

Univerzita Karlova v Praze

1.lékařská fakulta

Studijní program: Ošetřovatelství

Studijní obor: Všeobecná sestra



Jméno, příjmení: Michal Bošnovič

Název práce: Reforma zdravotnictví v programech politických stran

Název práce v AJ: Health Care Reform in the Programs of Political Parties

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Alice Strnadová, MBA

Praha 2011

Místopřísežné prohlášení

„Místopřísežně prohlašuji, že jsem celou bakalářskou práci vypracoval samostatně s využitím uvedených zdrojů, pramenů a literatury, které jsou řádně citovány s uvedením platného odkazu na příslušný zdroj.“

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze své práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze dne 31. března 2011

.....

Identifikační záznam

Bošnovič, Michal. Reforma zdravotnictví v programech politických stran. [Health Care Reform in the Programs of Political Parties]. Praha, 2011. 82 s., 7 příl. Bakalářská práce (Bc). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe ošetrovatelství. Vedoucí práce Strnadová, Alice.

Poděkování

Chtěl bych poděkovat Mgr. Strnadové Alici, MBA za profesionální vedení a podněty při zpracování této práce. Dále bych chtěl poděkovat Mgr. Kutheilové Elišce za pomoc a cenné rady.

Anotace

Tématem bakalářské práce „Reforma zdravotnictví v programech politických stran“ je porovnání navrhovaných reforem zdravotní péče v kontextu vybraných volebních politických stran, popis možných výhod a nevýhod navrhovaných změn a doložení jejich reálnosti a vhodnosti pro skutečnou realizaci. V teoretické části práce bude charakterizován současný stav českého zdravotnictví a vývoj reformních kroků, realizovaných na základě Julínkovy „Reformy pro ČR v Evropě v 21. století“. V praktické části bude provedena komparace předvolebních programů vybraných politických stran se zaměřením na problematiku zdravotnictví.

Klíčová slova

Reforma zdravotnictví, zdravotní politika, politické strany, zdravotnické poplatky

Annotation

The theme of my Bachelor Thesis is "Health Care Reform in the Programs of Political Parties". The goal I want to achieve is to compare the proposed health care reforms in the context of selected political parties, to provide a description of the potential advantages and disadvantages of the proposed changes and to demonstrate the feasibility and suitability of their the actual implementation. The current state of Czech health care and development of reform measures whose implementation is based on Julinek's "Reforms for the Czech Republic in Europe of the 21st Century" will be characterized in the theoretical part. In the practical part a comparison of pre-election programs of the selected political parties' will be carried out, with the focus on the issue of Czech public health care system.

Key words

Health care reform, health politics, political parties, regulatory health fees

OBSAH

1. ÚVOD.....	9
---------------------	----------

TEORETICKÁ ČÁST

2. Definice základních teoretických pojmů a jejich vztah k danému tématu.....	11
2.1 Charakteristika zdravotní politiky	13
2.1.1 Makroekonomické podmínky tvorby zdravotní politiky	14
2.2. Zdravotnický systém	15
2.3. Péče o zdraví.....	16
2.4. Zdravotní péče.....	16
2.5. Zdravotnické instituce.....	18
2.6. Léková politika	18
2.7. Současné problémy českého zdravotnictví	20
3. Vývoj zdravotnického systému ČR	24
3.1. Zdravotnictví jako celospolečenský zájem	24
3.2. Historický exkurz do zdravotnictví před rokem 1990	24
3.3 Zdravotnictví od roku 1990 do současnosti	26
4. Reforma zdravotnické péče v ČR	29
4.1. Cíle reformy	29
4.2.Hlavní reformní body	30
4.2.1. Poptávka po zdravotních službách	30
4.2.2. Nabídka zdravotních služeb	30
4.2.3. Financování	30
4.2.4. Léková politika	31
4.2.5. Zdravotnické poplatky	31
4.2.6. Vymezení kompetencí zúčastněných subjektů	32
4.2.7. Zhodnocení úspěšnosti reformy a realizované reformní kroky	32

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Stanovení hypotéz a cílů praktické části.....	33
6. Zdravotnictví v programech vybraných politických stran	34
6.1. Zdravotnictví jako aktuální předvolební téma	34
6.2. Komparace materiálů vybraných politických stran	36
6.2.1. Charakteristika vybraných politických stran a jejich zdrav. politiky.....	36
6.2.1.1. ČSSD	37
6.2.1.2. ODS	40
6.2.2. Metody komparace	43
6.2.3. Analýza	43
6.2.3.1. Způsob financování zdravotní péče	43
6.2.3.2. Definice základní a nadstandardní zdravotní péče	44
6.2.3.3. Zdravotní pojišťovny a zdravotní pojištění	46
6.2.3.4. Spoluúčast pacientů	48
6.2.3.5. Léková politika	51
7. Analýza provedených reformních kroků	53
7.1. Plán zdravotní reformy	54
7.2. Doporučení pro občany, voliče - reálnost předvolebních slibů	55
7.3. Vyhodnocení povolební situace.....	56
8. Ověření stanovených hypotéz.....	59
9. Závěr.....	62
10. Seznam použité literatury.....	65
11. Seznam zkratk.....	70
12. Seznam obrázků, tabulek, grafů.....	71
13. Seznam příloh.....	72

1. Úvod

Ve své práci se budu zabývat tématem „Reforma zdravotnictví v programech politických stran“, které je v poslední době nesmírně aktuální. Připravované reformní kroky budou mít zcela jistě dopad na zdraví, úroveň a kvalitu poskytovaných služeb a také na peněženky nás všech. Hlavním cílem, kterého chci ve své práci dosáhnout, je porovnání navrhovaných reforem zdravotní péče v kontextu vybraných volebních politických stran. K tomuto účelu jsem zvolil dokumenty České strany sociálně demokratické (dále jen ČSSD) jako typického zástupce levicové části českého politického spektra a Občanské demokratické strany(dále jen ODS), jako typického zástupce pravice. Dílčími cíli pak bude popsání možných výhod a nevýhod navrhovaných změn a doložení jejich reálnosti a vhodnosti pro skutečnou realizaci.

V teoretické části nejprve definuji základní teoretické pojmy a jejich vztah k tématu – tedy „péči o zdraví“, „zdravotnictví“, „zdravotnickou politiku“ a „zdravotní politiku“. Dále se budu věnovat zdravotní politice jako takové, uvedu její obecné rysy, subjekty, které se spolupodílejí na její tvorbě (důraz položím na funkci státu, který v ní hraje hlavní roli legislativou, finanční účastí, účastí na formování zdravotní soustavy a podporou výchovy a rozvoje vědy) a charakterizují makroekonomické podmínky její tvorby zdravotní politiky. Dále popíši stávající zdravotnický systém, vyjmenuji zdravotnické instituce a zmíním problematiku lékové politiky. V podkapitole „Současné problémy českého zdravotnictví“ uvedu a okomentuji a okomentuji nejpálčivější problémy, se kterými se současné české zdravotnictví potýká - neefektivní hospodaření, nevyhovující struktura systému, absenci dostatečně účinných negativních (regulačních) zpětných vazeb v systému, mocensko-ekonomické skupinové zájmy, nedostatečnou a často též nevhodnou či nevhodně uplatněnou motivaci či samotnou formu motivace (bodový systém hodnocení), předražené nákupy léků a zdravotnické techniky, neprůhledné nakládání s finančními prostředky a v neposlední řadě též nepříznivý demografický vývoj.

Dále provedu stručný exkurz do historie českého zdravotnictví, který zakončím popisem současného stavu a vývoje reformních kroků, realizovaných na základě Julínkovy „Reformy pro ČR v Evropě v 21. století“. Zaměřím se zejména na nabídku

a poptávku po zdravotních službách a vývoj jejich vzájemného vztahu, financování zdravotnického systému, lékovou politiku, zdravotnické poplatky a kompetence zúčastněných subjektů. Na závěr teoretické části zhodnotím úspěšnost reformy a realizované reformní kroky.

V části praktické popíši, jaký dopad mají dosud realizované reformy na občany/státní rozpočet ČR. Informace o dané problematice budu čerpat z literatury a dalších pramenů, včetně právních předpisů a interních dokumentů politických stran. Získaná data z obou politických subjektů podrobím vzájemné komparaci a pokusím se o jejich implementaci do reálných podmínek a vyhodnocení dopadů jak na státní rozpočet, zdravotní pojišťovny, tak i na občany České republiky. Návrhy porovnáám z hlediska financování zdravotnictví, definování základní a nadstandardní zdravotní péče, zdravotních pojišťoven, zdravotního pojištění, spoluúčasti pacientů a lékové politiky

TEORETICKÁ ČÁST

2. Definice základních teoretických pojmů a jejich vztah k danému tématu

V úvodní části své práce bych chtěl definovat několik základních pojmů, které s tématem „Reforma zdravotnické péče v programech politických stran“ úzce souvisí a se kterými budu ve svém díle pracovat. Jedná se o „péči o zdraví“, „zdravotnictví“, „zdravotnickou politiku“ a „zdravotní politiku“. Shoda v obsahových východiscích těchto pojmů představuje předpoklad pro rozvoj společných činností směřujících ke zlepšení zdraví populace ČR a úspěšné realizaci reformy zdravotnictví.

„Péče o zdraví představuje široký sociální systém, který zahrnuje vše, čím celá společnost, organizace, instituce, sociální skupiny, rodiny i všichni jednotlivci přispívají ke zdraví. Rozvoj péče o zdraví závisí na tom, zda a v jakém rozsahu si lidé uvědomují individuální i sociální hodnotu zdraví. V případě zdravotnictví se jedná o odbornou část péče o zdraví. Zahrnuje resortní soustavu zdravotnických zařízení poskytujících zdravotnické služby (nemocnice, polikliniky, odborné léčebné ústavy státní, soukromé (církevní), lékárny atd.). V ideálním případě lze zdravotnictví chápat jako komplexní systém služeb, jejichž cílem je uspokojovat očekávání občanů - pacientů. Tyto služby jsou charakterizovány vysokými požadavky na kvalifikaci poskytovatelů a nalézají se pod přísnou společenskou kontrolou. Zdravotnictví však nepředstavuje významné hospodářské odvětví jen v oblasti služeb, ale i v průmyslu (výroba léků a zdravotních prostředků) a ve stavebnictví (nemocnice jsou jedny z největších stavebních investic). Zdravotnictví je také oblastí vědeckou, a to nejen medicína, ale i obory související s obory technickými. Zdravotnictví má také svůj finanční, právní a legislativní rozměr.“ (Cabrnoch a kol., 2005, s. 2)

„Zdravotnická politika se obvykle zabývá zejména počtem, vybavením, činnostmi a výsledky zdravotnických zařízení, účinností, efektivitou, dostupností, kvalitou, humánností, bezpečností, spravedlností, užitečností i trvalou udržitelností zdravotnických služeb, výchovou a obměnou zdravotnických pracovníků, zdravotnickou legislativou, financováním zdravotnictví a jeho dalším rozvojem. Cílem zdravotní politiky je přispět k dosažení co nejlepšího zdraví. Představuje výraz zájmu i odpovědnosti za zdraví lidí, je jedním z významných koncepčních nástrojů dalšího

rozvoje zdraví jak v populačním měřítku, tak i pokud jde o řešení zdravotních problémů jednotlivých osob. S novými trendy vývoje evropské zdravotní politiky se obvykle seznamují řídicí zdravotničtí pracovníci a snaží se ji realizovat prostřednictvím základních medicínských metod, jako je ochrana, podpora a rozvoj zdraví, prevence nemocí, včasná a správná diagnostika, účinná a hospodárná terapie, následná péče, rehabilitace a sociální reintegrace. Péče o zdraví i zdravotnictví jsou však sociální systémy, a proto je nezbytné k jejich rozvoji v potřebném rozsahu využívat i nástroje sociální regulace, např. výchovu, politickou organizační a administrativní práci, legislativu, ekonomické mechanismy i informační systémy. To znamená nepojímat péči o zdraví úzce resortně, ale využívat vše, čím mohou všechny instituce, organizace i společnost jako celek, a zejména její řídicí orgány přispět ke zlepšení zdraví lidí.“ (Holčík, 2006, s. 172)

Příprava a realizace zdravotní politiky je mnohem obtížnější než v případě politiky zdravotnické. „Zdravotní politika by měla stavět na vstřícné komunikaci mezi politiky, odborníky a občany, měla by vycházet z meziresortní spolupráce a měla by se opírat jak o ověřené výsledky výzkumu, tak o humánní hodnoty a zájmy jednotlivých sociálních skupin. Příprava zdravotní politiky předpokládá najít odvahu překonat hranice mezi různými obory, soupeřícími politickými skupinami a konfliktními zájmy. Zdravotní politika by měla vést ke hledání společného jazyka a k rozvoji provázaných aktivit při dosahování společného cíle, kterým je dobré zdraví. Pro zdraví lidí je rovněž velmi důležité, co pro zdraví dokáží udělat jednotliví občané, jak si dovedou vzájemně pomáhat a zda si zdraví váží. Je zřejmé, že péče o zdraví a zdravotnictví tu není jen pro zdravotníky nebo politiky, ale pro všechny občany. Nosným východiskem zdravotní politiky by se proto spolu s popisem a analýzou souhrnné zdravotní situace měly stát i zdravotní problémy a potřeby lidí, jejich názory, preference i zájmy. Je všeobecně známo, že vztah lidí ke svému zdraví, jejich problémy i možnosti své zdraví chránit a zlepšit, se velmi liší. Proto je žádoucí, aby se v oblasti péče o zdraví uplatňovalo mnoho různých organizačních forem, které budou vhodně reagovat na zdravotní potřeby lidí, usnadní občanům si zdraví účinně chránit a v případě nemoci jim pomohou získat odpovídající zdravotnické služby.“ (Holčík, 2006, s. 173)

2.1 Charakteristika zdravotní politiky ČR

Zdravotní politika se zabývá rozhodovacími procesy ve zdravotnictví. Její hlavní úkol představuje komunikaci subjektů, které se na její tvorbě podílejí a realizují jejich společná rozhodnutí. „Tvůrci zdravotní politiky musí být schopni citlivě reflektovat vývoj zdravotní politiky, vyhodnocovat jeho celospolečenské důsledky, formulovat nové koncepční přístupy a promítat jeho celospolečenské důsledky.“(Potůček, 2005, s. 313) Cílem je ochrana a zlepšování zdraví obyvatelstva. Pro českou zdravotní politiku je charakteristické, že do ní vstupuje řada aktérů, snažících se v ní prosadit své (často individuální) zájmy. Veřejný sektor zastupují v rozhodovacím procesu volení zástupci, kteří se shromažďují v politických stranách podle jejich politického přesvědčení. „Politická strana podle své sociální základny, podle své ideové a hodnotové orientace, a podle své politické pozice, vyjadřuje specifická hlediska veřejného zájmu.“(Potůček a kol., 2004, s. 17) Tito volení zástupci pak mají rozhodující slovo při utváření politiky, ale zároveň musí jednat i se zástupci dalších politických stran, kteří mohou mít rozdílné názory na řešenou problematiku. Při vytváření zdravotní politiky je velmi důležitý etický aspekt a také vůle či ochota k celospolečensky přijatelnému konsenzu.

V procesu tvorby zdravotní politiky nelze opomenout ani roli vlády a ministerstva zdravotnictví. Velmi důležitou roli zde hrají i mezinárodní organizace (WHO¹, OECD², EU³), které do této politiky také vstupují a stejně tak další instituce a organizace, které mohou ovlivňovat rozhodování politiků (zájmové skupiny - lobbisté, odborná veřejnost, soukromé organizace, média). V tomto procesu je nesmírně důležitá vzájemná vůle a ochota přijímat kompromisní návrhy, což znamená, že tvůrci zdravotní politiky se tak musí shodnout v několika základních bodech. V demokratické společnosti se stát účastní na zdravotní politice a vyjadřuje svou koncepci zdravotní politiky zejména legislativou, finanční účastí, účastí na formování zdravotní soustavy a podporou výchovy a rozvoje vědy. (Gladkij, 2000, s. 16)

¹ WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

² OECD – Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj

³ EU – Evropská unie

2.1.1 Makroekonomické podmínky tvorby zdravotní politiky

Všichni zúčastnění mají při zajišťování zdravotní péče jak potřeby, zájmy, tak i povinnosti. Převážná část výdajů v České republice je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Výše pojistného činí 13,5 % z vyměřovacího základu. Pro hlubší specifikaci je nutno rozdělit výši a způsob placení zdravotního pojištění do třech základních skupin. První je povinné odvádění pojistného zaměstnavatelem za svého zaměstnance ve výši 4,5 %. Zbýlých 9 % platí zaměstnanec srážkou ze mzdy a to i bez jeho souhlasu (Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění). Druhou skupinu tvoří osoby samostatně výdělečně činné. U OSVČ⁴ je definován maximální a minimální vyměřovací základ, z něhož pak osoba platí měsíčně zálohy ve výši 13,5 %. Minimální měsíční částka pojistného pro osoby samostatně výdělečně činné od nového roku stoupla z 1601 na 1670 Kč. Třetí způsob úhrad pojistného je prostřednictvím státního rozpočtu. Jedná se o tzv. platbu státu za státního pojištěnce (Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění). Státní pojištěnci (seznam je uveden v příloze č. 1 strana 74) tvoří 58 % obyvatel ČR, přičemž spotřebovávají 80% zdravotní péče. Od 1. ledna 2011 je stanoven vyměřovací základ pro platbu pojistného státem (stejně jako v roce 2010) ve výši 5355 Kč. Z tohoto vyměřovacího základu bude stát v roce 2011 platit pojistné ve výši 723 Kč (43).

Poslední skupinu představují osoby bez zdanitelného příjmu (dále jen OBZP⁵), které nemají po celý kalendářní měsíc příjmy ze zaměstnání, ani ze samostatné výdělečné činnosti a není za ně plátcem pojistného stát. Jelikož od prvního ledna 2011 nedochází ke zvýšení minimální mzdy, ze které úhrada vychází, bude platba těchto osob činit i nadále 1080 Kč (51). Seznam OBZP uvádím v příloze č. 2. strana 76.

V oblasti zdravotnictví působí dvě protichůdné síly, a to poptávka po zdravotnické péči podmíněná její potřebou a nabídka založená na určité síti zdravotnických zařízení a jejich skladbě. Potřeba zdravotní péče se skládá ze dvou složek, potřeby subjektivní a objektivní. Subjektivní potřeba vychází z obecné definice potřeby, neboli vědomí nedostatku. Potřeba zdraví v subjektivním vyjádření tedy představuje pocit vnímání chybějícího zdraví, ztráty zdraví, zhoršení individuálního zdravotního stavu. Při vzniku této potřeby člověk obvykle vyhledává zdravotnická

⁴ OSVČ - Osoby samostatně výdělečně činné

⁵ OBZP - Osoby bez zdanitelného příjmu

zařízení (realizuje poptávku po zdravotnických službách). Na druhé straně však existuje též potřeba objektivní, která je založena na nutnosti preventivního sledování zdravotního stavu obyvatelstva, včasného snižování zdravotních rizik, opatření vedoucích k eliminaci rizik atd. Nabídku zdravotnické péče určuje celkový počet zdravotnických zařízení v dané lokalitě. Nabídka ve zdravotnictví má však kromě obecných znaků charakteristických pro ostatní služby ještě několik zcela zvláštních rysů, daných jednak vysokou specializací oboru lékařství, kdy poptávající nemá odborné znalosti o příslušných medicínských výkonech a jednak znalostmi a péčí konkrétního lékaře či lékařského konzilia. Nabídka by měla vycházet z potřeb pacienta, protože základním cílem zdravotníků je uchování a zlepšení zdraví každého člověka (Zlámal a kol., 2005, s. 40 – 43). Na druhé straně však musím konstatovat, že dochází i tzv. „nadbytečným“ výkonům, tedy nabídce, která je vyšší než nutná a potřebná, neboť zdravotnictví a jednání určité části zdravotníků je pochopitelně odrazem i ekonomických zájmů nabízejících.

Dle mého názoru reforma zdravotnictví přinesla do vztahů mezi poptávkou a nabídkou významné změny. Vztah mezi nimi se v důsledku těchto změn stává tržním, avšak specifičnost zdravotnické péče (míra solidarity, poměr mezi efektivitou a komfortem, v čí prospěch a na čí úkor se přerozdělí příjmy a jaký má být prostor pro konkurenci či monopolizaci) nedovoluje naplnění tohoto vztahu bez omezení. Stát může tyto vztahy ovlivňovat prostřednictvím legislativy cestou zákonodárných orgánů. Aktuální změny, které stávající systém vyžaduje, jsou především regulace objemu zdravotních výkonů, úhrady za léky a prostředky zdravotnické techniky a účinná kontrola systému. V této oblasti lze proto očekávat takové kroky, které zásadním způsobem ovlivní ekonomizaci zdravotní péče. Bude se jednat především o přehodnocení vzájemného podílu státu, zdravotního pojištění a občanů, ev. dalších zdrojů na úhradě zdravotní péče.

2.2 Zdravotnický systém

Cíle zdravotní politiky zabezpečuje zdravotnický systém, který je považován za jednu z nejdůležitějších a nejsložitějších součástí její realizace. Na zdravotnický systém lze nahlížet z mnoha různých hledisek a jeho definice je ovlivňována řadou historických, sociálně-ekonomických, politických, regionálních a dalších faktorů. Např.

Durdisová (2005) jej definuje jako „organizační celek uspořádaných vztahů mezi veřejností, poskytovateli zdravotní péče, financujícími subjekty a orgány reprezentujícími vládní politiku.“ (Durdisová, 2005, s. 206) Háva in Potůček (2005) definuje zdravotnický systém jako „souhrn služeb, které jsou na daném území vymezeny právními normami, pravidly pro správu, řízení a financování.“ (Potůček, 2005, s. 312)

Základní články zdravotnického systému představují pacienti, poskytovatelé zdravotní péče a subjekty, které systém financují. Pacienti vytvářejí poptávku po zdravotní péči (spotřebitelé zdravotní péče) a zároveň se, ať již přímou či nepřímou formou, spolupodílejí na financování systému. Stranu nabídky reprezentují poskytovatelé zdravotní péče (zdravotničtí pracovníci, zdravotnická zařízení).

2.3 Péče o zdraví

Péče o zdraví zahrnuje všechny ekonomické, kulturní a sociální aktivity a opatření společnosti, jejichž smyslem je chránit, upevňovat a navracet lidem zdraví. V platném znění zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, čl. II stojí, že: „Péči společnosti o zdraví lidu musí odpovídat snaha každého jednotlivce žít zdravě a vyvarovat se vlivů škodlivě působících na jeho zdraví. Zároveň má každý občan napomáhat dobrému vývoji zdraví svých spoluobčanů, a proto aktivně přispívat k vytváření zdravých podmínek a zdravého způsobu života a práce.“ (Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu)

„Péče o zdraví v ČR je založena na těchto principech: solidarita, vysoký podíl samosprávy, vícezdrojové financování s převažujícím podílem veřejného zdravotního pojištění, svobodná volba lékaře a zdravotnického zařízení, svobodná volba zdravotní pojišťovny v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, stejná dostupnost poskytovaných služeb pro všechny pojištěnce.“ (Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu)

2.4 Zdravotní péče

Pojem zdravotní péče je obsahově užší pojem než péče o zdraví. V jejím obsahu převažují aktivity zaměřené na léčení. Základní dělení zdravotní péče je na:

- Primární péči – tou se rozumí poskytování zdravotní péče, která zabezpečuje dlouhodobé a soustavné sledování zdravotního stavu pacienta.
- Sekundární péči – tou se rozumí zdravotní péče poskytovaná převážně na vyžádání zdravotnického zařízení praktického lékaře a převážně v návaznosti na tuto péči.
- Terciární péči – tou se rozumí vysoce specializované, extrémně komplexní a technologicky náročné diagnosticko-léčebné služby ve velkých nemocnicích, které disponují týmy odborníků (41).

Zdravotní péči můžeme dále dělit:

1. Podle místa poskytování

- Ambulantní péče - tou se rozumí akutní ambulantní péče poskytovaná jako neodkladná péče, nebo zdravotní péče poskytovaná při náhlém zhoršení zdravotního stavu, které bezprostředně neohrožuje život pacienta.
- Lůžková péče – tou se rozumí zdravotní péče poskytovaná pacientům přijatým k pobytu na lůžko do zdravotnických zařízení ústavní péče, nebo do zařízení zvláštní zdravotní péče (41).

2. Podle financování

- Péči plně hrazenou ze zdravotního pojištění,
- Péči částečně hrazenou ze zdravotního pojištění,
- Základní stomatologickou péči.

3. Podle úrovně poskytované péče

- Standardní péčí se rozumí péče, tj. postupy a metody, které jsou v určité době a na určitém místě obvyklé, relativně ustálené a odborníky uznávané, protože splňují kritéria lege artis.
- Při nadstandardní péči se pacientovi na jeho přání poskytují různé výhody a služby, které nejsou z hlediska aktuálního zdravotního stavu nezbytné. Pro nadstandardní péči jsou charakteristické alternativní postupy či komfortní prvky, jejichž aplikace je v současné době svobodným rozhodnutím pacienta. Z hlediska

financování se jedná o služby, které nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a pacient si je hradí přímou platbou, nebo zvláště sjednaným připojištěním (41). V této souvislosti chci podotknout, že existence nadstandardní péče by neměla omezit dostupnost, kvalitu a účinnost standardní péče.

2.5 Zdravotnické instituce

V České republice se na nejvyšší úrovni zdravotnického systému nachází ústřední orgán státní správy představovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR. Jemu podřízena je státní správa, kterou reprezentují odbory zdravotnictví krajských a obecních úřadů (u obcí s rozšířenou působností) a krajskými hygienickými stanicemi. Dalšími orgány jsou stavovské komory (lékařská, stomatologická, farmaceutická), zdravotní pojišťovny a různé nevládní instituce. Tento stav je platný od roku 2003 a má souvislost s reformou veřejné správy a vznikem krajů, na které postupně přešly některé kompetence center a okresů (Rektořík, 2007, s. 189 – 190). Úkoly zdravotnictví obstarávají zdravotnická zařízení a další zdravotnické organizace uspořádané do soustavy zdravotnických zařízení. Tuto soustavu tvoří zdravotnická zařízení státu, obcí a fyzických a právnických osob (Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu).

2.6 Léková politika

Stěžejní bod zdravotnického systému představuje problematika léků a lékové politiky. Léčiva jsou zbožím se specifickými vlastnostmi, úzce se vztahující k lidskému zdraví. Právě proto hraje v lékové politice důležitou roli stát. Durdisová (2005) uvádí tři odlišné přístupy státu ke zdravotní politice:

- Stát má zájem na udržení cenové relace léčiv a provádí cenovou regulaci.
- Stát zajišťuje kvalitu, účinnost a bezpečnost léčiv. Stanovuje podmínky registrace léčiv u každého jednotlivého léčivého přípravku užívaného na území ČR.
- Stát zaručuje minimální přístup k lékům pro každého občana. Vytváří tak tzv. „záchrannou síť“ (Durdisová, 2005, s. 91).

Významnou roli zastává v lékové politice Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen SÚKL⁶), mezi jehož hlavní náplň patří zajištění dostupnosti farmaceuticky jakostních, účinných a bezpečných humánních léčiv a dále pak dohled nad používáním bezpečných a funkčních zdravotnických prostředků (47). Pro úplnost dodávám, že v České republice se smějí používat pouze registrované léky a léčiva.

Dle mého názoru je nutné lékovou politiku vhodně promyslet a koncipovat. Je však třeba myslet na to, že léková politika tvoří integrální součást zdravotní politiky a tím pádem ji nelze chápat, realizovat ani měnit izolovaně bez náležitých vazeb ke zdravotní politice. Z této skutečnosti mi vyplývá, že definitivní řešení lékové politiky je nemožné. Tvorba, realizace a hodnocení lékové politiky totiž představuje otevřený a velice závažný problém, při jehož zvládnání je důležitá součinnost profesionálních institucí, ale též poučená a prozíravě motivovaná odborná i široká laická občanská veřejnost. Za možné řešení současného stavu považuji seriózní analýzu dosavadního vývoje, hledání možných a obecně přijatelných variant řešení a především postupné odstraňování nalezených chyb a nedostatků. Jako příklad aktuálního problému současné lékové politiky bych chtěl uvést polypragmázii, tedy stav, kdy je pacient léčen větším množstvím léků, či jejich nadměrnými dávkami (Alušík, 1999, s. 315–318). Nejrizikovější skupinu představují senioři, kteří jsou ohroženi lékovými interakcemi a častějším vznikem nežádoucích účinků. Odborníci předpokládají, že tento problém bude neustále nabývat na významu. S polypragmázií je spojena řada nežádoucích dopadů a to jak pro pacienta, tak pro zdravotní systém. Dopady polypragmázie na náklady spotřebované na zdravotní péči nejsou jen samotné výdaje spojené s předpisem neindikovaných léků, ale nepřímou také léčba nežádoucích účinků a komplikací způsobených lékovými interakcemi. Odhaduje se, že až jedna třetina hospitalizací je v důsledku nežádoucích účinků léků, jejichž incidence se mezi 45. a 65. rokem věku zdvojnásobuje. Polypragmázie představuje rizikový faktor prodlužující dobu hospitalizace, zvyšující riziko rehospitalizace i morbiditu. Základním předpokladem pro řešení tohoto problému je kvalitně odebraná farmakologická anamnéza. Vlastní nástroje jeho řešení pak představuje pravidelné přehodnocení medikace (medication review), její vhodnosti, trvání indikací, nežádoucích účinků a interakcí. Nezastupitelná je v tomto

⁶ SÚKL - Státní ústav pro kontrolu léčiv

případě role praktického lékaře, který má sloužit jako koordinující prvek a při léčbě by tedy měl spolupracovat s jednotlivými specialisty, nikoliv se situovat do pozice pouhého vykonavatele jejich předpisů (Strojil a kol., 2007, s. 43 – 45).

2.7 Současné problémy českého zdravotnictví

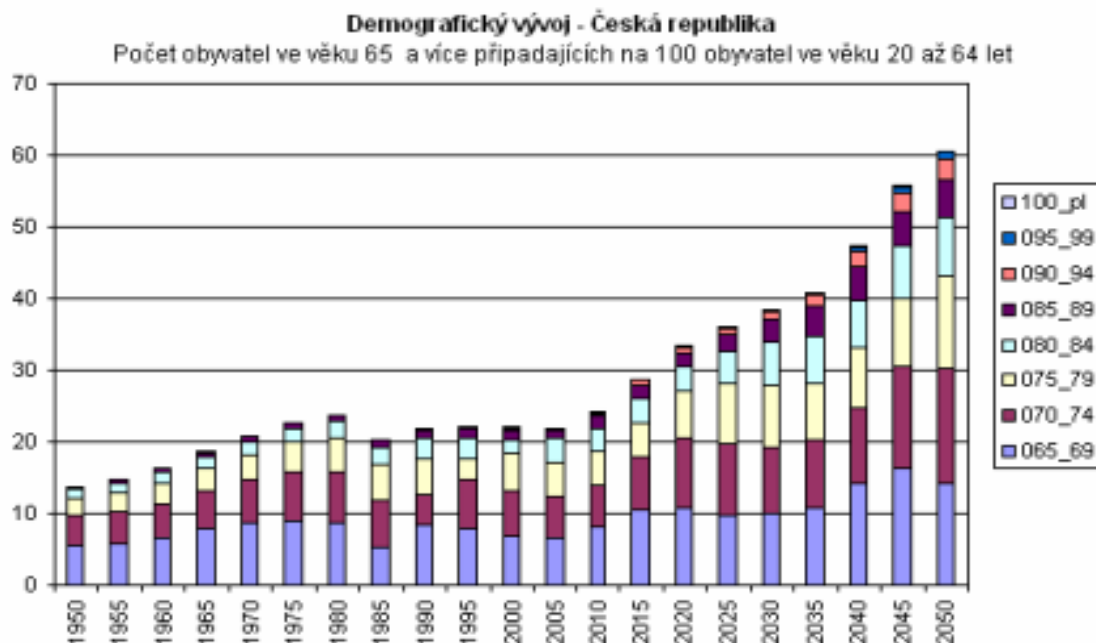
„Zdravotní stav obyvatelstva v České republice se po r. 1989 postupně zlepšuje, o čemž svědčí např. významný nárůst střední délky života při narození jak u žen tak u mužů – u žen ze 76,0 let v r. 1990 na téměř 80 let v r. 2007 a u mužů za totéž období ze 67,5 let na téměř 74 let. Občané mají dnes k dispozici mnohem lépe technicky vybavená zdravotnická zařízení než před r. 1989“ (19).

V této souvislosti bych chtěl poznamenat, že zakázky na nákup zdravotnických přístrojů jsou často nedostatečně kontrolované, neprůhledné, dochází k jejich předražování⁷ a mají k dispozici široký sortiment kvalitních léčiv, která byla dříve pro širší veřejnost zcela nedostupná. Přesto nemůžeme být se stavem našeho systému zdravotní péče ani zdaleka spokojeni. „Přes velký objem finančních prostředků, který všichni na zdravotní péči dáváme (v r. 2007 to bylo celkem více než 200 miliard Kč na jednoho obyvatele více než 20 000 Kč) trpí zdravotnictví chronickým nedostatkem finančních prostředků“ (34).

Domnívám se, že příčinou stávajícího stavu není nedostatečné financování systému, ale neefektivní hospodaření, nevyhovující struktura systému (neodpovídá současnému stupni rozvoje medicíny), absence dostatečně účinných negativních (regulačních) zpětných vazeb v systému, mocensko-ekonomické skupinové zájmy, nedostatečné a často též nevhodná, či nevhodně uplatněná motivace, či samotná forma motivace (bodový systém hodnocení), předražené nákupy léků a zdravotnické techniky, neprůhledné nakládání s finančními prostředky a v neposlední řadě též nepříznivý demografický vývoj, tedy prudký nárůst seniorů na úkor ekonomicky aktivních obyvatel (graf č.1, strana 21).

⁷ Akciová společnost Krajská zdravotní, která spravuje nemocnice v Ústeckém kraji, nakupovala podle prověrky ve výběrových řízeních předraženou zdravotnickou techniku a zařízení. Zaplatila za ně o zhruba 31 milionů korun víc, než představovala jejich obvyklá cena na trhu. Vyplývá to z výsledků auditu, který nechalo uskutečnit Ministerstvo financí (http://www.ceskenoviny.cz/domov/zpravy/audit-krajska-zdravotni-zaplatila-za-pristroje-o-31-milionu-vic/598610&id_seznam=).

Graf č.1: Demografický vývoj obyvatel České republiky



Zdroj: <http://www.kulatystul.cz/cs/node/122>

Zdravotnictví je totiž stejně jako důchodový systém financováno průběžným způsobem, ale zatímco u penzí už problém nedostatku financí způsobený demografickým vývojem vnímáme, ve zdravotnictví si jej zatím nepřipouštíme. V této souvislosti považuji za nutné upozornit na jev pro naše zdravotnictví charakteristický jeden z nejvyšších podílů veřejných zdrojů financování zdravotnictví v Evropě a naopak jeden z nejnižších podílů soukromých výdajů na zdravotnictví. V roce 2006 měla Česká republika po Lucembursku druhý nejvyšší podíl veřejných zdrojů financování zdravotnictví mezi vyspělými evropskými zeměmi, členy OECD. Tyto státy vykazují cca 70 % podíl veřejných zdrojů financování, Lucembursko vykázalo 90,9 %, ČR 87,9 %, Spojené království 87,3 %. U řady zemí OECD tvoří významnou část veřejných prostředků na financování zdravotnictví výdaje veřejného zdravotního pojištění. Pořadí zemí podle výše podílu veřejného zdravotního pojištění na celkových výdajích na zdravotnictví bylo v roce 2006 následující: ČR (78,5 %), Nizozemsko (77,7 %), Francie (74,6 %). Soukromé výdaje na zdravotnictví (přímá vydání obyvatelstva) jsou dalším zdrojem financování zdravotnictví. výdaje jsou dalším zdrojem financování zdravotnictví. Podle výše podílu bylo v čele evropských zemí OECD Švýcarsko (39,7 %), Řecko (38,4 %), Polsko (30,0 %), zemí s nejnižším podílem soukromých výdajů na zdravotnictví bylo Lucembursko (9,1 %), ČR (12,1 %) a Spojené království (12,7

%). ČR tedy společně s Dánskem, Lucemburskem, Norskem, Švédskem a Velkou Británií patří k zemím s vyšším podílem veřejných výdajů na financování zdravotnictví. V ČR jsou rozhodující složkou veřejných financí pro zdravotnictví výdaje veřejného zdravotního pojištění, obdobně jako např. ve Francii, Lucembursku, Nizozemsku a Německu. Svým zatím relativně nízkým podílem soukromých výdajů na zdravotnictví se ČR řadí ke skupině zemí OECD s nižší tzv. spoluúčastí obyvatelstva, kam je možno ještě řadit Lucembursko, Spojené království Velké Británie a Severního Irska a Norsko (49). Přehledná tabulka k této problematice je uvedena v příloze č. 3, strana 76.

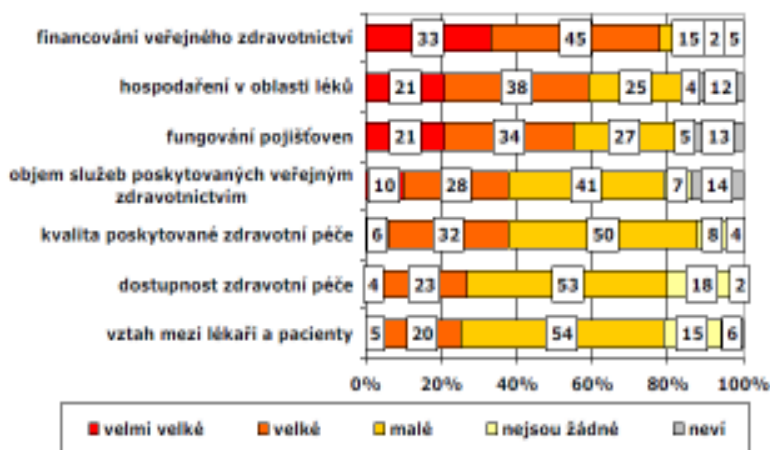
Jednotlivé vlády periodicky od roku 1998 navrhuji koncepty reformy zdravotnického systému. Východiskem by mělo být takové nastavení systému, aby měl sám tendenci k hospodárnému chování. V současné době se toto ukazuje jako nepřilíš reálné. Předseda Národní rady osob se zdravotním postižením ČR Václav Krása (2008) k tomuto uvádí: „Současná situace zdravotnictví jako státní instituce organizující péči o zdraví občanů je mírně řečeno neuspokojivá. Důvodem jsou mocenské, ekonomické a politické zájmy, které medicínsko – ekonomický komplex ovládly“ (18). Dle jeho názoru jsou dosud realizované reformní kroky na základě Julínkovy „Reformy zdravotnictví pro ČR v Evropě 21. století“, zejména spoluúčast pacientů v podobě regulačních poplatků (problematika regulačních poplatků je podrobně popsán v kapitole 4.2.5, strana 31) jsou vůči některým sociálním skupinám sociálně necitlivé až neúnosné (34).

Osobně považuji předpoklad, že ekonomické nástroje přirozeně motivují občany k požadovanému chování, za správný. Tyto nástroje však musí být cíleny na skupiny občanů, u kterých lze předpokládat očekávaný efekt. Nelze připustit, aby došlo u některých skupin k sociální neúnosnosti ekonomických stimulů, protože pak se mívají účinkem a mohou působit zcela opačně.

Výzkum veřejného mínění na téma „Česká veřejnost o zdravotnictví“ realizovalo Centrum pro výzkum veřejného mínění Sociologického ústavu AV ČR (dále jen CVVM) v roce 2010. Terénní šetření proběhlo mezi dny 29. 11. – 6. 12. 2010, reprezentativní vzorek představovalo obyvatelstvo ČR ve věku od 15 let. Respondenti byli vybráni na základě kvótního výběru. Na otázky týkající se problematiky zdravotnictví odpovídalo celkem 1037 respondentů. Výzkum CVVM ukázal, že financování považuje za nejproblematictější oblast zdravotnictví i česká veřejnost (78 %

respondentů hodnotilo problémy jako velké). Dále to je hospodaření v oblasti léků a fungování pojišťoven, kde 59 % respondentů hodnotilo problémy jako velké. 2/5 respondentů nacházejí velké problémy také v kvalitě poskytované zdravotní péče a v objemu služeb. Vnímání problémů v jednotlivých oblastech zdravotnictví souvisí s životní úrovní, obecně lze říci, že spokojenost se stavem zdravotnictví rovnoměrně stoupá s rostoucí životní úrovní (24). Grafické znázornění toho, jak čeští občané vnímají problémy ve zdravotnictví je uvedeno v grafu č.2 (viz níže).

Graf č.2: Jak vnímají čeští občané problémy ve zdravotnictví v %



Zdroj: http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101095s_oz110201a.pdf

3. Vývoj zdravotnického systému ČR

Domnívám se, že zdravotnický systém na území dnešní České republiky je, byl a bude zásadně ovlivňován aktuálním společenským klimatem, rozvojem techniky, historicky a v neposlední řadě i politickým režimem. Přejímání modelů ze západního i východního světa je nejvíce patrné při změně vládních garnitur, což se promítá už v důrazu na kvalitu, nebo kvantitu, případně na charakter vlastnických práv.

3.1 Zdravotnictví jako celospolečenský zájem

Zdravotnictví představuje již od svého vzniku aktuální společenské téma. Právě proto se tak často stává ústředním bodem volebních kampaní politických stran. Prakticky neuplyne den, kdy by se o problémech českého zdravotnictví a jeho dalším vývoji nevedly vášnivé diskuze v médiích. Zdraví totiž představuje pro každého z nás jednu z nejdůležitějších hodnot, a proto očekáváme, že námi zvolení zástupci budou naše zdraví podporovat účinnými strategiemi a činnostmi na místní, krajské, národní i nadnárodní úrovni.

3.2 Historický exkurz do zdravotnictví před rokem 1990

Matoušek (1953) uvádí, že nejstarším doloženým pramenem právní kodifikace problémů spojených se zdravotní tematikou jsou zřejmě vyhlášky a nařízení měst související s morovou epidemií 17. století, která byla na naše území zavlečena Švédy během třicetileté války. Jednalo se o tzv. protimorové spisy a morové řády, jejichž opatření měla mít preventivní účinek před dalším šířením moru. K rozvoji vzdělanosti v této oblasti výrazně přispěly vynález knihtisku či zájem o lidské tělo a s ním spojený prvopočáteční rozvoj lékařské vědy v době renesance (Matoušek, 1953, s. 29). Za milník v dějinách lékařství na našem území je však považována až doba Marie Terezie a Františka Josefa II., kdy u nás zdravotnictví začalo být organizováno pod centralizovanou správou. K vytvoření zdravotního systému moderní doby v tehdejší Rakousko-Uhersku došlo zákonem č. 68 z roku 1887 o veřejné zdravotní službě. Na základě tohoto zákona a v návaznosti na tzv. zdravotní policii vznikla i v českých zemích hierarchicky uspořádaná síť institucí v čele s úředními lékaři, která zabezpečovala, sledovala a kontrolovala stanovená hygienická, protiepidemická a preventivní opatření. V roce 1888 pak byl po vzoru Německa v Rakousko-Uhersku

(včetně českých zemí) zaveden systém nemocenského zdravotního pojištění. Tento systém pojištění, založený na principu solidarity byl posléze implementován do právního řádu prvorepublikového Československa (Gladkij, 2003, s. 15).

Zdravotnický systém první republiky byl postaven na principu povinného zdravotního pojištění. V této souvislosti je však nutné podotknout, že zdravotní pojištění se týkalo pouze námezdně pracujících.⁸ Základ zdravotní péče představoval praktický lékař. Síť zdravotnických zařízení byla tvořena soukromými ordinacemi, které zabezpečovaly ambulantní péči, léčebnými ústavy s lůžkovou péčí, sociálně zdravotními zařízeními a soukromými léčebnými ústavy. V tehdejší době existovalo na našem území na tři sta zdravotních pojišťoven. Z pojištění byla hrazena základní zdravotní péče, kterou poskytovali praktičtí lékaři a veřejné nemocnice. Pojištění se vztahovalo i na rodinné příslušníky pojištěnců. Prvorepubliková výše pojistného byla 6% mzdy a o její úhradu se dělil zaměstnavatel se zaměstnancem, každý půlkou. V nemocnicích byly stanoveny třídy. Pojištěnci a jejich rodinní příslušníci měli při základním pojištění nárok na bezplatné ambulantní a nemocniční ošetření ve III. třídě nemocnice. Státní zaměstnanci měli nárok na II. třídu, I. třída byla za příplatek. Jistá modifikace tohoto systému rozděleného na několik tříd, které jasně stanovují, pro koho a jaká péče je bezplatná a za jakou péči je možné, nikoliv nutné si připlatit, by se dle mého názoru mohla poměrně jednoduše implementovat i do soudobého českého zdravotního systému, který v zásadě tuto možnost pacientovi nedává (Vurm, 2004, s. 9). Mezi lety 1945 – 1948 nedošlo v pojištění k žádným podstatným změnám. Teprve v roce 1948 bylo nemocenské a důchodové pojištění sjednoceno do jednoho povinného systému zákonem č. 99/1949 Sb., o národním pojištění. Kontroly nad tímto systémem se ujala ústřední národní pojišťovna společně s okresními národními pojišťovnami (Gladkij, 2003, s. 34). V roce 1951 převzalo Československo koncepci zdravotnictví z SSSR⁹ nazývanou „Semaškův model“. Na základě této koncepce došlo ke zrušení povinného zdravotního pojištění a zdravotní péče se ocitla v rukou státu. Úhrady zdravotních služeb začaly být financovány z daní prostřednictvím státního rozpočtu. V roce 1951 byl přijat zákon č. 102/1951 Sb., o přebudování národního pojištění a zákon č. 103/1951 Sb., o jednotné preventivní a léčebné péči, čímž byl završen proces

⁸ Nemocenské pojištění dělníků pro případ nemoci, invalidity a stáří upravoval zákon č. 221/1924 Sb.

⁹ SSSR – Svaz sovětských socialistických republik

právního i faktického ovládnutí zdravotnictví socialistickým státem. Zdravotní péče byla financována pouze z daní prostřednictvím státního rozpočtu. Byly založeny krajské ústavy národního zdraví (dále jen KÚNZ) a okresní ústavy národního zdraví (dále jen OÚNZ), které zabezpečovaly veškerou léčebně preventivní péči ambulantní, závodní a nemocniční. Pro socialistický model bylo charakteristických několik rysů: direktivní řízení, centralizace organizace zdravotnických služeb, jednotná soustava zdravotnických zařízení na jednotlivých územně-správních stupních, omezená možnost svobodné volby lékaře (pacienti byli rozděleni dle spádových oblastí), nedostatkové léky a zdravotnické služby, zastaralé přístrojové vybavení, formálně bezplatný přístup občanů ke zdravotnickým službám, nízká motivace zdravotníků (tabulkové platy, společenské nedocení), šedá ekonomika, korupce, netransparentnost zdravotnictví (Gladkij, 2003, s. 35).

3.3 Zdravotní systém od roku 1990 do současnosti

Centralizovaná organizace zdravotnických služeb sovětského typu skončila s pádem socialistického režimu v roce 1989. Vzápětí byla zahájena porevoluční transformace českého zdravotnictví směrem k Bismarckovskému modelu¹⁰. V únoru 1990 byl ustanoven pracovní tým, který zkoumal problematiku provozu Ústavu národního zdraví a pokusil se navrhnout novou strukturu zdravotnictví. Již v květnu 1990 byl předložen k diskusi dokument „Návrh reformy péče o zdraví“, který kladl větší důraz na efektivnost zdravotní péče, privatizaci, zejména v ambulantní péči, lékárenství, technické obsluze apod. Dokument také navrhol ustanovit zdravotní pojišťovnu a zavést povinné zdravotní pojištění. Ve zdravotnictví pak na základě tohoto dokumentu začaly probíhat některé zásadní organizační změny. Koncem roku 1990 byly zrušeny KÚNZ, OÚNZ se postupně rozvolnily a byly transformovány na samostatná zdravotnická zařízení s právní subjektivitou. Hlavními cíli zavedení veřejného zdravotního pojištění byly:

¹⁰ Jedná se o model financování a fungování zdravotnictví zavedený v Německu mezi lety 1883 až 1889 tamním tehdejší kancléřem Otto von Bismarckem. Zdravotní péče je v tomto pojišťovacím modelu poskytována na základě povinného zdravotního pojištění. Veřejné zdravotní pojištění vychází z principu celospolečenské solidarity a sdílení zdravotního rizika všemi občany. Každý platí v závislosti na svých příjmech a dostává zdravotní péči podle potřeb. Tento systém akceptuje do značné míry princip solidarity, což se odráží ve skutečnosti, že přibližně 90 procent finančních prostředků plynoucích do zdravotnictví spotřebuje 10 procent těch nejpotřebnějších pacientů.

- Zachování solidarity,
- Motivace obyvatel k zájmu o své zdraví a svůj zdravotní stav,
- Motivace poskytovatelů zdravotní péče o co nejkvalitnější a nejefektivnější péči.

Těchto cílů mělo být dosaženo privatizací zdravotnických zařízení, zavedením pojišťovacího systému a provázáním výkonů poskytovatelů s jejich příjmem. Po roce 1990 byl propagován tržní mechanismus pod hlavičkou Národního zdravotního pojištění. Zavedením všeobecného zdravotního pojištění Bismarkovského typu došlo ke změně typu financování zdravotnictví. V rámci příprav na zavedení zdravotního pojištění byl přijat zákon č. 550/91 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění a zákon č. 551/91 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně, které vytvořily právní rámec pro nový systém financování zdravotnictví. Zákon o všeobecném zdravotním pojištění byl mnohokrát novelizován a v roce 1997 byl nakonec nahrazen novým zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících předpisů. Jeho účinnost byla omezena do června 1998 s tím, že do té doby bude zákon nový. Avšak namísto toho byl i tento zákon mnohokrát novelizován a jeho platnost prodlužována. Již řadu let se tak pouze hovoří a tom, že by tento zákon měl být nahrazen zákonem novým (Gladkij, 2003, s. 35).

Dalším krokem v zavádění nového zdravotního systému byla privatizace zdravotnických zařízení, zahájená v roce 1992 na základě zákona č. 160/1992 Sb., o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Tato privatizace se dotkla lůžkových zařízení (vlastnictví nemocnic přešlo na obce), ambulantní sféry (zavádění privátních praxí), lékáren, distribučních sítí a obslužných provozů nemocnic a rovněž také lázeňské péče. S důsledky privatizace nemocnic, jejich dotováním a oddlužováním se české zdravotnictví do dnešní doby nedokázalo vyrovnat. V roce 1996 byla privatizace nemocnic zastavena kvůli obavám z možných negativních dopadů na dostupnost a kvalitu zdravotní péče a pozornost se začala zaměřovat také na nabídkovou stranu poskytování péče (zejména na kontrolu lékové politiky, investic na přístrojové vybavení nemocnic, stavební investice apod.). Byl zahájen proces státem iniciované restrukturalizace, jehož cílem bylo vyřešit problém naddimenzované akutní lůžkové péče, tomu odpovídající vysoký počet zdravotnického personálu a posílení počtu lůžek pro dlouhodobou péči (Gladkij, 2003, s. 36).

Reforma veřejné správy v ČR zahájená reformou územní správy zapříčinila, že k 1. lednu 2003 se státní příspěvkové organizace staly příspěvkovými organizacemi kraje. Kraje, které nevěděly co s často zadluženými zařízeními podniknout, začaly některé nemocnice dotovat a jiné naopak zavírat. V rámci svého odškodnění a případného výdělků pro krajské rozpočty pak začal kraj vybrané nemocnice chystat k následné privatizaci a mnoho nemocnic tak změnilo formu z příspěvkové organizace na akciovou společnost. Došlo tak ke druhé vlně privatizace zdravotnických zařízení. Samotné privatizaci lůžkových nemocničních zařízení ve vlastnictví státu předcházelo dlouhé politické přetahování o možnost či nemožnost změnit právní formu nemocnice z příspěvkové organizace na akciovou společnost. ČSSD jako tehdy vládnoucí strana, která se obávala plošné privatizace nemocnic ze strany krajů, přičlenila v září roku 2004 do právě projednávaného zákona o hodnocení a snižování hluku v životním prostředí ustanovení, které nemělo s tímto zákonem nic společného.¹¹ Prezident Klaus však tento zákon vetoval a sněmovna nenašla potřebnou většinu pro přehlasování prezidentova veta a zákon tak nebyl přijat. Později se již systém zásadnějších změn nedočkal, a tak se v současnosti potýká s nemalými problémy, vycházejícími zejména z deficitního hospodaření systému veřejného zdravotního pojištění, nadužívání zdravotní péče, či takového nastavení systému, který nedostatečně přihlíží k demografickému vývoji České republiky. Vyléčit české zdravotnictví si kladl za cíl poměrně velký počet rozličných, více či méně aplikovatelných koncepčních materiálů a návrhů, avšak většina z nich z různých důvodů skončila již ve fázi přípravy, aniž by konkrétní změny byly prosazeny a realizovány (33). Prvním poměrně komplexním návrhem reformy českého zdravotnictví byla až „Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století“, kterou vypracoval v roce 2004 spolu se skupinou odborníků Tomáš Julínek, tehdejší stínový ministr zdravotnictví. Přehledné schéma dosud realizovaných reformních kroků je uvedeno v příloze č. 4 strana 78.

¹¹ V § 17 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění zákona č. 421/2004 Sb., se na konci textu doplňuje věta „Příspěvkovou organizací, jejímž předmětem činnosti je poskytování zdravotní péče, nelze přeměnit na obchodní společnost.“

4. Reforma zdravotnické péče v ČR

Vzhledem k tomu, že reforma z dílny nového ministra zdravotnictví Leoše Hegera se teprve připravuje a na veřejnost zatím pronikají jen kusé údaje o připravovaných změnách, představím na tomto místě aktuálně platnou „Reformu zdravotnictví pro ČR v Evropě 21. století“ (dále jen Reforma), která je navzdory některým úpravám stále aktuální. Tento návrh reformy zdravotnictví byl zpracován předchozím ministrem zdravotnictví MUDr. Tomášem Julínkem ve spolupráci s MUDr. Pavlem Hroboněm a MUDr. Tomášem Macháčkem. Vycházel z tzv. „Modré šance pro zdravotnictví“¹², která byla vydána v roce 2004 a konkretizuje navržené změny. Reforma byla zveřejněna na podzim roku 2005.

Tvůrci reformy zdravotnictví označili za zásadní problémy zdravotnictví: deficit systému veřejného zdravotního pojištění a s tím související deficitní hospodaření zdravotnických zařízení, nerovnost v přístupu k péči i kvalitě, spornou roli ministerstva (zřizovatel zdravotnických zařízení vs. rozhodce o rozdělení zdrojů), nepropojení finanční odpovědnosti zdravotních pojišťoven s pravomocemi v rámci efektivní alokace zdrojů, nedostatečné zapojení pacienta a nadbytečnost zdravotnických zařízení a z toho plynoucí neefektivitu (33).

Můj názor je, že autoři reforem vycházeli z domněnky, že současný systém má dostatečné množství zdrojů. Ty ale nejsou zcela efektivně využívány. Předpokládali také, že lze očekávat vyšší nároky na zdroje a to vzhledem ke změnám v demografickém vývoji.

4.1 Cíle reformy

Při úvahách i při hodnocení vývoje zdravotnictví jsou obecně důležitá zejména čtyři východiska, a to historický (vývojový) přístup, územní srovnání, vymezení pojmů a hodnotová orientace. Na takovém základu si lze klást otázky, jako např. oč nám vlastně jde, odkud a kam směřujeme a jak se tam hodláme dostat. Reforma přišla s návrhem systému, který měl vyřešit aktuální problémy a zároveň měl být schopen se dále vyvíjet a reagovat na problémy budoucí. Návrh sledoval následující cíle: stabilizace finanční situace systému, zvýšení kvality a efektivity zdravotní péče,

¹² Základní teze finanční politiky ODS

zajištění dlouhodobé udržitelnost systému a zachování všeobecné dostupnosti potřebných zdravotních služeb i pro příští generace (33).

4.2 Hlavní reformní body

Dle mého názoru jsou základním cílem reformy koncepční změny ve zdravotnickém systému. Všechny snahy o řešení důsledku a opomíjení příčin vedly doposud jen ke kosmetickým změnám. Strukturální změny se musí nevyhnutelně dotýkat všech třech zúčastněných, a to plátců, poskytovatelů i uživatelů.

4.2.1 Poptávka po zdravotních službách

Reformou navrhovaná opatření mají přispět k posílení suverenity občana/pacienta prostřednictvím zavedení tzv. osobních zdravotních účtů a volbou pojistného plánu podle preferencí každého pacienta. Pojišťovny tedy budou nabízet různé zdravotní plány, které se budou lišit rozsahem pojištění. Zdravotní plán obsahující pouze základní zdravotní pojištění a zdravotní plán, který cestou doplňkového pojištění nad rámec základního zahrne dnešní rozsah veřejného zdravotního pojištění, či zdravotní plán poskytující nadstandard (33).

4.2.2 Nabídka zdravotních služeb

Opatření se budou týkat restrukturalizace a zvýšení efektivity poskytovatelů zdravotní péče na základě uzavírání selektivních smluv se zdravotními pojišťovnami. Významným návrhem je změna právní formy nemocnic. Za nejvhodnější formu je považováno převedení nemocnic na akciové společnosti, čímž by mělo dojít ke zvýšení transparentnosti hospodaření, posílení odpovědnosti managementu a zvýšení efektivnosti využívání zdrojů. Za nevhodné je také považováno současné vymezení dostupnosti zdravotní péče – je neefektivní a předimenzovaná. Časová a geografická dostupnost u jednotlivých typů zdravotní péče bude vymezena zákonem, včetně stanovení maximálních čekacích dob na určité zákroky (33).

4.2.3 Financování

Reforma hodlá zachovat současný systém financování. Veřejné zdravotní pojištění, na kterém je založen, má však být rozděleno na dvě části – na část základního pojištění, které by bylo povinné pro všechny občany a plně hrazené z veřejného zdravotního pojištění a doplňkové pojištění, které by bylo dobrovolné a hrazeno

částečně z veřejných a soukromých zdrojů (33). Schéma návrhu systému financování zdravotnictví podle Julínkovy reformy je znázorněno na obr. 1 (viz níže).

Obr. 1: Návrh systému financování zdravotnictví podle Julínkovy reformy



Zdroj: <http://www.scribube.com/limba/ceha-slovaca/Financovn-zdravotnictv211416199.php>

4.2.4 Léková politika

Reforma počítá v oblasti lékové politiky s následujícími opatřeními:

- Regulace cen léků prostřednictvím maximální ceny (vztahuje se na konečnou cenu léků pro spotřebitele).
- Úhrada léků z veřejného zdravotního pojištění (zařazení léků do seznamu léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění a stanovení výše úhrady z veřejného zdravotního pojištění probíhá v rámci procesu kategorizace).
- Opatření v oblasti distribuce a výdeje léků (33).

4.2.5 Zdravotnické poplatky

Reforma navrhovala zavedení regulačních poplatků kvůli zamezení zneužívání zdravotnické péče. S ohledem na již existující finanční zátěž pacientů přímými platbami za léky a prostředky zdravotnické techniky, chtěla spojit zavedení regulačních poplatků se zavedením celkového ročního limitu na tyto poplatky a na celkovou spoluúčasť u předepsaných léků a prostředků zdravotnické techniky. Sledováním výše těchto

poplatků pověřil návrh zdravotní pojišťovny. Regulační poplatky ve zdravotnictví byly zavedeny k 1. lednu 2008 novelizací zákona o zdravotním pojištění zákonem č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů (33). Hlavní události od zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví jsou popsány v příloze č. 5 strana 78.

4.2.6 Vymezení kompetencí zúčastněných subjektů

Nejdůležitější roli v českém zdravotnickém systému hraje stát. Mezi jeho hlavní úkoly patří vytvoření jasných pravidel (legislativní role) a kontrola jejich dodržování. Dále pak zajištění finanční dostupnosti zdravotních služeb a regulace prostředí, které zajistí potřebné zdravotnické služby. Zásahy státu do činností zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení jsou až na stanovené výjimky nežádoucí (33).

4.2.7 Zhodnocení úspěšnosti reformy a realizované reformní kroky

Oproti situaci před rokem 2006 udělalo české zdravotnictví velký krok dopředu. Z významných změn, realizovaných na základě reformy, bych chtěl uvést zejména vznik nového systému cenové regulace a úhrad léků, zavedení regulačních poplatků, novely zákonů o vzdělávání zdravotníků a zavedení státní podpory tohoto vzdělávání, změnu ve financování nemocnic směrem k platbám za skutečně poskytnutou péči a centralizaci vysoce specializované péče. Srovnám-li však změny, které se podařilo prosadit s původními reformními plány, je zjevné, že hlavní reformní cíle nebyly dosud naplněny. Základní příčiny neúspěchu spatřuji v dobré ekonomické situaci České republiky v době prosazování reformního návrhu (občany lze jen těžko přesvědčit o potřebnosti změn v době, kdy je většina obyvatelstva spokojena), volební „pat“ ve sněmovně, špatná komunikace s veřejností při objasňování nutnosti změn, nemožnost racionální spolupráce s opozicí a v přílišném rozsahu a rychlosti prosazovaných změn, které neumožnily jejich dostatečné vysvětlení a akceptaci. Přesto chci zdůraznit, že celkový návrh reformy považuji za správný, ale v hlavních rysech ne za jediný možný směr vývoje českého zdravotnictví. Nástin dalšího vývoje českého zdravotnictví vyvodím v další kapitole z volebních programů dvou vybraných politických stran a povolebního uspořádání v Poslanecké sněmovně.

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Stanovení hypotéz a cílů praktické části

Hlavním cílem práce „Reforma zdravotnictví v programech vybraných politických stran“ je definovat navrhované pozitivní a negativní změny reformních kroků vybraných politických stran. Dílčí cíle jsou následující:

- Popis dopadů plánovaných reformních kroků na občany ČR.
- Definování následků konkrétních reforem na státní rozpočet.
- Analýzou dokumentů doložit reálnost vybraných aspektů zdravotnické reformy.
- Zhodnotit vhodnost implementace navrhovaných změn.

Pro vytvoření komparace je nutné vytvořit hypotézy, které budou výzkumem ověřeny. Stanovené hypotézy reflektují nejdiskutovanější témata současného systému zdravotnictví.

H1: Domnívám se, že politické strany ODS a ČSSD se zásadně liší v názoru na způsob financování zdravotní péče.

H2: Předpokládám, že analýza předvolebních programů ODS a ČSSD prokáže, že se shodují na nutnosti definování standardní (základní) zdravotní péče.

H3: Usuzuji, že ODS a ČSSD se neshodují v počtu plátců (zdravotních pojišťoven) zdravotní péče.

H4: Předpokládám, že mezi ODS a ČSSD nepanuje názorová shoda v oblasti výběru zdravotnických poplatků.

H5: Nepředpokládám, že by se ODS a ČSSD shodovaly v problematice lékové politiky.

6. Zdravotnictví v programech vybraných politických stran

Domnívám se, že nikdy předtím se v porevolučním období České republiky nestalo zdravotnictví tak zásadním tématem, jak jsme tomu svědky v současnosti. Důvod je zcela prostý. Reforma zdravotnictví už nemůže být i nadále opomíjeným tématem odsouvaným na nedohledno. Zdravotnictví si vyžaduje radikální léčbu a čím víc ji budeme odkládat, tím nás bude všechny víc bolet.

6.1 Zdravotnictví jako aktuální předvolební téma

Plakáty s tvářemi kandidátů na radnice zaplavují česká města a obce. Obsazují i zákoutí, o která lepiči před sněmovními volbami ani nezavadili. Kampaň je tři týdny před volbami v plném proudu. A strany v ní nešetří sliby...

Jsou předvolební sliby věrohodné či nikoliv? Jako volič musím bohužel konstatovat, že nejsou. Můžeme si to uvést na příkladu volebního programu ČSSD v roce 2002. Volby do Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky 2002 se uskutečnily v pátek 14. června a sobotu 15. června. O 200 míst v Poslanecké sněmovně se ucházelo 29 stran a hnutí. Ve volbách zvítězila ČSSD pod vedením Vladimíra Špidly, která následně sestavila vládu za účasti Křesťanské a demokratické unie – Československé strany lidové (dále jen KDU-ČSL) a Unie svobody – Demokratické unie (dále jen US-DEU). Vláda však celé své funkční období disponovala jen nepatrnou většinou a byla nestabilní. Z předvolebního programu vybírám následující sliby:

„Zdravotní péče musí být kvalitní, dostupná časově i ekonomicky.

- „Dostupnost zdravotní péče se zhoršila. Ohrožena byla existence 80 nemocnic.
- Omezení poskytované péče úhradovou vyhláškou ministerstva zdravotnictví bude znamenat i omezování ordinačních hodin ambulantních specialistů, odmítání pacientů, uzavírání oddělení a odmítání předpisu dražších léčiv.
- Čekací doba na plánované operace se zdvojnásobila, zaváděly se pořadníky. Například 120 pacientů s leukémií nedostalo transplantaci

kostní dřeně a 1200 pacientů s ischemickou chorobou srdeční nebylo operováno.

- Snižování marží prosazované ministrem Rathem ohrozilo existenci až čtvrtiny lékáren a výdejen s malým obratem, především v obcích a menších městech“ (31).

„Nepřipustíme zvyšování finanční spoluúčasti pacientů.

- Spoluúčast pacientů se zvýšila stoupajícími doplatky za léky.

Na jedné straně byly hrazeny velmi levné a pro všechny občany běžně dostupné léky. Na druhé straně mohly kombinace doplatků za důležité léky především vážně nemocných pacientů dosahovat až 10 tisíc Kč ročně“ (31).

„Lékařům, sestřičkám a ostatním pracovníkům ve zdravotnictví pomůžeme vytvořit co nejlepší podmínky pro práci.

- Za 100 dní ve funkci ministra David Rath dokázal svými nekonceptními a likvidačními kroky postavit proti sobě praktické lékaře pro dospělé, pediatry, ambulantní specialisty, lékárníky, zubaře, Asociaci českých a moravských nemocnic a zdravotní pojišťovny. Plošné zvyšování platů v nemocnicích nařídilo ministerstvo, aniž by zaručilo jeho financování. Ředitelé nemocnic jsou nuceni snižovat jiné složky platu, případně investice“ (31).

„Slibujeme společnost solidární s nemocnými, invalidy a dalšími občany.

- Opatření ministra Ratha vedla k drastickému omezení lékařské péče až o 20 % a nedostupnosti drahých léčiv, především pro vážně nemocné a důchodce.
- Stoupla nezaměstnanost zdravotně i sociálně handicapovaných“ (31).

ODS dokladuje tyto nesplněné sliby na základě údajů ČSÚ¹³. A přestože je to právě ČSSD, kdo je nejčastěji obviňován z populismu a nerealistických slibů, ani ostatní strany nejsou výjimkou. V současné době jsou kvůli nedodržení předvolebních slibů často kritizovány Věci Veřejné (dále jen VV) a výjimkou není ani ODS, která před

¹³ ČSÚ – Český statistický úřad

volbami slibovala zachování stávající sazby DPH¹⁴ a nyní prosazuje navýšení snížené deseti procentní sazby na 14,5 % a posléze její sjednocení se sazbou vyšší, dvacetiprocentní, na 17,5 %. Dopad navýšení DPH na zdravotnictví se odhaduje na 10 až 12 miliard korun. Ministr zdravotnictví Leoš Heger si nepřeje, aby tyto změny měly na zdravotnictví nějaký dopad, a bude usilovat o kompenzace prostřednictvím navýšení platby na státního pojištěnce, přerozdělením v rámci připravované daňové reformy či dokonce ponecháním zdravotnických položek v nižší sazbě DPH. Současný předseda vlády České republiky Petr Nečas možnost kompenzací nevyločil, odmítl ale upřesnit, kde získat chybějící prostředky (30).

Jaké jsou argumenty pro nedodržení předvolebních slibů? První zní: „Naše strana nevládne sama, ale v koalici s dalšími, takže musíme dělat ústupky.“ Naposledy tuto vytáčku použila ODS po volbách 2006 (29). A druhá: „Ty sliby nebyly zasazeny do reálného ekonomického rámce a dnes v konfrontaci s realitou neobstojí.“ Jedná se o neslavně slavný výrok Bohuslava Sobotky o nereálnosti předvolebních slibů, když byl 15. července 2003 jmenován ministrem financí (22). Paradoxem je, že do té doby byla u moci ČSSD. Při nedodržení předvolebních slibů, či podezřelého jednání ve správě věcí veřejných, by měli politici nést tzv. politickou odpovědnost, jak je dobrým zvykem v některých demokratických krajinách. Bohužel v našich podmínkách to zatím není zcela zvykem.

6.2 Komparace materiálů politických stran

Dle mého názoru mohou na první pohled předvolební materiály politických stran poskytovat voliči velké množství informací. Často obsahují obecné fráze, které při jejich rozboru působí nekonkrétně.

6.2.1 Charakteristika vybraných politických stran a jejich zdravotní politiky

Komparativní analýza dokumentů v bakalářské práci „Reforma zdravotní péče v ČR v programech politických stran“ je zaměřena na vyhodnocení potencionálních implementací předvolebních slibů v českém zdravotnictví. Za objekty srovnání jsem zvolil dvě dominantní parlamentní politické strany ČSSD a ODS. Výběr nebyl náhodný, od roku 1993 do současnosti se střídají při realizaci na moci výkonné (vyjma dvou

¹⁴ DPH – Daň z přidané hodnoty

krátkých období úřednických vlád), a tak za současnou situaci v českém zdravotnictví nesou plnou odpovědnost. Jedná se o strany z dvou různých pólů politického spektra a proto i jejich pohledy na řešení palčivých problémů českého zdravotnictví jsou diametrálně odlišné. Je u nich nejvyšší pravděpodobnost, že po volbách se přinejmenším jedna z nich bude podílet na sestavení nového vládního kabinetu. ODS je typickým představitelem pravicové politiky, ČSSD reprezentuje levici. Návrhy ODS a ČSSD pro oblast zdravotnictví porovnám z hlediska definice jejich postoje k definování základní a nadstandardní zdravotní péče, zdravotním pojišťovnám a zdravotnímu pojištění, spoluúčasti pacientů a lékové politice. Výstup komparace může sloužit jako doporučení pro voliče ve volbách do poslanecké sněmovny.

6.2.1.1 ČSSD

Název	Česká strana sociálně-demokratická
Zkratka	ČSSD
Datum založení	9. února 1990
Předseda	Bohuslav Sobotka
Politická ideologie	Socialismus (demokratický)
Sídlo	Lidový dům, Hybernská 7, 110 00 Praha 1
Oficiální stránky	http://www.cssd.cz

První z objektů komparace, ČSSD neboli Česká sociálně-demokratická strana, je stranou sociálně demokratického proudu. Československá sociálně-demokratická strana dělnická vznikla již roku 1878, v roce 1948 se však sloučila s KSČ¹⁵. Současná Česká strana sociálně demokratická vznikla v roce 1990. Jsou s ní spjata známá jména jako Miloš Zeman, Vladimír Špidla, Stanislav Gross a Jiří Paroubek. V letech 1998 až 2002 vládla její menšinová vláda s podporou ODS. V roce 2002 až v roce 2004 vytvořila jako vítězná strana koalici s KDU-ČSL a US-DEU. Na konci volebního období 2002 až 2006 však byla koalice nefunkční a pro většinu zákonů získala ČSSD podporu KSČM¹⁶ (43).

O vítězství ve volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2010 ČSSD usilovala s programem nazvaným „Program změny a naděje“. V oblasti zdravotnictví si ČSSD stanovila následující závazky: „Zachováme charakter zdravotnictví jako veřejné služby

¹⁵ KSČ – Komunistická strana Československa

¹⁶ KSČM – Komunistická strana Čech a Moravy

a trváme na zrušení poplatků u lékaře a v lékárnách. Zabráníme privatizaci nemocnic a zdravotních pojišťoven. Garantujeme limit maximální roční spoluúčasti u chronicky nemocných. Zavedeme připojištění pro nadstandardní podmínky lékařské péče. Minimálně jeden lék ve skupině musí být plně hrazen. Zajistíme možnost, aby v odůvodněných případech mohl být bezplatný jakýkoli lék“ (26).

ČSSD uvádí, že rozvíjí hlavní směr evropské politiky, tedy demokratický sociální stát. „Tento dlouhodobě úspěšný evropský model spojuje hospodářskou výkonnost s rovností a sociální ohleduplností. Naším trvalým cílem je vytvářet podmínky pro kvalitní život všech občanů, včetně zachování životního prostředí pro budoucí generace“ (26). Za klíčové hodnoty považuje svobodu, spravedlnost a solidaritu. Uvádí, že usiluje o stát, který efektivně slouží veřejně prospěšným cílům, dbá na dodržování zákonnosti a vymahatelnosti práva, ale přitom nepřekáží spontánním a tvořivým aktivitám občanů. Občana označuje za zákazníka státu a stát musí dle názoru jejích představitelů zajistit občanovi rovný přístup ke kvalitní službě veřejné správy, včetně veřejných služeb, stejně jako přístup ke všem potřebným informacím (26). Zdravotní politika ČSSD je podrobně popsána v sekci volebního programu označené jako „Solidární společnost“. Zde ČSSD na „Obranu a rozvoj demokratického sociálního státu“ uvádí, že náklady českého sociálního státu patří v současnosti absolutně i relativně k nejnižším v Evropě. Představa pravice o dalším omezení sociálního státu a veřejně poskytovaných služeb podle názoru jejích představitelů nerespektuje ani základní fakta, nebere ohled na rozevírání nůžek mezi bohatstvím a chudobou, stárnutí populace, potřebu zkvalitňování lékařské péče, vzdělání a objektivní vyrovnávání nákladů našich sociálních služeb s vyspělým světem. Uvádí, že si je vědoma, že demokratický sociální stát nemůže být rozchazovací a tolerovat zneužívání sociálních výhod, zároveň však dodává, že musí však zaručit rovné příležitosti na trhu práce a v podnikání. Důraz klade na to, že v mezinárodním srovnání stále vynakládáme v řadě oblastí daleko méně, než postačuje k důstojnému životu, ať už jde o důchody, podporu rodin s dětmi, sociální služby, dostupnost bydlení, nebo školství a zdravotnictví. A také, že na krizi nesmějí doplácet sociálně potřební a ti, kteří ji nezavinili (26).

ČSSD uvádí, že české zdravotnictví dosahuje dlouhodobě v mezinárodním srovnání velmi dobrých výsledků a svou kvalitou a dostupností zdravotní péče patří ČR k nadprůměru zemí Evropské unie. Zdravotnická část volebního programu pro volby do

Poslanecké sněmovny byla zaštitěna mottem „Stop poplatkům u lékaře!“ ČSSD vnímá a prosazuje zdravotnictví jako: „veřejnou službu založenou na principu solidarity zdravých občanů s nemocnými, která je zajišťována prostřednictvím veřejného neziskového zdravotního pojištění.“ Počítá se zachováním dostupné zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a zachováním vysokého standardu nezbytné lékařské péče pro všechny občany. Jsou si vědomi, že moderní lékařská péče je stále nákladnější a vyžaduje vložit více financí do systému. Řešení však nehledá v neodůvodněném a plošném zvyšování spoluúčasti pacientů. Zásadně odmítá návrhy české praxe, aby lidé museli platit za léčbu běžných nemocí či provádění běžných operací, jako jsou například chřipka, operace kýly nebo křečových žil. Lepší organizace, výbava efektivní technikou a promyšlená centrální léková politika umožňují, jak si ověřili, ušetřit miliardy. Nejsou vyčerpány ani ekonomické přínosy moderních informačních systémů a odborné specializace. Považuje za vhodné otevřít cesty k dalšímu připojištění pro nadstandardní podmínky péče. Podpoří zásadu nabídky minimálně jednoho plně hrazeného léku ve skupině s případnou možností žádosti o odůvodněnou bezplatnou výjimku. Bariéry ve zdravotnictví je nutno odstraňovat, nikoli budovat. Mají za to, že většina poplatků zavedených ve zdravotnictví se neosvědčila a nepochybně nepomohla zlepšení vztahů mezi pacienty a zdravotníky. Nejsou proti rozumné motivační spoluúčasti, chtějí pouze zrušit její neefektivní a asociální formy. Jsou pro spoluúčast pacientů formou dobrovolného pojištění. Jsou pro takové zefektivnění systému, ve kterém půjde více peněz na náročné léčby, a ve kterém dojde ke zkrácení čekacích lhůt pro nákladné léčebné výkony. Budou garantovat limit maximální roční spoluúčasti u chronicky nemocných pacientů (26).

V bodech lze program ČSSD v oblasti zdravotnictví shrnout takto:

- V každé skupině léků nabízet alespoň jeden přípravek plně hrazený zdravotními pojišťovnami,
- Vrátit rodinám s dětmi „újmu“ za poplatky, které zavedla ODS (v podobě příspěvků na děti, daňových bonusů apod.),
- Zrušení poplatků ve zdravotnictví,
- Nezvyšování spoluúčasti pacientů (nebrání se ale dobrovolnému připojištění),

- Zabránění privatizaci nemocnic a zdravotních pojišťoven (26).

6.2.1.2 ODS

Název	Občanská demokratická strana
Zkratka	ODS
Datum založení	18. března 1991
Předseda	Petr Nečas
Politická ideologie	konzervatismus, neoliberalismus
Sídlo	Jánský Vršek 13, 118 00 Praha 1
Oficiální stránky	http://www.ods.cz

Druhý z objektů komparace, ODS neboli Občanská demokratická strana, vznikla v roce 1991. Opírá se o liberálně-konzervativní proud, avšak v poslední době je patrný její přesun spíše do pravého středu politického spektra. V roce 1992 vytvořila ODS na federální úrovni vládu s HZDS¹⁷. Na národní úrovni byla v koalici s ODA¹⁸ a KDU-ČSL až do roku 1996. V tomto roce opět vyhrála volby a koalice pokračovala nově s KDS¹⁹ (později se s ODS spojila). V roce 1997 došlo k tzv. „Sarajevskému atentátu“, kdy z ODS vystoupila část členů a založila Unii svobody. Vláda následně podala demisi. V roce 2002 byl zvolen předsedou senátor Mirek Topolánek. ODS vyhrála volby do Poslanecké sněmovny a vytvořila menšinovou vládu, která však svým programem nezískala podporu sněmovny. Poté vytvořila ODS koaliční vládu s KDU-ČSL a Stranou zelených. Koaliční vládě byla jako první v historii země vyslovena v roce 2009 nedůvěra Poslaneckou sněmovnou a to v době předsednictví EU (44). O vítězství ve volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2010 ODS usilovala s programem nazvaným „Řešení, která pomáhají“. ODS zde uvádí, že jejím cílem ve zdravotnictví je pokračovat v trendu růstu průměrné délky života našich spoluobčanů a jeho kvality. „Skutečnou a účinnou cestou je aktivně nemocem předcházet a těm, kdo onemocní garantovat možnost včasné, kvalitní a účinné léčby, přátelský a profesionální přístup zdravotníků a komfortní prostředí zdravotnických zařízení. Tento ambiciózní cíl vyžaduje zásadní změny zdravotního systému. Na prvním místě všech našich kroků je pacientovo zdraví a spokojenost. Sociálně citlivá spoluúčasť pacientů na financování

¹⁷ HZDS- Hnutí za demokratické Slovensko

¹⁸ ODA – Občanská demokratická aliance

¹⁹ KDS – Křesťanská demokratická strana

zdravotní péče přispívá ke zvýšení dostupnosti nejmodernější léčby vážných onemocnění a ke zkrácení čekacích dob na náročné zdravotní výkony. Zaručujeme zároveň, že kvalita a dostupnost zdravotní péče nebude jakkoli omezena pro sociálně slabé. Chceme být řádným hospodářem – nedopustíme, aby zdravotní systém zadlužoval budoucí generace“ (39).

Dle názoru představitelů ODS pacient musí mít přístup ke všem potřebným informacím. Musí vědět, jaké povinnosti má vůči němu zdravotnické zařízení i zdravotní pojišťovna. ODS chce občanům garantovat právo vybrat si zdravotnické zařízení, zdravotní pojišťovnu i pojistný produkt. Plánuje zavést možnost podat si stížnost na kvalitu a zajištění péče i pojištění. Uvádí, že se zasadíme o zásadní zlepšení přístupu zdravotníků k nemocným a vymýcení korupce ze zdravotnictví. Fakultní nemocnice plánuje transformovat na univerzitní nemocnice na evropsky standardním neziskovém principu a na bázi spolupráce státu a univerzit. Univerzitní nemocnice zachová veřejné a nebude je privatizovat. Zdravotní pojišťovny zůstanou zachovány jako veřejnoprávní instituce a nebudou privatizovány. ODS hodlá zachovat jejich konkurenci, zvýšit jejich povinnosti při zajišťování zdravotní péče o pojištěnce a zpřísnit dohled státu nad jejich fungováním (39). ODS se zavazuje udělat pořádek ve zdravotnických poplatcích a odstranit chaos, který vznikl důsledkem vědomého obcházení zákona ze strany krajů pod vedením ČSSD (proplácení regulačních poplatků). Plánuje zachovat zavedenou sociální ochranu občanů v podobě limitu spoluúčasti. Dále plánuje pokračovat v úspěšné koncentraci specializované péče tak, aby každý občan nezávisle na tom, kde bydlí, měl garanci přístupu k nejmodernější péči na evropské úrovni. „Posílíme kontrolu státu nad penězi ve veřejném zdravotním pojištění, nad zdravotními pojišťovnami a kvalitou poskytovaných služeb“ (39). Prevenci považuje ODS za klíčovou pro předcházení nemocem a pro jejich včasný záchyt. Slibuje, že podpoří celonárodní preventivní a screeningové programy s pozitivní finanční motivací pro ty, kdo se jich zúčastní. Dále se zavazuje, že vytvoří „podmínky a prostor pro dobrovolné připojištění nehrazené, nebo částečně hrazené péče, či pro nadstandard.“ Umožní dobrovolné zdravotní spojení s podporou státu především pro mladší generaci (39). Přípravuje sjednocení financování zdravotně-sociálních a ošetrovatelských služeb pro seniory. „Umožní vznik dobrovolného ošetrovatelského připojištění na stáří. Účinnou podporou domácí péče deklarují pacientům skutečnou

možnost se rozhodnout, kde chtějí v případě dlouhodobé nemoci stonat – zda v nemocnici, nebo doma (39).

ODS hodlá zavést potřebné standardy zdravotní péče, které zajistí každému občanu nárok na kvalitní péči plně hrazenou z povinného a solidárního pojištění. Nadstandard považuje za alternativu k plně hrazené variantě péče, kterou si občan dobrovolně zvolí. Tento princip dle jejího názoru garantuje sociální vstřícnost systému. Hodlá zachovat nedotknutelnost soukromého vlastnictví ve zdravotnictví. „Pro všechna zdravotnická zařízení budou platit rovné podmínky bez ohledu na typ a vlastníka“ (39). Dále chce ODS umožnit výběr produktů v rámci veřejného zdravotního pojištění a realizovat tak soutěž zdravotních pojišťoven o klienty. Uvádí, že občané tak získají více služeb a komfortu za pojistné ve stejné výši. Zavazuje se prosadit nepřekročitelné čekací doby na operace a garanci dostupnosti zdravotních služeb, včetně zdravotní záchranné služby a posílit kompetence i zodpovědnost primární péče za účinnou i efektivní péči o pacienta a jeho pohyb po systému. Dále plánuje prosadit zdravotnický výzkum jako jednu z výzkumných priorit ČR financovaných z veřejných zdrojů. Budoucnost zdravotnictví spatřuje v postupném a dobrovolném zavádění principů elektronického zdravotnictví (eHealth²⁰), které s sebou přináší výrazné zvýšení informovanosti občanů i zdravotníků, kvality a bezpečí zdravotních služeb a zároveň je to úspěšný nástroj na snížení zbytečných a duplicitních výdajů (39).

Na závěr svého zdravotnického programu uvádí: „ODS je připravena vést nad návrhy širokou politickou diskusi ve spolupráci s odborníky. V zájmu občanů jsme otevřeni politické dohodě o zásadních otázkách organizace a financování zdravotnictví. Avšak odkládání potřebných změn nás nepochybně žene do krize“ (39).

Hlavní body zdravotnické části volebního programu ODS před volbami do Poslanecké sněmovny v roce 2010 lze shrnout takto:

- Zachování všech současných poplatků ve zdravotnictví,
- Neprivatizovat nemocnice, přijmout zákon o univerzitních nemocnicích,
- Finančně motivovat ty, kteří se zúčastní preventivních programů,

²⁰ eHealth - Elektronické zdravotnictví. je souhrnný název pro řadu nástrojů založených na informačních a komunikačních technologiích, které podporují a zlepšují prevenci, diagnostiku, léčbu, sledování a řízení zdraví a životního stylu. Elektronické zdravotnictví zahrnuje interakci mezi pacienty a poskytovateli zdravotní péče, předávání údajů mezi zdravotnickými zařízeními nebo osobní komunikaci mezi pacienty navzájem nebo mezi zdravotnickými odborníky.

- Zavedení standardů a nadstandardů ve zdravotní péči, možnost dobrovolného připojištění,
- Dobrovolné připojištění pro seniory na využívání ošetrovatelských služeb (39).

6.2.2 Metody komparace

Jako hlavní metoda komparace je použita analýza interních dokumentů politických stran a statistických údajů. Lze předpokládat, že získaná data, která budou použita ke komparaci volebních programů, mohou být v zápalu politického boje zkreslena již prvotním zdrojem. Proto je důležité požívat co nejrelevantnější informace.

6.2.3 Analýza

V praktické části jsem podrobil získaná data z obou politických subjektů vzájemnému srovnání, pokusil jsem se o jejich implementaci do reálných podmínek a vyhodnocení dopadů jak na státní rozpočet, zdravotní pojišťovny, tak i na občany České republiky. Návrhy ČSSD a ODS porovnávám z hlediska financování zdravotnictví, definování základní a nadstandardní zdravotní péče, zdravotních pojišťoven, zdravotního pojištění, spoluúčasti pacientů a lékové politiky.

6.2.3.1 Způsob financování zdravotní péče

ČSSD v případě svého úspěchu ve volbách do Poslanecké sněmovny definuje jako první opatření za účelem stabilizace situace ve zdravotnictví navýšení platby za státní zaměstnance (26). Domnívám se, že se nejedná o koncepční krok. Důvod je zcela prostý a vychází z vyjádření počtu EAO²¹, které lze odvodit z procentuálního vyjádření státních pojištěnců v kapitole 2.1.1 na straně 13. Přispívá-li 5 milionů EAO, což je 42 % z celkového počtu pojištěnců, z ceny své práce na to, aby 10 milionů lidí mělo zajištěnou zdravotní péči, druhých 5 milionů pojišťuje stát ze státního rozpočtu. Stát ale tyto zdroje získává zase jenom od těch samých 5 milionů, neboli 42 % aktivních lidí. Tímto postupem by se tedy pouze prohloubil deficit státního rozpočtu. Z grafu č.3 na straně 44 je patrné, jak se vyvíjí náklady na zdravotní péči podle údajů VZP²².

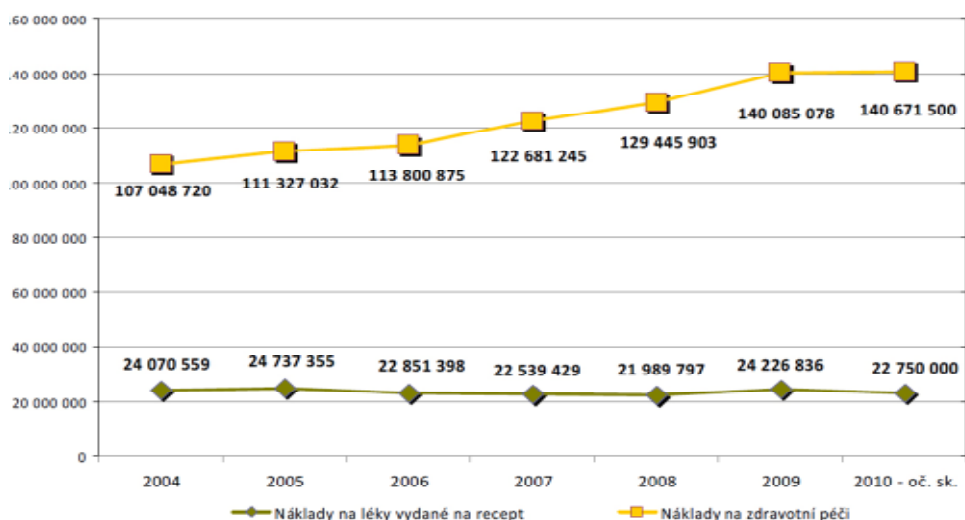
Další zdroje chce ČSSD hledat v lepší organizaci, efektivní techniku, promyšlení centrální lékové politiky, informačních systémech a odborných specializacích. Nezapomíná dodat, že zmíněné jimi ověřené kroky dokáží ušetřit

²¹ EAO – Ekonomicky aktivní obyvatelstvo

²² VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna

miliardy. Za zmínku snad jen stojí debata o zavedení připojištění pro nadstandardní podmínky péče, případně o centrální lékové politice. Způsoby hledání zdrojů v českém zdravotnictví ze strany ČSSD vyznívají poněkud nekoncepčně a nekonkrétně.

Graf 3: Vývoj nákladů na zdravotní péči podle VZP 2004 – 2010 (tis. Kč)



Zdroj: <http://www.sukl.cz/sukl/reakce-sukl-ze-dne-29-11-2010-na-publikovane-desinformativni>

ODS se ve svém předvolebním programu otázkou zvýšení plateb za státního zaměstnance vůbec nezabývá. Stěžejní je pro ni zachování povinné účasti v systému veřejného zdravotního pojištění, spoluúčast pacientů při zachování ochranných limitů, dobrovolné připojištění a zvýšení efektivity finančních zdrojů nacházejících se již v systému. Zcela odmítají zadlužování budoucí generace. Mimo jiné deklarují zvýšení posílení kontroly státu nad penězi ve veřejném zdravotním pojištění (39).

Domnívám se, že deklarovat zachování povinného zdravotního pojištění je zcela zbytečné. Bez něho by došlo k okamžitému zhroucení systému. Ať už se bude zdravotní pojištění realizovat formou daně pro stát, nebo přímo zdravotním pojišťovnám je v zásadě jedno. Důležité je, aby se tak dělo spolu se systémem komerčního připojištění s přiměřeným stupněm přímé spoluúčasti a s existencí záchranné sociální sítě. Nakládání se získanými prostředky by mělo podléhat kontrole.

6.2.3.2 Definice základní a nadstandardní zdravotní péče

Pro rozdělení zdravotní péče na základní a nadstandardní se ve svém volebním programu jednoznačně hlásí ODS. V praxi by měl tento postup vypadat tak, že pacient

si bude moci připlatit za lepší péči. Když se rozhodne například pro trvanlivější (tedy nadstandardní) kloub, zaplatí rozdíl mezi ním a kloubem označeným jako standardní. Každé zařízení však bude muset pacientovi nabídnout standard, který zaplatí pojišťovna. Předseda ODS Petr Nečas k tomuto řekl: „Bude jasně definováno, co je nárok každého pojištěnce, a co tím pádem bude hrazeno z veřejného zdravotního pojištění, a co hrazeno nebude“ (32). Výsledkem zavedení standardů by mělo být zpřístupnění nejmodernější zdravotní péče založené na nejnovějších poznatcích a znalostech specialistů všem pacientům v Česku. V této souvislosti chci podotknout, že vymezením standardu by neměl být omezen přístup pacientů k péči a neměl by se ani snižovat dosavadní rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Standardy budou pro pacienty znamenat také jistotu, že pokud se budou cítit lékařem poškozeni, budou moci jednoznačně poukázat na odborné standardy a říci, že se lékař od nich odchýlil a poškodil je. Jakmile budou standardy pro dané onemocnění vytvořeny, vyjdou ve Věstníku ministerstva zdravotnictví. Lékařům tak vznikne povinnost je dodržovat. Standardy se budou každé dva roky obnovovat podle nejnovějších poznatků medicíny. S tvorbou standardů pomohou zahraniční odborníci, například světoznámá americká klinika Mayo. Ministerstvo už v roce 2008 ustanovilo Radu pro tvorbu standardů, jsou v ní zástupci lékařů, zdravotních pojišťoven a další odborníci. Rada zpracovala metodiku přípravy standardu a jeho definici (28). Definice standardu a nadstandardu pro účely zdravotnické reformy z dílny ministra Hegera by měla být hotová do roku (seznam schválených a rozpracovaných návrhů klinických standardů je uveden v příloze č. 6 na straně 79).

Můj názor je, že tvorba a zavádění Národní sady standardů do praxe je zcela nevyhnutelná. Dobře formulované standardy mohou pomoci diferencovat nabídku péče do více variant a podporovat tak zavedení efektivní úhrady. Klient tak bude zcela informován na jakou lékařskou péči má bezplatně nárok. Na druhé straně se domnívám, že tyto standardy nebudou schopny jasně určit standardní a nadstandardní ošetrovatelskou péči sester. Diferenciace bude tak záležet na profesionalitě zdravotních sester.

Dne 11. ledna 2010 vypsal tehdejší ministryně zdravotnictví Dana Jurásková veřejnou zakázku na tvorbu Národní sady standardů za 125 milionů korun. Tento krok byl ostře napadnut ze strany České lékařské komory (dále jen ČLK). Prezident komory

Milan Kubek se domnívá, že na tvorbě standardů se má podílet ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny a ČLK s odbornými lékařskými společnostmi (25). Do výběrového řízení pro tvorbu Národní sady standardů se přihlásil jenom jeden uchazeč a to 1. lékařská fakulta UK. Fakulta nabídla realizaci za 69 milionů korun. Tendr byl však v den otevírání obálek zrušen. Ministerstvo zdravotnictví to odůvodnilo nízkým počtem zájemců (Pavlíková, 2010).

Postoj ČSSD k definici základní a nadstandardní péče není zcela čitelný. Při tomto tvrzení se opírám o rozkol mezi předvolebním programem a povolebním vystupováním jejich zvolených zástupců, nebo významných členů. ČSSD se ve svém volebním programu zavazuje zachovat vysoký standard poskytované péče, přičemž se přiklání k připojištění pro nadstandardní podmínky péče. Sám někdejší předseda strany ČSSD Vladimír Špidla²³ odmítal omezování zdravotní péče zákonem. Rozdělení lékařské péče na standardní a nadstandardní považoval za protiústavní krok (54). Jeho nástupce Jiří Paroubek²⁴ šel ve své rétorice dál a varoval před zaváděním standardů „chudinské péče“ (27). Naskytá se otázka, jak vysoký nadstandard za možnost připojištění mínila sociální demokracie zavést, když jeden z jejích mnoha sloganů prosazoval zachování vysokého standardu nezbytné lékařské péče pro všechny občany?

6.2.3.3 Zdravotní pojišťovny a zdravotní pojištění

ČSSD dlouhodobě tvrdí, že současný počet zdravotních pojišťoven je příliš vysoký a stačila by jedna. „Česko nepotřebuje zbytečně 11 pojišťoven, které na svůj chod odčerpají miliardy korun ročně,“ nechává se slyšet stínový ministr zdravotnictví David Rath. Pojišťovny také nemají šanci si navzájem konkurovat, v Česku totiž zatím neexistuje komerční připojištění (36).

Podle svých propočtů David Rath předpokládá pokles provozních nákladů zdravotních pojišťoven u VZP z 3% a u zbylých pojišťoven ze 4 až 5 % na 1,5 až 2 %. Snížení provozních nákladů je schopno vygenerovat úsporu ve výši až 5 miliard korun

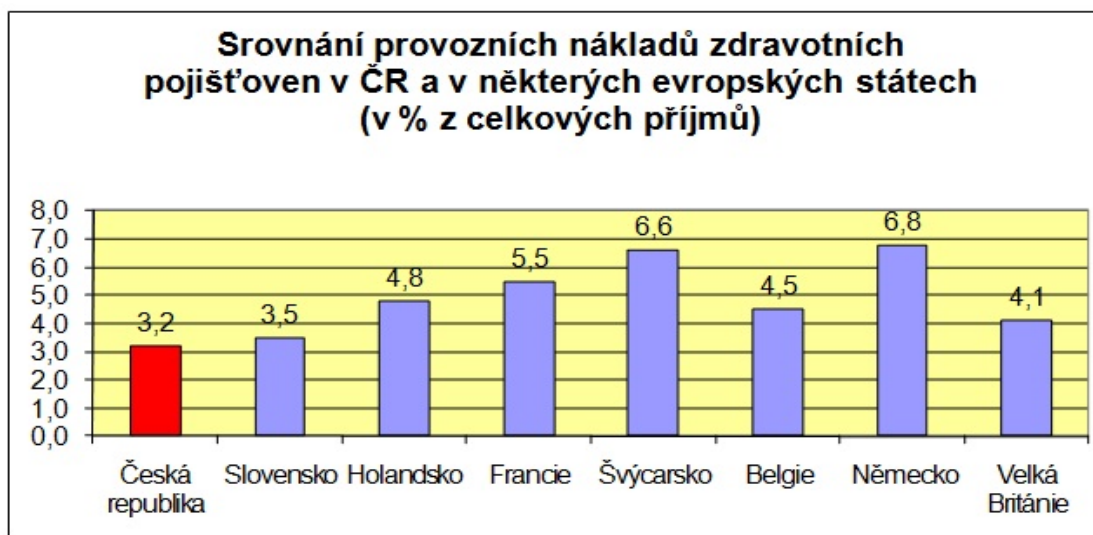
²³ Vladimír Špidla byl zvolen předsedou ČSSD v dubnu roku 2001, po parlamentních volbách 2002 byl 12. července téhož roku jmenován předsedou vlády. Koncem června 2004 odstoupil z předsednictví ČSSD, podal demisi z funkce premiéra a zároveň odstoupila i jeho vláda).

²⁴ Jiří Paroubek byl předsedou ČSSD zvolen na mimořádném předvolebním sjezdu 13. května 2006. Po volbách, ve kterých se ČSSD umístila za ODS, podala celá vláda 16. srpna 2006 demisi, dočasně však vykonávala funkce až do jmenování nové vlády 4. září 2006. Přestože ČSSD vyhrála v roce 2010 parlamentní volby, nebyla schopna sestavit vládu. Paroubek se rozhodl odstoupit z funkce předsedy ČSSD a do čela strany se postavil místopředseda Bohuslav Sobotka.

ročně. Prosazuje sloučení zdravotních pojišťoven s majoritní rozhodovací pravomocí státu, VZP, Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra a Vojenské zdravotní pojišťovny. Ušetřených 14 miliard by bylo následně přesunuto z účtu zaměstnaneckým pojišťoven ve prospěch VZP (ČTK, 2010).

Svaz zdravotních pojišťoven v čele s prezidentem Jaromírem Gajdáčkem se 13. prosince 2010 ve zdravotnických novinách silně ohradil vůči propočtům Davida Ratha. Vychází z faktu, že provozní náklady českých pojišťoven jsou nejnižší v celé Evropě a mají dlouhodobě sestupnou tendenci z původních 7 % na současných 3,2 % (SZP, 2010).

Graf č.4: Srovnání provozních nákladů zdravotních pojišťoven v ČR a v některých evropských státech



Zdroj: <http://www.zpmvcr.cz/cz/tiskova-zprava.html?id=310>

Zdravotní pojišťovny avizovaly již v roce 2009 zahájení úsporných opatření na provozních nákladech. Navzdory jejich ujištění, že se prostředky z provozního fondu nečerpají v plné míře, uspořily celkově 2 miliardy korun (MSVO, 2011). Nehledě na tuto skutečnost vyzval 9. března 2011 ministerský předseda Petr Nečas zdravotní pojišťovny ke snížení provozních a personálních nákladů o desetinu. Úsporná opatření mají sloužit k pokrytí deficitu cca 4,7 miliardy korun z rezervních fondů (Nečas, 2011). Na tomto příkladu je patrné osvojení si návrhu z levicového spektra středo pravou vládou. Ani v tomto případě na sebe nenechala reakce Svazu zdravotních pojišťoven dlouho čekat. 15. března 2011 vydal Svaz tiskové prohlášení, ve kterém poukazuje na

vysokou nákladovou efektivitu, v Evropě ojedinělou jak ukazuje graf č.4 na straně 47 jenž byl vytvořen z dat OECD (TZ, 2011).

ODS se staví proti slučování zdravotních pojišťoven a vytváření monopolu. Tvrdí, že nemůže nikdy fungovat dobře. „Navíc plánujeme komerční připojištění na stáří a ošetrovatelskou péči, což je přesně oblast, kde si lze velmi dobře konkurovat. Podobná konkurenční pole ale už nyní mohou představovat různé motivační bonusy pro lidi, kteří se o své zdraví starají,“ uvedl expert ODS na zdravotnictví Boris Šťastný. ODS navíc požaduje důslednější kontrolu hospodaření pojišťoven (36).

Navzdory odmítavému postoji ODS ke slučování zdravotnických pojišťoven se strany vládní koalice dne 23. června 2010 shodly na sloučení dvou menších resortních pojišťoven - Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra s Vojenskou zdravotní pojišťovnou (ČTK, 2010). Jelikož nám média poskytují o sloučení těchto pojišťoven různé informace, dne 21. března 2011 jsem písemně kontaktoval mluvčí Vojenské zdravotní pojišťovny paní Stanislavu Jelenovou. Dle jejích slov k žádnému sloučení pojišťoven nedošlo a celou fúzi do budoucna prozatím zpochybnila. Vzápětí se však objevila informace o dalším slučování - správní rada zdravotní pojišťovny Média v pondělí dne 21. března 2011 rozhodla, že zdravotní pojišťovna Média se na začátku dubna sloučí fúzí se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Pojišťovně Média se nepodařilo shromáždit dostatečný počet klientů. Pod VZP přejde 35.000 pojištěnců, zaměstnanci i smlouvy s lékaři. Sloučení musí ještě schválit ministerstvo zdravotnictví (53).

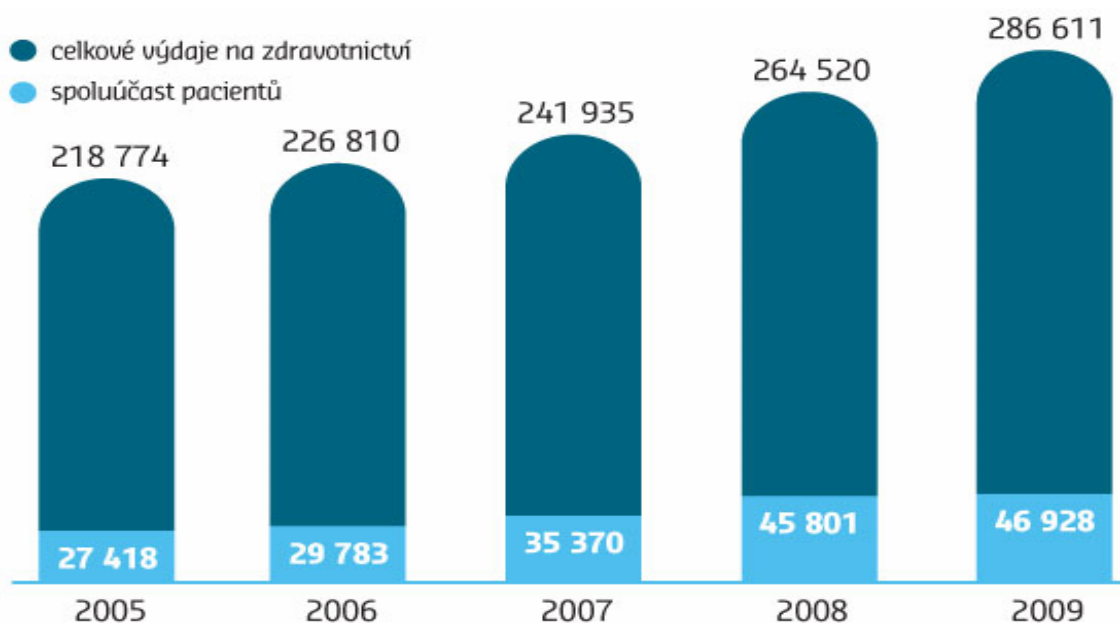
Z této skutečnosti vyvozují, že nelze vyloučit i další snižování počtu zdravotních pojišťoven. Mělo by se tak ale stát bez zásahu státu s cílem stability postavení na trhu.

6.2.3.4 Spoluúčast pacientů

Za poslední čtyři roky se množství peněz, které Češi vynakládají na své zdraví, zvýšilo téměř o 4 % v porovnání s celkovými výdaji na zdravotnictví. V absolutních číslech to bylo víc o 71 %. Jen v roce 2009 zaplatili Češi na zdravotnických poplatcích, doplatecích na léky nebo za doplňky stravy téměř 47 miliard. Přitom ještě v roce 2005 to bylo necelých 27 a půl miliardy. Ve vztahu k celkovým výdajům na zdravotnictví, které v roce 2009 přesáhly 286 miliard korun, spoluúčast pacientů činila 16,3% (Keményová, 2010). Nárůst spoluúčasti pacientů mezi lety 2005 – 2009 dokladuje graf č.5 strana 49.

Co se spoluúčasti pacientů týče, v programech vybraných politických stran jsou patrné značné rozdíly. O nutnosti jejího zvyšování hovoří otevřeně jen ODS, naopak ČSSD hodlá veškeré poplatky zrušit.

Graf č.5: Jak rostla spoluúčast pacientů mezi lety 2005 – 2009 (v milionech Kč)



Zdroj: <http://domaci.ihned.cz/c1-45739900-polovina-cechu-si-rada-priplati-za-zdravi-musi-ale-presne-vedet-za-co>

ODS, nejsilnější pravicová strana, klade důraz na uměřenou a sociálně citlivou spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče, která přispěje ke zvýšení dostupnosti nejmodernější léčby vážných onemocnění a ke zkrácení čekacích dob na náročné zdravotní výkony. ODS šla do voleb se slibem: „Finanční spoluúčast ve zdravotnictví nebudeme povinně zvyšovat. Zachováme ústavní právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného zdravotního pojištění.“ Na svých stránkách prohlašuje, že tento slib byl „částečně“ splněn a dále uvádí, že finanční spoluúčast se zvýšila nejvíce za vlády ČSSD od roku 2002-2006 – o více než 80 %. ODS skokově spoluúčast nezvyšovala, pouze pokračovala v přibližování k vyspělým zemím. Zdravotnické poplatky Ústavní soud ČR prohlásil v souladu s Ústavou ČR (38).

ČSSD, nejsilnější levicová strana, poplatky za návštěvu lékaře a položku na receptu odmítá, nebrání se však diskusi na téma poplatky za stravu v nemocnicích. Trvá na názoru, že české zdravotnictví dosahuje dlouhodobě v mezinárodním srovnání velmi

dobrých výsledků a svou kvalitou a dostupností zdravotní péče patří ČR k nadprůměru zemí Evropské unie. Chybějící prostředky lze získat lepší organizací, vybavením pracovišť efektivní technikou a promyšlenou centrální lékovou politikou.

Tabulka 1: Změna poptávky po zdravotnických službách po zavedení regulačních poplatků v roce 2008

Návštěvy ambulantních specialistů	-15,32%
Návštěvy ambulantních specialistů v lůžkových zařízeních	-19,15%
Dispenzární prohlídky	10,83%
Pohotovost	-36,07%
Výjezdy záchranné služby	0,49%
Počet ošetrovacích dnů v nemocnicích	-1,37%
Počet hospitalizovaných v nemocnicích	3,18%
Počet ošetrovacích dnů v zařízeních následné péče	-3,75%
Počet hospitalizovaných v zařízeních následné péče	5,09%
Počet položek na receptu	-30,67%
Počet receptů	-27,95%
Počet balení léků	-21,09%
Celková úhrada	-3,48%

Zdroj: http://mzcr.cz/dokumenty/tiskova-zprava-regulacni-poplatky-prinesly-celkovou-usporu-miliard-koron-ktera-se-investovala-do-drive-omezene-dostupne-a-nakladne-lecby-vazne-nemocnych_1259_868_1.html

V jejím programu je uvedeno, že: „ČSSD vnímá a prosazuje zdravotnictví jako veřejnou službu založenou na principu solidarity zdravých občanů s nemocnými, která je zajišťována prostřednictvím veřejného neziskového zdravotního pojištění. Počítáme se zachováním dostupné zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a zachováním vysokého standardu nezbytné lékařské péče pro všechny občany. Jsme si vědomi, že moderní lékařská péče je stále dražší a vyžaduje vložit více peněz do systému. Řešení však nevidíme v neodůvodněném a plošném zvyšování spoluúčasti pacientů. Zásadně odmítáme návrhy české pravičky, aby lidé museli platit za léčbu běžných nemocí či provádění běžných operací, jako jsou například chřipka, operace kýly nebo křečových žil (30).“ Podle ministra Ratha přichází v úvahu také navýšení platby státu na pojištěnce ze současných 7 na 10 % (52).

Jak se tedy bude vyvíjet situace v budoucnosti? Vzhledem k tomu, že u moci se ocitla středo pravicová vláda, vývoj naznačuje, že se spoluúčast pacientů v příštích letech výrazně navýší. V nové koncepci zdravotnické reformy současného ministra zdravotnictví Leoše Hegera se hovoří například o tom, že lidé začnou ze svého platit

i za banálnější nemoci a zákroky. Vládní koalice ve složení ODS, TOP 09 a VV už se navíc dohodla na zvýšení poplatků. Poplatek za den v nemocnici stoupne z dnešních 60 minimálně na 100 korun, stejně podraží i poplatek za den v lázních. Víc budou lidé pravděpodobně platit i za návštěvu ambulance chirurga, internisty nebo neurologa, pokud k nim nepůjdou s doporučením od svého praktického lékaře. Koalice naopak plánuje zrušit nepopulární poplatek 30 korun za položku na receptu. Zároveň s tím ale kabinet zavede třicetikorunový poplatek za recept a vyřadí léky do 60 korun ze zdravotního pojištění, a lidé si je tak budou muset platit ze svého. Osobně zastávám názor, že poplatky mají jako regulační prvek namířený proti nadměrnému čerpání zdravotní péče svůj význam. Po jejich zavedení pacientů v čekárnách a na pohotovostech výrazně ubylo, což se výrazně odrazilo ve snížení počtu předepsaných léků, lékařských předpisů, návštěv u ošetřujících lékařů a pohotovostí. Toto vše by v konečném důsledku mělo vést ke zvýšenému zájmu o pacienta jak ze strany zdravotníků, tak ze strany lékárníků. Domnívám se, že pacienti se budou více zajímat o kvalitu poskytované zdravotní péče a také budou požadovat více informací o možnostech léčby.

6.2.3.5 Léková politika

Problematika lékové politiky v programech politických stran ČSSD a ODS nezahrnuje přední místa. ČSSD věnuje primární pozornost problematice zdravotnických poplatků a ODS naopak definici standardní a nadstandardní péče. V lékové politice chybí konstruktivní argumentace a David Rath s Markem Šnajdrem se často uchylují k osobním invektivám. Léková politika není téma, na kterém lze vyhrát volby, na druhé straně je to oblast, ve které dochází k pohybům řádově desítek miliard korun, proto stojí v centru zájmu lobby farmaceutických firem. ČSSD v této oblasti prosazuje minimálně jeden plně hrazený lék v každé skupině s případnou možností žádosti o odůvodněnou bezplatnou výjimku. ODS má zájem zjednodušit, zprůhlednit a zkrátit proces registrace léků, tvorby cen a úhrad léčivých přípravků (46).

Podle Národní ekonomické rady vlády (dále jen NERV) by zdravotní pojišťovny měly vytvářet tzv. pozitivní lékové seznamy. Jednalo by se o seznam doporučených přípravků, u kterých se s firmami podařilo vyjednat co nejnižší cenu. Podle centrálního seznamu by léky vybíraly nemocnice a ambulance. Zdravotnická zařízení by mohla

vypisovat elektronická aukce na další léky a státní nemocnice by kupovaly léky hromadně (Pavlíková, 2011).

7. Analýza provedených reformních kroků

„Reforma byla na české poměry až příliš odvážná,“ přiznali v srpnu loňského roku exministr zdravotnictví Tomáš Julínek a jeho náměstek Pavel Hroboň. V ruce přitom měli obsáhlou analýzu příčin, kvůli kterým reforma zdravotnictví ztroskotala: Manažeři pojišťoven nepodpořili plán zprivatizovat většinu pojišťoven. Lékaři se postavili proti změně nemocnic na akciové společnosti. Léčebné standardy nebyly dořešeny. Navíc část obyvatelstva neakceptovala poplatky u lékaře (48).

Hlavním autorem neúspěšné „Julínkovy“ reformy byl Pavel Hrbol, který měl snahu vytvořit ukázkovou reformu pro postsovětské země. Inspiraci čerpal v Nizozemsku, které v roce 2006 odstartovalo nebyvalou reformu²⁵. Sám k její realizaci neměl až tak daleko. Vládou schválenou reformu projednávala Poslanecká sněmovna. Její hlavní princip spočíval v privatizaci zdravotních pojišťoven, která v konečném důsledku měla zvýšit jejich konkurenceschopnost. Jeho vize zahrnovala větší pravomoci pojišťoven, které by samy mohly realizovat zdravotní péči a vybírat si jenom efektivní zdravotnická zařízení. V překladu privatizace zdravotnických zařízení neznámá nic jiného než vyvlastnění a prodání soukromým majitelům. Je proto pochopitelné, že pro tak radikální změnu vlastnických práv nenašel Hrbol deklarovanou podporu. Od svého záměru očekával nižší pojistné, kratší čekací doby a minimální doplátky v případě, že by se klient nechal léčit ve zdravotnických zařízeních, která by vlastnily pojišťovny. Oponenti argumentovali rizikem vzniku regionálních monopolů, snižováním kvality poskytované péče a zvyšováním pojistného. Zamýšlené kroky se nicméně nerealizovaly. Předcházelo jim zavedení regulačních poplatků, což byla zásadní politická chyba, která vedla k odvrácení privatizace pojišťoven (40). Dle mého názoru by privatizace zdravotnických pojišťoven a následně i zdravotnických zařízení jedním majitelem

²⁵ Podstatou nizozemské reformy zdravotnictví zahájené v roce 2006 je řízená soutěž. Soutěž, v které pojištěnci mohou svobodně volit pojistitele (mají možnost jej každý rok změnit), pojistitelé soutěží o pojištěnce ve výši pojistného, kvality a úrovně služeb a v neposlední řadě poskytovatelé zdravotní péče soutěží o smlouvy co se týče ceny a kvality poskytované péče. Tok finančních prostředků je v novém systému poměrně komplikovaný. Podle autora se nově zavedené pojistné skládá ze dvou složek. První část pojistky je placena jako procentuální odvod z příjmu; druhá část má formu nominálního pojistného, které je pevně stanovené na období jednoho roku konkrétní zdravotní pojišťovnou pro daný produkt (zdravotní plán). Pacienti také platí frančizu, spoluúčast, analogickou našemu systému havarijního pojištění motorových vozidel, kdy jsou náklady do určité výše nesené samotným spotřebitelem. V systému existuje kompenzace rizika plynoucího z odlišné struktury pojištěnců jednotlivých zdravotních pojišťoven.

nevedla ke zvyšování kvality poskytované péče. Na tento typ vlastnických práv naše společnost zatím ještě nedozrála. Pod termínem zefektivnění poskytované péče by se mohlo schovávat neúměrné šetření léky a zdravotnických materiálem na úkor pacientů.

7.1 Plán zdravotnické reformy

Nyní se připravuje reforma nová, některými médii označována za klon reformy předchozí. Jaké budou dopady nové reformy na občany ČR a státní rozpočet? Ministr zdravotnictví Leoš Heger probíral reformu zdravotnictví a její ekonomické dopady ve čtvrtek 24. února 2011 s ekonomickými experty z NERVU. Hlavní body reformy by měly zefektivnit využití 280 miliard, které zdravotnictví spotřebuje za rok. Resort nedostane žádné peníze ze státního rozpočtu navíc, a tak pokud mají zdravotníci dostat přidáno, musí se rezervy najít uvnitř systému (vyhlášení výběrových řízení na léky a zdravotnický materiál, minimalizace korupce, efektivnější investiční politika, využití rezerv na účtech zdravotních pojišťoven). Ministr Heger chce české zdravotnictví přiblížit standardům EU, zamezit plýtvání penězi a nasměrovat je do kvality péče i lepšího ohodnocení zdravotníků. Klíčové body reformy spočívají ve vytvoření úhradových standardů, definování správného postupu při poskytování péče, kontrole vstupu nových technologií a úpravě pravomocí a povinností zdravotních pojišťoven. V plánu legislativních prací pro rok 2011 má Heger 22 návrhů zákonů, novel, věcných záměrů a nařízení vlády. Vyhlásil také protikorupční strategii. Chystá se novelou zákona o veřejném zdravotním pojištění umožnit pacientům legálně si připlatit za nadstandardní péči. Hodlá také zvýšit platbu za den v nemocnici z 60 na 100 Kč. Z balíku reformních zákonů představil ministr veřejnosti tři zákony: o zdravotních službách, specifických službách a zdravotnické záchranné službě (48).

Reforma, kterou podporuje i prezident Klaus, musí být podle koaliční smlouvy schválena do roku 2012. Některé reformní kroky ale již začnou platit za pár měsíců. Co přesně se tedy v nejbližších měsících změní?

- Pacient si bude moci připlatit za lepší péči. Když se rozhodne například pro trvanlivější kloub z lepšího materiálu, zaplatí rozdíl mezi ním a kloubem označeným jako standardní. Každé zařízení však bude muset pacientovi nabídnout standard, který zaplatí pojišťovna.

- Pacient bude vědět, na jakou péči má nárok - dnes mu na to často nikdo nedokáže odpovědět. Měly by být zavedeny transparentní čekací seznamy pro jednotlivé druhy péče, pacientovi to zaručí, že nebude například na plánovanou operaci čekat déle, než je nezbytně nutné.
- Koaliční strany chtějí umožnit pojišťovnám, aby mohly pozitivně motivovat ty klienty, kteří nezanedbávají preventivní prohlídky. Kdo na ně chodí pravidelně, dostane nějakou formu „odměny“. Jakou, to zatím není specifikováno.
- Veškeré nákupy pro státní zdravotnická zařízení (například léků) se budou dělat přes elektronické aukce. Už teď tak nakupují některé fakultní nemocnice a říkají, že jim to ušetřilo peníze.
- Koaliční strany podpoří dlouhodobou péči o pacienty v jejich domácím prostředí. Chtějí také rozvíjet hospicovou péči (50).

7.2 Doporučení pro občany, voliče - reálnost předvolebních slibů

V předchozích kapitolách bylo nastíněno, jak neuvěřitelné sliby zaznívají v předvolební kampani z úst představitelů politických stran. Výzvy ministra financí Eduarda Janoty, aby si dopad svých ekonomických programů na státní rozpočet nechaly ministerstvem ověřit, se ale většina politických stran zalekla. Janota nabídl počátkem prosince v rozhovoru pro LN, že jeho ministerstvo zanalyzuje ekonomické programy jednotlivých stran. Propočty by mohly voličům posloužit jako vodítko při posuzování reálnosti předvolebních programů a slibů. Jeho výzva však nebyla vyslyšena. „Kromě TOP 09 to nikdo nechtěl,“ prozradil Janota. Místopředseda TOP 09 Miroslav Kalousek tuto situaci okomentoval následovně: „Ti, kdo spolupracovat nechtěli, ať už potichu nebo nahlas, tak si ty čísla cucali z prstu. Ke korektním výpočtům potřebujete mít přístup k časovým řadám... a ty jsou jen na ministerstvech financí a také práce a sociálních věcí.“ Ostatní strany se experimentu odmítly účastnit a snaží se teď vysvětlit proč. „Není problém, aby kterýkoli analytik na ministerstvu financí stáhl údaje o našem ekonomickém programu z webu ČSSD, kolem toho není třeba vést složitou korespondenci,“ hájila se ČSSD ústy Bohuslava Sobotky. Většina politických stran podle ministra nabídku odmítla s tím, že mají vlastní experty. To potvrdil i volební lídr ODS Petr Nečas. Janota ovšem tvrdí, že Ministerstvo financí nemohlo ověřit reálnost

výpočtů jednotlivých politických stran, aniž by strany byly ochotny spolupracovat. „Abychom mohli provést korektní výpočty, musely by politické strany dodat výchozí parametry pro své programy,“ vysvětlil Janota. „Výpočty, které strany udávají, jsou podle ministra často populistické a nereálné. Jsou to věci mnohdy nahodile nahozené na papír, které nemají nic společného s realitou.“ (35)

Dospěl jsem k názoru, že předvolební sliby mají k realitě daleko. Co tedy mohu doporučit běžnému občanovi, voliči? Snad jen to, aby se rozhodoval dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, i když zůstat nezúčastněný v předvolebním politickém boji, kdy se politické strany snaží navzájem co nejvíce pošpinit, je nesmírně náročné. Dle mého mínění se běžnému občanovi nabízí široká škála možností, odkud čerpat informace. Tisk, média, volební programy jednotlivých stran... Jak však již bylo nastíněno výše, předvolební sliby je nutno brát s rezervou. Pokud jste zatím nerozhodnutí a nemáte přitom čas procházet programy všech politických stran, mohou vám pomoci webové nástroje. Existuje jich hned několik: www.kohovolit.eu, www.volbomat.cz, www.volební rádce iDnes.cz²⁶.

7.3 Vyhodnocení povolební situace

Po volbách do Poslanecké sněmovny v roce 2010 se vlády ujala trojkoalice ve složení ODS – TOP 09 – VV. Koalice ve své koaliční smlouvě stanovuje zdravotnictví za jednu ze svých hlavních programových priorit, a proto nehodlá dopustit zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče pro občany České republiky. Dále se koalice chce zasadit o změny, které povedou k modernizaci a dalšímu rozvoji systému zdravotnictví na základě jeho dlouhodobé finanční udržitelnosti. Cílem koalice je zajistit občanům České republiky dostupnou a kvalitní zdravotní péči na principu skutečné solidarity. Koalice se shodla na základních podmínkách pro naplnění těchto cílů, jako je zachování a modernizace veřejného zdravotního pojištění, navýšení zdrojů legálním přísunem soukromých zdrojů, transparentní právní prostředí a rovná soutěž poskytovatelů péče i zdravotních pojišťoven jako účinný nástroj k omezování korupce, rovný přístup k péči hrazené z veřejného zdravotního pojištění, skutečná solidarita zdravých s nemocnými a jasné stanovení role státu (50).

²⁶ Princip těchto služeb spočívá v tom, že nabídnou soubor otázek, na které stačí odpovědět, případně nastavit prioritu, jak jsou pro občana důležité. Následně dojde k vyhodnocení na základě názorové shody s programy politických stran a výsledkem je graf, jaká politická strana je občanovi názorově nejbližší.

Koalice má zájem pokračovat ve veřejné diskuzi o reformě českého zdravotnictví na půdě expertní komise, do které budou přizvány i ostatní parlamentní politické strany. Definuje nárok, tedy rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, na základě medicínských kritérií a v rozsahu možností veřejného zdravotního pojištění. Každé zdravotnické zařízení, které má uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče se zdravotní pojišťovnou, je povinno vždy nabízet „nárok“, tedy variantu zdravotní péče plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Definuje časovou a geografickou (místní) dostupnost zdravotní péče a uloží plátcům tuto dostupnost pro pojištěnce zajistit. Pacient hradí tu část zdravotní péče, která není hrazena z veřejného zdravotního pojištění, tj. není součástí „nároku“. Koalice dále zavede transparentní čekací seznamy pro jednotlivé druhy zdravotní péče. Zdravotnická záchranná služba bude na celostátní úrovni jednotná a bude definována samostatným zákonem, který bude řešit její činnost, organizaci i principy financování, dostupnost jejích služeb a postavení v systému zdravotnictví a integrovaném záchranném systému. Vzhledem k tomu, že koalice podporuje prevenci, umožní zdravotním pojišťovnám pozitivně motivovat pojištěnce, kteří se účastní preventivní péče. Bezodkladně bude provedena kategorizace zdravotnických prostředků. Zdravotnické prostředky budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění na principu referencí. Dále bude zavedena generická preskripce a substituce u léků hrazených plně nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění. V každé referenční skupině musí být nejméně jeden dostupný lék plně hrazený bez doplatku. Koalice vytvoří takové právní prostředí, aby bylo možné přeměnit fakultní nemocnice na nemocnice univerzitní. Stát u svých zařízení a poskytovatelů zdravotní péče zabezpečí provádění elektronických aukcí a centrálních nákupů (50).

Koalice plánuje dokončit reformu postgraduálního a celoživotního vzdělávání zdravotnických pracovníků. Tyto náklady pokryje rezort školství. Postgraduální vzdělávání bude svěřeno vysokým školám se zdravotním zaměřením. Celoživotní vzdělávání budou organizovat komory, odborné společnosti a vysoké školy. Postgraduální i celoživotní vzdělávání budou provádět subjekty, které k tomu získají akreditaci ministerstva zdravotnictví. Stát bude finančně podporovat postgraduální vzdělávání tak, aby finance směřovaly ke školenci i k jeho zaměstnavateli. Nemocenské dávky budou převedeny na nemocenské pojištění, které budou provádět zdravotní

pojišťovny. Dozor a kontrola zdravotních pojišťoven posílí, stejně tak jejich hospodaření a zajišťování nároku pro pojištěnce. Budou stanoveny jasné, transparentní a efektivní podmínky, za kterých budou uzavírány smlouvy pojišťoven s poskytovateli zdravotní péče. Koalice se dále zavazuje, že bude prosazovat posílení práv pacientů a elektronizaci zdravotnictví jako nástroj ke zvýšení transparentnosti a efektivity zdravotního systému, k omezování korupčního prostředí a ke zlepšení zdraví a informovanosti občanů o čerpání a kvalitě péče. Budou vytvořeny takové podmínky, aby bylo možné co nejrychleji zavést institut reálné ceny, který nahradí současný netransparentní bodový systém. Při nákupu péče (služeb) ze strany zdravotních pojišťoven budou aplikovány principy transparentní veřejné obchodní soutěže (50).

Koalice dále plánuje iniciovat fúrování rezortních pojišťoven ministerstva vnitra a obrany. Zákonem sjednotí podmínky fungování pro všechny zdravotní pojišťovny tak, aby bylo umožněno další případné transparentní fúrování ostatních zdravotních pojišťoven, a zabezpečí spravedlivější přerozdělení pojistného na zdravotní pojištění. Společně s odborníky bude vymezena zdravotně – sociální péče dlouhodobého charakteru a navrhne vhodný způsob financování. Bude podporována dlouhodobá péče v domácnostech pacientů, terénní a ambulantní služby přizpůsobené potřebám pacienta jako alternativa ústavní dlouhodobé péče a rozvoj paliativní a hospicové péče. Regulační poplatky budou upraveny tak, že regulační poplatek za položku na recept bude zrušen a bude nahrazen regulačním poplatkem za recept a vyřazením tzv. levných léků z úhrad veřejného zdravotního pojištění. Koalice posílí kompetence a odpovědnost primární péče a zvýší regulaci za návštěvu ambulantního specialisty bez doporučení. Regulační poplatek za hospitalizaci se přiblíží reálným nákladům za tzv. hotelové služby v návaznosti na jejich kvalitu, nejméně ve výši 100,- Kč za lůžko/den. Průběžně budou vyhodnocovány sociální rizika a dopady na jednotlivé skupiny obyvatelstva. Koalice bude prosazovat, aby všechny nové zákony týkající se zdravotnické reformy vešly v platnost k 1. lednu 2012 (50).

8. Ověření stanovených hypotéz

Pro účely své práce jsem stanovil celkem pět hypotéz, jejichž cílem bylo zjistit, ve kterých bodech se zdravotní politika objektů komparace shoduje a ve kterých odlišuje.

H1: Domnívám se, že politické strany ODS a ČSSD se zásadně liší v názoru na způsob financování zdravotní péče.

H2: Předpokládám, že analýza předvolebních programů ODS a ČSSD prokáže, že se shodují na nutnosti definování standardní (základní) zdravotní péče.

H3: Usuzuji, že ODS a ČSSD se neshodují v počtu plátců (zdravotních pojišťoven) zdravotní péče.

H4: Předpokládám, že mezi ODS a ČSSD nepanuje názorová shoda v oblasti výběru zdravotnických poplatků.

H5: Nepředpokládám, že by se ODS a ČSSD shodovaly v problematice lékové politiky.

První hypotézu jsem stanovil proto, abych zjistil rozsah alternativ financování zdravotnické péče z levého i pravého politického spektra. Tato hypotéza se potvrdila. Způsob financování zdravotní péče vyplývá již z odlišné orientace vybraných politických stran. Na zachování pilíře veřejného zdravotního pojištění se obě strany shodnou, ČSSD ale odmítá navyšovat přímou spoluúčast pacientů a chce, aby do systému více přispíval stát. Podle exministra Ratha přichází v úvahu například navýšení platby státu za pojištěnce. Dále chce hledat rezervy ve stávajícím systému, dobrovolnému „komerčnímu“ připojištění se nicméně nebrání. ODS oproti tomu prosazuje sociálně citlivou spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče, která dle jejich názoru přispěje ke zvýšení dostupnosti nejmodernější léčby vážných onemocnění a ke zkrácení čekacích dob na náročné zdravotní výkony. Prostřednictvím různých bonus chce zvýhodnit ty, kteří pečují o své zdraví.

Hypotézu č. 2 nebylo možné ani potvrdit ani vyvrátit. I navzdory tomu, že se druhá hypotéza zabývá nejpravděpodobnějším průsečíkem v programech vybraných politických stran je závěr komparace poněkud nejasný. Důvodem jsou stanoviska členů ČSSD, které jsou v rozporu s předvolebním programem strany. Sociální demokraté v něm podporují připojištění pro nadstandardní péči, ale jedním dechem varují před

zaváděním „chudinských standardů“ a neústavnosti s tím spojené. Už v letošním roce očekávám od ČSSD a zvláště nového předsedy Bohuslava Sobotky gradování negativní rétoriky na předložené návrhy vládní koalice o definování standardů a nadstandardů. Nejedná se totiž o snadnou otázku, a přestože se řeší již několik let, zůstává stále nezodpovězena. Nicméně podle vyjádření ministra Leoše Hegera by určité množství standardu a nadstandardu pro účely zdravotnické péče mělo být definováno do konce letošního roku. Obávám se, že se tak stane po velkém politickém boji bez podpory největší opoziční strany.

Hypotéza č. 3 se potvrdila. V otázce počtu plátců zdravotní péče jsem se zaměřil na zásadní systémovou změnu a potenciální vytvoření monopolního postavení jedné zdravotní pojišťovny. Opět jsem narazil na zásadní rozdíly v názoru vybraných politických stran. Dle vyjádření ČSSD je současný počet zdravotních pojišťoven příliš vysoký a stačila by jedna. Opírá se o argument, že v ČR neexistuje komerční pojištění, takže pojišťovny si nemohou konkurovat. ODS naopak tvrdí, že monopol nemůže nikdy fungovat dobře a chce zachovat současný pluralitní systém. Dále plánuje zavedení komerčního pojištění, které by konkurenceschopnost pojišťoven zajistilo.

Také hypotéza č. 4 se potvrdila. Mezi oběma mnou zvolenými stranami panují v otázce regulačních poplatků značné rozdíly. O jejich zrušení či zachování se na české politické scéně strhl velký boj, který dokázal zásadním způsobem ovlivnit vyhocené volby do krajů a poslanecké sněmovny.

Pátá hypotéza zkoumala nedílnou součást zdravotnictví, lékovou politiku. Problematika lékové politiky je často opomíjena a v předvolebním klání v roce 2010 byla zastíněna regulačními poplatky. Odpověď na pátou hypotézu vztahující se k názorovým shodám vybraných politických stran v oblasti lékové politiky není tak jednoznačná, protože pro ČSSD je léková politika v předvolební kampani spíše okrajovým tématem. Nicméně obě strany se shodují na tom, že systém české lékové politiky vyžaduje zjednodušení a obě chtějí prosadit, aby pojišťovny platily za léky se stejnou léčivou látkou tutéž částku. Regulace nákladů na léky je v ČR v současné době klíčovou záležitostí. Nicméně obecně lze říci, že pátá hypotéza se nepotvrdila, protože názory na řešení problematiky lékové politiky vybraných politických stran se shodují. Navzdory konfrontační politice, kterou mezi sebou vedou David Rath, Boris Šťasný

a případně Marek Šnajder se domnívám, že v problematice lékové politiky a tvorbě pozitivních lékových seznamů budou schopni společně najít kompromis.

9. Závěr

Ve své práci jsem se zabýval tématem „Reforma zdravotnictví v programech politických stran“, které je v poslední době nesmírně aktuální. Stručně jsem charakterizoval současný stav zdravotnického systému v ČR a ze zjištěných nedostatků jsem vyvodil nutnost reformy. Protože nová reforma zdravotnictví z dílny ministra Leoše Hegera se dosud připravuje, věnoval jsem větší prostor reformě jeho předchůdce ministra Julínka, která pod názvem „Reforma pro ČR v Evropě v 21. století“ vstoupila v platnost v roce 2004. Popsal jsem její cíle a hlavní reformní body, na kterých byla založena. Následně jsem se zaměřil na problematiku zdravotnictví a jeho reformy v programech vybraných politických stran, praktickou část své práce. Pro účely své práce jsem si vybral v současnosti nejvýznamnější aktéry na české politické scéně, tedy ODS a ČSSD.

Výstup srovnávání volebních programů ČSSD a ODS byl vytvořen nejenom na základě dostupných materiálů jednotlivých stran, článků z odborných časopisů a novin ale i na podkladě tiskových zpráv z médií. Proto nelze zcela vyloučit nepravdivou interpretaci sdělených údajů. Úzký záběr dvou politických stran, zkoumání jasně stanovených bodů volebních programů vycházelo ze snahy o co nejvyšší objektivizaci problematiky a prevenci povrchní komparace získaných dat. Srovnávaná data byla rozdělena do pěti kategorií:

- Financování zdravotnictví,
- Definice základní a nadstandardní zdravotní péče,
- Zdravotní pojišťovny a zdravotní pojištění,
- Spoluúčast pacientů,
- Léková politika.

Na základě srovnání zdravotnických programů ČSSD a ODS jsem dospěl k názoru, že jejich zdravotní politika a tím pádem i přístup k reformě zdravotnictví je diametrálně odlišný. Co se týče dalšího financování zdravotnictví, ČSSD chce stabilizovat situaci ve zdravotnictví navýšením platby za státní zaměstnance. Další zdroje chce hledat v lepší organizaci, efektivní technice, promyšlením centrální lékové politiky, informačních systémech a odborných specializacích. ODS se oproti tomu ve svém předvolebním programu otázkou zvýšení plateb za státního zaměstnance vůbec

nezabývá. Stěžejní je pro ni zachování povinné účasti v systému veřejného zdravotního pojištění, spoluúčast pacientů při zachování ochranných limitů, dobrovolné připojištění a zvýšení efektivnosti finančních zdrojů nacházejících se již v systému. Deklaruje též zvýšení posílení kontroly státu nad penězi ve veřejném zdravotním pojištění.

Pro rozdělení zdravotní péče na základní a nadstandardní se ve svém volebním programu jednoznačně hlásí ODS. Ministerstvo už v roce 2008 ustanovilo Radu pro tvorbu standardů, jsou v ní zástupci lékařů i zdravotních pojišťoven. Rada zpracovala metodiku přípravy standardu a jeho definici. Postoj ČSSD k definici základní a nadstandardní péče není zcela čitelný, což vyplývá z nesouladu jejího předvolebního programu a povolebního vystupování jejích zvolených zástupců nebo významných členů. ČSSD se ve svém volebním programu zavazuje zachovat vysoký standard poskytované péče, přičemž se přiklání k připojištění pro nadstandardní podmínky péče. Zůstává otázkou, jak vysoký nadstandard za možnost připojištění hodlá sociální demokracie zavést, když současně prosazuje zachování vysokého standardu nezbytné lékařské péče pro všechny občany.

Co se zdravotních pojišťoven týče, ČSSD dlouhodobě tvrdí, že současný počet zdravotních pojišťoven je příliš vysoký a stačila by jedna. ODS se staví proti slučování zdravotních pojišťoven a vytváření monopolu, navíc plánuje komerční připojištění na stáří a ošetrovatelskou péči.

Další významný rozpor spočívá v názoru na spoluúčast pacientů. O nutnosti jejího zvyšování hovoří otevřeně jen ODS, ČSSD hodlá veškeré poplatky zrušit. ODS, nejsilnější pravicová strana, klade důraz na přiměřenou a sociálně citlivou spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče, která přispěje ke zvýšení dostupnosti nejmodernější léčby vážných onemocnění a ke zkrácení čekacích dob na náročné zdravotní výkony. ČSSD poplatky za návštěvu lékaře a položku na receptu odmítá, nebrání se však diskuzi na téma poplatky za stravu v nemocnicích. Trvá na názoru, že české zdravotnictví dosahuje dlouhodobě v mezinárodním srovnání velmi dobrých výsledků a svou kvalitou a dostupností zdravotní péče patří ČR k nadprůměru zemí Evropské unie. Chybějící prostředky lze získat lepší organizací, vybavením pracovišť efektivní technikou a promyšlenou centrální lékovou politikou.

Dle mého názoru volební program ČSSD systémově neřeší problémy spojené se stárnutím populace demografickými změnami. Pouze opakuje předvolební hesla

úspěšně použitá v minulosti. ČSSD ani neřeší posílení role pacienta ve vztahu pacient - zdravotník, ani propojení služeb zdravotní a sociální péče s ohledem na skutečné potřeby dnešních seniorů. Také mi není jasné, proč ČSSD trvá na rušení zdravotnických poplatků i přes skutečnost, že díky nim dochází k regulaci v nadužívání lékařské péče a tudíž zbývá více prostředků pro chronicky a těžce nemocné občany – pacienty. Přitom jimi navrhované zvýšení pojistných plateb je zbytečným vytahováním dalších peněz z kapes nás všech. Příčinou je pravděpodobně to, že zvýšení pojistného není tak „viditelné“, takže socialisticky falešná představa, že zdravotnictví je zadarmo, by zůstala zachována.

Zdravotnický program ODS je dle mého názoru mnohem detailnější a propracovanější, než program ČSSD. Před voličem nic neskrývá, hovoří o nutnosti reformy a jasně zmiňuje prostředky, jakými ji chce dosáhnout. Příčiny jsou zřejmé - lékařská péče je stále kvalitnější, což vyžaduje stále větší finanční náklady. Bez sociálně citlivé míry spoluúčasti pacientů, která je běžná v celé vyspělé Evropě, se do budoucna neobejdeme. To ve svém důsledku znamená přístup k nejkvalitnější léčbě vážných onemocnění pro všechny. V této souvislosti však považuji za nutné podotknout, že ODS vládne v koalici s VV a TOP 09, v důsledku čehož bude ve svém programu nucena k jistým ústupkům. Zdravotnický program TOP 09 je totiž ve srovnání s programem ODS výrazně „tvrdší“ a považuje navyšování spoluúčasti pacientů na evropskou úroveň za nezbytný a program VV se spíše blíží programu levicové ČSSD. Konečná podoba zdravotnické reformy bude tedy výsledkem koaliční dohody.

10. Seznam literatury

Knižní zdroje

- 1 GLADKIJ, Ivan. *Management ve zdravotnictví*. Brno: Computer Press, 2003, 384 s. ISBN: 80-7226-996-8.
- 2 GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2000. 177 s. ISBN 80-244-0176-2.
- 3 DURDISOVÁ, Jaroslava. *Ekonomika zdraví*. 1. vyd. Praha: Vysoká škola ekonomická v Praze, Oeconomica, 2005. 228 s. ISBN 80-245-0998-9.
- 4 MATOUŠEK, Miloslav. *Přehled dějinného vývoje lékařství*. Praha: Orbis, 1953. 92 s.
- 5 POTŮČEK, Martin. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2005. 399 s. ISBN 80-86429-50-4.
- 6 POTŮČEK, Martin. PURKRÁBEK, Miroslav. VAVROUŠEK, Josef. *Zrod teorie veřejné politiky v České republice*. Praha: Vesmír, 1994. 99s. ISBN 80-901131-6-8.
- 7 REKTOŘÍK, Jaroslav a kol. *Ekonomika a řízení odvětví veřejného sektoru*. Praha: Ekopress, 2007, 309 s. ISBN 978-80-86929-29-3.
- 8 VURM, Vladimír. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2004, ISBN: 80-7254-997-9.
- 9 ZLÁMAL, Jaroslav. BELLOVÁ, Jana. *Ekonomika zdravotnictví*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005. 206 stran, ISBN 80-7013-429-1.

Odborné články

- 10 LUŠÍK, Štefan. Léky a polypragmazie. *Vnitřní Lékařství*, 1999, roč. 45, č. 5, str. 315–318.
- 11 ČLK. Sloučit pojišťovny a snížit náklady. *Zdravotnické noviny*, 2010, roč. 59, č. 38, str. 2. ISSN 0044-1996.
- 12 ČLK. Strany se shodly na sloučení rezortních pojišťoven. *Zdravotnické noviny*, 2010, roč. 59, č. 21, str. 12. ISSN 0044-1996.
- 13 HOLČÍK, Jan: Poslání a budoucnost Public Health v evropském kontextu. *Časopis Lékařů českých*, 2006, roč. 145, č. 3, str. 171–174.
- 14 KEMÉNYOVÁ, Zuzana. Češi si na zdraví připlácejí čím dál víc. A platit chtějí. *Hospodářské noviny*, 17. srpna 2010, str. 6. ISSN: 0322-7774.
- 15 MSVO. Pojišťovny šetří na provozních nákladech. *Zdravotnické noviny*, 2011, roč. 60, č. 3, str. 4. ISSN 0044-1996.

- 16 NEČAS, Petr Zdravotní pojišťovny by měly snížit náklady o desetinu. Zdravotnické noviny, 2011, roč. 60, č. 11, str. 1. ISSN 0044-1996.
- 17 PAVLÍKOVÁ, Olga (a). ČTK, Heger a NERV jednali o korupci. Zdravotnické noviny, 2011, 60, 5, 5. ISSN 0044-1996.
- 18 PAVLÍKOVÁ, Olga (b). MZ nečekaně zrušilo tendr na standardy péče, chce nový. Zdravotnické noviny, 2010, 59, 14, 1. ISSN 0044-1996.
- 19 STROJIL, Jan. HORÁK, František. ŮRGE, Ján. Polypragmázie u 67letého diabetika. Klinická farmakologie a farmacie, 2007, roč. 21, č. 1, str. 43 – 45.
- 20 SZP. Odmítnutí návrhu stínového ministra ČSSD. Zdravotnické noviny, 2010, roč. 59, č. 39, str. 3. ISSN 1214-7664.
- 21 TZ. Omezení provozních prostředků ohrozí plnění povinností. Zdravotnické noviny, 2011, 60, 12, 1. ISSN 0044-1996.

Internet

- 22 ktuálně.cz: Před volbami slibují, po volbách neplní [online]. 20. dubna 2006 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW: <<http://aktualne.centrum.cz/domaci/politika/clanek.phtml?id=125976>>.
- 23 CABRNOCH, Milan. JULÍNEK, Tomáš. HROBOŇ, Pavel. *Zdravotní politika*. Praha: CEVRO, 2005. 40 s. Dostupné z WWW: <<http://www.ods.cz/eu/download/docs/cabrnoch-zdravotnictvi.pdf>>.
- 24 CVVM: *Reforma zdravotnictví: názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování* [online]. Strana naposledy aktualizována 1. února 2011 [cit. 2011-01-02]. Dostupné z WWW: <http://www.cvvm.cas.cz/upl/zpravy/101095s_oz110201a.pdf>.
- 25 ČLK: *Nesouhlas s plánem na zmrazení výše pojistného placeného státem za tzv. státní pojištěnce* [online]. 15. září 2009 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW: <http://www.lkcr.cz/dokument3.php?param=dokumenty_file,DOKUMENTY_FILE_ID,,TYPE,NAME,DATE_AKT&id=89018>.
- 26 ČSSD: Velký volební program [online]. c2009- [cit. 2011-01-29]. Dostupné z WWW: <http://www.cssd.cz/soubory/ke-stazeni/dokumenty/velky_volebni_program.pdf>.
- 27 ČSSD.cz. *Vystoupení Jiřího Paroubka na semináři „Jakou reformu potřebuje české zdravotnictví?“* [online]. 30. března 2010 [cit. 2011-03-21]. Dostupné z WWW: <<http://www.cssd.cz/inews/video/vystoupeni-jiriho-paroubka-na-seminari-jakou-reformu-potrebuje-ceske-zdravotnictvi>>.
- 28 Doktorka.cz. *Léčba podle standardů* [online]. 3. dubna 2009 [cit. 2011-01-11]. Dostupné z WWW: <<http://zdravi.doktorka.cz/lecba-podle-standartu/>>.

- 29 DOLEJŠÍ, Václav: *Deset slibů, kterými vás chtějí před volbami dostat*. In iDnes.cz [online]. 25. května 2009 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW: <http://zpravy.idnes.cz/deset-slibu-kterymi-vas-chteji-pred-volbami-dostat-fw-ww-domaci.asp?c=A090525_083335_domaci_adb>.
- 30 Finance.cz. *Ministr Heger chce nahradit růst DPH ve zdravotnictví* [online]. 9. března 2011 [cit. 2011-03-09]. Dostupné z WWW: <<http://www.finance.cz/zpravy/finance/301218-ministr-heger-chce-nahradit-rust-dph-ve-zdravotnictvi/>>.
- 31 FinExpert.cz: *50 nesplněných slibů ČSSD* [online]. Strana naposledy editována 2. února 2011 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW: <<http://volby.finexpert.cz/?q=node/1012>>.
- 32 iDnes.cz: *Vláda dokončila program. Kde všude bude škrtat?* [online]. 8. července 2010. [cit. 2011-02-12]. Dostupné z WWW: <http://zpravy.idnes.cz/prehledne-vlada-dokoncila-program-kde-vsude-bude-skrtat-pji-prilohy.asp?c=A100708_1413389_domaci_itu>.
- 33 JULÍNEK, Tomáš. HROBŇ, Pavel. MACHÁČEK, Tomáš: *Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století* [online]. Červenec 2003 [cit. 2011-02-26]. Dostupné z WWW: <http://www.zdravotnireforma.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publicace.pdf>.
- 34 KRÁSA, Václav: *Zdravotní politika v ČR – připravovaná reforma zdravotnictví* [online], 10. srpen 2008 [cit. 2011-01-03]. Dostupné z WWW: <<http://www.vaclavkrasa.cz/zdravotni-politika-v-cr--pripravovana-reforma-zdravotnictvi-52.html>>.
- 35 Lidovky.cz. *Spočítáme vaše předvolební sliby, nabízel Janota. Strany se však bojí* [online]. 3. května 2010 [cit. 2011-01-11]. Dostupné z WWW: <http://byznys.lidovky.cz/spocitame-vase-predvolebni-sliby-nabizel-janota-strany-se-vsak-boji-119-/statni-pokladna.asp?c=A100502_215507_in_domov_kim>.
- 36 NašePeníze.cz: *Má být opravdu jen jedna zdravotní pojišťovna?* [online]. c2007- [cit. 2011-01-30]. Dostupné z WWW: <<http://www.nasepenize.cz/ma-byt-opravdu-jen-jedna-zdravotni-pojisovna-6792>>.
- 37 Novinky.cz: *Rath počítá s více penězi pro zdravotnictví* [online]. 22. ledna 2006 [cit. 2011-02-10]. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/domaci/75322-rath-pocita-s-vice-penezi-pro-zdravotnictvi.html>>.
- 38 ODS: *Smlouva s voliči: ODS hlásí 92 % splněno* 21. dubna 2010 [cit. 2011-02-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.ods.cz/volby2010/aktuality-SMLOUVA-S-VOLICI-ODS-HLS-92--SPLNNO-95.html>>.
- 39 ODS: *Volební program ODS* [online]. c1991 [cit. 2011-01-29]. Dostupné z WWW: <<http://www.ods.cz/docs/programy/volebni-program2010.pdf>> .

- 40 Parlamentní listy.cz: *Heger se sejde s NERVem kvůli dopadům zdravotnické reformy* [online]. 24. února 2011 [cit. 2011-01-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.parlamentnilisty.cz/zpravy/189822.aspx>>.
- 41 Pedagogická fakulta MU: *Výklad základních pojmů: Úvod do evropské zdravotní strategie* [online]. c2009 [cit. 2011-02-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.ped.muni.cz/z21/texty.htm>>.
- 42 Podnikatel.cz: *Zdravotní pojištění a OSVČ vedlejší v roce 2011* [online]. 21. ledna 2011 [cit. 2011-01-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.podnikatel.cz/clanky/zdravotni-pojisteni-a-osvc-vedlejsi-v-roce-2011/>>.
- 43 Politika24.cz: *Česká strana sociálně demokratická* [online]. Strana naposledy editována 29. ledna 2011 [cit. 2011-01-29]. Dostupné z WWW: <<http://politika24.cz/politicke-strany/strana-ceska-strana-socialne-demokraticka-cssd/>>.
- 44 Politika24.cz: *Občanská demokratická strana* [online]. Strana naposledy editována 29. ledna 2011 [cit. 2011-01-29]. Dostupné z WWW: <<http://politika24.cz/politicke-strany/strana-obcanska-demokraticka-strana-ods/>>.
- 45 Portal.gov.cz: *Systém zdravotnictví a zdravotní pojištění* [online]. c2003- [cit. 2011-01-18]. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_lp.814/0/_s.155/708/mc/22501-707-694-22508/_s.155/9713?ks=1650>.
- 46 PrvníZpravy.cz: *Na lékovou politiku má každá strana vlastní recept* [online]. 2. května 2010 [cit. 2011-01-13]. Dostupné z WWW: <<http://www.prvnizpravy.cz/zpravy/style=default/zpravy/z-domova/na-lekovou-politiku-ma-kazda-strana-vlastni-recept/>>.
- 47 SÚKL: *Hodnocení vývoje distribuce léčivých přípravků (včetně specifických léčebných programů)* [online], c2010 [cit. 2011-01-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.sukl.cz/1-distribuce-lecivych-pripravku-vcetne-specifickych-2>>.
- 48 Týden.cz: *Julínková reforma se vrací. Jen ji hájí jiné tváře* [online]. 4. června 2010 [cit. 2011-01-13]. Dostupné z WWW: <http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/zdravotnictvi/julinkova-reforma-se-vraci-jen-ji-haji-jine-tvare_171154.html?showTab=nejnovejsi>.
- 49 ÚZIS: *Aktuální informace ÚZIS č. 35 - Vybrané ukazatele ekonomiky zdravotnictví v mezinárodním srovnání* [online]. 15. srpna 2008 [cit. 2011-02-22]. Dostupné z WWW: <http://www.zdravi21msk.cz/03_plneni/files/vybrukek.pdf>
- 50 Věci veřejné: *Koaliční smlouva o vytvoření koalice rozpočtové odpovědnosti, vlády práva a boje proti korupci* [online]. Strana naposledy editována 12. února 2011 Dostupné z WWW: <http://www.veciverejne.cz/search.php?f_search=koali%C4%8Dn%C3%AD+smlouva&x=0&y=0>.

- 51 VOZP: *Změny zdravotního pojištění v roce 2011: Zaměstnavatelé a zaměstnanci* [online]. 4. ledna 2011 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z WWW: <http://www.vozp.cz/cs/Platci/Aktuality/2011/zmeny_zp_2011.html>.
- 52 Novinky.cz: Ráth počítá s více penězi pro zdravotnictví [online]. 22. ledna 2006 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.novinky.cz/domaci/75322-rath-pocita-s-vice-penezi-pro-zdravotnictvi.html>>.
- 53 Tribune.cz Nejmenší zdravotní pojišťovna končí, převezme ji VZP [online]. 23. března 2011 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/21874-media-nejmensi-zdravotni-pojistovna-konci-prevezme-ji-vzp>>.
- 54 Rozhlas.cz [online]. 25. října 2010 [cit. 2011-03-20]. Dostupné z WWW: <http://www.rozhlas.cz/radio_cesko/exkluzivne/zprava/802177>.

Legislativa

- Zákon č. 592/1992 Sb., o pojistném na všeobecné zdravotní pojištění.
- Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu.

11. Seznam zkratek

CVVM – Centrum pro výzkum veřejného mínění
ČLK – Česká lékařská komora
ČSÚ – Český statistický úřad
DPH – Daň z přidané hodnoty
EAO – Ekonomicky aktivní obyvatelstvo
EU – Evropská unie
HZDS – Hnutí za demokratické Slovensko
KDS – Křesťanská demokratická strana
KSČ – Komunistická strana Československa
KSČM Komunistická strana Čech a Moravy
KÚNZ – Krajské ústavy národního zdraví
OÚNZ – Okresní ústavy národního zdraví
MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí
NERV – Národní ekonomická rada vlády
OBZP – Osoby bez zdanitelných příjmů
ODA – Občansko demokratická aliance
OSVČ – Osoby samostatně výdělečně činné
OECD – Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj
SSSR – Svaz sovětských socialistických republik
SÚKL – Státní úřad pro kontrolu léčiv
SZP – Svaz zdravotních pojišťoven ČR
VOZP – Vojenská zdravotní pojišťovna
VZP – Všeobecná zdravotní pojišťovna
WHO – Světová zdravotnická organizace

12. Seznam obrázků, tabulek a grafů

Seznam obrázků

Obrázek 1: Návrh systému financování zdravotnictví podle Julínkovy reformy

Seznam tabulek

Tabulka 1: Změna poptávky po zdravotnických službách po zavedení regulačních poplatků v roce 2008

Seznam grafů

Graf 1: Demografický vývoj obyvatel České republiky

Graf 2: Jak vnímají čeští občané problémy ve zdravotnictví v %

Graf 3: Vývoj nákladů na zdravotní péči podle VZP 2004 – 2010 (tis. Kč)

Graf 4: Srovnání provozních nákladů zdravotních pojišťoven v ČR a v některých .
evropských státech

13. Seznam příloh

Příloha č. 1: Seznam státních pojištěnců

Příloha č. 2: Osoby bez zdanitelných příjmů

Příloha č. 3: Výdaje na zdravotnictví v roce 2006 podle zdrojů financování jako % z celkových výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD

Příloha č. 4: Vývoj reformy zdravotnictví

Příloha č. 5: Hlavní události od zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví

Příloha č. 6: Seznam schválených a rozpracovaných návrhů klinických standardů

Příloha č. 7: Volební programy stran: zdravotnictví

Příloha č. 1: Seznam státních pojištěnců (<http://www.mediazp.cz/cz/statni-pojistenci/>)

Stát je plátcem pojistného za osoby, které jsou uvedeny v § 7 odst. 1 zákona č. 48/1997 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Těmito osobami jsou:

- a) nezaopatřené děti, kdy nezaopatřenost dítěte se posuzuje podle zákona o státní sociální podpoře,
- b) poživatelé důchodů z důchodového pojištění,
- c) příjemci rodičovského příspěvku,
- d) ženy na mateřské a rodičovské dovolené a osoby pobírající peněžitou pomoc v mateřství podle předpisů o nemocenském pojištění,
- e) uchazeči o zaměstnání, včetně uchazečů o zaměstnání, kteří přijali krátkodobé zaměstnání,
- f) osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi a osoby s nimi společně posuzované, a to za podmínky, že nejsou podle potvrzení plátce v pracovním ani obdobném vztahu ani nevykonávají samostatnou výdělečnou činnost, nejsou v evidenci uchazečů o zaměstnání a nejde o poživatele důchodu nebo o nezaopatřené dítě. Dávky poskytuje obecní úřad, krajský úřad a MPSV,
- g) osoby závislé na péči nebo osoba pečující. Osoby, které jsou závislé na péči jiné osoby ve stupni II (středně těžká závislost) nebo stupně III (těžká závislost) anebo stupně IV (úplná závislost), a osoby pečující o tyto osoby. Do této kategorie mohou být zařazeny jen osoby uvedeným stupněm závislosti. Podle zákona o sociálních službách příspěvek poskytuje obecní úřad s rozšířenou působností a stupeň závislosti posuzuje úřad práce,
- h) osoby konající základní (náhradní) službu v ozbrojených silách, další službu nebo civilní službu a osoby povolané k vojenskému cvičení,
- i) osoby ve vazbě nebo osoby ve výkonu trestu odnětí svobody,²⁷
- j) osoby bez zdanitelných příjmů, které jsou příjemci dávek nemocenského pojištění,
- k) osoby, které dosáhly věku potřebného pro nárok na starobní důchod, avšak nesplňují další podmínky pro jeho přiznání a nemají příjmy ze zaměstnání, ze samostatné výdělečné činnosti a nepožívají žádný důchod z ciziny, nebo tento důchod nepřesahuje měsíčně částku ve výši minimální mzdy,
- l) osoby celodenně osobně a řádně pečující alespoň o jedno dítě do 7 let věku nebo nejméně o dvě děti do 15 let věku, nejde-li o osoby uvedené v písmenu c) nebo d). Podmínka celodenní péče se považuje za splněnou i tehdy, je-li dítě předškolního věku umístěno v jeslích (mateřské škole), popřípadě v obdobném zařízení na dobu, která nepřevyšuje čtyři hodiny denně, a jde-li o dítě plnící povinnou školní docházku, po dobu návštěvy školy, s výjimkou umístění v zařízení s týdenním či celoročním

²⁷ Pokud osoby uvedené v písmenu a) až i) mají rovněž příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti, je plátcem pojistného stát a pojistné je rovněž odváděno těmito osobami z příjmů ze zaměstnání či samostatné výdělečné činnosti.

- pobytem. Za takové osoby se považuje vždy pouze jedna osoba, a to buď otec nebo matka dítěte, nebo osoba, která převzala dítě do trvalé péče nahrazující péči rodičů, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti,
- m) mladiství umístění ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy,
 - n) osoby vykonávající dlouhodobou dobrovolnickou službu na základě smlouvy s vysílající organizací, které byla udělena akreditace Ministerstvem vnitra, v rozsahu překračujícím v průměru alespoň 20 hodin v kalendářním týdnu, pokud není dobrovolník plátcem pojistného podle § 5 zákona č. 48/1997 Sb., nebo za něj není plátcem pojistného stát podle předchozích písmen a) až m),
 - o) cizinci, kterým bylo uděleno oprávnění k pobytu na území České republiky za účelem poskytnutí dočasné ochrany podle zvláštního právního předpisu, pokud nemají příjmy ze zaměstnání nebo ze samostatné výdělečné činnosti,
 - p) žadatelé o udělení mezinárodní ochrany a jeho dítě narozené na území, cizinec, jemuž bylo uděleno vízum k pobytu nad 90 dnů, pokud nemají příjmy ze zaměstnání ze samostatné výdělečné činnosti. Týká se žadatelů o azyl, tuto kategorii řeší výhradně VZP. Tyto osoby nemají trvalý pobyt na území ČR a jejich zařazení do systému veřejného zdravotního pojištění je pouze na základě politické vůle.

Všechny tyto osoby jsou povinny oznámit příslušné zdravotní pojišťovně do osmi dnů skutečnosti rozhodné pro vznik nebo zánik povinnosti státu odvádět za ně pojistné. Za nesplnění oznamovací povinnosti může být uložena pokuta až do výše 10000 Kč. Při opakovaném nesplnění může být uložena pokuta až do výše dvojnásobku uložené pokuty.

Příloha č. 2: Osoby bez zdanitelných příjmů (<http://www.podnikatel.cz/clanky/osoby-bez-prijmu-nezapominejte-na-pojistne/>)

Mezi osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP) se nejčastěji řadí:

- a) studenti starší 26 let, případně studenti, kteří studují na škole, která nebyla Ministerstvem školství označena jako soustavná příprava na budoucí povolání,
- b) ženy v domácnosti, které nepečují celodenně a řádně alespoň o jedno dítě do 7 let nebo o dvě děti do 15 let,
- c) zaměstnanci pracující pouze na dohody o provedení práce,
- d) studenti, kteří po ukončení studia nenastoupí po prázdninách do zaměstnání, nezaevidují se na úřad práce nebo nezačnou podnikat,
- e) nezaměstnaní, kteří nejsou evidováni na úřadu práce,
- f) občané pracující v cizině (mimo EU) pro cizího zaměstnavatele,
- g) pojištěnci s příjmy podle § 8, 9 nebo 10 dle zákona o daních z příjmů, které nepodléhají odvodům pojistného.

Příloha č. 3: Výdaje na zdravotnictví v roce 2006 podle zdrojů financování jako % z celkových výdajů na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD (Aktuální informace ÚZIS č. 35)

Země	Veřejné výdaje			Soukromé výdaje
	Veřejné výdaje celkem	z toho		
		veřej. zdrav. pojištění	veřejné rozpočty	
Česká republika	87,9	78,5	9,4	12,1
Belgie	.	56,4	12,7	.
Dánsko	79,9	.	79,9	20,1
Finsko	76,0	14,9	61,1	24,0
Francie	79,7	74,6	5,1	20,3
Irsko	78,3	0,7	77,6	21,7
Island	82,0	27,4	54,5	18,0
Itálie	77,2	0,1	77,1	22,8
Kanada	70,4	1,4	69,0	29,6
Lucembursko	90,9	70,3	20,6	9,1
Maďarsko	70,9	60,1	10,8	29,1
Německo	76,9	67,5	9,3	23,1
Nizozemsko	.	77,7	4,0	.
Norsko	83,6	12,5	71,1	16,4
Nový Zéland	77,8	.	77,8	22,2
Polsko	69,9	58,6	11,3	30,0
Portugalsko	70,6	0,8	69,7	29,4
Rakousko	76,2	44,7	31,5	23,8
Řecko	61,6	.	.	38,4
Slovensko ¹⁾	74,4	65,2	9,2	25,6
Spojené království	87,3	.	.	12,7
Španělsko	71,2	5,2	66,1	28,8
Švédsko	81,7	.	81,7	18,3
Švýcarsko	60,3	43,0	17,2	39,7
Turecko ¹⁾	71,4	37,7	33,7	28,6
USA	45,8	13,1	32,7	54,2

¹⁾ Údaj za rok 2005

Příloha č. 4: Vývoj reformy zdravotnictví (Vepřek a kol. (2002))

1990 – 1991
<ul style="list-style-type: none"> - příprava základních změn - nastartování základních změn - zánik Krajských ústavů národního zdraví a později i Okresních ústavů národního zdraví - vznik České lékařské komory, České stomatologické komory a České lékárnické komory
1992
<ul style="list-style-type: none"> - zahájení nového způsobu financování zdravotní péče prostřednictvím VZP (v té době ovšem ještě čerpala zdroje ze státního rozpočtu) - vytvoření základů pro proces privatizace
1993
<ul style="list-style-type: none"> - zahájení financování zdravotní péče VZP a později dalšími zdravotními pojišťovnami na bázi vybraného pojistného - vznik několika zaměstnaneckých pojišťoven - zahájení privatizace (převážně se týkala ambulantní péče)
1994 - 1995
<ul style="list-style-type: none"> - první vážnější problémy ve financování zdravotnictví - vznik většiny zaměstnaneckých pojišťoven - legislativní omezení konkurence pojišťoven - začíná se uznávat nutnost podstatných úprav systému a nutnost pokračovat v reformě v upraveném pojetí
1997 - 1998
<ul style="list-style-type: none"> - vládní stranou ČSSD – orientace zdravotnictví na čistě neziskový princip poskytování zdravotní péče - tlumení růstu výdajů zavedením různých forem paušálních plateb - pokus o restrukturalizaci lůžkové péče na bázi výběrových řízení
1999 - 2001
<ul style="list-style-type: none"> - stagnace a vyčkávání
2002 - 2007
<ul style="list-style-type: none"> - stálý růst výdajů na zdravotnictví - více návrhů na reformu zdravotnictví, žádný však neprosazen a neuplatněn v praxi - převod státních neziskových zdravotnických zařízení na kraje a obce - přeměna některých zdravotnických zařízení na právnické osoby fungující na ziskovém principu – velmi kontroverzní, snaha ze strany vlády o udržení celého sektoru čistě neziskového - v systému průběžně prováděny pouze dílčí změny - např. pravidelné změny úhradových vyhlášek - od r. 2006 vládní stranou ODS – nový návrh reformy (Julínkova reforma)

Příloha č. 5: Hlavní události od zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví
(<http://www.ceskenoviny.cz/domov/zpravy/regulacni-poplatky-ve-zdravotnictvi-byly-zavedeny-v-lednu-2008/486955?rss>)

- 1. ledna 2008 - Lidé začali platit u lékaře a za položku na receptu 30 korun, za den v nemocnici 60 a za pohotovost 90 korun. Ochranný limit na výdaje činil 5000 korun. Regulační poplatky zavedla koalice ODS, KDU-ČSL a SZ.
- 28. května 2008 - Ústavní soud zamítl návrh ČSSD na zrušení zdravotnické části reformy veřejných financí včetně poplatků.
- 1. srpna 2008 - Byly zrušeny poplatky za pobyt novorozenců v porodnici. Od placení byli osvobozeni i dárci orgánů a lidé, kterým byla léčba soudně nařízena.
- 19. prosince 2008 - Levici se ve sněmovně podařilo odhlasovat zrušení poplatků. Senát návrh se změnami vrátil sněmovně.
- 1. ledna 2009 - Středočeský kraj jako první začal hradit za lidi poplatky v krajských nemocnicích a lékárnách. Od února se přidali v dalších krajích vedených ČSSD.
- 20. ledna 2009 - Grémium majitelů lékáren podalo první žalobu kvůli nevybírání regulačních poplatků v lékárnách v majetku Středočeského kraje.
- 11. února 2009 - Sněmovna schválila kompromisní senátní návrh o omezení některých poplatků.
- 1. dubna 2009 - U lékaře přestaly platit děti do 18 let (ostatní platby zůstaly zachovány). Dětem a seniorům nad 65 let se snížil limit z 5000 na 2500 korun, u seniorů zahrnul i doplatky na léčiva, 30 korun za položku na receptu je jen u léků s doplatkem nižším než 30 korun.
- 14. dubna 2009 - Krajské lékárny ve Středočeském kraji začaly po rozhodnutí soudu ze 7. dubna opět vybírat poplatky. Hrazení poplatků zakazovaly později soudy i lékárnám v nemocnicích dalších krajů.
- 23. dubna 2009 - První pokutu za nevybírání poplatků dostal Středočeský kraj. Pokuty od pojišťoven začaly dostávat i další nemocnice v krajích.
- 4. května 2009 - Středočeský kraj zavedl v krajských lékárnách slevové kupony.
- 15. května 2009 - Sněmovna schválila úplné zrušení poplatků a zároveň rozhodla o zrušení poplatků pro děti a mladé do 19 let, důchodce, dárce krve a kostní dřeně a sociálně slabší lidi. Senát to však v červnu odmítl.
- 1. září 2009 - Karlovarský kraj začal proplácet jako první poplatky ze všech lékáren včetně soukromých.
- 11. září 2009 - Poslanci neschválili ani zrušení či omezení poplatků, ani změny navržené Senátem. Regulační poplatky tak zůstaly zachovány.
- 20. října 2009 - Ministerstvo vnitra (MV) odeslalo hejtmanům výzvu k nápravě situace kolem poplatků. Postup většiny krajů, které vracejí lidem peníze za poplatky, považovalo vnitro za závadný. Výzva se netýkala Prahy, kde se poplatky nevracejí, a Plzeňského kraje, kde se uplatňuje odlišný postup.
- 5. ledna 2010 - MV zahájilo správní řízení kvůli hrazení zdravotnických poplatků se čtyřmi kraji - Zlínským, Jihočeským, Ústeckým a Královéhradeckým.
- 2. června 2010 - Podle prvního místopředsedy Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) Hynka Broma považuje Evropská komise v neformálním stanovisku proplácení poplatků za diskriminační, může prý jít o nedovolenou veřejnou podporu.
- 4. června 2010 - Kraje přestanou nejpozději koncem června hradit poplatky ve svých nemocnicích a lékárnách. Dohodli se na tom sociálnědemokratičtí hejtmani.

Příloha č. 6: Seznam schválených a rozpracovaných návrhů klinických standardů
<http://www.sopr.cz/standardy/#rozpracovane>

Seznam schválených návrhů klinických standardů

Kód	Název	Datum založení
KKUCR0012	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zlomeninami horního konce kostí stehenní	05. 01. 2010
KKUCR0011	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zlomeninou dolního konce kosti vřetenní	24. 11. 2009
KKCHI0009	Klinický standard pro ošetření pacientů se sekundárním zhoubným onemocněním jater, především u kolorektálního karcinomu	03. 08. 2009
KKCHI0008	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním hltnu	03. 08. 2009
KKCHI0007	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním pankreatu	03. 08. 2009
KKCHI0006	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů se zhoubným onemocněním rekta	03. 08. 2009
KKNEU0003	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu pacientů s ischemickou cévní mozkovou příhodou a s tranzitorní ischemickou atakou	29. 06. 2009
TKNEU0001	Klinický standard pro léčbu pacientů s autoimunitními nervosvalovými onemocněními intravenózním lidským imunoglobulinem a výměnnou plazmaferézou	13. 05. 2009

Seznam rozpracovaných návrhů klinických standardů

Kód	Název	Datum založení
KKPFT0036	Klinický standard komplexní péče o pacienty s maligním pleurálním mezoteliomem	13. 10. 2010
TKUFY0034	Klinický standard fyzioterapie močové inkontinence žen	15. 06. 2010
KKNEU0031	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu roztroušené sklerózy a neuromyelitis optica	15. 05. 2010
KKNEU0030	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu mysthenia gravis	15. 05. 2010
TKNEU0029	Klinický standard pro farmakoterapii neuropatické bolesti	14. 05. 2010
KKNEU0028	Klinický standard pro diagnostiku a léčbu narkolepsie	26. 04. 2010
KKCHI0025	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění štítné žlázy	03. 03. 2010
KKCHI0024	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění prsu	03. 03. 2010
TKCHI0027	Klinický standard ošetření tříselné kýly	03. 03. 2010
KKCHI0023	Klinický standard pro prevenci žilní trombózy a plicní embolizace v chirurgických oborech	03. 03. 2010
KKCHI0026	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění jícnu	03. 03. 2010

KKGAE0022	Klinický standard komplexního ošetření dospělých nemocných s Morbus Crohn	25. 02. 2010
TKCHI0015	Klinický standard prevence infekce v místě operační rány	25. 02. 2010
KKCHI0021	Klinický standard komplexního ošetření primárního zhoubného onemocnění jater – hepatocelulárního karcinomu	25. 02. 2010
KKCHI0019	Klinický standard komplexního ošetření jater a žlučových cest pro cholangiogenní karcinom	25. 02. 2010
KKCHI0018	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění žaludku	25. 02. 2010
KKPFT0016	Klinický standard komplexní péče o pacienty s bronchogenním karcinomem plic	25. 02. 2010
KKCHI0013	Klinický standard komplexního ošetření zhoubného onemocnění kolon	23. 02. 2010
TKVLE0002	Prevence onkologických onemocnění v primární péči	26. 05. 2009

Příloha č. 7: Volební programy stran: zdravotnictví (http://www.tyden.cz/rubriky/domaci/volby-2010/volebni-programy-stran-zdravotnictvi_165629.html)

 ČSSD	<ul style="list-style-type: none"> - zrušení poplatků u lékaře a v lékárnách - nemocenská i první tři dny nemoci - jedna zdravotní pojišťovna - spoluúčast pacientů formou dobrovolného pojištění - limit maximální roční spoluúčasti u chronicky nemocných
 ODS	<ul style="list-style-type: none"> - posílení práv pacienta, právo vybrat si zdravotnické zařízení, zavedení možnosti stěžovat si na kvalitu a zajištění péče - transformace fakultních nemocnic na neziskové univerzitní nemocnice - zdravotní pojišťovny se nebudou privatizovat - odstranění chaosu v poplatcích, zachování limitu spoluúčasti - podpora celonárodních preventivních programů - nepřekročitelné čekací doby na operace a garanci zdravotních služeb, včetně záchranné
 KSČM	<ul style="list-style-type: none"> - zrušení poplatků u lékaře a v lékárnách - bezplatné očkování dětí
 KDU-ČSL	<ul style="list-style-type: none"> - vytvoření standardů lékařské péče, za nadstandardy se bude připlácet - levné léky na banální onemocnění nebudou na recept - jednotné doplatky za léky v lékárnách - současná spoluúčast pacientů se nebude zvyšovat - zákaz kouření v restauracích - zákaz reklamy na léky, které jsou hrazeny pojišťovnou
 WV	<ul style="list-style-type: none"> - státem garantovaná standardní zdravotní péče, konkurence pojišťoven v nadstandardu - jasná definice toho, co je standardní péče - pro standardní péči jen jedna pojišťovna - zrušení nesmyslných poplatků, zejména za položky na receptu - výše doplatku v lékárnách limitována státem stanovenou hranicí - povinnost lékaře informovat pacienta o léku bez doplatku
 TOP09	<ul style="list-style-type: none"> - odpovědnost občanů za vlastní zdraví: zvýhodnění pojištěnců, kteří pečují o své zdraví - vznik institutu reálné ceny pro spravedlivé ohodnocení poskytovatele zdravotní péče - spoluúčast za zdravotní péči poroste ze současných 14 % maximálně o 3 % ročně - převedení nemocenského pojištění pod zdravotní pojišťovny
 SPO-Z	<ul style="list-style-type: none"> - proti zdravotnickým poplatkům - úsporná léková politika využíváním tzv. generik (léků bez patentové ochrany)
 SZ	<ul style="list-style-type: none"> - zákaz kouření v restauracích a jídelnách - osobní péče v domácím prostředí pacienta - nadstandard nebude žádná forma zdravotní péče jako takové, ale jen zvýšené pohodlí pacienta nebo zákroky, jež nejsou lékařsky indikovány - proti privatizaci veřejných zdravotních pojišťoven - strana souhlasí se zavedením poplatku za recept, který bude příjmem zdravotní pojišťovny

Kateřinská 32, Praha 2

Prohlášení zájemce o nahlédnutí do závěrečné práce absolventa studijního programu uskutečňovaného na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jsem si vědom, že závěrečná práce je autorským dílem a že informace získané nahlédnutím do zpřístupněné závěrečné práce nemohou být použity k vřdělenným účelům, ani nemohou být vydávány za studijní, vědeckou nebo jinou tvůrčí činnost jiné osoby než autora.

Byl jsem seznámen se skutečností, že si mohu pořizovat výpisy, opisy nebo kopie závěrečné práce, jsem však povinen/a s nimi nakládat jako s autorským dílem a zachovávat pravidla uvedená v předchozím odstavci.

Přijmení, jméno (hůlkovým písmem)	Číslo dokladu totožnosti vypůjčitele (např. OP, cestovní pas)	Signatura závěrečné práce	Datum	Podpis