

# Je třeba začít pracovat na druhé etapě reformy zdravotnictví (Chytáme druhý dech nebo přichází první infarkt?)

Publikováno: ZdN 21,2000,8

Chválit naše zdravotnictví se zrovna nenosí. Každý z nás je schopen bez zaváhání vyjmenovat dobrý půltucet jeho nešvarů a úspěšně obhájit důvody své nespokojenosti. Nicméně si myslím, že reforma ve zdravotnictví probíhá daleko lépe než v jiných sektorech a s podstatně menšími ztrátami. Důvody ke spokojenosti zkusím nastínit v následujících řádcích.

System, po kterém chceme aby byl efektivní a měl schopnost průběžné adaptace na změny, musí být tvořen prvky, které se autonomně rozhodují. To, jak dobré bude toto rozhodování je dáno jasností rolí jednotlivých prvků, nastavením jejich motivací a dostupností přiměřených informací. Další zvýšení efektivity je spojeno se schopností jednotlivých prvků vzájemně komunikovat a korigovat své chování.

Z toho pohledu jsme dnes ve fázi, kdy jsou vytvořeny jednotlivé prvky systému, a ty se stále více dostávají do svých rolí. V tomto ohledu jsme na tom podstatně lépe než naši bývalí soupeřníci a to díky včasnému zahájení reformních kroků. Je zřejmé, že síla zdravotníků toužících po zlepšení technologické úrovně české medicíny a zvýšení své vlastní životní úrovně, nás uchránila před pastí nekonečného dohadování o tom, jak by vlastně ten nový a dokonalý systém měl vypadat. A tak, zatímco v ostatních postkomunistických zemích experti vymýšleli ideální systém (a zdravotnictví spontánně přešlo na výkonový systém s úhradou v hotovosti ve chvíli potřeby), došlo u nás k odstátnění většiny poskytovatelů zdravotní péče a k oddělení financování zdravotnictví od státního rozpočtu. Samostatně pracující lékaři zvládli abecedu podnikání a zdravotní pojišťovny se naučily technologii proplácení zdravotní péče a návazných činností. Je zřejmé, že je na čase začít pracovat na druhé etapě reformy českého zdravotnictví, která bude orientována na nastavení žádoucích motivací, zpřístupnění informací a podporu komunikace.

Zopakujme si, co od zdravotního systému chceme. Zdravotnictví by mělo zajišťovat přiměřenou míru solidarity, ale i odpovědnosti, orientovat se na zájmy a potřeby občanů, být kvalitní a efektivní, udržovat dynamickou rovnováhu mezi zdroji a výdaji a chovat se předvídatelně. Toho se dá dosáhnout jenom tehdy, když budou do hry zapojeni všichni hráči na zdravotnickém hřišti a tito hráči budou patřičně motivováni a informováni. Charakter motivace a typ informací vychází z role jednotlivých subjektů.

Začněme od pojišťoven, které jsou hlavními financiéři zdravotní péče. Jejich hlavní rolí je zajišťování přístupu ke zdravotní péči občanům, kteří na ně delegovali svojí kupní sílu. Prostředkem k naplnění této role je jednání s poskytovateli o ceně, kvalitě a rozsahu poskytovaných služeb. K tomu, aby se pojišťovny chovaly žádoucím způsobem povede zavedení smluvního vztahu mezi pojišťovnou a klientem, a možnost diferenciací nabídky produktů pojišťoven podle jeho požadavků a potřeb (charakterizované rozsahem služeb nad rámec garantované péče, mírou regulace přístupu ke zdravotní péči, mírou sdílení rizika s klientem, cenou) a její zohlednění ve výši pojistného. Možnost individuálních kontraktů s poskytovateli mají naše pojišťovny od svého vzniku (i když některé tendence posledních let směřují opačným směrem) a v tomto směru jsou na tom lépe, než jejich německé protějšky, které možnost individuálních smluv teprve získávají.

Jaké motivace by měly vstoupit do hry, aby se zvýšila efektivita fungování pojišťoven? V první řadě musí mít prospěch z pozitivní bilance v základním fondu, z tohoto hlediska je limit provozních nákladů stanovený bez ohledu na jeho bilanci nerozumný. V druhé řadě musí být tato motivace k pozitivní bilanci, provázena opatřeními, které výrazně omezují zaujatý výběr klientů (mladí zaměstnaní manažeři s vysokými příjmy). To je proveditelné vytvořením národních fondů na "nákladnou" (nové, nákladné technologie ve stádiu ověřování) a "nepojistitelnou" (pacienti, jejichž stav je spojen s trvalými a vysokými výdaji) péči. Finanční riziko nahodilého výskytu extrémně drahého pacienta se dá snížit vytvořením společného zajištění. Nastavení správného poměru mezi solidaritou a odpovědností lze dosáhnout rozdělením zbývající části pojistného (po naplnění fondů) na díl, který je v rámci celonárodní solidarity přerozdělena a na menší díl, který je použit občanem k vyjádření jeho individuální volby.

Občan je ten, který to všechno platí a pro kterého se zdravotní systém vytváří. Také jeho motivem je získat co nejlepší péči za co nejméně peněz. Jeho volbou je, jakému režimu se chce podvolit, jakou míru finančního rizika chce sdílet s pojišťovnou, jaký standard služeb chce čerpat v případě nemoci. Toto rozhodování probíhá ve chvíli, kdy zdravotní služby nečerpá a v modelu konkurujících si pojišťoven si vybírá tu nabídku, která nejvíce vyhovuje.

Role zdravotníků je poskytovat kvalitní zdravotní péči efektivním způsobem. Jejich motivace musí být v souladu s přisouzenou rolí. Máme již bohaté vlastní zkušenosti s vlivem úhradového systému na charakter poskytované péče (neregulovaný výkonový systém - nadprodukce, paušály - odmítání péče) a současně s tím, že efektivitu se nelze lékařům vnutit proti jejich vůli. Motivace ke zvyšování kvality stoupne ve chvíli, kdy se kvalitní péče stane žádaným zbožím. Motivací k vyšší efektivitě je celá řada - všechny jsou spojeny s vtažením poskytovatele do hry a zvýšení jeho citlivosti k ekonomickým aspektům jeho činnosti. Není to pojišťovna, kdo nařizuje jakým způsobem bude konkrétní pacient ošetřován, ale poskytovaná péče je výsledkem interakce trojlístku pacient, pojišťovna, lékař a nepochybně lékař bude mít hlavní slovo.

Role státu v regulaci finančních toků ve zdravotnictví se dá přirovnat k postavení fotbalového rozhodčího. Hlídá, aby se hrálo fěr, sleduje skóre a když padá hodně gólů, tak navrhně zmenšit brány a tedy úpravu pravidel. Jeho hlavním posláním je zejména monitoring, kontrola a legislativní iniciativa. Motivací ke slušnému výkonu je přízeň voličů.

Představa o tom, jak by mělo naše zdravotnictví za pár let vypadat, je celkem jasná, základní rámeček je hotov, teď zbývá dopracovat ještě pár drobností. Zkusme si udělat jejich základní inventuru.

Mnoho let se hovoří o vytvoření národního centra, které by spravovalo registry plátců, poskytovatelů, pojištěnců, poskytnuté péče, jednotlivé fondy, provádělo přerozdělení a další služby, ale zatím slova nepřešla v čin. Je celkem jedno, zda mu budeme říkat Správa zdravotního pojištění, Kancelář zdravotního pojištění, Centrální fond či nějak jinak, ale důležité je, aby toto národní centrum mělo charakter servisní organizace, která nemá kontrolní a sankční roli. V tomto případě není až tak důležité, zda jeho zřizovatelem bude Svaz pojišťoven, stát nebo zda vznikne jako veřejně prospěšná organizace ze zákona. Vznik této servisní organizace otevře prostor zdravotního pojištění pro další formy jeho uspořádání (HMO, Asociace praktických lékařů, komerční pojišťovny apod.) a minimalizuje rizika možného zneužití veřejných prostředků. Tudiž vytvoření Kanceláře zdravotního pojištění (KZP) by mělo být jedním z prvních kroků. V návaznosti na její vznik lze zřídit fondy, zajištění a korektní způsob přerozdělení. Existence KZP usnadní přechod od pasivního placení zdravotní daně k aktivnímu rozhodování občana o užití části prostředků, které vkládá do zdravotního pojištění

K dalším důležitým krokům patří:

- zvýšení motivace zdravotních pojišťoven k pozitivní bilanci v základním fondu (vazba na výši provozních nákladů)
- otevření prostoru pro vznik dalších pojišťoven a nových typů organizací zajišťujících zdravotní péči
- širší uplatnění rizikových kontraktů
- zvýšení úrovně řízení organizací působících ve zdravotnictví (dořešení vlastnických vztahů, odpovědnost statutárních orgánů (i trestněprávní), kritériální hodnocení výkonného managementu (manažerské smlouvy) atd.)
- vymezení rozsahu garantované péče
- informování praktiků o nákladech a struktuře péče poskytované jejich registrované klientele (dle našeho názoru tomu nic nebrání)
- sběr, analýza, hodnocení a dostupnost dat o kvalitě poskytované péče

Každý z těchto bodů má, až snad na vymezení rozsahu garantované péče, své jasné technické řešení a legislativci se mohou těšit na jasné zadání.

Zkusme se povznést nad ubíjející pocit bezvýchodnosti, který mnohé z nás jímá při každodenních střetech s hloupostí. Vězte, že reformu zdravotnictví nelze udělat ani rychle, ani bezchybně. A ta naše probíhá, i když se to většině z nás nezdá, nad očekávání dobře. Pojďme si uspořádat naše zdravotnictví tak, aby v něm bylo radostné pracovat. Jsem přesvědčen, že se nám to během několika let podaří a nevěřím na hrozbu zásadních havárií našeho zdravotního systému. I když, nepochybně nás ještě čekají zajímavé chvíle při přerozdělování trhu pojišťoven a restrukturalizaci lůžkového fondu. To se ale zvládne.

Autoři:

- MUDr. Pavel Vepřek, Tým DG plus, s.r.o.

Copyright ©2002 Tým DG plus, spol. s r.o.; Poslední změna: 2002-08-12 13:23:04