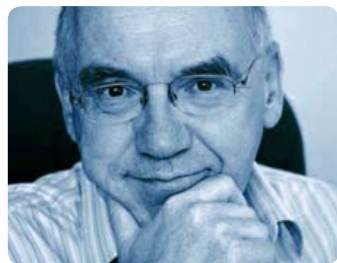


Každý z nás si rád zalamentuje nad vadami našeho zdravotnictví, ale současně je s ním v zásadě spokojen. Historický přerod přidělového systému do



regulovaného trhu se docela daří a nějaké další revoluce nejsou ani na velmi vzdáleném obzoru. To, co nás čeká, je postupné vylepšování pravidel, která upravují fungování současného systému, tak aby dokázal zajistit potřebnou zdravotní péči všem občanům, byl k nim vstřícný a finančně stabilní. Medicína se rychle vyvíjí a stejně tak se mění i celá naše společnost, proto má zmíněné zadání společného jmenovatele ve schopnosti adaptovat se na změny. Zdravotnictví by mělo být schopné vstřebávat nové léčebné metody, přizpůsobovat své kapacity potřebám populace a udržovat se ve finanční rovnováze průběžně, bez dramatických krizí a nutnosti vnějších zásahů. Takové zadání stojí před zdravotními systémy všech rozvinutých zemí, změny jsou postupné a měly by probíhat v co nejširší politické shodě. Do procesu modernizace zdravotních systémů zasáhla hospodářská recese a její vliv může evoluční proces ve zdravotnictví katalyzovat. Vzhledem k charakteru finančních toků ve

zdravotnictví se do něj propad hospodářství promítá opožděně, je mírnější, ale zotavování je o to delší. Situace v příštích dvou letech si nepochybně vynutí přijetí nějakých operativních opatření, ta by se ale neměla křížit s dlouhodobou strategií. Čekají nás kroky směřující ke krátkodobé finanční stabilizaci zdravotnictví, stejně jako ty orientované do budoucnosti. Jenom bychom měli mít jasno, který je který. Operativní opatření, jejichž konečnou podobu bude modelovat aktuální politické klima, budou mít jednoduché zadání. Ořezat náklady, třeba tím, že pojišťovny dobrovolně povinně přesunou část prostředků z provozního fondu do fondu základního, nebo že se omezí zbytečná péče, a kompenzovat výpadek příjmů, třeba zvýšením platby za „státní“ pojištění. Dlouhodobě zaměřené korekce pravidel ve zdravotnictví neřeší konkrétní situace, ale měly by vytvářet podmínky pro kvalitní rozhodování na všech jeho úrovních v oblasti informací, komunikace a motivací. Z bohaté plejády možností, kam bychom měli napřít své zlepšovateľské úsilí, se nabízejí tři priority – trvalá finanční stabilita zdravotnictví, sladění zdravotních a sociálních služeb a vytvoření podmínek pro co nejvíce autonomní rozhodování všech subjektů ve zdravotnictví zúčastněných.

Pokud stojíme o přívětivé, spolehlivé a kvalitní zdravotnictví, měli bychom se v prvé řadě postarat o dobré fungování zdravotních pojišťoven. Současný model, který vybírá peníze od ekonomicky aktivní části popu-

Jak dál ve zdravotnictví?

volné fórum



Karel Schwarzenberg

Mirek Topolánek



Jiří Paroubek



Cyril Svoboda



Ondřej Liška

Vojtěch Filip



Pavel Vepřek

Ohlédnutí za uplynulým dvacetiletím

lace procenty z jejího příjmu, má zásadní nevýhodu v tom, že objem peněz, se kterým zdravotní pojištění hospodaří, je dán zaměstnaností a výší platů, nikoli skutečnými náklady na zdravotní péči. Dopady tohoto uspořádání právě zažíváme. Nedávné pokračování na str. 2

miliardové přebytky na účtech pojišťoven budou vystřídány, pokud stát nepřisype, obdobně velkými deficity. Elegantním řešením je rozdělení platby zdravotního pojistného na dvě složky. Prvá, charakteru odvodu, by byla obdobně jako dosud procentuálně odvozena od výše příjmů a vstupovala by do přerozdělení mezi zdravotními pojišťovnami. Výši druhé složky by si stanovila zdravotní pojišťovna na

**Současný model
... má zásadní nevýhodu v tom,
že objem peněz, se kterým
zdravotní pojištění hospodaří,
je dán zaměstnaností
a výší platů, nikoli skutečnými
náklady na zdravotní péči.**

základ svého zdravotněpojistného plánu a byla by pro všechny její pojištěnce stejná. Každá pojišťovna by se musela vyrovnat se zákonnou povinností zajistit definovaný rozsah péče svým pojištěncům a přitom si udržet vyrovnanou bilanci. Peníze z přerozdělení si můžeme představit jako státní dotaci poskytovanou pojišťovnám k vyrovnání rozdílů v nákladech léčení vycházejících z různého zastoupení věkových skupin a typů nemocí mezi jejich pojištěnci. Výše druhé složky pojistného odpovídá rozdílu mezi výší „dotace“ a skutečnými náklady. Vzniklá cenová konkurence mezi pojišťovnami tlačící cenu pojistky dolů a strach z deficitu zase nahoru jsou přirozenými regulátory odpovědného rozhodování pojišťovny. Rozdělení pojistného je celkem nasnadě spojit s přesunem výběru povinných odvodů ze zdravotních pojišťoven do jednotného inkasního místa a nechat pojišťovny vybírat jenom onu pevnou složku pojistného. Pojišťovny by tím přestaly suplovat berní úřady a celkové náklady na výběr a vymáhání odvodů by se snížily. K tomu, aby to celé

fungovalo, je ještě potřeba zajistit schopnost platit i „státním“ pojištěncům. V Nizozemsku, kde obdobný systém běží třetím rokem, děti neplatí nic, za sociálně potřebné platí pojištění úřady sociálního zabezpečení a důchodcům se o jeho výši navýšily peníze. Povinnost pojišťoven ve veřejném systému zajišťovat státem stanovený rozsah zdravotní péče a s možností konkurence jen v ceně pojistky otev

vírá prostor komerčním pojišťovnám uspokojovat individuální přání občanů nabídkou připojištění.

Dlouhodobou slabinou našeho zdravotního a sociálního systému, kterou demografický vývoj stále více zvyrazňuje, je problematické financování služeb na rozhraní zdravotní a sociální péče. Věčné tahanice na pomezí obou sektorů o to, kdy má poskytovanou péči platit zdravotnictví a kdy sociální systém, narušují tolik potřebnou návaznost péče. Navíc se v mnoha případech potřeba obou typů péče prolíná, a to jak v případě její ústavní, tak ambulantní podoby. Gordický uz el málo přehledného propletence vztahů se dá rozetnout integrací zdravotních a sociálních služeb do jednoho společného systému. Technicky to není náročné. Do Sazebníku přibudou výkony sociálních služeb, pojišťovny rozšíří svoji smluvní síť a odpo-

**Dlouhodobou slabinou našeho
zdravotního a sociálního
systému ... je problematické
financování služeb na rozhraní
zdravotní a sociální péče.**

vídající část rozpočtu se přesune do zdravotního pojištění. Volný pohyb lidí, služeb, zboží i kapitálu v rámci zdravotně-sociálního systému zapracuje v náš prospěch a naše společnost bude mít zase o jednu starost méně.

Třetí podstatnější změnou, která se váže na dlouhodobou kultivaci regulovaného trhu ve zdravotnictví, je posilování rolí jednotlivých zúčastněných subjektů. Zatímco zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a zdravotnický průmysl mohou do svých rolí dozrát přirozenou cestou, pokud se jim to umožní, občanům a státu je potřeba napomoci. K tomu, aby si občané ve zdravotnictví osvojili více svéprávnosti, potřebují více informací o kvalitě zdravotních a pojišťovenských služeb a současně i větší vliv na osud peněz, které do zdravotnictví vkládají. Z logiky příčinnosti vyplývá, že poptávka po informacích stoupne až ve chvíli, kdy budou mít pro občany skutečnou hodnotu, tedy ve chvíli, kdy do zdravotnictví vstoupí cenová konkurence mezi zdravotními pojišťovnami. Stát, který je ve zdravotnictví v trvalém konfliktu zájmů, by z něj měl důstojně vycouvat a postupně vyměnit pří-
mé řízení za řízení nepřímé, za roli regulační a kontrolní. V reálu to znamená odstát něh
nemocnic
a vyklizení míst ve správních radách zdravotních pojišťoven.

Vedle kutění nad zmíněnou triádou dlouhodobých úkolů, které překračují rámec jednoho volebního období, budeme muset trochu popracovat na vyladění už zavedených procesů. To se týká

stávajících úhradových a regulačních mechanismů, kde by měl růst důraz na platbu za výslednou produkci zdravotnického zařízení, nikoli za jednotlivé provedené úkony nebo pouhou jeho existenci. Určitě se budeme snažit snižovat náklady na léky a asi nejzajímavější možností je začít tendrovat léky s proslou patentovou ochranou v rámci jedné léčebné skupiny. Nizozemské pojišťovny nakoupily svým pojištěncům vždy jedno z generik v 35 léčebných skupinách na období jednoho roku a ušetřily 85 % na nákladech. Konečně bychom se už měli dopracovat k explicitní definici

rozsahu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a výše jejich úhrady a tak si jedním rázem vyřešit dva problémy. Bude možné otevřít cenovou konkurenci ve veřejném systému a současně dostane šanci i komerční připojištění.

Je možné, že čerstvá historická zkušenost s Julínkovými reformními pokusy dá pro nejbližší léta červenou kartu každému úsilí něco ve zdravotnictví vylepšit, ale já bych si vsadil na opak. Logické by sice bylo dělat potřebné změny v dobách hojnosti, kdy by to nebolelo, ale v reálném světě se pokaždé pumpuje až ve chvíli,

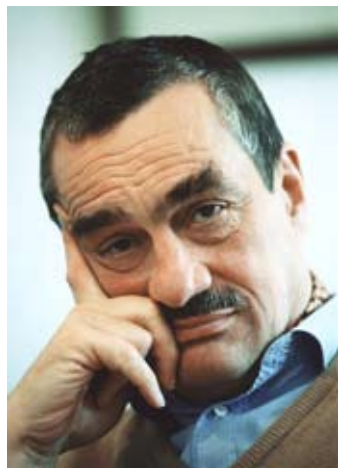
kdy díra zeje pod čarou ponoru. Dnes jsou tučné roky za námi, ekonomická recese táhne krajinou a zdravotnictví ji začíná pomalu cítit na vlastní kůži. Stejně jako ekonomové z rozpuštěného NERV si myslím, že finská aktivita je lepší než fatalismus maďarského ražení a že bychom se měli pokusit proměnit současné potíže v příležitost. Pokud vyjde zdravotnictví z recese v lepší kondici, než jakou má nyní, tak jsme příležitost nepromarnili. V opačném případě se oddáme čekání na další kolo ekonomického cyklu.

Pavel Vepřek

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. *Jak je na tom, podle Vás, české zdravotnictví a kde vidíte jeho silné a slabé stránky?*
2. *Jaké změny by mu podle Vás prospěly?*
3. *Vidíte nějakou možnost, že by se na nich mohly shodnout i další politické strany?*



*Karel Schwarzenberg,
předseda, TOP 09*

odpovědi Karla Schwarzenberga:
1. Na jedné straně patříme i v rámci celé Evropské unie k zemím s dobře fungujícím

zdravotnictvím. V některých ohledech je naše zdravotnictví dokonce špičkové. Například systém poskytování urgentní pre-nemocniční péče či komplexní kardiologická péče, včetně kardiochirurgie, patří mezi nejlepší. Patříme mezi přední země, pokud jde o péči o matku a dítě, naši primární péči nám závidí po celé Evropě, máme nejnížší novorozeneckou úmrtnost. Výborné výsledky dosahujeme v transplantacích. Ke slušnému průměru patříme v onkologii. Cena, kterou za tyto úspěchy platíme, je však dosti vysoká. Poskytujeme evropskou kvalitu za české platy lékařů a sester. To je jeden problém, který se musí řešit systémově – ne prázdnými sliby, ale vytvořením podmínek pro trvalý rozvoj systému, který bude kopírovat růst ekonomiky. Žel, nejlepší léta ekonomického

růstu se ve zdravotnictví, zejména na mzdách, příliš neprojevíla. To je vážná chyba.

Dalším problémem je dostupnost špičkové péče pro každého pojištěnce v povinném systému, tedy pro každého občana. Jak jinak bychom si mohli vysvětlit vysoké rozdíly ve zjišťování a léčbě onkologických onemocnění. Například v loňském roce byl v Praze podle ÚZIS při přepočtu na sto tisíc obyvatel zaznamenán více než dvojnásobek případů onkologických onemocnění než v jiných krajích. Včasná diagnostika a léčba je zde totiž výrazně dostupnější než v jiných částech České republiky, což znamená, že náročná diagnostika a léčba tedy nejsou dostupné každému stejně.

Třetím vážným problémem jsou nespravedlivé čekací

seznamy. Před touto skutečností se nemůžeme pokrytecky schovávat. Vlastně se nepoužívají pouze ve dvou zemích na světě, a to v Německu a v USA. Je všeobecně známo, že například na stejnou náhradu kloubu u stejné nemoci ve stejném stadiu se někde čeká 3 týdny, někde však celé roky. Pokud v systému není dostatek peněz, zavádějí se čekací seznamy. Ty však musí být spravedlivé a transparentní. Musí být pro pacienta nárokové, a je jedno, zda je pacientem ministr nebo nezaměstnaný Rom.

2. K udržení dobrého stavu zdravotnictví a odstranění problémů je potřeba pokračovat v krocích, které již byly započaty. Bude potřeba zvýšit efektivitu systému tak, aby se zbytečně neztratil ani halír z alokované koruny. V tomto směru existují ještě mnohé rezervy. Bude potřeba zvýšit zodpovědnost na straně všech subjektů zdravotnického trhu – pojišťoven, poskytovatelů zdravotní péče i občanů. Bude potřeba změnit právní postavení pojišťoven tak, aby hospodařily transparentně a podle jasných celosvětových účetních standardů. Aby nesly odpovědnost za nákup zdravotní péče, aby vedly regulérně čekací seznamy, aby kontrolovaly prostředky vynaložené na léky. Podobně musí zlepšit své hospodaření i poskytovatelé zdravotní péče. Víme také, že i my – občané, musíme pečovat o své zdraví. Nečiníme tak ale. Alkohol, cigarety, nesprávné stravování, obezita, nadměrný výskyt cukrovky i u mladších ročníků jsou jen nejznámějším výsledkem všeobecně rozšířeného nesprávného životního stylu. Nevyužívá se ani prevence. V moderní době můžeme považovat skoro každé úmrtí na rakovinu prsu

či děložního krčku za zbytečné, protože jejich včasná diagnostika je jednoduchá a nenákladná. Nakonec i v našem programu říkáme, že zdravotní pojištění nemůže nahradit zubní kartáček a pastu.

3. Stěží, v poslední době se u nás zavádí móda nedodržování elementárních dohod. Základní etická pravidla politické slušnosti, opravdu ta nejzákladnější, jsou porušována kupeckými počty a kupeckými manýry. Pro dosažení změny ve zdravotnictví je potřebná silná a schopná vláda a korektní partneři.



*Ing. Mirek Topolánek,
předseda, ODS*

odpovědi Mirka Topolánka:

1. České zdravotnictví patří mezi vyspělé evropské zdravotní systémy, s vysokou efektivností vzhledem k vynaloženým nákladům. Používají se u nás nejmodernější léčebné metody, zdravotnická technika, moderní léčiva, rozvíjí se zde úspěšně i medicínský výzkum. ČR se stala první zemí ve východní Evropě, kde se použilo tzv. mechanické srdce. Není výstižnější důkaz o zásadní proměně našeho zdravotnictví po listopadu 1989 než

to, že významně vzrostla délka života našich spoluobčanů.

Přesto se české zdravotnictví potýká s řadou hrozeb či slabých stránek – stárnutí populace, neustálý pokrok a inovace, zajištění dlouhodobé péče a opakované zadlužování známé z nedávné minulosti. Zvyšují se také regionální rozdíly ve spotřebě péče i úrovni zdraví a finančních prostředcích investovaných do zdravotní péče. Dalším problémem je nedostatek motivace občanů pečovat o své zdraví. Lidé očekávají, že když odvádějí zdravotní pojištění, budou jejich veškeré zdravotní problémy vyřešeny někým jiným a ideálně zadarmo.

Díky reformám ODS se během vlády v letech 2006 až 2008 zavedla některá úsporná a odpovědná opatření (včetně regulačních poplatků). Odstranili jsme zadlužení systému zdravotního pojištění i státních nemocnic zděděných po minulých vládě a systém se dočasně stabilizoval. Dokonce tak, že rezervy, které se v době naší vlády vytvořily, úspěšně brání pacienty a zdravotníky před dopady krize. Dosáhli jsme zásadního zlepšení v přístupu k účinné a moderní léčbě pro vážně nemocné ve specializovaných centrech, výrazného zkrácení čekacích dob na operace a ke zvýšení počtu operačních zákroků s dlouhými čekacími dobami. Zahájili jsme systémovou modernizaci našich zdravotnických zařízení z prostředků státu i Evropské unie. Projekty modernizace traumacenter, onkocenter a kardiocenter jsou prvními, kde stát investuje plošně na území celé ČR.

Zdravotnictví je významně ovlivňováno politickými rozhodnutími, proto i naše současná situace patří mezi aktuální

hrozby. Musíme jít v nutných a zodpovědných řešeních dál. Zastavit se, nebo dokonce se vrátit zpět do dob „paraleno- vé solidarit“, do dob dluhů a restriktivních vyhlášek, to jsou skutečná nebezpečí politického populismu.

2. České zdravotnictví potřebuje reformu či nutné změny, aby si svůj stav, kvalitu a úroveň udrželo. Potřebujeme prosadit okamžitá, krátkodobá opatření proti dopadům krize na pacienty a zdravotníky, jako jsou úspory v lékové politice, v léta neřešeném stanovování cen a úhrad zdravotnických prostředků, efektivnější a úspornější správa zdravotního pojištění a podobně. Jsme odhodláni dále pokračovat v odpovědném přístupu, který povede k omezení plýtvání zdravotnickými službami a produkty. Jsme připraveni prosadit účinná řešení na zásadní faktory ovlivňující naše zdravotnictví, jako je např. stárnutí populace, sociálně zdravotní a ošetrovatelské služby, medicínský pokrok a inovace a samozřejmě i finanční rovnováha systému.

Centrem veškerých reformních kroků musí být pacient. Bez těchto nutných změn mu nebudeme v brzké budoucnosti schopni zajistit moderní a účinnou léčbu, protože na ni nebudeme mít dostatečné zdroje. Potřebujeme účinně a efektivně stanovit standard péče hrazené z povinného zdravotního pojištění. Takto vymezený nadstandard je podmínkou pro vytvoření prostoru pro skutečně komerční připojištění evropského typu. Systém zdravotních pojišťoven by měl zůstat i nadále zachován, je potřeba nastavit podmínky pro jejich úspornější chod, transparentnější pravidla vůči pojištěncům a účinnější státní dozor. Propojení systému

zdravotního a nemocenského pojištění je dobrým příkladem.

Potřebujeme vyřešit společnou organizaci i financování zdravotně-sociálních a ošetrovatelských služeb. Preferujeme zákonnou definici takovéto služby, odstranění resortismu a jeden veřejný zdroj financování. Krom veřejných zdrojů podpoříme vznik dobrovolného ošetrovatelského připojištění a s ním související daňová zvýhodnění jako další zdroj financování těchto služeb, jejichž potřeba v souvislosti se stárnutím populace dramaticky narůstá. ODS bude podporovat i domácí péči o seniory.

Třetí oblastí, kde vidíme prioritu, je systémová podpora prevence, především financováním celonárodních screeningových programů směřujících ke včasnému zachytu nejvážnějších civilizačních onemocnění.

3. České zdravotnictví potřebuje věcnou debatu a určitě by mu prospěla širší politická shoda. K ní však musí být odvaha a vůle. Nestačí mít pouze odborné a věcné argumenty a návrhy, k rozhodnutí o budoucnosti českého zdravotnictví je potřeba politická podpora. Proto se domníváme, že musíme o reformě diskutovat s jinými stranami a jsme na to připraveni. Nicméně, jak jsme se již přesvědčili za dob naší vlády, debata o zdravotnictví nebyla konstruktivní, nevycházela z faktů a zřetelných argumentů, ale spíše jsme se setkali s konfrontací za každou cenu. Vzpomeňme na náš projekt Kulatého stolu, který měl takovou platformou být a který ČSSD jako jediná parlamentní strana bojkotovala. Širší politikou shodu jsme přesto připraveni dále iniciovat a hledat. Je to úkol těžký, ale potřebný.



Ing. Jiří Paroubek,
předseda, ČSSD

odpovědi Jiřího Paroubka:

1. České zdravotnictví v mezinárodním srovnání, například se starými zeměmi EU, dosahuje slušné úrovně, a to za poměrně nízké finanční prostředky. Kvalitu, dostupnost i výsledky českého zdravotnictví hodnotíme velmi pozitivně. Silnou stránkou našeho zdravotnictví jsou především schopní a pracovití lékaři i sestry. Mezi jeho současné slabé stránky patří systém financování nastavený za vlády ODS. Jsme svědky neprůhledného systému financování zdravotních pojišťoven, výrazného zvýšení spoluúčasti pacientů a například nám také chybí garantovaná síť veřejných nemocnic.

2. Je důležité říci, že zdravotnictví by mělo fungovat na principu solidarity zdravých lidí s nemocnými. Od toho se také odvíjí naše představa o změnách v současném systému zdravotnictví. Tato solidarita by tedy měla být zajištěna za pomoci veřejného neziskového pojištění. Samozřejmě by zde měla fungovat síť veřejných neziskových nemocnic, která by byla například na úrovni ambulantní péče doplněna o sou-

kromá zdravotnická zařízení. V návaznosti na předešlé sdělení je také potřeba začít přísně sledovat hospodaření zdravotních pojišťoven. Kvalitu zdravotnictví pochopitelně bude zvyšovat příliv peněz ze státního rozpočtu. A to nejen na platy pracovníků ve zdravotnictví, ale i na modernizaci vybavení nemocnic.

3. Myslíme si, že v tomto případě se rozhodně nemusí jednat o utopii. Je třeba chápat, že každá rozumná politická strana, každý rozumný občan má zájem na zlepšování situace v českém zdravotnictví, proto také sociální demokraté nabízejí široký program opatření, který by k takovému zlepšení vedl. Tato opatření, stejně jako mnohá další v jiných tématech, jsme také nabídli k diskusi odborné i laické veřejnosti. Pro nás je nejdůležitější uplatnění principu solidarity. Pokud v tomto bodě bude panovat širší shoda, samozřejmě lze o problematice zdravotnictví dále debatovat.



*JUDr. Cyril Svoboda,
předseda, KDU-ČSL*

odpovědi Cyrila Svobody:

1. České zdravotnictví je na dobré evropské úrovni, je nejkvalitnější ze zemí bývalého

východního bloku a ani neuskutečněná „Julínkova“ reforma je vážněji neohrozila. Směřovala totiž k možnosti privatizace veřejného zdravotního pojištění a naštěstí k tomu nedošlo. Zatímco odborná úroveň zdravotnických služeb, lékařů i odborného personálu je, přes řadu potíží, na dobré úrovni, někdy i vynikající, za nejslabší článek považují neschopnost najít opravdu po všech stránkách uznávaného ministra zdravotnictví, který by spravedlivou reformu uskutečnil. Spravedlivou jak pro pacienty, tak pro lékaře, zdravotníky a lékárníky.

2. Nejprve jaké změny by neprospěly. Díky pokusu o plošnou privatizaci zdravotnictví už víme, co nechceme. Nechceme likvidaci našeho solidárního systému. Ke zlepšení však musí dojít ve financování, a to v první řadě k navýšení platby státu za své pojištěnce. Pak nebude docházet k omezování péče v okresních nemocnicích kvůli nedostatku lékařů, zkvalitní se péče na dětských odděleních či v léčebnách dlouhodobě nemocných.

3. Po zkušenostech posledních tří let jsem mírným optimistou. Způsob, jakým pomohla veřejnost zastavit např. privatizaci fakultních nemocnic a plošnou privatizaci zdravotních pojišťoven a tím i zdražení zdravotní péče, je ukázkou, že ani obrovská lobby nemusí vždy vyhrát. Proto si myslím, že uskutečnit postupnou a spravedlivou reformu lze, ale jen s lidmi, kteří se na zdravotnictví ne dívají jako na byznys, ale jako na veřejnou službu.

odpovědi Ondřeje Lišky:

1. České zdravotnictví je v částečném chaosu způsobeném zbytečně vygradovanou

předvolební válkou o poplatky a stále čeká na novelizaci zastaralého zákona o zdraví lidu, který řadu dnes běžných a progresivních metod péče jednoduše nevzná. Dlouhodobým problémem je nedostatečné ohodnocení zdravotnických profesionálů a jejich odchody do komerční sféry a/nebo do zahraničí. Tento trend ohrožuje zřejmě nejsilnější stránku českého zdravotnictví, kterou stále ještě jsou, a doufejme, že i budou, lékaři a zdravotní sestry.



*Mgr. Ondřej Liška,
předseda, Strana zelených*

2. Všichni politici musejí hledat zdroje pro ohodnocení zdravotníků odpovídající důležitosti jejich práce pro společnost. Zelení se zasazují za lepší informovanost veřejnosti o preventivních, zdraví podporujících a sebepečujících postupech, posílení role pacienta ve vztahu lékař-pacient, novou legislativu respektující moderní metody léčby a prevence, za zavedení standardů zdravotní péče a jejich průběžnou aktualizaci.

3. Klima v české politice se musí změnit. Už není možné a udržitelné, aby politici para-

lyzovali řešení problémů. Jsou tu přece od toho, aby je naopak řešili. Bez transformace zdravotnictví ze stávajícího stavu na systém schopný podporovat zdraví a léčit pacienty i v jejich domovech se do budoucna s ohledem na stárnutí populace neobejdeme.



JUDr. Vojtěch Filip,
předseda, KSČM

odpovědi Vojtěcha Filipa:

1. KSČM považuje za *pozitivní* v českém zdravotnictví celkovou dobrou teritoriální dostupnost zdravotní péče, i když je někdy nerovnoměrně rozložené vybavení přístrojovou technikou a nastává nedostatek některých odborností. Zdravotní péče je minimálně na dobré evropské úrovni, a to i podle studií WHO, OECD a dalších organizací. V některých parametrech patří ČR dokonce mezi světovou špičku (dětská úmrtnost). Také spektrum léků, léčivých přípravků a zdravotnických pomůcek na českém trhu je velmi dobré. Za klad lze považovat i princip svobodné volby lékaře, i když uplatnění tohoto principu je někdy teritoriálně omezeno.

Za *negativní* KSČM pokládá skutečnost, že se zdravotní péče pro občany neustále zdražuje, což vede ke zhoršování dostupnosti zdravotní péče pro velkou část obyvatelstva. Záporně se projevuje i působení tržních vlivů v zajišťování veřejné služby (nerovnoměrně rozložená drahá technika, chybějí předpisy omezující možnost volného vstupu zdravotnických subjektů do oblasti financování z veřejných peněz a tím se zvyšuje finanční náročnost). Problémem je také závislost výsledné bilance u jednotlivých zdravotních pojišťoven na podílu tzv. státních pojištěnců; stejně tak jako velký vliv na finanční bilanci celého zdravotnictví mají výdaje spojené s úhradami léků. Jde především o marketingové pobídky farmaceutických společností, kdy se jedná vlastně o korupci z veřejných peněz. Chybějí pravidla pro regulaci nadměrných kapacit, nadměrné poskytování zdravotní péče, pro omezení plýtvání finančními prostředky. Ze stimulů efektivity jsou v českém zdravotnictví uplatňovány převážně jen ty na straně poptávky (spoluúčasti, přímé platby a poplatky), které působí pouze dočasně, nepřinášejí očekávaný efekt a projevují se především v oblasti prevence. Za nevhodné považujeme i upřednostňování právní formy obchodních společností ve zdravotnictví a redukci zdravotnických zařízení na bázi tržních principů. Negativní je také stále menší dostupnost stomatologické a lázeňské péče v důsledku zvyšující se finanční náročnosti. Problémem je i nevyřešená personální problematika a s ní spojené odměňování zdravotníků. Ve srovnání se zeměmi EU je u nás stále malý objem ošetrovatelské péče.

2. KSČM pro odstranění výše zmíněných nedostatků navrhuje vytvořit jediného správce prostředků veřejného zdravotního pojištění, který stanoví podmínky pro zájemce o účast na poskytování veřejné služby. Zrušit tzv. regulační poplatky (při zachování limitů) a stropy pojistného. Novelizovat seznam výkonů a stanovit pravidla pro marketingové pobídky farmaceutických firem. Zpracovat základní nástroje řízené konkurence a posílit autoregulační prvky. Zmrazit (popřípadě snížit) výši spoluúčasti (dnes 16 %) a připravit opatření na straně nabídky. Vytvořit síť neziskových zdravotnických zařízení a uplatnit doporučený normativ na počet lékáren. Novelizovat seznam výkonů stomatologů a limitovat výši příplatku. Řešit podfinancování nemocnic a novelizovat mzdové předpisy u lékařů a sester, včetně přehodnocení systému vzdělávání a jeho financování. Vytvořit nástroje v systému kontroly a u poskytovatelů veřejné služby zavést povinné připojení na internet i povinné využívání jednotného softwarového vybavení.

Důležité je také jasné *definování standardu* (potřebné zdravotní péče pro všechny) hrazeného z povinného veřejného zdravotního pojištění tak, aby se kvalitní zdravotní péče nestala pouze výsadou bohatých.

3. KSČM dala opakovaně najevo, že je nezbytné jednání politických stran i zástupců odborné a laické veřejnosti, včetně pacientů, o zdravotnickém systému a jeho fungování v České republice. Podrobná a dlouhodobá diskuse nad problematikou zdravotnictví a případnou reformou je velmi potřebná proto, aby její reali-

zace nebyla závislá na tom, který politický subjekt je zrovna u moci. Za určitý počátek takovéto diskuse jsme považovali projekt ministerstva zdravotnictví *Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR*,

kterého jsme se jako KSČM aktivně zúčastnili jak v odborné, tak v první fázi i politické části. Bohužel, práce Kulatého stolu byla svým způsobem znehodnocena neprodiskutovaným nastartováním kontroverzních

reformních kroků ministrem Julínkem. Přesto se domníváme, že provedené analýzy mohou být východiskem do další tak potřebné diskuse o budoucnosti českého zdravotnictví.

MUDr. Pavel Vepřek

Ohlédnutí za uplynulým dvacetiletím

Dnešní podobu získalo naše zdravotnictví dvacetiletým a značně neuspořádaným obráběním materie zděděné po minulém režimu. Před dvaceti lety se politický vliv na českou medicínu přepočoval a centralizaci nahradila decentralizace, zestátňování odstátňování a jednotu rozmanitost. Budoucnost má své kořeny v minulosti, a tak není na škodu spojit přemítání o krocích budoucích s připomenutím těch minulých. Jako pamětník vás zvou na ryze subjektivní exkurzi vývojem posledních dvou dekad.

Před dvaceti lety jsme měli státní zdravotnictví organizované podle Semaškova modelu. Všichni zdravotníci byli zaměstnanci státu a pacienti měli sice, až na poplatek za recept, všechno zadarmo, ale to všechno bylo ve srovnání s rozvinutým světem hodně omezené. V našem zdravotnictví byl sice nadbytek postelí a dostatek chytrých lékařek a lékařů, ale nedostávalo se mu moderních technologií a léků.

Po pádu komunismu bylo hlavním zájmem zdravotnické obce dosáhnout rozbití státního monopolu ve zdravotnictví a prvním logickým krokem bylo oddělení zdravotnických financí od státního rozpočtu. K tomu došlo přijetím zákonů o veřejném zdravotním pojištění a o Všeobecné zdravotní pojišťovně v roce 1991. V následujícím roce byl přijat zákon o resortních, oborových, zaměstnaneckých a dalších pojišťovnách, který umožnil vznik pluralitního pojišťovenského systému. Pojištěnci VZP, jimiž se ze zákona stali všichni občané republiky, tak dostali možnost přejít k některé z dalších pojišťoven a zhruba třetina jich to učinila. Počet pojišťoven dosáhl až 28, ale přežít dalších pět let se podařilo jenom devíti z nich.

V roce 1993 bylo zahájen přímý výběr pojistného od občanů, který byl nastaven na 13,5 % příjmů s tím, že zaměstnanci platí 4,5 % a zaměstnavatelé 9 %, a toto uspořádání zůstalo s drobnými modifikacemi až do dnešních dnů. Jako pojistka k zajištění vyrovnané bilance veřejného zdravotního pojištění byla vytvořena platba „za státní pojištění“, tedy osoby bez vlastních příjmů.

To je dobré si připomenout ve chvílích, kdy se hovoří o tom, že stát platí za své ovečky nepřiměřeně málo. O tom, že by stát platil za „své“ pojištěnce pojistné v odpovídající výši, se nikdy neuvažovalo, protože by to znamenalo navýšení obecných daní. Na ně se zase z většiny skládají lidé ekonomicky aktivní, a tak by se jim peníze tahaly z kapsy stejně, jenom jiným způsobem. Jinou věcí je, jak zařídit, aby stát efektivně zvyšoval nebo snižoval svůj příspěvek do zdravotního pojištění v závislosti na jeho bilanci.

Společně s příjmy zdravotního pojištění se řešily i jeho výdaje. Po letech přidělového systému scházel popis jednotlivých zdravotnických úkonů a jejich ocenění. Velmi hekticky vznikal tuzemský Sazebník, který popsal jednotlivé zdravotní výkony a jejich relativní nákladnost ohodnotil v bodech. Odbornosti, jejichž představitelé se skutečně snažili, a navíc dokázali proti ostatním obhájit své někdy nadnesené požadavky, z toho dodnes profitují. Jako výchozí byla uvažována hodnota bodu 1 Kč, ale protože se nedal objem vykázaných bodů dopředu odhadnout, byla jejich hodnota po jistou dobu plovoucí. Na konci hodnoceného období se sečetly všechny vykázané body, vydělily se jimi disponibilní peníze a výsledná hodnota bodu byla na světě. Někteří zdravotníci byli povzneseni nad takovou banalitu jako účtování své práce, jiní zase vykazovali ostošest. Ti druzí evolučně uspěli a logickým výsledkem byla inflace počtu výkonů a devalvace hodnoty bodu. Další vývoj směřoval k agregaci výkonů, paušálům a limitům, což přineslo jistou

stabilitu, ale nastavilo nové bariéry uvnitř medicíny a fixovalo dosažený stav.

Třetí podstatnou vývojovou linií byl proces rozpuštění okresních ústavů národního zdraví, osamostatňování jednotlivých zdravotnických zařízení a jejich odstátňování. Po dvaceti letech je mimonemocniční péče poskytována v dřívější většině soukromníky a principiálně vyřešena, ale v lůžkové péči jsme zatím stále na cestě. V polovině devadesátých let byla skupina soukromých nemocnic velmi

Před dvaceti lety se politický vliv na českou medicínu přepóloval a centralizaci nahradila decentralizace, zestátňování odstátňování a jednotu rozmanitost.

malá a sestávala z několika nemocnic vrácených církvím, drobnějších čistě privátních zařízení zaměřených na specifickou klientelu a nemocnic převedených na města. Většina lůžkového fondu byla spravována státem formou příspěvkových organizací „bez příspěvku“. Velké očekávání bylo spojeno s rokem 2002, kdy došlo k převedení více než poloviny lůžkového fondu České republiky na nově vytvořené kraje. Proces transferu majetku ze státu na samosprávu byl spojen s finanční injekcí ze státního rozpočtu, která umožnila významnou část historických dluhů a umožnila nemocnicím začít novou kapitolu své existence. Přístup krajů ke správě nově získaných nemocnic byl rozdílný. Některé je věnily do krajské akciové společnosti, jiné je transformovaly na jednotlivé a. s. nebo s. r. o. a spíše výjimečně je prodávaly. Přes některé problematické výsledky a trvalí neobratnost krajské samosprávy při správě majetku pokládám převedení nemocnic do akciových společností spravovaných krajem nebo jejich přímý prodej novému vlastníkovi za dlouhodobě výhodnější krok než je transformovat v neziskové subjekty bez jasné vlastnické odpovědnosti. Dnes je ale spoušť zřejmé, kdo nese za nemocnice a jejich výsledky odpovědnost.

Nadšení pro transformaci zdravotnictví postupně sláblo a ve druhé půli devadesátých let se dostavila únava z neustálých změn, malomyslnost a převládlo volání po „klidu na práci“. Ten měly přinést úpravy na výdajové stránce zdravotního pojištění. Původní výkonový systém s plovoucí hodnotou bodu, který umožnil privatizaci ve zdravotnictví a zmapování v něm

probíhajících procesů, byl stále větším problémem a hledaly se cesty, jak jej opustit. V roce 1995 se poprvé objevilo zastropování plateb zdravotnickým zařízením ve vazbě na referenční období a v roce 1997 se péče praktických lékařů začala hradit kapitačně výkonovým způsobem, specialisté dostali časová omezení a lůžková zařízení historické paušály.

Mezi rokem 1997 a příchodem Davida Ratha do ministerského křesla si zdravotnictví vybíralo oddechový čas a čekalo na II. kolo reformy, která by doladila započaté změny. Pro toto období jsou charakteristické rozpaky nad složitostí zdravotnictví, záměry naplánovat nenaplanovatelné a řídit neřiditelné. Cyklické deficity byly řešeny injekcemi ze

státního rozpočtu a hlavním heslem bylo „jenom nehoutat“. Za pozornost stojí z té doby už zmíněný převod okresních nemocnic na kraje, pokus o zavedení DRG na národní úrovni a nový způsob přerozdělování peněz mezi pojišťovny.

Na podzim roku 2001 padlo na ministerstvu zdravotnictví rozhodnutí zavést do dvou let DRG. Na jaře 2002 bylo z množiny možných variant DRG vybráno IR DRG a zdarma jsme získali licenci na jeho využívání. Od té doby je zavádíme a uvidíme, na jak dlouho nám to vydrží.

Pro správné fungování systému konkurujících si pojišťoven je potřebné dostat dvěma podmínkám – jasně vymezený prostor pro konkurenci a omezit atraktivitu zaujatého výběru pojištěnců. Zatímco tu základní, tedy vymezení oblastí, ve které by si pojišťovny měly konkurovat, zatím necháváme stále u ledu, byly v roce 2005 lépe srovnány podmínky mezi pojišťovnami s ohledem na zdravotní rizika jejich pojištěnců. Je celkem

V našem zdravotnictví byl sice nadbytek postelí a dostatek chytrých lékařek a lékařů, ale nedostávalo se mu moderních technologií a léků.

zřejmé, že bez přerozdělování vybraných peněz mezi pojišťovny podle rizikovosti jejich kmenů by bylo jejich hlavní motivací získávat mladé, zdravé a bohaté. K tomu, aby svoji energii vynakládaly užitečněji na

zajišťování dostupnosti péče, je nutné, aby jejich příjmy odpovídaly očekávaným nákladům na léčení jejich pojištěnců. Zavedením takzvaného „100% přerozdělení“ jsme se k tomu přiblížili. Pojišťovny dávají vybrané peníze na jednu virtuální hromadu a každá si z ní může vzít jenom ten

díl, který odpovídá věkové struktuře jejich pojištěnců. K tomu, aby se zmenšila motivace pojišťoven zbavovat se nákladně nemocných pacientů, byla současně zavedena kompenzace nákladně péče. Na bedrech pojišťovny tak zůstává částka ve výši 30násobku nákladů na průměrného pojištěnce za rok a z toho, co je nad ní, sama platí jen 20 %. V reálných číslech to znamená, že např. za roční léčeni pacienta s Gaucherovou nemocí, které stojí 7 milionů Kč, zaplatí konkrétní pojišťovna necelé 2 miliony Kč.

David Rath vyhlásil nucenou správu nad VZP a vyděsil ve zdravotnictví všechny, od praktických doktorů po manažery nemocnic a pojišťoven. K dosažení svých cílů používal metody, které jsou ve slušných kruzích nepřijatelné, ale měl výsledky. Ukázalo se, že nad zdravotnictvím nemusíme jen lomit rukama a čekat, co se nám v něm zase urodí, ale že lze jeho vývoj účinně ovlivňovat. Rathova krutovláda, kombinovaná s pumpnutím státního rozpočtu o peníze na navýšení plateb za státní pojištění, přispěla k obnovení finanční rovnováhy zdravotnictví a zorala pole pro povolební setbu. Zdravotnictví bylo připraveno na další krok od přidělového systému k regulovanému trhu.

Pro správné fungování systému konkurujících si pojišťoven je potřebné dostát dvěma podmínkám – jasně vymezit prostor pro konkurenci a omezit atraktivitu zaujatého výběru pojištěnců.

Tomáš Julínek byl skoro protipólem svého předchůdce. Dlouho dopředu ohlašoval připravenost svého týmu začít okamžitě po nástupu do funkce s potřebnými reformami, aby se posléze ukázalo, že to s tou přípravou nebylo tak horké. Jeho výchozí koncept postavený na individu-

álních účtech na poslední chvíli nahradil model řízení konkurence pojišťoven vycházející ze slovenských zkušeností a s prvky převzatými z amerického modelu řízení péče. Z komplexního záměru, který zamýšlel měnit zdravotnictví ve všech jeho oblastech, se mu podařilo změnit proces cenotvorby a úhrady léků a zavést regulační poplatky. Poplatky, které sice do veřejného zdravotnictví nepo-

chybně patří, ale s vlastní reformou souvisely jen okrajově, se nečekaně staly jejím ústředním bodem, a nakonec i jejím terminátorem.

S odchodem Tomáše Julínka do Senátu se zdravotnictví vytratilo z novinových titulků a pod vedením ministryň Filipiové a Juráskové se hladina emocí vrátila k normálu. Nicméně chvíle, kdy ekonomická recese skutečně naklekně na zdravotnictví, se blíží a poptávka po nějaké „akci“ poroste do té doby, než bude uspokojena. Můžeme si jenom přát, aby se tak stalo v souladu s dlouhodobými potřebami českého zdravotnictví a jeho pacientů.



S tématy otevíranými na seminářích v CERGE-EI a v Občanovi v síti se můžete pravidelně setkávat na vlnách Českého rozhlasu 6.

