

Současný systém vznikl historicky z daňového systému financování zdravotnických zařízení. I když mluvíme dnes o zdravotních pojišťovnách, jde stále v příjmové části o berní úřady vybírající zdravotní daň, mající smlouvy ne s pojištěnci, ale s poskytovateli zdravotní péče, kteří se snaží dohodnout pro sebe co nejvýhodnější rozdělení koláče peněz. V těchto dohadováních se nejedná o službách a jejich kvalitě, ale o navýšeních na další rok. Pacient je zcela mimo hru, má velmi málo povinností, není nijak finančně zainteresován na dobré léčbě a vlastní spolupráci. Tak na jednu stranu někteří klienti drancují systém vyhledáváním zbytných a neúčelných služeb a naopak jiní se nemohou ve správný okamžik dostat ke správné péči. Zdravotnická zařízení jsou bohužel motivována poskytovat péči, která se finančně vyplatí a snaží se omezit tu, která se nevyplácí i když je třeba potřebná. Systém špatně alokuje prostředky, je příliš solidární i tam, kde by solidární být neměl, není transparentní a poskytuje příležitosti k zisku těm, kteří neposkytují kvalitní péči, nedovoleným způsobem ji nadúčtovávají či vyzobávají lukrativní rozinky. Je třeba, aby klient měl smlouvu s pojišťovnou, kde by byly jeho práva a současně i povinnosti, kde by si mohl vybrat z několika pojistných produktů, v kterých by byla jasně stanovena i výše pojistné ochrany, spoluúčast, další povinnosti a služby pojišťovny atd. Systém by měl být solidární všude tam, kde jde o děti a bezmocné a hendikepované osoby, nemajetné či nízkopříjmové skupiny, všude tam, kde jde o důležitou život a zdraví zachraňující péči nebo péči předcházející budoucím vysokým nákladům či budoucím škodám (tato část by stále mohla být tvořena odvodem odvozeným z výše příjmu). Vše ostatní by však mělo být obsahem pojistek s prokalkulovanou cenou na základě ne individuálních, ale populačních rizik a očekávaných (cílových) nákladů na poskytnutou péči. Tím by současně měly zmizet lukrativní a nelukrativní služby. Lukrativní provoz by měl poskytovatel, který by poskytoval služby kvalitní, za dobrou cenu a s dobrým výsledkem.

Česká republika vydává na zdravotnictví srovnatelný podíl HDP jako jiné státy a HDP ČR se již nepropadá pod průměr EU. Většina materiálových nákladů je nakupována za evropské ceny, v tom pomáhá posilování kurzu koruny, takže podhodnocená zůstává práce profesionálů, zdravotnických pracovníků a vnitřní dluh zanedbaných, někde zase přeinvestovaných či zbytných zdravotnických zařízení. Klíčovou otázkou je, jaké služby budou poskytovány klientům. Moderní zdravotnictví dokáže utratit násobky svých rozpočtů. Myslím si však, že při rozumném nastavení systému, včetně hustoty sítě a rozumné centralizaci specializovaných služeb, při zavedení systémů kontroly kvality a při současném trendu růstu HDP a kurzu koruny, nepromeškání doby přijetí eura, při zapojení soukromých a také dalších (kupř. firemních) zdrojů do zdravotní péče, lze docílit uspokojivý stav včetně vyrovnání podhodnocení práce zdravotníků při jen mírném postupném navýšení podílu HDP do zdravotnictví.

MUDr. Pavel Horák, CSc., MBA