

REFORMA ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ: CÍLE A PROSTŘEDKY

Ivan Malý, ESF MU Brno

1. Úvod

Stav našeho transformujícího se zdravotnictví je v současné době velice častým předmětem diskusí na nejrůznějších platformách. Jistě není náhodou, že dominujícími tématy těchto debat jsou ekonomické aspekty fungování tohoto odvětví a především metody financování zdravotní péče. V drtivé většině se jedná o hlasy více či méně kritické. Nicméně, i když tato diskuse probíhá již pátým rokem, nezdá se, že by šla k nějakému obecně přijímanému řešení či alespoň principům, na kterých by zdravotnictví mělo fungovat v budoucnu. Spíše naopak, názory se polarizují. Některé signály, jako například ohlašovaná stávka lékařů za vyšší mzdy, spíše svědčí o tom, že hledání konsenzu uvázlo (snad přechodně) na mrtvém bodě.

Tento příspěvek je věnován rozboru systému financování zdravotnictví. Stručně charakterizuje dosavadní průběh reformy a zamýšlí se nad chystanými opatřeními připravovanými ministerstvem zdravotnictví. Těžiště příspěvku spočívá v reakci na publikovaný materiál „Záměry státu ve zdravotnictví z krátkodobého a dlouhodobého hlediska“ (ZdN, 28. dubna 1995, str. 3-5) předložený ministrem zdravotnictví. Jde o významný koncepční dokument, který otevřeně, systematicky a zároveň stručně definuje oficiální pozici současné vlády a ministerstva zdravotnictví.

V druhé části tohoto příspěvku jsou rozebírána východiska a hodnocení výchozího stavu. Ve třetí části navazuje diskuse některých připravovaných opatření, především ve vztahu k metodám úhrady zdravotní péče, včetně některých možných dopadů zavedení tzv. individuálních účtů. Autor v závěru předkládá posluchačům k úvaze několik doporučení inspirovaných aktuálními zahraničními zkušenostmi.

2. K hodnocení dosavadního průběhu reformy

„Nekonceptnost“ reformy

Pravděpodobně nejčastějším argumentem používaným proti dosavadním reformním krokům je tzv. *nekonceptnost* reformy. Vytýkána bývá absence „vize“ konečného stavu, „odezdikezdismus“, neprovázanost až občasná kontradiktornost resp. nesprávné časování jednotlivých opatření apod. V údajné neschopnosti formulovat koncepci reformy (chápanou jako nějakou racionálními argumenty posvěcenou optimální variantu) bývá někdy spatřován hlavní nedostatek práce ministerstva. Autor sice nezpochybňuje jistou nekonzistenci jednotlivých kroků a opatření reformy, ale pokládá ji do značné míry za objektivní jev, který zcela odpovídá povaze procesů spojených s transformací zdravotnictví a podmínkám, ve kterých transformace probíhá. Charakter těchto procesů je primárně politický, vystupuje zde mnoho zájmových skupin a velkou roli hrají hodnotové soudy. Hledat příčiny „nekonceptnosti“ pouze ve způsobu fungování a kompetentnosti ministerstva je poněkud zavádějící, neboť to svádí k představě, že stačí změnit ministra a už to půjde.

Existuje totiž možnost interpretovat uvedený stav i zcela jinak. Nemusí jít nutně o *absenci* koncepce, nýbrž o legitimní souboj mezi různými přístupy, resp. pragmatická snaha vlády prosadit postupnými kroky radikální (a nezvratné) změny systému zdravotní péče v prostředí, jehož momentální ochota akceptovat cílový stav resp. všechny principy, na nichž by měl být založen, je z nejrůznějších důvodů limitovaná. V tomto kontextu by se tedy zdálo správnější spíše zaznamenat pozoruhodné manévrovací schopnosti ministerstva a vlády, které umožnily dostat zdravotnictví tak daleko na cestě k svobodě, trhu a individuální odpovědnosti, že se nám o tom ještě před několika roky ani nezdálo (ať již v nejrůznějších nebo nejčernějších snech...), aniž by došlo ke zhroucení systému, nebo výraznému podkopání křehkého sociálního smíru. (Poslední vývoj událostí však signalizuje, že poslední řečené může velmi rychle přestat platit.) V podmínkách, kdy se na procesu koncipování veřejné politiky podílí v rámci demokratického procesu mnoho subjektů, z nichž nemá žádný výrazně dominantní postavení, je základní metodou přijímání rozhodnutí dosahování kompromisů. Prosazování koncepcí je tak podstatně komplikovanější než (zdánlivě) dílčích kroků.

Současný stav

Současný stav zdravotního systému lze pochopitelně analyzovat z různých pozic a do různé hloubky. Cílem tohoto příspěvku není detailní zkoumání. Spíše se pokusíme o stručný pozitivní výčet hlavních změn. Na tomto místě se záměrně vyhýbáme hodnocení. Diskuse hlavních problémů následuje v dalším textu.

1. Jde o veřejně financovaný systém koncipovaný na principu všeobecného a povinného zdravotního pojištění. Pojištění pokrývá celou populaci. Ze zdravotního pojištění je hrazena drtivá většina objemu poskytované péče. („Od roku 1994 nezahrnuje koš plně hrazených služeb např. 50 procent léků, 35 stomatologických výkonů, řada kosmetických a plastických operací, interrupce, umělé oplodnění“ apod. (cit. článek, str. 3))
2. Postupně vzniklo 27 zdravotních pojišťoven. Jde o veřejnoprávní subjekty. Výše prostředků, se kterými pojišťovny hospodaří, roste s počtem pojištěnců. Všechny jsou povinny účastnit se systému přerozdělování finančních prostředků poskytovaných ze státního rozpočtu. Tento systém odstraňuje největší rozdíly v příjmech jednotlivých zdravotních pojišťoven pramenící z adversního výběru. Některé z pojišťoven, zdá se, mají vážné finanční problémy. Původní předpoklad, že tyto pojišťovny budou soutěžit o pacienty mimo jiné i tím, jakou „nadstandardní péči“ jim umožní, se potvrdil. Od letošního roku je pojišťovnam zakázána úhrada péče nad rámec stanovený Zdravotním řádem.
3. Došlo k zásadní institucionální restrukturalizaci u poskytovatelů zdravotní péče. V roce 1991 existovalo u nás 430 zdravotnických zařízení dnes je jich více než 22000. Převážná většina z nich je privátních.
4. Pacienti se těší svobodné volbě lékaře.
5. Mechanismus úhrady nákladů na poskytovanou zdravotní péči je založen na platbách podle výkonů. Jde o systém tzv. relativního ocenění výkonu prostřednictvím bodů.
6. Zvýšily se výdaje do zdravotnictví. Některé současné odhady udávají, že na zdravotnictví vydáváme 7,5 - 8 procent HDP.
7. Podle průzkumů veřejného mínění panuje s úrovní zdravotní péče spíše spokojenost.
8. Výrazně stoupla vybavenost zdravotnickou technikou.
9. Výrazně stoupl počet specializovaných zdravotnických výkonů (např. v r.1991 bylo provedeno 9 transplantací srdce kdežto loni již 51, počet kardiochirurgických operací se za stejnou dobu v podstatě zdvojnásobil).
10. Základní parametry zdravotního stavu populace se v posledních letech začaly mírně zlepšovat.¹

Problémy a „problémy“

V identifikaci problémů a poměřování míry jejich závažnosti spočívá primární zdroj polemik mezi různými zainteresovanými subjekty. Pochopitelně se dosti dobře nemohou shodnout na hodnocení toho kterého opatření či konkrétního rysu systému, pokud mají jinou představu o tom, co je žádoucí a dobré a co nikoliv. Tato nezbytná normativnost přístupu ve spojení s tradičně silným (ovšem často rozdílně chápaným) významem hodnot jako je spravedlnost, etika či humanita způsobuje, že hledání konsenzu je velmi obtížné.

Podívejme se v této souvislosti, jak jsou problémy formulovány v dokumentu „Záměry státu ve zdravotnictví...“. Nalezneme tu čtyři problémové oblasti, které jsou částečně chápány jako nutný průvodní jev zvoleného systému financování.

První oblast souvisí se systémovými poruchami chování zainteresovaných subjektů: pacientů, lékařů a zdravotních pojišťoven. Pro „ministrský“ přístup je příznačné, že spatřuje základní selhání systému ve skutečnosti, že „cena zdravotní péče neovlivňuje chování pacienta“ (tamtéž, str. 3). Pacient je pokládán za částečně způsobilého spolurozhodovat o odůvodněnosti, nezbytnosti a charakteru zdravotnických služeb. V dalším textu se pak explicitně předpokládá, že případná finanční spoluúčasť na úhradě zdravotní péče a existence individuálních by blahodárně pomohly řešit tuto situaci. Dokument připouští informační převahu lékařů i jejich roli „generátorů“ poptávky, navíc se výslovně předpokládá orientace lékařů na maximalizaci příjmu. Zvolený způsob úhrady zdravotní péče platbou za jednotlivé výkony vzbuzuje mimořádný zájem lékařů na zvyšování objemu zdravotní péče. Ministerstvo tedy na jedné straně plně akceptuje východiska teoretické ekonomie zdravotní péče o tom, že trh zde může výrazně selhávat, neboť proces tvorby ceny je deformován zejména informační převahou lékařů, ale (podle našeho názoru paradoxně) vidí východisko v orientaci na „více trhu“.

¹ Např.: kojenecká úmrtnost - 10,80 (1990) a 7,90 (1994), střední délka života u mužů - 67,5 (1990) 68,9 (1993).

V této souvislosti možná není bez zajímavosti krátký exkurs. Porovnáme-li systémy zdravotní péče v různých zemích, je patrné, že existuje v zásadě pět druhů subjektů, kteří jsou systémově způsobilí rozhodovat o tom, komu a jaká péče bude poskytnuta (vyjádřeno v peněžních jednotkách). Jsou to: pacient, lékař, management zdravotnického zařízení, zdravotní pojišťovna a stát. Někdo z nich musí být bezprostředně konfrontován s faktem omezenosti zdrojů. Pravděpodobně nelze říci, kdo je tím nejpovolanějším, ale zkušenosti i teorie učí, že svěřit tuto volbu pacientovi je nejméně vhodné, neboť to s sebou nese problémy ekonomické a sociální. Pro systémy podobné našim je typické, že oním subjektem ekonomicky zainteresovaným na efektivním hospodařením s prostředky jsou zdravotní pojišťovny. Platí-li potom to, že „není možno očekávat, že zdravotní pojišťovny budou výrazně usilovat o omezení nákladů na zdravotní péči,“ (tamtéž), nabízí se otázka, proč je tedy máme.

Druhý problém vidí dokument v růstu nákladů na zdravotní péči způsobeném hlavně nadměrným počtem lékařů a lůžkovou kapacitou nemocnic a zvoleným způsobem úhrady za poskytovanou zdravotní péči. V této souvislosti je zajímavé, že ještě před pěti lety spočíval jeden z největších problémů českého zdravotnictví ve značném podfinancování. Dlouholeté uplatňování tzv. zbytkového principu se projevovalo nízkými mzdami, zastaralou technikou a nedostatkem některých léků a zdravotnického materiálu. Současný systém byl do značné míry tvořen tak, aby se množství prostředků vydávaných na zdravotnictví zvětšilo². Tohoto cíle, jak je vidět, bylo dosaženo velice brzy. Absolutní nárůst prostředků však nebyl následován zlepšením systému kontroly (resp. evidence) efektivnosti jejich využívání. Samotný údaj o podílu výdajů na zdravotnictví na HDP (cca 7,5 %) není ani tak znepokojivý, neboť je vcelku srovnatelný s jinými zeměmi. Varovné však je, že této poměrně rozumné výše dosahujeme v situaci (velmi zjednodušeně řečeno), kdy zdravotnictví jako celek nakupuje část vstupů (přístroje, léky, materiál) za „světové“ ceny, ale výstupy prodává (jak jinak) za regulované domácí ceny, které reflektují „co si společnost může dovolit“. Na zbývajících vstupech je pak logicky potřeba ušetřit. Silící tlaky na zvýšení mezd lékařům dávají tušit, že udržet dosavadní relativní výši nákladů na zdravotní péči bude velmi nesnadné.

Třetí problém vidí ministerstvo v nevhodné vlastnické struktuře lůžkových zdravotnických zařízení, kdy jen nepatrný podíl připadá na soukromá lůžka. „Není tak vytvořen prostor pro zdravé konkurenční prostředí a potřebný tlak na restrukturalizaci, větší kvalitu a efektivnost“ (tamtéž). S tímto názorem lze polemizovat, bohužel, pouze na úrovni teoretické a abstraktní. Podle našeho názoru chybí jakákoliv evidence toho, že by v našich podmínkách dosahovala soukromá zdravotnická zařízení vyšších ukazatelů kvality a efektivnosti. Nedá se ovšem dokázat ani opak. Jde tedy spíše o otázku víry a přesvědčení.

Čtvrtým problémem je oddělení systému zdravotního a nemocenského pojištění a z něho plynoucí přelévání nákladů a neefektivnosti. Tato otázka již překračuje zaměření tohoto příspěvku a nebudeme se jí podrobněji zabývat.

Cíle změn

Cílem současných kroků reformy je vytvoření „liberálního a efektivně fungujícího systému, založeného na svobodné volbě občanů v rámci plurality zdravotních pojišťoven poskytovatelů zdravotní péče a jejich vzájemných smluvních vztahů. Regulace a intervence státu by měly být omezeny na nutné minimum“ (tamtéž). Pokud odhlédneme od velmi vágní rétorické figury „nezbytné minimum“, pak stojí za pozornost minimálně tyto dva body: 1) v definici není ani zmínka o principu solidarity, na kterém bývá systém zdravotní péče většinou postaven a bylo tomu tak doposud i u nás, a 2) výslovné zdůraznění požadavku efektivnosti signalizuje, že ekonomické aspekty fungování systému se stávají prioritními. Nejde přitom pravděpodobně o pouhé zabraňování růstu výdajů na zdravotnictví. Autorům vládní (ministerské) koncepce je jistě známo, že systémy založené na podobných principech nepatří zrovna mezi ty nejlevnější, a to ani celkově ani co se týče administrativních nákladů... Spíše se zdá, že při vědomí dlouhodobě neudržitelné tenze mezi požadavky na růst výdajů a možnostmi veřejných zdrojů se vláda rozhodla „umýt si ruce“ a redukovat oblast své bezprostřední odpovědnosti na tzv. garantovaný rozsah zdravotní péče, jenž má být postupně stále více a více redukován. Případná selhání trhu a z nich pramenící cenové distorze v oblasti „služeb, které nejsou ze zdravotního hlediska pro občana nezbytné...“ (tamtéž) už nejsou tak důležitá, resp. hrají v systému roli určité kompenzace pro poskytovatele služeb.

² Což souvisí s tím, jak se reforma připravovala. Hlavní slovo v tzv. Skupině pro reformu měli vlivné lékařské kruhy, které v systému založeném na pojištění viděly rychlou cestu, jak přiblížit úroveň našeho zdravotnictví Evropě.

3. K použitým prostředkům

Způsob úhrady zdravotní péče

Naše zkušenosti se způsobem úhrady se zdají potvrzovat teorii uváděné poučky o síle vlivu ekonomických stimulů na chování subjektů. Bylo-li účelem zavedení způsobu financování podle výkonů zintenzivnit činnost poskytovatelů služeb, motivovat je na množství práce, které vykonají, zvýšit počet výkonů, rozšířit spektrum poskytovaných služeb apod. a tím překonat chronické neduhy spojené s používáním klasické indexové metody tvorby rozpočtů Ústavů národního zdraví, pak se tak stalo měrou vrchovatou. Zdá se velmi pravděpodobným, že takový rozsah odezvy nečekal nikdo z tvůrců nového systému. Ukázalo se, že v původně navrženém systému citelně chybí regulační opatření, které by bránilo roztočení inflační spirály hodnoty bodu a neomezenému růstu nákladů na poskytovanou péči. Z mnoha provedených a připravovaných opatření vybíráme dvě zásadní změny, které podle našeho názoru jdou správným směrem. Jedná se o: 1) agregace výkonů u lůžkové péče a 2) kapitační platby v ambulantní péči.

ad 1) Již od loňského roku platí, že 35 původně jednotlivě vykazovaných výkonů je spojeno do platby za ošetřovací den v nemocnici. Jde o první krok ve směru zjednodušení vykazování a kontroly. Navíc je dosti důležité, že agregace výkonů do jisté míry vytváří příznivé podmínky pro zainteresovanost poskytovatelů služeb na hospodárném vynakládání finančních prostředků. Do budoucna se počítá s přechodem na platby podle typu onemocnění a pacienta. (Jde o jistou obdobu systému DRGs, resp. tzv. *case-mix*).

ad 2) Princip, který by mohl významným způsobem přerušit honbu praktických lékařů za body a posílit jejich dlouhodobou ekonomickou perspektivu, je založen na kombinované platbě s převahou úhrady za zaregistrovaného pacienta. Citovaný dokument přichází s jistou modifikací. Nehovoří o zaregistrovaném ale o „v jistém období ošetřeném“ (tamtéž, str. 4) pacientovi. Opět jde o krok směrem k větší lékařově odpovědnosti za využití prostředků a k posílení jeho motivace poskytnout rychlou a účinnou péči oproti vyprodukování co největšího množství výkonů.

Finanční spoluúčast pacienta

Citovaný dokument ve své závěrečné části předkládá jako změnu nad rámec současného systému návrh na zavedení spoluúčasti pacientů na poskytované (ambulantní) péči. Tento požadavek tvoří logické vyústění prezentovaného přístupu preferujícího kvazitržní prostředí, konkurenci, pluralitu a osobní odpovědnost. Požadavek spoluúčasti je politicky velice citlivý, což je vcelku pochopitelné, nicméně jeho význam coby ekonomického nástroje je dosti malý. Pokud se jím hodláme zabývat poněkud podrobněji, pak pouze proto, abychom poukázali na některé notorické mýty, které jsou se spoluúčastí spojovány.

Zdá se, že podle ministerstva zdravotnictví by spoluúčast měla především regulovat tzv. nadměrnou poptávku po zdravotních službách a to především redukcí nadbytečného využívání zdravotní péče v případech, kdy to není medicínsky potřebné. Pokud by měla opravdu takový efekt, asi by se našlo jen velmi málo hlasů proti. Celá záležitost je ovšem komplikovanější.

Především není jasné, co považovat v našich současných podmínkách za nadměrnou poptávku. Existují jen dohady o tom, jak je velká, jaká je její struktura, resp. kdo jsou její nositelé. Pokud je autorovi příspěvku známo, výzkumem charakteru poptávky po zdravotní péči se u nás v poslední době nikdo nezabýval. Nemáme informace ani o její cenové elasticitě, ani o míře jejího ovlivňování různými jinými faktory jako např. vzdáleností od místa poskytování služby, čekací doby, ušlého příjmu, vzdělání apod. I u nás je již notoricky známou skutečností, že pro zdravotnictví je typická tzv. nabídkou indukovaná poptávka a pokud je jedním z cílů zdravotní politiky snižovat náklady, resp. objem péče, je hospodárnější cestou redukce kapacity zdravotnických zařízení, počtu lékařů a zkvalitnění systému řízení a kontroly. O tom, která péče je nadbytečná, může většinou jen těžko rozhodovat pacient.

Nechceme samozřejmě tvrdit, že by spoluúčast nepřinesla jisté parciální snížení poptávky po zdravotních službách. U těch příjmových vrstev obyvatelstva, pro které by tento dodatečný náklad znamenal výrazný tlak na jejich rozpočtové omezení, by pravděpodobně došlo plošně k menší poptávce. Pokud bude výše spoluúčasti malá, bude se pravděpodobně jednat pouze o omezené nízkopříjmové skupiny jako část důchodců a mladých rodiny z dětmi. Otázkou je, zda právě tyto skupiny mají největší sklon ke zneužívání zdravotní péče, resp. k tzv. morálnímu hazardu. Řešení spočívající v tom, že právě tyto skupiny budou ze spoluúčasti vyjmuty nebo obdrží nějaké kompenzační transfery, potencionálně ekonomickou účinnost spoluúčasti minimalizuje a navíc ji značně prodražuje. I tak existuje obava, že administrativní náklady na zajištění spoluúčasti může převýšit její přínos.

Jiným faktorem hodným zamyšlení je časová omezenost efektu takového snížení poptávky. Pripustíme-li hypotézu o tom, že lékaři jsou vedeni snahou maximalizovat své příjmy (ministrský dokument to uvádí dokonce explicitně jako jeden z problémů systému...), pak pravděpodobně nemáme důvod očekávat, že by nabídková strana na tento výpadek poptávky nezareagovala a nedokázala ušlé příjmy dohnat zvýšením objemu (nebo ceny) péče poskytované těm, kteří si ji mohou dovolit.

Jak se zdá, argumentace omezením „špatné“ poptávky je těžko udržitelná. Existují však i jiné důvody pro spoluúčast. Patří sem kupříkladu snaha získat tak dodatečné finanční zdroje pro financování zdravotní péče, zájem motivovat (resp. vychovávat) občana k tomu, aby si lépe uvědomoval, že jeho léčení něco stojí, a v neposlední řadě vytvoření zpětné vazby pomáhající při kontrole skutečně vykonaných zdravotních výkonů. Celkově se však zdá, že uvedené cíle jsou dosažitelné i jinými cestami, a to při vynaložení menšího úsilí a prostředků.

Individuální účty

Snad nejvíce diskusí v současné době vzbudilo poslední z ministerstvem připravovaných opatření - zavedení individuálních účtů. Zdravotní péče by se podle návrhu měla důsledně rozdělit na základní péči podléhající plné solidaritě (prevence, péče v lůžkových zařízeních, nákladná ambulantní léčba chronických onemocnění, akutní stavy s rizikem ohrožení života a dlouhodobých zdravotních následků a léčiva na recepty) a takové druhy péče, u nichž se „předpokládá větší schopnost pacienta rozhodnout o jejich čerpání (ambulantní výkony praktických lékařů, pediatrů, gynekologů a stomatologů)“ (cit. dokument, str. 5). Druhá skupina by podléhala zúčtování na osobním účtu, vedeném zdravotními pojišťovnami. Při nedočerpání by mohl být zůstatek převeden do dalšího období nebo vyplacen jako „bonus“. Pokud dojde k překročení osobního účtu, pak bude občan nucen platit péči přímo. Počítá se solidárním režimem bez nutnosti přímé úhrady u vybraných skupin populace.

Individuální účty sice nejsou ve světě úplně neznámým pojmem, ale jde o poměrně dost řídké používaný prvek. Významným způsobem omezují princip solidarity a posilují již několikrát zmíněnou osobní odpovědnost občana za vlastní zdraví. V čem spatřují navrhovatelé přínosy tohoto řešení? Dokument uvádí:

- „zůstane uspokojen požadavek sdílení rizika v oblasti závažných a nákladných stavů,
- dojde k nutnému zvýšení osobní odpovědnosti v oblasti zdravotně méně závažných situací,
- potlačí se riziko „morálního hazardu“,
- urychlí se rozvoj alternativního prostoru ryze **privátního zdravotnictví** (zvýrazněno v cit. materiálu) pro skupinu nekrytou solidárním systémem.“ (tamtéž)

První z citovaných přínosů v podstatě čistým přínosem vůbec není. Sdílení rizika by zůstalo na vyšší úrovni i v případě, že by nedošlo k žádné změně. Druhý efekt je sám o sobě jistě nesporný, nicméně je poněkud nejasné, jaké konkrétní dopady na efektivnost zdravotních služeb bude mít ona zvýšená osobní odpovědnost v podmínkách informační nerovnováhy mezi pacienty a lékaři. Rozsah třetího pozitivního dopadu bude pravděpodobně závislý na tom, jaký bude poměr mezi prvním a druhým druhem zdravotní péče. Podle publikovaného názoru se dá soudit, že režim financování vysoce nákladné péče se zavedením individuálních účtů nezmění. Uvážíme-li prostý údaj, že 80% nákladů na zdravotní péči je konzumován 20% populace, pak lze dopad snížení rizika morálního hazardu na růst výdajů označit za marginální. Tím se dostáváme k závěru, že jediným skutečným „přínosem“, je rozvoj privátního zdravotnictví, neboli sektoru, zaměřeného na uspokojování potřeb vysokopříjmových skupin obyvatel. Zdroje stažené z financování solidární zdravotní péče, která neposkytuje této klientele dostatečný komfort, výběr a úroveň služeb, (a z veřejných prostředků placeným lékařům dostatečně vysoké příjmy...) mají být přesměrovány (doslova „at' to stojí, co to stojí“ tj. bez ohledu na administrativní náklady) do sektoru ryze privátního, který to vše umí zajistit velice dobře.

4. Závěr

Hledání optimálního způsobu organizace a financování systému zdravotní péče tak trochu připomíná pokusy o kvadraturu kruhu. Nejlepší řešení, zdá se, neexistuje. V uplynulých dvaceti letech probíhaly reformy v řadě zemí na celém světě. Jednotlivé země se při svých reformách vždy dokázaly pouze více či méně posunovat směrem k cílům, které by reflektovaly jejich tradice, ekonomické možnosti, sociální podmínky a zájmy různých skupin obyvatelstva. Tyto cíle se pochopitelně různí stejně jako zvolené prostředky. Máme však za to, že je

možné využít cizích zkušeností při formulaci závěrů, které by mohli trochu pomoci při hledání přijatelného řešení i u nás:

- a) existují minimálně tři základní dimenze pro hodnocení zdravotního systému: medicínská, ekonomická a sociální;
- b) největší problémy mají současné systémy poskytování zdravotní péče se zlepšením ekonomických parametrů (tempo růstu nákladů, ekonomická efektivnost) při udržení úrovně zbylých dvou;
- c) těžiště reformních opatření většinou spočívá v hledání takového způsobu úhrady za poskytovanou zdravotní péči, který by poskytovatele vedl k odpovědnosti za využití předem stanoveného množství finančních prostředků, neboť panuje široce akceptované přesvědčení o tom, že nekontrolovatelný nárůst výdajů způsobuje chování producentů - lékařů a zdravotnických zařízení;
- d) velký důraz bývá kladen na minimalizaci administrativních nákladů - výše těchto nákladů často slouží jako měřítko úspěšnosti systému resp. jeho změn;
- e) redukování administrativních nákladů obvykle neznamená rezignaci na úplnost, pravdivost, pravidelnost a všeobecnost (a u veřejných prostředků zpravidla i veřejnost) evidence o užití finančních prostředků - v anglosaských zemích je nejfrekventovanějším slovem současnosti tzv. *accountability* (= zodpovědnost za prostředky);
- f) nutnost „racionalizace“ event. „řízení“ péče je všeobecně přijímána. Existují odlišnosti v tom, kdy, kdo a jak je činí volbu o tom, komu se dostane jaké péče. Nejčastěji se jedná o stát případně zdravotní pojišťovny, které stanovují rozsah hrazené péče a poté ex post kontrolují dodržování pravidel hry. Stále častěji se lze setkat s tím, že rozhodnutí leží primárně na poskytovateli péče samotném (ať již na managementu zdravotnického zařízení nebo na lékaři). V tomto případě jsou tato rozhodnutí činěna ex ante. Příkladem zde může být systém předplacené péče (HMOs) v USA nebo nově zaváděný způsob smluvních vztahů mezi rodinnými lékaři a specialisty ve Velké Británii (tzv. *GP's fundholding scheme*);
- g) dosti typická je variabilita forem a pravidel proplácení nákladů ve vztazích mezi nestátními subjekty na obou stranách;
- h) v demokratických zemích jsou případné změny ve zdravotnictví předmětem velice silného zájmu veřejnosti a podléhají široké diskusi. Potřeba dospět alespoň k základní shodě v klíčových otázkách mezi skupinami se zcela rozdílnými zájmy (lékaři, zástupci plátců, farmaceutický průmysl, zaměstnavatelé, poplatníci...) vede obvykle k tomu, že výsledek je silně kompromisní a že návrhy radikálních reforem nebývají vždy úspěšné (viz. Clintonův návrh, USA);