

Proč nebyla v období 2006-2008 prosazena reforma zdravotnictví (analýza think- tanku Reforma zdravotnictví – forum.cz)

Tento dokument popisuje základní záměry snahy o reformu českého zdravotnictví v letech 2006-2008 a analyzuje příčiny jejího neúspěchu. V první části dokumentu jsou popsány původní cíle reformního úsilí, ve druhé potom hlavní vnější a vnitřní příčiny neúspěchu jeho prosazení. Závěrečná část se věnuje zhodnocení významu pokusu o reformu.

1. Co rozumíme reformou zdravotnictví a jaké byly její cíle

Cílem navrhované reformy zdravotnictví bylo poskytnout občanům větší jistotu dostupnosti zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a větší výběr z nabídek zdravotních pojišťoven. **Tyto změny byly plánovány v rámci veřejného zdravotního pojištění, to znamená při zachování jednoho systému povinného pro všechny občany, se solidárním financováním a stejným rozsahem pojištěných služeb bez ohledu na zvolenou pojišťovnu.**

Zároveň bylo (a stále je) nutné významně zvýšit efektivitu peněz vynakládaných na zdravotní péči. Bez významného zvýšení efektivity postupně dojde kvůli stárnutí obyvatelstva a dalším vlivům k finanční nestabilitě až krachu veřejného zdravotního pojištění. Takový vývoj bude znamenat významné zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče, zejména pro sociálně a ekonomicky slabší skupiny občanů, kteří si nebudou moci dovolit zaplatit za péči ze soukromých peněz. Vzhledem k tomu, že reformní návrh zachovává dnešní významné přerozdělení peněz mezi bohatšími a chudšími stejně jako mezi mladšími a staršími a akcentoval přerozdělení mezi zdravějšími a nemocnějšími, je z hlediska svých cílů jednoznačně návrhem středovým a sociálně ohleduplným.

Navrhovaná reforma zajišťovala větší výběr pro občany a zvýšení efektivity zdravotnictví cestou ověřenou a v posledních 20 letech postupně zaváděnou ve všech vyspělých zemích, tedy cestou regulované konkurence mezi poskytovateli zdravotní péče a mezi jejími plátcí (pojišťovnami). V dnešní době neexistuje jediný vyspělý stát, který by posiloval centrální řízení zdravotnictví. Regulovaný trh a soutěž poskytovatelů o zakázku ze strany plátců, stejně jako větší zapojení občanů, jsou jasnými trendy jak v systémech veřejného zdravotního pojištění, tak v systémech národní zdravotní služby.

Konkrétní popis reformních návrhů je dále rozdělen do tří částí - změny v činnosti a postavení pojišťoven, v poskytování zdravotní péče a v postavení pacientů.

I. Změny v činnosti a postavení pojišťoven: Od pasivních úřadů ke službě klientům.

Návrh reformy obsahoval následující změny v systému veřejného zdravotního pojištění:

- Stanovení jasné a vymahatelné definice péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, tedy „standardu“ (vede také k otevření prostoru pro platbu za „nadstandard“),
- umožnění nabídky více způsobů pojištění, včetně řízené péče a možnosti pojištěnce samostatně hospodařit s částí peněz,
- možnost pojištěnce získat bonus v případě dobrého hospodaření jeho pojišťovny,
- významné zvýšení aktivity pojišťoven při organizaci zdravotní péče, zejména přednostní uzavírání smluv s kvalitními a efektivními poskytovateli,
- zásadní zpřísnění státního dohledu nad činností zdravotních pojišťoven včetně založení specializovaného regulačního úřadu
- změna právní formy zdravotních pojišťoven vedoucí k nalezení jejich zodpovědných majitelů a managementu s jasně definovanými odpovědnostmi.

Dlouhodobou součástí reformních snah byla také změna způsobu financování veřejného zdravotního pojištění (tedy změna v oblasti plateb pojistného), která sledovala dva cíle – větší zapojení občanů a možnost přisunu soukromých prostředků do systému veřejného zdravotního pojištění (viz například změny, které proběhly od začátku roku 2006 v Holandsku). Tato změna ve financování byla úmyslně odložena na

pozdější dobu. K upřesnění její potřebnosti a podoby byl vládou v roce 2007 založen Kulatý stůl k financování zdravotnictví.

II. Změny v oblasti poskytování zdravotní péče: Směrem k efektivním a kvalitním zdravotním službám

Změny v postavení a činnosti pojišťoven měly postupně vést k významnému zvýšení efektivity a kvality českého zdravotnictví, včetně změn ve struktuře sítě zdravotnických zařízení, v řízení a chování poskytovatelů zdravotní péče a ke zvýšení konkurenceschopnosti českého zdravotnictví v mezinárodním měřítku. Nástrojem zdravotních pojišťoven v prosazování těchto změn jsou zejména smlouvy upřednostňující kvalitní a efektivní poskytovatele. Nicméně, změny v oblasti poskytování zdravotní péče měly být podpořeny také dalšími způsoby:

- Novou zastřešující legislativou (nové zákony o zdravotních službách nahrazující dodnes platný zákon z roku 1966 a novely zákonů o vzdělávání),
- vypracováním nových systémů pro popis a vykazování zdravotní péče (zejména náhrada dnešního systému bodů a zavedení srozumitelného katalogu výkonů),
- centrální podporou zavedení nových způsobů plateb poskytovatelům ze strany pojišťoven (namísto anonymních rozpočtů platba v korunách za skutečně odvedenou péči, postupně založená i na její kvalitě),
- zavedením „standardů“ (doporučených klinických postupů),
- centralizací vysoce specializované péče k menšímu množství poskytovatelů s cílem zajistit kvalitu poskytované péče a lepší využití drahých přístrojů a postupů.

Některé z těchto opatření se podařilo uskutečnit, k zásadním změnám ve způsobu poskytování zdravotní péče ale nedošlo. Příčinou je stále nenaplněná role nákupčích zdravotních služeb.

III. Změny v postavení pacienta: Možnost výběru způsobu pojištění a poskytování zdravotních služeb

Cílem bylo podpořit větší zodpovědnost za vlastní zdraví a za čerpání zdravotní péče, včetně částečné finanční odpovědnosti a omezení plýtvání. Z těchto důvodů byly zavedeny regulační poplatky a bylo plánováno umožnit občanům na základě dobrovolného rozhodnutí, aby si sami spravovali část peněz z veřejného zdravotního pojištění pomocí osobních zdravotních účtů. Druhým cílem bylo umožnit pacientům větší podíl na rozhodování o jejich léčbě. K tomuto cíli směřovalo posílení zákonného postavení pacienta, zavedení doporučených léčebných postupů a postupné zveřejňování ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče.

2. Základní příčiny neprosazení reformních záměrů

Základní příčiny neúspěchu jsou dále rozděleny na vnější (objektivní) faktory a na faktory vnitřní. **Považujeme za nutné na tomto místě zdůraznit, že celkový návrh reformy považujeme nadále za správný a v hlavních rysech za jediný možný směr vývoje českého zdravotnictví.** Příčiny neúspěchu vidíme vedle vnějších faktorů především v přílišném rozsahu a rychlosti prosazovaných změn, která neumožnila jejich dostatečné vysvětlení a akceptaci.

I. Vnější faktory

Dobrá ekonomická situace České republiky v době prosazování reformního návrhu. Principiálně je samozřejmě vhodné provádět nutné reformy v dostatečném předstihu a v době ekonomického růstu, kdy lze významně omezit jejich nepříjemné krátkodobé dopady. V realitě se ale v demokraciích málokdy podaří přesvědčit občany o potřebnosti změn v době, kdy je většina obyvatelstva spokojena a domnívá se, že dobré časy potrvají navěky. Již v roce 2009 v období ekonomické recese by návody, jak ušetřit ve zdravotnictví při zachování všeobecné dostupnosti zdravotní péče, jistě našly více pozorných posluchačů.

Volební výsledek vedoucí k faktickému patu ve sněmovně. Neustálý boj vládní koalice o přežití a nejistota týkající se výsledku téměř jakéhokoliv hlasování vedly k tomu, že názory jednotlivých poslanců rozhodovaly o osudu reformních zákonů. **V podstatě neexistovala normální situace, kdy vládní většina prosazuje vládní program.** Významné body jednotně přijatého vládního programu, byly některými

koaličními poslanci blokovány a napadány. Zároveň je třeba konstatovat, že této situaci nebyl dostatečně přizpůsoben rozsah cílů a postup prosazování reformy.

Nemožnost racionální spolupráce s opozicí. Na budoucí podobě zdravotnictví, stejně jako jiných zásadních oblastí společenského života, by měl existovat základní politický konsensus. Politické strany samozřejmě musí soutěžit se svými nápady, jejich názory by ale neměly být naprosto protichůdné. Vyostřená politická situace po patovém výsledku voleb, v evropském kontextu ojedinělé návrhy sociální demokracie na návrat k systému národní zdravotní služby a zejména osobnost stínového ministra zdravotnictví ČSSD bohužel znemožnily jakýkoliv racionální dialog s hlavní opoziční stranou. Příkladem nekonstruktivního přístupu je bojkot Kulatého stolu ze strany ČSSD nebo vybrání regulačních poplatků jako hlavního tématu krajských voleb.

II. Vnitřní faktory

A. Faktory v oblasti přípravy reformních kroků

Přílišný rozsah a hloubka změn. Reformní návrh se z důvodů provázanosti jednotlivých kroků a neexistence základního konsensu mezi hlavními politickými stranami snažil prosadit všechny podstatné změny během jednoho volebního období. Výsledkem byl přílišný rozsah změn obsahující téměř celé zdravotnictví a zdravotní pojištění. Z dnešního pohledu měly být reformní kroky více rozloženy v čase a naplánovány na 2 volební období

Snaha o optimální postup za každou cenu. Velmi významná byla snaha o prosazení technicky a právně nejlepšího řešení bez ohledu na možnosti jeho prosazení a postoj klíčových zájmových skupin. Příkladem může být záměr prodat transformované pojišťovny v aukci, namísto jejich předání zakladatelům, který se mohl líbit maximálně ministru financí. Důsledkem snahy o co nejčistší řešení byly potom zákonitě potíže s hledáním spojenců, kteří by reformu podporovali. Při nestabilní situaci v poslanecké sněmovně byly přitom daleko vyšší požadavky na kompromisy a vyjednávání než je obvyklé. .

Podcenění odporu vůči tržně orientovaným řešením a nedostatečné testování přijatelnosti reformy veřejností. Při plánování reformy došlo k podcenění odporu proti tržně orientovaným řešením a zejména některým jejich symbolům v české společnosti. Například akciová společnost je ve skutečnosti právní formou nejlépe zabezpečenou proti podvodům, velká část občanů ji ale vnímá jako pro zdravotnictví nevhodnou a podezřelou, protože ji spojuje s obchodem a s některými nežádoucími jevy při privatizaci v 90. letech..

B. Faktory při prosazování reformních kroků

Nedostatečné kapacita vysvětlovat potřebnost reformy a získat důvěru nutnou k jejímu prosazení. Je nutné připomenout, že vysvětlování potřebnosti reformy a podstaty jejích jednotlivých kroků probíhalo na různých veřejných fórech a v médiích již od roku 2004. Šlo tedy na české poměry o velmi nezvyklý jev, kdy stínový ministr zdravotnictví zveřejnil své podrobné záměry již před nástupem do reálné funkce. Přesto, vzhledem k rozsahu a hloubce změn, nebyla popularizace reformy dostatečná. Zejména měla být na začátku realizace reformních kroků věnována větší pozornost dvěma oblastem. Tou první je názorné předvedení nedostatků současného systému (modelové osobní příklady), tou druhou prohloubení důvěry provedením několika kroků, které sice nemusely být z technického hlediska předřazeny, ale pomohly by zvýšit důvěru veřejnosti v ministerstvo – například prioritní zahájení prací na zvyšování kvality zdravotní péče, vypracování standardů a snížení čekacích dob. Třetí podmínkou úspěšné komunikace, která bohužel nebyla splněna, je poskytnutí kapacit a další podpory ze strany vlády a vládnoucí strany.

Ztráta politického kapitálu v konfliktech. Při prosazování reformy se samozřejmě nešlo vyhnout konfliktům. Některé z nich ale nabyly většího významu než původní otázka, nebyly vhodně načasována ani mediálně řešena nebo byly zbytečně prodlužovány. Příklady takových konfliktů zahrnují postup v případě ÚHKT a univerzitních nemocnic.

Neúčinná mediální obrany proti neetickým útokům opozice. Velmi významná byla nedostatečná obranná reakce na neetické útoky protivníků reformy vedené v osobní rovině, zejména na hanopisy šířené

na internetu („Jak ukrást 220 miliard v českém zdravotnictví“). Na útok vedený ve stylu státní bezpečnosti a namířený na zničení důvěryhodnosti protagonistů reformy jsme se snažili odpovědět slušným způsobem, tj. vysvětlováním podstaty reformy a uváděním faktů. Racionální odpověď na dobře připravené útoky hrající na emoce, pomluvy a závist, je možná dlouhodobě správná, v okamžiku útoku ale nedostatečná.

3. Dlouhodobý význam pokusu o reformu

Pokud srovnáme změny, které se podařilo prosadit, s původními reformními plány, je zjevné, že hlavní reformní cíle nebyly naplněny a české zdravotnictví si na potřebné změny bude muset počkat.

Pokud srovnáme změny, které se podařilo prosadit, s výsledky práce ministerstva zdravotnictví za posledních 10 let před rokem 2006, udělalo české zdravotnictví velký krok dopředu. K těmto změnám patří například nový systém cenové regulace a úhrad léků, zavedení regulačních poplatků, novely zákonů o vzdělávání zdravotníků a zavedení státní podpory tohoto vzdělávání, změna ve financování nemocnic směrem k platbám za skutečně poskytnutou péči, centralizace vysoce specializované péče a další. Jejich vyjmenovávání ale není účelem tohoto textu.

Jsme ale přesvědčeni, že i reformní úsilí, které se nepodařilo dotáhnout do legislativních změn, mělo svou cenu. Ve veřejnosti byly široce diskutovány otázky spjaté s kvalitou péče, službami pro pacienty, dostupností péče a stárnutím obyvatelstva. Byla připravena řada zákonů, z nichž některé mají vysokou šanci na přijetí v příštím volebním období (např. zákony o zdravotních službách, legalizace platby za nadstandard).

Regulovaný trh ve zdravotnictví alespoň pro část občanů a pro hodně zdravotníků přestal být sprostým slovem a stal se jasně definovanou alternativou dnešnímu nehospodárnému systému.

Diskuse a práce na reformě budou pokračovat a nové politické úsilí se v budoucnu bude moci opřít o mnohem lépe připravenou půdu.

srpen 2009