
Reforma zdravotnictví

Reforma zdravotnictví



27.2.2008

JAN SCHWARZ chirurg, FN Motol

Zdravotnictví je jednou z mála oblastí našeho života, kde cena práce neodpovídá její skutečné hodnotě na trhu práce, ale je určena relativně tak, aby vybrané prostředky pokryly velmi širokou, nedefinovanou poptávku po zdravotní službě. Tento stav utváří patologický prostor jakéhosi reálného socialismu se všemi jeho známými negativními důsledky. Cílem reformy musí být tento neutěšený stav změnit.

Prvním krokem je stanovení správné ceny zdravotního výkonu na principu náklady plus přiměřený zisk.

V jednotlivých položkách musí být kalkulována odpovídající odměna zdravotníků, čas potřebný k provedení výkonu, amortizace přístrojů, cena spotřebního materiálu. Další položky jako nájemné, ceny plynu, elektřiny, pohonných hmot apod. můžeme vyjádřit minutovými náklady ordinace, popř. operačního sálu. Cena musí být pravidelně upravována s inflací a zvyšováním nákladů. Pro upřesnění problému uvádím perličku.

V současném sazebníku je minutová režie operačního sálu stanovena na 2,90 Kč.

Ministerstvo zdravotnictví navrhuje její zvýšení na 3,02 Kč. Prokázané průměrné náklady však už v roce 2004 byly 34,15 Kč! Zatímco kapitační platby pro terén pravděpodobně vyhovují, je nezbytné zrušit paušální platby pro nemocniční zařízení a nahradit je výkonovým systémem. Toto narovnání je samozřejmě finančně náročné, proto je nezbytné zajistit finanční zdroje, respektive jejich správné rozložení.

Proto hlavním krokem reformy je definovat rozsah péče, která bude z povinného pojištění hrazena. Základní pojištění musí pokrývat léčbu akutních stavů, závažných chronických chorob, ale i preventivních programů. Je patrné, že určité oblasti by z něho neměly být hrazeny, např. některé lázeňské pobyty, „Mořský koník“, umělé oplodnění, antikoncepce apod. Špičková péče, která je nyní poskytována v mnoha oblastech, např. léčba infarktu myokardu, cévní mozkové příhody, onkologických nemocí, operace ve všech oborech, léčení úrazů, je však velmi nákladná. Proto se nelze vyhnout větší spoluúčasti nemocného, současné regulační poplatky nestačí. Na druhou stranu bude mít nemocný jistotu, že se mu v případě potřeby dostane stejné definiované péče, ve standardní kvalitě a odpovídajícím čase.

Nemocní musí mít možnost čerpat i péči, kterou povinné pojištění nepokrývá. Jen malá část populace bude schopná tuto péči hradit přímo, proto pro širokou veřejnost bude třeba zavést komerční připojištění. Je nezbytné odstranit stav, kdy nelze k péči hrazené z povinného pojištění připlatit určité vylepšení, např. lepší materiál, endoprotézu, ale také osobu lékaře provádějícího výkon, operaci nebo časnější termín.

Reforma však musí pokrýt i další nezbytné oblasti. Stabilizovat síť zdravotních zařízení, která budou garantovat základní péči terénní i nemocniční (zde je privatizace velkých nemocnic spíše kontraproduktivní).

Dokončit privatizaci menších nemocnic.

Na jedné straně omezit, na druhé zachovat síť pohotovostní služby. Dohodnout pravidla postgraduální výuky, dodržovat evropskou legislativu a mnohé další.

Tyto změny zajistí funkční, liberální a ufinancovatelné zdravotnictví, které bude na evropské úrovni a přitom v nezbytných oblastech přístupné celé populaci. Odstraní plýtvání a prostor pro korupci. Napraví stále se zhoršující frustraci zdravotníků a otevře prostor pro zlepšení vztahů a komunikace na úrovni lékař – pacient.

JOSEF JELÍNEK, zabývá se pojišťovací problematikou

Český občan má již od doby totality hluboce zakořeněný pocit „bezplatného zdravotnictví“, které je povinné každému pacientovi poskytnout maximální zdravotní péči. Současný systém financování téměř veškeré zdravotní péče prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění, jehož příjmy a výdaje si občan prakticky neuvědomuje, v nás tento pocit nadále posiluje. Systém nemotivuje občany ke zdravému životnímu stylu a nepodporuje adekvátně preventivní péči, která by onemocnění občanů předcházela, a tak náklady jejich léčení snižovala.

V ostrém protikladu proti pocitu „bezplatného zdravotnictví“ stojí realita a vývojové trendy: náklady zdravotnictví stoupají, zatímco nepříznivý demografický vývoj v naší zemi zhoršuje a bude stále více zhoršovat poměr mezi počtem zdravých osob v produktivním věku, které systém veřejného zdravotního pojištění financují, a osob v postproduktivním věku, které největší část zdravotní péče spotřebovávají.

Způsob financování českého zdravotnictví je proto dlouhodobě neudržitelný a nutně potřebuje reformu. Podoba reformy se stala důležitým politickým tématem, obě největší politické strany bohužel neprojevují žádnou ochotu se na podobě dlouhodobé reformy dohodnout a jakékoliv reformní pokusy svého politického soupeře ostře (a většinou oprávněně) napadají.

Občanům – v převážné většině jenom pasivním účastníkům a občasným spotřebitelům stávajícího systému – jsou nyní předkládány dvě protikladné verze, které vyžadují důvěru vůči jejich autorům, aniž by byly schopny svůj nárok na tuto důvěru racionálně zdůvodnit. V situaci, kdy stávající systém funguje v rovnováze příjmů a výdajů, i když se špatnými vyhlídkami do budoucna a s projevovanou nespokojeností některých účastníků, především zájmových skupin poskytovatelů zdravotní péče, připravuje ministerstvo zdravotnictví radikální reformu, jež má prvky tržního hospodářství vnést i do tohoto sektoru ekonomiky, ve kterém ve stabilizovaných ekonomikách starých členských zemí EU ryze tržní princip dosud nefungoval. Zatímco všechny západoevropské systémy financování zdravotnictví je možno charakterizovat jako systémy veřejnoprávní, neziskové, vybudované na solidaritě zdravých a bohatších s nemocnými a nízkopříjmovými, české radikální reformátory, kteří nyní řídí ministerstvo zdravotnictví, daleko více inspirují v Evropě dlouhodobě neozkoušené radikální reformy, které se na zdravotnictví a jeho financování dívají jako na podnikatelskou činnost jako každou jinou. Pokud se navrhovaná reforma uskuteční, bude to radikálně destabilizovat současný systém financování zdravotnictví a princip solidarity bude nahrazen klasickými tržními faktory – z hlediska etického se bude jednat o návrat před Bismarckovu reformu, která se uskutečnila ve druhé polovině 19. století. V ostrém protikladu vůči připravované reformě stojí nedávno vyhlášená „antiteze“ ČSSD, blízká modelu, který funguje ve Velké Británii – jedna univerzální zdravotní pojišťovna, která bude nabízet všem stejně, veřejným systémem hrazené služby (ve Velké Británii to znamená stejně bídné služby pro všechny občany, z nichž nemalá část tyto služby nevyužívá a platí si podruhé a využívá komerčně hrazenou zdravotní péči).

Jaká opatření mohou stabilizaci financování českého zdravotnictví prospět a jaká ho mohou ještě více destabilizovat? Veřejné pojištění provozované nyní prostřednictvím devíti zdravotních pojišťoven je systém, který se stabilizoval během 15 let své existence, funguje a není rozumné ho zgruntu překopat.

Rozsah zdravotní péče, financované veřejným zdravotním pojištěním, je nutno postupně omezovat, aby byl dlouhodobě udržitelný a schopný financovat zdravotní péči o vážně nemocné občany a o seniory. Jednou oblastí nutného omezení je léčení nezávažných onemocnění. Druhou oblastí je stanovení standardů, tzn. vymezení, jaká péče nad tyto standardy je veřejným zdravotním pojištěním nehrazená. Třetí oblastí je spoluúčast pacientů na léčení nemocí, které si sami způsobují nebo zhoršují nezdravým životním stylem (kouření, alkohol, přejídání apod.).

Zdravotní péči, kterou veřejné zdravotní pojištění přestane hradit, si budou občané muset hradit buď z vlastních prostředků nebo se na takové riziko komerčně pojistit.

Situaci ve financování zdravotnictví by značně zhoršilo vytváření monopolního postavení některých velkých subjektů na trhu zdravotní péče. Velmi nebezpečným krokem by byla privatizace zdravotních pojišťoven, o které uvažuje současné ministerstvo zdravotnictví. Je velmi pravděpodobné, že do privatizace těchto zdravotních pojišťoven by se zapojil především dravý bezskrupulózní domácí velkokapitál, který by se snažil maximalizovat svůj zisk na úkor jak rozsahu poskytované zdravotní péče, tak na úkor malých zdravotních zařízení; vůči nim by byl pro svou ekonomickou sílu a postavení ve výhodě, a mohl by si tak diktovat vlastní podmínky, za kterých je zdravotní péče poskytována a zdravotní pojišťovnou hrazena.

Pokud budeme mít štěstí a poslanci rozum a privatizační radikální reforma ani „britská“ rovnostářská reforma zdravotnictví se u nás neuskuteční, budeme mít naději, že vznikne reforma, která bude postupná (radikální reformu nepotřebujeme) a sociálně citlivá (starých a nemocných přibývá). Čím dříve se na ní všechny významné parlamentní politické strany dohodnou, tím menším problémem bude získat pro ni pochopení občanů České republiky a uskutečnit ji.

LUBOMÍR MLČOCH Katedra institucionální ekonomie FSV UK

Univerzita Karlova si letos připomíná 660 let své existence, a medicína byla od počátku součástí moci duchovní. „Srdce Karlova“, kde se dnes nachází největší koncentrace potenciálu lidského kapitálu českého zdravotnictví, bylo z vůle zakladatele obklopeno chrámy. Medicína a charitas, léčení těla a duše pod zorným úhlem věčnosti. Církev i medicína byly u nás postátněny, a to radikálně, před 60 lety. Ale i během této desetiny předlouhého života medicínských fakult přetrvávalo mnohé z etických principů předchozích staletí. Právník či ekonom má potíže s uvedením úctyhodných představitelů svého oboru z éry reálného socialismu. Ne tak lékaři – ti mluví s uznáním o mnoha svých předchůdcích... Po roce 1989 už bylo jmenováno několik set nových profesorů medicíny na základě jmenovacích řízení, jejichž odborné a lidské standardy si nezdají nijak s evropskými zeměmi, jež socialistickou periodou neprošly. Stáže, citační ohlasy, mezinárodní kongresy, práce v týmech věhlasných univerzit.

Máme vyspělé zdravotnictví, a to i v závislosti na předchozí cestě. V sociálním lékařství, prevenci, hygieně, organizaci – všude tam, kde výnosy z rozsahu a přednosti zdravotnictví jako veřejného statku můžeme ocenit – někdy i lépe než dříve. Kromě žití z etických standardů předchůdců působilo jistě i vědomí mocipánů minulosti, že i oni mohou onemocnět (na těle – když už na duši přestali věřit), a tak medicína trpěla ideologií méně než jiné vědy.

Kauza Diag Human je pro mne jako letitého dobrovolného dárcce krve jakousi případnou případovou studií. Znamená nové vedení hranice mezi charitas a cupiditas. Trh expanduje a kapitál chce vydělávat tam, kde mu to dosud nebylo dovoleno. Zkušenost je přitom nejednoznačná: v Británii svého času zkusili zvýšit „nabídku krve“ tím, že předchozí systém dobrovolného dárcovství převedli na z USA převzatý systém „za úplatu“. Výsledek byl spíše kontraproduktivní, a už se stačil dostat i do poznatkového fondu institucionální ekonomie: změna letitých pravidel vedla k odpadnutí dobrovolných a k přilákání výdělečných dárců. Nabídka krve se příliš nezvýšila, ale zhoršila se její kvalita a vzrostly rizikové faktory. Ty si vyžádaly náročnější a nákladnější testy.

Nemocnice „Pod Petřínem“ nepatří k těm s největší koncentrací vědeckých kapacit, ani nemá nejmodernější přístrojové vybavení. Její komparativní předností je něco jiného: tvoří benchmark dobropřejné lásky k pacientům. Podle empirických výzkumů mezi pacienty je hodnocena lépe i než slovnitější fakultní nemocnice. Komparativní ekonom rozpoznává rozdíly v motivaci vedené ochotou k nezištné službě a motivací sebe-zájmu. Mezi penězi a láskou k bližnímu není absolutní předěl, ale trade off . Trh ovládá farmaceutický průmysl a výrobu zdravotní techniky a logiku chování sdružení distributorů léčiv a zařízení. Trh je třeba chránit před zlem monopolní síly – i ve zdravotnictví. Jsou hranice, kam trhy nemohou... Reforma zdravotnictví by měla být nejen reformou institucí, ale i mravů. Bez návratu k hledisku věčnosti má úloha sotva řešení.