

Problémy českého zdravotnictví z pohledu zdravotní pojišťovny

Popis

České zdravotnictví se v posledních letech potýká s několika významnými výzvami, které ovlivňují jak kvalitu, tak i dostupnost poskytované péče. K nejzávažnějším problémům patří především nedostatek zdravotnického personálu, dlouhodobě nízké mzdové ohodnocení a ziskové a vysoké finanční náklady spojené s provozem zdravotnických zařízení. Tyto obtíže se negativně dotýkají nejen pacientů, ale také zdravotníků, kteří musí pracovat ve velmi náročných podmínkách.

Financování českého zdravotnictví je v České republice, přičemž hlavní roli hraje veřejná zdravotní pojišťovna. Přibližně 80 % příjmů celého systému pochází právě z tohoto zdroje, kolem 15 % je hrazeno z privátního sektoru a zbývající část je doplňována pomocí státního rozpočtu, krajů a obcí. V roce 2024 tvořily výdaje na zdravotnictví zhruba 7,5 % HDP, což je méně než ve srovnání s některými zeměmi západní Evropy, například Německem nebo Francií, kde se tyto výdaje pohybují kolem 11 % HDP. Systémem veřejné zdravotní pojišťovny přitom zaručuje široké pokrytí zdravotní péče pro všechny občany.

Navzdory tomu, že český model zdravotní pojišťovny nabízá univerzální pokrytí, existuje řada problémů, jako je nedostatek kvalifikovaného zdravotnického personálu, nedostatek finančních a složitá administrativa. Nedostatek personálu zahrnuje lékaře, zdravotní sestry i další zdravotnické pracovníky. Ažkoli jejich počet v ČR postupně roste, tento nárůst stále neodpovídá rostoucí poptávce po zdravotní péči. V roce 2019 připadlo na 1 000 obyvatel 34 zdravotníků, což je sice více než v roce 2000 (25 zdravotníků), avšak v některých regionech a oborech je situace nadále kritická.

Nedostatek personálu vede k přetížení zdravotních zařízení pracovníků a zhoršuje kvalitu poskytované péče i pracovní podmínky. Mnoho zdravotníků musí sloužit při nízkých a relativně nízkých mzdách, a proto se již z nich rozhodne

odejít buď do zahraničí, nebo mimo zdravotnický sektor. Tento trend je obzvláště výrazný u mladých lékařů a sester, kteří hledají lepší pracovní podmínky a vyšší finanční ohodnocení.

V tomto článku se zaměříme na jednotlivé aspekty změn našich zdravotních problémů a navrhneme koncept naší opatření, jež by mohla vést ke zlepšení situace. Budeme zohledňovat jak náklady odborné péče, tak i zkušenosti samotných pacientů a zdravotníků. Dále se zaměříme na srovnání naší současného modelu zdravotního pojištění s modely v rámci Evropské unie, přičemž zdůrazníme přínosy i možnými nedostatky různých systémů.

Je rovněž důležité připomenout principy, na nichž stojí samotný model naší současného zdravotního systému. Zdravotní pojišťovny v České republice tvoří zjednodušeně tři skupiny poskytované péče, přičemž jejich počet se v průběhu let měnil. Původně v zemi fungovalo 29 zdravotních pojišťoven, zatímco v současné době jich zůstává aktivních pouze 7.

Tyto pojišťovny zahrnují:

- **Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky (VZP)**

Největší zdravotní pojišťovna s přibližně 6 miliony klientů. Byla zřízena za účelem poskytování veřejného zdravotního pojištění všem občanům České republiky a zabezpečuje zdravotní pojištění ve všech případech, kde tuto péči innost neprovádějí jiní pojišťovny.

- **Vojenská zdravotní pojišťovna České republiky**

Její vznik souvisel s potřebou zajištění zdravotního pojištění pro vojáky v inné službě a vojenské jednotky, kteří se při práci na službu vojáka z povolání.

- **Česká průmyslová zdravotní pojišťovna**

Poskytuje veřejné zdravotní pojištění zejména zaměstnancům průmyslových podniků. Vznikla sloučením několika menších zaměstnaneckých pojišťoven, včetně Hutnické zaměstnanecké pojišťovny, Zdravotní pojišťovny AGEL a České národní zdravotní pojišťovny.

- **Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví**

Původně byla zřízena za účelem poskytovat veřejné zdravotní pojištění našim zaměstnancům bankovních a pojišťovacích institucí i ve stavebnictví, a

to v souladu s platnými zákonnými předpisy.

- **Zaměstnanecká pojišťovna Á koda**

Převodná vznikla jako pojišťovna pro zaměstnance Á koda Auto a jejich rodiny. Postupně se rozvinula v regionální zdravotní pojišťovnu s pevnou klientskou základnou a silnou vazbou na zakladatelskou společnost.

- **Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra Á eské republiky**

Určena mimo jiné pro zaměstnance složené spadající pod ministerstvo vnitra. Poskytuje jim veřejnou zdravotní pojišťovnu a související služby.

- **Revírní bratrská pokladna, zdravotní pojišťovna**

Byla převodná založena pro horníky v severomoravském, slezském a hodoněnském regionu. Horníci do ní přispívali Á státní mzdy, a pokladna jim na oplátku poskytovala podporu v případě nemoci nebo úrazu.

Každá ze zbylých sedmi zdravotních pojišťoven má své specifika, kdy a v hody, jimiž se snaží přilákat Á i udržet své klienty.

Porovnání Á eského modelu zdravotního pojištění nÁ s modely v rámci EU

Á eský model zdravotního pojištění nÁ je založen na povinných platbách zaměstnavatelů a zaměstnanců. Veřejná zdravotní pojištění nÁ pokrývají zhruba 84 % všech zdravotních výdajů, zatímco zbylých 16 % pochází z vlastních prostředků pacientů nebo ze soukromého pojištění nÁ.

- **Výhody**

• **Univerzální pokrytí** Všichni obyvatelé mají nárok na zdravotní péči i, což zajišťuje vysokou měru pokrytí.

• **Kontinuita péče** Pacienti mohou být erpat široké spektrum služeb hrzených z veřejného pojištění nÁ.

• **Rovnost v péči** Systém je navržen tak, aby poskytoval zdravotní péči i všem, bez ohledu na finanční situaci.

- **Nevýhody**

• **Finanční náklady** Nedostatek prostředků má být omezovat dostupnost některých služeb a moderních technologií.

• **Delší doba čekání** Vysoká poptávka po péči i vede k delším lhůtám na vyšetření a zákroky.

• **Nedostatek personálu** Názkonné mzdy a nízké podmínky odrážejí kvalifikovaného zdravotníky od setrvání v oboru.

Modely v rámci EU

Německý systém vychází z povinného zdravotního pojištění, financovaného pomocí příspěvků zaměstnavatelů a zaměstnanců. V zemi působí veřejné i soukromé pojišťovny, které nabízejí zdravotní pojištění. Tento model je proslulý vysokou kvalitou péče a širokou dostupností služeb.

• Váhy

• **Vysoká kvalita péče** • Německo patří mezi země s vyspělou zdravotní infrastrukturou.

• **Široká nabídka** • Lidé si mohou zvolit mezi veřejným a soukromým pojištěním, což zvyšuje flexibilitu.

• Neváhy

• **Vysoké náklady** • Zdravotní péče v Německu je finančně náročná.

• **Složitá administrativa** • Systém pojišťoven a úhrad má složité pravidlo pro pacienty i poskytovatele péče a komplikovaně.

Francouzský systém je založen na povinném včasném zaměstnavatelů, zaměstnanců a státu. Zdravotní péče se vyznačuje vysokou úrovní a dostupností pro všechny obyvatele.

• Váhy

• **Vysoká úroveň péče** • Francie klade důraz na kvalitu a širší dostupnost služeb.

• **Podpora prevence** • Systém podporuje preventivní programy a veřejné zdraví.

• Neváhy

• **Vysoké náklady na péči** • Financování tohoto modelu je poměrně nákladné.

• **Složitý systém financování** • Vázná struktura úhrad a obtížná orientace v úhradách.

Slovenský systém je podobný českému, s povinným zdravotním pojištěním hrazeným zaměstnavateli, zaměstnanci a státem. Vyzdvihuje se snaha o rovnou dostupnost péče v celé zemi.

• Váhy

• **Univerzální pokrytí** • Každý občan má širokou základní

zdravotní péči i.

• **Rovnost v péči** Systém se snaží zajistit stejnou kvalitu péče napříč regiony.

• **Nevýhody**

• **Nedostatek financí** Omezené zdroje někdy nestačí pokrýt rostoucí náklady na moderní léčbu.

• **Dlouhá čekací doba a personální nouze** Podobně jako v ČR chybí kvalifikovaní zdravotníci.

Zdravotní pojištění ná v České republice

Zdravotní pojištění ná v Česku je systémem, který zajišťuje péči k potřeby ební zdravotní péči i všem občanům. Tento systém je hrazen pomocí povinnými platbami zaměstnanců, osob samostatně výdělečně činných a osob bez zdanitelných příjmů. Stát dále péči doplňuje na pojištěných takzvaných státních pojistících (například důchodců, studentů i nezaměstnaných), aby každému občanovi byla rovna péči k nezbytné zdravotní péči. Takto nastavený systém podporuje zdravou populaci a podtrhuje princip sociální solidarity.

Zdravotní pojišťovna rozhoduje o struktuře péče

Zdravotní pojišťovny hrají důležitou roli při určení ověřené, která zdravotní služba budou hrazeny a v jakém rozsahu. Rozhodují například o úhradách za léčbu, která zdravotnické prostředky, rehabilitace a další standardní nehrané zdravotní výkony. Kromě toho uzavírají smlouvy s poskytovateli zdravotních služeb, což má vliv na dostupnost i kvalitu péče.

Občan má smlouvu se zdravotní pojišťovnou, nikoli s nemocnicí

Občan uzavírá smlouvu se zdravotní pojišťovnou, která potě hradí péči i smluvní zajištění nájmů lékařů a zdravotnickým zařízením. Pokud konkrétní lékař či zařízení nemají s pojišťovnou uzavřenou smlouvu, musí pacient nést náklady na péči sám. Každá pojišťovna je povinná zajistit svým klientům péči k potřebám léčby i lékařské služby a uzavírat dostatek smluv se zdravotnickými poskytovateli, aby byla zajištěna odpovídající zdravotní péče.

Úhrady vyhláška a její detaily

Úhrady vyhláška je právní předpis, který každoročně vydává Ministerstvo zdravotnictví. Upravuje parametry úhrad zdravotních služeb z prostředků

edkání veškeré zdravotní pojištění, stanovuje hodnoty bodu, v němž je hrazených služeb a podmínky regulace nákladů omezeny. Pro rok 2025 je stanovena inflace vyhlášená zákonem č. 314/2024 Sb., jež vymezuje výše příspěvků a dalších pravidla pro poskytování zdravotní péče.

Kolik stát platí za státní pojištění a kdo jsou státní pojištěnci

Stát platí příspěvek má sáň na **základní částkou 2 127 Kč** (platnou pro rok 2025) za takzvaného státní pojištěnce. Patří k nim:

- Nezaopatřený dítě
- Děchodci
- Píjemci rodičovské péče nebo píjemci vku
- Ženy na mateřské nebo osoby na rodičovské dovolené
- Osoby pobírající penzi z důvodu pomoci v mateřské
- Uchazeči o zaměstnání
- Osoby pobírající dávky pomoci v hmotné nouzi
- Osoby závislé na péči i jiné osoby ve stupni II, III nebo IV

Dávky platí za státní pojištění je zajištěna na kontinuitu a dostupnost zdravotní péče i pro skupiny obyvatel, kteří nejsou ekonomicky aktivní.

Platba zdravotního pojištění u občanů v České republice se skládá z několika hlavních složek:

• **Zaměstnanci:** Každý zaměstnanec odvádí 13,5 % ze své hrubé mzdy. Z toho 4,5 % hradí sami zaměstnanci a 9 % je povinnost zaměstnavatele.

Minimální výše základu pro zaměstnance odpovídá minimální mzdě, která pro rok 2025 činí 20 800 Kč. Minimální pojistná tedy činí 2 808 Kč.

• **Osoby samostatně výdělečně činné (OSVČ):** OSVČ hradí 13,5 % z výše svého základu, jenž se rovná 50 % rozdílu mezi příjmy a nezbytnými výdaji k dosažení, zajištění a udržení příjmů ze samostatné výdělečné činnosti. Minimální základ na zdravotní pojištění pro OSVČ v roce 2025 je stanoven na 3 143 Kč.

• **Osoby bez zdanitelných příjmů (OBZP):** OBZP platí 13,5 % z minimální mzdy, tedy oproti 13,5 % z 20 800 Kč. Minimální pojistná se tak rovná 2 808 Kč.

â € Státní pojištění nci: U státních pojišťoven hraď má sáň ná pojistné stáť, a to ve výši 2 127 Kč pro rok 2025.

Tento systém zaručuje, že ve veřejné obě aně mají pář šťup k základnř zdravotnř páě i a souvisejřcřm sluřbřm.

Bezplatnř zdravotnř a zubař skř páě: spravedlivř a udrřitelnř ř eřenř

Prřivo na bezplatnou zdravotnř páě i v ř eskř republice zakotvuje ř řřnek 31 Listiny základnřch prřiv a svobod. Kařdř máň řřrok na ochranu zdravř a na bezplatnou zdravotnř páě i i zdravotnickř pomřcky, pokud je kryta z veř ejnřho zdravotnřho pojiřtř nř.

Toto prřivo by mř lo zahrnovat i zubař skou páě i, neboř zdravř řřstnř dutiny vřřznamnř řovlivř uje celkovř zdravotnř stav. Pokud si lidř musejř na zubař skř sluřby pář iplřcet, dochřzř řřm k nerovnostem v pář řřstupu ke zdravotnř páě i, zejmřna u sociřlnř řlabřřch skupin obyvatel. Ti, kdo si páě i nemohou dovolit, řř řsto oddalujř nebo zcela opomřejř nřvřřtř vy zubnřho řřkař e, cořř mářře v budoucnu pář inřřst zřřvřřnř řřř zdravotnř komplikace a vyřřř nřřklady na řřř bu.

Dvourychlostnř zdravotnictvř, kdy se nřř kterř sluřby zpř řřstupř řř pouze řřř m, kdo si je mohou pář iplatit, nřř spravedlivř a naruřuje **principy rovnosti a solidarity**. Veř ejnř zdravotnř pojiřtř nř by mř lo zajiřřřovat stejnř pář řřstup k páě i pro vřřechny, bez ohledu na finanř nř mořřnosti.

Investice do bezplatnř zdravotnř páě e jsou navřřc ekonomicky udrřitelnř. Prevence a vřř řsnř řřř ba nemocř mohou vřřřznř řřřřř celkovř nřřklady na zdravotnictvř a zřřroveř pář řřřř t k lepřř kvalitř řřřivota obyvatel.

Investice do veř ejnřho zdravotnřho pojiřtř nř v ř eskř republice

ř eskř zdravotnictvř funguje na vřřezdrojovřřm systřřmu financovřřnř, z nřř hořř nejvřř řřř dřř (asi 80 %) tvoř ř veř ejnř zdravotnř pojiřtř nř. Přř řřřřřřř 15 % nřřkladř řlyne z privřřtnřho sektoru a zbylř řřř edky doplř řřř řřřtnř, krajskř a obecnř pář řřřř vky. V roce 2024 dosřřřly vřřřdaje na zdravotnictvř asi 7,5 % HDP, cořř je mřřnř řřřř v Nřř mecku nebo ve Francii, kde se pohybujř kolem 11 % HDP.

Roční náklady se do veřejného zdravotního pojištění ná v České republice investuje zhruba pět bilionu korun, přičemž téměř tyto prostředky jsou určeny na:

- Léčba pacientů v nemocnicích a ambulantních zařízeních
- Preventivní programy péče dle zdravotního stavu a podporující veřejného zdraví
- Modernizaci zdravotnických zařízení (nakupování technologií a vybavení)
- Výzkum a vývoj nových léčebných postupů a technologií

Doporučení pro zlepšení

- **Zvýšení financování:** Navýšit prostředky určené zdravotnictví, aby bylo možné pokrýt rostoucí náklady a zlepšit dostupnost péče.
- **Podpora zdravotnického personálu:** Zlepšit pracovní podmínky a odměny zdravotníků, aby se podařilo přilákat a udržet kvalifikované odborníky.
- **Zefektivnění administrace:** Snížit administrativní zátěž a zjednodušit byrokratické procesy v systému.
- **Podpora prevence:** Více investovat do preventivních programů a edukace o zdravém životním stylu.

Hlavní problémy a jejich podrobnější analýza

Jak už jsem uvedl v předchozích částech článku, Česká zdravotnictví se v posledních letech potýká s mnoha problémy, které ovlivňují jak kvalitu, tak dostupnost zdravotní péče. Z pohledu **zdravotních pojišťoven** je tato situace zvláštní složitá a vyžaduje komplexní řešení.

• Nedostatek kvalifikovaného personálu

Česká zdravotnictví čelí nedostatku kvalifikovaných lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků, což vede k **dlouhým čekacím dobám** a zhoršení kvality péče. Zdravotní pojišťovny musejí v důsledku nedostatku dostupných lékařů a sester často elit **vysokým nákladům**. Přitom jinou taktikou personální krize je nedostatek nových absolventů zdravotnických škol, odchody pracovníků do zahraničí a zejména podměnkami a vysokým průměrným věkem zdravotníků.

Dle údajů OECD počet lékařů a sester v ČR sice postupně roste, ale tempo růstu **nedokáže dostatečně pokrýt** stoupající poptávku po zdravotní

příteli. V některých regionech a oborech se situace stává i obzvlášť kritickou.

• Dopady nedostatku personálu

Nedostatek pracovníků vede k přetížení stávajících zaměstnanců, což má negativní vliv na kvalitu péče i jejich pracovní podmínky. Tento trend je velmi patrný u mladých lékařů a sester, kteří následně hledají lepší práci a často odchází do zahraničí nebo mimo zdravotnický sektor.

• Dlouhá čekací doba

Dlouhá čekací doba bývá výsledkem **nedostatku zdravotnického personálu**, omezených kapacit zdravotnických zařízení a složitosti administrativy. Pro zdravotní pojišťovny to znamená **vyšší náklady** spojené s prodloužením léčby a zhoršením kvality péče, neboť pacienti mnohdy čekají na vyšetření, diagnostiku a léčbu i celá týdny i měsíce.

• Vysoké finanční náklady

Dalším problémem, se kterým se zdravotní pojišťovny potýkají, jsou **vysoké finanční náklady** na zdravotní péči. Patří sem náklady na léky, vyšetření, hospitalizace a další zdravotní služby. Situaci zhoršuje nedostatek některých lékařů i legislativní omezení týkající se jejich distribuce a úhrad.

• Nedostatek nákladů komunikace a centralizace péče

Slabší komunikace mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami často vede k **neefektivnímu fungování systému**. Centralizace specializované péče do velkých nemocnic prodloužuje čekací doby a zvyšuje náklady na dopravu pro pacienty. Zdravotní pojišťovny zároveň narůstají na **složitou administrativu**, jež celým procesem péče zpomaluje.

• Byrokracie a administrativní zátěž

Další významnou překážkou jsou **nadměrná byrokracie** a administrativní zátěž. Lékaři i zdravotní personál tráví mnoho času vyplňováním formulářů a dokumentací, namísto aby se věnovali pacientům. Ze strany pojišťoven pak jde rovněž o komplexní administrativní postupy, které zbytečně komplikují a prodloužují fungování zdravotnického systému.

• Problémy s lékařskou politikou

Obecně asnapadky klíčových medikamentů způsobují komplikace v léčbě a **zvyšují náklady** na zdravotní péči i. Zdravotní pojišťovny musejí hledat náhradní léky a jiné alternativy, což se může projevit v jejich rozpočtech.

• **Názkové mzdy a náročnost práce pracovních podmínek**

Názkové mzdy a vysoká náročnost práce ve zdravotnictví vedou ke **snižování se motivaci** zdravotnického personálu. Vzniká tak začarovaný kruh, kdy nedostatek lidí zvyšuje pracovní zátěž a ostatních, a tím dále zhoršuje celkové pracovní podmínky.

• **Regionální nerovnosti ve vybavenosti nemocnic**

Pacienti mají v menších městech a na venkově musejí často dojet na **větší vzdálenosti** za lékařskou péčí, což prodlužuje čekací doby a zvyšuje náklady na dopravu. Tento fakt pak může negativně dopadat na **kvalitu poskytování péče** a zvyšovat nerovnosti mezi jednotlivými regiony.

Věty, koncepce a lidé a nízká odborná

V posledních letech se v českém zdravotnictví kumuluje řada problémů, které negativně ovlivňují kvalitu i dostupnost péče. K nejvýraznějším patří opakovaně akcentovaný **nedostatek zdravotnického personálu**, dlouhá čekací doby na vyšetření a záznamy a vysoké finanční náklady na provoz zdravotnických zařízení. Tyto problémy dopadají nejen na pacienty, ale také na zdravotníky, kteří musí elitní náročnost a práci pracovních podmínek.

V následujícím textu se podíváme podrobněji na hlavní aspekty těchto problémů a nastíníme **koncepci a lidi**, jež by mohla vést ke zlepšení současné situace. Tematiku českého zdravotnictví budeme dále rozvíjet v dalších textech, kde se detailně zaměříme například na financování, vzdělávání zdravotnického personálu a modernizaci zdravotnických zařízení.

Doporučení pro zvýšení efektivity a zjednodušení systému

1. Zvýšení finančního zdravotního systému

- **Efektivní alokace zdrojů a kontrola nákladů:** Zdravotní pojišťovny musejí dbát na rozumné rozdělení prostředků, sledovat výdaje a zajišťovat plynulou a vysokou kvalitu poskytované péče.
 - **Rovnoměrný přístup k rozdílným finančním potřebám:** Podpořit regiony, které se potýkají s nedostatkem financí a hardwarem vybavenými nemocnicemi, aby se snížily nerovnosti v dostupnosti péče.
 - **Zvýšení péče o zdraví:** Plynule hodnotit výši pojistného tak, aby odpovídalo rostoucím nákladům na péči i a moderní léčebné postupy.
2. **Podpora a motivace zdravotnického personálu**
 3. **Zvýšení mezd a lepší pracovní podmínky:** Vyšší finanční ohodnocení zdravotníků a kvalitní práce by měly omezit odchody personálu do zahraničí a jiných oborů.
 4. **Ákolená a vzdělávání lékařů a zdravotníků:** Investice do kontinuálního vzdělávání lékařů a zdravotníků, které zlepší péči i a zvýší pracovní motivaci.
 5. **Digitalizace:** Zavedení elektronických zdravotních záznamů a digitalizace administrativy pomůže snížit byrokratickou zátěž a urychlit procesy spojené s poskytováním péče.
 6. **Jednodušší administrativa:** Omezit objem formulářů a dokumentace, aby lékaři a zdravotníci mohli věnovat více času pacientům.
 7. **Preventivní programy:** Zvýšit investice do screeningů, očkovaní a dalších preventivních opatření.
 8. **Vzdělávání lékařů a zdravotníků ve veřejnosti:** Formou kampaní zlepšovat povědomí o zdravém životním stylu a prevenci civilizačních chorob.
 9. **Efektivní péče o zdraví a dodávky léků:** Sledovat stav zásob léků a zajistit jejich stabilní distribuci.
 10. **Podpora výzkumu:** Posílit výzkum a vývoj nových léčiv, což má dlouhodobě zvýšit kvalitu a efektivitu léčby.
 11. **Zjednodušení administrativních procesů**
 12. **Podpora preventivní péče a zdravého životního stylu**
Prevence a osvětla v oblasti zdravého životního stylu jsou dlouhodobou investicí, která snižuje výskyt chronických a preventabilních onemocnění, a tím i náklady na léčbu.
 13. **Zajištění dostupnosti a udržitelnosti léčby**
Nedostatek důležitých léků ohrožuje kvalitu a dostupnost zdravotní péče

Je proto je pro pojišťovací nutno zlepšit mechanismy řízení rizik a spolupracovat s farmaceutickými firmami.

Uvedení doporučená mohou postupně přispět ke **zlepšení dostupnosti i kvality zdravotní péče** a zároveň pomoci udržet její finanční stabilitu. Společnými kroky státu, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení a pacientů lze dosáhnout efektivnějšího a udržitelnějšího systému, který bude ku prospěchu celé společnosti.

Ekonomická vyrovnanost a vyváženosť systému

Efektivní alokace zdrojů

- **Výkonnostní financování:**

Zavedení systému, ve kterém jsou zdravotnická zařízení odměňována za výkon kvality a efektivity poskytované péče. Tím se motivují k lepšímu výsledkům a hospodárnějšímu využití zdrojů.

- **Kontrola nákladů:**

Pravidelné sledování a hodnocení výdajů na zdravotní péči a hledání úspor prostřednictvím efektivnějšího řízení. To zahrnuje i důkladnou revizi stávajících procesů a výkonů, aby byly odhaleny případné nesrovnalosti a nadbytečné výdaje.

Transparentnost a odpovědnost

- **Transparentní financování:**

Zajištění náhledu a srozumitelného toku finančních prostředků, aby bylo zřejmé, jak jsou veřejné zdroje vynakládány a jaký efekt to přináší pro pacienty i poskytovatele péče.

- **Odpovědnost poskytovatelů:**

Zavedení systému pro kontrolu a hodnocení poskytovatelů zdravotních služeb, aby se zajistila kvalita a efektivita péče. Poskytovatelé by tak byli vedeni k dodržování stanovených standardů a k průběžnému zlepšování své práce.

Podpora spolupráce mezi veřejným a soukromým sektorem

- **Partnerství:**

Vytváření kooperačních projektů mezi veřejnými a soukromými zdravotnickými zařízeními mávé vst k efektivnějšímu využití

zdrojů a rychlejší modernizaci.

- **Soukromé investice:**

Podpora vstupu soukromého kapitálu do zdravotnictví má být podle nás prioritou a podporou veřejné inovace, nové technologie a odlehčení veřejnému rozpočtu.

Shrnutí

Zvýšení efektivity a ekonomické vyrovnanosti českého zdravotního systému vyžaduje **komplexní přístup**, zahrnující nejen zlepšení financování a podporu zdravotnického personálu, ale i zjednodušení administrativy, rozvoj prevence a zajištění dostupnosti lékařské péče. Klíčové ovšem je také dbát na **transparentnost, odpovědnost a spolupráci** mezi veřejným a soukromým sektorem, což je nezbytné pro dlouhodobou udržitelnost a rovnováhu v celém systému.

České zdravotnictví se dnes potýká s řadou etickými výzvami, které ovlivňují jak kvalitu a dostupnost péče, tak spolehlivost práce a zdraví lidí. Proto je třeba řešit tyto problémy komplexně a koordinovaně na všech úrovních zainteresovaných stran, aby se podařilo garantovat efektivní, kvalitní a dostupnou péči i všem obyvatelům. V následujících letech bychom se měli zaměřit na konkrétní aspekty a navrhnout konkrétní opatření, která by mohla vést ke zlepšení současného stavu.

Situace v českém zdravotnictví naznačuje řadu závažných problémů, které je nutno **urgentně řešit**, aby zůstala zachována požadovaná úroveň zdravotní péče. Mezi nejpalčivější patří **nedostatek kvalifikovaného personálu, dlouhá čekací doba, vysoké finanční náklady a složitá administrativa**. Stávající roli mají i jejich vzájemná hraje **systém veřejného zdravotního pojištění**, který financuje péči evropskou a poskytovatelů a tím zajišťuje její základní dostupnost všem občanům.

Zdravotní pojišťovny v tomto systému působí jako **klíčové hráče**, neboť spravují finanční prostředky nezbytné pro provoz zdravotnických zařízení a dohlíží na kvalitu péče. Bez jejich aktivní role by nebylo možné zajistit stávající úroveň služeb ani plnění přístupu k nim.

Na co je potřeba se zaměřit?

1. **Zlepšení pracovních podmínek a finančního ohodnocení zdravotnického personálu**

Zdravotní pojišťovny mohou ve spolupráci s vládou a zdravotnickými zařízenými pracovat na vytvoření nové podmiňky, která zabrání odchodu personálu do zahraničí a i do jiných oborů.

2. Efektivní využití dostupných zdrojů

Optimální distribuce finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění je základem pro vysokou kvalitu a širokou dostupnost péče. Zahrnuje především **odstranění nadbytečné administrativy** a celkově zefektivnění procesů.

3. Lepší organizace a komunikace

Propojení a spolupráce mezi zdravotnickými zařízeními, pojišťovnami a pacienty je klíčem k hladkému fungování systému. Zdravotní pojišťovny se zde mohou uplatnit v **koordinaci péče**, snižování regionálních nerovností a přímé zvýšení dostupnosti specializovaných služeb.

4. Sledování a porovnávání osvědčených postupů

Využití úspěšných modelů ze zahraničí a přenos osvědčených metod do českého prostředí mohou být klíčovými faktory efektivity a kvality zdravotní péče. Pojišťovny sehrávají důležitou roli při **přenosu know-how** a zavádění inovací do českého prostředí.

Pouze **společně** vládou, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, zdravotnických i samotných pacientů lze v dlouhodobém horizontu dosáhnout potřebných reforem a zajistit, aby český zdravotní systém bude pružně reagovat na budoucí výzvy a poskytovat všem obyvatelům péči na úrovni. Nesporným předpokladem budoucích změn je nepochybně zvládnutí digitalizace zdravotnictví.

Digitalizace zdravotnictví: Klíč k lepší kvalitě péče a efektivitě systému

Jak již vyplývá z předchozího textu, jedním z nejefektivnějších způsobů, kterými můžeme významně přispět ke zjednodušení i ekonomické stabilizaci celého systému, je **digitalizace zdravotnictví**. Ta představuje zásadní krok k vyšší kvalitě péče a k celkové efektivitě zdravotnického systému v České republice. Moderní digitální technologie a telemedicina jsou inovativní nástroje, jež mohou pomoci při řešení obtížných, jako je nedostatek zdravotnického personálu, dlouhých čekacích dob nebo složitá administrace.

Implementace digitálních technologií a telemedicine má za cíl zlepšit dostupnost i kvalitu poskytované péče. **Telemedicina** navádí umocňuje uje pacientům konzultovat zdravotní obtíže na dálku, čímž umožní přístup k péči tak, jak si pacient přeje, tak i lékařům, kteří se mohou intenzivněji věnovat akutním případům.

Elektronická zdravotní záznamy a digitalizace administrativních procesů zjednoduší usnadní ujednotí sdílení informací mezi zdravotnickými zařízeními, čímž usnadní přístup ke službám byrokratické zátěže a urychlí diagnostiku i léčbu. Celkově tak digitalizace a telemedicina nejsou jen technologickými novinkami, ale strategickými prvky, které mají potenciál významně proměnit české zdravotnictví a zvýšit jeho dostupnost i efektivitu.

Rozsah digitalizace

Digitalizace zdravotnictví zahrnuje širokou škálu technologií a procesů, kterými mohou posunout úroveň zdravotní péče v různých úrovních. Zaměřuje se zejména na **elektronickou zdravotní dokumentaci, telemedicinu a datovou analýzu**, a čímž reaguje na nejvýznamnější problémy a trendy českého zdravotnictví.

1. Elektronická zdravotní dokumentace (EHR)

- **Návrh opatření ena:** Implementovat národní systém EHR pro všechny zdravotnické zařízení.
- **Příčiny:** Zvýšení efektivity, snížení administrativní zátěže, lepší koordinace péče a minimalizace chyb způsobených lidskými faktory.
- **Výzvy:** Zajištění interoperability mezi různými systémy, ochrana osobních údajů a posílení kybernetické bezpečnosti.

2. Telemedicina

3. **Návrh opatření ena:** Podpořit a rozvíjet telemedicinské služby, včetně diagnostiky a vzdáleného sledování pacientů.
4. **Příčiny:** Zlepšení péče a přístupu k péči (zejména v odlehlejších oblastech), snížení nákladů na péči a zkrácení čekacích dob.
5. **Výzvy:** Dostatečná technická vybavení, vyškolení kvalifikace zdravotnického personálu a nutná legislativní rámec pro telemedicinské služby.
6. **Návrh opatření ena:** Vytvořit infrastrukturu pro sběr a analýzu zdravotnických dat za pomoci AI.

7. **Přírodní zdroje:** Identifikace trendů a vzorců v datech, predikce a prevence nemocí, personalizovaná medicína.
8. **Vědecký výzkum:** Ochrana soukromí pacientů, vymezení odpovědnosti za rozhodnutí užívaných léků a zdravotních služeb. AI a etické otázky spojené s využitím zdravotních dat.
9. **Datová analýza a umělá inteligence (AI)**

Digitalizace zdravotnictví je tak nezbytným předpokladem pro **modernizaci** a pro **vyšší efektivitu** systému poskytování péče. Špatně zvolená cesta v tomto směru vyžaduje vysokou spolupráci vlády, zdravotnických zařízení a technologických společností, aby se dosáhlo co nejlepších výsledků pro pacienty, zdravotnický personál i zdravotní pojišťovny.

Závěrečné shrnutí

Situace v českém zdravotnictví jasně poukazuje na řadu závažných problémů, které je nutné urychleně řešit, aby se podařilo zajistit kvalitní a dostupnou zdravotní péči i pro všechny občany. Patří mezi ně **nedostatek kvalifikovaného personálu, dlouhá čekací doba, vysoké finanční náklady** i **složitá administrativa**. Bezprostřední prioritou musí být zlepšení pracovních podmínek a vyšší finanční ohodnocení zdravotníků, efektivnější využívání dostupných zdrojů a lepší koordinace mezi jednotlivými složkami systému.

Klíčové je přijmout **komplexní a dlouhodobou strategii**, která budou zahrnovat rovněž inspiraci osvědčenými modely ze zahraničí. Pouze společným úsilím vlády, zdravotních pojišťoven, zdravotnických zařízení, zdravotníků a dalších zájmových stran lze dosáhnout potřebných reforem a zajistit, aby české zdravotnictví bude i nadále poskytovat péči i na úrovni. Dlouhodobé reformy by měly vytvořit základ pro udržitelnost a efektivitu systému, jenž obstojí v budoucích výzvách, a zajistí kvalitní péči i pro všechny.

Parlamentní listy

Datum vytvoření en

07.02.2025