdravotní pojištění – a to jako prakticky jediný zdroj financování zdravotnictví. Dokonce v PSP ČR prochází „paragraf Fišerové“, který stanovuje, že nikdo nesmí platit nic, co je hrazeno ze zdravotního pojištění.

Vlády levicové v letech 1998 – 2006 zachovávají status quo, snad jenom s tím rozdílem, že v průběhu těchto osmi let dochází k zvýšení mezd ve státních nemocnicích a stoprocentnímu přerozdělení mezi pojišťovnami. Došlo k několika dalším oddlužením VZP a nemocnic, část nemocnic přešla na kraje.

Současný stav:

České zdravotnictví nemá žádnou relevantní všeobecně akceptovanou koncepci, zdravotnictví je politikum kterého politické strany využívají k politickému boji, nezřídka k demagogii a populismu. Není ochota politické elity skutečně systémově řešit problémy.

Nejsou jasně vymezené kompetence v oblasti zdravotnictví a jeho financování (stát, kraje, pojišťovny).

Systém financování je nastavený jako deficitní s jednodrožovým financováním z povinného všeobecného zdravotního pojištění. Zdravotní pojišťovny neplní roli pojišťoven, ale ve skutečnosti jenom přerozdělují vybrané peníze ze zdravotního pojištění poskytovatelům zdravotnických služeb. Paušální, rozpočtový systém financování je demotivující. Financování zdravotnictví je nesystémové a zcela netransparentní. Míra přímé spoluúčasti je okolo 11% - strukturou (doplátky za léky) tato spoluúčasť postihuje zejména dlouhodobě nemocné a seniory a není motivační. Nejsou definovány standardy péče.

Není vytvářen tlak na kvalitu a efektivitu poskytovaných zdravotních služeb, nejsou dostatečné kontrolní mechanismy pro hodnocení kvality a efektivity.

Zdravotnická legislativa je roztříštěná a insuficientní (pořád platí Zákon 20/66 Sb., chybí v mnoha případech provázanost zákonů, nejsou jasně vymezené kompetence...).

Spojení odměňování personálu (osobní hodnocení, které tvoří značnou část příjmů zaměstnanců) zdravotnických zařízení s dodržením ekonomického rozpočtu znamená v praxi restrikcí poskytování služeb a snížení kvality.

Organizace zdravotnictví neodpovídá současným potřebám (nadbytek lůžek akutní péče, malá koncentrace drahých přístrojů a provozů, nedostatečný přesun těžiště léčby do ambulantní sféry, zastaralé budovy nemocnic, nedostatek lůžek následné péče...)

Výhled z hlediska dlouhodobě udržitelných reforem:

Reforma zdravotnictví je nutná. Nejenom z důvodů deficitního financování, které by vzhledem k objemu prostředků mohlo ohrozit celou ekonomiku, ale i pro udržení schopnosti poskytování kvalitních služeb.

Pokud však reforma má být dlouhodobě udržitelná, musí být kompromisem většiny politických sil v ČR. Jinak bude situace od voleb k volbám připomínat „přesýpací hodiny“. Žádná politická strana ani koalice (s nepatrnou většinou) nemůže z dlouhodobého hlediska „vyhrát“ se svou reformou zdravotnictví.

Základním problémem českého zdravotnictví je neochota politických elit najít společnou řeč a přijatelnou koncepci. A to nejenom v otázce míry solidarity (financování), ale i v otázkách organizace, řízení a kontroly zdravotnických služeb. Příkladem, základní platformou pro koncepci českého zdravotnictví by mohlo být zdravotnictví v Rakousku nebo Německu. Ve zdravotnických systémech těchto zemí je zachována vysoká míra solidarity, ale přitom je tam dostatek prvků, které vytvářejí tlak na občany (pacienty, klienty) k prevenci a zdravému způsobu života. Model zdravotnictví z USA, kde zdravotní pojištění není povinné a zdraví je skutečně více vnímáno jako individuální nebo tržní hodnota, je pro ČR (a zřejmě pro většinu Evropy) nepřijatelný. Na druhé straně model zdravotnictví Velké Británie, charakterizovaný centralizovanou zdravotní službou, lze v dnešní době považovat za překonaný.

Cíl reforem:

Cílem reforem by mělo být zdravotnictví, které by bylo výkonné, kvalitní a dostupné, financované převážně ze solidárního zdravotního pojištění, ale s motivačními prvky přímé spoluúčasti. Vymezením standardů a mimostandardů by se vytvořil pro pojišťovny prostor ke konkurenci v komerčním připojištění. Zajištění dostupnosti informací o kvalitě poskytované péče a transparentnost finančních toků by znamenala výraznou kultivaci celého systému zdravotnictví.

V oblasti poskytování služeb by stát měl garantovat základní síť lůžek akutní péče (60 – 80 nemocnic), zbytek lůžkové a celá ambulantní péče může být provozována v tržním prostředí. U základní sítě je nutné udělat výhled rozvoje a investovat do modernizace.