

Z. Roithová

Ve všech rozvinutých zemích najdeme víceméně identické objektivní stimuly reforem zdravotnických systémů:

- demografické faktory (stárnoucí populaci)
- rozvoj medicínských technologií a farmaceutického průmyslu přinášející nové (a tedy dražší způsoby léčby),
- narůstající počet poskytovatelů a vznik nových druhů a forem zdravotní péče, což v souvislosti se známým faktem nabídky stimulované poptávkou ve zdravotnictví vede k nárůstu spotřeby zdravotní péče,
- zvýšená očekávání pacientů, resp. občanů způsobená jednak vyšším stupněm vzdělání a především lepší dostupností informací o globálních možnostech zdravotních systémů (internet).

Výše uvedené faktory vedou jednak k eskalaci nákladů na zdravotnictví a jednak (zejména prvý z nich) k nutnosti změny struktury systému zdravotní péče tak, aby odpovídal potřebám klientů. Zatímco vývoj zdravotnických systémů druhé poloviny dvacátého století lze označit jako jednoznačně „extenzivní“ – nové technologie a metody diagnostiky a léčby, zejména nárůst počtu seniorů vedl v západní Evropě a v USA k posílení „intenzivního“ rozvoje. Tím mám na mysli posun od cíle „vyléčit“ (cure) k cíli „pečovat“ (care) – tedy ke změně struktury zdravotnických pracovníků (významnější počet nelékařských odborníků) i jejich kompetencí (posílení role ošetrovatelského personálu v zařízeních následné péče), ke změně struktury zdravotnických zařízení i ke změně jejich financování, k oslabení finanční bonifikace „triumfující medicíny“.

Kromě toho trvale narůstající náklady na zdravotní péči si vynucují zavedení finančních regulačních mechanismů a to i v těch státech, které jsou z hlediska sociální politiky velmi velkorysé – princip „přidělování“ (rationing) se realizuje jednak zavedením či zvýšením spoluúčasti pacientů na úhradě zdravotní péče, jednak administrativními opatřeními (řízený přístup ke zdravotní péči – např. gatekeeping) a jednak změnou efektivity úhradových systémů (obvykle ve prospěch prospektivních a případových plateb).

Česká republika není žádnou výjimkou z hlediska existence výše uvedených faktorů. Má však navíc dva zásadní faktory, které brzdí realizaci reforem ve zdravotnictví:

1) historie socialistické „bezplatné“ zdravotní péče – tedy komunisty prosazovaného mýtu, který však hraje velkou roli při realizaci reforem u občanů i politiků. Období, kdy bylo možno zásadní reformy systému provést (počátek 90. let) bylo dle mého názoru promarněno (tehdy) falešnou obavou ze sociální nepřijatelnosti vyššího finančního zatížení občanů přímou úhradou zdravotní péče. Následující období z hlediska občana ukázalo, že systém bez úhrady v místě spotřeby funguje a navíc přináší vyšší kvalitu a komfort poskytovaných služeb – čím dál tím obtížněji se tedy politicky prosazují racionální úsporné kroky.

2) absence systematického a nezávislého výzkumu v oblasti ekonomiky, řízení a organizace zdravotnictví – prestižní akademická centra zatím neexistují a pokusy o

zřízení takové instituce byly v minulosti silně zpolitizovány. S tím souvisí výrazná politizace zdravotnických reforem bez možnosti využití nezávislého a věcně argumentujícího arbitra. Je sice pravda, že do určité míry lze využít materiálů zpracovaných v zahraničí, jejich aplikace v českém prostředí je však věcně i politicky limitovaná. Nedostatečná profesionalizace a (neúměrná) politizace státní i veřejné správy ve zdravotnictví včetně např. politického výběru manažerů státních a krajských zdravotnických zařízení rovněž neumožňuje strategické řízení a plánování reforem, které z definice přesahují jedno volební období.

Dalším problémem je nevyřešené právní postavení lůžkových zdravotnických zařízení akutní i následné péče, které jsou (podobně jako v ostatních rozvinutých státech) osou celého systému – stále chybějící kvalitní úprava právního postavení nemocnic a léčeben jako veřejnoprávních neziskových institucí .

Z hlediska uspokojování potřeb pacientů je problémem poměrně slabý význam kvality poskytované péče při výběru zdravotnického zařízení pro kontrakt s plátcem. Je pozitivní, že např. stávající návrh vládní reformy tuto oblast obsahuje, nicméně by bylo vhodnější silnější praktické uplatnění (např. těsnější vázanost na přístup k veřejným prostředkům).

Výše uvedené limitující faktory jistě nejsou absolutní překážkou reformy financování zdravotnického systému v ČR a nejde také o přehled vyčerpávající.

Současné návrhy však postrádají jasnější zdravotně-politické cíle kromě zvýšení příjmů v systému. Plošné zavedení poplatků a urputný tlak na přeměnu fakultních nemocnic a všech zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, ukazuje že dosažení ideologických cílů má přednost před pečlivým spravováním a reformováním zdravotnického (zdravotního) systému.