

Zdravotnictví je spolu s dalšími oblastmi sociálního zabezpečení významným politickým a ekonomickým ukazatelem vyspělosti každé země. Obecně lze konstatovat, že národní ekonomiky prakticky všech vyspělých zemí jsou dlouhodobě sužovány rostoucími náklady na zdravotní péči a jejich regulace, respektive tzv. vybalancování k možnostem a skutečným potřebám je velice složité a to nejen v teoretické rovině, ale zejména prakticky. Existuje totiž celá řada faktorů jak uvnitř zdravotnictví, tak i vně tohoto sektoru, které je velice obtížné optimalizovat a uvést do vzájemného souladu se zdroji a potřebami.

Česká republika nepatří a nikdy nepatřila mezi země s vyloženě špatnou úrovní zdravotnictví a jeho financováním, není však bez problémů. Z některých studií vyplývá, že české zdravotnictví patří mezi evropskou špičku v plýtvání finančními prostředky. Průměrný český občan navštíví zdravotnické zařízení cca 16 krát do roka což je dvakrát více než občan Rakouska a nejvíce v celé EU. Na každého našeho občana např. vychází 2,5 pilulky léku denně, což je více než na jednoho občana ostatních zemí EU. Ze studií také vyplývá, že v důsledku nehospodárnosti se v systému utratí zbytečně 20 miliard Kč ročně. Do jaké míry jsou tyto údaje věrohodné nebo absolutně přesné, není za dané situace zcela podstatné. Podstatné je to, že nejen odborníci, ale i běžný občan vidí řadu nedostatků, které vyžadují řešení. Do českého zdravotnictví plyne ročně přes 220 miliard Kč. Za to je poskytována, zejména v největších fakultních nemocnicích a specializovaných centrech, péče srovnatelná s vyspělými evropskými zeměmi. V oborech, jako je např. neurochirurgie, kardiologie, ortopedie ale i onkologie patří přední čeští lékaři mezi špičkové odborníky. Nejsložitější a nejdražší lékařské výkony jsou u nás stejně dostupné jako např. ve Švýcarsku nebo v Německu. Na některé se dokonce čeká kratší dobu než v řadě jiných států. Dovedeme také zajistit očkování téměř všech malých dětí, s čímž souvisí i nejnižší kojenecká úmrtnost ve srovnání se světem. Přesto však Česká republika nedosahuje parametrů zdraví vyspělých států. Bylo by třeba docílit významného snížení úmrtnosti na nemoci oběhové soustavy, nádorová onemocnění, úrazy a snížit výskyt ostatních závažných onemocnění a faktorů, které je ovlivňují. Prostředků je k tomu celá řada, preventivními opatřeními počínaje, až po změny ve veřejném zdravotním pojištění, organizačním uspořádání zdravotních pojišťoven a uplatňování různých regulačních opatření vůči jednotlivým subjektům ve zdravotnictví a ve veřejném zdravotním pojištění, případně v jiném systému financování této oblasti sociálního zabezpečení. Kromě toho má úroveň zdraví významnou časovou dynamiku a teoretická i reálná hladina zdraví jednotlivce a populace se v prosperujících zemích stále posunuje výš. To vše s vědomím toho, že zdravotnictví jako takové může, podle všech dostupných poznatků, ovlivnit zdravotní stav jen z cca 15% až 20%, a že cca 90% potřeb zdravotní péče představují skupiny onemocnění a zdravotních stavů, které jsou

preventabilní jako jsou nemoci srdce a cév, onkologická onemocnění, metabolické poruchy a poruchy imunity, onemocnění pohybového ústrojí, infekční nemoci, poranění a různé druhy úrazů.

V myšlení lidí, zejména v post komunistických zemích, je stále silně zakotven přístup ke zdravotnictví a zdravotní péči jako k bezplatné službě a to v kterékoliv době a na co nejvyšší úrovni s ohledem na technické vymoženosti a poznání. Tento přístup byl vždy podpořen i platnou právní úpravou, včetně úpravy veřejného zdravotního pojištění. Z tohoto důvodu je nejen v České republice ale i v řadě jiných zemí velice obtížné nahlížet na zdravotnické služby jako na zboží, které je možné prodávat a nakupovat na volném trhu. To má za následek, že se dlouhou dobu nedařilo zavést progresivnější opatření ve zdravotnictví a v systému financování zdravotní péče, včetně různých regulačních opatření, jako jsou např. poplatky při návštěvě zdravotnického zařízení, při pobytu v nemocnici, za recept, za návštěvu pohotovostní služby apod., které částečně přispívají k regulaci části neodůvodněně čerpané zdravotní péče. To se nakonec projevilo i v prvních měsících roku 2008, kdy byly tyto poplatky zavedeny.

Dalším faktorem jsou objektivně se stále zvyšující náklady na zdravotnictví v důsledku rozvoje nových technologií, zejména diagnostických, nových preparátů a dalších zdravotnických prostředků. Nezanedbatelným faktorem je i stárnutí obyvatelstva, vyšší výskyt chronických onemocnění a obecně se zvyšující nemocnost. Negativně na náklady na zdravotnictví působí i to, že není dostatečně propracován systém motivace k předcházení nemocem. Nepodařilo se dosud také dostatečně definovat, sledovat a vyhodnocovat ukazatele kvality poskytované zdravotní péče a dávat je ve známost. Nejsou vytvořeny podmínky pro funkční ovlivňování předdimenzované sítě zdravotnických zařízení. Často se hradí nadbytečná péče provedená zdravotnickými zařízeními opakovaně, ať již záměrně, nebo v důsledku nedostupnosti výsledků předchozích vyšetření a někdy také i v důsledku účelového chování poskytovatelů této péče. Zdravotní pojišťovny také často nesmlouvávají nadbytečné zdravotnické kapacity a neplní řadu úkolů, které by měly ve svých důsledcích vliv nejen na kvalitu poskytované zdravotní péče ale i na objem finančních prostředků, které do zdravotnictví plynou. Samostatnou kapitolu představují i různé ekonomické vlivy, vlivy komor, tj. sdružení lékařů a farmaceutů a dalších skupin. Nezanedbatelné jsou i vlivy politické. To jsou jen některé faktory, které mají vliv na úroveň zdravotnictví a zdravotního pojištění a ovlivňují jeho uspořádání a fungování ve vzájemných souvislostech. Množství těchto faktorů se často kumuluje a vytváří tlak na další výdaje do zdravotnictví a jeho nehospodárnost. Často se i v poslední době uvádí, že pokud nebude provedena reforma veřejného zdravotního pojištění a důchodového systému, ovlivní to i přijetí eura v roce 2012.

Domnívám se, že přijetím jednak příslušných politických rozhodnutí a následně na to legislativními úpravami současně platné právní úpravy zdravotnických předpisů a předpisů o veřejném zdravotním pojištění by bylo možné dosáhnout zlepšení současného stavu. Dokladem toho jsou změny započaté v roce 2007 a na to navazující úpravy předpisů platné od 1.1.2008. V odborné veřejnosti existuje celá řada dobrých námětů a reálných představ vycházejících jak z dosavadních zkušeností, tak i ze systémů uplatňovaných v jiných zemích, zejména Evropy, které jistě stojí za to, po důkladné analýze, aplikovat.

Systém jedné či více zdravotních pojišťoven, tj. institucionální plurality má v případě správného nastavení významný dopad nejen na vlastní činnost těchto institucí, a na ovlivňování většiny procesů souvisejících s poskytováním a úhradou zdravotní péče a tím i všech subjektů, kterých se zdravotní pojištění dotýká, tj. pojištěnců, zdravotnických zařízení, plátců pojistného a zprostředkované i dodavatelů zdravotnické techniky, léků a služeb, personálních opatření ve zdravotnictví apod.

Úkolem této práce je dospět k formulování závěrů, zda stávající pluralitní systém veřejného zdravotního pojištění je z dlouhodobého hlediska vhodný, nebo zda je třeba ho nahradit systémem jiným a zda je funkční či nikoliv. Pokud ano, pak zda je nutné ho reformovat a jakým způsobem, aby se stal nástrojem k řešení rovnováhy mezi možnostmi státu, nabídkou a poptávkou po zdravotních službách a současně ovlivňoval chování subjektů, které v něm mají své místo.