Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu
Jindřichův Hradec

Institut managementu zdravotnických služeb

Bakalářská práce

Jan Ondrák

2008

Vysoká škola ekonomická v Praze
Fakulta managementu
Jindřichův Hradec

Institut managementu zdravotnických služeb

Reforma zdravotnictví

Vypracoval:

Jan Ondrák

Vedoucí diplomové práce:

Prim. MUDr. Rudolf Střítecký

Lipnice nad Sázavou 04/2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Reforma zdravotnictví“ jsem vypracoval samostatně. Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v přiloženém seznamu literatury.

Lipnice nad Sázavou, 04/2008

.....

podpis studenta

Anotace

Reforma zdravotnictví

SWOT analýza reformy zdravotnictví.

04/2008

Poděkování

Za cenné rady, náměty a připomínky, při psaní této práce,
bych chtěl vyjádřit slova díků
panu prim. MUDr. Rudolfu Stříteckému.

Abstraktum

Předkládaná práce by měla poukázat na nejvýznamnější doposud provedené změny v českém zdravotnictví a zároveň je porovnat se systémem, který zde fungoval doposud, popřípadě se systémy fungujícími v jiných zemích. Nastíněna je zde i situace, ve které se české zdravotnictví nacházelo před účinností reformy a do jaké se následně dostalo. Dále jsou zmíněny minulé i současné problémy našeho zdravotnictví. Podstatnou částí práce je i obsah samotné reformy, u kterého je nutné brát zřetel i na možné budoucí změny, ke kterým stále může dojít.

V závěru práce je porovnáním silných a slabých stránek, příležitostí a hrozeb provedena SWOT analýza. Ta je nedílnou součástí práce a z jejích výsledků je zřejmé, že ani reforma naše zdravotnictví nemusí zachránit.

OBSAH

Úvod 3
1.1 Zdravotnictví v minulých tisíciletích 5
1.2 České zdravotnictví před rokem 1989 7
1.3 Zdravotnictví v ČR mezi roky 1989 a 2007 8
1.4 Zdravotnické systémy v zahraničí 8
1.4.1 Nizozemský systém 8
1.4.2 Zdravotnický systém USA 10
1.4.3 Britský systém 11
1.4.4 Španělský systém 12
1.4.5 Zhodnocení zahraničních systémů 13
2 Stav zdravotnictví v ČR před 1. 1. 2008 14
2.1 Principy fungování zdravotnictví v ČR 15
2.2 Vývoj systému za dob působení jednotlivých vlád a ministrů 18
2.3 Stav systému před reformou 21
2.4 Ekonomické údaje ve zdravotnictví 21
2.5 Celkový pohled na zdravotnictví ze strany: 26
2.5.1 občanů (pacientů) 26
2.5.2 poskytovatelů zdravotní péče 27
2.5.3 zdravotních pojišťoven 27
2.5.4 státu 28
3 Obsah reformy a její účel 29
3.1 Účel reformy 29
3.2 Návrhy versus realita 32
3.3 Regulační poplatky a jejich účel 33
3.4 Shrnutí 34
4 Vliv reformy na zdravotnictví po 1. 1. 2008 35
4.1 Neúplnost reformy 35
4.2 Vliv reformy na: 36
4.2.1 občany (pacienty) 36
4.2.2 poskytovatele zdravotní péče 38
4.2.3 zdravotní pojišťovny 38
4.2.4 stát 39
5.1 SWOT analýza 41

5.1.1 silné stránky 41
5.1.2 slabé stránky 41
5.1.3 příležitosti 43
5.1.4 hrozby 43
5.2 Zhodnocení analýzy 44
5.3 Shrnutí 45
Seznam použitých zkratek 46
Seznam použitých zdrojů 47

Úvod

„Nad kolébkou zdravotnictví se sešly tři sudičky. První pravila: „Budiž kvalitní“, druhá mu přála: „Budiž dostupné“ a třetí mu dala do vínku bezplatnost. Avšak sudičky byly čtyři. A čtvrtá, zlá sudička, rozzlobená, že ji jako obvykle nepozvali, se pojednou u kolébky zjevila. Nemohla už zrušit to, co předchozí sudičky přisoudily. A tak vyřkla: „Staniž se, aby tyto tři vlastnosti nikdy nemohly platit najednou.“ A tak se stalo – kvalitní a bezplatné zdravotnictví není všem přístupné, kvalitní a dostupné nemůže být bezplatné, dostupné a bezplatné nemůže být kvalitní.“[1]

V posledních letech se zdravotnictví obecně stává jednou z nejdůležitějších oblastí ve většině zemí. Tento trend je dán především tím, že se dotýká všech obyvatel daného státu. Rostoucí význam zdravotnictví podtrhuje i růst výše výdajů poskytovaných na zdravotnické služby, které v současnosti představují v České republice více než sedm procent HDP. Zároveň s rozvojem nových technologií roste i finanční náročnost zdravotnictví a to se stává problémem ve většině zemí. To je hlavním důvodem neustálých úprav a změn všech zdravotnických systémů. V případě, že žádná z těchto korekcí nevede ke stabilizaci situace ve zdravotnictví přistupují vlády k zásadním změnám celého systému – reformám.

Zdroje, ze kterých jsem čerpal při psaní této práce jsou z velké části internetové stránky nejrůznějších státních institucí a to především z důvodu zajištění aktuálnosti informací. Ty se, vzhledem ke stávající politické situaci a přetrvávajícímu jednání, neustále mění a internet je v současné době elektronické komunikace nejaktualizovanějším zdrojem dat.

Celá práce je pojata jako hodnocení různých metod zdravotnictví a jejich aplikace na české poměry s možností využití některých prvků pro naše účely. Reforma

[1] Ekonomika pro obchodní akademie a ostatní střední školy 2, str. 21, Ing. Petr Klínský, Ing. Otto Münch

zdravotnictví je pojata jako věc, která by měla fungovat v takové podobě, v jaké je a v jaké bude schválena parlamentem a v jaké by měla fungovat po několik následujících desetiletí. Celý model je pojat pravicově a to zejména díky chybějícím materiálům od představitelů levice, kteří jakoby neměli vlastní myšlenky. Proto nelze systém, který je v současnosti prosazován, porovnat s alternativou, která by mohla být použita pro české zdravotnictví. Systém poskytování zdravotní péče je navíc natolik specifický, a to zejména díky rozdílnému geografickému, politickému a demografickému vývoji, že jej nelze převzít od jiných zemí, ale lze se v zahraničí pouze inspirovat.

1 Historie zdravotnictví

1.1 Zdravotnictví v minulých tisíciletích

Díky vědeckým výzkumům a expertízám vykopávek a kosterních pozůstatků bylo zjištěno, že některé nemoci, které jsou dnes označovány za civilizační trápily již neandrtálce před 40 000 lety. I nálezy ostatků cromagnonských lidí, starých 30 000 let, se srostlými zlomeninami kostí poukazují na určité znaky léčby, avšak deformace kostí dokazují, že nebyla používána jakákoli fixace.

Dochované důkazy jsou však mnohem mladší. Nejstarší písemná zmínka pochází z Mezopotámie, je psána sumersky na hliněné destičce a je stará čtyři tisíce let.

Důležitým počinem v historii světové medicíny bylo bezesporu i vydání zákoníku babylonským králem Chammurapim kolem roku 1760 př. n. l., kde se 9 paragrafů týká zdravotnictví. Stanovil v něm výši odměn a trestů za úspěšné či neúspěšné výkony v závislosti na sociálním postavení pacienta. Nejtvrdším trestem bylo až useknutí ruky.

Pro Egypt je nejdůležitější tzv. Ebersův papyrus, který vznikl okolo roku 1550 př. n. l.

Nejstarší zmínka o první morové epidemii pochází z roku 1060 př. n. l., která proběhla na území Palestiny. Je zmiňována nejen ve starém zákoně, ale i v řeckých eposech Ilias a Odyssea z 8. stol. př. n. l., kde je zmiňováno i mnoho nejrůznějších poranění celého těla.

Z dob antiky se dochovaly na území Itálie zubní protézy Etrusků se zvířecími zuby. Staré Řecko je často považováno za kolébku evropské medicíny a Hippokrates za jejího otce. Mj. i díky založení a rozvoji lékařské školy. V době peloponéských válek také proběhlo několik epidemií, které byly připisovány moru, avšak podle záznamů se jednalo o tehdy neznámé nemoci jako neštovice, úplavice a skvrnitý tyfus.

Díky Alexandru Velikému, který osvobodil Egypt od nadvlády Peršanů, se do Evropy roku 332 př. n. l. rozšířily i egyptské zkušenosti z medicíny. O sto let později bylo lékařství v Římě označeno za podřadné řemeslo a svěřilo jej do rukou otroků. Ve 2. stol. př. n. l. vznikla v Číně tzv. Vnitřní kniha Žlutého císaře, která obsahuje návod na diagnostiku i terapii mnoha chorob.

Mezi roky 30 př. n. l. – 14 n. l. se datuje zakládání prvních nemocnic. Ty vznikaly nejdříve pro legionáře a později i pro civilní obyvatelstvo.

Ve 2. stol. se v Římě proslavilo mnoho řeckých lékařů jako Rufus z Efesu, Antyllos, či Claudius Galénos z Pergamu, od kterého se dochovalo přes 300 spisů, obsahujících veškeré znalosti tehdejší medicíny.

Za zmínku stojí také indická medicína a lékař Šušruta. Ten ve svých spisech popisuje mimo jiné i zákroky plastické chirurgie.

V lékařství začala později hrát důležitou roli i církev. Všem biskupům bylo na koncilech v letech 325 a 398 uloženo zakládat tzv. xenodochia – útulky pro bezdomovce, nemocné a cizince. Avšak první velká nemocnice byla založena v roce 370. Další událostí, která je pro medicínu důležitá je vznik řádu benediktinů roku 529. Jejich předávání znalostí mezi generacemi a řeholní prostředí dalo vzniknout tzv. klášterní medicíně. Následně, během 6. století vznikají první snahy o systematické vzdělávání mediků a jsou zakládány první lékařské fakulty.

Pro Evropu bylo však 6. století i obdobím obrovské morové epidemie, kdy zemřela na následky moru bezmála polovina obyvatel.

Ani muslimům nebyla lékařská věda cizí. Jedním z pěti základních kamenů islámu je i povinná almužna. Ta se později stala daní určenou na sociální účely. Jedna z prvních islámských nemocnic se 4 odděleními vznikla okolo roku 800 v Bagdádu. Pro Islámskou medicínu byl velmi důležitý lékař a překladatel Johannitius, který přeložil do arabštiny nejen Galénovy spisy, ale i Alexandrijský plán výuky lékařství.

Dalším neopomenutelným islámským lékařem byl i Rhazes z Persie považovaný za jednoho z největších arabských středověkých lékařů. Mimo jiné se zajímal o

problémy lékařské etiky. Stanovil také, že lékař, než začne vykonávat praktické zákroky musí nejdříve získat dostatečné teoretické znalosti. A tento požadavek je uplatňován dodnes.[2]

1.2 České zdravotnictví před rokem 1989

V té době bylo zdravotnictví, stejně jako celé hospodářství, centrálně plánováno a řízeno. Základní struktura byla založena na systému Ústavů národního zdraví. Ty se členily na tři typy. Městské ústavy národního zdraví, které se nacházely ve větších i menších městech a zahrnovaly nemocnici s poliklinikou, kde pracovali jak praktiční lékaři, tak ambulantní specialisté. Okresní ÚNZ byl v podstatě totožný s městským, ale na poliklinikách byla péče poskytována v širším rozsahu. Krajské ÚNZ se nacházely v každém krajském městě a zahrnovaly stejnou péči, jako OÚNZ, ale opět v širším rozsahu a poskytovaly i péči pacientům s méně častými diagnózami na odděleních jako neurochirurgie, kardiochirurgie apod. Dalším typem zařízení byly Fakultní nemocnice s poliklinikou, které fungovaly buď samostatně při lékařských fakultách, nebo KÚNZ, jako například v Hradci Králové. Jako specifikum existovaly (a dodnes některé existují) vojenské nemocnice, nemocnice ministerstva vnitra, železniční nemocnice,)stav leteckého zdravotnictví atp. Dále samozřejmě specializovaná zařízení jako psychiatrické léčebny, ortopedických vad, plicních chorob, atd.

Celý systém trpěl všemi neduhy, které jsou spojené s centrálním plánováním a řízením. Velkým problémem byla těžkopádnost řízení tohoto systému, centrální financování ze státního rozpočtu a nulová konkurence, která nemotivovala nikoho k úsporám. Dopady tohoto systému se však táhnou občas i v současném zdravotnictví a současná reforma by je měla odstranit.

[2] http://spolek1.med.muni.cz/mol/24/10a.html 20.3.2008

1.3 Zdravotnictví v ČR mezi roky 1989 a 2007

Toto období bylo pro české zdravotnictví velmi rušné, byly zaváděny nejrůznější nové prvky, které byly následně rušeny, protože se v praxi neosvědčily. Většina ze 13 ministrů, kteří se na ministerstvu vystřídali měla svoji vizi o zdravotnictví, ale buď neměli možnost, podporu, dostatek času nebo financí na prosazení těchto změn. Proto od zavedení systému veřejného zdravotního pojištění v roce 1993 nedošlo k ničemu, co by zásadně ovlivnilo chod zdravotnictví. Bylo pouze vypracováno několik levicových a pravicových koncepcí, které nikdy nebyly uvedeny v život. Případné problémy byly vždy řešeny operativně převážně přidáním dodatečných peněz ze státního rozpočtu do resortu. To však zdaleka nestačilo na pokrytí potřeb českého zdravotnictví a několik ministrů kvůli tomu bylo donuceno odejít z vlády.

1.4 Zdravotnické systémy v zahraničí

Každá země má především díky svému rozdílnému kulturnímu a politickému, a ekonomickému vývoji individuální systém, který řeší otázku zdravotní péče pro své občany. Tyto modely mohou být různě propracované s různým rozsahem poskytované péče. Následující modely jsou pouze příklady, jak takový systém může vypadat.

1.4.1 Nizozemský systém[3]

Holandský zdravotnický systém je jedním z nejdéle propracovávaných systémů vůbec. Na jeho současné podobě se pracuje již 20 let.

Počátky systému zdravotního pojištění zde sahají až do roku 1941, kdy bylo zavedeno povinné zdravotní pojištění pro chudé. Bohatým však bylo ponecháno právo volby, zda se do systému zapojí či nikoli a i přes tuto možnost se většina lidí pojistila. Tento systém však příliš dlouho nevydržel a v roce 1978 profesor Enthoven přišel s myšlenkou tzv. řízené konkurence. Ten spočíval v tom, že

[3] MF DNES 29.března 2008 str. A11

pojištění by bylo povinné a zároveň tržní. Pacient by si mohl vybírat z pojistných plánů, které by si cenově konkurovaly a soukromé pojišťovny by uzavíraly smlouvy s poskytovateli, kteří za peníze nabídnou odpovídající protihodnotu. Zároveň by byli pacienti motivováni k péči o své zdraví. Změny směřující k tomuto cíli, byly během let postupně uskutečňovány a od 1. ledna 2006 začala platit konečná podoba reformy.

Zajímavá je také skutečnost, že většina nemocnic je v soukromých rukou a funguje dle zákonem upravených pravidel. Což u nás, především mezi politiky, vyvolává vášnivé diskuse. Avšak ani zde nestojí tento fakt mimo zájem.

Pojistné je, jako u nás, závislé na výši příjmu a to ve výši 6,5 %, kdy je polovina hrazená zaměstnancem a polovina zaměstnavatelem se stropem 30 015 Euro ročně. Aby si ale pacienti uvědomovali cenu zdravotního pojištění, je zavedena i povinná nominální složka v minimální výši 1050 Euro, nejvýše však 3000 Euro. Od placení pojistného jsou zde osvobozeni lidé do 18 let, důchodci mají nárok na státní podporu a sociálně slabí na slevu na dani.

Neopomenutelným důsledkem reformy je i růst počtu pojišťoven z 22 na 37, během 2 let. Logickým důsledkem je současné slučování pojišťoven. I přes velký počet pojišťoven je situace podobná jako u nás a pět největších pojišťoven ovládá 85 % trhu. U nás první dvě ovládají ¾. Dalším dopadem byla vlna přehlašování, kdy asi pětina pojištěnců změnila pojišťovnu, oproti několika málo procentům v předchozích letech.

V současnosti je pozornost soustředěna ke zdravotním pojišťovnám a nulové regulaci jejich administrativních nákladů a možnosti manipulace se ziskem. A shodná je holandská reforma i v tom, že nově zavedený systém se nesetkává s příliš pozitivními ohlasy.

1.4.2 Zdravotnický systém USA[4]

Americký zdravotnický systém patří ve světě mezi ty složitější. Zejména díky astronomickým částkám, které jím ročně protečou má špičkové vybavení na té nejvyšší úrovni a stejně tak dobré lékaře. Výdaje na zdravotnictví zde představují cca 16 % HDP, což je téměř desetinásobek celého českého HDP a vůbec největší částka ze všech zemí. I přes tyto enormní prostředky nepatří spojené státy mezi nejzdravější státy.

Celý systém vychází z myšlenky, že jen občan, který se může svobodně rozhodovat, dokáže nejlépe posoudit, co je pro něj nejlepší. A ani zde není zdravotnictví bez spoluúčasti. Právě naopak může vyjít velmi draho. Jednou za rok má každý v ceně pojistky právo na preventivní prohlídku zdarma, poté již se spoluúčastí. Výše spoluúčasti však závisí na ceně a typu pojistky. Čím levnější pojistka, tím vyšší spoluúčast. Procentní spoluúčast se však počítá až po dosažení určitého limitu hrazeného pacientem. U stomatologů je to opačně. Do limitu hradí péči pojišťovna, poté celou pacient.

Dalším rozdílem je péče hrazená státem. Ta je poskytována pouze důchodcům nad 65 let systémem Medicare a Medicaid, který je pro občany s nízkými příjmy. A v Evropě zní naprosto nepochopitelně i to, že pojištění není povinné. Většina Američanů je pojištěna svými zaměstnavateli, pro které je pojistné daňově uznatelným nákladem a část se odvádí zároveň ze mzdy. Díky této praxi velká část Američanů pojištění vůbec nemá. Tento problém se některé státy rozhodly vyřešit povinným pojištěním a podporou chudých.

Samozřejmě je i zde zdravotnictví jedním z předních politických témat, které je však v současnosti zastíněno ekonomickými problémy. Americkému systému, podobně jako tomu našemu, hrozí během následujících osmi let zdvojnásobení prostředků nutných pro udržení systému na současné úrovni. Obě hlavní opoziční strany mají tedy stejný zájem, udržet výdaje v mezích a snížit počet nepojištěných

[4] MF DNES 5. dubna 2008 str. A11

občanů. Stejně jako u nás se však v cestě, jak toho dosáhnout rozcházejí. Demokraté se již dříve pokoušeli zvýšit vliv státu na zdravotnictví, ale to bylo tvrdě kritizováno. Proto jejich nový model zachovává pro zaměstnavatele stejná pravidla jako dosud, nebo možnost odvádět do vládního systému procentní část z objemu hrubých mezd a z těchto prostředků by se pak platila buď péče skrze federální zdravotní systém, nebo regulované privátní pojistky. Zároveň by byl regulován rozsah povinné zdravotní péče. Naproti tomu republikáni usilují o zrušení daňových výhod z pojištění pro podnikatele a o zdanění superhrubé mzdy včetně pojištění zaměstnancům. Daň by si však lidé mohli snížit dobrovolným vkladem na individuální účet až do výše 5800 dolarů za rodinu ročně. Z těchto prostředků by si měli Američané platit pojistku, kterou by si vybrali na zcela liberalizovaném trhu.

1.4.3 Britský systém[5]

Od roku 1948 je britský zdravotní systém postátněný a funguje zde na principu Národní zdravotní služby (NHS). Uplatňuje se zde velký rozsah služeb placených státem. I kvůli tomuto systému je ve Velké Británii poměrně vysoká nespokojenost, zejména kvůli dlouhý čekacím lhůtám na operace, které bývají delší, než u nás. Systém se Britové pokoušeli zlepšit pomocí zvýšení odpovědnosti zdravotnických zařízení za hospodaření a kvalitu služeb. Od roku 1991, kdy vládla Margaret Thatcherová, téměř každý rok docházelo ke změnám. Důsledkem toho byl velký nárůst objemu finančních prostředků vynakládaných na zdravotnictví. Celkem vzrostly mezi roky 1995-2005 o 1,3 % HDP ze 7 % na 8,3 %. Oproti tomu v České republice se zvýšily o pouhých 0,2 % HDP. V devadesátých letech si také nezanedbatelná část Britů – asi 12 % platila druhé, soukromé pojištění. Důvod byl jednoduchý, zkrácené čekací doby, větší komfort, kvalitnější péče. Podíl těchto lidí však od té doby klesá. Na ministerských internetových stránkách se ministr snaží prosazovat myšlenku „peněz sledujících pacienta“.

[5] MF DNES 13.4. 2008 str. A11

Oproti Česku, kde si můžete vybrat, ve kterém zařízení vás ošetří, mají angličtí pacienti právo si vybrat z minimálně čtyř nemocnic. Tento model však nefunguje tak, jak by si Britové představovali, ale pomohl zastavit nárůst privátních pojištěnců a i to je částečné vítězství.

1.4.4 Španělský systém[6]

Španělský systém se vyznačuje absolutním vlivem státu na veškeré dění. V tamním systému je i praktický lékař státním zaměstnancem. Zdraví je zde veřejný statek, na který má každý nárok. Jde o model postavený na systému zdravotní služby. Avšak s velkou decentralizací, kdy mají jednotlivé provincie velkou autonomii. To vedlo k velkému tlaku na úspory, protože zodpovědnost byla rozmělněna na více institucí. Důsledkem těchto tlaků bylo zapojení soukromého kapitálu do zdravotnictví, aby příliš netrpěly lokální rozpočty. Před deseti lety ve Valencii jedna firma postavila zcela novou nemocnici, převzala všechny praktické lékaře a ambulantní specialisty výměnou za pětadvaceti procentní slevu oproti průměrným nákladů na zdravotní péči v provincii. Zároveň má firma omezený zisk ve výši 7,5 % výnosnosti investovaného kapitálu. Navíc každému, kdo byl s péčí v dané nemocnici nespokojen a odešel do státní nemocnice, firma musí uhradit 100 % nákladů na zdravotní péči a naopak za každého nového pacienta získá státní úhradu pouze 80 %.

Tento vyloženě kapitalistický model zdravotnictví se během desetiletí, kdy funguje osvědčil a nyní se začíná šířit. Úspory z tohoto systému jsou poměrně citelné. Provozovatel za každého pojištěnce od státu dostává 535 euro. Tato částka sice nezahrnuje výdaje za léky v ambulantní sféře, záchrannou službu a protézy. Ale i tak je tato částka ve srovnání se zhruba 20 000 korunami vyplácených VZP podstatně nižší. Nutno podotknout, že mezi jednotlivými regiony bývají nákladové rozdíly.

[5] MF DNES 13. 4. 2008, str. A11

1.4.5 Zhodnocení zahraničních systémů

Těžko se dá posoudit, zda by byl některý ze zahraničních systémů, ať už výše uvedených či jiných vhodný pro aplikaci do českého zdravotnictví. Každá země včetně České republiky má svá specifika a tomu je třeba každý systém přizpůsobit a zároveň jej nastavit tak, aby splňoval požadavky, občanů té které země. Ty mohou být zcela odlišné. Zatímco USA, které jsou známy jako nejobéznější zemí světa potřebují zdravotnictví, které musí být schopno poskytnout péči velkému množství pacientů s civilizačními chorobami a s nemocemi s obezitou souvisejícími, jako srdeční problémy, cukrovka, kloubní obtíže a podobně. Ty nebývají smrtelné. Země, mající málo rozvinuté zdravotnictví a ekonomiku, popřípadě řeší jiné problémy se denně potýkají s nemocemi, jako malárie, tuberkulóza či cholera, které zpravidla smrtelné jsou. A těmto nemocem je zase přizpůsobeno tamní zdravotnictví, byť zdaleka ne na takové úrovni, jakou známe my.

2 Stav zdravotnictví v ČR před 1. 1. 2008

V úvodu této kapitoly bych chtěl zejména zmínit úroveň českého zdravotnictví. Ta patří mezi nejdůležitější ukazatele vyspělosti země. Podle serveru czech.cz, který představuje oficiální stránky ČR provozované ministerstvem zahraničí, jsou ceny za zdravotnické služby v evropském měřítku podprůměrné a i přesto u nás jsou mnohá pracoviště na takové úrovni, že se mohou srovnávat i s nejlepšími středisky v Evropě i USA. Jmenovitě pak IKEM Praha, Fakultní nemocnice na Bulovce, Motol, Ústřední vojenská nemocnice Praha a Masarykův onkologický ústav.

Za důkaz úrovně českého zdravotnictví lze považovat prováděné unikátní zákroky. Za všechny: úspěšná transplantace třech orgánů (srdce, ledviny a jater) jednomu pacientovi od jednoho dárce současně v dubnu 2005, první operace za pomoci robota provedená v listopadu 2005 v pražské nemocnici Na Homolce. Za významné úspěchy lze považovat i úspěšnou léčbu některých typů rakoviny a metodu podvázání cév vedoucích k nádoru, která byla používána, ale přece ještě vrácena k experimentálnímu zkoumání.

Na druhou stranu lze spatřovat nedostatky v domácí péči, kdy ošetřovatelský servis, léčba v domácích podmínkách a docházení ošetřujícího lékaře za pacientem je převážně otázkou nadstandardní péče.

I přes bezesporu vysokou úroveň českého zdravotnictví je tento resort opředen mnoha problémy, jejichž počet a velikost stála křeslo nejednoho ministra. O tom svědčí i 13 ministrů, kteří se na tomto postu od roku 1989 vystřídali. Zejména financování je jedním z nejpalčivějších problémů resortu.[7]

[7] http://www.czech.cz/cz/ceska-republika/zdravi/system-zdravotni-pece/uroven-ceskeho-zdravotnictvi/ 21. 3. 2008

2.1 Principy fungování zdravotnictví v ČR

Zdravotní péče v České republice je poskytována dvěma typy zařízení – soukromými a státními. Téměř všechna tato zařízení mají uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami a tuto péči poskytují pojištěncům dané pojišťovny bez úhrady. Tuto úhradu za ně provádí příslušná zdravotní pojišťovna. Dále se péče dělí dle poskytovatele na ambulantní, ústavní, závodní, neodkladnou a lázeňskou péči, dopravu nemocných a zajišťující léčiva a zdravotnický materiál.[8]

Ambulantní péče

Jde o tzv. primární péči, kdy se pacient se svými problémy nejprve obrátí na praktického popř. zubního lékaře, u kterého je registrován a který pracuje zpravidla v okolí jeho bydliště. Tento lékař však musí mít uzavřenou smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou. Lékař může pacienta odmítnou zaregistrovat pouze z důvodu velkého zatížení a pokud by to negativně ovlivnilo jím poskytovanou péči. Nesmí však odmítnout ošetřit pacienta s neodkladnými zdravotními problémy (akutní nemoc, úraz atp.). V případě vážnějšího onemocnění může praktický lékař pacienta poslat na vyšetření ke specialistovi. Toho však může navštívit i bez doporučení praktického lékaře.

Ústavní péče

Jedná se o léčbu v nemocnici, kterou může doporučit nebo rovnou dohodnout lékař primární péče, nebo specialista. Zahrnuje lůžkovou péči, která může být kromě nemocnic poskytována dle charakteru onemocnění v různých zařízeních. Jedná se o léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační ústavy, psychiatrické léčebny, ozdravovny, sanatoria, lázně, atd.

Pohotovostní a záchranná služba

Je služba zajišťovaná pro případ nutnosti zdravotní péče mimo ordinační hodiny lékařů. Jde o zastupování se jednotlivých lékařů navzájem v dané lokalitě

[8] http://www.czech.cz/cz/ceska-republika/zdravi/system-zdravotni-pece/princip-fungovani-zdravotnictvi/ 21. 3. 2008

zpravidla ve speciální ordinaci či v rámci nemocnic. Pro případ nutnosti náhlého těžkého úrazu či onemocnění je k dispozici záchranná služba, která slouží k rychlé dopravě pacientů a poskytnutí urgentní zdravotní péče v případě, že se pacient k lékaři nemůže z nějakého důvodu dopravit sám a její odložení by mělo za následek ohrožení života, nebo zdraví pacienta.

Závodní zdravotní služba

Slouží především k prevenci úrazů a ochraně zdraví zaměstnanců při práci a předcházení nemocem z povolání. Jedná se zejména o kontroly pracovišť, preventivní lékařské prohlídky zaměstnanců a jejich školení týkající se bezpečnosti práce.

Lékárenské služby

Jde zejména o zajišťování léků a zdravotnického materiálu pro pacienty a zdravotnická zařízení. Zdravotnická zařízení zpravidla nakupují přímo u dodavatelů těchto prostředků. Avšak pacientům jsou léky a zdravotnický materiál prodávány v lékárnách, kdy jim mohou být vydány dle druhu buď s lékařským předpisem, nebo bez něj. Ne všechny léky jsou však plně hrazeny pojišťovnami a proto na některé léky musí pacient doplácet, popřípadě zaplatit plnou cenu. Volně prodejné léky jsou vždy plně hrazeny pacientem. Lékárník má ale povinnost upozornit na dávkování a případné možné vedlejší účinky. O úhradách léků rozhoduje komise ministerstva zdravotnictví.

Financování zdravotnictví

Zdravotnictví je financováno formou veřejného zdravotního pojištění. Podílet se na tomto systému pojištění pravidelnými odvody mají povinnost nejen všichni občané České republiky, ale i cizinci s trvalým pobytem na území České republiky a zaměstnanci firem sídlících na území ČR. Tyto platby pojistného jsou prováděny zaměstnavateli, popřípadě za některé osoby (studenty, nezaopatřené děti, důchodce, aj.) státem. Co je a co není hrazeno ze zdravotního pojištění je stanoveno samostatným zákonem.

Na toto pojištění mají nárok i cizinci s trvalým pobytem a azylanti. Mimo jiné mohou být cizinci ošetřeni bezplatně, což se obvykle děje na základě mezinárodních dohod, např. v rámci EU a pouze v daném rozsahu zahrnujícím nezbytně nutnou péči, či na základě výše zmíněného veřejného pojištění či za přímou úhradu týkající se především nepojištěných cizinců mimo EU. Cizinci pracující na území ČR avšak nemající trvalý pobyt jsou pojištěni zaměstnavatelem sídlícím v ČR, avšak většinou pouze po dobu trvání pracovního poměru. Tehdy zaniká i právo na úhradu péče pojišťovnou. Cizinci bez trvalého pobytu, nebo zaměstnání jsou z tohoto pojištění vyloučeni, ale mohou si sjednat tzv. smluvní zdravotní pojištění. To může být buď dlouhodobé (nad 1 rok), nebo krátkodobé. Dlouhodobé lze sjednat pouze u Všeobecné zdravotní pojišťovny, ta však nemá povinnost pojistit osobu, která na základě vyšetření může být riziková. Krátkodobé je určeno pro cizince pobývajícím na území České republiky pouze dočasně, např. turisté. Toto pojištění zahrnuje úhradu ošetření jako následek úrazu, nebo onemocnění během pobytu v ČR. Zahraniční studenti přijatí na školy v ČR mají nárok na stejnou zdravotní péči jako čeští studenti. Pouze studenti, kteří přijíždí studovat na vlastní náklady si hradí péči buď z vlastních prostředků, či smluvního pojištění. Děti cizinců, které se narodí na území ČR dostávají automaticky stejný druh pobytu, jako jejich rodič a od toho se odvíjí i jejich pojištění.

Samotné úhrady probíhají tak, že lékař, který má uzavřenou smlouvu s příslušnou zdravotní pojišťovnou jí pravidelně vykazuje provedené výkony jejích pojištěncům a ta je následně uhradí. Rozsah péče hrazené v rámci pojištění si udává každá pojišťovna sama a tím vytvářejí konkurenci na trhu. Jedinou výjimkou je Všeobecná zdravotní pojišťovna, která je jediná řízená státem a zároveň má největší počet pojištěnců. Pro ni rozsah hrazené péče stanovuje

ministerstvo zdravotnictví. Kromě VZP v ČR funguje dalších 9 většinou oborových pojišťoven.[9]

2.2 Vývoj systému za dob působení jednotlivých vlád a ministrů

Prof., MUDr. Pavel Klener, DrSc.

Byl prvním polistopadovým ministrem zdravotnictví za Občanské fórum.

Doc., MUDr. Martin Bojar, CSc.

Na ministerstvu působil taktéž za Občanské fórum a mezi jeho zásluhy patří především vytvoření systému zdravotního pojištění.

MUDr. Petr Lom, CSc.

Byl prvním ministrem zdravotnictví po vzniku samostatné České republiky. Funkci vykonával pouze necelý rok a to od 22. července 1992 do 22. června 1993. Na ministerstvu pokračoval v práci svého předchůdce a pracoval na zavádění systému pojištění, ale na základě protestů lékařů byl odvolán.

MUDr. Luděk Rubáš

Funkci ministra vykonával od června 1993 ve vládě Václava Klause. Byl kritizován nejen od poslanců za rostoucí deficit ve zdravotnictví, ale i od lékařů požadujících vyšší mzdy. Jeho záměrem bylo změnit systém pojištění a vytvořit novou koncepci, avšak 10. října 1995 byl na základě připravované stávky lékařů odvolán.

PhDr. Jan Stráský

Předtím, než se stal ministrem zdravotnictví byl ministrem dopravy a předsedou československé vlády. Povedlo se mu zastavit růst výdajů, ale kvůli demisi vlády v listopadu 1997 stihl prosadit pouze malou část připravované reformy. Byl prvním ministrem zdravotnictví, který nebyl lékař, ale ekonom.

MUDr. Zuzana Roithová, MBA

Na postu ministryně působila krátce a to pouze od ledna 1998 do června téhož roku, kdy byla jmenována nová vláda. Jejím úmyslem bylo vytvořit optimální síť

[9] http://www.czech.cz/cz/ceska-republika/zdravi/system-zdravotni-pece/financovani-zdravotnictvi/ 21. 3. 2008

lůžkových zařízení. Zdravotnictví se na politické úrovni věnovala i nadále jako předsedkyně a později místopředsedkyně senátního Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku.

MUDr. Ivan David, CSc.

Byl ministrem za Českou stranu sociálně demokratickou od červnových voleb roku 1998 do konce roku 1999, kdy sám podal demisi. Jeho snahou bylo vytvořit si autoritu a řídit ministerstvo direktivním způsobem.

Prof. MUDr. Bohumil Fišer, CSc.

Ve funkci ministra působil od února 2000 do července 2002. Na ministerstvu se zasloužil zejména o získání dodatečných prostředků pro resort a zvýšením platů lékařům v roce 2001 dočasně uklidnil situaci ve zdravotnictví.

MUDr. Marie Součková

Ministryní byla od července 2002 až do dubna 2004, za Českou stranu sociálně demokratickou. Byla odvolána po návrhu své koncepce zdravotnictví. Její konec na ministerstvu byl zaviněn díky pochybnému hospodaření na ministerstvu, sporům v tzv. kauze Diag Human a nejasnostem okolo právního zastupování ministerstva. Avšak oficiální důvod byla nutnost změny k urychlení reformy.

MUDr. Jozef Kubinyi, Ph.D.

Nastoupil na ministerstvo po Marii Součkové. Ve funkci však setrval pouze do června, kdy došlo k výměně premiéra.

Doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc.

Stala se ministryní v srpnu 2004 a ve funkci zůstala na rozdíl od svého předchůdce i po výměně premiéra do října 2005, kdy byla kvůli zpožďování plateb lékařům a svým úhradovým vyhláškám odvolána. Mezi její zásluhy patří příprava reformy financování mj. odmítající růst spoluúčasti pacientů. Odmítala zároveň i převod krajských nemocnic na akciové společnosti. Později byla zvolena do dozorčí rady Všeobecné zdravotní pojišťovny.

MUDr. David Rath

Ač původně člen Občanské demokratické strany, jako ministr hájil zájmy sociálních demokratů. Na ministerstvu setrval od svého jmenování v listopadu 2005, až do řádných voleb v červnu 2006. Před nástupem na ministerstvo pracoval sedm let jako prezident České lékařské komory. Svým jednáním a vystupováním budil velkou kontroverzi, nejen mezi politiky, ale i mezi zdravotníky a občany. Snad nejvíce diskutovaným krokem bylo odvolání Jiřiny Musílkové, ředitelky Všeobecné zdravotní pojišťovny, dále pak změny ve stanovování ceny léčiv, posilování role státu ve zdravotnictví, negativní postoj k převodu zdravotnických zařízení na akciové společnosti, probíhající na krajských úrovních pod vedením opozičních politiků a samozřejmě jeho ostré mediální výpady vůči svým oponentům.

MUDr. Tomáš Julínek, MBA

Je v současné době ministrem za Občanskou demokratickou stranu. V předchozím volebním období byl stínovým ministrem zdravotnictví a v současné době pracuje na zavedení připravených reformních zákonů do praxe. Prvním krokem byl balík zákonů, který je díky medializaci znám spíš pod pojmem zákon o poplatcích, i když to zdaleka není jediná změna, která proběhla. Zatím se jedná pouze o jednu z několika částí reformy. Cílem jeho reformy je snížit výdaje na zdravotnictví a zefektivnit zdravotnickou péči a omezit její nadužívání.

Již pro příští rok chystá další změny, které by měli pocítit zdravotníci i pacienti. Mezi tyto kroky by měla být mj. privatizace všeobecné zdravotní pojišťovny a některých zdravotnických zařízení a zvýšení odpovědnosti jejich managementu za hospodaření.

V současné době se chystá hodnocení změn, které byly k 1. 1. 2008 provedeny. To by mělo proběhnout na konci dubna a ukázat nedostatky a popřípadě chyby, které jsou v dosavadních zákonech. Velmi citlivým tématem v tomto ohledu budou poplatky u lékařů a jejich výše nebo případně zrušení zejména pro seniory a děti.

Celkově lze říci, že od roku 1989 žádný z ministrů neprosadil, ať už kvůli nedostatečné podpoře, nebo své vlastní nekompetentnosti, žádné zásadní

systémové změny, které by vedly k utěšení stavu českého zdravotnictví. Když už byly nějaké změny prosazeny, tak se zpravidla jednalo pouze o nesystémové kroky a dočasná řešení, která měla překlenout určitá období. Za významné kroky lze považovat pouze některá rozhodnutí bývalého ministra Ratha, který díky svému krátkému působení nestihl prosadit změny v takové šíři, aby se odrazily na celkovém obrazu zdravotnictví. A bezesporu největší změny prosadil současný ministr Julínek, kterému se podařilo mj. prosadit i nepopulární zákon o zavedení poplatků u lékaře a některé další změny.[10]

2.3 Stav systému před reformou

Následující odstavec byl převzat z dokumentu občanského sdružení Reforma zdravotnictví-forum.cz a vystihuje podstatu problémů, které se snaží současný ministr Julínek řešit. Zároveň je i spoluautorem tohoto dokumentu.

„Zdravotnictví v české republice vyžaduje zásadní změny. Po zavedení veřejného zdravotního pojištění na začátku 90. let, které ustrnulo na půli cesty, se náš současný zdravotní systém ani o krok nepřiblížil k efektivnímu a stabilnímu uspořádání. Propadá se do dluhů, brání inovacím v poskytování zdravotnických služeb, je nepřátelský vůči občanům i zdravotníkům, nedokáže ocenit a podpořit kvalitu a navzdory oficiálním proklamacím nevede k rovnosti přístupu ke zdravotní péči. Přitom se zdravotnictví bude muset v blízké budoucnosti vyrovnat s přívalem nových drahých medicínských postupů, se vzrůstajícími nároky občanů a stárnutím obyvatelstva, které je pro financování zdravotnictví ještě aktuálnější hrozbou než pro důchodové zabezpečení.“[11]

2.4 Ekonomické údaje ve zdravotnictví

Následující data jsou převzata z publikace ÚZIS ČR Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2006. Vycházejí z nejaktuálnějších údajů příslušných orgánů.

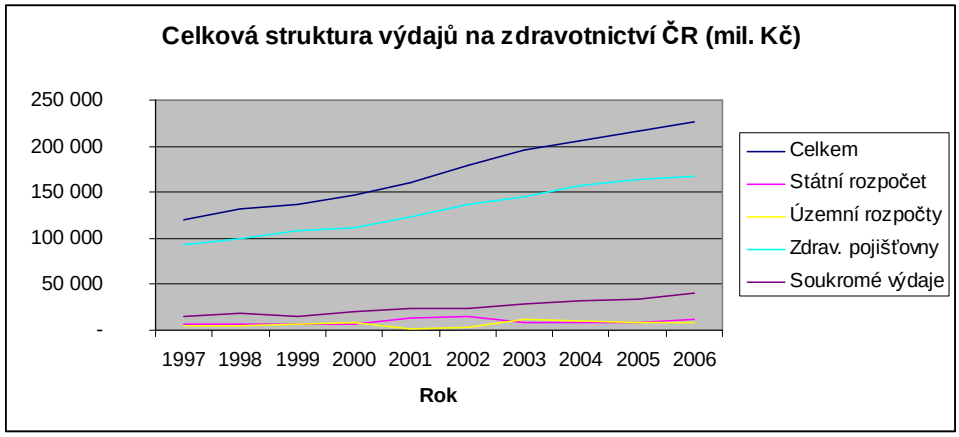
[10] http://cs.wikipedia.org/wiki/Seznam_ministr%C5%AF_vl%C3%A1d_%C4%8CR

11 Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století, Pavel Hroboň, Tomáš Julínek , Tomáš Macháček

Především pak ministerstva zdravotnictví, Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Kvůli rozdílné metodice jednotlivých úřadů se mohou některá data lišit.

Tyto informace jsou uváděny v nejdelších možných časových řadách a období, za které existují relevantní a porovnatelné údaje až do roku 2006.

Lze shrnout, že téměř všechny ukazatele za poslední období rostly. Souhrnné výdaje na zdravotnické účely vzrostly o cca 5,2 % na 226 mld. Kč a představovaly tak cca 7 % objemu HDP, což je o zhruba 1,5 % méně než činí průměr EU. Na financování se tradičně největším podílem (79,3 %) podílely zdravotní pojišťovny, státní a místní rozpočty 8,5 % a soukromé výdaje a komerční pojištění 12,3 %. I v tomto roce se však zdravotnictví setkávalo s nedostatkem finančních prostředků, který byl kompenzován jako již několikrát mimořádným navýšením státních plateb a převody financí z konsolidační agentury. Dohromady se jednalo o částku převyšující 6 mld. Kč.



Celková struktura výdajů na zdravotnictví ČR (mil. Kč)

Rok	Celkem	Státní rozpočet	Územní rozpočty	Zdrav. pojišťovny	Soukromé výdaje
1997	120 700	6 632	5 894	92 154	16 020
1998	131 900	7 477	5 817	100 284	18 322
1999	136 400	7 275	7 192	107 466	14 467
2000	146 800	6 923	8 117	110 903	20 857
2001	161 300	12 793	2 252	123 106	23 149
2002	178 900	14 952	2 697	137 387	23 864
2003	195 200	8 236	12 345	145 825	28 794
2004	206 800	8 591	10 283	156 260	31 666
2005	215 600	8 787	8 962	163 543	34 308
2006	226 900	11 188	8 275	166 446	40 991

Zdroj: ČSÚ, ÚZIS

Pozn.: Zdrav. poj. od roku 2005 nezahrnují do výdajů náklady ze smluvního pojištění a připojištění

Z výše uvedeného grafu je jasně patrný rostoucí trend výdajů na zdravotní péči. Tento trend se však snaží reforma zbrzdit a zároveň udržet kvalitu péče na minimálně stejné, nebo lepší úrovni.

Velký rozdíl v letech 2002 a 2003 v tabulce znázorňující celkovou strukturu těchto výdajů je způsobený zrušením okresních úřadů a přerozdělením jejich prostředků na ministerstva, kraje, obce).

Celkové výdaje na zdravotnictví*

Rok	Celkem v mil. Kč.	V % z HDP 1)
1990	31 250	5,39
1991	39 520	5,27
1992	45 652	5,39
1993	73 062	7,29
1994	86 418	7,31
1995	102 664	7,00
1996	112 939	6,71
1997	120 655	6,66
1998	131 929	6,72
1999	136 440	6,56
2000	146 836	6,71
2001	161 300	6,86
2002	178 923	7,26
2003	195 155	7,57
2004	206 752	7,34
2005	215 584	7,20
2006 2)	226 881	7,02

*) Zahrnuje veřejné i soukromé výdaje

1) Podíl z HDP dle ČSÚ zveřejněných do 31. 10. 2007

2) Předběžná data

Zdroj: MZ ČR, ČSÚ, výpočet ÚZIS ČR

V této tabulce jsou uvedeny přesné výdaje vynaložené na zdravotní péči v jednotlivých letech a jejich podíl na HDP. Je vidět, že i když absolutní výdaje vzrostly více než sedmkrát, tak jejich podíl na HDP od roku 1993 stále osciluje okolo 7 %.

Srovnání podílu celkových zdravotnických výdajů na HDP ve vybraných státech v %

Země	2001	2002	2003	2004	2005
Česká republika	6,90	7,10	7,40	7,30	7,20
Austrálie	8,90	9,10	9,20	9,50	.
Belgie	8,70	9,00	10,10	10,20	10,30
Dánsko	8,60	8,80	9,10	9,20	9,10
Finsko	6,70	7,00	7,30	7,40	7,50
Francie	9,70	10,00	10,90	11,00	11,10
Irsko	7,00	7,20	7,30	7,50	7,50
Island	9,20	10,00	10,30	10,00	.
Itálie	8,20	8,30	8,30	8,70	8,90
Japonsko	7,90	8,00	8,10	8,00	.
Kanada	9,30	9,60	9,80	9,80	9,80
Korea	5,40	5,30	5,40	5,50	6,00
Lucembursko	6,40	6,80	7,80	8,30	.
Maďarsko	7,20	7,60	8,30	8,10	.
Německo	10,40	10,60	10,80	10,60	10,70
Nizozemsko	8,30	8,90	9,10	9,20	.
Norsko	8,80	9,30	10,00	9,70	9,10
Polsko	5,90	6,30	6,20	6,20	6,20
Portugalsko	8,80	9,00	9,70	9,80	10,20
Rakousko	10,00	10,10	10,20	10,30	10,20
Řecko	9,80	9,70	10,00	9,60	10,10
Slovensko	5,50	5,60	5,90	7,20	7,10
Spojené království	7,50	7,70	7,80	8,10	8,30
Španělsko	7,20	7,30	7,90	8,10	8,20
Švédsko	8,70	9,10	9,30	9,10	9,10
Švýcarsko	10,90	11,10	11,50	11,50	11,60
USA	13,90	14,70	15,20	15,20	15,30

Zdroj: OECD Health Data 7[e] 2007

Tato tabulka porovnává vývoj podílu zdravotnických výdajů na HDP v jednotlivých státech. Je zřejmé, že oproti „starým členským státům EU“ je v České republice tento podíl o zhruba 2 - 3 % nižší. Nevybočuje však nijak výjimečně v porovnání s nově přistoupivšími státy střední Evropy. Dále je z tabulky patrné tradiční výrazné prvenství USA v poměru těchto výdajů k HDP.

Výdaje na zdravotnictví 1 obyvatele (v Kč)

Rok	Celkem	z toho	
		veřejné	soukromé
1995	9 938	9 032	906
1996	10 949	9 927	1 022
1997	11 710	10 582	1 128
1998	12 815	11 585	1 230
1999	13 269	12 006	1 263
2000	14 293	12 943	1 350
2001	15 776	14 202	1 574
2002	17 540	15 910	1 630
2003	19 130	17 212	1 918
2004	19 254	17 106	2 148
2005	21 065	18 698	2 367
2006 1)	22 098	19 402	2 696

1) Předběžné údaje

Zdroj: výpočet ÚZIS ČR

Z tabulky je jasně patrné, že za posledních 11 let se průměrné výdaje na jednoho obyvatele více než zdvojnásobily a zároveň se o třetinu zvýšil podíl soukromých výdajů.

Vývoj hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění (mil. Kč)

Vybrané ukazatele	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Příjmy zdravotního pojištění celkem	132 560	136 288	147 860	157 053	168 881	182 833
v tom: inkaso pojistného po přerozdělení	128 584	134 318	143 430	154 176	164 645	180 370
z toho: ze státního rozpočtu na nevýdělečné pojištěnce	29 077	30 491	32 112	33 483	34 369	42 309
ostatní příjmy a výnosy	3 544	1 551	3 936	2 550	4 064	2 227
výnosy z komerční činnosti, smluvního pojištění	432	419	491	302	113	133
Výdaje zdravotního pojištění	131 136	137 487	147 736	156 811	168 417	180 011
v tom: Výdaje na zdravotní péči	126 649	132 533	142 177	151 311	162 575	174 485
provozní režie	4 191	4 654	5 249	5 272	5 580	5 185
náklady na celkovou komerční činnost	296	297	286	162	82	72
Saldo příjmů a výdajů	1 424	- 1 199	124	242	464	2 822

Zdroj: MZ ČR, MF ČR - Souhrnné hodnocení systému veřejného zdravotního pojištění

Neopomenutelný je i vývoj i finančního stavu celého resortu. Ten zobrazuje s jakými přebytky / ztrátami hospodaří.

2.5 Celkový pohled na zdravotnictví ze strany:

2.5.1 občanů (pacientů)

Zdravotnický systém, který zde fungoval bez větší změny od roku 1993 měl z hlediska pacientů relativně velké nevýhody. Mezi ty nejzásadnější patří nemožnost aktivní účasti na poskytované péči, špatně dostupné, nebo zcela nedostupné informace o možnostech léčby, nedostatečné zastání v případě nespokojenosti pacienta a neexistující možnost legálně si připlatit za nadstandardní zdravotní péči.

Centrum výzkumu veřejného mínění (CVVM) zabývající se názory veřejnosti zveřejnilo v prosinci loňského roku následující údaje. Je z nich patrná nespokojenost občanů s jednotlivými oblastmi, zejména s financováním zdravotnictví, hospodaření v oblasti léků a fungování pojišťoven. Naopak problémy neshledávají ve vztazích mezi lékaři a pacienty, v kvalitě, dostupnosti a objemu poskytované zdravotní péče. Rovněž lze konstatovat, že se tyto ukazatele oproti předchozímu roku výrazně nezměnily.

Jaké problémy jsou v následujících oblastech zdravotnictví (v %)

Oblast	2006		2007	
	velmi velké + velké	malé + žádné	velmi velké + velké	malé + žádné
Financování veřejného zdravotnictví	77	12	80	10
Hospodaření v oblasti léků	63	22	61	21
Fungování pojišťoven	58	22	56	23
Objem služeb poskytovaných veřejným zdravotnictvím	37	44	38	44
Dostupnost zdravotní péče	30	66	34	63
Kvalita zdravotní péče	36	58	30	65
Vztah mezi lékaři a pacienty	23	70	27	69

Pozn.: Dopočet do 100 % tvoří odpovědi "nevím"

Z následující tabulky, ve které jsou uvedeny výsledky dotazování na spokojenost se zdravotním systémem v ČR je patrné, že postupně klesá spokojenost a poměrně významně (o 10 % mezi roky 2006 a 2007) roste nespokojenost s tímto systémem.

Spokojenost se zdravotním systémem v ČR (v %)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
rozhodně spokojen	3	3	3	3	4	3
spíše spokojen	38	32	33	29	28	27
ani spokojen, ani nespokojen	38	28	36	34	37	30
spíše nespokojen	14	23	21	23	21	27
rozhodně nespokojen	5	11	6	9	8	12
neví	2	3	1	3	2	1
"+/-"	41/19	35/34	36/27	31/32	32/29	30/39

2.5.2 poskytovatelů zdravotní péče

Poskytovatelé zdravotní péče jsou ti, na jejichž bedrech leží zodpovědnost za kvalitu a efektivnost poskytované péče. Jejich kvalita je však jen obtížně měřitelná a to zejména díky rozdílným oborům a oddělení v jednotlivých nemocnicích. A jsou to právě oni, kdo se musel potýkat s nedostatkem finančních prostředků a opožděnými platbami od pojišťoven a se všemi následky z toho plynoucími. Veškeré nesouhlasné projevy vůči pojišťovnám však byly spíše opatrné z obavy o neuzavření smlouvy v následujícím roce. Především ze strany VZP by to byl pro soukromé lékaře existenční problém. Jako další prvek regulace byly stanoveny lékařům limity na objem předepsaných léků, za jejichž překročení následovaly sankce formou pokut.

2.5.3 zdravotních pojišťoven

Pojišťovny jsou jedním z nejdůležitějších hráčů na zdravotnickém trhu a to hlavně díky objemu prostředků, které přes ně ročně projdou. Zejména VZP, jako státní organizace, ale i ostatní pojišťovny byly v minulosti často kritizovány za neschopnost, provádět úhrady zdravotnickým zařízením ve stanovených termínech. V souvislosti s tím, bylo poukazováno na drahé stavby a rekonstrukce sídel v centrech měst. Vina byla svalována především na vedení, které bez pochyby neslo také svoji odpovědnost. Zdravotní pojišťovny však neměly dostatečné možnosti rozhodování o nakládání s pojistným a většina plateb a jejich výše byla (a stále je) určena vyhláškami ministerstvem zdravotnictví. To dělalo

velké problémy zejména největší české zdravotní pojišťovně VZP, pod kterou spadá více než 2/3 všech pojištěnců. Zároveň má pravděpodobně finančně nejnáročnější kmen pojištěnců, zejména velký počet starých lidí vyžadujících větší péči. To byl hlavní důvod, proč musely být do zdravotnictví přidávány mimořádné prostředky z veřejných rozpočtů.

Reforma by tudíž měla podle návrhu zákonů, které jsou v současné době projednávány vládou pro pojišťovny znamenat převod na akciové společnosti, přičemž VZP by zůstala v rukou státu. Nad všemi pojišťovnami by dohlížel speciální státní dohledový orgán. Přitom by měly být posíleny pravomoce pojišťoven včetně kontrolních, aby nemohlo docházet k plýtvání s prostředky a nestávalo se tak, že některé zákroky jsou v různých nemocnicích až několikanásobně dražší, než v jiných. Zároveň by se měla zvýšit odpovědnost vedení za hospodaření pojišťovny s vybranými financemi. A výsledek hospodaření, který by měl být tvořen by byl z 80 % přerozdělen pojištěncům a zbytek by zůstal pojišťovně.

2.5.4 státu

Stát plnil velmi často úlohu ručitele, který byl nucen dávat finanční injekce do zdravotnického systému, kvůli jeho rostoucí náročnosti a vysoké neefektivitě. To je jedním z hlavních důvodů pro realizaci reformy. I vinou ministerských úhradových vyhlášek upadalo české zdravotnictví do deficitu. Ty byly také nezřídka napadány kvůli ovlivnění lobbystickými skupinami farmaceutických firem prosazujícími své produkty. Již před započetím reformy byly některé nemocnice převedeny na akciové společnosti. Kvůli tomu se následně strhly velké rozepře mezi politiky.

I když se všechny strany shodují na nutnosti reformy českého zdravotnictví, tak každá vidí diametrálně odlišnou cestu. Cíl je však společný. Moderní efektivní zdravotnictví dostupné pro všechny.

3 Obsah reformy a její účel

Reforma zdravotnictví se prozatím skládá ze dvou fází. První, kterou máme za sebou a která zahrnovala především zavedení poplatků u lékaře a finančních stropů u spoluúčasti. To se stalo také předmětem nejrůznějších odborných i veřejných diskuzí.

Druhá fáze se skládá ze 6 zákonů, mj. zákonů o Všeobecné zdravotní pojišťovně, o fakultních nemocnicích nebo záchranné službě. Ty by měly vejít v platnost od prvního ledna roku 2009.

3.1 Účel reformy

Podle internetových stránek ministerstva zdravotnictví by reforma měla řešit především následující problémy a zároveň jim do budoucna předcházet. Je třeba podotknout, že následující seznam se týká pouze pacientů a nikoli lékařů a zdravotnických zařízení.[12]

1) Odlišná dostupnost a kvalita zdravotní péče v jednotlivých regionech České republiky
2) Až 20 % prostředků určených pro zajištění zdravotní péče mizí díky nekontrolovatelnému plýtvání.
3) Zákony neumožňují pacientům získat zastání, když je nespokojen s poskytnutou péčí.
4) Není možné připlatit si za nadstandardní péči.
5) Lékaři ani pojišťovny nejsou motivováni k úspěšné léčbě pacientů.
6) Pojišťovny nemají povinnost zajistit pro občany zdravotní péči. Stačí, když vyrovnaně hospodaří.
7) Náš národ stárne a dnešním padesátníkům nebude mít kdo zaplatit zdravotní péči.

[12] http://www.reformanamiru.cz/Pages/53-Realita-dneska.html 21. 3. 2008

8) Dnešní systém nepamatuje na zvýšené potřeby chronicky nemocných a znevýhodňuje je.
9) Ve zdravotnických zařízeních je pacientům věnována menší pozornost, než zákazníkům v kadeřnictví, nebo v autoservisu.
10) Země v celé Evropě chystají reformy zdravotnictví založené na obdobných principech, jaké navrhuje ministr Julínek.

Výše popsané problémy by měly pomoci řešit 2 zásadní kroky a to: reforma institucí a reforma financování.

Reforma institucí:

Měla by mít za následek snížení, respektive odstranění zásahů státu do chodu zdravotnických zařízení a pojišťoven a měla by přestat nutit pojišťovny proplácet i neefektivní, drahé a zbytečně provedené úkony. Měla by vzniknout síť zdravotnických zařízení, které si budou navzájem konkurovat v oblasti kvality i ceny služeb. Zdravotní pojišťovny mají mít plnou zodpovědnost za své hospodářské výsledky a za zajištění adekvátní péče pro své klienty. Samozřejmě k tomu musejí dostat náležité pravomoci.

V rámci této části reformy by měl zároveň vzniknout nový Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami. Ty by měly být kromě největší, Všeobecné, zprivatizovány. Původně měla být zprivatizována i VZP, ale tento záměr nepodpořily menší vládní strany a proto bylo od tohoto záměru upuštěno. V největší zdravotní pojišťovně je jistě vhodné, aby si stát zachoval svůj vliv.

Mimo jiné měl ministr zdravotnictví v úmyslu převést většinu nemocnic na akciové společnosti a ponechat je v držení státu. Tak, jak to již probíhá v některých krajích. Převod fakultních nemocnic musel být ale také z původně navržených zákonů kvůli odporu Strany zelených vyškrtnut.

Reforma financování:

Má za úkol především zajistit udržitelné financování systému a motivovat občany ke spoluúčasti na financování zdravotnictví.

Dalším a to asi nejpodstatnějším důvodem pro realizaci reformy je neudržitelnost současného systému financování. Populace stárne a ekonomicky aktivní obyvatelé nebudou v následujících letech schopni odvádět do systému dostatečné prostředky, které jsou nutné k udržení péče alespoň na současné úrovni pro všechny.

Jen na poplatcích u lékaře plánuje ministerstvo vybrat ročně okolo čtyř miliard korun a s nimi spojené úspory by měly dosáhnout dalších čtyř miliard korun. Dosavadní vývoj ukazuje, že tento odhad je reálný. Do 14. dubna jen VZP, která spravuje 2/3 pojištěnců má záznamy o výběru 1,1 miliardy korun. Spolu s ostatními pojišťovnami by tato částka měla být vyšší, než 1,5 miliardy Kč.

Pro české zdravotnictví se jedná o poměrně značné prostředky, které jistě povedou ke zkvalitnění péče.

Mnohem závažnější důvody pro realizaci reformy jsou však tyto:

1) Populace stárne a zhruba od 65 let náklady na péči o pacienta exponenciálně rostou, což je patrné i z níže uvedené tabulky.
2) Jak je patrné z bodu 1), tak důsledkem je úbytek lidí v produktivním věku přinášejících prostředky do systému
3) Nízká porodnost – dnes připadá na jeden pár v průměru 1,2 dítěte, ale bylo by pro udržení zdravotnictví na stejné úrovni alespoň 2,1
4) Stále nové a dražší technologie
5) Geneticky připravované léky, které jsou drahé

Z níže uvedené tabulky je patrná nejen finanční náročnost starších občanů, ale také celkový trend zvyšujících se nákladů během let.

Průměrné náklady zdravotních pojišťoven na zdravotní péči na jednoho pojištěnce dle věkové struktury (v Kč)

Věková skupina	2003		2004		2005	
	muži	ženy	muži	ženy	muži	ženy
0-4	12 515	10 951	13 086	11 242	13 417	11 747
5-9	7 226	6 494	7 440	6 679	8 004	7 123
10-14	6 835	6 727	6 994	6 988	7 680	7 511
15-19	6 118	7 538	6 297	7 975	6 637	8 310
20-24	5 285	7 727	5 456	8 026	5 820	8 350
25-29	8 732	9 891	5 998	10 458	6 423	11 143
30-34	6 343	10 033	6 655	10 551	7 144	11 283
35-39	7 315	9 893	7 815	10 552	8 007	11 330
40-44	8 763	10 874	9 123	11 566	9 485	12 053
45-19	11 518	13 735	12 026	14 348	12 591	15 074
50-54	15 884	16 779	16 645	17 738	17 328	18 397
55-59	21 295	19 039	22 242	20 069	22 838	20 905
60-64	25 274	21 986	26 769	23 502	28 487	24 603
65-69	31 477	26 280	33 298	27 984	34 370	29 150
70-74	36 926	31 054	39 741	33 157	42 482	35 192
75-79	40 945	33 965	43 718	36 697	45 931	38 708
80-84	40 499	3 628	43 684	38 842	46 067	40 665
85 a více	29 606	36 387	39 758	40 961	43 380	42 736
Průměr	13 215	15 127	14 060	16 149	14 910	17 076

Zdroj: ÚZIS, Analýza zdravotnických účtů, Český statistický úřad

3.2 Návrhy versus realita

Reforma zdravotnictví byla dlouho dopředu připravována, než s ní ministr Julínek předstoupil před poslance a senátory. Kvůli politickým tlakům a vyjednávání ve vládě byla měněna a upravována. První fáze, která vstoupila v platnost od letošního ledna prošla relativně hladce, ale druhá, která se chystá v těchto dnech má potíže neskonale větší. Po představení návrhu koaličním partnerům došlo k bouřlivé debatě, kdy si každá strana hájila své zájmy. Křesťanští demokraté již tradičně odmítli část upravující právo na potrat. Tato z reformního hlediska nepodstatná část byla z celého balíku zákonů nakonec vyjmuta. Stejně tak i Strana zelených si našla své téma, kterým bylo především záměr privatizace VZP, od kterého ministr nakonec také upustil. V tomto směru se určitě jedná o správný krok. Stát by si měl nad největší českou zdravotní pojišťovnu zcela nepochybně udržet vliv. Další bodem sváru byl návrh převodu fakultních nemocnic na obchodní společnosti a následné privatizace. I z tohoto požadavku nakonec ministr v důsledku tlaku prozatím ustoupil. Potíže působilo i

vyjednávání okolo poplatků, kdy poslankyně zelených představila svůj vlastní návrh zákona o zrušení poplatků pro děti a seniory. Tento postup byl jednoznačně velmi nekorektní a nesprávný.

Další pokusy o změnu v poplatcích provádí opozice, která podala žalobu týkající se regulačních poplatků k ústavnímu soudu. Ten dle nejnovějších informací po výslechu premiéra a ministra zdravotnictví jednání odročil.

Jen stěží lze některé z těchto pokusů označit za konstruktivní. Obvykle nepřináší nic nového a omezují se pouze na to, aby toho druhého ukázaly v co nejhorším světle. Musí se však brát v potaz zejména ty, které přinášejí něco nového a o kterých jsou všichni účastníci ochotní jednat.

Při přijímání nových částí by se ale mělo dbát zejména na to, aby si reforma udržela svůj význam a byla i nadále reformou a nikoli pouze souborem nových nařízení a zákonů.

Bohužel mnohdy se při jednání o takto důležitých věcech vedou žabo-myší války, které se odehrávají nejen mezi jednotlivými politickými stranami, ale i uvnitř jednotlivých stran. To rozhodně nepřispívá ke kvalitnímu výsledku. Zvláště, když můžeme sledovat, jak se mnozí politici na takto závažných věcech snaží sbírat politické body bez ohledu na zájmy státu a občanů. Zářným příkladem může být poslanec David Rath, který pouze kritizuje návrhy opozice ale sám nepodal žádný konstruktivní návrh. Dokonce ani jeho strana nemá ohledně zdravotnictví žádnou koncepci.

3.3 Regulační poplatky a jejich účel

Pojem reforma a poplatky jsou velmi často zaměňovány. Je však třeba poznamenat, že to je hrubá chyba. Poplatky jsou pouze zřejmě nejdiskutovanější součástí reformy. Je to proto, že tuto změnu pocítíme všichni přímo na vlastní kůži. Stejně fungují přímé a nepřímé daně. Když se zvedne sazba DPH, nebudou s tím lidé souhlasit, ale protože ji neplatíme přímo, tak nás to také přímo nebolí. Pokud by se ale zvýšila daň z příjmu, pocítí to všichni na výplatních páskách a je

jim to připomínáno při každé výplatě. Stejně tak poplatky se připomínají téměř při každé návštěvě lékaře.

Poplatky byly zavedeny především proto, aby bylo omezeno plýtvání a nadužívání lékařské péče. Mají představovat především psychologickou bariéru pro pacienty a motivovat je k tomu, aby dbali o své zdraví a uvědomili si cenu zdravotní péče.

V každé učebnici ekonomie je uvedeno základní pravidlo nabídky a poptávky, kdy čím menší je cena pro spotřebitele, tím větší bude mít o tento produkt (zdravotnictví) zájem a v případě, nulové ceny bude poptávka konvergovat k nule v nekonečnu. To je to, oč jde především. Z prvních předběžných výsledků zveřejněných ministerstvem zdravotnictví vyplývá, že tato úvaha je správná.

Poplatky se vybírají za následující úkony:

30 Kč za vyšetření v ordinaci,

30 Kč za vydání léku na receptu,

60 Kč za každý den hospitalizace,

90 Kč za návštěvu pohotovosti.

3.4 Shrnutí

Reforma, jako celek je nutná. Přináší nové možnosti a trendy do zdravotnictví a.pomůže rozhýbat jeho zkostnatělost. Poplatky jsou bezesporu velmi dobrou cestou ke snížení nákladů na zdravotnickou péči a jejich výše je nastavena vcelku rozumně tak, aby nedocházelo ke zbytečnému plýtvání a zároveň se stropem je zajištěno, aby bylo zdravotnictví dostupné pro všechny, kteří jej budou potřebovat. Úlevy pro seniory a děti určitě nejsou na místě. Každá výjimka je komplikací, která systém zatíží zbytečnými náklady a administrativou a neměly by proto být zaváděny.

4 Vliv reformy na zdravotnictví po 1. 1. 2008

Reforma měla již po prvních dnech velmi citelný dopad zejména na pacienty. Navíc se již po několika měsících ukázalo, že jde o největší vliv od vzniku samotného veřejného pojištění v roce 1990, který bude mít zcela zásadní dopad na celý systém i v následujících letech.

Jen za první měsíc fungování tohoto systému se na poplatcích vybralo zhruba 400 milionů korun a oproti stejnému období loni pojišťovnám klesly výdaje na doplatky léků o 1/3, což může být dáno mj. i předzásobením pacientů z obavy před poplatky. Markantní je i pokles návštěv u ambulantních lékařů o bezmála ¼, pokles hospitalizací o 14 % a o 9 % se snížil počet výjezdů záchranné služby.[13] Zřetelný je i rozdíl při nakupování léků, kdy si pacienti spočítali, že se již nevyplatí si běžné volně prodejné léky, jako je paralen či ibalgin nechat psát na recept a raději je kupují přímo v lékárnách. Tam je vyjdou řádově na koruny, kdežto s návštěvou lékaře a vypsaným receptem by je na poplatcích stály o několik desítek korun více. Částky, které pojišťovny na těchto lécích dříve ročně proplácely dosahovaly několika set milionů korun. Nyní navíc šetří i čas lékařů, který mohou věnovat jiným pacientům.

4.1 Neúplnost reformy

Reforma doposud ani zdaleka ještě není dotažena do konce. To je také pravděpodobně důvod, proč se s ní většina lidí stále neztotožňuje. Jak již bylo zmíněno, jedná se pouze o první část. O následující fázi, kdyby by mělo vejít v platnost původně sedm nových zákonů jednala vláda v první dekádě dubna. Ve třech zákonech panovala shoda, ale zbývající čtyři byly z různých důvodů odmítány koaličními partnery. Nakonec byl ministr zdravotnictví nucen v několika bodech ustoupit a i na radu expertů bylo původních sedm zákonů

[13] Marek Šnajdr, náměstek ministra zdravotnictví, pořad Otázky Václava Moravce 16. 3. 2008

zredukováno na šest. Pokud budou schváleny parlamentem, měly by vejít v platnost od ledna 2009.

Hlavními změnami, které byly provedeny je odstoupení od záměru privatizovat VZP a univerzitní nemocnice. Tyto nemocnice by měly mít neziskový charakter i nadále. Pojišťovny mají mít dle dohody trvale regulovaný zisk a to ve výši 15 % z čistého zisku. Zbylých 85 % by mělo být reinvestováno či přerozděleno pojištěncům.

4.2 Vliv reformy na:

Následující text vychází především z hodnocení reformy po třech měsících jejího fungování a nelze tedy jednoznačně říci, zda jsou z dlouhodobého hlediska přínosem, či nikoli. Navíc na ně musí nutně navazovat další kroky, které jsou součástí balíku šesti zákonů, o kterých nyní jednají vládní strany.

4.2.1 občany (pacienty)

Občanů se dosavadní změny velmi dotýkají. Každý to pocítil již při první návštěvě svého lékaře v novém roce. Tehdy musel u lékaře poprvé otevřít peněženku a za vyšetření zaplatit třicetikorunový poplatek. Lidé jsou vůči těmto poplatkům často odmítaví. Jejich nejčastějším argumentem bývá otázka, proč by měli platit poplatky, když už si všichni platí zdravotní pojištění. Na druhou stranu si na poplatky relativně zvykli a nezřídka se stává, že chtějí platit i v případech, kdy se poplatek nevybírá. Při výběru poplatků jsou ale stanoveny i případy, kdy se za úkony neplatí. Jedná se zejména o preventivní prohlídky, laboratorní a diagnostické vyšetření a některé vyjmenované léčebné úkony.

Od placení jsou dále osvobozeni např. pojištěnci v dětských domovech, ve školských zařízeních pro výkon ústavní, nebo ochranné výchovy, osoby v ochranném léčení nařízeném soudem (kromě stanovených výjimek), pojištěnci při léčbě infekční nemoci, které je pojištěnec povinen se podrobit, nařízené izolaci, nebo karanténě, osoby, které nejsou pojištěnci (nemající trvalý pobyt na území ČR,

popř. pracovní poměr se zaměstnavatelem mající sídlo v ČR) a dalších případech uvedených v Metodickém pokynu k aplikaci novely zákona č. 48/1997 vydaným MZČR. [14]

Mnoha pacientům také přináší užitek nově zavedený strop pro spoluúčast. Ten dosahuje výše pět tisíc korun ročně. Dle informací ministerstva zdravotnictví jen za leden tohoto limitu dosáhli dva lidé a další se k němu blíží. Zároveň ministerstvo odhaduje, že tento limit překročí během roku zhruba dvě stě tisíc lidí.

Tito pacienti jsou ti, kteří na reformě vydělají především. Díky stropu ušetří ročně i desítky tisíc korun, které by jinak museli hradit ze svého. Systém funguje tak, že i když limit pacient překročí, tak poplatky i doplatky za léky bude dál hradit ze svého, avšak pojišťovna mu tuto částku během následujícího čtvrtletí vrátí. Jedná se o jeden z nejzásadnějších kroků v ochraně pacientů za poslední roky.

V konečném důsledku má reforma přinést pacientovi zvýšení kvality poskytované péče za jím poskytnuté prostředky a zbavit jej nutnosti dále systém podporovat cestou veřejných rozpočtů. Toto však nelze nyní posoudit, protože tři měsíce jsou příliš krátká doba na vyvozování závěrů, které vyžadují pohled z dlouhodobého hlediska.

Stručná SWOT analýza z pohledu pacienta

Silná stránka – pětitisícový strop na doplatky a poplatky u lékaře.

Slabá stránka – nepopulární poplatky a celkově se zvyšující spoluúčast pacienta.

Příležitost – v případě kladného přijetí pacienty snížení nákladů a zvýšení příjmů ve zdravotnictví.

Hrozba – nebezpečí nepřijetí opatření pacienty a odmítnutí reformy díky prozatím nemožnému dlouhodobému srovnání.

[14] www.mzcr.cz/Odbornik/file.aspx?id=294&name=Celý%20text%20**metodického**%20**pokynu**.doc 10. 3. 2008

4.2.2 poskytovatele zdravotní péče

Pro poskytovatele péče má dosavadní fáze reformy především jeden efekt a to je zajištění systému výběru poplatků. To zvláště ze začátku působilo zmatky. Pacienti nevěděli za co přesně platit a i systém výběru se v jednotlivých zařízeních se liší. U ambulantních lékařů převážil systém přímých plateb. Naproti tomu větší zařízení jako nemocnice zavedly různé systémy úhrady například formou automatů, nebo zavedením pokladny. Nové povinnosti spojené s vybíráním poplatků, jako je větší byrokracie a růst nákladů v souvislosti se samotným výběrem vyváží ale fakt, že poplatky, které jednotlivá zařízení vyberou si mohou ponechat. Zároveň by ze ně měly zkvalitňovat úroveň poskytovaných služeb. Toto se týká i lékáren, kterým byla zároveň snížena marže z prodeje léků.

Z výše uvedeného se může zdát, že se poskytovatelů reforma kromě zvýšení příjmů příliš nedotkla. Což je do jisté míry pravda, avšak největší změny je teprve čekají v souvislosti s chystanou druhou částí reformy, kdy by měla být většina nemocnic převedena na akciové společnosti. Nikoli však privatizována, jak bývá někdy špatně interpretováno.

Tato část reformy je často napadána politiky kvůli obavě o postupné rušení nemocnic a zavírání jednotlivých nevýdělečných oddělení a s tím související pokles úrovně péče v nich poskytované.

Stručná SWOT analýza z pohledu poskytovatelů péče

Silná stránka – zvýšení příjmů díky výběru poplatků.

Slabá stránka – nutnost zajištění systému výběru poplatků.

Hrozba – nedokončení institucionální části reformy kvůli politickým rozepřím.

Příležitost x hrozba – zatím nelze posoudit, zda bude mít chystaný převod nemocnic na obchodní společnosti kladný či záporný efekt.

4.2.3 zdravotní pojišťovny

Doposud se ani pro zdravotní pojišťovny příliš mnoho nezměnilo. Přibyla jim pravomoc kontrolovat výběr poplatků v jednotlivých zařízeních a s tím i množství

stížností od pacientů, kteří se kvůli nim na pojišťovny často obracejí se stížností na neoprávněné výběry. Zároveň však řeší i problémy s rebelující nemocnicí ve Vrchlabí, kde zdejší vedení odmítá vybírat poplatky od dětí do osmnácti let.

Pro pojišťovny zásadní změnou bude jejich privatizace, která se nebude týkat pouze VZP, přičemž zisk z privatizace by měl být rozdělen mezi pojištěnce formou vkladu na jejich pomyslný „zdravotní účet“, ze kterého by mohli čerpat prostředky na úhradu poplatků a doplatků za léky. V souvislosti s tím by měl být vytvořen Úřad pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, který by měl dohlížet na tržní chování pojišťoven a hájit zájmy jejich klientů.

Zákon o zdravotních pojišťovnách by měl obsahovat již výše zmiňovanou regulaci zisku, z nějž by mělo 85 % plynout zpět do zdravotnictví.

Stručná SWOT analýza z pohledu zdravotních pojišťoven

Silní stránka – nově získané pravomoci týkající se kontroly výběru poplatků.

Slabá stránka - velký nárůst administrativy, především vyřizování stížností týkajících se výběru poplatků.

Příležitost x Hrozba – chystaná privatizace všech pojišťoven kromě VZP v druhé, institucionální, části reformy.

4.2.4 stát

Na stát, jako celek nemá doposud reforma žádný výrazný dopad. Zatím se jedná spíše o hru s čísly, kde se jedná o objemu vybraných prostředků, statistikách poklesu návštěvnosti lékařů dokazující dosavadní nadužívání zdravotní péče a podobně. Všechny tyto statistiky jsou zatím pouze čísla a hodnotit je lze až s časovým odstupem s možností porovnání za minulá období, kdy můžeme říci, že se nejedná pouze o sezónní výkyv, jako tomu bylo například po zavedení „bodového systému“ v dopravě. Tehdy byl na začátku také zřetelný pozitivní trend všech sledovaných ukazatelů, které se však po jisté době vrátily ke starým hodnotám. I když se jedná o zcela rozdílnou problematiku, efekt může být stejný.

Zahájení reformy má také zcela zásadní vliv na českou vládu. Ta je opozicí velmi kritizována především za necitlivost provedené reformy zejména vůči dětem a seniorům. Samotná reforma a její následující část vyvolává velké rozpory i v koaliční vládě, kdy každá ze tří vládních stran se snaží reformu navrhovanou ministrem Julínkem co nejvíce upravit ku obrazu svému.

V konečném důsledku by měla reforma pro stát znamenat úspory ve zdravotnickém systému a tím ho i zbavit nutnosti do zdravotnictví ročně přidávat další prostředky z veřejných rozpočtů. Dále zvýšit úroveň poskytovaných zdravotnických služeb a tím i zlepšit celkový zdravotní stav národa, snížit nemocnost, dále zvýšit střední délku života. K těmto cílům by však měly směřovat zájmy všech politických stran, ať už z levicové, či pravicové části politického spektra.

Stručná SWOT analýza z pohledu státu

Silná stránka – již po prvních měsících značný pokles návštěv pacientů u lékařů, klesající náklady na doplatky za léky a objem prostředků vybraných na poplatcích odpovídající předpokladu.

Slabá stránka – nepopulárnost jakýchkoli změn mezi občany.

Příležitost – nastavit zdravotnictví tak, aby pracovalo efektivněji a s nižšími náklady.

Hrozba – budoucí problémy v případě nedotažení reformy do konce, nebo špatného nastavení .

5 Analýza vlivu provedených změn na zdravotnictví po 1. 1. 2008

5.1 SWOT analýza

5.1.1 silné stránky

Mezi silné stránky našeho zdravotního systému i přes relativně nízký podíl prostředků na zdravotnictví na HDP patří již před reformou vysoká úroveň zdravotnictví. To dokazuje například i téměř poloviční míra kojenecké úmrtnosti dětí do 1 roku než v USA, které vynakládají na zdravotnictví bezmála dvojnásobné množství prostředků.[15] Tato hodnota patří zároveň k jedné z nejlepších v celé Evropě, předčíme i takové země, jakými jsou Německo, Nizozemí či Velká Británie. Podobně je na tom Česká republika i například s průměrnou délkou dožití.

Úroveň českého zdravotnictví je dobrým argumentem pro ty, jenž odmítají zvyšování spoluúčasti pacientů a zavádění poplatků. Všechno něco stojí a pokud si chceme současnou kvalitu udržet, je nutné provést razantní změny. V opačném případě hrozí během následujících let, kdy bude docházet ke stárnutí národa, kolaps financování a s tím související problémy a opatření budou daleko tvrdší než ty současné.

Důkazem vysoké úrovně jsou již výše zmíněné unikátní zákroky prováděné jedněmi z nejlepších zdravotnických zařízení ve svém oboru, jakými jsou IKEM Praha či Fakultní nemocnice Motol, či Masarykův onkologický ústav v Brně.

5.1.2 slabé stránky

Za největší slabinu jednoznačně považuji velkou nepopularitu současných změn a spíše negativistickou diskuzi vyvolanou opozičními politiky, kteří nejsou schopni

[15] www.uzlicek.cz/26_Podrobne-udaje-o-mire-detske-umrtnosti 13.4.2008

přijít s vlastním funkčním řešením. Většina občanů je již znechucena neustálými změnami povinných odvodů do státní kasy a státem zřizovaných institucí, které jim z krátkodobého hlediska nic nepřináší. Navíc jsou tyto změny často interpretovány jako negativní, které snižují občanům jejich příjem, což není vždy pravda. Zde narazíme na obyčejný lidský strach z riskování, lze-li to tak nazvat. Lidé se povětšinou raději drží toho, co mají jisté a bojí se změny. Obávají se o to více, pokud je někdo přesvědčuje o nevýhodnosti změny a navíc si nejsou zároveň jisti, zda jim změna přinese nějaký užitek. O tom však lze velkou část lidí, kteří nejsou do problematiky podrobněji zasvěceni přesvědčit pouze těžko.

Jeden příklad za všechny. Před nedávnem, když jsem jel vlakem, na vedlejší sedačce seděly dvě starší ženy a povídaly si o nově zavedených poplatcích. Jedna se druhé ptala, zda ví, co se děje s vybranými poplatky. Ta odpověděla, že nikoli a když se dozvěděla, že si jednotlivá zařízení poplatky ponechávají, začala se pohoršovat nad lékárnami. Dle jejího názoru nemocnice tyto prostředky použijí pro pacienty a na zvýšení kvality svých služeb, kdežto lékárníci se prý „mají“. Nikdy neviděla chudého lékárníka a nechápe tedy, proč by měli mít další příjmy z poplatků. V případě nemocnic žádný problém nevidí s tím, že vybrané peníze budou použity pro všechny pacienty na zkvalitňování služeb. O ambulantních lékařích se tehdy ani jedna z nich nezmínila. Tento rozhovor jasně poukazuje na další slabinu reformy a to nízkou informovanost občanů. V tomto případě jsou obavy o takto vybrané peníze zcela na místě, protože lékárny, jako soukromé subjekty by z ní měly státem garantovaný prospěch. Ovšem i na toto bylo v reformě pamatováno a lékárnám byla současně se zavedením poplatků snížena marže na jimi vydávané léky.

Za slabinu systému lze považovat také to, že někteří lékaři mohou systém regulačních poplatků zneužívat a zvát si pacienty na zbytečná vyšetření a častější kontroly. Myslím si, že i tato skutečnost by měla být zvážena a kontrolována. Zejména pacienti by si měli hlídat, zda se jim nezdají některá vyšetření či prohlídky zbytečné a měli by se v tomto ohledu informovat. Ty by měly být

zahrnuty již v kapitačních platbách hrazených pojišťovnami. Důvod je prostý. Jedná-li se o naše zdraví, tak jsme pro něj ochotni udělat cokoli a do lékaře už z té podstaty, že jde o lékaře většina z nás vkládá velkou důvěru. Proto by bylo dobré, aby si tuto důvěru lékaři udrželi a snažili se ve vlastním zájmu si ji udržet.

5.1.3 příležitosti

Příležitostí k vylepšení je vždy dostatek. Zvláště proto, že žádný systém nikdy nemůže být úplně spravedlivý ke všem pacientům stejně a vždy na tom či onom někdo vydělá a jiný nikoli. I na současné reformě by se dalo leccos vylepšit.

Velkou příležitostí pro předkladatele reformy je skutečnost, že pokud bude reforma úspěšná, bude to nesmazatelný milník v historii celé České republiky a jimi navržený systém se může stát jejich pomníkem i po jejich odchodu z politiky na další desítky let. Samotná reforma má přitom jedinečnou příležitost dostat české zdravotnictví o úroveň výše a osvobodit jej od socialistických prvků, jakými je například nemožnost připlatit si za nadstandardní péči a začít uplatňovat tržní principy, jako je komerční připojištění apod. Ty jsou dle mého názoru jedinou cestou k dosažení efektivního zdravotnictví při zachování co možná nejvyšší úrovně péče.

5.1.4 hrozby

Pro současnou reformu je největší hrozbou zejména odpor opozice a velké části občanů. Ten je pochopitelný, zejména z důvodu teprve krátkého trvání změn a nemožnosti porovnání s původním stavem a z dlouhodobého hlediska. Už dnes však opoziční politici hrozí zrušením poplatků a tím i podstatné části reformy s tím související, dostanou-li se po příštích volbách k moci. Již nyní podali proti vybírání poplatků u lékaře žalobu k ústavnímu soudu. Je to poprvé v historii země, co si Ústavní soud ČR pozval na jednání premiéra a ministra zdravotnictví.[16] Zejména proto by měl ministr Julínek udělat vše pro to, aby se jím

[16] ČT Události, 13. 4. 2008

navržené změny projevily v co možná nejlepším světle a měly na systém i pacienty kladný dopad.

Nebezpečí pro osud reformy je i demagogie některých politiků, zejména bývalého ministra zdravotnictví a současného stínového ministra Davida Ratha. Ten za svého působení také prováděl velké změny, které však byly na rozdíl od těch současných převážně nesystémového charakteru. V současnosti však ani on, ani jeho současná strana nemají zveřejněnu žádnou svoji koncepci či vizi zdravotnictví. Navíc kritika, kterou on, ani ČSSD jíž je členem je pouze destruktivního charakteru s cílem vyděsit občany a vyvíjet tak tlak na ministerstvo a vládu.

5.2 Zhodnocení analýzy

Celkové hodnocení reformy je kvůli již zmíněné krátké době trvání a neúplnosti nemožné. Z výše uvedené analýzy je však patrné, že má jak svoje silné stránky, tak i slabé, zároveň je i co zlepšovat a existují i věci, kterým je třeba se vyvarovat a na které je nutné při realizaci dávat pozor. Reforma je však nutná k zajištění stability systému a určitě není třeba se jí obávat, jak je často avizováno. Během té krátké doby, po kterou první změny fungují žádná z nemocnic ani pojišťoven nemá finanční problémy ani problémy s uzavíráním oddělení, které by byly způsobeny reformou. Lékaři také neplánují žádnou formu protestů a ani jinak neprojevují nespokojenost s dosud provedenými změnami. Není ani znám případ, kdy by se někomu bylo odmítnuto ošetření i když právě neměl na zaplacení poplatku. Velmi zajímavé bude hodnocení změn po roce, popřípadě dvou, kdy bude jasně vidět, zda se reforma neminula účinkem a zda měla kýžený efekt.

Na výsledky reformy nemusíme ale jen čekat. Na těchto výsledcích se můžeme podílet i my, občané, jako pojištěnci a pacienti. Budeme-li mít i my vůli změnit náš nezdravý životní styl, odvykneme si chodit lékaři pokaždé, když nás trochu ofoukne, nebude nevyhnutelně nutné vynakládat astronomické částky na léčbu civilizačních chorob, které jsou velkou hrozbou, nikoli pro reformu, ale pro celý

zdravotnický systém. Právě jejich léčba by mohla být důvodem, proč by za několik let mohla být realizována další reforma zdravotnictví.

5.3 Shrnutí

I přes výše uvedené údaje považuji zdravotní systém fungující v České republice za velmi kvalitní. Proti tomuto faktu však stojí skutečnost, že je tento systém dlouhodobě finančně neudržitelný a musí být zreformován. Změny, které plánuje ministerstvo provést by měly reflektovat skutečný stav našeho systému a hlavně by měly mít za cíl hájit především zájmy pacienta, protože o něj jde ve zdravotnictví především.

Zájmy zdravotníků a pojišťoven by měly být vedlejší, ale nikoli však přehlíženy. Právě oni jsou tím tmelem, který drží systém pohromadě a zajišťuje jeho funkčnost. Navíc lékaři nesou na svých bedrech ohromnou zodpovědnost a jejich omyl může mít fatální následky. I proto by měli být ohodnoceni odpovídajícím způsobem. Není možné, aby lékaři byli nuceni kvůli obavám z nedostatku finančních prostředků pracovat v nevyhovujícím prostředí, ve kterém jsou tlačeni k maximálním úsporám, které by mohly ohrozit zájmy pacienta. Zároveň by však měli s danými prostředky zacházet efektivně a vybírat pro pacienty nejvhodnější léčbu tak, aby nemuseli užívat zbytečně velké množství léků.

Seznam použitých zkratek

CVVM - Centrum výzkumu veřejného mínění

ČSÚ - Český statistický úřad

IKEM - Institut klinické a experimentální medicíny

MZČR - Ministerstvo zdravotnictví ČR

NHS - Národní zdravotní služba Velké Británie

ÚNZ - Ústav národního zdraví

ÚZIS - Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR

VZP - Všeobecná zdravotní pojišťovna

Seznam použitých zdrojů

Literatura:

Ekonomika pro obchodní akademie a ostatní střední školy 2, Ing. Petr Klínský, Ing. Otto Münch, ISBN 80-7168-773-1

Mladá fronta DNES

Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století – Pavel Hroboň, Tomáš Julínek, Tomáš Macháček

Statistická ročenka ČR 2007, ČSÚ

Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2006, ÚZIS

Elektronické zdroje:

www.cvvm.cas.cz

www.czech.cz

www.czech-tv.cz

www.czso.cz

www.healthreform.cz

www.mzcr.cz

www.muni.cz

www.uzis.cz

www.uzlicek.cz

www.vzp.cz

www.wikipedia.cz