

## **Program pro oblast zdravotnictví - koncepte pro roky 2009 – 2013**

**Cíl:** Vzhledem k předpokládaným finančním výkyvům v prostředcích dostupných pro náš zdravotnický systém v důsledku dopadů krize na platby zdravotního pojištění, zaměstnanost i vývoj rozpočtu státu, potřebujeme podpořit náš zdravotní systém tak, aby dokázal flexibilně reagovat na vývoj financí, přitom udržel svou schopnost zajišťovat dostupnou zdravotní péči, aby si udržel vlastní finanční stabilitu a primárně se orientoval na potřeby svých klientů, tedy občanů.

**Potřebný směr dalšího vývoje:** Zajištění dostupné a potřebné zdravotní a sociální péče v podmínkách kdy nelze očekávat zvýšení dotací z veřejných rozpočtů vyžaduje takový systém zdravotní a sociální péče, který bude dlouhodobě schopný udržovat dynamickou rovnováhu mezi příjmy a výdaji.

**Potřebné změny, jejich charakter a smysl:** Zvyšování flexibility zdravotnického systému nesmí oslabit současnou úroveň zdravotní péče a musí mít spíše charakter postupných evolučních kroků a nikoli revolučních šoků. Cílem je zlepšování regulace systému, zvyšování odpovědnosti všech účastníků (občané/pacienti, zdravotníci, pojišťovny, průmysl, stát) za jejich postavení a roli v systému, a docilování široké shody nad kroky vedoucím ke zvýšení pružnosti a výkonnosti zdravotního systému i v podmínkách proměnlivého vývoje finančních zdrojů. Potřebujeme zdravotnictví, které dokáže udržovat trvale finanční rovnováhu a vždy dokáže z vložených prostředků poskytovat co nejvíce užítku pro své klienty – občany. Chceme posilovat rovněž autonomii zdravotního systému tak, aby byl odolný vůči politickým ingerencím, politicky motivovanému či chráněnému odčerpávání finančních prostředků ze systému a aby se zvýšila transparentnost a kontrolovatelnost pohybu financí v systému.

**Současný stav:** Naše zdravotnictví se postupně mění z přidělového systému v regulovaný trh. Je to proces postupný, dlouhodobý, ne vždy bezkonfliktní, ale s relativně slušnými výsledky. Přes všechny oprávněné výhrady, které vůči zdravotnictví máme, jsou jeho základy dobře založené a ve většině oblastí dosáhneme lepších výsledků jenom vyladěním regulačních mechanismů. Naší ambicí není zdravotnictví bořit a stavět nové, ale to současné postupnými kroky vést k větší efektivitě a kvalitě poskytovaných služeb. Vzhledem k probíhající ekonomické recesi, která na zdravotnictví teprve dolehne, je nutné kombinovat koncepční kroky s operativní mobilizací finanční rezerv ve zdravotnictví.

**Koncepční kroky v jednotlivých částech systému:**

Na straně příjmů zdravotního pojištění:

1. Rozdělení zdravotní pojištění, které platí občané a zaměstnavatelé:
  - a. na prvou část, charakteru odvodu, která bude obdobně jako dosud procentuálně odvozena od příjmu občanů a bude vstupovat do přerozdělení v celém komplexu zdravotnictví;
  - b. na druhou část, kterou bude občan platit přímo zvolené zdravotní pojišťovně. Určení výše této nominální platby, která bude jednotná pro všechny pojištěnce dané pojišťovny, bude v kompetenci jednotlivých pojišťoven (cenová konkurence mezi pojišťovnami).
2. Přesun výběru povinných odvodů ze zdravotních pojišťoven do mnohem úspornějšího jednotného inkasního místa s následným přerozdělením do zdravotnického systému.
3. Přesun prostředků z kapitoly MPSV, vyčleněných na úhradu vybraných sociálních služeb, do veřejného zdravotního pojištění s cílem lepšího a účinnějšího provázání zdravotních sociálních služeb tam a pro ty, kteří tyto dvě péče souběžně potřebují (například staří lidé s nutnou sociální výpomocí a podporou nebo pobývající v pečovatelských zařízeních se zdravotní podporou apod..
4. Otevření prostoru pro soukromé připojištění občanů podle jejich vlastní vůle.

Na straně výdajů zdravotní pojištění navrhneme tyto optimalizace:

1. Korekce stávajících úhradových a regulačních mechanismů (platba za výslednou produkci nikoli za existenci zařízení či provádění dílčích úkonů)
2. Snížení výdajů na léčiva s prošlou patentovou ochranou (kontrakty cena + objem)
3. Zařazení úhrady vybraných sociálních služeb do veřejného zdravotního pojištění a zjednodušení úhrad kde se proniká sociální a zdravotní služba
4. Explicitní definice rozsahu zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění a míry jejich úhrady.

Pro posílení rolí jednotlivých subjektů:

1. Občané (cílem je jejich posun z prosebníků ve skutečné zákazníky zdravotního systému, kteří si systém svým pojištěním financují)
  - a. podpora přístupu k informacím o kvalitě zdravotních a pojišťovenských služeb

- b. posílení kupní síly (s rozdělením pojistného je spojeno navýšení důchodů o částku odpovídající nominální platbě a řešení její úhrady za sociálně potřebné).
    - c. posílení ochrany (bod 4. z předchozího odstavce a několik dalších kroků)
  2. Poskytovatelé zdravotních služeb (soutěží kvalitou a cenou služeb o zakázku poskytnutí zdravotní péče)
    - a. revize rozsahu a obsahu zdravotních služeb zajišťovaných státem
    - b. odstátnění těch zdravotnických zařízení, u kterých to je možné
  3. Zdravotní pojišťovny (soutěží kvalitou a cenou služeb o zakázku)
    - a. posilování autonomie (změny ve složení správních orgánů)
    - b. vznik servisní organizace zdravotního pojištění (zajišťující společné činnosti zdravotních pojišťoven – revize, úhradové mechanismy, centrum kapitace...)
  4. Stát (omezuje přímé řízení a posiluje své regulační a kontrolní schopnosti)
    - a. dohled nad zdravotními pojišťovnami
      - i. finance - komise při ČNB
      - ii. dostupnost a kvalita služeb - MZ ČR
    - b. omezení přímého řízení pojišťoven a zdravotnických zařízení
    - c. aktivní kroky v oblasti lékové politiky a úhrady zdravotnických prostředků
    - d. podpora rozvoje informační infrastruktury (datové standardy, elektronická dokumentace, datová úložiště, ochrana dat atd.)