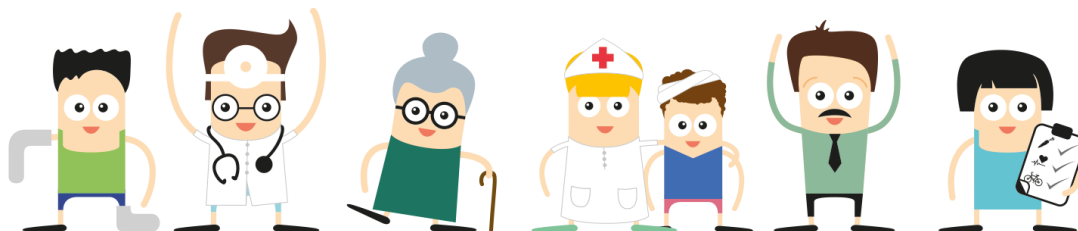


Nové zdravotnictví

O zdraví lze uvažovat a pečovat jinak, než jsme zvyklí. Vztahy ve zdravotnictví mohou fungovat na stejných principech jako v sektoru běžných služeb. Nové zdravotnictví je založeno na zákaznickém přístupu k uspokojování zdravotních potřeb.



————— MYSLET ZDRAVOTNICTVÍ JINAK —————

Vítejte v Novém zdravotnictví, kde je lékař partnerem, pacient klientem
a prevence odměňována.

Obsah

1	Veřejné dopravní pojištění	3
2	Vzducholodě a veřejné zdravotnictví.....	3
3	Proč Nové zdravotnictví?	4
4	Příčiny současného stavu	6
5	Stavební kameny Nového zdravotnictví	9
6	Klíčová role zákazníka.....	12
7	Riziko, pojištění, výše pojistného, pojistné plány.....	15
8	Řízená soutěž	19
9	Nové zdravotnictví z pohledu uživatele.....	20
10	Shrnutí hlavních změn	22
11	Závěrem.....	23
12	Příloha: Základní rysy zdravotního pojištění ve vybraných zemích.....	24

1 Veřejné dopravní pojištění

Abychom pochopili, jaké zdravotnictví vlastně máme, začněme metaforou ze světa dopravy. Představme si společnost, která jako první „technologicky vyspělé“ dopravní prostředky vynalezla vzducholodě. Cestování koňmo či na oslu bylo ve srovnání se vzducholoděmi pomalé a namáhavé, nicméně levné. Let vzducholodí byl rychlý a pohodlný, avšak velmi drahý. Neodkladná návštěva příbuzných na druhém konci republiky a nutná obchodní jednání v zahraničí byly noční můrou každého běžného občana či firmy.

1.1 Právo na dopravu

Aby stát usnadnil občanům transport na dlouhé vzdálenosti, vyhlásil tzv. právo na dopravu. Každý musel začít odvádět určité procento svého příjmu do tzv. dopravního fondu. Výměnou za takto vyměřenou daň stát garantoval let vzducholodí do příslušné stanice. Jelikož se toto „předplatné“ vztahovalo i na krátké lety, lidé přestali používat k přepravě zvířata a někteří i chodit pěšky. Pro celý systém se ujal název veřejné dopravní pojištění.

1.2 Piloti a dodavatelé

Dopravci byli certifikováni státem a se státem se také domluvili na rozmístění stanic a přepravních tarifech. Rozmístění stanic se řídilo existující leteckou infrastrukturou a vlastnostmi stále se zdokonalujících vzducholodí, které brzy začali dodávat specializovaní soukromí výrobci a piloti si je od nich pouze kupovali. Bylo veřejným tajemstvím, že umístění některých stanic ovlivňovala i touha pilotů jako profesní skupiny po pohodlí, nadprůměrných příjmech a vysokém společenském statusu.

1.3 Převis poptávky

Tarify za létání byly vypočítány tak, aby zhruba odpovídaly objemu prostředků v dopravním fondu. Jelikož poptávka občanů po přepravě dlouhodobě převyšovala nabízenou kapacitu, piloti museli začít některé cestující odmítat, popřípadě je vysazovat v jiných stanicích, než potřebovali. Na některé destinace vznikly čekací seznamy.

1.4 Řekneme vám, kam jedete

Aby předešli zbytečné administrativě, piloti se dohodli se státem, že k proplacení faktur státními či polostátními dopravními fondy není potřeba potvrzení cestujících. Přesvědčili totiž stát, že vzhledem ke složitému ovládní vzducholodí, jejich extrémně vysoké ceně, rozmarům počasí, obtížně měnitelné síti přistávacích míst a nutnosti alespoň

částečně vyhovět nadměrné poptávce piloti sami dokáží nejlépe odhadnout, kam jednotlivé cestující dopravit. Souhlas cestujících se za těchto okolností stal zbytečnou formalitou.

1.5 Deficit

Z důvodu trvalého převisu poptávky po létání vzducholoděmi součet faktur zaslaných piloty v kalendářním roce často převýšil prostředky v dopravním fondu a stát musel rozdíl doplatit z daní. Občané si ve valné většině zvykli, brali státně-soukromý systém rychlé přepravy za svůj a byli vděční, že ho mohou používat. Uplynulo více než sto let, a přestože byly postupně vynalezeny alternativní způsoby dopravy – jízdní kola, auta, elektromobily atd. –, nijak výrazně se neprosadily. Jejich zakoupení a užívání totiž nezbavovalo občany povinnosti přispívat do dopravního fondu.

1.6 Neochota ke změně

Piloti si úzkostlivě střežili nabyté výhody a tvrdili, že jedině vzducholodě mohou zajistit státem garantované právo na dopravu. Výrobci vzducholodí ani stát rovněž neměli zájem cokoli měnit. Stát byl hrdý, že umí uspokojit jedno ze základních lidských práv. Vyhovovalo mu také, že si pomocí vzducholodí udržuje moc nad ohromnými finančními prostředky, statisíci pracovních míst a tím, jak a kam se lidé dopravují. Dodavatelé vzducholodí a náhradních dílů si vypěstovali úzké vazby na piloty i stát a naučili se je manipulovat k odběru stále dražších a dokonalejších strojů.

2 Vzducholodě a veřejné zdravotnictví

Přestože metafora se vzducholoděmi nepřibližuje veřejné zdravotnictví ve všech myslitelných ohledech, hlavní vztahy mezi jeho účastníky zachycuje poměrně výstižně. Především jsou to piloti (lékaři), kdo rozhoduje, kam přesně kdo pojedě (jak bude uspokojena zdravotní potřeba jednotlivého občana). Tuto výsadu zaručuje pilotům zmíněná dohoda se státem o automatickém proplacení faktur.

2.1 Ztráta představitosti

Systém veřejného zdravotnictví (systém přepravy vzducholoděmi) vznikl dlouho a postupně, je opředen nejrůznějšími vysvětleními, hodnotami, legendami a pevně vsazen do života společnosti. Občané si obtížně představují, že by mohli čerpat zákaznický definované zdravotní služby, které by

byly levnější a bezpečnější (místo vzducholodě by se převezli např. obyčejným taxikem, a to přímo tam, kam by si řekli, a ne kam by chtěl taxikář). Lékaři a stát jim tvrdí, že je to neuskutečnitelné; dodavatelé technologií o žádné radikální změny nemají zájem, neboť sledují úzce ekonomické cíle a podpoří jen to, co zvýší jejich krátkodobý zisk.

2.2 Symbióza peněz, moci a odbornosti

Metafora dobře ilustruje, proč se veřejnému zdravotnictví trvale nedostává peněz, jak jsou vztahy mezi jeho účastníky pokřivené a jak se přihodilo, že lékaři nemusí nikomu mimo svou profesi prokazovat výsledky, aby dostali v plné výši zaplacení. Přibližuje nám velmi zvláštní vztah mezi lékaři, dodavateli léčebných technologií a státem, kdy komerční dodavatelé s ohromnou finanční převahou, za vědomé či nevědomé spolupráce lékařů, prodávají své výrobky do systému s omezeným objemem zdrojů, v němž kasu v konečném důsledku drží stát. Stát i lékaři zůstávají vlažní k alternativním způsobům, jak uspokojovat zdravotní potřeby občanů: první by ztratil část moci, druzí by přišli o svou výlučnou roli. Symbióza peněz, moci a odbornosti hájí především zájmy své, a nikoliv občanů.

2.3 Pojištění a zdravotní riziko jednotlivce

Z metafory dále vyplývá, jaký je rozdíl mezi daní, veřejným a komerčním pojištěním. Přibližuje nám také rozdíl mezi běžnou návštěvou lékaře a závažným zdravotním problémem vyžadujícím finančně náročnou diagnostiku a léčbu. V sektoru založeném na principu nabídky a poptávky by bylo možné se proti nenadálému závažnému zdravotnímu problému (nepředvídatelné, ale nutné cestě do vzdáleného místa) pojistit na základě odhadu osobního rizika. Občané s vyšším rizikem takového onemocnění (ti, kteří musí často létat vzducholodí na delší vzdálenosti) by samozřejmě platili vyšší pojistné. Mladí a zdraví (ti, jejichž život se shodou okolností odehrává v rámci malého územního celku), by si běžné lékařské konzultace (kratší přesuny) platili v hotovosti. Tato skupina by měla pojistné velmi nízké a někteří její členové by se třeba vůbec nepojistili.

2.4 Podstata veřejného systému

V dnešním systému veřejného zdravotnictví (v systému státem garantované dopravy vzducholoděmi) přispívají občané do fondu zdravotního pojištění (dopravního fondu) procentem z příjmu bez ohledu na to, zda a jakými závažnými chorobami trpí (jak často a jak daleko ve skutečnosti cestují). Občané se tak rizika nenadálých vysokých

výdajů zbaví a v tomto smyslu se pravidelné odvody podobají platbám pojistného. Na oplátku jim propletenc státu, lékařů a soukromých dodavatelů zajistí jakousi zdravotní službu. O konkrétní podobě této služby (kam přesně, kdy a jakým dopravním prostředkem pojedou) však nerozhodují preference občanů, ale týž historicky vzniklý propletenc, který přání zákazníka bere v úvahu tu velmi vážně, tu vůbec. Rovněž cena této služby se neodvíjí od snahy zajistit co nejlevněji co nejvyšší efekt, ale zaběhnutých vztahů a postupů.

2.5 Kdo dostane peníze?

Příklad se vzducholoděmi v sobě skrývá i další podobnost s dnešním zdravotnictvím. Prostředky dopravního fondu se vynakládají na dopravu (léčebné služby) a směřují výhradně k výrobcům vzducholodí, jejich pilotům a návazným profesím (do technologicky náročné, vědecké medicíny). Ostatní přepravní služby (komplementární, alternativní medicína) jsou ze soutěže o vybrané peníze vyloučeny. Ze soutěže jsou dále vyřazeni i rádci a poradci, kteří by lidem pomohli cestování omezit, popřípadě se mu úplně vyhnout (poskytovatelé neléčebných, preventivních zdravotních služeb). A žádné odměny se nedočká ani ten, kdo svým vlastním úsilím omezí své cestovní potřeby, ať již na kratší či delší vzdálenosti (kdo sám udržuje a rozvíjí své zdraví).

3 Proč Nové zdravotnictví?

Nacházíme se v situaci, kdy probíhá rozpad zdravotnictví založeného na modelu z 19. století, ale jeho nová podoba se dosud nevytvořila. Hlavní motivací k sepsání Nového zdravotnictví byla naše dlouhodobá nespokojenost s nedůstojným postavením občana v takzvaném „systému zdravotní péče“ a přesvědčení, že stávající uspořádání neodpovídá ani společenské poptávce po moderních zdravotních službách, ani neposkytuje přiměřenou hodnotu za vložené peníze. Záměrem textu je ukázat, jak mohou být zdravotní potřeby občanů uspokojovány v prostředí, které známe z ostatních odvětví sektoru služeb. Jsme přesvědčeni, že nastoupená tendence je nevyhnutelná a dříve nebo později se tímto smyslu zdravotnictví změní, ať chceme nebo nechceme. Jednotlivé prvky Nového zdravotnictví v některých zemích již fungují, buď celostátně, nebo pro přesně vymezené skupiny obyvatel. Z tohoto pohledu námi předkládaná alternativa uspořádává již vyzkoušené postupy do jednoho celku. Připouštíme, že důsledně zákaznický orientované zdravotnictví, jak ho na dalších

stránkách popisujeme, dosud v žádné zemi neexistuje. V tomto smyslu je Nové zdravotnictví pouhou vizí, ač mnohem bližší a realističtější, než si většina z nás připouští.

3.1 Problémy zdravotních systémů

Současné zdravotní systémy poskytují služby, jejichž hodnota je záporná, žádná nebo malá vzhledem k vynaloženým prostředkům. Odhaduje se, že 30–40 % výdajů ve zdravotnictví USA je zbytečně promrháno.^{1,2} Česká republika byla nedávno hodnocena těmito slovy: „Pokud by český zdravotní systém dosáhl maximální efektivity vybraných zemí OECD, délka života při narození by se zvýšila o více než tři roky a vyhnutelná úmrtnost by poklesla téměř o 40 %, aniž by bylo třeba zvýšit výdaje.“³ V následujících odstavcích proto velmi stručně nastiňujeme záporné rysy dnešního zdravotnictví.

3.2 Poskytování nepotřebných služeb

Zbytečné opakování

Diagnostické testy a vyšetření uskutečněné jen proto, že nejsou dostupné již existující výsledky.

Nadužívání

Použití diagnostických a technologických postupů, jež nemají význam pro strategii léčby. Například praktický lékař předepíše zbytečné léky při banálním onemocnění, aby nemocný neměl pocit, že odchází s prázdnou, a lékař si uchoval zdání důležitosti. Nebo: novorozeně se po porodu umístí do inkubátoru nikoli proto, že to jeho stav vyžaduje, ale z důvodu, že nemocnice inkubátor má a „vypadá to dobře“.

Formální klíčky

Služby poskytnuté jen proto, aby se vyhovělo uzavřeným smlouvám nebo regulacím a manipulace těchto formálních důvodů s cílem zvýšit finanční zisk. Příklad: pracoviště je vybaveno drahými technologiemi, aby se dostalo do finančně výhodnějšího smluvního vztahu s pojišťovnou, a nikoli proto, aby zvýšilo efektivitu poskytovaných služeb.

Využívání neurčitosti medicínských postupů

Služby poskytnuté jako údajně nutné, přičemž ve skutečnosti jde poskytovateli pouze o výdělek.

Náprava poškození způsobených „systémem“

Poskytování služeb napravujících poškození způsobená pobytem ve zdravotnických zařízeních, za nimiž nestojí pochybení konkrétního člověka.

Náprava lidských pochybení

Poskytování služeb, jimiž se řeší následky diagnostických nebo léčebných chyb.

3.3 Neschopnost uspokojovat okamžité potřeby

Jedná se o problém faktické nedostupnosti. V okamžiku, kdy u občana vyvstane nějaká potřeba týkající se zdraví, její uspokojení může být složité, zdouhavé či nemožné. Pokud dotyčný rychle a jednoduše obdrží to, co by měl, jde v mnoha případech o shodu okolností spíše než o charakteristický rys zdravotního systému.

Geografické důvody

Příklad: v současném systému financování se v daném místě nevyplatí službu poskytovat. Nebo bylo direktivně rozhodnuto, majitelem zdravotnického zařízení nebo pojišťovnou, že se služba poskytovat nebude.

Čekací doby

Na žádaný zákrok nebo proceduru existuje čekací seznam, např. na určitý druh operace nebo specializovanou službu, jako je rehabilitace.

Provozní fronta

Člověk musí vysedávat v čekárně. Nelze se objednat na určitou hodinu, přestože lidé chtějí být rychle obslouženi. Ne každý si kvůli desetiminutové konzultaci chce brát dovolenou.

3.4 Celková nepružnost systému

Systém nedostatečně rychle reaguje na změny a nezbavuje se přežitých postupů. Příklad: zdravotnictví postupně vytvořilo kategorii „chronických onemocnění“, ale neumí si v jejich případech efektivně poradit s komplexností poradenských, preventivních a léčebných aktivit. Populace trpící chronickými chorobami stárne, tudíž se její potřeby mění, ale systém na to nereaguje. Nebo: zdravotnictví špatně komunikuje se svými klienty. Pacienti nerozumí, co jim lékaři sdělují. Jindy si připadají jako „objekty“ lékařské péče, a nikoli jako lidské bytosti.

3.5 Regulace na nesprávném místě

Převládá mýtus, že léčení je cosi jedinečného a složitého, týkajícího se života a smrti, a že kvalita léčby kriticky závisí na vzdělání a erudici lékařů a jejich zanícení pro dobro věci. Z nadměrné důvěry v

¹ Thomson Reuters. 2009. WHITE PAPER. WHERE CAN \$700 BILLION IN WASTE BE CUT ANNUALLY FROM THE U.S. HEALTHCARE SYSTEM?

² Berwick, DM & Hackbarth, AD. 2012. Eliminating Waste in US Health Care. JAMA 307(14): 1513-1516.

³ Šmídová, Z. 2011. Public spending efficiency in the Czech Republic: fiscal policy framework and the main spending areas of pensions and healthcare. OECD. Economics Department Working Papers no. 922. ECO/WKP(2011)91.

tento mýtus se zrodil složitý systém kvalifikací a regulací, který se šíří na všechna zdravotnická povolání. Zásadní důležitost formálních osvědčení vyhovuje tendenci lékařského stavu chovat se jako cech.

3.6 Zastaralý způsob vzdělávání

Do zdravotního sektoru nepřetržitě proudí další a další inovace, což klade na zdravotní profesionály ohromné nároky. Systém formálních osvědčení se ukazuje jako zastaralý a profesní hierarchie se hroutí.⁴ V praxi je trénink organizován podle úzce zaměřených technologií. Než se lékař s nově získaným know-how stane „autoritou“ v původním slova smyslu, přijde někdo jiný, kdo mezitím někde jinde načerpal lepší znalosti. Výsledky vědeckých výzkumů jsou každému k dispozici po pár kliknutích myši, ale zaostává schopnost je správně interpretovat.⁵

3.7 Pomalé, nebo naopak příliš rychlé zavádění inovací

Poskytovatelé služeb nejsou motivováni poměřovat cenu versus výsledek, tj. vyhodnocovat, s jakou efektivitou zdravotní služby poskytují. Nemohou tak posoudit ekonomický dopad přijatých či odmítnutých inovací.

3.8 Neefektivní dělba práce

Systém není schopen zajistit, aby kvalifikace personálu odrážela jeho skutečný význam při poskytování služeb. Například mnoho úkonů lze delegovat z lékaře na zdravotní sestru a další, dosud neetablované profese. Mýtus o výjimečném vhledu lékařů do našich zdravotních potíží vede k pracovním postupům, které by v jiných oborech nepřežily. Představme si onkologický léčebný protokol v ceně půl milionu korun, tedy jako velmi slušné auto. Podání protokolu nemocnému je mnohokrát jednodušší než výroba automobilu. Aplikaci protokolu však organizují lékaři, a to tak, že si v návalu jiných povinností navzájem telefonují. O protokol by se lépe, bezpečněji a levněji postaral jiný druh personálu.

3.9 Neřešitelná etická dilemata

Tlak peněz staví mnohé specialisty do nezaviděných situací. Onkolog na základě dojmu z krátkého osobního setkání učiní konečné rozhodnutí o tom, zda pacient „přežije“ příslušnou onkologickou léčbu. Usoudí-li, že ano, pacient léčbu

dostane a může být i vyléčen. Usoudí-li, že vedlejší účinky by mohly pacienta usmrtit, dotýčný léčbu nedostane, aby „zbyla“ na někoho jiného. Tento onkolog žije ve světě umělého nedostatku a bere na sebe etická rozhodnutí, která mu nepřísluší.

3.10 Nevíme, jak kdo léčí

Dohled nad výsledky poskytovatelů funguje téměř výhradně na základě certifikací (diplomy personálu, osvědčení pracovišť). Různé agentury a instituce vytvářejí složité „nástroje měření kvality“, které dodatečně zkoumají, jestli léčba a další zdravotní zákroky splnily „standard“. Vzhledem k množství zdravotních konzultací a objemu vynaložených prostředků jde o nedostatečné, zlomkovité údaje, které je těžké posoudit, pokud se vůbec ocitnou veřejnosti na očích. Nejvíce informací mají zdravotní pojišťovny, před občany je však tají. Co vlastně poskytují, často nevědí ani samotní poskytovatelé, neboť své výsledky systematicky nevyhodnocují. Chabé znalosti máme i o tom, co očekávají při styku se zdravotním systémem samotní občané a zda jsou jejich očekávání splněna.

Rakovina prsu

Zdravotnictví často nabízí jiné služby, než občané skutečně potřebují. Odborníci dlouho tvrdili, že odstranění celého prsu včetně okolní tkáně je nejlepší volba. Ženy tento radikální zásah podstupovaly, avšak za cenu psychických obtíží vyplývajících z jejich změněné tělesnosti. Trvalo desítky let, než se ve zdravotnictví prosadil názor, že odstranění celého prsu není vždy nutné a v mnoha případech stačí méně razantní postup.

4 Příčiny současného stavu

Fungování současného zdravotnictví je odvozeno od provozování lékařské praxe před více než sto lety. Lékař a jeho podpůrný personál léčí nemocné a v poskytování péče mu pomáhá lékárník a nemocnice. Stejně jako dříve je provozování praxe založeno na vlastnictví zvláštního povolení. Odměna lékaře však není vázána na výsledek. Lékař je placen za čas, který stráví poskytováním péče. Kritéria úspěchu neurčuje soutěž o nejlepší výsledek mezi poskytovateli, ale kritéria definovaná lékařským stavem, neboli zda je léčba vedena *lege artis*.

4.1 Péče jako poslání

Podíváme-li se blíže na činnost samotnou, tj. poskytování zdravotní „péče“, zjistíme, že převládá chápání péče ve smyslu charity (od latinského slova

⁴ Viz Trachta, Jan. 2013. Autorita už nestačí. Respekt č. 25/2013.

⁵ Viz Gigerenzer, Gerd, and Muir Gray, J. A. , eds. 2011. Better Doctors, Better Patients, Better Decisions Envisioning Health Care 2020. Cambridge, Mass: MIT Press.

slitování), popř. poskytování služby ve smyslu morálního poslání. Pouze druhotně se jedná o službu ve smyslu hospodářské činnosti, jež má uspokojit určitou lidskou potřebu. Rozdíl mezi službou jako morálním posláním a službou jako hospodářskou činností stojí u kořene mnoha nedorozumění.

4.2 Lékař versus kadeřník

Stejně jako u kadeřníka se člověk snaží u lékaře dosáhnout toho, co potřebuje. Jejich setkání však skrývá dva zásadní rozdíly. Kadeřník, alespoň pokud si chce vydělat, vynaloží úsilí, aby splnil přání zákazníka a dodal mu takovou službu, jakou klient požaduje. Lékař se tradičně chová jinak: po vyslechnutí pacientových potíží si vytvoří „klinický koncept“, model pacientových potíží v jazyce medicíny, a řeší tento problém tak, aby v první řadě dostal požadavkům (standardům) lékařského stavu. Lékař „ví“, co pacientovi je, a „ví“ také, co pacient potřebuje. Pacient je v tradičním pojetí medicíny objektem, na kterém lékař praktikuje své „lékařské umění“ (*ars medicinae*). Setkání se tak podobá charitě: jeden rozdává, druhý je obdarován, tj. bere, co mu je nabízeno. Nemocný může péči lékaře (dar) na vlastní riziko odmítnout a jen s obtížemi ovlivnit, natož aby sám rozhodoval. Jeho „laické“ představy a preference jsou jen součástí lékařova klinického konceptu, který má vyšší platnost. Odmítnutím péče se pacient nikam nedostane a ocitá se zcela „mimo systém“. Druhým podstatným rozdílem od návštěvy kadeřníka je to, že nemocný nemá v ruce finanční nástroj, jak lékaři „domluvit“, jak si ho „vychovat“, protože účet za jím čerpanou zdravotní péči platí někdo jiný bez ohledu na výsledek a na to, zda se jedná o několikaminutovou běžnou konzultaci nebo milionovou částku za časově a technologicky náročnou intervenci. Jsme názoru, že tento model je ve 21. století neudržitelný.

4.3 Původ financování současného zdravotnictví

Zárodky dnešního systému financování zdravotních služeb vznikly v druhé polovině 19. století. Zdravotní pojištění nabízel zpočátku pouze náhradu mzdy v případě nemoci, později začalo krýt i náklady na lékařskou péči. Fondy na úhradu péče umožnily bezplatnost zdravotní péče v okamžiku její potřeby, a tím její širokou dostupnost. Zároveň se však v masovém měřítku utvrdilo pojetí zdravotní péče jako charity: pacient přijímá péči z rukou lékaře poté, co lékař rozhodne, co pacient potřebuje, a třetí strana, která ovšem není transakci přítomna, to zaplatí. Vztah darující – obdarováváný naroubovaný na tento zvláštní způsob financování přetrval dodnes. Žádná jiná profese nemá ve společnosti výsadu, aby

podobným způsobem zacházela s potřebami druhých a současně si v podstatě „sama sobě“ vyplácela finanční prostředky ze státem zřízených fondů.

4.4 Velké plány, omezené zdroje

Západní vědecká medicína (dále biomedicína⁶) slibuje nemocným zlepšení kvality života, oddálení smrti, či dokonce úplné uzdravení. Ruku v ruce s dodavatelskými firmami se orientuje na drahé, technologicky náročné postupy. Výsledkem je situace, kdy zdravotní sektor umožňuje utratit takřka okamžitě jakýkoli objem prostředků. Ve většině zemí je zdravotnictví financováno z daní nebo z veřejného zdravotního pojištění. Takové zdravotní systémy neumožňují občanům připlatit si za kvalitnější služby, nebo to umožňují v omezené míře a krkolomnými způsoby. Celkový objem prostředků je dán předem a zdravotnictví prostupuje atmosféra nedostatkové ekonomiky. Ačkoli zdravotní sektor trvale roste, jeho praxe připomíná centrálně řízené hospodářství.

4.5 Růst zdravotního průmyslu⁷

Po vytvoření anonymních fondů financujících zdravotní péči jednoduchá spolupráce lékaře, lékárníka a nemocnice narostla do ohromného průmyslového sektoru, jenž se např. v České republice podílí 7,7 % na tvorbě hrubého domácího produktu⁸ a přímo zaměstnává čtvrt milionu osob⁹, tedy jednu dvacetinu práceschopného obyvatelstva.¹⁰ Lékařský stav získal ve zdravotním průmyslu obrovský vliv, neboť rozhodování lékařů ovlivňuje ekonomickou prosperitu firem dodávajících technologie, postupy, léky a další výrobky. Aby lékaři své klíčové postavení obhájili, museli si přisvojit, chtělo by se říci, až „nadpozemskou etickou auru“. Museli přesvědčit ostatní, že vládnou zvláštním know-how, které se velmi obtížně získává a používá, a navíc je celý výsledek poněkud nejistý, tudíž jej nelze v konečném důsledku zaručit.

⁶ Medicína jakožto aplikovaná biologie.

⁷ Vhodným úvodem do historie zdravotního průmyslu ve 20. století je Brandt, Allan M., and Gardner, Martha. 2003. "The Golden Age of Medicine?" Pp. 21–37 in Companion to medicine in the twentieth century, edited by Roger Cooter and John V. Pickstone. London: Routledge.

⁸ ÚZIS. 2013. Zdravotnictví jako součást národní ekonomiky 2012. Časové řady vybraných finančních ukazatelů, str. 31. Dostupné na <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/zdravotnictvi-jako-soucast-narodni-ekonomiky-drive-vyvoj-financnich-ukazatelu-makroekon> (8. 11. 2013).

⁹ ÚZIS. 2013. Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, č. 37/13, str. 2. Dostupné na <http://www.uzis.cz/publikujeme/rychle-informace/aktualni-informace> (8. 11. 2013).

¹⁰ ČSÚ. Demografická příručka 2012. 1–14 Ekonomicky aktivní obyvatelstvo podle výsledků sčítání lidu v letech 1921–2011. Dostupné na <http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/4032-13> (8. 11. 2013).

4.6 Biomedicína a věda¹¹

Jedním ze způsobů, který lékařskému stavu pomohl v první polovině 20. století získat a udržet si výsadní postavení, byl punc vědeckosti a neustálého pokroku. Praktikování medicíny má však s kritickou metodou vědy málo společného. Lékařský stav byl (a dodnes částečně je) organizován jako cech, tedy jako hierarchická struktura, v níž profesní autority rozhodují o tom, co je správné (*lege artis*). V minulosti se poměrně často stávalo, že lékařské autority zastávaly nekonsistentní a navzájem si protiřečící stanoviska. Tyto konflikty se odehrávaly uvnitř profese a jednotliví pacienti, natož veřejnost, o nich většinou neměli ponětí.

4.7 Medicína založená na důkazech

Když se po druhé světové válce začaly sbírat údaje o chování lékařů, zjistilo se, že každý léčí jinak, ale všichni vystupují stejně autoritativně. S nástupem takzvané „medicíny založené na důkazech“ (anglicky *evidence-based medicine*, dále EBM) v 70. letech 20. století se ukázalo, že medicína se často neřídí empirickými důkazy, a její vědeckost je od té doby brána s rezervou. Nicméně povinná, historicky daná loajalita uvnitř lékařského stavu má i nadále velkou sílu. Navzdory všeobecné dostupnosti poznatků EBM se lékař zdráhá veřejně prohlásit, že by léčil jinak a lépe než druhý. Ve stejné době se navíc začalo ukazovat, že delší a zdravější život obyvatel průmyslových zemí není důsledkem lékařské péče, ale zejména vyšší kvality bydlení, lepší výživy, nižší porodnosti, přístupu k pitné vodě, bezpečného zacházení s odpady atd.¹²

4.8 Sepětí lékařské profese, státu a dodavatelů¹³

Hlavní účastníci zdravotního sektoru, tedy stát, lékařský stav a dodavatelé technologií¹⁴, se dnes nacházejí ve zvláštním stavu vzájemné závislosti, která znemožňuje těm, kvůli nimž odvětví původně vzniklo, domoci se zákaznických práv. Zdravotnictví je v tomto smyslu průmysl bez zákazníka. Přítomnost státu má zaručit dostupnost nejlepší

možné péče pro všechny občany bez rozdílu příjmu, což samozřejmě není možné, neboť zdroje jsou omezené a některé léky a přístroje jsou nesmírně drahé. Lékaři trvají na tom, že se „pouze“ snaží poskytovat nejlepší možnou péči, avšak jejich role zůstává klíčová jak v definování, co zdravotní péče vůbec je a jakými standardy se má řídit, tak v přijímání nových postupů a technologií, aniž by se zajímali o ekonomické dopady svých rozhodnutí či byli schopni je posoudit. Dodavatelé technologií hledají cesty, jak v neprůhledném prostředí prodat své výrobky, což v lepším případě vede k nehospodárnosti, v horším případě ke korupci a pololegální manipulaci s výsledky klinického výzkumu.¹⁵ K tomuto cíli dodavatelé technologií využívají, dalo by se říci i zneužívají, nerovnoprávné postavení lékařů a pacientů. Tím, že lékař říká, co pacient potřebuje, současně prodává výrobky a postupy. Jak lékař, tak dodavatel jsou si dobře vědomi, že pacient za tyto výrobky a postupy většinou přímo neplatí.

4.9 Zestátněná charita

Vztahy mezi účastníky zdravotního sektoru stojí na společensko-ekonomických vztazích, které jsou poplatné kolektivistickému uvažování druhé poloviny 19. a první poloviny 20. století, kdy byl zdravotní stav populace chápán jako veřejný statek, tedy podobně jako např. národní bezpečnost. Dnešní zdravotnictví nevzniklo, aby uspokojovalo zdravotní potřeby jednotlivců, a tento stav se dodnes nepodařilo zvrátit. Lékařský stav prolнул se státem a často není možné je od sebe odlišit. Problematika zdravotní péče dostala podobu jakési „zestátněné charity“. Výměnou za starost o „zdravotní stav obyvательства“ a tvorbu nejrůznějších standardů a předpisů stát zaručuje lékařskému stavu výlučný přístup k prostředkům zdravotního (pojistného) fondu na základě jediné správné licence. Doba se výrazně změnila a zdravotní péče je i nadále vyčleněna z ekonomické logiky sektoru služeb, ač se v drtivé většině konzultací jedná o poskytování služeb jako každých jiných, tj. o hospodářskou činnost uspokojující individuální lidské potřeby, a nikoli o naléhavou pomoc člověku v nouzi.

4.10 Mýtus bezplatnosti

Dle stávajícího dogmatu jsou zdravotní služby dostupné díky jejich bezplatnosti. Nic však není bezplatné, takové tvrzení je nesmyslné. Veškerý personál poskytující zdravotní péči a návazné služby si nechává za svůj čas a know-how zaplatit, všechna

¹¹ Vhodným úvodem do historie lékařské profese ve 20. století je Brandt, Allan M., and Gardner, Martha. 2003. "The Golden Age of Medicine?", str. 21–37 in *Companion to medicine in the twentieth century*, edited by Roger Cooter and John V. Pickstone. London: Routledge.

¹² Literatura o tom, nakolik a zda vůbec biomedicína přispívá ke zlepšování zdravotního stavu populace existuje rozsáhlá literatura. Doporučujeme např. Nolte, Ellen, McKee, Martin, Evans, David, and Karanikolos, Marina. 2012. "Saving Lives? The Contribution of Health Care to Population Health." In *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-Being: Assessing the Case for Investing in Health Systems*, by Figueras, Josep and McKee Martin, 101–24. Berkshire: Open University Press.

¹³ Vhodným úvodním textem o vztahu lékařství a státu je Fox, D. M. 1993. *Medical institutions and the state*. Str. 1204–1230 in Bynum, W. F., Porter, R. (eds.). *Companion encyclopedia of the history of medicine*, vol. 2. London: Routledge.

¹⁴ Hovoříme-li v tomto textu o „dodavatelích technologií“, máme na mysli soukromé firmy dodávající přípravky, přístroje, postupy a všechny ostatní materiál pro zdravotnictví, tj. včetně farmaceutických firem.

¹⁵ O nečistých praktikách v oblasti testování a uvádění léčiv na trh viz Goldacre, B. 2013. *Zkorumpovaná farmacie: jak farmaceutické společnosti klamou lékaře a škodí pacientům*. Praha: CPress.

zdravotnická zařízení si materiál a technologie musí kupovat na trhu. Zdravotní služby jsou díky systému veřejného pojištění nanejvýš „předplacené“, ale v žádném případě bezplatné.

4.11 Zdravotnictví, nebo podnikání se nemocemi?

Dnešní zdravotnictví nás nemotivuje k tomu, abychom pěstovali aktivity udržující a rozvíjející zdraví. Pokud tak činíme, děje se tak bez přímého vztahu ke zdravotnictví, které se nezávisle na nás ubírá svým vlastním směrem. Náš systém zdravotní péče pouze předstírá, že chce navracet zdraví. Ve skutečnosti se podobá prapodivnému způsobu podnikání se zdravotními obtížemi, kde se za netečného přihlížení státu rozdávají finanční prostředky soustředěné v anonymních zdravotních fondech.

4.12 Zdravotnictví a politika

Zdravotnictví je hříčkou v rukou politiků, kteří využívají jeho emočního rozměru a ohromného finančního obratu k posilování vlastní důležitosti. Odborníci a politici nám tvrdí, že bez veřejného systému nelze zajistit rovnost, tj. aby všem občanům bez rozdílu byla poskytnuta stejně kvalitní zdravotní péče. Tento názor můžeme odmítnout bez složitého rozboru. I v případě, že pomíneme korupci a skrytou manipulaci systému, nejedná se o nic jiného než o propagandu. Movití lidé, mají-li zájem, již dnes zcela legálně využívají zdravotní služby vyšší kvality, než nabízí státem garantovaný systém. Máme zde na mysli síť komerčních zdravotnických zařízení, která fungují bez ohledu na státní hranice. Ve svobodné společnosti není možné tento druh podnikání zakázat.

5 Stavební kameny Nového zdravotnictví

Východiskem Nového zdravotnictví je odpovědnost jednotlivce za vlastní zdraví. Zdraví lze považovat za osobní vklad. Pokud člověk o tento kapitál dlouhodobě nepečuje a nerozvíjí ho, může onemocnět, zkrátit si život nebo být ekonomicky či společensky znevýhodněn. Ač se Nové zdravotnictví pochopitelně zabývá zdravím, ve středu jeho pozornosti jsou jednotlivci a jejich více či méně proměnlivé potřeby, a nikoli zdravotní stav populace jako celku.

5.1 Jednotlivec versus odborná autorita

Ve sporu mezi autonomií jednotlivce a odbornou autoritou stojí Nové zdravotnictví na straně svobody

jednotlivce. V dnešním systému zdravotní péče má institucionalizovaná autorita jasnou, ač postupně klesající převahu. Odborník je v něm považován za kompetentnějšího než člověk, o jehož zdraví se jedná. Tento stav považuje většina z nás za normální a nesnaží se tuto „pravdu“ nijak zpochybňovat. V Novém zdravotnictví o tom, co je dobré ve vztahu ke zdraví, může v konečném důsledku rozhodnout pouze člověk sám. Důraz na lidskou autonomii zahrnuje jak oblast životního stylu a zvyklostí při čerpání zdravotních služeb, tak finanční následky těchto rozhodnutí. Stejný princip uplatňujeme ve všech ostatních oblastech lidské činnosti. Nikdo za nás nerozhoduje, jaké si máme koupit auto a zda si k povinnému ručení platíme i havarijní pojištění. Když vyrážíme na vysokohorskou túru, nerozhoduje za nás odborník, jaké rezervní oblečení a kolik jídla si přibalíme do batohu.

5.2 Dostupnost a efektivita

Jak vypadá zdravotnictví orientované na zákazníka? Úspěšnost jakéhokoli zdravotnictví hodnotíme podle dvou kritérií: zda jsou zdravotní služby každému dostupné a zda jsou poskytovány efektivně, tj. zda přinášejí vysokou hodnotu za vložené peníze. Nové zdravotnictví je nabídka služeb hospodářského charakteru, která se otevírá před občanem v okamžiku, kdy potřebuje zlepšit své zdraví.

5.3 Pojištění a soutěž

Dostupnost zdravotních služeb je dosažena prostřednictvím povinného pojištění, avšak nikoli veřejného, nýbrž komerčního s přesně a transparentně vymezenou rolí státu. Efektivitu zdravotních služeb zajišťuje řízená soutěž, která probíhá na několika úrovních: mezi pojišťovnami, mezi poskytovateli a z pohledu občana především mezi nabízenými pojistnými plány.

5.4 Motivace žít zdravě

Vynakládáme-li v dnešní době úsilí na udržování a rozvíjení svého zdraví, činíme tak z vlastního uvážení, neboť systém zdravotní péče nás k ničemu takovému nemotivuje. Prostředky veřejného zdravotního pojištění proudí téměř výhradně do léčebných zdravotních služeb. V situaci, kdy existují navzájem si konkurující pojišťovny, však vypadá situace jinak. Programy udržující a rozvíjející zdraví, zvláště v oblasti fyzické aktivity, výživy a duševní pohody, jsou v porovnání s léčebnými službami velmi levné. Zjistí-li pojišťovna, že taková služba snižuje spotřebu technologicky náročných, léčebných služeb, včlení ji do některého ze svých pojistných plánů a její klienti ji budou mít předplacenou.

5.5 Stírání hranice mezi léčebnými a neléčebnými službami

Dnešní zdravotnictví zahrnuje výhradně formalizované a přísně regulované služby léčebného charakteru, které poskytují lékaři, sestry, bratři a další certifikovaný zdravotnický personál. V Novém zdravotnictví hranice mezi léčebnými a neléčebnými službami mizí. Zdravotní služby jsou všechny služby nějak související se zdravím: léčebné, preventivní, podpůrné atd. Některé z nich vyžadují odbornou způsobilost, ať již zdravotnickou či nikoli, jiné pouze osobní a podnikatelský talent.

5.6 Biomedicína a komplementární (alternativní) medicína

Jedním ze základních znaků českého zdravotnictví je orientace na biomedicínu. Služby alternativní medicíny veřejné pojištění nehradí. V Novém zdravotnictví je toto rozhodnutí plně v pravomoci pojišťovny. Podobně jako v případě neléčebných služeb, zjistí-li pojišťovna, že jí některá alternativní metoda snižuje čerpání dražších, technologicky náročnějších služeb, nic jí nebrání včlenit tuto službu do pojistného plánu. Biomedicína i ostatní medicíny mají stejné výchozí postavení.

5.7 Připojištění a zdravotní spoření

Různí lidé chtějí do svého zdraví investovat různé množství peněz. Mohou tak činit z nejrůznějších důvodů: někteří mají peníze nazbyt, pro jiné je zdraví nadmíru vysoká hodnota, jiní se bojí závažných onemocnění a chtějí se na tuto eventualitu připravit. Měly by existovat podmínky, jak tento jejich zájem uskutečnit. Žádná podoba zdravotního pojištění nemůže krýt všechny myslitelné zdravotní služby všem bez rozdílu. V Novém zdravotnictví se občané mohou připojistit anebo si ukládat peníze na daňově zvýhodněné zdravotní účty. Mnozí z nich si tak postupně vytvoří finanční rezervu pro případ, že se někdy v budoucnu rozhodnou čerpat velmi drahé zdravotní služby.

5.8 Iniciativě se meze nekladou

Dle našeho přesvědčení každý občan bez rozdílu má v civilizované společnosti nárok čerpat takovou zdravotní službu, jakou on sám považuje za potřebnou pro obnovení nebo zachování zdraví, ať je její cena (téměř) jakákoli. Současný stav, kdy vysoká cena mnohých zdravotních služeb je, z důvodu omezeného objemu veřejných zdrojů, překážkou jejich dostupnosti, považujeme za anachronismus.

5.9 Zdravotní mercedes

Použijeme-li příměr z oblasti individuální dopravy, jeden rád jezdí na kole, druhý ve fabii, třetí se vozí v

mercedesu. Zdravotnictví se nalézá ve stavu, kdy přikazuje všem, aby jezdili fabií. Přesněji řečeno, přikazuje nám, abychom brali, co se nám v dané chvíli dává: někdy fabie, jindy mercedes nebo jízdní kolo. Mlčí ale o tom, že bohatí občané jezdí mercedesy, které si koupili na paralelním volném trhu. Mlčí také o korupci a o neoficiálních cestách, jak manipulovat polostátní systém ve svůj prospěch. Naším cílem je takový způsob financování zdravotních služeb, aby si každý, kdo o to má zájem, mohl pořídit svůj „zdravotní mercedes“.

5.10 Poměňování zdravotních výdajů s ostatními životními potřebami

Stejně jako v každé jiné oblasti, člověk musí být připraven čelit následkům svých rozhodnutí, tj. nemůže očekávat, že drahé, vysoce specializované služby mu budou poskytnuty jaksi „zadarmo“, bez ohledu na to, kolik vynakládá na uspokojení svých ostatních životních potřeb a koníčků. Budu fyzicky aktivní, abych snížil riziko zdravotních obtíží, a tím i výdaje za léčebné služby? Ušetřím si tak peníze na exotickou dovolenou. Nebo se budu přejídat, vysedávat u počítače, ale na druhé straně se raději připojistím a na dovolenou pojedou do jižních Čech? Jsem ochoten navštěvovat bezplatné kurzy zdravé výživy, na něž mám nárok dle svého pojistného plánu? Nebo budu dál jíst to, na co jsem zvyklý, a doufat, že všechno dobře dopadne?

5.11 Závažná onemocnění versus běžné konzultace

Nové zdravotnictví vrací původní význam slovu pojištění, tj. způsobu, jak se vyhnout vysoké jednorázové platbě v případě nenadálé katastrofické události.¹⁶ Spolu se základním pojištěním získá občan daňově zvýhodněný spořicí účet, na který si bude ukládat peníze buď sám, nebo za přispění sponzora, např. zaměstnavatele či státu. Rutinní zdravotní služby začnou být hrazené z pojištění až v okamžiku, kdy občan vyčerpá povinnou roční spoluúčast.

5.12 Povědomí o ceně

Vyjmutí rutinních konzultací z povinného pojištění je jedním z hlavních kroků směřujících k tomu, aby postupně vzniklo povědomí o ceně zdravotních služeb, a tedy i ceně zdraví. Lidé se pak budou více zajímat o zdraví obecně, o životní styl, o nabídku pojistných plánů, o automaticky hrazené preventivní

¹⁶ Viz Goodman, John C. 2008. "Health Insurance." The Concise Encyclopedia of Economics [Online]. Retrieved January 7, 2014 (<http://www.econlib.org/library/Enc/HealthInsurance.html>); Robinson, James C. 2004. "Reinvention of Health Insurance in the Consumer Era." JAMA 291(15): 1880–1886.

zdravotní služby, o to jak rozlišit závažné a běžné onemocnění, naučí se vyjednat s poskytovateli takovou službu, která nejlépe odpovídá konkrétním okolnostem a stavu rodinného rozpočtu. Pokud vytrvají, převážná většina z nich si během života shromáždí na spořicíh účtech vysokou finanční rezervu pro kvalitní dlouhodobou péči ve stáří. Bez tlaku na peněženku zůstane motivace k prevenci závažných onemocnění prázdným pojmem.

5.13 Povědomí o významu léčby

S povědomím o ceně úzce souvisí i lepší povědomí o významu léčby. Velká část pacientů léčebné pokyny zdravotnického personálu z nejrůznějších důvodů nedodržuje, nebo jen částečně. Avšak v řadě případů dnes dokážeme levně monitorovat, zda se pacienti radami řídí, například zda opravdu užívají předepsané léky tak, jak mají. V Novém zdravotnictví má lékař větší odpovědnost za poskytnutou službu a její efekt, vyšší odpovědnost však leží i na pacientovi, zda se chová tak, jak se s lékařem dohodl. I zde může pojišťovna experimentovat s bonusovým programem pro vzorné pacienty.

5.14 Zdravověda ve školních osnovách

Nové zdravotnictví předpokládá hluboké změny v postoji ke zdraví a souvisejícím chování. Opuštění stávajícího paternalistického systému a převzetí odpovědnosti za vlastní zdraví bude vyžadovat podporu vzdělávacího systému. Domníváme se, že úspěšné fungování nového modelu se neobejde bez zahrnutí zdravotní vědy do školních osnov, podobně jako si okolnosti vynutily vyučovací předmět finanční gramotnost. Máme zde na mysli znalosti o vztahu mezi životním stylem a závažnými zdravotními problémy, základech diagnostiky, léčbě nejčastějších onemocnění a orientaci ve zdravotním pojišťovnictví. Je prokázáno, že mnohé závažné choroby, např. rakovina plic, srdeční infarkty, cévní mozkové příhody a cukrovka typu 2, se do velké míry odvíjejí od praktikování určitého životního stylu.

5.15 Informační asymetrie

Zdravotnictví je od vzniku prvních zaměstnaneckých pojišťoven v 19. století vyňato ze sektoru služeb. Jedním z odůvodnění pro vyloučení zákazníka je tzv. informační asymetrie.¹⁷ Podle tohoto názoru jsou zdravotnické zákroky natolik složité a nepochopitelné, že člověk není schopen posoudit, co vlastně potřebuje. Tato úvaha však zapomíná, že s informační asymetrií se běžně setkáváme v řadě dalších každodenních aktivit a vždy existuje řešení,

jak tento handicap vyrovnat, např. konzultací u konkurence, diskusí s rodinnými příslušníky, přáteli a známými, porovnáním údajů z literatury, internetu či spotřebitelských žebříčků (v České republice např. časopis dTest nebo portál heureka.cz). A stejně jako v jiných sektorech, i v péči o zdraví může jeden odborník radit zákazníkovi, jak se má chovat, a druhý mu poskytne patřičnou službu.

5.16 Člověk v nouzi nebo zákazník

Dalším historickým přežitkem je přetrvávající chápání vztahu lékař – pacient jako setkání „dobrodince“, který poskytuje péči „člověku v nouzi“. Většina zdravotních konzultací dnes není setkáním lékaře s člověkem v těžkém zdravotním stavu vyžadujícím okamžitý zásah. Je to setkání s občanem, který poptává službu. Minulost a budoucnost spojuje postava lékaře v bílém plášti, a nikoli to, co spolu lékař a pacient řeší. Dle našeho odhadu se pouze 5 % zdravotních konzultací podobá těm před sto lety.

5.17 Ischemická choroba v roce 1960 a 2014

Představme si člověka s diagnózou ischemické choroby srdeční v roce 1960 a 2014. Dříve takovému člověku zbývaly jeden, dva roky života. Měl oteklé nohy, selhávaly mu ledviny, nebyl schopen fyzické aktivity. Se stejnou diagnózou dnes chodí po světě desetkrát více lidí, z nichž každý využívá zdravotní sektor desetkrát častěji než před padesáti čtyřmi lety. Ischemická choroba srdeční je v roce 2014 prožívána úplně jinak: jako série víceméně banálních nepříjemností. Příklad: pětasedmdesátiletý občan České republiky, muž po těžkém infarktu a následně léčbě spočívající v roztažení srdečních cév, se necelý rok poté chystá na lyžařský zájezd do Francie.

5.18 Zdravotnictví náleží do sektoru služeb

Není důvod vztahovat na zdravotnictví jinou logiku než na ostatní služby hospodářského charakteru, tj. soutěž o zákazníka, působení poptávky a nabídky atd.¹⁸ Pokud některým zdravotníkům připadá, že by tak jejich profese ztratila „lidský rozměr“ a přestala být oním „posláním“, nic jim nebrání, aby soucit, porozumění a nasazení, jaké projevují při záchraně akutně ohrožených nemocných, přenášeli i do běžné praxe, kde je občan schopen rozhodovat a volit mezi různými možnostmi.

¹⁷ O původu myšlenky informační asymetrie ve zdravotnictví viz Robinson, James C. 2001. "The end of asymmetric information." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 26 (5): 1045–53.

¹⁸ V českém prostředí se těmto otázkám věnuje text Štátný, D., Štátná, R. & Kokešová, I. 2000. *Zdravotnictví trochu jinak*. Liberální institut. Praha. Dostupné na: www.libinst.cz/Files/KqLFy4r2/profile/2425/zdravotnictvi.pdf (13.7.2012).

5.19 Občané s nízkými příjmy a vysokým zdravotním rizikem

Odborníci i politici nám říkají, že zdravotní služby nemohou být financovány prostřednictvím komerčních pojišťoven, abychom uchránili skupinu občanů, kteří nemají prostředky, aby si rizikově oceněné pojistné zaplatili. Tato menšina se stala rukojmím dnešní podoby zdravotnictví. Jedná se zejména o děti, důchodce, nezaměstnané a osoby trpící chorobami, které nelze životním stylem ovlivnit nebo jen velmi málo. Patří k nim i spoluobčané se vzácnými metabolickými a vývojovými chorobami, jejichž přežití závisí na poskytování trvalé, někdy velmi drahé léčby, a čelíme u nich nikoli riziku, ale jistotě vysokých nákladů. Dle našeho názoru je toto uvažování chybné a nijak neospravedlňuje pokračování veřejného systému. Nevýhodné postavení této skupiny lze plně kompenzovat i v komerčním prostředí.

5.20 Povinná smlouva za nominální pojistné

V Novém zdravotnictví je každý občan povinen uzavřít smlouvu o základním pojištění s vybranou komerční pojišťovnou. Výši pojistného si pojišťovna *pro vlastní potřebu* vypočítává dle individuálního rizika klienta. Pojišťovna může vytvořit několik různých typů povinného pojistného plánu, ale občanům smí každý takový plán nabízet za jednu pevnou cenu, tzv. nominální pojistné, tedy bez ohledu na individuální zdravotní riziko. V takovém případě pro mladé a zdravé osoby je nominální pojistné vyšší než rizikově oceněné. Riziko onemocnění je u těchto osob velmi nízké, a jejich rizikově oceněné pojistné by proto bylo minimální. U osob s vysokým rizikem je tomu naopak, tj. tyto lidé rovněž získají základní povinnou smlouvu za nominální pojistné, ale matematicky vzato by měli platit více.

5.21 Výše nominálního pojistného

Před začátkem kalendářního roku ministerstvo zdravotnictví provádí odhad ceny základního balíčku služeb pro veškerou populaci a vyhláší tzv. vypočítané nominální pojistné. Ze zkušenosti Holandska, kde systém nominálního pojistného funguje od roku 2006, víme, že pojišťovny nabízejí základní pojištění za částku mírně nižší, než je předpoklad ministerstva zdravotnictví.

5.22 Dostupnost základního pojištění

Všeobecnou dostupnost povinné smlouvy osobám s žádnými či nízkými příjmy zajišťuje systém sociálních dávek na uhrazení nominálního pojistného. Osobám, jejichž rizikově oceněné pojistné je vyšší než nominální, zajišťuje všeobecnou

dostupnost základní smlouvy státní příspěvek pokrývající pojišťovně rozdíl mezi vypočítaným nominálním pojistným, které vyhláší ministerstvo zdravotnictví, a rizikově oceněným pojistným, které vyplývá z matematických modelů. Smyslem nominálního pojistného je zajistit rovný přístup k základnímu pojištění všem osobám bez rozdílu, aniž by bylo nutné rezignovat na soutěživé, zákaznický orientované prostředí. V zákaznickém hodnocení je holandské zdravotnictví dlouhodobě na prvním místě evropského žebříčku.¹⁹

6 Klíčová role zákazníka

6.1 Co dostávám za své peníze?

Zdravotnictví má sloužit k navracení, udržování a rozvíjení zdraví. Je v zájmu každého, aby tento cíl byl plněn efektivně, tj. aby občanovi za jeho finanční prostředky byla poskytnuta co největší hodnota. Jsme přesvědčeni, že dosáhnout tohoto stavu lze pouze v případě, že bude občanům vrácena jejich zákaznická role.

6.2 Nákup bez placení

Vstup do systému zdravotní péče se dnes podobá nákupu bez placení. Lidé nejsou schopni posoudit, co zdravotní péče stojí. Tím, že se služby od nepaměti proplácejí ze státem garantovaných fondů, převládá přesvědčení, že „peněz je a bude dost“. Takto pojaté zdravotnictví má celou řadu negativních rysů, které jsme zmínili výše. Hlavní problém je ale hlubší. Člověk neví dost dobře, co vlastně potřebuje, neboť nevolí mezi alternativami, jinými slovy nepoptává zdravotní služby s vědomím jejich ceny.

6.3 Nabídka za erární peníze

V situaci, kdy nekupuje za své, má člověk sklon objednat si službu, kterou nepotřebuje, a snáze si nechá něco podstrčit. Nabídka služeb ve veřejném systému vzniká bez ohledu na zákazníka a vytváří ji dle svých vlastních zájmů propletenec státu, lékařského stavu a dodavatelů technologií. Z tohoto pohledu je současný systém zdravotní péče „slepý“, neboť nedokáže vyhovět skutečným lidským potřebám. Neříkáme zde, že nabídka státo-profesně-dodavatelské aliance je naprosto nevyhovující. Tvrdíme ale, že o souladu mezi zdravotními potřebami jednotlivců se současnou nabídkou péče je velmi těžké něco s určitostí říci, neboť jsme jako občané nikdy nedostali příležitost

¹⁹ Health Consumer Powerhouse. 2013. The Euro Health Consumer Index 2013. Dostupné na: <http://www.healthpowerhouse.com/index.php> (31. 5. 2014).

se ke svým zdravotním potřebám svobodně dopracovat.

6.4 Větší kontrola nad peněženkou

Co je přiměřená cena za výsledek, si musí každý rozhodnout sám. Povědomí občanů o vztahu mezi penězi a hodnotou je základním hybatelem Nového zdravotnictví. Nejnázornějším příkladem jsou spořicí zdravotní účty sloužící ke hrazení rutinních konzultací a k nákupu zdravotních služeb, které nejsou hrazeny z pojistné smlouvy. Zde občan platí přímo, mezi ním a poskytovatelem nestojí pojišťovna. Vztah mezi poskytovatelem se tak přibližuje běžnému zákaznickému chování. Občan si lépe rozmyslí, za kým půjde, a poskytovatel bude mít větší zájem, aby zákazník odcházel spokojený.

6.5 Co je služba?

Poptává-li zákazník službu hospodářského charakteru, musí být schopen posoudit její hodnotu. Jinými slovy, služba musí „sdělitelná“, musí zahrnovat srozumitelné vysvětlení, co za sjednanou cenu zákazník obdrží. Nabízí-li poskytovatel dvě služby o stejné ceně, musí být zákazník schopen posoudit, která služba je pro něho vhodnější.

6.6 Trojjednost zákazníka

Při bližším pohledu má zákaznická role tři složky: (1) spotřebitele, tj. kdo má ze služby užitek, kdo se těší z užítku; (2) objednatel, tj. kdo formuluje poptávku, kdo říká, co je zakázka; (3) plátce, tj. kdo platí, kdo hradí fakturu. U většiny běžných služeb se všechny tři složky spojují v jednom člověku: zákazníkovi. Kadeřníkovi řeknete, jaký si přejete účes, on vám nazdobí vlasy a vy mu na místě zaplatíte, samozřejmě za podmínky, že vám na hlavě nevyrostlo něco jiného, než jste chtěli.

6.7 Současné pojetí zdravotní služby

V dnešním zdravotnictví vypadá čerpání služby úplně jinak. Objednatelem je ve většině případů lékař, neboť vystupuje z pozice autority, která ví nejlépe, co pacient potřebuje. Spotřebitelem může být občan, pokud opravdu odchází spokojen a lékař dostane zaplacenou „pouze“ za výsledek. Jindy však mohou být spotřebitelé oba dva. Máme zde na mysli případy, kdy pacient odchází spokojený, ale lékař si kromě zaplacení za výsledek naúčtuje úkon, který pro výsledek nemá žádný význam. Nezřídka ale může být spotřebitelem pouze lékař, když si naúčtuje cenu konzultace, z níž pacient žádný užitek nemá. Většinu služeb máme navíc předplacenou prostřednictvím veřejného pojištění. Plátce (pojišťovna) tudíž není přítomen, což mění atmosféru celé transakce.

6.8 Zákaznické pojetí zdravotní služby

Jsme přesvědčeni, že zdravotní služby, včetně služeb léčebných, nemusí fungovat výše uvedeným způsobem. Nové zdravotnictví usiluje o to, aby se všechny tři složky zákaznické role (spotřebitel, objednatel a plátce) v maximálním počtu případů setkávaly v jednom člověku.

6.9 Sazebníky služeb

Podívejme se pozorněji na to, co se v České republice nazývá zdravotními službami. Pojišťovny vytvářejí takzvané sazebníky, tj. seznamy zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, které slouží k jejich proplácení. Sugeruje se nám, že tyto zdravotní výkony jsou službami zákazníkovi. Avšak tyto a podobné tarifní systémy, jež mimochodem existují v mnoha zemích, zachycují především provozní aktivity poskytovatelů, tedy vnitřní organizaci práce a její lidské a materiální zajištění. Použijeme-li průměr odjinud, je to jako kdyby nám v kadeřnictví neúčtovali za účes, ale za 3,5 litru teplé vody, 0,5 deci šampónu, 65 minut práce kadeřníka, pronájem strojku na vlasy atd., tedy za jednotlivé produkční aktivity a použité vybavení a materiál. Vyúčtování po jednotlivých položkách může mít někdy svůj význam, ale obvykle nás zajímá hlavně celková částka.

6.10 Kde není poptávka, není nabídka

Zákazníka v první řadě zajímá výsledek, a nikoliv jak se k němu dospělo. Dnešní sazebníky soutěží mezi poskytovateli příliš nepomohou, neboť vznikly bez zákazníků. Služby, které poskytovatelé nabízejí v Novém zdravotnictví, nejsou v současnosti ani nadefinované. I v holandském zdravotnictví, které mezi evropskými systémy nejvíce respektuje přání zákazníka, se katalog služeb rodí až nyní s několikaletým zpožděním. Dokud není plně rozvinuta zákaznická role, nemůže se vytvořit skutečná nabídka služeb, neboť neexistuje poptávka odrážející přání zákazníků, tedy není na co reagovat.

Minutové kliniky

Jakmile do zdravotního sektoru vstoupí plně rozvinutá zákaznická role, nelze vyloučit jeho dalekosáhlé změny. Představme si na ulici stánek nabízející diabetikům měření glykovaného hemoglobinu nebo „Minutové kliniky“ (MinuteClinic) v amerických nákupních centrech. Před jejich vznikem musel člověk s bolavým uchem čekat čtyři hodiny na pohotovosti. Nyní má možnost být rychle a bez objednání obsloužen ve zdravotnickém minizařízení vedle lékárny. První MinuteClinic byla otevřena v roce 2000 a dnes jich funguje okolo šesti

set. Nabízí zhruba dvacet přesně vymezených služeb, jako jsou diagnostika a léčba zánětu horních dýchacích cest, zánětu zvukovodu, močové infekce, těhotenský test, očkování, měření krevního tlaku, hladiny cholesterolu atd. Službu neposkytuje lékař, ale speciálně vyškolený personál. Bylo prokázáno, že ve srovnání s praktickými lékaři minutové kliniky poskytují stejně kvalitní služby, čekací doba je kratší a samotná konzultace delší.²⁰

Pan Antonín chce z vlastní kapsy zaplatit vyšetření PET/CT pro svou matku

Vyšetření PET/CT stojí v českém veřejném systému přibližně 15 000 korun. Pan Antonín, bohatý podnikatel, má nemocnou matku, ale v jejím případě se PET/CT neprovádí, neboť zdravotnické zařízení by vyšetření neobhájilo před pojišťovnou. Výsledky PET/CT však mohou i za těchto konkrétních okolností pomoci při výběru optimální léčby, nelze to však říci předem. Pro pana Antonína není 15 000 korun zásadní částka, proto se rozhodl objednat vyšetření „mimo systém“. Naráží ale na překvapivé potíže. Ve většině zdravotnických zařízení neexistuje postup, jak jeho požadavek vyřídit. Když se mu podaří nalézt nemocnici, kde jsou ochotni vyšetření provést, chtějí zařadit jeho matku až „na konec fronty“, neboť na vyšetření se čeká, je to nedostatkové zboží. Pan Antonín nakonec uspěje u malého soukromého poskytovatele, který vyšetření provádí na zcela komerční bázi. Panu Antonínovi si stěžuje, že je svými kolegy považován za odpadlíka.

6.11 Nesrozumitelný jazyk medicíny

Málo lékařů si dnes uvědomuje, že poskytování zákaznických orientovaných služeb a výkon lékařské profese jakožto „svobodného povolání“, kterým kdysi bývalo, jsou dvě odlišné věci. U zákaznického přístupu je klinický jazyk medicíny na překážku, neboť mu nikdo nerozumí. Komunikace se musí přizpůsobit „člověku z ulice“. Navíc v Novém zdravotnictví je lékař pouze jednou z mnoha rolí v poskytovatelském týmu, který čítá zdravotníky i nezdravotníky.²¹

6.12 Komunikace a chronická onemocnění

Způsob domluvy se liší případ od případu. Jinak je třeba komunikovat s člověkem ve stavu akutní nouze, s někým, kdo trpí běžnými zdravotními problémy, a s někým, kdo se cítí zcela zdravý, ač je z dlouhodobého hlediska ohrožen rozvíjející se chronickou chorobou. Změnu jazyka si vynucují zejména chronická onemocnění, neboť probíhají v čase a kvalita jejich léčby se do velké míry odvíjí od kvality komunikace mezi oběma stranami. Do styku zde nepřichází lékař a pacient, ale dvě skupiny osob. Na straně zdravotníků jsou to specialisté z různých oborů, lékařských i nelékařských. Na druhé straně se kromě pacienta nachází i jeho rodina, zaměstnavatel, přátelé atd. Pro úspěch léčby je nezbytné, aby si tyto dvě skupiny rozuměly. Často se však stává, že poskytovatelé vnucují svůj jazyk skupině obklopující chronicky nemocného, což je zbytečné a škodlivé.

Glykovaný hemoglobin (HbA1c)

Přibližně 10 % prostředků dnešního zdravotnictví plyne do léčby cukrovky typu 2. Tato choroba je výjimečná tím, že úspěšnost léčby můžeme posoudit změřením jediné chemikálie, tzv. glykovaného hemoglobinu. Glykovaný hemoglobin poskytuje nepřímou informaci o průměrné hladině cukru v krvi. Stanovení HbA1c umožňuje posoudit kompenzaci cukrovky v průběhu 4 až 6 týdnů před odběrem. HbA1c tak vypovídá o postupu nemoci a riziku diabetických komplikací. Hodnota HbA1C současně odráží schopnost (nebo i neschopnost) nemocného dodržet základní pravidla diety a životosprávy a současně je vizitkou spolupráce mezi lékařem a pacientem.²²

6.13 Pacientské organizace

Díky všeobecné dostupnosti informací včetně výsledků vědeckého výzkumu mezitím nenápadně vstupují na scénu skuteční zákazníci: většinou mladí, chronicky nemocní lidé dobře ovládající internet a schopní porovnávat a vyhodnocovat různé prameny. Sdružují se do nezávislých pacientských organizací a skrze svou činnost a moderní komunikační nástroje překládají do srozumitelného jazyka kódovanou řeč zdravotnických povolání, obvykle velmi zdařile a na vysoké odborné úrovni. Tento vývoj bude pokračovat a zasahovat stále širší okruh lidí.

6.14 Řídit se přáním zákazníka

Co motivuje institucionální účastníky Nového zdravotnictví k zákaznickému přístupu? Pojišťovny

²⁰ Avinash Patwardhan, A. et al. 2013. Comparison of Waiting and Consultation Times in Convenient Care Clinics and Physician Offices: A Cross-Sectional Study. *Journal of Primary Care & Community Health* 4(2): 124–128.

²¹ Nástin budoucí podoby léčebných služeb z organizačního hlediska viz Economist. 2012. Squeezing out the doctor: The role of physicians at the centre of health care is under pressure, tiskem 2. 6. 012. <http://www.economist.com/node/21556227>, český překlad v časopisu Respekt, č. 26/2012 z 25. 6. 2012.

²² Zdroj: <http://www.mte.cz/glykovany-hemoglobin-hba1c.htm> (25. 2. 2014)

soutěží mezi sebou o klienty, například cenou, nabídkou pojistných plánů, klientským servisem atd. Podobným způsobem soutěží mezi sebou poskytovatelé zdravotních služeb. Ti navíc musí nestále prokazovat své schopnosti před pojišťovny, neboť bez smlouvy s nimi nemají přístup k vybranému pojistnému. K zákaznické orientaci nutí poskytovatele i to, že občané rozhodují, jak a kde utratí finance shromážděné na spořicíh účtech.

7 Riziko, pojištění, výše pojistného, pojistné plány

Pro pochopení Nového zdravotnictví je nezbytné zopakovat si základy zdravotního pojišťovnictví.

7.1 Riziko

Podstatou každého pojištění je převedení rizika na třetí stranu a jeho současné rozložení na více osob: „Na základě relativně malé a předem určené platby umožňuje se vyhnout relativně velkým výdajům spojeným s nepředvídatelnou událostí.“^{23, 24} Rizikem se v našem případě rozumí matematicky vyjádřená pravděpodobnost, že konkrétní člověk onemocní a bude nucen čerpat léčebné zdravotní služby.

7.2 Komerční pojištění

Princip komerčního pojištění není třeba blíže vysvětlovat. Pojišťovna vyměří pojistné takovým způsobem, abych byla schopna dostát svým závazkům v případě výskytu pojistných událostí a vytvářela zisk. Komerční zdravotní pojištění funguje stejně. Podle toho, zda pojišťovna vypočítává pojistné podle rizika jednotlivce nebo skupiny, lze komerční zdravotní pojištění rozdělit na dvě skupiny.

7.3 Komerční pojištění s komunitní sazbou

Tento druh pojištění je výsledkem dohody mezi pojišťovnou a skupinou obyvatel. Pojišťovna odhadne celkové zdravotní riziko skupiny a vydělí částku počtem jejích členů. Vznikne tzv. komunitní sazba, která je pro všechny stejně vysoká bez ohledu na individuální riziko. Komunitní sazba se používá např. ve Švýcarsku.

7.4 Komerční pojištění se zkušenostní sazbou pro jednotlivce

Tento druh pojištění vychází z dohody mezi pojišťovnou a jednotlivcem. Pojišťovna pracuje s tzv.

zkušenostní sazbou, kterou vypočítává dle individuálního rizika. Mladým a zdravým vychází nejnižší pojistné, staří a nemocní platí více a lidé s genetickými a vývojovými chorobami, které vyžadují trvalou léčbu, jsou de facto nepojistitelní. Typickým případem je komerční zdravotní pojištění a přípojištění nabízené nadnárodními společnostmi.

7.5 Výpočet zkušenostní sazby

K výpočtu zkušenostní sazby používají zdravotní pojišťovny matematické modely. Jednou z možností je takzvaný PCG model (*pharmacy-based cost group*), který vychází ze spotřeby léků v předchozím roce. Pro 80 % populace se ve vzorci zohledňuje pouze pohlaví a příslušnost do jedné ze 14 věkových skupin. U zbylých 20 % občanů závisí riziko i na jejich zdravotním stavu. Vzorec zohledňuje (1) příslušnost k PCG skupině (přičemž člověk může být v několika skupinách současně), (2) zvýšení rizika dané kombinací určitých PCG skupin a (3) spojení věku s některými PCG skupinami.

7.6 Veřejné zdravotní pojištění

Veřejné zdravotní pojištění existuje v mnoha různých podobách. Ve srovnání s pojištěním komerčním se většinou jedná o kombinaci pojištění (neboť přenáší riziko na jiný subjekt a rozkládá je mezi více lidí) a daně (pojistné se nevypočítává dle individuálního zdravotního rizika, jde o procentuální podíl příjmu). Vybrané pojistné spravují veřejnoprávní instituce, kterým se v některých státech, např. v České republice, říká „zdravotní pojišťovny“. Jsou to de facto plátcovské organizace, jejichž hlavním cílem je rozdělit vybrané peníze mezi poskytovatele, a nikoli podnikání v oblasti pojistných plánů.

7.7 Vyjmutí ohrožených osob z pojistného systému

Žádná rozvinutá společnost se nespolehá pouze na komerční pojištění se zkušenostní sazbou, neboť tento způsob odporuje principu rovnosti. Jistou skupinu spoluobčanů by odsoudila ke zbytečnému strádání, nebo dokonce k pomalejší či rychlejší smrti. Patřili by k nim například zcela nemajetní, chronicky nemocní s nízkými příjmy, osoby s velmi vysokým rizikem a nepojistitelní, tj. lidé trpící vývojovými a geneticky podmíněnými chorobami. Kromě komunitní komerční sazby a veřejného zdravotního pojištění je možné tuto ohroženou skupinu z pojistného systému úplně vyjmout a financovat zdravotní služby pro tyto občany zcela jiným způsobem. Takto mají zajištěnou zdravotní péči některé skupiny obyvatel v USA.

²³ Němec, Jiří. 2008. Principy zdravotního pojištění. Praha: Grada Publishing, str. 17.

²⁴ Dewar, Diane M. 2010. Essentials of health economics. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, str. 31–41.

7.8 Státní přidělový systém

Zdravotní systémy, kde dominuje stát, lze rozdělit na tři základní typy podle toho, jakou roli v nich hrají soukromí poskytovatelé, soutěž a veřejné zdroje. Prvním typem je přidělový systém. Stát vytvoří poskytovatele zdravotní péče a ti fungují na základě státem schválených rozpočtů. Žádný pojistný fond neexistuje. Systém je financován z daní. Zdravotní péče je jakoby „zdarma“, žádná soutěž v ekonomickém smyslu neexistuje. Služby nikdo nekupuje, jsou „přidělovány“. Příkladem je britská National Health Service před reformou v roce 1990 a české zdravotnictví v době komunismu.

7.9 Polostátní systém a regulovaná soutěž poskytovatelů

Druhým typem státního systému je uspořádání, kdy stát umožní existenci soukromých poskytovatelů služeb a vytvoří ze sebe monopolního nákupčího. Je tedy oddělena role poskytovatele a kupce, státní i soukromí poskytovatelé fungují vedle sebe. Stát organizuje regulovanou soutěž poskytovatelů a nakupuje od nich zdravotní služby. Soutěž mezi pojišťovnami a pojistnými plány neexistuje. Systém je financován z daní nebo státem kontrolovaného pojistného fondu, popř. z obou. Příkladem je britská National Health Service po reformě v roce 1990.

7.10 Polostátní, výběrově dotovaný systém

Třetím typem státního systému je situace, kdy vedle sebe fungují státní i soukromí poskytovatelé. Stát určí ceny zdravotních služeb, ale současně některé zdravotní služby a poskytovatele dle svého uvážení dotuje. Systém je financován z daní nebo státem kontrolovaného pojistného fondu, popř. z obou. Soutěž mezi poskytovateli, pojišťovnami a pojistnými plány neexistuje. Navzdory existenci soukromých poskytovatelů hlavní odpovědnost za hladký chod celého systému leží na státu. Do této kategorie řadíme systém zdravotní péče v České republice.

7.11 Veřejné zdravotní pojištění v České republice²⁵

Občané a zaměstnavatelé povinně odvádí procentuální část mzdy či jiného příjmu do veřejnoprávních zdravotních pojišťoven, které je nejrůznějšími způsoby rozdělují mezi poskytovatele. Za více než polovinu občanů (děti, důchodce, nezaměstnané) platí pojistné stát ze svých daňových příjmů. Platby pojistného od jednotlivých občanů,

zaměstnavatelů a státu (plus zanedbatelný objem dalších drobných příjmů) tvoří tzv. fond veřejného zdravotního pojištění.²⁶ V roce 2010 bylo složení fondu následující: 66 % tvořily platby zaměstnavatelů a zaměstnanců v poměru 2:1, 26 % platby od státu, 7 % platby od osob samostatně výdělečně činných a 1 % přispívaly tzv. osoby bez zdanitelných příjmů.^{27, 28} Výše pojistného nijak nezohledňuje výši zdravotního rizika jednotlivců, ale odvíjí se od jejich postavení ve společnosti: dítě, zaměstnanec, podnikatel, důchodce atd. Příspěvky státu jsou rozdělovány mezi pojišťovny takovým způsobem, aby žádná z nich nebyla skladbou svých pojištěnců znevýhodněna oproti ostatním. Konečná suma, kterou pojišťovny obdrží, odpovídá celkovému riziku jejich populace pojištěnců. Celkové výdaje na zdravotnictví měly v roce 2012 následující skladbu: příjmy z pojistného (fond veřejného zdravotního pojištění) tvořily 79 %, dalších přibližně 5 % výdajů pokryly státní a místních rozpočty a zbylých 16 % představovaly přímé platby občanů (především doplňky za léky a regulační poplatky).²⁹

7.12 Sponzorování komerčního pojistného

V našich stručných definicích komerčního zdravotního pojištění se zkušenostní nebo komunitní sazbou se spolu domlouvají jen dvě strany: pojišťovna a klient, popřípadě skupina klientů. Do hry však může vstoupit i třetí strana neboli sponzor, který přispívá vybraným osobám na pojistné. Sponzorem je nejčastěji stát, zaměstnavatel nebo charitativní organizace shromažďující dary od mecenášů.

7.13 Komerční pojištění s příspěvkem státu: nominální pojistné

V Novém zdravotnictví občané platí za zdravotní služby dvěma hlavními způsoby: pomocí daňově zvýhodněných spořicíh účtů a prostřednictvím povinného základního pojištění u komerčních pojišťoven. Jak jsme uvedli výše, tato povinná pojistná smlouva nepracuje s prostou komunitní či zkušenostní sazbou, nýbrž s nominálním pojistným. Na nominální pojistné lze pohlížet jako na kombinaci komunitní sazby (všichni platí stejně) a zkušenostní

²⁵ Kritická analýza českého systému zdravotní péče viz Hroboň, Pavel, Macháček, Tomáš a Julínek, Tomáš. 2005. Reforma zdravotnictví pro Českou republiku v Evropě 21. století. Praha, Reforma zdravotnictví – forum.cz. Dostupné na http://healthreform.cz/content/files/cz/Reforma/1_Publikace/CZ_publikace.pdf (8. 11. 2013).

²⁶ Zígová, Zuzana. 2011. Institucionální a finanční determinanty fungování systému veřejného zdravotního pojištění v ČR a jejich vliv na existenci deficitů. Brno, Masarykova Univerzita, doktorská dizertace, str. 78.

²⁷ Neautorizovaný učební text Ekonomika zdravotnictví dostupný na adrese <http://usm.lf1.cuni.cz/~ppetri/vyuka.html> (30. 5. 2013), str. 5–6.

²⁸ Pojistné zaměstnanců je 13,5 % hrubé mzdy. Dvě třetiny pojistného platí zaměstnavatel, zbylou třetinu zaměstnanec. Platbu celé částky fyzicky provádí zaměstnavatel. Zdroj: Sláma, Petr. 2012. Veřejné zdravotní pojištění, skriptá, Verze 1.0, str. 10. Dostupné na http://usm.lf1.cuni.cz/download/Verejne_zdravotni_pojisteni.pdf (30. 5. 2013).

²⁹ ÚZIS. 2013. Zdravotnictví ČR 2012 ve statistických údajích. Praha. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnictvi-cr-2012-ve-statistickych-udajich> (24. 9. 2013), str. 79.

sazby dotované státním příspěvkem (přesně vymezeným skupinám obyvatel doplácí rozdíl mezi zkušenostní sazbou a nominálním pojistným stát).

7.14 Možnost porovnávat pojistné plány

Jak jsme již zmínili, nominální pojistné je v rámci jednoho pojistného plánu u konkrétní pojišťovny stejně vysoké pro všechny klienty bez ohledu na jejich individuální riziko. Záruka stejné ceny má jednu důležitou výhodu: umožňuje občanům porovnávat povinné pojistné plány mezi sebou. Vědí tedy, kolik a za co platí. Připomeňme si, že v České republice nic takového možné není, protože cena konkrétního pojistného plánu u konkrétní veřejnoprávní „pojišťovny“ je pro každého jiná podle toho, jaké má postavení ve společnosti (dítě, zaměstnanec, podnikatel, důchodce atd.) a jak vysoké má příjmy.

7.15 Přímá platba za zdravotní službu

V Novém zdravotnictví se většinou jedná o platbu ze zdravotního spořicího účtu. Existují i další možnosti, kdy člověk platí přímo poskytovateli. Například člověk může mít spořicí účet z nějakého důvodu vyčerpaný a dosud nedosáhl stropu spoluúčasti. Nebo stropu spoluúčasti dosáhl, ale požadovaná služba není kryta jeho pojistnou smlouvou. Nebo se nechává ošetřit u poskytovatele, který nemá smlouvu s jeho pojišťovnou. Poskytovatelé jsou na placení služeb z vlastní kapsy (bez ohledu na pojištění a spořicí účty) zvyklí podobně jako právníci, půjčovna aut nebo úklidová firma.

7.16 Nízké pojistné a vysoká spoluúčast

Jednou z obecných vlastností pojistných plánů je přítomnost či nepřítomnost spoluúčasti. Spoluúčast může být plná, dokud nedosáhne určitého maxima, nebo částečná, kdy se o platbu klient a pojišťovna dělí v předem známém poměru. Představme si plán s velmi nízkým pojistným, např. 100 Kč měsíčně, a velmi vysokou roční spoluúčastí, např. 25 000 Kč. Tento plán může být výhodný pro zdravé, finančně zajištěné osoby. Plné pojistné krytí vstupuje do hry, až když v kalendářním roce dotyčný zaplatí za zdravotní služby 25 000 Kč ze svého. Pojištěnec zde spoléhá na to, že zdravotní služby vůbec čerpat nebude nebo jen velmi omezeně. Ví, že za zdraví utratí za rok nejvíce 26 200 Kč (25 000 plus 12 x 100), spíše ale mnohem méně, například 2 až 3000 Kč.

7.17 Vysoké pojistné a nízká spoluúčast

Zcela jinému druhu klientů je určen plán s vysokým pojistným a nízkou spoluúčastí. Tento plán vychází vstříc nemajetnému nebo dlouhodobě nemocnému

člověku. Pojistné je 1000 Kč měsíčně a roční spoluúčast pouze 500 Kč. Pojištění pokrývá všechny zdravotní služby po zaplacení prvních 500 Kč z vlastní kapsy v kalendářním roce. Spoluúčast 500 Kč klient pravděpodobně vyčerpá, ale má jistotu, že za rok nejvýše utratí 12 500 Kč (500 plus 12 x 1000 Kč) bez ohledu na to, co se s jeho zdravím bude dít.

7.18 Spoluúčast u veřejného zdravotního pojištění

Připomeňme si, že spoluúčast existuje i v dnešním českém zdravotnictví. Máme zde na mysli především doplátky za léky. Strop roční spoluúčasti je v současné době 2500 Kč pro nezletilé a osoby nad 65 let a 5000 Kč pro všechny ostatní. Překročení limitu hlídá pojišťovna. Při jeho překročení klient hradí doplátky v hotovosti i nadále sám a pojišťovna mu je dodatečně vrátí.³⁰

7.19 Spoluúčast v Novém zdravotnictví

V Novém zdravotnictvím mohou pojišťovny vytvářet plány dle svého uvážení. Povinná pojistná smlouva na základní balíček služeb je však zvláštním případem, neboť její cena je regulována vyhlášením tzv. vypočítaného nominálního pojistného. Očekáváme, že základní pojištění bude obsahovat spoluúčast s ročním maximem. Uvědomme si ale, že pojišťovna zde garantuje základní balíček služeb. Základní pojištění tedy nemůže být kombinací nízkého pojistného a vysoké spoluúčasti, neboť pojišťovna by pak na pojistném vybrala příliš málo a nestačily by jí prostředky na klienty s vysokým rizikem.

7.20 Pojistné plány dle typu závazku

Z pohledu typu závazku lze pojistné plány rozdělit do dvou skupin. První je závazek *in kind* (v naturáliích), kde se pojišťovna zavazuje proplatit službu a současně zaručuje, že služba bude fyzicky (tj. geograficky) dostupná. Druhým případem je závazek *in cash* (v hotovosti), kde se pojišťovna zavazuje dodatečně proplatit účet za poskytnuté zdravotní služby a o nic víc se nestará. Příkladem je většina druhů cestovního zdravotního pojištění.

7.21 Příspěvkové fondy

Projděme si krátce historický vývoj zdravotního pojišťovnictví. Jako první vznikly v 19. století u velkých firem tzv. příspěvkové fondy. Do fondu přispívali zaměstnanci i zaměstnavatelé. Původně se jednalo pouze o nemocenské pojištění, tj. pojištění proti ztrátě příjmu v době nemoci. Spolu s rostoucí

³⁰ Novela zákona o veřejném zdravotním pojištění s účinností od 1. 4. 2009.

autoritou medicíny se postupně přidávalo krytí výdajů na zdravotní služby. Toto pojištění zpočátku nezaručovalo geografickou dostupnost služeb nikde jinde než v místě zaměstnání.

7.22 Veřejné zdravotní pojištění

Příkladem druhého typu pojištění je dnešní systém veřejného zdravotního pojištění v České republice. Tvorba fondu se významně neliší od 19. století, hlavní část tvoří příspěvky zaměstnavatelů a zaměstnanců. Přibylo však zajištění fyzické (geografické) dostupnosti zdravotních služeb. Jde o klasické pojištění se závazkem *in kind*.

7.23 Pojistné plány s informační podporou

Jedná se o historicky třetí etapu. Tvorba fondu může být různá. Kromě dostupnosti přibyla tzv. informační a organizační podpora klientů. Cílem je umožnit pojištěncům, aby činili informovaná rozhodnutí o svém zdraví. V České republice tyto pojistné plány dosud neexistují.

7.24 Čtvrtá generace pojistných plánů

Tyto produkty zahrnují navíc tzv. motivační podporu, kdy je pojištěnec odměňován – finančně nebo jinak – za prevenci a rozvíjení zdraví, tj. za snižování svého zdravotního rizika.³¹ Tvorba fondu může být různá. O vybrané pojistné spolu soutěží klasické léčebné služby se službami a motivačními programy na podporu zdraví. Zdravotnictví vystupuje ze své orientace na léčbu již vzniklých onemocnění a rozšiřuje svou působnost na oblast prevence.

7.25 Odkládání prevence

Má-li člověk „tady a teď“ vynaložit úsilí na péči o zdraví, většinou tuto činnost odloží. Když však člověka začne trápit nějaký zdravotní problém, snaží se ho obvykle vyřešit ihned. Současně již bývá pozdě zvrátit problém vlastním úsilím, popř. dotyčný neví jak. Tento obecný vzorec chování „táhne“ člověka směrem k čerpání léčebných služeb „tady a teď“ na úkor prevence a rozvíjení zdraví, které odsouvá na „až se mi to bude hodit“ nebo „až budu mít čas“.

7.26 Bonusy

U pojistných plánů čtvrté generace pojišťovna z vybraného pojistného vytváří finanční zdroje, ze kterých je schopna člověka okamžitě odměnit, udělá-li něco pro své zdraví, například za pravidelnou fyzickou aktivitu, zdravou stravu nebo snížení váhy. Není důležité, zda tyto bonusy mají či nemají souvislost se zdravím, může jít o lístky do kina, slevu na určité výrobky apod. Podstatné je, že

člověk již prevenci neodkládá, ale jedná, neboť ho čeká okamžitá odměna.

7.27 Podpora prevence a hospodaření pojišťoven

Rozdávání materiálních bonusů se pojišťovně vyplatí, neboť některé léčebné služby jsou velmi drahé. Lidé mohou riziko závažného onemocnění nebo jeho komplikací snížit vlastním úsilím a chvíle, kdy musí čerpat léčebné služby, nemusí vůbec nastat. Klient vydělá i v dalších ohledech, neboť dobře hospodařící pojišťovna bude mít zájem hradit širší spektrum služeb či snížit pojistné, aby předběhla konkurenci a přilákala další klienty. Pojistné plány s bonusovým systémem mohou být šité na míru určitým skupinám chronicky nemocných, například diabetikům.

Zdravotní pojišťovna Discovery³²

Jihoafrikácká zdravotní pojišťovna Discovery se proslavila plánem Vitality, který funguje na principu sbírání bodů za nejrůznější činnosti rozvíjející zdraví. Plán má několik stupňů a účastník se pokouší postupovat z nižších do vyšších úrovní. Se zvyšující se úrovní účastník může čerpat stále hodnotnější bonusy, například nižší pojistné nebo zájezd do exotické destinace. Systém je přizpůsoben počátečnímu zdravotnímu stavu klienta, aby byl každému dán prostor ke zlepšení.

7.28 Pojištění není solidarita

Povinné veřejné zdravotní pojištění bývá označováno za příklad lidské solidarity. Samotný fakt, že platíme pojistné, však nemá se solidaritou nic společného, je to prosté rozkládání rizika na více osob a jeho převedení na třetí stranu stejně jako u každého jiného pojištění. K pojištění domu proti živelné pohromě nás také nevede soucit s ostatními majiteli nemovitostí. Činíme tak proto, abychom se nízkou, pravidelnou platbou vyhnuli nenadálým vysokým výdajům.

7.29 Solidarita a výpočet pojistného

Hovořit o solidaritě má větší smysl v souvislosti s výpočtem sazby pojistného. Solidaritu ale nevnaší do hry skutečnost, zda sazbu určuje veřejný či komerční systém. Komerční pojištění se zkušenostní sazbou, tj. dle míry individuálního zdravotního rizika, pochopitelně solidární není. Komunitní sazba i systém nominálního pojistného však oplývají vysokou mírou solidarity a mohou existovat

³¹ Anglicky reward-based health-care.

³² Economist. 2011. Getting on the treadmill. A South African company has some bright ideas for promoting health. 8 October 2011. Dostupné na: <http://www.economist.com/node/21531407> (1. 6. 2013).

v komerčním prostředí. I v nich totiž většina osob platí vyšší pojistné, než odpovídá jejich zdravotnímu riziku podobně jako ve veřejném systému.

7.30 Solidarita a daňové příjmy státu

Veřejný systém je dále označován za solidární, a tudíž jediný správný, neboť do něho proudí veřejné zdroje, tj. daňové příjmy státu a obecních rozpočtů. Zmínili jsme například, že více než čtvrtina prostředků ve fondu veřejného zdravotního pojištění v České republice pochází od státu, neboť platí pojistné za děti, důchodce a nezaměstnané. Veřejné zdroje však proudí i do systému komerčního pojištění, a to jak ve Švýcarsku, které používá komunitní sazbu, tak v Holandsku, kde se platí nominální pojistné. Stejně jako v případě pojistné sazby, solidarita spojená s použitím veřejných zdrojů se neodvíjí od faktu, zda se jedná o veřejné či komerční pojištění, nýbrž od toho, jak jsou tyto zdroje použity.

7.31 Adresné použití veřejných zdrojů

V dnešním českém zdravotnictví plynou veřejné zdroje prostě a jednoduše do „systému“, kde se „nějak“ utratí. Takové pojetí solidarity považujeme za pochybné. V Novém zdravotnictví jsou příjmy státu použity zcela odlišným způsobem. Veřejné zdroje míří k těm, kdo je opravdu potřebují, tedy za sociálně slabými, kteří si nemohou dovolit platit povinné základní pojištění, a za občany s vysokým rizikem, jejichž zkušenostní sazba převyšuje nominální pojistné. Z tohoto, ale i z dalších důvodů, jakými je např. rovný přístup ke drahým službám díky jasně vymezenému nároku z povinné smlouvy, považujeme Nové zdravotnictví za solidárnější než současný veřejný systém.

8 Řízená soutěž

Soutěživé prostředí Nového zdravotnictví přináší řadu zásadních změn. Podívejme se na některé z nich podrobněji.

8.1 Zánik starých a vznik nových spojenectví

Státo-profesně-dodavatelská aliance se rozpadá, neboť není, co by ji drželo pohromadě. Stát dohlíží na kvalitu prostředí, v němž probíhá soutěž³³, jinak se jeho role nijak neliší od jiných oblastí sektoru služeb. Automatické nárokování vybraného pojistného zdravotníky končí. Poskytovatelé musí

prokazovat výsledky, pracovat efektivně, objednávat a používají drahé léky, postupy a přístroje s větším rozmyslem. Lékařský stav, jenž hrál doposud hlavní roli při vytváření umělé nabídky, se musí podřídit tomu, kdo drží peníze, tedy občanům a pojišťovně. Nabídku zdravotních služeb určuje aliance občanů a pojišťoven.

8.2 Reorganizace dodavatelských vztahů

Pojišťovny mají volnou ruku při vyjednávání s poskytovateli, vybírají si je dle svého uvážení a bez cenových omezení. Mohou nekvalitní poskytovatele penalizovat, nebo naopak finančně motivovat pojištěnce, aby se obraceli na poskytovatele s dobrými výsledky.³⁴ Mezi pojišťovnami, poskytovateli a dodavateli technologií vznikají běžné obchodní vztahy. Subdodávky si poskytovatelé řeší mezi sebou a pojišťovny se v nich neangažují. Systém Nového zdravotnictví je tedy zcela odlišný od současného pojetí, kdy pojišťovny za biochemické testy jednotlivých pacientů platí přímo laboratořím.

8.3 Vyjasnění nároku

Pod vlivem konkurence pojistných plánů se vytváří a kultivuje povědomí o standardu, tedy o tom, na jaké zdravotní služby má člověk nárok. V České republice je standard definován zákonem, avšak velmi široce, a přísně vzato má vlastně člověk nárok na všechno. Jelikož takový nárok je ze své podstaty nejasný a nesmyslný, není možné ho účinně vymáhat. O poskytnutí či neposkytnutí služby na této nejasné hranici rozhoduje lékař a veřejnoprávní pojišťovna případ od případu. Člověk má samozřejmě právo vymáhat nárok soudní cestou či její hrozbou, ale soudy jsou pomalé a výsledek nepřispěje lepšímu vymezení nároku obecně, neboť postupy pojišťoven jsou netransparentní. Shodné případy nejsou vždy řešeny shodným způsobem, což odporuje etickému požadavku na rovné zacházení.³⁵

8.4 Kdo těží z nejasného nároku?

Nejasně definovaný nárok vytváří prostor pro skrytou manipulaci systémem. Jsme přesvědčeni, že v praxi dostane běžně nedostupnou službu ten, kdo vyvine větší tlak na poskytovatele a veřejnoprávní pojišťovnu. Nejlepší péči tedy dostanou zdravotníci, jejich rodinní příslušníci, přátelé a známí. Druhou profitující skupinou jsou průbojní, lépe vzdělaní občané, kteří se dokáží zorientovat v medicínské problematice a na základě nabytých znalostí jsou

³³ Viz van de Ven, Wynand P. M. M. et al. 2013. "Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland?" Health Policy 109(3): 226–45.

³⁴ Nákup zdravotních služeb pojišťovnami viz Thomson, S., Busse, R., Crivelli L, van de Ven W, Van de Voorde C. 2013. Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. Health Policy 109 (2013): 209–225.

³⁵ Viz Souhrnná zpráva o činnosti veřejného ochránce práv za rok 2003, str. 132; Souhrnná zpráva o činnosti veřejného ochránce práv 2013, str. 43.

schopni si s lékaři a pojišťovny individuálně vyjednat péči, kterou by jim bez jejich aktivního přispění nikdo nenabídl. Třetí skupinou jsou ti, kdo si mohou zaplatit schopné právníky a zdravotní konzultanty. Připomeňme si, že kdekoli se utratí navíc, někde jinde se musí ubrat, neboť objem prostředků je konečný. Připomeňme také, že netransparentnost (a to nejen v otázce nároku) úzce souvisí s korupcí.³⁶

Rozmělnění nároku lékařem

Má žena nárok na plastiku po odstranění prsu při rakovině? Teoreticky jistě ano. Pacientka se tedy během rozhovoru s lékařem na plastiku zeptá. V paternalistickém zdravotnictví lékař ženě odpoví: Ano, na plastiku máte nárok, promluvíme si o tom, až... Lékař se provedení plastiky snaží vyhnout, ale činí tak způsobem, aby to vypadalo, že se snaží vyhovět. Snaží se neposkytnout pacientce službu, na kterou má ze zákona nárok, a zároveň v ní udržet pocit vděčnosti.³⁷

8.5 NE je zárukou ANO

V Novém zdravotnictví je nárok spjatý s pojistným plánem, který si občan zvolil. Rozsah nároku lze nejspíše zjistit porovnáním pojistných plánů. I zde se občan může v hraničních případech obrátit na soud, zdravotního ombudsmana apod. Vyjasňování nároku v každém případě probíhá pod veřejnou kontrolou a občané jsou si dobře vědomi, kde jeho hranice končí. Lze říci, že rozsah nároku ze základního balíčku služeb či jakéhokoli jiného pojistného plánu bude jasný až v situaci, kdy pojišťovna veřejně prohlásí: ne, tuto službu vaše pojištění nepokrývá. Tímto způsobem se vymezí hranice mezi nárokem a nadměrným požadavkem. NE je v tomto smyslu záruka ANO.

8.6 Připojištění

Je-li jasně definován nárok z povinné pojistné smlouvy, roste poptávka po doplňkových pojištěních, která umožňují čerpat nadstandardní služby. Touto cestou směřují do zdravotnictví další prostředky. Konečným důsledkem je stav, kdy většina občanů čerpá tolik služeb a v takové kvalitě, kolik je ochotna do nich investovat. Pokřivené vztahy typické pro nedostatkovou ekonomiku mizí.

8.7 Hodnocení poskytovatelů

Poskytuje-li zdravotnické zařízení své služby jako hospodářskou činnost, podřídí tomuto cíli všechny své aktivity včetně vyhodnocování výsledků vzhledem k nákladům. Úspěchy či neúspěchy jsou poměřovány s konkurenčními zařízeními, ať již doma, nebo zahraničí.³⁸ Tyto údaje zajímají nejen občany, ale i zdravotní pojišťovny, neboť ty potřebují vědět, jaké služby nakupují. V současné době nevíme, jak kdo léčí ani nakolik jsou pacienti spokojeni. V Novém zdravotnictví soutěž mezi poskytovateli o přízeň pacientů a pojišťoven motivuje ke zveřejňování léčebných výsledků a ke vzniku žebříčků kvality. Hodnocení mohou sestavovat sami poskytovatelé, pojišťovny, pacientská sdružení, soukromé agentury nebo stát.

8.8 Hodnotit lze z různých hledisek

Stále větší podíl zdravotní dokumentace existuje v počítačové podobě a není obtížné tyto údaje průběžně statisticky vyhodnocovat. Při zpracování mohou pomoci systémy jako SNOMED CT (Systematized Nomenclature of Medicine Clinical Terms), které převádějí zdravotní záznamy do standardizovaného jazyka. Hodnocení poskytovatelů je široký obor. Hlavní dělicí čára vede mezi „objektivními“ hodnoceními služeb (po stránce klinické, vědecké, ekonomické, administrativní aj.) a průzkumy zákaznické spokojenosti. Testují se i systémy, kde je finanční odměna lékaři přímo vázána na výsledek.³⁹ Publikování všech těchto informací je v Novém zdravotnictví považováno za samozřejmé. Ukazuje se, že ke zlepšení kvality může vést i zveřejňování samotné.⁴⁰ Příkladem již existujícího nezávislého žebříčku v ČR je portál cekacidyby.cz.

9 Nové zdravotnictví z pohledu uživatele

Vybavení znalostmi o zdravotním pojišťovnictví a důsledcích řízení soutěže, shrňme si ve stručnosti, jak Nové zdravotnictví funguje z pohledu uživatele.

9.1 Základní balíček zdravotních služeb

Uzavřít smlouvu o základním pojištění s některou z pojišťoven je povinností každého dospělého občana. Nárok vyplývající ze základního pojištění je

³⁶ Transparency International ČR. 2006. Transparentní zdravotnictví v České republice – výzva pro každou vládu. Dostupné na: <http://www.transparency.cz/transparentni-zdravotnictvi-ceske-republice-vyzva-kazdou-vlady/> (1. 6. 2014).

³⁷ O zmatku v této oblasti viz Bleskprozeny.cz. 2010. Nemáte na plastiku? Zaplatí ji pojišťovna! Dostupné na: <http://prozeny.blesk.cz/clanek/pro-zeny-trendy-krasa/140251/nemate-na-plastiku-zaplati-ii-pojistovna.html> (1. 6. 2014).

³⁸ Viz směrnice Evropského parlamentu a Rady 2011/24/EU ze dne 9. března 2011 o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní péči.

³⁹ Viz například Bardach, Naomi S. et al. 2013. Effect of Pay-for-Performance Incentives on Quality of Care in Small Practices With Electronic Health Records. A Randomized Trial. JAMA 310 (10): 1051–1059.

⁴⁰ Daneman, N., Stukel, T. A., Ma X, Vermeulen, M., Guttman, A. (2012) Reduction in Clostridium difficile Infection Rates after Mandatory Hospital Public Reporting: Findings from a Longitudinal Cohort Study in Canada. PLoS Med 9(7): e1001268.

stanovený zákonem, avšak nikoliv přesným výčtem všech myslitelných medicínských intervencí pro nejrůznější možné případy, ale v obecných tezích. Přesné hranice základního pojištění vytyčují precedenty zdravotního soudu. Je-li občan přesvědčen, že mu pojišťovna odmítla uhradit intervenci, která podle jeho mínění do základního balíčku patří, vznesl protest. Preventivní zdravotní služby jsou kryté základním pojištěním automaticky. Předpokládáme, že v oblasti léčebných služeb se nárok ze základního pojištění nebude zpočátku lišit od dnešního standardu. Očekáváme však, že se postupně rozšíří, neboť soutěživé prostředí zvýší efektivitu. Další úspory přinese důraz na prevenci.

9.2 Daňově zvýhodněné spořicí účty

K povinnému základnímu pojištění získává občan daňově zvýhodněný spořicí účet. Běžné zdravotní konzultace hradí občané přímo ze spořicího účtu. Účty mohou být částečně sponzorované, např. zaměstnavatelem u osob v zaměstnaneckém poměru nebo státem u nemajetných. Základní pojištění má pevně daný strop roční spoluúčasti. Po dosažení této částky jsou všechny další zdravotní služby kryté z pojištění. Naspořené nespotřebované prostředky na spořicího účtu lidem zůstávají a mohou je použít v budoucnu. Každý se samozřejmě může připojistit a hradit a čerpat zdravotní služby i jiným způsobem než prostou kombinací základního pojištění a spořicího účtu.

9.3 Svobodná volba pojistného plánu a pojišťovny

Občan si svobodně vybírá jak mezi nabízenými zdravotními plány, tak mezi pojišťovnami. Pojišťovna nesmí žádného zájemce o základní pojištění odmítnout. Pojišťovna musí každý typ smlouvy o základním pojištění nabízet všem zájemcům za stejnou cenu, bez ohledu na zdravotní riziko (tzv. nominální pojistné). Stanovení této částky je obchodním rozhodnutím konkrétní pojišťovny. Výše nominálního pojistného se odvíjí od tzv. vypočítaného nominálního pojistného, které vyhláší ministerstvo zdravotnictví. Ministerstvo tím zároveň sděluje, do jaké výše bude dotovat příjmy pojišťoven. Reálná výše nominálního pojistného, tj. cena, za kterou pojišťovny nabízejí základní balíček služeb na trhu, tak zůstává mírně pod vyhlášenou částkou. Povinnou smlouvu na základní balíček služeb může člověk jednou za rok vypovědět a uzavřít ji s jinou pojišťovnou.

9.4 Dostupnost povinné smlouvy

Dostupnost povinné smlouvy pro nemajetné a nezletilé zajišťuje systém sociálních dávek.

Dostupnost pro osoby s vysokým rizikem zajišťuje státní příspěvek ve výši rozdílu mezi vypočítaným nominálním pojistným a zkušenostní sazbou odrážející individuální riziko. Na příspěvek mají nárok i spoluobčané trpící vývojovými a metabolickými chorobami, u nichž jsou vysoké náklady na léčbu jistotou, a nikoli pouhým rizikem.

9.5 Soutěž zdravotních pojišťoven

V Novém zdravotnictví pojišťovny nesou veškeré riziko za splnění závazků vůči klientům. I kdyby vlastníkem některé z nich byl stát, nesmí ji žádným způsobem dotovat. Tato skutečnost nutí pojišťovny efektivně a rozvážně nakládat se zdroji, neboť zvýšením pojistného bez odpovídajícího rozšíření nebo zkvalitnění služeb mohou ztratit klienty. Soutěživé prostředí nutí pojišťovny udržovat nízkou cenu pojistného, mít dobrý zákaznický servis, nízké režijní náklady a nakupovat kvalitní a dostupné zdravotní služby.⁴¹ S výjimkou jasně vymezeného minimálního nároku z povinné pojistné smlouvy nic pojišťovny v jejich podnikání s pojistnými plány neomezuje.

9.6 Hodnocení pojistných plánů

Pojistné plány lze porovnávat a poměřovat mnohonásobně snadněji než výsledky poskytovatelů. Přehledy mohou publikovat občanské platformy, soukromé agentury nebo média. Zvolit vhodný pojistný plán proto není obtížné. Různé skupiny obyvatel uplatňují při výběru různá hlediska. Například chronicky nemocní dávají přednost pojištění, které nabízí management jejich nemoci jako celku, neboť souhra a návaznost jednotlivých služeb a podslužeb mají velký význam pro úspěšnost léčby.

9.7 Široce a úzce definované pojistné plány

Pojistné plány lze vytvářet pro úzké nebo široké skupiny obyvatel. Výhodou široce definovaného plánu pro různorodou populaci pojištěnců jsou úspory z velkého objemu služeb, které si pojišťovna objednává. Takový plán ale trpí dvěma nevýhodami. Za prvé, většina klientů platí sazbu o mnoho vyšší, než odpovídá jejich riziku. Ti, kdo nejvíce doplácí na druhé, tedy mladí a zdraví, by nejraději ze systému vystoupili. Za druhé, velmi široce definovaný plán není šitý pro nikoho, tj. nenabízí zákaznický atraktivní kombinaci služeb. Avšak právě skutečnost, zda je plán „ušitý na míru“, velmi ovlivňuje, jaké služby zákazníci čerpají a jak jsou s

⁴¹ Podrobnosti o nákupu zdravotních služeb pojišťovnami viz Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven W, Van de Voorde C. 2013. Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. Health Policy 109 (2013): 209–225.

nimi spokojeni. Obecně platí: čím více zacílený plán, tím spokojenější zákazníci.

9.8 Diferenciace nominálního pojistného

V prostém systému nominálního pojistného se každý typ základní pojistné smlouvy prodává za jednotnou cenu – nominální pojistné – bez ohledu na individuální zdravotní riziko. Z důvodů uvedených v předchozím odstavci je však vhodné rozdělit obyvatelstvo do několika málo skupin dle rizika. Pro každou skupinu pak existuje zvláštní sazba nominálního pojistného. Pro občany s vyšším rizikem je tedy povinná smlouva o něco dražší než pro osoby s nižším rizikem. Aby diferenciace splnila svůj účel, skupiny mohou být například jen tři a rozdíly ve výši nominálního pojistného mohou být poměrně malé (v řádu jednotek procent).

Výhody třístupňové nominální sazby

I mírnou diferenciací nominálního pojistného mezi rizikovými skupinami se výrazně zvýší počet spokojených klientů, tj. osob, které platí sazbu odpovídající jejich riziku. Celý systém se proto těší větší důvěryhodnosti. Diferenciace vnese více jasno do uvažování „cena versus hodnota“, což stimuluje nabídku a poptávku po atraktivních kombinacích zdravotních služeb. Občané mají navíc další důvod, proč investovat do prevence, neboť snížením rizika se mohou posunout do skupiny s nižším nominálním pojistným.

9.9 Úloha charity

Obecně platí, že dotování nákladů jakéhokoli poskytovatele nebo pojišťovny, ať státem či charitativní organizací, pokrývá soutěž. Proto je důležité, aby prostředky mecenáše směřovaly přímo k obdarovávanému člověku a umožnily mu, aby si vybral pojistný plán, který mu vyhovuje. V tomto smyslu je charita vítaná: podobá se mazivu, které odstraňuje občasně skřípání složitého mechanismu.

Aravind Eye Care System

Indická síť očních klinik Aravind Eye Care System provádí operace s polovinou chirurgických komplikací než v Anglii, a to za jednu tisícinu ceny.⁴² Tyto výsledky jsou podmíněny vysokým výskytem očního zákalu, malým počtem očních chirurgů a neexistencí všeobecného zdravotního pojištění. Prioritou je hospodárné využití extrémně omezených zdrojů, avšak nikoli na úkor kvality.

⁴² Rosenberg, Tina. 2013. A Hospital Network With a Vision. Opinionator of the New York Times, 16 January. Dostupné na: <http://opinionator.blogs.nytimes.com> (4. 6. 2013).

Pan Svatoslav se chce léčit na špičkové klinice v USA

Má člověk v Novém zdravotnictví na něco takového nárok? Jsme toho názoru, že občané mají právo na krajní požadavky. Pro pana Svatoslava musí existovat aranžmá, které mu umožní léčbu v USA absolvovat. Neznamená to ale, že jeho požadavek „nebude nic stát“. Stejně jako při uspokojování jiných životních potřeb, každé rozhodnutí má své důsledky. V Novém zdravotnictví je krajní variantou takzvané sdružování účtů, kdy si členové úzké skupiny lidí mohou finanční zdroje na svých zdravotních spořicíh účtech navzájem „přelévat“ (např. rodinní příslušníci, neb je třeba, aby se členové skupiny osobně znali). Sdružené účty se tak podobají malým vzájemným pojišťovnám v počátcích zdravotního pojišťovnictví. Brzdou nadměrného čerpání je v tomto případě skutečnost, že ho musí povolit skupina, jejíž členové se kontrolují navzájem. Příběh pan Svatoslava se odvíjí v prostředí, kde pojišťovna má zájem své služby neustále rozšiřovat. Existuje-li dostatek pánů Svatoslavů, dříve nebo později by se měl na trhu objevit pojistný plán, který léčbu v USA nabízí.

10 Shrnutí hlavních změn

Současný veřejný zdravotní systém je paternalistický, nevykonný a neprůhledný. Nové zdravotnictví zásadním způsobem mění vztah lékař – pacient, motivuje k prevenci, vrací do zdravotního sektoru běžné ekonomické principy a vytváří podmínky pro jeho udržitelný rozvoj.

10.1 Hodnoty a vztahy

Nové zdravotnictví uvádí do souladu hodnoty dnešní společnosti a vztahy mezi občany a zdravotníky, které přetrvávaly z 19. století.

10.2 Postoj ke zdraví

Nové zdravotnictví mění přístup jednotlivce k vlastnímu zdraví a finančně motivuje občany, aby předcházeli vzniku závažných onemocnění. Životní styl má na zdraví daleko větší vliv než jakkoli propracovaný systém, který léčí již vzniklé choroby.

10.3 Sektor služeb

Nové zdravotnictví spoléhá na stejné principy, jaké vládnou v jiných oblastech sektoru služeb. Nové zdravotnictví zvýší odpovědnost poskytovatelů služeb za výsledky, ale i odpovědnost občanů za dodržování léčebných pokynů v případě nemoci. Zvýšená poptávka ze strany občanů i pojišťoven

otevře podnikatelům netušené možnosti v oblasti zdravotního poradenství, výživy, monitorování životního stylu atd. Zmizí atmosféra nedostatkové ekonomiky. Lidé budou poměřovat cenu zdravotních služeb s náklady na ostatní životní potřeby a koníčky.

10.4 Dostupnost a kvalita

Dostupnost a kvalita Nového zdravotnictví vytváří podmínky pro lepší dostupnost a vyšší kvalitu zdravotních služeb. Občané si budou moci vybrat, což povede k vyššímu překryvu mezi jejich potřebami a nabídkou. Soutěž mezi pojistnými plány, poskytovateli a komerčně zaměřenými pojišťovnami zlepší efektivitu a uvolní zdroje pro zpřístupnění špičkových služeb.

poskytování se významně liší od uspokojování jiných lidských potřeb, nebo že lékaři hájí zájmy pacientů. Lidé ztratí tyto a další falešné jistoty a budou na sebe muset vzít část rozhodování a odpovědnosti, které po dlouhou dobu přenechávali jiným. Budou muset investovat svůj čas a energii do nabytí ověřených znalostí o nemocech a jejich předcházení, o zdraví a jeho upevňování. Budou muset založit veřejné nátlakové platformy a hlídat svou nově nabytou moc před podvodníky, manipulátory a demagogy. Jinak řečeno, chtějí-li lepší zdraví a lepší služby, budou se muset angažovat a zajímat více než dnes, což je nakonec zásada, která neplatí pouze pro zdravotnictví.

11 Závěrem

11.1 Návrat zákazníka

Na zdravotnictví opírajícím se o silnou roli zákazníka dnes nemají zájem ani politické strany a státní instituce, ani dodavatelé technologií a lékařský stav. Nové zdravotnictví je v této chvíli za hranicemi běžného uvažování většiny občanů. Společenský a technologický vývoj si však změny v tomto směru vynucuje, ať si to připouštíme, nebo ne. Je lépe tyto tendence předjímat a diskutovat o nich, než slepě trvat na přežitých postupech a reagovat pod tlakem a na poslední chvíli.

11.2 Lékaři, stát, dodavatelé

Pokud jde o lékaře, ti v Novém zdravotnictví ztratí své výsadní postavení. Stanou se jedním z mnoha povolání v sektoru služeb. Na druhé straně ti z nich, kdo opravdu chtějí rozvinout svou kreativitu, již dávno dobře vědí, jak omezující pro ně současný systém je. Tato skupina každý krok směrem k zákaznickému zdravotnictví uvítá. Část své moci ztratí stát, neboť bude disponovat menším objemem prostředků a zdravotnictví se po více než sto letech dostane zpod jeho přímé kontroly. Dodavatelský sektor se vymaní z pokřiveného vztahu vůči poskytovatelům a státu, ale bude nucen přicházet se skutečně inovativními řešeními.

11.3 Budoucnost je v rukou občanů

Ať se již stát, zdravotníci či dodavatelé zachovají jakkoli, změny budou muset prosadit občané. Přerod pacienta⁴³ v zákazníka znamená vzdát se řady mýtů, například že zdravotní služby jsou dobrodiní, jejichž

⁴³ Od latinského slova „pati“ – trpět.

12 Příloha: Základní rysy zdravotního pojištění ve vybraných zemích

Holandsko⁴⁴

V Holandsku je každý občan starší 18 let povinen uzavřít u jedné z komerčních pojišťoven smlouvu o základním zdravotním pojištění. V roce 2011 bylo pojišťoven 27 a nabízely celkem 56 pojistných plánů. Holandsko je první zemí, která zavedla nominální pojistné. V roce 2011 činilo 1262 eur ročně. Občané, pro něž je nominální pojistné vyšší, než odpovídá jejich riziku, mohou ze systému vystoupit. Vystoupivších je přibližně 1 %. Pokud se rozhodnou vrátit, musí zaplatit 130 % nominálního pojistného za období, ve kterém nebyli pojištěni. Nárok ze základního pojištění je definován funkčně, tedy je daný konvencí a precedenty, např. soudními spory. Kromě nominálního pojistného přispívají občané do tzv. přerozdělovacího fondu. Zaměstnanci odvádějí 6,9 % příjmu, maximálně však 2233 eur ročně; osoby samostatně výdělečně činné musí odvádět 4,8 % příjmu, roční maximum je 1554 eur (údaje pro rok 2009). Tyto dvě platby spolu s vybraným nominálním pojistným činí dohromady asi 66 % celkového objemu prostředků ve zdravotnictví. Příspěvky státu tvoří dalších 14 % celkového objemu prostředků a zbylých 20 % sestává z přímých plateb (10 %), dobrovolného připojištění (4 %) a jiných zdrojů (6 %). Výška roční povinné spoluúčasti je 170 eur, netýká se však konzultací u praktického lékaře a služeb v období těhotenství, porodu a některých dalších služeb. Dobrovolné zdravotní připojištění si platí 91 % Holanďanů. Nemajetným občanům pomáhá stát s placením pojistného pomocí zvláštních sociálních dávek.

Německo⁴⁵

Všichni občané jsou povinni platit si zdravotní pojištění u jedné z veřejnoprávních (neziskových) zdravotních pojišťoven, kterých je okolo 150 (údaj pro rok 2011). Výše pojistného se pohybuje mezi 12,5 až 15,5 % hrubého příjmu. O pojistné se zaměstnanec a zaměstnavatel dělí zhruba rovným

dílem. U osob s velmi nízkým příjmem (630 eur měsíčně) platí svůj díl pojistného pouze zaměstnavatel. Za nezaměstnané a důchodce platí pojistné stát. Veřejného systému se účastní přibližně 85 % obyvatel. Zaměstnanci s ročním příjmem nad 50 850 eur (údaj pro rok 2012, přibližně 15 % populace) mají na výběr mezi veřejným systémem a pojištěním na zcela komerční bázi (této možnosti využívá přibližně třetina z nich). 4 % obyvatel jsou pojištěna prostřednictvím zvláštních vládních programů. Zjistí-li některá pojišťovna, že jí vybrané pojistné nestačilo k pokrytí závazků, může vypsát fixní dodatečný příspěvek, aby ztrátu (např. 1–2 % nákladů) vyrovnala. Dodatečný příspěvek musí každý pojištěnec zaplatit. Spoluúčast u klientů veřejného systému nesmí přesáhnout 2 % hrubého příjmu za rok, u chronicky nemocných a důchodců 1 %. Od spoluúčasti jsou osvobozeny děti a mladiství do 19 let.

Švýcarsko⁴⁶

Zdravotní pojištění je povinné. Pojišťovny stanovují výši pojistného tzv. komunitní sazbou, která je stejná pro všechny klienty dané pojišťovny a je vypočítána tak, aby vybrané pojistné pokrylo veškeré náklady pojišťovny. Systém vyrovnávání rizika byl po dlouhou dobu jen přibližný a vyvolával perverzní pobídky pojišťoven, které soutěžily o zdravé klienty s nízkým rizikem a věnovaly tomu nepřiměřené úsilí. Ze systému tak nejvíce těžili mladí a zdraví lidé na úkor vážně nemocných. Od roku 2012 se přerozdělování zpřesnilo. Pojišťovny nesou plnou finanční odpovědnost za hrazení veškeré ambulantní péče. Přibližně polovinu výdajů za nemocniční péči hradí jednotlivé kantony z vybraných daní.

⁴⁴ Zdroj pro Holandsko: Pažitný, P. & Pourová, M. Nominálne poistné. Príklady fungovania v Holandsku, Švajčiarsku a Nemecku. Health Policy Institute, Bratislava. Dostupné na: <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/4906/nominalne-poistne.html> (1. 6. 2013).

⁴⁵ Zdroje pro Německo: Pažitný, P. & Pourová, M. Nominálne poistné. Príklady fungovania v Holandsku, Švajčiarsku a Nemecku. Health Policy Institute, Bratislava. Dostupné na: <http://www.hpi.sk/hpi/sk/view/4906/nominalne-poistne.html> (1. 6. 2013). Hnilicová, H. Úvod do studia zdravotnických systémů, 42 stran. Nedatovaný text. Dostupné na: <http://usm.lf1.cuni.cz/~ppetri/vyuka.html> (30. 5. 2013). Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W., Van de Voorde, C. 2013. Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. Health Policy 109 (2013): 209–225.

⁴⁶ Zdroje pro Švýcarsko: Thomson, S., Busse, R., Crivelli, L., van de Ven, W., Van de Voorde, C. 2013. Statutory health insurance competition in Europe: A four-country comparison. Health Policy 109 (2013): 209–225.