



Kancelář zdravotního
pojištění

HORIZONT 2030+

BULLETIN DISKUSE KE KONCEPČNÍM ZMĚNÁM ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

ročník 2023 | newsletter Občan z. s. | www.kancelarzp.cz



OBSAH

03	Březen	
	Konec čekání na změnu?	5
04	Duben	
	Jak by měla vypadat dělba odpovědností a kompetencí v řízení zdravotnictví?	14
05	Květen	
	Je propojení zdravotního a nemocenského pojištění utopií, nebo racionálním krokem?	23
06	Červen	
	Jak vymezit nárok pojištěnce?	36
09	Září	
	Jak stabilizovat příjmovou stránku veřejného zdravotního pojištění?	43
10	Říjen	
	Jakým změnám se nevyhneme ve struktuře a organizaci zdravotní péče?	50
11	Listopad	
	Smysl, obsah a budoucnost úhradové vyhlášky	63
12	Prosinec	
	Dopis Ježíškovi aneb zdánlivě nesplnitelná přání	71



ÚVODNÍ SLOVO



Publikace Horizont 2030+ shrnuje postřehy shromážděné během prvního roku odborné diskuse k návrhu Koncepce udržitelného Zdravotnictví 2030+. Obsahuje názory významných osobností českého zdravotnictví, publikované k jednotlivým tématům v newsletteru Občan v síti.

Diskutovaná koncepce je souborem vzájemně provázaných legislativních změn, připravených a dále rozvíjených Kanceláří zdravotního pojištění s podporou zdravotních pojišťoven a dalších hospodářsky významných subjektů.

(viz <https://koncepce.kancelarzp.cz/>).

Je vedena obavou o udržitelnost kvality a dostupnosti českého zdravotnictví ve světle známých výzev. Posiluje prvky solidarity, samosprávy a soutěže. Odstraňuje trojské koně a konflikty zájmů, implementované dnes přímo v DNA systému. Nepřinášá perpetuum mobile jednoduššího života pro všechny, ale prostředí jasně oddělené odpovědnosti a motivace, tlaku na zvýšení efektivity, možnosti plánování, spravedlivější distribuci prostředků, transparentnější prostředí pro pojištěnce, i celkové navýšení příjmů. Nevytváří nový systém, ale naplňuje ten současný původně předpokládaným obsahem.

Domnívám se, že zásadním úspěchem prvního roku seminářů byla změna vnímání potřebnosti koncepčních úprav. Zatímco ještě na počátku roku 2023 mnozí významní představitelé v reakci na naše návrhy tvrdili, že situace je nadmíru výtečná a změn není třeba, dnes už to (i ve světle událostí druhé poloviny roku) netvrdí nikdo. Systém zdravotního pojištění je nastavený špatně, respektive je ve svých základech popírán všudypřítomnou politickou ingerencí, konfliktem zájmů a státním dirigismem.

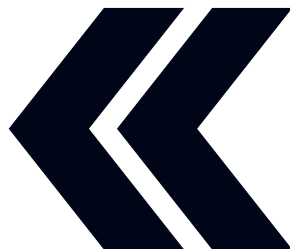
Ve světle deklarovaného ukončení jakýchkoliv reformních aktivit v tomto volebním období se také potvrdila správnost procesních východisek naší iniciativy – postupovat systematicky, neslibovat zázraky na počkání, investovat do dlouhodobé přípravy, vysvětlování a obecně do práce, přesahující jedno, či dvě volební období.

I v tomto roce budeme v práci pokračovat. Čeká nás zahájení analytické přípravy, zapracování dosavadních poznatků do věcného záměru změn, doplnění návrhů (nejen) o oblast vzdělávání, pokračování diskusí a příprava politického prostředí na volby 2025 a následující období, které by mohlo být první příležitostí k realizaci opravdu zásadnějších úprav.

Jde o první z ročních bulletinů naší iniciativy. Kolik jich ještě bude nutné vydat, než se podaří navržené změny realizovat, nevíme. Jisté je jen to, že bez nich budeme moci v horizontu jedné dekády všeobecnou dostupnost zdravotní péče pouze předstírat.

Iniciativa Zdravotnictví 2030+ dnes eviduje téměř 100 řešitelů a podporovatelů. Pokud Vám záleží na udržitelnosti alespoň základního rozsahu zdravotní péče pro všechny, připojte se k ní i Vy!

Za iniciativu Zdravotnictví 2030+
Ladislav Švec





OBČAN V SÍTI

03/2023

Pavel Vepřek
Ladislav Švec
Mirek Topolánek
Michaela Tůmová
Daniel Münich
Adam Vojtěch
Štěpán Svačina
Petr Šonka
Martin Vokurka

KONEC ČEKÁNÍ NA ZMĚNU?

Občan v síti se po covidové pauze vrací a ohlašuje start aktivity Zdravotnictví 2030+, která chce spojit lidi usilující o zvýšení kvality a efektivity zdravotnictví a společně hledat řešení jeho dlouhodobých problémů.

Letos je tomu právě třicet let, co jsme jako občané začali platit zdravotní pojištění a mohli se začít rozhodovat, zda zůstaneme pojištěnci rok staré VZP, nebo se přehlásíme do nově vznikajících resortních, oborových či jiných zdravotních pojišťoven. Ty se za pochodu učily proplácet péči čerstvě osamostatněným zdravotnickým zařízením na základě stejně tak nově vytvořeného Seznamu výkonů. Tohle prvé kolo proměny státního zdravotnictví do otevřeného systému financovaného prostřednictvím pluralitního veřejného zdravotního pojištění se nám podařilo zvládnout nejlépe a nejrychleji ze všech postkomunistických zemí, ale samozřejmě za cenu řady provizorních řešení. Pak přišla únava z neustálých změn a systém se dočasně zakonzervoval

s tím, že se nedodělky odstraní, až si trochu oddychneme.

No, a k tomu zatím nedošlo. Naše zdravotnictví tak skončilo v půli cesty mezi státní minulostí a pluralitní budoucností. Ten náš dnešní kříženec sice jakž takž funguje, ale vykazuje řadu nedostatků, které pramení z kolize mezi oběma modely řízení. Výsledkem kombinace nešvarů přímého řízení a volné soutěže je zdravotní systém, který se obtížně adaptuje na vývoj medicíny, má výrazné prvky neefektivity, malou orientaci na potřeby občanů, deformované motivace a nedostupné informace. Vzhledem k demografickému vývoji, rozvoji medicíny a rostoucímu očekávání občanů to není situace dlouhodobě udržitelná.

Za vlády Mirka Topolánka představila skupina kolem Tomáše Julínka ambiciózní plán na dobudování pojišťovenského systému a vyřešení odložených problémů. Bohužel stačili jen zavést racionální regulaci léčiv a regulační poplatky. Ty byly v principu správné,



jen neměly být zavedeny v primární péči a neměly být tím jediným, co se změnilo. Přes jejich nesporné přínosy byly posléze po zásluze zrušeny. Jejich osud nadlouho odradil každého od snahy zdravotnictví racionalizovat.

Za poslední čtyři roky se náklady zdravotnictví zvedly o polovinu a jeho podíl na HDP dorovnal Belgii. Přesto spokojenost občanů se zdravotními službami klesá, rostou rozdíly v regionální dostupnosti péče, prohlubuje se relativní nedostatek personálu a stále více pacientů neregulovaně platí v ordinacích. Je nejvyšší čas začít hledat cesty ke zvýšení vnitřní efektivity systému – náplň Zdravotnictví 2030+ pro příští léta. Všechny otevřené hlavy jsou vítány.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

PŘEDSTAVENÍ INICIATIVY ZDRAVOTNICTVÍ 2030+

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Iniciativa Zdravotnictví 2030+ vznikla na půdě Kanceláře ZP jako výraz společenské odpovědnosti zdravotních pojišťoven ve světle výzev, které se před námi jasně zhmotňují a představují zásadní riziko pro udržení dostupnosti a kvality zdravotních služeb pro všechny.

Po několika letech, které jsme věnovali vnitřní debatě o návrhu koncepčních změn, jsme seminářem v Národohospodářském ústavu zahájili dlouhodobou odbornou diskusi k navrženým řešením.

Iniciativa i samotný koncept vycházejí z jasných východisek. Prvním je realita blížící se demografické změny obyvatelstva. Souvisí s překročením věku zdravého dožití mimořádně silné generace lidí narozených na počátku sedm-



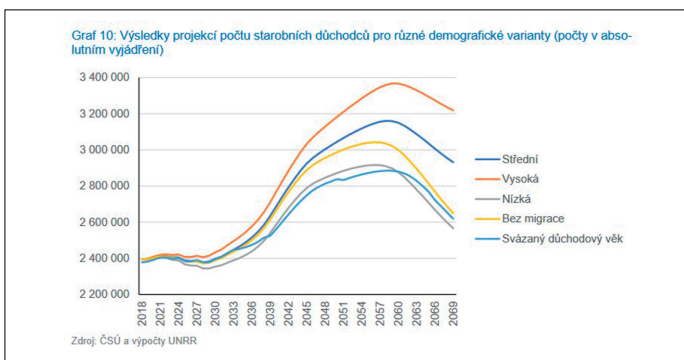
Ladislav Švec

desátých let. Ta v první polovině příštího desetiletí nastartuje tři dekády postupného zhoršování věkové struktury obyvatel. Každým rokem se bude zhoršovat poměr mezi těmi, kdo péči potřebují, a těmi, kdo na ni přispívají, respektive ji mohou fyzicky zajišťovat. Tento rozdíl bude zásadní. Blížíme se tak objektivně ke zdi, která před námi nejen neustoupí, ale naopak se bude stále rychleji posouvat proti nám.

Dalším věcným východiskem je již viditelný rozvoj individualizované péče a dalších mimořádně nákladných terapií. I s ohledem na základní účel solidárních systémů, tedy přispívat na péči, která nemůže být hrazena individuálně, bude představovat stále významnější část nákladů. Tyto prostředky ovšem nebudou moci být použity jinde.

V posledních dekadách více méně stabilního růstu a ideální věkové struktury obyvatel jsme si zvykli uspokojit každou politickou potřebu, sanovat každou hrozbu mediálního neklidu, nebo reálný krizový výkyv financování, zvýšením příspěvku ze státního rozpočtu. Musíme si rychle uvědomit a přiznat, že tudy dále cesta nepovede.

K výše uvedeným východiskům totiž musíme přičíst fakt, že demografická změna přinese nejen více dlouhodobě nemocných, ale také mnohem větší výdaje státního rozpočtu na krytí důchodových nároků (postupně až o 3 % HDP).



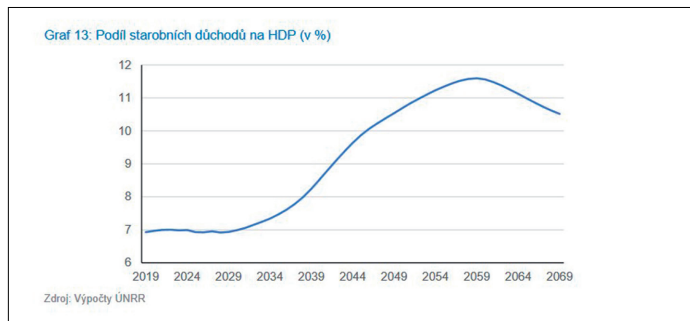
Ještě viditelnější je pak zcela aktuální změna priorit státního rozpočtu směrem k základním funkcím státu, zejména jeho vnější obraně. Avizované a probíhající navýšení obranného rozpočtu totiž neznamená nic jiného než minimálně 1 % HDP ročně navíc věnované zcela jinému účelu, než je uspokojení potřeb zdravotního systému.

Sečteno podtrženo nás v blízké a střední budoucnosti čeká drsná jízda, typická zvyšováním potřeb a výdajů, pomalejším růstem příjmů, nedostatkem pracovníků a nemožností sanace potřeb navyšováním přidělu ze státního rozpočtu. **Beze změn se projeví zásadním snížením reálné uplatnitelnosti nároků, a to zejména u lidí bez dodatečných finančních zdrojů nebo sociálních kontaktů. Těch je přitom naprostá většina.**

Zjevně se přitom nepotvrzuje předpoklad přímé úměry mezi

výší výdajů ze zdravotního pojištění a kvalitou či dostupností služeb. Naopak, vývoj posledních pěti let ukázal, že při současném nastavení systému vede jakékoliv zvýšení výdajů (téměř o 50 %) kromě snížení výkonu a motivace paradoxně i k dalšímu rozvoji šedé zóny přímých plateb. I kdybychom tedy našli další finanční zdroje, nepovede to samo o sobě k řešení.

Klíčem je a může být pouze zvýšení efektivity a zlepšení organizace služeb. To se však nikdy nepovede bez revize a úprav základních parametrů systému. Žádný dům totiž nenabídne více místa při nejasně vymezených základech. Ty přitom v českém systému zamrzly někde uprostřed, mezi původním světem státního zdravotnictví a zdravotnictvím založeným na pluralitě samosprávných organizací, zastupujících zájmy svých pojištěnců. Tato principiální nejasnost vedla k postupnému vytvoření světa sdílené kolektivní neodpovědnosti, kde odpovídají tak trochu všichni za všechno a nikdo za nic. V něm je pak více než těžké nalézt řešení jakéhokoliv dlouhodobého a komplexního problému. Systém je typický konfliktem zájmů, existujícím prakticky na všech úrovních a logicky vylučujícím efektivitu a spravedlnost řešení. Systém umožňuje krátkodobě politicky motivované ad hoc zásahy do fungování a vzta-



hů (vyhlášky), které v důsledku brání smysluplnému plánování a účinnému tlaku na efektivitu. Je typický nemožností přizpůsobit příjmy (pojistné), ale i výdaje (rozsah dávek) aktuálním možnostem hospodárství i pojištěnců, stejně jako nízkou mírou soutěže (respektive soutěže na správném místě). V důsledku je z hlediska případných korekcí příjmů závislý pouze na možnostech státního rozpočtu. Samostatnou kapitolou je pak nelogické základní rozdělení kompetencí při řešení dávek v nemoci na úrovni celého sociálního zabezpečení.

Jsmo přesvědčení, že pro správné nastavení parametrů přitom není nutné budovat systém nový. Spíše jde o to, naplnit existující a fungující procesy i instituce původně očekávaným, efektivnějším obsahem. Vytvořit prostředí umožňující tlak na efektivitu, přizpůsobení vstupů i výstupů ekonomickým možnostem, soutěží, řízení a střednědobé plánování.

Jak dosáhnout změny a nezůstat v půli cesty? V první řadě je třeba poučit se z předchozích nezdárů. Proto nenavrhujeme žádnou formu privatizace prostředků zdravotního pojištění, proto nepochybujeme ústavní výhradu zákona pro určení rozsahu bezplatných služeb, proto nechceme zavádět nějakou jednoduchou formu spoluúčasti za výslovně hrazené služby. Neslibujeme řešení na počkání a jsme připraveni raději X let diskutovat a analyzovat než zavádět cokoliv pod tlakem. Uvědomujeme si, že je systém komplexním organismem a zásah do jedné části se musí projevit ve druhé, třetí, čtvrté. Proto nechceme zavádět solitérní opatření (jakým byly svého času např. regulační poplatky), ale přinejmenším celé bloky změn a opatření, ideálně pak změnu jako celek. Chceme pomoci s hledáním dostatečné míry politické podpory v základních otázkách a eliminovat tak nejdříve riziko zrušení změn po nejbližších volbách.

Jaké konkrétní změny navrhuje?

- Stručně řečeno, v souladu s principy demokratické dělby moci oddělit role aktérů tak, aby zákonodárná moc nastavovala zákonné limity a procesy, ale nezasahovala do exekutivního systému.
- Aby státní správa kontrolovala, zda jsou zajištěny nároky pojištěnců a finanční stabilita zdravotních pojišťoven, ale vrchnostenským rozhodnutím nezasahovala do vztahů mezi ZP a poskytovateli.
- Aby byly zdravotní pojišťovny skutečně samosprávné a do jejich exekutivy nezasahovali přímo zástupci vlastníka zdravotnických zařízení a aby byly postaveny naroveň (což je přirozenou podmínkou férové soutěže).
- Aby všude tam, kde je to možné, zajišťovala agendu potřebnou pro provoz celého systému efektivně, kontinuálně (bez závislosti na politickém cyklu) a pod dohledem všech samospráva a její společné organizace.
- Aby byl předmět zdravotního pojištění, tedy rozsah plně hrazeného nároku, přesněji definován a také limitován. Stejně tak by měl být vymezen, ale zároveň regulován prostor pro přímé úhrady pacientem.
- Aby bylo zdravotním pojišťovnám umožněno nabízet i řešení pro nehrazené služby, včetně služeb asistenčních, prostřednictvím doplňkových programů. Aby se prostředky z pojistného, vybrané v rámci programů, vracely do solidárního zdravotního pojištění.
- Aby mohla pojišťovna stanovit část pojistného dle své nabídky, možnosti a schopností. Aby si mohli z programů vybírat všichni pojištěnci a stát jim pro tento účel pomáhal daňovou slevou, případně u nemajetných testovanou dávkou příspěvku.

– Abychom zbavili stát jeho patriarchální role plátce pojistného a nahradili ji některým z přístupů běžných v západních zemích, kde výše pojistných dávek umožňuje odvod pojistného a nezaopatření rodinní příslušníci pojistné nehradí.

– Aby se procesy dohadování podmínek a vztahů mezi ZP a PZS zbavily třetího vzadu a mohly tak plnit svou funkci.

– Aby se postupně spojila kompetence za řešení peněžitých i věcných dávek v nemoci u zdravotních pojišťoven a bylo tak možné řešit nemoc i odpovídající náklady pro systém, pojištěnce, poskytovatele i zaměstnavatele efektivně na jednom místě.

– Aby bylo rozhodování všude, kde je to možné, založeno na výstupech z měřitelných ukazatelů kvality, výkonnosti a účinnosti a nikoliv na domněnkách a přáních, aby byly zavedeny procesy, které zde v tuto chvíli chybějí a měly být dávno zavedeny, a spoustu dalších „aby“...

Jsem si vědom skutečnosti, že připravený koncept nepokrývá všechny oblasti, které by zasloužily úpravu (např. vzdělávání). Zároveň dobře vím, že jednu věc lze upravit mnoha různými způsoby a dával se obvykle skrývá v detailu. A právě proto potřebujeme čas, potřebujeme o řešení diskutovat, analyzovat a hledat shodu a porozumění. Pokud se v tomto úsilí chce kdokoliv z vás angažovat a zapojit do týmu spolupracovníků, případně uplatnit návrh řešení některé z neupravených oblastí, odkazují na možnost přihlášení k odborné diskusi prostřednictvím registrace na portálu na adrese <https://konceptce.kzp.cz/>. Budeme rádi, pokud se zapojí co nejvíce lidí s upřímným zájmem o zvýšení efektivitu a udržitelnost českého zdravotnictví pro další generace nejenom bohatých a privilegovaných lidí.

1. Jsme schopni bez systémových změn udržet v dekáдах přicházející demografické krize dostupnost a kvalitu zdravotních služeb? Jaké slabiny vidíte v nastavení a fungování našeho zdravotnictví?
2. Co by se mělo udělat, aby byl systém efektivnější a uměl zvyšovat nejen výdaje, ale i výkon?
3. Jaké podmínky musejí nastat, aby byla snaha o systémovou změnu úspěšná?

Odpovídá Ing. Mirek Topolánek, bývalý předseda vlády ČR, předseda, výkonná rada Teplárenského sdružení ČR, politik a publicista

1. Je to nemožné. Problémem je mýtus o zdravotnictví zdarma. Jde asi o největší zločin populistické levice. Zdravotnictví není zdarma! Je pouze bezplatné. V České republice je systém poskytování zdravotní péče založen na principu solidarity, kdy je podle dnes už vyčerpaného průběžného bismarckovského modelu zdravotnictví pro všechny občany povinné odvádět platbu za zdravotní pojištění do fondů zdravotních pojišťoven. Všichni pojištěnci odvádějí platbu 13,5 % z vyměřovacího základu. To, že většina lidí vidí, a hlavně vnímá jen těch 4,5 % ve své výplatě, je už na kolektivní psychiatrické vyšetření, a i proto vidím jako chybu zrušení superhrubé mzdy, ve které to bylo čitelné a evidentní. Už před covidem čerpalo 20 % seniorů 80 % péče ze zdravotního pojištění. Situace se bude zhoršovat. Zdravotnictví se bude potýkat s podobným problémem jako důchodový systém, protože ve třicátých letech půjdou do důchodu, a tedy budou čerpat nejvíce ze zdravotního „pojištění“ silné ročníky „Husákových dětí“ a to systém zdravotního pojištění při současném úbytku aktivní populace a nárůstu státních pojištěnců těžko může přežít. Platí totiž, že když je zdravotnictví bezplatné a dostupné pro všechny, není kvalitní. Pokud je kvalitní a bezplatné, těžko může být pro všechny,



Mirek Topolánek

a pokud je kvalitní a pro všechny, nemůže být bezplatné. Zrušení poplatků – prvního nesmělého pokusu – a odstranění třídní karenci doby nemocenské beru jako socialistický populismus, který nutnou reformu zdravotnictví zpomalil a zkomplikoval. Byly to drobné, parametrické signální a edukativní změny, které měly měnit chování pojištěnců a na které měly navázat ty změny systémové. Zdravotní péče 21. století je nadstandardní a permanentně se rozevírají nůžky mezi úrovní a schopnostmi na jedné straně a ochotou platit cokoli, nedej bože platit více na straně druhé. Kvadratura kruhu. Souvisí s hypertrofií dnešního sociálního státu, nárokovou mentalitou plnou práv bez povinností, snahou kapitalizovat výnosy a socializovat náklady a obecně s bludem všeobjímají-

cího pečovatelského státu s bezednou studnou peněz, které je tak snadné natisknout.

2. Bez dodatečného komerčního (do)financování zdravotnictví a případného zpoplatnění bagatelní péče a bagatelních léků, bez razantních kroků v lékové službě, v koncentraci nadstandardních výkonů, v digitalizaci zamezující plýtvání a zneužívání, bez racionalizace následné péče a bez udržení kvality a motivace lékařů a zdravotnického personálu bude v budoucnosti nemožné udržet kvalitní zdravotní péči dostupnou pro všechny. Samozřejmě, že řešení částečně souvisí s pozdějším odchodem do důchodu, delší pracovní aktivitou a pokračováním plateb do systému. To ale jen prodlužujeme agónii principů platných od 18. století. Do budoucna je podle mne nezbytné odejít od průběžného systému stoprocentní solidarity k minimálně hybridnímu systému, který bude udržetelný i přes demografické tendence, bude nadále výrazně solidární, ale určitě nebude bezplatný, natož zadarmo. Nevím, nejsem odborník.

3. Každá podobná systémová změna je v současné situaci předsouzená k nezdaru. Bojím se, že spíše dojde ke katarzi a zhroucení systému. To ale vůbec nemusí vést ke kýženým pozitivním systémovým krokům, ale naopak k sociálním bouřím, k nárůstu populismu a návratu chaosu 20. století. Nicméně, nevylučuji, že současné krize, ať už jsou charakteru ekonomického,

sociálního, nebo existenciálního a mentálního, v souběhu se změnou myšlení a preferencí mladé generace mohou vést i ke změně priorit a paradigmatu a může dojít ke změně evoluční. Skeptik a konzervativce ve mně to ale nepředpokládá.

Odpovídá Bc. Michaela Tůmová, ředitelka, Dialog Jessenius, o.p.s., předsedkyně výboru, STK pro chlapy z.s., místopředsdkyně výboru, Hlas onkologických pacientů z.s.

1. Na začátek bych chtěla říct, že po zkušenostech se zdravotnictvím ve Velké Británii, USA



Michaela Tůmová

a Austrálii je naše zdravotnictví úžasné. Při velikosti naší země mi přijde např. téma dosažitelnosti zvlášť špičkové péče irrelevantní. To je ovšem současnost a už nyní vidíme, že se blíží problém. Nedostatek personálu, který už není ani tolik o penězích, je skličující. Stárnutí populace je obrovský problém a související velký problém je stárnutí lékařské populace, a to zvlášť u praktických lékařů. Právě jejich role je v celém systému nezastupitelná a jejich nedostatek i zhoršující se kvalita primární péče přináší

komplikace do systému, nenahrává screeningovým programům, brzdí rozvoj prevence i následně péče o pacienty, kteří by již nemuseli navštěvovat přetížené odborné lékaře, ale jejich další sledování by mohl převzít právě praktik.

2. Máme-li zefektivnit systém, je elektronizace zdravotnictví bezpodmínečně nutná. Jednotný systém, ze kterého by těžili všichni účastníci systému a kde by nedocházelo k dublování vyšetření, převyšetřování v lukrativnějších oborech a např. nesmyslným skladbám medikace. Zjednodušení komunikace mezi odborníky díky sdílení dat bude úspora finanční i časová a v neposlední řadě elektronická komunikace s pacienty omezí zdlouhavá čekání, která vnášejí nervozitu a stres. Dále by systém zefektivnilo zvýšení kompetencí vysokoškolsky vzdělaných sester, které by často mohly převzít velkou část provozní agendy.

3. Systémová změna může nastat, až si všichni uvědomí, že zdraví je komodita každého z nás a kvalita života je jen v našich rukách. Každý musí převzít odpovědnost za své zdraví.

Odpovídá doc. Ing. Daniel Münich, Ph.D., ekonom, CERGE-EI, výkonný ředitel, IDEA, člen, NERV, poradce předsedy vlády

1. V nadcházejících dekádách v důsledku intenzivního demografického stárnutí české populace skutečně nebude snadné udržet dostupnost a kvalitu zdravotních služeb. Nároky na zdravotní systém, a tedy na peníze, personál atd. totiž výrazně rostou u lidí zhruba po šedesátce, jejichž podíl výrazně poroste a naroste. Přitom obrovskou přímou konkurenci zdravotnickému veřejnému rozpočtu bude rozpočet na důchody. I proto je třeba intenzivně hledat chybějící zdroje ve zvýšení efektivity celého systému.

2. Stát se dostatečně nevěnuje analytickému vytěžování obrovského množství dat k monitoringu a řízení, respektive usměrňování celé zdravotnické soustavy na základě analýz zdravotně-prevenčního chování klientů, zdravotních pojišťoven a dalších aktérů. Tuto roli dostatečně nehrají ani zdravotní pojišťovny, které v systému jinak



Daniel Münich

hrají roli zásadní. Jen vezměme omezenou informovanost klientů ohledně zdravotní prevence, někdy absurdní motivace k prevenci směrem k pojištěncům a jejich praktickým lékařům a dřavý monitoring prevence jak na úrovni státu, tak zdravotních pojišťoven. Vyhodnocování dopadů opatření a jejich ověřování je u nás stále popelkou. Řada procesů ve zdravotnictví zůstává zbytečně přeregulována, jiné regulaci vyžadující naopak regulovány dostatečně nejsou.

3. Jde o zásadní modernizaci přístupu k managementu veřejných politik v zemi, což se zdaleka netýká jen zdravotnictví. Mám na mysli řízení založené na silné empirické evidenci na základě analýz a výzkumů. Paralelně s tím se nabízí reformovat systém zdravotních pojišťoven a plateb pojistného směrem k vyšší konkurenci. Jsem si také jist, že mnohé příležitosti

k vyšší efektivitě systému nabídné rozvoj umělé inteligence. Možnosti jejího velkého uplatnění ve zdravotnictví a prevenci jsou podle mě nedozírné. Samozřejmě i zde půjdou ruku v ruce s nežádoucími fenomény, které bude třeba efektivně krotit.

Odpovídá Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch, MHA, bývalý ministr zdravotnictví ČR, mimořádný a zplnomocněný velvyslanec České republiky ve Finsku.

1. Jistě je nezbytné pracovat na změnách systému, které budou reagovat nejen na demografický vývoj (u pacientů i zdravotníků), ale rovněž prevalenci chronických chorob a čím dál dražší zdravotní péči danou vstupem nových léků a technologií. Je zřejmé, že v našem zdravotnictví stále není dostatečně využitý potenciál primární péče, zároveň je v řadě oborů příliš decentralizovaná specializovaná péče, což vede ke zhoršeným výsledkům. Slabým prvkem je rovněž primární prevence, zejména v oblasti nadměrné konzumace alkoholu a obezity. Zároveň bychom měli mnohem více v praxi využívat odbornost nelékařských povolání, zejména všeobecných sester, které mohou zastat řadu činností, jež nyní vykonává lékař. Rovněž zdravotní pojišťovny stále nehrají v systému natolik aktivní roli, jak by měly a mohly, a to ať již jde o motivaci pojištěnců k péči o zdraví, nebo o tvorbu sítě poskytovatelů. V neposlední řadě bych zmínil evergreen neuspokojivé digitalizace a sdílení dat napříč systémem. Se sdílením dat pak souvisí zatím nedostatečné využívání telemedicíny.

2. Je třeba zacílit na vše, co jsem zmínil v prvním bodě. Tedy maximální možné posílení primární péče, a to nejen skrze praktické lékaře, ale i nelékařské profese. Zde musí být koncentrována vět-



Adam Vojtěch

šina péče, k čemuž je například nutné pokračovat v uvolňování preskripčních omezení, posilovat pravomoce praktických lékařů i všeobecných sester, ale rovněž realizovat například formát sdružených praxí, který zajistí vyšší dostupnost zejména díky širší ordinační době, ale i atraktivitu pro mladé lékaře, kteří dnes preferují model work-life balance. Zároveň na základě dat, resp. výkonnostních ukazatelů je nutné pracovat na koncentraci specializované péče s cílem zvýšení kvality. Práce s výkonnostními ukazateli však musí probíhat napříč systémem. Benchmarking poskytovatelů péče je zcela nezbytný a musejí ho využívat primárně zdravotní pojišťovny, které mají v ruce smluvní politiku. Standardy jsou ve většině oborů nastaveny, je ovšem nutné kontrolovat jejich dodržování. Je třeba rovněž sdílet maximum dat napříč systémem a umožnit i jejich sekundární využití tak, aby došlo k rychlejšímu vývoji moderních léků a technologií, včetně například umělé inteligence. Je zřejmé, že nelze očekávat zásadní nárůst personálních kapacit ve zdravotnictví, což je trend prakticky ve všech zemích na světě, proto

potřebujeme technologie, které tento deficit budou kompenzovat. Klíč k dlouhodobé udržitelnosti systému pak jednoznačně tkví v prevenci chronických chorob. Pokrok se podařil v oblasti kouření, ale pokud jde o konzumaci alkoholu a obezitu, jsou výsledky ČR stále špatné. Zdravotní pojišťovny by měly dostat nástroje k širší motivaci svých pojištěnců k péči o zdraví a realizaci DMPs.

3. Nevěřím v revoluční změnu, po které není reálně poptávka v odborné ani laické komunitě a jejíž prosazení na politické úrovni rovněž vnímám jako velmi nepravděpodobné. Mnohem více věřím v postupný evoluční proces cílící na změny v jednotlivých výše uvedených oblastech. Řada věcí již byla započata, je nutné v nich pokračovat. Nejde o práci na jedno ani dvě volební období, práce musí probíhat kontinuálně.

Odpovídá prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, předseda, Česká lékařská společnost JEP, endokrinolog, III. interní klinika 1. LF UK a VFN

1. Ano, systém je uměle udržován v ustáleném stavu. Pojišťovně jde jen o to, aby měla na platby příští měsíc, zdravotnickým zařízením, aby vykázala výkony jako minule. Realita potřeb je zcela jiná, a tak myslím, že v demografické krizi vše ještě chvilku vydrží. Jednoho dne se to jistě zhroutí.

2. Motivovat pacienty a motivovat lékaře a hlavně myslet na prevenci a vidět dále než na příští měsíc. Klasicky to vystihuje moje diskuse s ředitelem VZP o diabetologii. Vím, že řada léků nedostupných dnes většině pacientů vede k obrovskému snížení komplikací a nákladů na péči do několika let. Na náklady by si soukromá pojišťovna půjčila a bohatě by se jí to vrátilo. To VZP za současných zákonů udě-



Štěpán Svačina

lat nemůže a to plně vystihuje absurditu stavu.

3. Zcela zásadní změnu systému zdravotního pojištění, které v současné době není pojištěním. Optimální je postavení smluvní také na vztahu pojišťovna–pacient. Důležité je i dodat do systému další prostředky komerčním zdravotním pojištěním. To má ve světě mnoho forem pro všechny skupiny obyvatel a určitě není jen pro bohaté.

Odpovídá MUDr. Petr Šonka, praktický lékař, Přeštice, předseda, Svaz praktických lékařů ČR

1. Bez systémových změn není náš zdravotní systém schopen udržet stávající dostupnost a kvalitu zdravotní péče. Zcela jasně se to už projevuje v oblasti primární péče a je zjevné, že se problém bude prohlubovat a zasáhne i další segmenty zdravotní péče. Myslím, že zásadní slabinou našeho zdravotního systému je nedostatečná role zdravotních pojišťoven. Přestože máme formálně pojišťovenský systém, ve skutečnosti jsme k němu stále tak někde

na půl cesty od systému státního zdravotnictví, nebo systému národní zdravotní služby, chcete-li. Stát má tendenci do zdravotnictví silně ingerovat a opakovaně se dopouští zásahů, kterých se dopouštět nemá, jako bylo nedávné převedení rezerv prostředků veřejného zdravotního pojištění do státního rozpočtu, nebo dřívější přerozdělení rezerv mezi zdravotními pojišťovnami, ale také opakovaně předem neplánované a nevizované navyšování tabulkových platů, se kterými se nepočítalo při uzavírání dohod jednotlivých atd.

Problémem je vysoký počet státních pojištěnců proti počtu osob, které platí zdravotní pojištění, a rozdíl ve výši platby pojistného za státního pojištěnce proti platbě pojistného ekonomicky aktivních osob. Nemáme nastavena pravidla pro pohyb pacienta zdravotním systémem a z toho vyplývá zbytečně vysoký počet kontaktů pacienta s tímto systémem. Zásadní slabinou je téměř nulová role pacienta a vztahu pojištěnec–pojišťovna. Díky tomu téměř neexistuje motivace pojištěnce k tomu, aby pečoval o své zdraví, využíval možností prevence a screeningových programů a čerpal zdravotní péči racionálním a efektivním způsobem.

Problémem je špatná struktura našeho zdravotnictví, která nereaguje na měnící se demografickou a společenskou situaci. Špatně nastavený poměr mezi primární, sekundární a terciární péčí a chybějící pravidla pro pohyb pacienta mezi nimi. Příliš mnoho nemocnic, jejichž hustota sítě odpovídá konci 19. století, ale stěží všechny mohou udržet krok s kvalitou medicíny odpovídající 21. století. Příliš mnoho akutních lůžek a z toho plynoucí tendence poskytovat za hospitalizace i péči, kterou by bylo možno provádět ambulantně, ve stacionářích či formou jednodenní péče. Naopak kritický nedostatek zařízení následné péče a péče na zdravot-



Petr Šonka

ně-sociálním pomezí. Nepoměr mezi počty lékařů primární péče a specializované ambulantní péče. Zbytečná umělá omezení kompetencí primární péče a chybějící nastavení jasných pravidel pro spolupráci mezi primární péčí, ambulantní specializovanou péčí a lůžkovými zařízeními, atd. Je toho celkem dost.

2. Dát zdravotním pojišťovnám takové kompetence, aby mohly plnit svoji skutečnou roli, přijetím zákona o zdravotních pojišťovnách. Eliminovat zásahy státu do zdravotního systému a co nejvíce systém oprostít od politických vlivů (nejen na centrální, ale také na krajské úrovni). Provést restrukturalizaci lůžkové péče, zredukovat počty zařízení poskytujících akutní lůžkovou péči a posílit dlouhodobou a následnou lůžkovou péči. Zavést způsoby úhrady péče motivující ke zvýšení kvality a efektivit poskytované péče. Odstranit zbytečné bariéry v poskytování péče, jako jsou často nesmyslná preskripční a kompetenční omezení, zejména v primární péči. Nastavit pravidla pro efektivní pohyb pacienta systémem, která zajistí, aby se co nejrychleji do-

stal k péči, kterou potřebuje, a nebloudil zbytečně systémem.

3. Zázrak?

Odpovídá prof. MUDr. Martin Vokurka, CSc., děkan 1. LF UK

1. Systémové změny budou nepochybně nutné, uvažujeme-li o obdobích dekad. Obecně by jim měla předcházet dobrá analýza celkového stavu zdravotnictví a kvalitní modely budoucího vývoje. Naše zdravotnictví je založeno na velké obětavosti řady lidí, v mnoha ohledech je však i přes modernost a efektivnost nevyvážené. Bohužel je také stále podfinancované.

2. Měla by být řešena otázka podfinancování zdravotnictví a s tím souvisejících investic do vzdělávání lékařů a oblasti vědy a výzkumu. Neustále se objevují nová témata, jako například pokračující elektronizace a digitalizace,



Martin Vokurka

telemedicina, umělá inteligence či rozsáhlá oblast zdravotních dat a jejich sdílení a využití na mezinárodní úrovni. Právě proto potřebujeme ve zdravotnictví dostatek kvalitních a vzdělaných odborníků. Velmi silně vnímám

potřebu naučit mediky, jak prostřednictvím digitálních technologií s pacienty nejen správně, bezpečně a efektivně komunikovat, ale také jim v distančním prostředí poskytnout adekvátní péči. Digitalizace ve zdravotnictví je důležitá a efektivitu nepochybně zvýší. Problémem jsou také oblasti, ve kterých je nedostatek lékařů; musíme hledat způsoby, jak lékaře na tato místa přilákat.

3. To je možná ten nejtěžší úkol. A otázkou je, zdali vůbec někdy ideální podmínky mohou nastat. Základem určitě je, aby na systémových změnách byl široký konsenzus, aby nebyly vynucené. Je třeba, aby byly dobře promyšlené, aby se na jejich přípravě i implementaci podíleli skuteční odborníci z dané oblasti, nemůžeme zapomenout ani na politické a společenské hledisko. Systémové změny by také samozřejmě měly být dlouhodobě udržitelné.



OBČAN V SÍTI

04/2023

Pavel Vepřek
Ladislav Švec
Jakub P. Hlávka
Petr Smejkal
Jan Bodnár
Martin Dlouhý
Lenka Teska Arnoštová
Oldřich Šubrt
Jan Zapletal
Jakub Haas

JAK BY MĚLA VYPADAT DĚLBA ODPOVĚDNOSTÍ A KOMPETENCÍ V ŘÍZENÍ ZDRAVOTNICTVÍ?

Harmonie mezi kompetencemi a odpovědností je klíčová pro dobré fungování jakékoli organizace nebo systému. V našem zdravotnictví jsme s jejich správným nastavením dlouhodobě na šíru. Kořeny dnešního stavu, který pokládáme za normální, leží v době transformace našeho zdravotnictví ze státního systému do nestátního, pluralitního, který je většinově financován prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění.

V zemi s dlouhodobě přerušenou tradicí veřejných a neziskových institucí byla jejich obnova obtížná a spojená s rizikem rozkradení státního majetku šikovnými šibry. Proto během transformace proběhla privatizace pouze menších zdravotnických zařízení a jen několik větších se vrátilo původním vlastníkům, větší majetky zůstaly v rukou státu, který se o ně posléze podělil s kraji. Obdobně tomu bylo s financováním celého systému, institucionálně jsme sice okopírovali německý samosprávný model, ale

stát si v něm ponechal hlavní slovo. Pokus o autonomní VZP skončil za Davida Ratha nucenou správou a následným zřízením čistě politické kontroly chodu VZP. V ostatních zdravotních pojišťovnách obsazuje MZ třetinu jejich správních rad a jeho kontrolní činnost se spíše než kvalitou a dostupností zajišťované péče zabývá vedením knih jízd. A tak tu sice máme model, ve kterém by měl stát svoji legislativou a exekutivou nastavovat regulace a kontrolovat jejich plnění, pojišťovny zajišťovat co nejefektivněji zdravotní péči svým pojištěncům a poskytovatelé péče si vydělávat na živobytí poskytováním potřebné péče, ale v realu patří všechna „moc“ státu a ostatní se tomu přizpůsobují. Výsledky vidíme kolem sebe. Dramatický růst nákladů v minulých letech dále rozevřel nůžky mezi běžnou medicínou a tou vysoce specializovanou. Sice se výrazně zlepšila perspektiva některých pacientů, ale většina prostředků se rozkutálela a nepromítla



se do zlepšení kvality a dostupnosti zdravotních služeb. Naopak, problémy se hromadí a dynamika růstu nákladů ohrožuje dlouhodobou udržitelnost systému. Celé to akcentuje stav státních financí, protože deficitní rozpočet se bude stále hůře vyrovnávat s rostoucími požadavky zdravotnictví. Není tajemstvím, že současné nastavení systému mnohým vyhovuje, ale nic netrvá věčně.

Pokud chceme být se svým zdravotnictvím spokojeni i v dalších desetiletích, musíme připravit kroky, které nás posunou ke skutečnému zdravotnímu pojištění a k odpovědnému řízení jednotlivých institucí. Nebude snadné překonat současnou atmosféru ve společnosti, která volá po silnější ruce státu spíše než po větší odpovědnosti a samostatnosti, ale kde je cíl, tam je i cesta.

MUDr. Pavel Vepřek

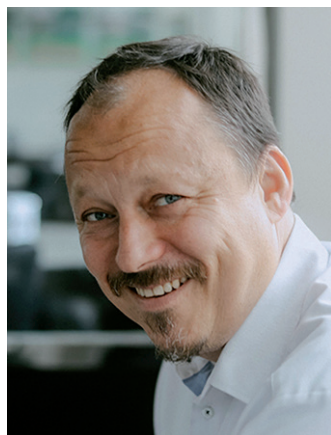
ÚHEL POHLEDU

ORGANIZAČNÍ A INSTITUCIONÁLNÍ PŘEDPOKLADY ZVÝŠENÍ EFEKTIVITY SYSTÉMU

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Svou budoucnost neznáme. Některé její parametry ale dokážeme celkem dobře odhadnout. Například lze téměř s jistotou předpo-

kládat, že stáří nikomu nepřinese více pracovních příležitostí, příjmů, nebo zdraví. Někteří se na toto období významnou část života připravují, investují, šetří, budují rodinné vazby, jiní mávnou rukou a čekají, co bude. I k celospolečenským výzvám můžeme přistoupit



Ladislav Švec

různým způsobem. Řešit s předstihem a koncepčně výzvy, které již klepou na dveře, nebo zatím strčit hlavu do písku. Jakou společností jsme a chceme být my? Bylo by smutné zjistit, že jsme nadáni rozumem jen proto, abychom poznali, že se blížíme k překážce, přes kterou upadneme.

Některé parametry budoucího vývoje, klíčové pro zdravotní systém, jsou totiž dány. Hluboký demografický deficit, prohlubující se po dvě až tři dekády mezi lety 2030 a 2060. S tím související nedostatek klinických profesionálů. Rozvoj nákladných zdravotnických technologií a problematická možnost zabránit v přístupu právě k nim. Již nyní patrně zásadní omezení možnosti státního rozpočtu sanovat plošně požadavky systému zvyšováním příspěvku státu (i díky změně priorit k bezpečnostním otázkám, budoucímu tlaku na výdaje důchodového systému, či zvýšením nákladům na správu dluhu). I kdybychom přitom na Moravě našli nová naleziště ropy, nepomůže nám to problém vyřešit. Jak je patrné z vývoje posledních let, prostý růst výdajů ke zlepšení parametrů nevede.

Z toho všeho vyplývá jediný rozumný závěr. Chceme-li i v příští dekádě zachovat alespoň přibližně aktuální úroveň dostupnosti a kvality služeb pro všechny, bude nutné opravdu významné zvýšení produktivity, zlepšení logistiky a organizace zdravotních služeb, a to na geografické i věcné úrovni. Pan prof. Hlávka, představitel iniciativy Efektivní zdravotnictví, v tomto ohledu hovoří o potřebě dosažení cca 40% zvýšení výkonu v horizontu příštích dvaceti let. Jak? A lze tohoto cíle vůbec dosáhnout při současném nastavení motivací, kompetencí a rolí jednotlivých aktérů systému, od pojištěnce po PČR? Mohu se samozřejmě mýlit, ale jsem přesvědčen, že nikoliv.

Český systém je totiž typický rys, které potenciální tlak na

zvýšení produktivity efektivně oslabují:

- Otevřený a systémový konflikt zájmů na několika úrovních (vlastník části soutěžitelů ovlivňuje pravidla veřejné zakázky ad.).
- Přímý politický vliv na základní podmínky každodenního fungování systému, který ve spojení s krátkodobostí politických zájmů a strachem z jakéhokoli negativní reakce představuje pro efektivitu brzdný koktejl (viz např. snahy o místní nebo věcnou racionalizaci sítě).
- Soutěž, jako základní předpoklad zvyšování efektivity, ovšem bez prostoru, ve kterém by se dalo skutečně soutěžit (povinně obdobná nabídka pojištěncům, více méně garantovaná zakázka smluvních PZS).
- Prostředí, kde je vzájemné postavení potenciálně soutěžících subjektů nerovné.
- Nejasné vymezení odpovědnosti, nebo jasně vymezená odpovědnost bez odpovídající kompetence (odpovědnost ZP za dostupnost bez možnosti zřizovat PZS ad.).

Co s tím? V podstatě se domníváme, že není nutná radikální změna systému. Je nutné „pouze“ upravit a nastavit jeho parametry tak, aby plnil svou původně očekávanou roli, tedy aby umožňoval soutěž a účinný tlak na zvýšení produktivity na všech úrovních. Tato opatření nepředstavují žádnou raketovou vědu. Pouze důsledně vycházejí z principů demokratické dělby moci i základního smyslu samotné existence zdravotního pojištění, kterým je samospráva a oddělení administrace systému od státu. Navrhujeme zejména rozdělit role aktérů tak, aby:

- zákonodárná moc nastavovala zákonné limity a procesy, ale nezasahovala do exekutivy systému (např. prostřednictvím účasti ve správní radě ZP);

- státní správa primárně zajišťovala kontrolu zajištění nároků pojištěnců a finanční stability zdravotních pojišťoven (prostřednictvím dozorčích rad ZP), ale nezasahovala vrchnostenskými rozhodnutími do obsahu smluvních vztahů mezi ZP a poskytovateli (dohoda, ne ad hoc vyhláška);
- byly zdravotní pojišťovny skutečně samosprávné a do jejich řízení nemohl přímo zasahovat stát, respektive jiný subjekt, propojený s příjemci prostředků veřejného zdravotního pojištění (odstranění konfliktu zájmů z fiducích orgánů ZP). Považujeme za důležité, aby bylo v této souvislosti posíleno postavení reálných „živitelů“ systému, kterými jsou zaměstnavatelé a pojištěnci, platící pojistné (volené zastoupení v orgánech všech ZP).

Dále navrhujeme sjednotit situaci zdravotních pojišťoven z pohledu vnitřního fungování a vnějšího postavení, a vytvořit tak přirozené podmínky pro férovou soutěž (jedna právní úprava pro všechny). Současně navrhujeme, aby byly horizontální agendy, potřebné pro provoz celého systému efektivně, kontinuálně (bez závislosti na politickém cyklu) a pod dohledem všech zajišťovány společnými organizacemi zdravotního pojištění. Přestože navržené a během semináře 19. 4. v NHÚ AV prezentované parametrické úpravy mohou působit nenápadně, reálně budou mít v případě shody zásadní a pozitivní dopad na kontinuitu, efektivitu a transparentnost agend, umožní dlouhodobě plánování, skutečnou soutěž, větší svobodu volby, zvýší vliv pojištěnců a oslabí partikulární lobby.

Jsme na ně ale mentálně a eticky připraveni? Dokážou se svého postavení, nebo výhody, v zájmu celku vzdát i ti, kdo z dnešního nastavení v nějaké míře těží? Dokážeme se na novou roli včas etablovat i u nás, v rámci systé-

mu zdravotního pojištění? Vždyť žádná parametrická úprava směřující k efektivnější organizaci zdravotnictví z podstaty nepřinese snazší život, nebo jednodušší přístup k prostředkům. Nevím... Každopádně, otázka nastavení organizace systému, dělby odpovědnosti, motivací a institucionál-

ního rámce bude vždy ležet v samotné podstatě řešení. A žádný dům nenabídne více prostoru na nejasně vyměřených základech. Na závěr obvyklé připomenutí: Pokud se chce kdokoliv z vás angažovat a zapojit do týmu spolupracovníků iniciativy Zdravotnictví 2030+, odkazují na možnost

přihlášení k odborné diskusi prostřednictvím registrace na portálu na adrese <https://koncepce.kzp.cz/>. Budeme rádi, pokud se zapojí co nejvíce lidí s upřímným zájmem o zvýšení efektivity a udržitelnost českého zdravotnictví pro další generace.

PROČ STÁLE BOJUJEME SE STEJNÝMI PROBLÉMY VE ZDRAVOTNICTVÍ A JAK MŮŽEME TENTO BLUDNÝ KRUH OPUSTIT?

Jakub P. Hlávka, PhD.

Assistant Research Professor, Health Policy & Management, University of Southern California, spoluzakladatel, Iniciativa pro Efektivní zdravotnictví

Během posledních měsíců jsem se setkával s mnoha experty z různých oblastí českého zdravotnictví a téměř všichni zmiňovali svou frustraci z toho, že problémy, které byly zřejmé před dvaceti lety, jsou s námi stále, a Česko stále patří na chvost Evropy v oblasti kvality života a efektivity zdravotnictví. Ačkoliv se za poslední dvě dekády objem prostředků na zdravotnictví navýšil velmi výrazně a Česko patří mezi premianty ve finanční dostupnosti péče, v oblasti udržitelnosti systému jsou nyní velké rezervy, které se prohloubí v souvislosti se stárnutím populace. Máme jen několik let s tím něco udělat, než začne kvalita a dostupnost péče velmi výrazně upadat.

Tržní selhání je problémem definujícím zdravotnictví po celém světě

Když v 60. letech 20. století psal své dílo *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* americký ekonom Kenneth Arrow, zřejmě doufal, že poznatky ekonomické vědy se promítnou do lepší

organizace zdravotní péče ve Spojených státech a dalších zemích světa. Místo toho se tržní selhání, která popsal, projevují s rostoucí vervou jak v USA, tak v mnoha dalších zemích (včetně Velké Británie, Česka a dalších zemí).

Jedním z nich je tzv. „problém zastoupení“ (principal-agent problem) – ten, kdo poskytuje služby (agent), může mít konflikt zájmů a sledovat jiné výsledky než ten, komu je poskytuje (principal). Ve zdravotnictví se jedná typicky o vztah pojišťovna – poskytovatel péče a poskytovatel péče – pacient. Zatímco v prvním vztahu lze mluvit o nesouladu zejména mezi zájmy pojištěnec a poskytovatelů (plátci sledují „cenu za výkon“ ve vztahu k přímým nákladům na zdravotní péči, poskytovatelé se mohou snažit maximalizovat svůj prospěch nebo poskytnout individuální přístup pacientům, a nemusejí sledovat efektivitu přímých nákladů na péči), ve druhém vztahu jde o nesoulad mezi ekonomickými zájmy poskytovatele a klinickými zájmy pacienta (poskytovatel se může snažit maximalizovat svůj zisk, který nemusí vést k nejlepším klinickým výsledkům pro pacienta či objektivním společenským benefitům).

V důsledku tohoto problému a souvisejících selhání (zejména infor-



Jakub P. Hlávka

mační asymetrie a morálního hazardu) se tak nemůžeme divit, že plátci kladou důraz na krátkodobé finanční úspory (a neinvestují tak např. do prevence či intervencí, jejichž benefity jsou hlavně společenské, například v oblasti menšího počtu pracovních neschopností či vyšší produktivity a kvality života pacientů) a že poskytovatelé nemají motivaci ke sdílení dat, koordinaci péče mezi praktiky a specialisty, či lepší komunikaci s pacienty (např. v oblasti primární péče chronických chorob, včetně zátěže obezity, alkoholismu a nedostatku fyzické aktivity).

Jak na to?

Tyto problémy nejsou unikátní pro české prostředí. Aktivit, které pomohou nesoulad ekonomických incentív řešit, existuje několik.

V první řadě je nutné daleko lépe analyzovat data o kvalitě a účinnosti

nosti zdravotní péče: pacienti a pojišťovny potřebují více informací o kvalitě a efektivitě poskytované zdravotní péče, aby mohli rozhodovat o nejlepších léčebných možnostech, a lékaři, aby byli motivováni k poskytování kvalitnější péče.

Za druhé je nutná daleko výraznější podpora výzkumu, analýz a inovací v oblasti zdravotní péče: tuto roli může hrát částečně ÚZIS a částečně (snad) reformovaný Státní zdravotní ústav, ale podpora akademického výzkumu a práce datových novinářů je pro transparenci a kvalitu veřejné diskuze klíčová. Vzdělání mladých lidí v příbuzných oborech a investice do nových výzkumných skupin na světové úrovni se nám mohou několikanásobně vrátit. Daleko větší podpora je také nutná u pilotních inovativních řešení, která mohou být po prokázání své efektivity adoptována napříč systémem (např. po vzoru německé iniciativy DiGA).

Za třetí, lepší regulace kvality a omezení monopolního chování mohou zajistit, že významní hráči (včetně pojišťoven a velkých nemocnic) nevyužívají své dominantní pozice na trhu na úkor ve-

řejného prospěchu – např. v oblasti snižování dostupnosti a kvality péče v regionech či investicemi pouze do vysoce ziskových aktivit na úkor méně „sexy“, přesto však významných programů, např. v oblasti veřejného zdraví.

Za čtvrté, musíme hledat způsoby, jak zvyšovat efektivitu poskytování zdravotní péče, mj. sdílením nejlepších příkladů (best practices), skutečně moderním vzděláváním lékařů a ostatních zdravotníků, využitím nelékařských poskytovatelů zdravotní a sociální péče (lékárníků, zdravotních sester a nových profesních kategorií, které v zahraničí běžně fungují, např. pacientských navigátorů), a využitím dat a analýz odborníků v oblasti ekonomie zdravotnictví, sociologie, psychologie či komunikace.

V neposlední řadě bychom měli usilovat o zlepšení finančního managementu v oblasti zdravotnictví, a to jak na národní, tak regionální a lokální úrovni. To by mj. mělo omezit velké nerovnosti v objemu prostředků, kterých se dostává mnoha regionům Česka, které již tak trpí strukturálními problémy. Zároveň bychom měli sledovat výkon poskytovatelů v oblastech,

které nyní neměříme – např. otázku kvality života pacientů a jejich rodin – a odměňovat je za intervence, které vedou nejen k přímým ekonomickým, ale i dalším společenským benefitům.

Motivační elementy jsou potřeba na všech úrovních

Jak je z výše uvedeného zřejmé, současné nastavení motivačních elementů je nedostatečné k tomu, aby k tržním selháním docházelo v co nejmenší míře a kvalita a dostupnost péče se dlouhodobě zlepšovala. Veřejná diskuze o společenských prioritách ve zdravotnictví je klíčová a měla by zahrnovat jak odborníky z mnoha oblastí, tak širokou veřejnost: preference a potřeby různých skupin obyvatel se výrazně liší a porozumění jim nám může pomoci najít skutečně efektivní řešení problémů, které je tíží nejvíce.

Na velkou politickou reformu však nečekejme, každý rok, který ztratíme, snižuje dlouhodobě dopady jakýchkoliv pozitivních změn a může vést k radikálním řešením, která budeme činit ze zoufalosti, ne na základě kvalitní analýzy a důstojné společenské debaty.

CO CHYBÍ ČESKÉ MEDICÍNĚ A VELKÝM NEMOCNICÍM NA ZAČÁTKU 21. STOLETÍ?

MUDr. Petr Smejkal, člen správní rady, Ministr Zdraví z.ú., hlavní epidemiolog, IKEM

Na mnohé poukázala covidová pandemie, zátěžový test, který česká společnost nezvládla.

Z pohledu lékaře stále často chybí praktikování medicíny zcela založené na důkazech, evidence-based doporučených postupech. Na některých pracovištích převládá stále eminence-based přístup typu

„Na mé klinice to děláme takto, pane kolego“. Generační obměna by prospěla, zejména v čele odborných společností. Řešením by byl též větší důraz na kvalitu postgraduálního vzdělávání, zavedení povinných písemných atestačních zkoušek každých deset let apod.

Hlavním problémem je posun k výkonům v nemocnicích na úkor důrazu na prevenci. Většinu problémů řeší nemocnice nebo specialista. Praktický lékař jako páté zdravot-



Petr Smejkal

nictví se širokými kompetencemi a vysokou úrovní kvality péče nefunguje, jak by měl a mohl. To souvisí i s nadměrným počtem nemocničních lůžek – akutních na úkor těch následných. To bylo mimochodem důvodem toho, že se v době covidových vln šlapalo na brzdu tak pozdě. Česká republika zaujímá pak v průměrné délce hospitalizace pacienta jedno z prvních míst v EU. Co se dá řešit mimo nemocnici, mělo by se léčit tam, tj. v ordinaci praktického lékaře nebo doma. Chybí rychlý obrat pacientů, ambulantní infuzní léčba ve stacionářích nebo home-care domácí léčba za pomoci dlouhodobých žilních vstupů a domácí sesterské péče. Česká nemocnice je rozdělena na mnoho lůžkových oddělení a klinik (oční, kožní, infekční), chybějí pak konziliaři těchto oborů v celé nemocnici, neboť jsou vázáni péčí na svých domovských lůžkových odděleních, často postrádajících smysl (např. lůžková kožní oddělení). Základním článkem každé větší nemocnice je velký centrální příjem, který pacient neopouští do stanovení diagnózy, kde je stabilizován stav kritických pacientů po dojezdu do nemocnice, a pak centrální jednotky intenzivní péče. Obojí mnohým českým nemocnicím chybí. Mimochodem opět množství „oborových jednotek intenzivní péče“ s personálem vyškoleným

jen ve svém oboru (ortopedie, kožní, ORL), ale ne v opravdové intenzivní péči a práci s ventilátory, bylo příčinou mnoha úmrtí zaintubovaných pacientů s nemocí covid-19. Mnoho českých nemocnic působí v mnoha starých pavilonech z 19. století, chybějí moderní monobloky s jedno- a dvoulůžkovými pokoji. Chybějí nám data. Bez dat jste jen další člověk s dalším názorem, jak říká klasik, a nám chybějí zejména data o kvalitě péče. Tušíme kupř., že kvalita poskytované péče u mnohých praktických lékařů není dostatečná, ale data a zpětnou vazbu nemáme, pokud nepočítáme nízkou proočkovanost (nejen na covid) u praktických lékařů ve srovnání se západní Evropou a nízké množství provedených screeningových vyšetření, jako je koloskopie. To ale může souviset i s malou motivací pacientů samotných se na prevenci podílet. Chybí nám personál. Dalo by se s tím něco dělat, zejména uvědomíme-li si, že ne vše, co je nyní v kompetenci lékařů, musí nutně dělat lékař. Na západ od našich hranic existuje daleko větší diverzifikace kompetencí středního zdravotnického personálu, vedle sester existují physician assistants, respiratory therapists; důležité je, aby zdravotník byl pro danou problematiku profesionálem a věděl, co dělá, nemusí to být lékař. Čas-

tečným řešením může být zvýšení zastoupení zahraničních pracovníků po vykonání nostrifikačních zkoušek bez zbytečných nároků na bezchybnost jazyka a dalších formálních bariér. Mobilitu stávající pracovní síly pak brzdí i nekompatibilita mnoha IT systémů; zdá se, že skoro každá druhá nemocnice má vlastní počítačový systém.

Informační technologie v praktické medicíně – lékař by měl mít možnost dohledat v počítači veškerou anamnézu pacienta, propouštěcí zprávy, údaje o očkování, preskripci léků, hospitalizací atd. Kompatibilní IT systémy českých nemocnic by též umožnily přehlednější srovnávání, benchmarking a hlášení dat.

Musíme začít zvýhodňovat pacienty i nemocnice starající se o prevenci, není kupř. možné dále nemocnicím plně proplácet preventabilní komplikace chirurgických výkonů a pacientům kupř. nákladnou péči o těžký covid, pokud odmítnou očkování.

Situace komplikuje i množství hráčů na poli, tj. odborné společnosti, odbory, Česká lékařská komora s povinným členstvím (bylo by namístě, kdyby se starala jen o odbornost lékařů a kvalitu péče), každý subjekt s jinými zájmy.

Problémů českého zdravotnictví je mnoho. Pokud nezačneme jednat ihned, může za pár let být pozdě.

VOLNÉ FÓRUM

1. Jaké největší slabiny vidíte v současném rozložení odpovědností a kompetencí v našem zdravotnictví?
2. Co byste navrhoval/a změnit?
3. Jaké podmínky musejí nastat, aby se tyto změny mohly uskutečnit?

Odpovídá PhDr. Mgr. Jan Bodnár, LL.M., náměstek ředitele pro zdravotní péči, VZP ČR

1. Na tuto otázku lze nahlížet minimálně dvěma způsoby. Odpovědnosti a kompetence při říze-

ní zdravotnictví (těch, kdo tvoří zdravotní politiku) a odpovědnosti a kompetence jednotlivých aktérů při poskytování zdravotních služeb. Z pohledu řízení zdravotnictví by se kompetence a odpovědnost měla odvíjet od definice národní

zdravotní politiky a jejího směřování a naplňování (financování, organizace, úhradové mechanismy, regulace, podpora zdraví). Z tohoto pohledu by se daly role rozdělit mezi stát (MZ ČR) a zdravotní pojišťovny (bude-li zachován



Jan Bodnár

pluralitní systém). Stát, resp. MZ ČR, by se měl postarat o vytváření podmínek (financování – způsob získávání finančních zdrojů pro systém, organizaci zdravotních služeb – kdo a za jakých podmínek může poskytovat zdravotní služby, regulaci systému – vytváření předvídatelného legislativního prostředí pro všechny aktéry, podporu zdraví obyvatel – ovlivňování jejich chování) pro všechny aktéry zdravotního systému. Zdravotní pojišťovny by se měly postarat o organizaci zdravotních služeb z pohledu tvorby dostatečné sítě a dále úhradovými mechanismy, které budou motivační a budou naplňovat cíle (dostupnost, účinnost, efektivita, kvalita), a také o aktivní práci s kmenem svých pojištěnců. Z pohledu odpovědnosti a kompetence jednotlivých aktérů kromě MZ ČR a zdravotních pojišťoven vstupuje ještě role poskytovatele a především každého obyvatele (pojištěnce) z pohledu odpovědnosti za péči o svoje zdraví. Na základě výše uvedeného lze největší slabiny spatřovat v nejasném rozdělení odpovědnosti a kompetencí MZ ČR a zdravotních pojišťoven, v absenci definice odpovědnosti občana za své zdraví a v nedostatečných motivacích poskytovatelů

podílet se na koordinaci poskytovaných zdravotních služeb s cílem zvyšovat efektivitu, účinnost, kvalitu a dostupnost (kapacitu) celého systému.

2. Některé aspekty a procesy lze změnit poměrně rychle, u jiných je to složitější, neboť vyžadují rozsáhlejší změny, především legislativní. Do těch relativně jednodušších patří jednoznačné rozdělení role zdravotních pojišťoven a MZ ČR, aby zdravotní pojišťovny mohly vykonávat svoji roli bez zásahu třetí strany, například při dohodování podmínek poskytování zdravotních služeb s poskytovateli. Kromě toho mohou pojišťovny poměrně rychle změnit přístupy ke zlepšování koordinace péče, a to vhodným nastavením kontraktů, včetně úhradových mechanismů, resp. vytváření podmínek pro koordinaci (e-health a prostředí pro výměnu dat o poskytnutých zdravotních službách). MZ ČR by si mělo nechat funkci regulační a zákonodárnou a spíše zajišťovat funkční prostředí pro jednotlivé aktéry. K těm složitějším změnám lze zařadit problematiku motivací občana o své zdraví a jeho větší zainteresování a zapojení do procesu péče o zdraví.

3. Především musí být politická vůle na výše uvedených změnách reálně pracovat a prosazovat je do praxe a do nastavení procesů ve zdravotnictví. Kromě toho je nezbytné snažit se podmínky neměnit (např. v rámci volebních cyklů), ale kultivovat je a zajistit jejich udržitelnost.

Odpovídá doc. Ing. Mgr. Martin Dlouhý, Dr., MSc., profesor, Fakulta informatiky a statistiky Vysoké školy ekonomické v Praze, předseda, Společnost sociálního lékařství a řízení péče o zdraví ČLS JEP

1. Zdravotnictví je poměrně složitý systém a odpovědnost ve zdravot-

nictví se tak dělí mezi mnoho aktérů: ministerstvo zdravotnictví, kraje, obce, hygienickou službu, zdravotní pojišťovny, komory, nemocnice, jednotlivé lékaře, pacienty. A to jsem všechny nevymenoval a vynechal problematiku zdravotně-sociální péče. Jejich odpovědnosti se mnohdy překrývají, jindy jako by nebyl odpovědný nikdo. Zdá se, že je důležitý spíše politický tlak. Když je nedostup-



Martin Dlouhý

nost některé služby, tak nejjednodušněji reagují kraje a obce, i když by nemusely. Proto pacienti jsou také voliči, protože zejména vztah mezi samosprávou a pojišťovnami by potřeboval lépe vydefinovat.

2. Jednou za dekádu by měla být provedena důkladná analýza, taková inventura zdravotnictví s cílem „vycentrovat kolo“. Takovou analýzu však nikdo nezadal, přestože by vzhledem k miliardám ve zdravotnictví byla vlastně velmi levná. Místo toho jsme spíše svědky jednodušších politických řešení, která někdy vycházejí z politických programů, někdy jen z aktuální krizové situace a často ani nejsou evidence-based.

3. Díky covidu máme zkušenost s katastrofickým zatížením zdra-

voctnictví. Na covid zemřely desítky tisíc lidí. Je tedy už analýza, kde zdravotnický systém selhal a kde naopak výborně zafungoval? Co máme udělat jinak a jak přenastavit systém? Pracuje na tomto zadání několik nezávislých odborných týmů? Já o tom nevím. Pokud ovšem ani tisíce mrtvých nevedou ke změně, pak nevím, co nás donutí nějakou změnu uskutečnit. Srovnejte s tím, jak kvůli třiceti korunám u lékaře málem padaly vlády.

Odpovídá JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D., předsedkyně, Společnost medicinského práva ČLS JEP, odborná asistentka, Katedra zdravotnického práva, Právnická fakulta UK

1. Sice jsou kompetence (povinnosti) stanoveny právní úpravou, při provádění veřejného zdravotní-



Lenka Teska Arnoštová

ho pojištění je nelze fakticky naplňovat (např. z nedostatku personálu, limitací finančních zdrojů atd.)

2. Chybí mi hlubší analýza (asi možná bude, jenom o ní nevím) o faktickém naplňování/nenaplňování povinností vyplývajících z příslušných právních předpisů a popis příčin jejich neplnění. Poté

bych doporučila zhodnocení, zda změnou právní úpravy můžeme uvedený stav napravit (např. při problému s dostupností zdravotních služeb).

3. Pro uvedenou změnu je třeba společenské poptávky, pokud nebude požadovaná změna aktivována laickou veřejností, politici na ni neuslyší nebo ji budou odkládat. Možná by pomohlo stručné sdělení směrem k veřejnosti, že plánované změny by mohly vést ke zlepšení postavení pojištěnců.

Odpovídá MUDr. Oldřich Šubrt, CSc., MBA, předseda správní rady, Academy of Health Care Management, zakladatel a výkonný ředitel, Program Health Plus

1. Přetrvávající nezáměr o zvýšení efektivity a zainteresovanosti na výsledku, tedy na zdraví populace, a stále pokračování v podpoře přístupu, kde smyslem je boj s nemocí a vykazání přítom správných



Oldřich Šubrt

administrativních údajů, nezávisle na reálných zdravotnických datech a jejich sdílení, vede ke zhoršení zdravotní služby jako takové, zastávání za světem, radikálnímu

propadu dostupnosti a tím i k zhoršování zdravotního stavu obyvatel České republiky. To, že jsme nadprůměrní v úmrtnosti na preventabilní a léčitelné nemoci, a to, že se u nás prodlužuje věk dožití, ale ne věk prožitý ve zdraví, jsou toho důkazem.

2. Odpovědnost a kompetence to nesprávně – máme ministerstvo zdravotnictví a ne zdraví a všeobecná zdravotní pojišťovna se zajímá o problémy zdravotnictví a ne o zdraví svých klientů.

3. O zdraví populace se nezajímá nikdo, dokud stát a veřejná správa nebudou vyzvány voliči k nápravě, nemůže se nic změnit. I penzijní reforma vychází z věku dožití a ne ze snahy o lepší kondici starších pracujících zaměstnanců.

Odpovídá Mgr. Jan Zapletal, ředitel, Odbor pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, MZ ČR

1. Poskytování hrazené zdravotní péče je veřejnou službou, a z toho důvodu považují současně rozdělení kompetencí za vhodné. Stát musí být vždy garantem nároku na poskytnutí hrazených zdravotních služeb, jak plyne z Listiny základních práv a svobod, proto musí mít v případě potřeby možnost vyvažovat zájmy pojištěnců, poskytovatelů a zdravotních pojišťoven jako plátců péče. Odrazem toho je oprávnění státu ve veřejném zájmu vstupovat do jejich vztahů, pokud tak zákon předpokládá, a pokud je to nezbytné k zajištění udržitelnosti systému v. z. p. a naplnění ústavního nároku na zajištění hrazené péče. Slabiny systému v otázce rozdělení odpovědnosti jsou spíše parciální a plynou z historického vývoje, kdy byly některé kompetence v oblasti provádění veřejného zdravotního pojištění ponechány nesystémově mimo působnost zdravotních pojišťoven.

2. Obecně je zásadním nedostatkem českého zdravotnictví, že



Jan Zapletal

mnohé změny probíhají bez znalosti reálných dat, kterých je kritický nedostatek. Prvním krokem tak musí být zajištění systémového sběru dat, jejich vyhodnocování, a až následně příprava koncepčních změn na jejich základě.

Pouze na základě vlastních zkušeností se domnívám, že ze systémového hlediska by bylo žádoucí, aby odpovědnost za zajištění lékařské pohotovostní služby byla namísto krajům svěřena rovněž zdravotním pojišťovnám. Stejně tak je obdobnou změnu možné zvažovat v oblasti financování vzdělávání, resp. dotací do rezidenčních míst. Převedením této kompetence na zdravotní pojišťovny lze zajistit vhodnější alokaci pracovní síly jak z hlediska regionální potřeby, tak z hlediska oborů, kterých je aktuální nedostatek.

Jako vhodné se jeví rovněž rozšíření možnosti zdravotních pojišťoven kontraktovat poskytovatele zdravotních služeb v zahraničí, pochopitelně za přísně stanovených podmínek. V současné době je přeshraniční péče již standardní součástí zdravotnictví a není důvod stavět bariéry při jejím poskytování.

3. Základním předpokladem každé změny je politická ochota ji uskutečnit. Ideální pak je, pokud se tak děje

na základě vyhodnocení dostupných dat a zvážení potenciálních dopadů možných variant řešení. Je ale potřeba zdůraznit, že systém veřejného zdravotního pojištění je v současné době stále ve velmi dobrém stavu a jako takový je velmi dobře hodnocen i v rámci mezinárodních srovnání, kdy mnohé vyspělejší státy čerpají z našich zkušeností. Domnívám se proto, že změny musejí probíhat cestou evoluce současného systému, nikoliv jeho úplnou přestavbou.

Samozřejmě ale nelze zavírat oči před aktuálními výzvami, jako je nízká úroveň digitalizace, snižující se dostupnost primární péče v důsledku stárnutí všeobecných praktických lékařů nebo rychle se zvyšující počet vysoce nákladných léčivých přípravků vstupujících často trošku živelně mezi hrazené.

Odpovídá Ing. Jakub Haas, vedoucí oddělení, Zdravotnictví a veřejné zdravotní pojištění, MF ČR

1. Na široké téma různých odpovědností i kompetencí v českém zdravotnictví by bylo možné popsat tuny papíru. Dovolte mi proto nyní zúžit problematiku na jeden druh odpovědnosti, a to odpovědnost pojištěnců za své zdraví. Český systém veřejného zdravotního pojištění má univerzální charakter a za téměř 100% pokrytí populace jsme na mezinárodních fórech chváleni. Nicméně mezi jeho četné nevýhody patří nízká motivace pojištěnců, aby dbali o své zdraví.

Současné nastavení kompetencí těch, kteří mohou výše uvedené ovlivnit, lze považovat za nedostatečné. Např. z kontrol Ministerstva financí a Ministerstva zdravotnictví vyplývá, že vhodným nástrojem motivace nejsou bonifikace zdravotních pojišťoven poskytovatelům zdravotních služeb, alespoň tedy za stávajících úhradových mechanismů. Naopak, k výraznější přímé motivaci pojištěnců k odpovědnosti za své zdraví zdravotní pojišťovny postrádají legislativní nástroje.



Jakub Haas

2. Oceňuji, že v nedávné době se začalo na vládní i odborné úrovni diskutovat o nových prvcích motivace pojištěnců, jak posílit odpovědnost za své zdraví. Možností existuje mnoho a v zásadě je můžeme členit na motivaci pozitivní a negativní, dále na motivaci na příjmové či výdajové straně systému veřejného zdravotního pojištění. Příjmová strana se jeví jako vhodnější než výdajová, už jen z hlediska ústavního a lidskoprávního. Debatujeme např. o vyšším pojistném pro ty, kteří se ke svému zdraví chovají neodpovědně ve formě neúčasti na preventivních prohlídkách a různých typech screeningu, či nepoužívají povinně předepsané ochranné pomůcky. Jinou možností, kterou zdůrazňují zastupci Ministerstva zdravotnictví, je pozitivní motivace pojištěnců změnou pravidel a účelnějším zacílením čerpání z fondů prevence. Zcela jistě musí dojít ke změnám legislativním, tj. ke změnám příslušných zákonů, např. zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění.

3. Klíčová je politická vůle prosadit výše uvedené legislativní změny. V ideálním případě za podpory napříč politickým spektrem, aby změny neskončily s koncem volebního období.



OBČAN V SÍTI

05/2023

Pavel Vepřek
Iva Merhautová
Pavel Hroboň
Ladislav Švec
Tomáš Prouza
Jiří Horecký
David Kolář

JE PROPOJENÍ ZDRAVOTNÍHO A NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ UTOPIÍ, NEBO RACIONÁLNÍM KROKEM?

Nemocenské pojištění bylo poprvé plošně zavedeno v roce 1883 Bismarckem v Německu a v našich zemích o pět let později. Důvodem byla nutnost sociálního zajištění rodin dělníků, pro které nemoc nebo úraz živitele rodiny znamenaly existenční ohrožení. Nemocenské pokladny potřebovaly někoho, kdo stanoví začátek a konec vyplácení nemocenské a zároveň přispěje k tomu, aby byla co nejkratší. A tak začali být z těchto peněz placeni praktičtí lékaři a postupně i další typy zdravotních služeb. Tento model se u nás rozvíjel do roku 1952, kdy bylo poskytování zdravotní péče zestátněno a vyplácení nemocenských dávek přešlo na Revoluční odborové hnutí.

Začátkem devadesátých let u nás sice bylo obnoveno pluralitní veřejné zdravotní pojištění, ale nemocenská a další peněžní dávky se staly součástí sociálního systému. Od chvíle, kdy utichl šrumelec a kvas transformačního období, se začaly množit úvahy

o možnosti řešení pojistné události jménem nemoc z jednoho místa. Má to svoji logiku. V současné době se nemocnému člověku věnují dva systémy. Zdravotní poskytuje věcné dávky, tedy zdravotní péči, a sociální systém dávky peněžní, tedy nemocenskou, ošetrovné, příspěvky na péči a pro OZP, invalidní důchody atd.

Pro rozhodování obou systémů jsou klíčové informace o zdravotním stavu pacienta/klienta, které generuje zdravotnictví. Kvalita rozhodování v sociálním systému je tedy přímo závislá na úrovni dat, která mu zdravotnictví poskytne. V opačném gardu stojí rozhodování o vstupu nových technologií do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, protože některé z nich sice nejsou nákladově efektivní ve srovnání se zavedenou terapií, ale prodloužením doby průběhu pracovní neschopnosti přinášejí úsporu sociálnímu systému a daně státnímu rozpočtu. Diskuse o obnově historické jed-



noty ve správě věcných a peněžních dávek v nemoci se bez zjevných výsledků vedou už dobrou dvacítku let, během kterých jsme mohli zaznamenat několik projektů, které sice tímto směrem cílily, ale nikdy se nepřiblížily realizaci. Dnes je náš stát v horší kondici, než je ochoten si připustit, a jediným rozumným dlouhodobým řešením je zvýšení efektivity jeho fungování. Tu nám nepřinesou změny ve výši výběru daní nebo seškrtávání výdajů, ale hlubší zásahy do zavedených procesů. Jedním z nich by mohlo být vyřešení letitých potíží na zdravotně-sociálním pomezí a sjednocení péče o nemocného člověka pod jednou střechou. To samozřejmě musí být provázáno i změnami ve fungování institucí pod tou střechou schovaných. Ale o tom zase příště.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

DÁVKOVÝ SYSTÉM NEMOCENSKÉHO POJIŠTĚNÍ

prezentace Ing. Ivy Merhautové, MBA, vrchní ředitelky Sekce sociálního pojištění a nepojistných dávek MPSV



Iva Merhautová

Dávky nemocenského pojištění

Ze systému nemocenského pojištění jsou poskytovány tyto dávky:

Nemocenské

Ošetřovné

Otcovská

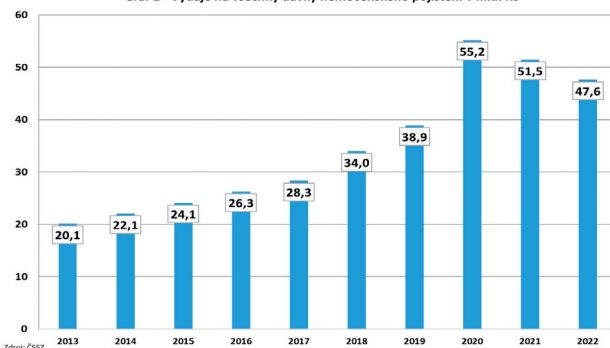
Peněžitá pomoc v mateřství

Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství

Dlouhodobé ošetřovné

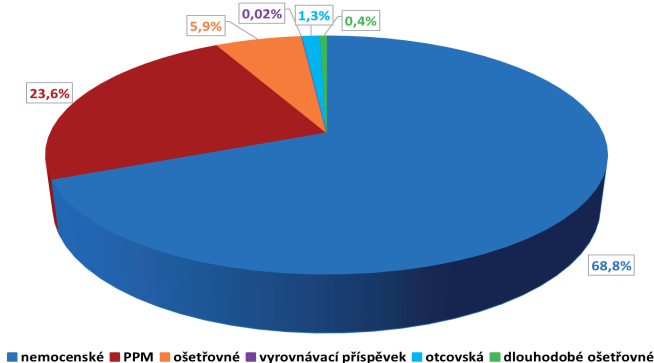
- Rozhodování o nároku na dávku a její výplatu probíhá formou správního řízení
- V nesporných případech se využívá zkrácené řízení (dávka se vyplácí bez vydání rozhodnutí; pojištěnec má však možnost si rozhodnutí vyžádat)
- V případě nedostatečných podkladů či nejasností se zahájí správní řízení a po prošetření případu se vydá rozhodnutí o tom, zda nárok na dávku vznikl či nikoli
- Rozhoduje se i o krácení či odnětí dávky při porušení léčeného režimu, o vzniku přeplatku na dávce, o regresní náhradě

Graf 1 - Výdaje na všechny dávky nemocenského pojištění v mld. Kč



Zdroj: ČSSZ

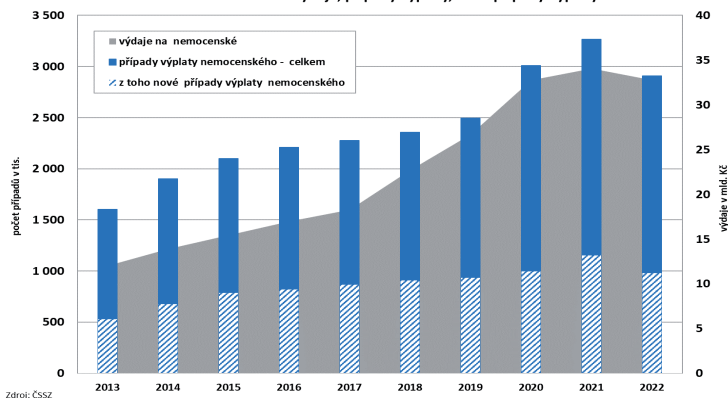
Graf 2 - Podíly výdajů na jednotlivé dávky nemocenského pojištění v roce 2022



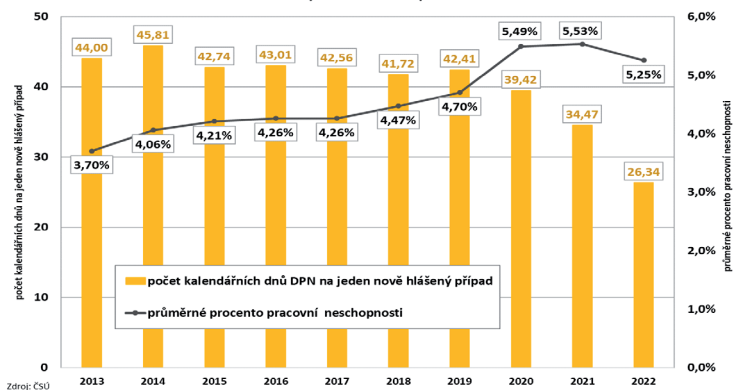
Nemocenské

- Nárok má pojištěnec, který je uznán ošetřujícím lékařem dočasně práce neschopným od **15. kalendářního dne trvání DPN** do konce DPN, maximálně však 380 kal. dnů počítaných od vzniku DPN včetně zápočtu předchozí doby trvání DPN (poživateli starobního důchodu nebo invalidního důchodu pro invaliditu 3. stupně nejvýše 70 kal. dnů). OSVČ musí být účastna dobrovolného nemocenského pojištění OSVČ aspoň po dobu 3 měsíců bezprostředně předcházejících dni vzniku DPN.
- Nemocenské lze vyplácet i po uplynutí podpůrní doby max. dalších 350 dnů po posouzení zdravotního stavu správním orgánem (LPS), který rozhodne, zda se dávka poskytne, či nikoliv.
- Nemocenské náleží rovněž v tzv. **ochranné lhůtě** (po skončení zaměstnání). Ochranná lhůta činí max. 7 kal. dnů ode dne skončení pojištěného zaměstnání.
- Výše **nemocenského** činí **60 % DVZ** od 15. kal. dne trvání DPN do 30. kal. dne DPN, od 31. kal. dne DPN nebo karantény sazba činí **66 % DVZ**, od 61. kal. dne DPN nebo karantény činí sazba nemocenského **72 % DVZ**.

Graf 3 - Nemocenské - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty



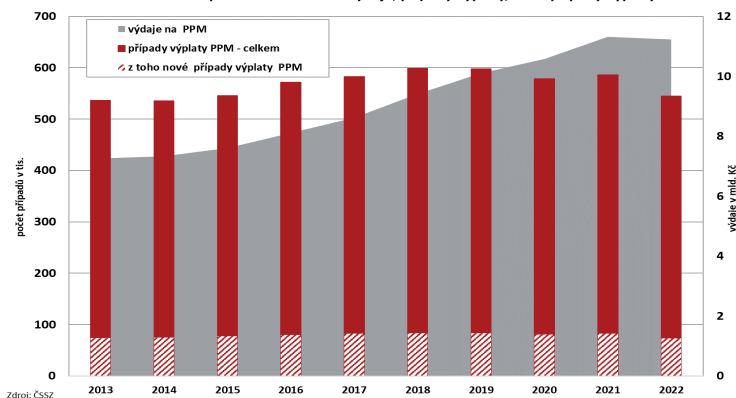
Graf 4 - Dočasná pracovní neschopnost v datech ČSÚ



Peněžitá pomoc v mateřství

- Musí trvat buď účast na nemocenském pojištění anebo ochranná lhůta ze skončeného pojištění. Je nutné získat alespoň 270 kalendářních dnů účasti na pojištění v posledních dvou letech před nástupem na PPM. Obě výše uvedené podmínky musí být splněny současně. U OSVČ je další podmínkou nároku na PPM účast na nemocenském pojištění jako OSVČ po dobu aspoň 180 kal. dnů v posledním roce přede dnem počátku podpůrčí doby.
- U žen, jejichž pojištěné zaměstnání skončilo v době těhotenství, činí ochranná lhůta pro vznik nároku na peněžitou pomoc v mateřství tolik kalendářních dnů, kolik činilo toto jejich poslední zaměstnání, maximálně však 180 kalendářních dnů.
- Nástup na peněžitou pomoc v mateřství nastává dnem, který pojištěnka určí v období od počátku 8. do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu. Podpůrčí doba činí 28 týdnů (u pojištěnky, která porodila zároveň dvě nebo více dětí činí podpůrčí doba 37 týdnů).
- Při převzetí dítěte do péče z vymezených důvodů činí podpůrčí doba 22 týdnů (31 týdnů při převzetí dvou a více dětí zároveň).
- PPM se vyplácí ode dne, který si pojištěnka určila jako nástup na peněžitou pomoc v mateřství, případně ode dne převzetí dítěte do péče.
- Výše peněžité pomoci v mateřství činí 70 % denního vyměřovacího základu.

Graf 5 - Peněžitá pomoc v mateřství - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty

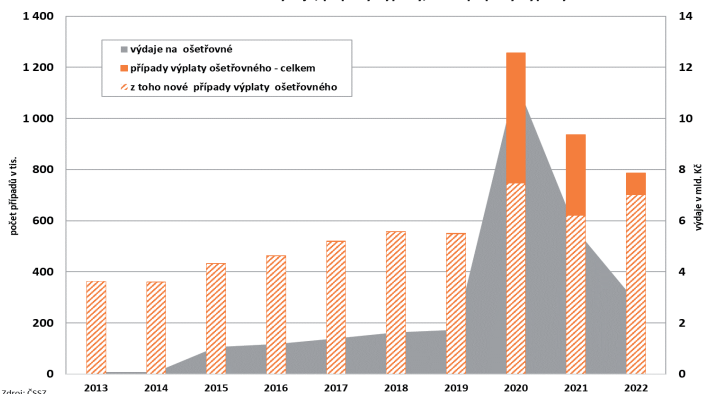


Ošetřovné

Na ošetřovné má nárok zaměstnanec, který nemůže pracovat z důvodu, že musí:

- ošetřovat dítě mladší 10 let nebo jinou fyzickou osobu, jejíž zdravotní stav z důvodu nemoci nebo úrazu vyžaduje nezbytné ošetřování jinou fyzickou osobou, nebo ženy, která porodila, jestliže její stav v době bezprostředně po porodu vyžaduje nezbytné ošetřování jinou osobou, nebo
- pečovat o zdravé dítě mladší 10 let, protože školské nebo dětské zařízení bylo uzavřeno (z důvodu havárie, epidemie, jiné nepředvídané události), dítěti byla nařízena karanténa, nebo osoba, která jinak o dítě pečuje, sama onemocněla.
- Podmínkou je, že jiná fyzická osoba žije se zaměstnancem v domácnosti; to neplatí v případě ošetřování nebo péče o příbuzného v linii přímé a sourozence zaměstnance nebo ošetřování manžela (manželky) zaměstnance, registrovaného partnera (registrované partnerky) zaměstnance, rodičů manžela (manželky) nebo registrovaného partnera (registrované partnerky) zaměstnance.
- Nárok nemají např. OSVČ, zaměstnanci, jejichž zaměstnání je zaměstnáním malého rozsahu, členové kolektivních orgánů právnické osoby, zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce a dohody o pracovní činnosti.
- Podpůrčí doba u ošetřovného činí nejdéle 9 kal. dnů. U osamělého zaměstnance, který má v trvalé péči aspoň jedno dítě ve věku do 16 let, které neukončilo povinnou školní docházku, činí podpůrčí doba nejdéle 16 kal. dnů.
- Výše ošetřovného činí 60 % denního vyměřovacího základu.

Graf 6 - Ošetřovné - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty

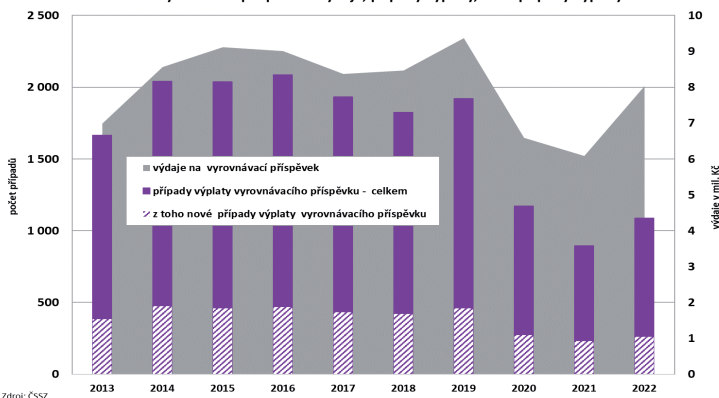


Zdroj: ČSSZ

Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství

- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství náleží zaměstnankyni, která byla z důvodu těhotenství, mateřství nebo kojení převedena na jinou práci a z tohoto důvodu dosahuje bez svého zavinění nižšího příjmu než před převedením.
- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství se vyplácí těhotným zaměstnankyním za kalendářní dny, v nichž trvalo převedení na jinou práci, nejdříve do počátku 6. týdne před očekávaným dnem porodu; ve stanovených případech se vyplácí též matkám po porodu při převedení na jinou práci.
- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství se stanoví jako rozdíl mezi denním vyměřovacím základem zjištěným ke dni převedení zaměstnankyně na jinou práci a průměrem jejích započitatelných příjmů připadajícím na jeden kalendářní den v jednotlivých kalendářních měsících po tomto převedení.
- Vyrovňovací příspěvek v těhotenství a mateřství se vyplácí od data převedení na jinou práci do doby nástupu na peněžitou pomoc v mateřství.

Graf 7 - Vyrovňovací příspěvek - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty



Zdroj: ČSSZ

Dávka otcovské poporodní péče (otcovská)

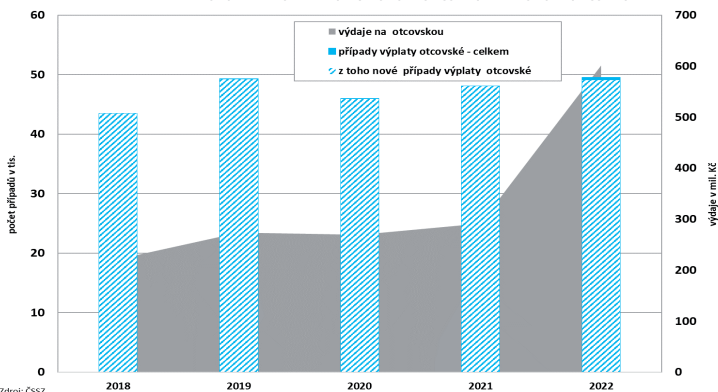
Nárok na dávku má - otec dítěte, který pečuje o dítě (za otce dítěte je pro účely této dávky považován ten, kdo je v matrice (knize narození) zapsán jako otec);

- osoba (muž nebo žena), která převzala dítě do péče nahrazující péči rodičů, na základě rozhodnutí příslušného orgánu;

- otec, jehož dítě se narodilo mrtvé nebo zemřelo v době šesti týdnů od narození.

- Otcovská náleží, **jen nastal-li nástup na otcovskou v období 6 týdnů ode dne narození dítěte**, anebo ode dne převzetí dítěte do péče, jestliže takové dítě nedosáhlo 7 let věku. Nástup na otcovskou lze posunout o dobu hospitalizace matky či dítěte, pokud proběhla v šestinedělí.
- Podpůrní doba (tj. doba výplaty dávky) činí u otcovské **maximálně 2 týdny** bez možnosti přerušení a začíná dnem nástupu na otcovskou. Pro volno v zaměstnání využijí otcové rodičovskou nebo otcovskou dovolenou.
- Výše **otcovské činí 70 %** denního vyměřovacího základu.

Graf 8 - Otcovská poporodní péče - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty



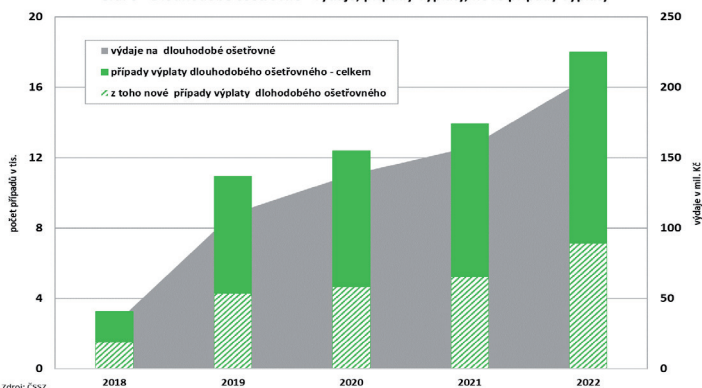
Dlouhodobé ošetřovné

- U dlouhodobého ošetřovného jsou stanoveny podmínky jednak pro ošetřovanou osobu a jednak pro osobu ošetřující.
- U ošetřované osoby** muselo dojít k **závažnému zhoršení zdravotního stavu**, který vyžadoval alespoň **4 denní hospitalizaci** v nemocnici a **v den propuštění** bude potvrzeno, že **potřeba celodenní péče bude trvat nejméně dalších 30 dnů**. Pokud rozhodnutí o vzniku potřeby dlouhodobé péče nebylo vydáno v den propuštění ošetřované osoby z hospitalizace, rozhodne ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb lůžkové péče o vzniku potřeby dlouhodobé péče do 3 pracovních dnů ode dne podání žádosti. **Žádost lze podat do 8 dnů po dni propuštění ošetřované osoby z hospitalizace.**
- Jedná-li se o ošetřovanou osobu v inkurabilním stavu (umírající), potřeba dlouhodobé péče vzniká dnem, v němž ji ošetřující lékař poskytovatele zdravotních služeb, který pro uvedený stav poskytuje ošetřované osobě zdravotní služby, zjistil. V takovém případě se podmínka hospitalizace nevyžaduje.
- Ošetřovaná osoba musí dát písemný souhlas k ošetřování konkrétní osobě.

Dlouhodobé ošetřovné

- **Ošetřující osobou** mohou být příbuzní vyjmenovaní v zákoně, nevyžaduje se u nich podmínka společné domácnosti. Ošetřující ostatní nepřibuzné osoby musí mít shodné místo trvalého pobytu s ošetřovaným.
- U ošetřující osoby se vyžaduje čekací doba; nemocenské pojištění muselo u zaměstnance **trvat v posledních 4 měsících alespoň 90 dnů**, OSVČ musela být nemocensky pojištěna v posledních 3 měsících.
- Ošetřující osoba nesmí po dobu ošetřování **vykonávat žádnou výdělečnou činnost**, ani nepojištěnou. V průběhu 90 dnů se mohou ošetřující osoby libovolně střídat v ošetřování osoby vyžadující dlouhodobou péči po celých dnech.
- Nárok na další dlouhodobé ošetřovné vznikne ošetřující osobě **nejdříve po uplynutí 12 měsíců** od skončení předchozí dlouhodobé péče.
- Podpůrčí doba (doba výplaty dávky) činí maximálně **90 kal. dnů**. Doba těchto 90 dnů se neprodlužuje ani z důvodu hospitalizace ošetřované osoby v průběhu podpůrčí doby.
- Nárok na dlouhodobé ošetřovné nemají zaměstnanci činní na základě dohody o provedení práce, zaměstnanci vykonávající zaměstnání malého rozsahu, žáci a studenti jen v době školních prázdnin a pěstouni.
- Výše **dlouhodobého ošetřovného** činí **60 %** denního vyměřovacího základu.

Graf 9 - Dlouhodobé ošetřovné - výdaje, případy výplaty, nové případy výplaty



Zdroj: ČSSZ

Výpočet dávek nemocenského pojištění

- Dávky se počítají z **denního vyměřovacího základu**, který se zjistí tak, že započitatelný příjem zúčtovaný zaměstnanci v rozhodném období (období 12 kalendářních měsíců před kalendářním měsícem, ve kterém vznikla sociální událost, nebo období trvání aktuálního pojištění, je-li kratší) se dělí počtem „započitatelných“ kalendářních dnů připadajících na toto rozhodné období. Takto stanovený průměrný denní příjem se upravuje (redukuje) pomocí tří redukčních hranic na denní vyměřovací základ.

Redukce denního vyměřovacího základu

- Výši tří redukčních hranic platných od 1. ledna kalendářního roku vyhláší Ministerstvo práce a sociálních věcí formou Sdělení ve Sbírce zákonů.
- 1. redukční hranice v r. 2023 činí 1 345 Kč (průměrná mzda),
- 2. redukční hranice 2 017 Kč (1,5 násobek prům. mzdy),
- 3. redukční hranice 4 033 Kč (3násobek prům. mzdy).

Výpočet dávek nemocenského pojištění

- Redukce se provede tak, že se započte
 - do první redukční hranice
 - u nemocenského, ošetřovného a dlouhodobého ošetřovného 90 % denního vyměřovacího základu,
 - u peněžitě pomoci v mateřství, otcovské a vyrovnávacího příspěvku v těhotenství a mateřství 100 % denního vyměřovacího základu,
 - z části denního vyměřovacího základu mezi první a druhou redukční hranicí se započte 60 %,
 - z části mezi druhou a třetí redukční hranicí se započte 30 %,
 - k části nad třetí redukční hranicí se nepřihlídně.

Plány v oblasti nemocenských dávek

Elektronizace všech dávek

- Elektronizace nemocenského úspěšně funguje od r. 2020
- Je inspirací pro ostatní dávky nemocenského pojištění
- Cílem je zvolit přístup, kdy **pojištěnec nedává samostatnou žádost o dávku**, ale proces žádosti o dávku se integruje s pracovněprávní rovinou sociální události.
- Zaměstnanec ohlašuje zaměstnavateli sociální událost, **zaměstnavatel** ve spolupráci se zaměstnancem a za využití údajů, které o něm vede v osobní složce, **zasílá povinné elektronické hlášení do systému ČSSZ** (použije se upravené hlášení, které je povinné využíváno již v současnosti) – tak se spouští dávkový proces.
- V aplikačním programovém vybavení ČSSZ se napojují elektronické vstupy ostatních dotčených subjektů (především lékařů či případně školských zařízení), poté je dávka vyřízena.
- Aktuálně se zpracovává novela zákona o nemocenském pojištění, která bude uvedenou právní úpravu obsahovat – **termín předložení do vlády je stanoven do 30. 9. 2023**

DŮVODY, PRO KTERÉ NÁRODNÍ EKONOMICKÁ RADA VLÁDY DOPORUČUJE PŘEVEDENÍ SPRÁVY NEMOCENSKÉ NA ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
řídící partner, Advance Healthcare Management Institute, s.r.o., člen, NERV

Převedení financování a administrace nemocenské (ne celého nemocenského pojištění) na zdravotní pojišťovny doporučuje

Národní ekonomická rada vlády z následujících důvodů:

Možnost sledování a ovlivnění chování jednotlivých lékařů ze strany zdravotních pojišťoven
Jakkoliv statistická data nejsou k dispozici (!), anekdotální evidence (a obdobné statistiky ze



Pavel Hroboň

zdravotnictví) jasně ukazují na pravděpodobné zásadní rozdíly v přístupu k „psaní“ nemocenské mezi jednotlivými lékaři. Pokud má někdo možnost ovlivnit chování lékařů, jsou to zdravotní pojišťovny, nikoliv Česká správa sociálního zabezpečení.

Převedení alespoň části dnešních nákladů sociálního systému do zodpovědnosti zdravotních pojišťoven povede k rozšíření jejich perspektivy za hranice systému veřejného zdravotního pojištění. Taková změna je vysoce žádoucí – při rozhodování o úhradě nových medicínských technologií by neměly být započítávány pouze úspory a náklady v rámci veřejného zdravotního pojištění,

ale i další veřejné výdaje. Pravděpodobná je i mírná úspora na straně státu – zdravotní pojišťovny již mají vybudovány komunikační kanály k poskytovatelům zdravotních služeb a ke svým pojištěncům.

Vyšší účast zaměstnavatelů na prevenci u jejich zaměstnanců

Doporučujeme, aby zdravotní pojišťovny po převedení nemocenské zaslaly větším zaměstnavatelům anonymizované údaje o rozsahu a příčinách pracovní neschopnosti jejich zaměstnanců. Zaměstnavatelé by následně měli připravit (ve spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb, zejména primární péče)

plán zlepšení zdravotního stavu svých zaměstnanců. Jako příklad lze uvést organizaci očkování proti chřipce na pracovišti u zaměstnance, který zjistí, jaké množství pracovních dní ztratil kvůli tomuto onemocnění. K pokrytí nákladů zaměstnavatelů na tuto činnost lze použít prostředky uvolněné zrušením povinných pracovnílékařských prohlídek pro nízkorizikové zaměstnance, včetně zachování daňové odečitatelnosti těchto nákladů. Zapojením poskytovatelů zdravotních služeb bude zajištěna návaznost na prevenci hrazenou z veřejných zdrojů.

POTENCIÁL SLOUČENÍ DÁVEK V NEMOCI V RÁMCI ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ

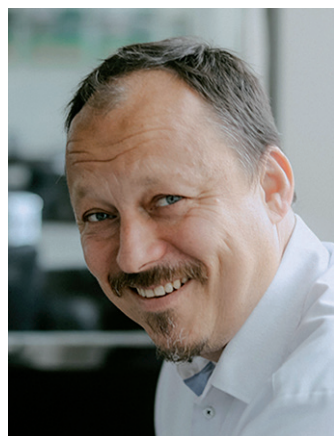
JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Z diskusí i dostupných dat vyplývá urgentní potřeba zásadního zlepšení organizace veřejných systémů ČR v příštích dvou desetiletích. Vzhledem k rozsahu hrozeb pro dostupnost a kvalitu služeb je nutné diskutovat i opatření, která bychom se ještě před několika lety neodvážili vyslovit nahlas. Jedním z nich je potenciální změna kompetencí při správě dávek v nemoci. Byť si to totiž ve zdravotnictví málokdy uvědomujeme, zdravotní pojištění je systémem sociálního zabezpečení a hrazená péče je v zásadě dávkou, pouze poskytovanou v nepeněžitě formě.

V čem je problém? Současný systém sociálního zabezpečení navazuje na nešťastné rozdělení agend z počátku 90. let minulého století a nekonceptnost dalšího vývoje. V důsledku toho

se kompetence překrývají bez ohledu na řešenou sociální událost. Zdravotní pojišťovny (název je tak trochu eufemismem, neboť řešíme spíše nemoc než zdraví) zajišťují zdravotní služby. „Důchodák“, jak familiárně nazývají ČSSZ vlastní zaměstnanci, neřeší toliko důchody, ale i část dávek v nemoci (nemocenská ad.). Úřady práce navzdory názvu nezajišťují pouze otázky zaměstnanosti, ale vyplácejí i dlouhodobé dávky v nemoci (příspěvek na péči). Quasi pojištění pracovních úrazů a nemocí z povolání pak docela nekonceptně provozují soukromé pojišťovny.

Jeden člověk, jedna nemoc. Zároveň ale dvanáct, separátně se vyvíjejících zákonů. Čtyři různé, oddělené a téměř nekomunikující systémy, motivace a procesy. Potenciálně postupně až tři různá správní řízení. Ošetřující, revizní, posudkoví lékaři, v rámci různých administrativ.



Ladislav Švec

Efektivita takové správy jediné sociální události má z podstaty věci zásadní rezervy.

Hlavním problémem řešení je naprostý nedostatek věcných motivací jednotlivých správců k celostnímu pohledu. Ideální nastavení přitom předpokládá průběžné hodnocení souvislosti z hlediska nákladů, obsahu, délky a výsledků akutní i následné fáze léčby, ve vztahu k prevenci dlouhodobé péče a invalidity, k výdajům na peněžitě dávky, ke

kvalitě života, k zajištění co nejrychlejšího návratu do pracovního procesu a tím i možnosti odvodů do veřejných systémů. Významným hlediskem je dále distribuce investic do léčení jednotlivých diagnóz, kde by měl být brán v úvahu i potenciál snížení nákladů na další dávky a zkrácení celkové délky pracovní neschopnosti v národním hospodářství.

Naše iniciativa je založena, mimo jiné, na myšlence, že dílčí kroky dávají smysl, pouze pokud směřují předem daným, koncepčním směrem. Tím by se z výše uvedených důvodů v dlouhodobém kontextu mohla stát myšlenka „Jeden člověk, jedna nemoc, jedna pojišťovna“. Za první krok naznačeným směrem lze považovat návrh na spojení současného zdravotního a nemocenského pojištění do jednoho funkčního rámce veřejného zdravotního pojištění. Proč právě sem? Například proto, že systém v. z. p. aktuálně kryje cca 75 % všech nákladů na dávky v nemoci v České republice. Co nabízí dále? Zejména finanční a existenční motivaci zdravotní pojišťovny k úsporám výdajů. Finanční a kontrolní nástroje vůči poskytovatelům služeb. Možnost faktického dohledu nad léčením a jeho výsledky, i délkou neschopnosti. Přímý podíl plátců nemocenského pojištění, tedy zaměstnavatelů a zaměstnanců na správě téměř všech pojišťoven. Komunikaci v otázkách nemoci s jedním systémem pro pojištěnce, poskytovatele i zaměstnavatele. Shrnuto, nejen motivaci, ale i nástroje pro dosažení dlouhodobé efektivity z hlediska výdajů na léčení, peněžitých dávek, i příjmů veřejných systémů z výdělečné činnosti.

Dřívější protiargument, že se agendy zásadně liší, zejména z hlediska povinnosti vedení

správních řízení, již neobstojí. I v rámci zdravotního pojištění se v posledních letech rozhoduje touto formalizovanou formou a počet správních rozhodnutí je celkově vyšší, než je tomu u nemocenského pojištění.

Podívejme se také do zahraničí, na země s podobným modelem více nemocenských pokladen. Tamní instituce běžně administrují nejen věcné, ale i peněžitě dávky. Zajímavé je v této souvislosti srovnání výše pojistného u nás a například v Bavorsku, které může naznačovat dokonce potenciál pro snížení ceny práce. Zatímco sazba odvodu na zdravotní a nemocenské pojištění v ČR činí celkem 15,6 %, německé nemocenské pokladny jsou schopny administrovat věcné i peněžitě dávky za pojistné v rozmezí od 15,25 do 16,20 %. Na rozdíl od ČR jsou přitom v německé sazbě zahrnuty i náklady na čerpání péče neaktivních osob.

Jak dál? Brzy bude možné prostřednictvím státem podporovaných nástrojů (eGSB) získávat informace o peněžitých dávkách. Vedla by ale prostá dostupnost informací o nákladech jiného systému k reálnému tlaku na lepší řízení délky a obsahu pracovní neschopnosti? Domnívám se spíše, že nikoliv.

Koncepční změny lze samozřejmě dosáhnout jen v případě širší politické shody a v relativně dlouhodobějším horizontu, pokračujícím přinejmenším probíhající volební období. Vezměme do úvahy pouhý fakt, že nemocenské pojištění na straně ČSSZ aktuálně spravuje více než 1700 pracovníků! Kromě otázek organizačních je přitom nutné vyřešit řadu souvisejících otázek věcných. Týkal by se přechod kompetence v první fázi pouze nemocenské, nebo i dalších dávek, jako je ošetřovné, peněžitá pomoc v mateřství, nebo otcov-

ská? Měly by být fondy zdravotního a nemocenského pojištění vedeny odděleně? Jakým způsobem navázat na teprve nedávno zaváděnou e-neschopenku? Atd. Přestože můžeme mít o řešení poměrně konkrétní představu, pro přesun do realizační fáze by bylo vhodné nejdříve disponovat analýzou transformačních nákladů.

Pro plné využití potenciálu sloučení správy dávek v nemoci by pak bylo vhodné realizovat i navrhované vnitřní úpravy systému v. z. p., zejména:

- posílit postavení zaměstnavatelů i zaměstnanců ve všech ZP (samospráva),
- umožnit pojišťovnám nastavení pojistného a jednotlivých programů, včetně programů pro zaměstnavatele (možnost snížení ceny práce),
- vytvořit prostředí pro soutěž poskytovatelů i ZP (motivace k efektivitě) a
- umožnit společné zajištění provozních agend a nástrojů v. z. p. (zlevnění provozu).

Pokud by se návrh kompetenčních úprav podařilo vysvětlit a prosadit, přijde nepochybně na řadu i zvážení dalších systémových kroků směrem ke konceptu jedna nemoc, jedna pojišťovna. Jde zejména o úvahu k potenciálnímu zavedení povinného pojištění dlouhodobé péče (vedle již připravovaného pojištění komerčního) a zavedení pojištění úrazového, které by nahradilo aktuálně existující pojištění odpovědnosti zaměstnavatele za škodu.

Práce na takto zásadních změnách na celkové úrovni sociálního zabezpečení je samozřejmě během na dlouhou trať. Myslím-li to ale se zvýšením výkonu a zlepšení organizace veřejné správy vážně, měli bychom se po ní co nejdříve vydat.

1. Co nám přináší současné oddělení správy zdravotního a nemocenského pojištění?
2. Jak by se spojení zdravotního a nemocenského pojištění mohlo odrazit v jeho službách občanům/pacientům a co by to znamenalo pro zaměstnavatele a celý zdravotně-sociální systém?
3. Myslíte si, že po letech úvah na toto téma přichází čas na činy?

Odpovídá Ing. Tomáš Prouza, MBA, prezident, Svaz obchodu a cestovního ruchu ČR, viceprezident, Hospodářská komora ČR

1. Resortismus. Ztrátu synergií a potenciálu k optimalizaci nemocnosti. Zneužívání dávek. Aktuální stav vykazuje negativní rysy, kdy nositel nemocenského pojištění nemá prostředky k pozitivnímu ovlivňování chování lékaře v systému nemocenského pojištění, nedisponuje dostatečným množstvím údajů o zdravotním stavu pojištěnce. Lékař vystavující nemocenskou dávku není vůbec motivován k efektivnímu chování v systému nemocenského pojištění, dochází proto ke zneužívání nemocenských dávek. Kromě toho jsme od zrušení tzv. karenční doby svědky prodlužování délky pracovní neschopnosti i vysoké četnosti krátkých pracovních neschopností. To s sebou nese zvyšování nákladů na výplatu nemocenských dávek a snižování příjmů systému sociálního, zdravotního a nemocenského pojištění.

2. Opatření bude mít zcela přímý a pozitivní dopad na státní rozpočet. Dle kalkulací NERV lze očekávat úspory na dávkách nemocenského pojištění s dodatečným příjmem do systému zdravotního, nemocenského a důchodového pojištění. Při propojení obou systémů lze navíc očekávat postupnou racionalizaci vykazování pracovní neschopnosti, a tedy pozitivní ekonomické efekty v řádech jednotek miliard korun. Pozitivní vliv už jen „pouhého“ datového propojení mezi institucemi, jako jsou



Tomáš Prouza

ČSSZ a zdravotní pojišťovny, je přitom zřejmý. Zdravotní pojišťovny budou mít vstupní informace o čerpání nemocenského pojištění a budou moci sledovat vazbu na čerpání zdravotních služeb, budou s to identifikovat známky zneužívání či mimořádných vlivů (např. útoky do nemocí, sezonní práce u zaměstnavatelů a čerpání nemocenských dávek aj.). Zdravotní pojišťovny v případě dostupnosti informace o čerpání nemocenského pojištění v reálném čase mohou porovnávat, kontrolovat a do budoucna i regulovat systém nemocenského pojištění. Ostatně inspiraci lze najít v Německu či Rakousku: přenesení správy a odpovědnosti za nemocenské pojištění zdravotním pojišťovnám může ovlivnit spotřebu zdravotní péče i větší tlak na cílenou prevenci, neboť pojišťovny mají při-

rozenou motivaci optimalizovat výdaje systému a mají přímý vliv na poskytovatele zdravotních služeb. Lékař v takovém propojeném systému optimálně řídí léčebný proces a pojištěnec pod jednotnou správou přijímá adekvátní zdravotní služby v požadované kvalitě a dostupnosti s přesahem na nemocenské pojištění.

Propojení či spojení pojištění má efekty ve snížení četnosti pracovní neschopnosti, optimalizaci délky pracovní neschopnosti, snížení nákladů na výplatu nemocenských dávek, snížení nákladů na zdravotní péči a zvýšení příjmů zdravotního a sociálního a nemocenského pojištění, tedy celkově v daleko vyšší efektivitě systému. Propojit systém nemocenského pojištění s veřejným zdravotním pojištěním je nezbytné i pro lepší využití kapacit pracovnělékařských služeb, pro prevenci a přeslechopnost populace. Zaměstnavatelé by cestou praktických lékařů a poskytovatelů pracovnělékařských služeb mohli být daleko více motivováni a zapojeni do řešení konkrétní situace nemocnosti firem a podniků, poskytovatelé pracovnělékařských služeb by zase mohli zcela adresně reagovat na strukturu a příčiny nemocnosti v jednotlivých provozech – očkování, prevence úrazů, indikace používání osobních ochranných pomůcek apod.

3. Návrhem se vážně zabývá jak NERV, tak i pracovní skupina MZ a MPSV. Věřím, že tentokrát nezůstane pouze u slov, stejně jako že nakonec nezvítězí klasický český resortismus. Spojení zdravotního a nemocenského pojištění má sil-

nou podporu Hospodářské komory ČR a podnikatelů a je v zájmu platců i poskytovatelů zdravotní péče.

Odpovídá Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MSc., MBA, prezident, Unie zaměstnavatelských svazů ČR

1. Předně je nutné upřesnit, že v ČR máme oddělené systémy zdravotního a sociálního pojištění a že jedna ze složek sociálního



Jiří Horecký

pojištění je pojištění nemocenské (kromě důchodového pojištění a státní politiky zaměstnanosti). Jejich oddělení pak umožňuje nastavení rozdílných systémů čerpání a financování. Zatímco např. u zdravotního pojištění je Fond veřejného zdravotního pojištění oddělený od státního rozpočtu, resp. hospodaření státu, u sociálního pojištění jsou jeho záporná salda každoročně hrazena ze státního rozpočtu.

2. Nemyslím si, že by dávalo smysl propojení sociálního a zdravotního pojištění. Jinak je tomu však u pouze nemocenského pojištění a zdravotního pojištění. Zde by toto propojení mohlo logicky vytvořit tlak na zdravotní pojišťovny, aby pro-

veřovaly i pracovní neschopnosti, aby byly motivovány k opětovnému, rychlému a trvalému získávání pracovní schopnosti apod. Případné spojení by pak otevřelo ještě diskusi nad spojením úrazového pojištění, protože i zde jde o „propojené nádoby“. A aby to dávalo větší smysl, bylo by také nezbytné otevřít diskusi o návratu k poskytování dávky nemocenského pojištění zaměstnancům již od počátku pracovní neschopnosti.

3. Myslím si, že aktuální hospodářská situace naší země tomu nenahrává. Oba systémy, tj. zdravotního i sociálního pojištění, skončí v letošním roce deficitním výsledkem (a příští rok se tento scénář bude pravděpodobně opakovat), což není optimální situace pro jejich spojování. Nic ale nebrání tomu, věst o této možnosti odbornou diskusi.

Odpovídá Mgr. David Kolář, výkonný ředitel, AIFP

1. Dovolím si podívat se na tuto problematiku z opačné strany, tj. co by nám přineslo sloučení zdravotního a nemocenského pojištění? Naše asociace tento krok dlouhodobě podporuje vzhledem k množství benefitů pro pacienty, společnost i státní rozpočet, jež by propojení již tak provázaných agend mohlo přinést.

V první řadě by došlo k zásadnímu zjednodušení řešení zdravotně pojistných událostí, které by bylo možné kompletně administrovat na jednom místě. Pacienti by komunikovali pouze s jedním úřadem, nikoliv se dvěma, jako je tomu doposud. Procesy řešení těchto událostí by se zrychlily, usnadněna by byla i zpětná kontrola.

Změnilo by se i samotné nahlížení na tuto problematiku – zdravotní a sociální oblast jsou spojené nádoby, jejich oddělování je pouze technická záležitost. Pokud se člověk dobře stará o své zdraví a dbá na pravidelnou prevenci, je odměněn pevnějším zdravotním

stavem a případnou včasější léčbou. Zároveň oddaluje případné hospitalizace, následnou sociální péči i čerpání sociálních příspěvků. Současné rozdělení obou agend nám neumožňuje nahlížet problematiku zdraví a léčby v celé této šíři.

V neposlední řadě by sloučením agend došlo k významným finančním úsporám na straně obou úřadů. Dalším logickým krokem by bylo propojení sociálního a zdravotního rozpočtu v této konkrétní oblasti.



David Kolář

To by vedlo k prohloubení komplexního vnímání zdraví jako takového i zdravotně pojistných situací. Nehledě na další optimalizaci finančních prostředků.

2. Podíváme-li se specificky na zaměstnavatele – sloučení agend by jim přineslo zjednodušení stávající administrativy. Pokud by tento krok byl doprovázen příspěvkem nebo slevou na novém sloučeném pojistném, který by byl podmíněn podporou zdravotní prevence u zaměstnanců, mohlo by to vést k nárůstu zájmu o preventivní programy, a tedy i zlepšení zdraví populace.

3. Ano.



OBČAN V SÍTI

06/2023

Pavel Vepřek
Ladislav Švec
Jan Zapletal
Milan Kubek
Ladislav Friedrich
Miroslav Palát
Jakub P. Hlávka
Lukáš Velev

JAK VYMEZIT NÁROK POJIŠTĚNCE?

Jedním ze základů fungování pluralitních systémů sociálního zdravotního pojištění je definování rozsahu zajišťovaných zdravotních služeb a jejich časové a místní dostupnosti. Bez toho není možné zajistit férovou konkurenci pojišťoven, podporovat efektivitu a garantovat občanům rovnost v přístupu k potřebné péči. Z nejmodernějšího systému tohoto typu se v Evropě těší Holanďané, kteří od reformy z roku 2006 mají zdravotní pojišťovny, jež svým pojištěncům zajišťují stejný rozsah péče, nemohou nikoho odmítnout a vzájemně si konkurují ve výši nominální části pojistného. Ta je pro každého pojištěnce jedné pojišťovny stejná, s výjimkou hromadných pojistek od zaměstnavatelů. Výsledkem je spokojená populace a zdravotnictví, ve kterém je právě tolik peněz, kolik opravdu potřebuje, a ve kterém je trvalý tlak na zvyšování efektivity a kvality.

U nás je situace odlišná. Naši pacienti mají podle Ústavy nárok na bezplatnou péči v rozsahu stanove-

ném zákonem a zákon říká, že tím nárokem je všechno, co jim nějak pomůže. V reálu to znamená, že skutečná dostupnost péče je určována podzákonnými normami, dostupností dveří, u kterých se dá zaklepat, a chováním těch za dveřmi. Výsledkem je, že naše zdravotnictví poskytuje na jedné straně potřebnou kvalitní a efektivní péči, ale na straně druhé i péči, která buďto potřeba není, nebo by mohla být zajištěna levnějším způsobem. Všechny pokusy o standardizaci, využívání HTA a korekci zjevných nedostatků se po léta rozbíjejí o jednotný odpor těch, kterým aktuální nastavení vyhovuje.

Dokud naše hospodářství rostlo a státní kasu neplnily dlužní úpisy, stačilo pro zajištění prostředků jen zatlačit na politiky a bylo po starostech. Dnes je situace jiná. Státní kasa je prázdná, hospodářství neroste, demografický vývoj nevěstí nic dobrého, přicházejí nově, účinné, ale velmi drahé technologie a náklady zdravotnictví rostou rychleji než jeho příjmy.



Naši jedinou šancí je postupně zvyšovat vnitřní efektivitu zdravotnictví, a to podle think tanku Efektivní zdravotnictví o konečných 40 %. Toho můžeme dosáhnout jedinečně tím, že k tomu dáme zdravotním pojišťovnám potřebné motivace a kompetence. A tady už se bez přesnějšího vymezení nároků pojištěnců neobejdeme. Způsobů, jak toho dosáhnout, je mnoho a jsou použitelné ve vzájemné kombinaci. Taxativní vymezení, popis vlastností hrazené péče a nastavení procesu jejího stanovení, vazba na doporučené postupy, vazba na klinické path ways, u nákladných technologií HTA ..., aneb kde je vůle, tam je i cesta. Tak šťastnou cestu.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

NÁROK NA HRAZENÉ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY A PROSTOR PRO PŘÍMÉ PLATBY

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Pojišťovnou hrazená zdravotní služba je z pohledu práva dávkou sociálního zabezpečení. Od běžných peněžitých dávek se povahou liší, přesto jde pořád o zákonem garantovanou dávku. Dovedete si přitom představit, že by Vám byl třeba takový důchod vymezen stejně obecně jako pl-

nění ze zdravotního pojištění? Že byste nevěděli, na jakou částku máte nárok a jak se počítat? Že byste dostali na každé poště jinou částku? Nebo že by si z něj dokonce někde část strhli? S nárokem na službu, plně hrazenou ze zdravotního pojištění, je to totiž v lecčem podobné.

Přesná a pro všechny stejná specifikace nároku i regulace přímých plateb v našem systému existuje v zásadě pouze u léků a pro-



Ladislav Švec

středků na poukaz. Pro většinu ostatních zdravotních služeb je zákonným etalonem nároku obecná definice § 13 zákona č. 48/1997 Sb. Ta pojištěnci přiznává nárok na vše, co je prokazatelně účinné a zároveň odpovídá jeho zdravotnímu stavu i účelu léčení. Bez omezení objemu, počtu kontaktů, nutnosti koordinace, s možností volného výběru lékaře, bez vymezení úrovně komfortu, či garantovaných administrativních služeb pojišťovny i poskytovatele, bez dalších hranic. To zní uživatelsky velmi dobře. Do takové definice se může teoreticky vměstnat téměř cokoliv. Včetně služeb, které hrazeny jsou, ale neměly by (nejsou již up-to-date, vykazují nižší účinnost apod.). S šikovným právníkem nebo kontakty lze každopádně zajistit naopak i úhradu služeb, které běžně hrazeny nejsou. Naštěstí pro systém a jeho udržitelnost u nás ale zatím každý právníka nemá. To se ovšem může v budoucnu změnit. Neefektivní alokace prostředků. Otázka dlouhodobé ufinancovatelnosti a udržitelnosti pro systém – první problém.

Obecnost definice vede na druhou stranu k tomu, že běžný pojištěnec zpravidla fakticky uplatní pouze to, co má oslovený poskytovatel nasmulováno s naší pojišťovnou, respektive co je mu jako řešení nabídnuto. A vzhledem k tomu, že bližší zákonné vymezení portfolia hrazených služeb neexistuje, nemůže se s ním ani seznámit, natož jej účinně vymáhat. Je tak v zásadě odkázán na informaci, která je mu sdělena. V důsledku někdo dostává méně, jiný více, jako v té dětské říkance. Nerovnost, nepopisovaná a tím i složitá uplatnitelnost nároku – problém druhý.

Za služby hrazené v rámci nejasně vykolikovaného pole nároků sice nesmí být vybirána přímá úhrada, v reálném životě se ale vyskytuje stále více oblastí/služeb/zboží, ve kterých platba požadována je. Tento prostor (nehrazené služby nad rámec nároku)

není s výjimkou léků a některých méně významných položek výslovně upraven ani regulován. Obsah a rozsah nehrazené služby/zboží (např. komfort, administrativní služby, materiál atd.) si tak určuje poskytovatel sám, stejně jako jejich cenu (cenový předpis, požadující věcné usměrnění cen, je nemůže bez účinného systému kontroly garantovat). Pojištěnci tak někde za stejnou službu platí, někde neplatí, někde méně, někde více. Často pak za služby/zboží, u kterých lze sotva říci, že nepatří do obecné definice nárokovatelných plně hrazených služeb. Co není oficiálně přiznáno a pojmenováno, lze obecně těžko regulovat. Na riziko platby v takto nepříznaném a neohrazeném prostoru se pak nedá vytvořit ani odpovídající produkt přípojištění nebo jiné řešení. Arbitrárnost. Neregulovatelnost. Neuchopitelnost pro sofistikovaná řešení – problém třetí, čtvrtý, pátý.

Na uvedený stav lze nahlížet z několika dalších pohledů. Z toho formálně právního je naše situace zajímavá tím, že jsme jedním z mála států (možná jediným), jehož ústava přímo zaručuje bezplatnost zdravotních služeb, byť pouze v rozsahu daném zákonem. Pokud tedy nechceme Ústavu měnit, nebo úplně vyprázdnit, měl by zde vždy existovat garantovaný, základní a dostatečný „balík“ plně hrazených služeb. Měl by být dodržen princip výhrady zákona (nárok stanovený zákonem, nebo zákonem daným procesem s jasnými pravidly). Samozřejmě by též měl být dodržen ústavní požadavek rovnosti. Ani jednu z těchto podmínek nelze aktuálně v reálném světě českého zdravotnictví plně garantovat.

Zatím je, možná, většina lidí i institucí se statem quo více méně srozuměna. Počítáme ale, že se to s již postupně nastupujícím fyzickým nedostatkem smluvních kapacit v určitých regionech i věcných segmentech, se zaváděním nákladné personalizované

medicíny a dalším rozšiřováním přímých plateb změní. Zatímco nyní jsme ještě schopni solidarizaci, všeobecně dostupný, neohraňovaný a rovný systém alespoň předstírat, nejpozději (ale opravdu nejpozději) s demografickou změnou již bude zejména pro lidi bez významných disponibilních zdrojů nebo sociálních kontaktů péče dostupná mnohem hůře než nyní.

Co s tím? Nárok je v zásadě základním předmětem a středobodem celého veřejného systému. Od této definice se vše odvíjí. Proto je i důležitou částí našeho návrhu koncepčních úprav. V otázce jeho definování jsme se přitom nechali inspirovat. Zahraničím, ale i naším vlastním systémem limitace nároku v oblasti léčiv, který vznikl v reakci na výklad ústavní Listiny, a může být proto určitým vzorem ústavně konformního řešení pro další oblasti. Dokonalé řešení všeho samozřejmě ve zdravotnictví neexistuje. I s tímto vědomím pokorně navrhuje doplnění obecné zákonné definice nároku o odkaz na proces jeho kultivace, vedoucí k zpřesnění a limitaci obsahu i rozsahu přímo a plně hrazených služeb. V oblastech, kde je to možné a vhodné, by tak vznikl podrobnější popis nárokovatelných služeb/materiálů (případně včetně negativního vymezení). Jinde by mohl být výčet do jisté míry obecný. Služby do výčtu nezahrnuté by nebyly pojišťovnou v rámci základního zákonného nároku hrazeny. Podkladem by bylo všude, kde je to možné, měření efektivity, případně i v rámci dočasné úhrady. Výčet by pouze neobtnal, ale byly by z něj zároveň služby vyjímány. Faktické zajištění tohoto kultivačního procesu (stejně jako u všech ostatních horizontálních agendových procesů) navrhuje svéřit masoprávě, tedy nějaké formě společného orgánu pojišťoven a poskytovatelů (obdobou stejná agenda Bundesauschuss v SRN). Je možné diskutovat i o zajištění kultivace státní organizací (obdo-

bou Zorgeinstitut v Nizozemsku). Agenda by byla koordinována k tomu určenými profesionály. Bude to náročnější než dnes? Ano, samozřejmě. Nemůžeme ale přece procesy a profesionalitu horizontální administrativy stále jenom markýrovat.

Další část navržených úprav pak směřuje k přiznání, že ve zdravotnictví jsou oblasti, u kterých je akceptovatelná přímá úhrada pacientem. Zákon by měl tento

fakt nejen výslovně akceptovat, ale i vymezit oblasti, ve kterých je přímé hrazení možné (komfort v lůžkové péči, služby/materiály mimo nárok). S tomu odpovídajícím systémem pravidel regulace, kontroly, případně sankce v případě porušování pravidel. Pojištěnec by si v tomto prostoru mohl vybrat mezi přímou úhradou, možností doplňkového pojištění (tyto produkty by okamžitě vznikly, anebo programem

veřejné ZP. Té by bylo dovoleno kromě definovaného nároku přispívat i na nehrazené služby, stejně jako stanovit odpovídající výši pojistného za program a nabízet v jeho rámci vratku, motivující pojištěnce k žádoucímu chování. To už je ovšem součástí našeho řešení příjmové části, o kterém budeme v rámci seminářů v Národohospodářském ústavu hovořit na podzim.

NÁROK POJIŠTĚNCE V ČESKÉM ZDRAVOTNICTVÍ

Mgr. Jan Zapletal
ředitel, Odbor dohledu nad
zdravotním pojištěním, Minis-
terstvo zdravotnictví ČR

Cílem každého systému veřejného zdravotního pojištění musí být zajištění široké dostupnosti potřebné péče všem osobám, které jsou tohoto systému účastny a odvádějí do něj finanční prostředky. V tomto ohledu je Česká republika světovou špičkou, protože rozsah nároku pojištěnce je u nás regulován velmi málo a v zásadě umožňuje bez zásadních limitů uhradit i vysoce nákladnou péči, což v žádném případě není ve všech státech zvykem. Nedomnívám se tedy, že současné nastavení je v této oblasti třeba nějak radikálně měnit, ale spíše je vhodné zaměřit se na dílčí změny rozsahu nároku pojištěnce, které povedou ke zvyšování efektivity českého zdravotnictví a udržení finanční stability zdravotního pojištění.

Nejen zahraniční zkušenosti však ukazují, že každou změnu je potřeba dobře zvažovat, protože nezhřídká vede k nezamýšleným důsledkům. Pokud tedy např. hovoříme o rozšiřování spoluúčasti prostřednictvím tzv. „nadstandardů“, je nutné se velmi kriticky

vypořádat s rizikem zhoršování dostupnosti pro sociálně slabší skupiny obyvatelstva. Každý poskytovatel totiž nevyhnutelně bude preferovat ty pacienty, z nichž má vyšší ekonomický prospěch, což vede k vytlačování běžných pojištěnců „na konec fronty“. Příkladem může být i samotná Česká republika v oblasti stomatologie. Vytvoření taxativního výčtu hrazené péče a kumulace zubních lékařů do velkých aglomerací s vysokou kupní silou vede ke snižování dostupnosti této péče v odlehlejších regionech a ke spoluúčasti jsou nuceny i nízkopříjmové skupiny obyvatelstva. Ty si to přitom často nemohou dovolit a zanedbání základního ošetření může vést ke vzniku závažnějšího stavu. To samozřejmě nevylučuje debatu o zavedení možnosti doplatku nad rámec standardního nároku pojištěnce. Z mého pohledu je to ale v současnosti reálné pouze u implantabilních zdravotnických prostředků, a to při zachování základních ústavních podmínek.

Za nezbytnou a zároveň velmi složitou považují debatu o regulaci vysoce nákladných léčivých přípravků. Již v současnosti jsou avizovány terapie s jednotkovou hodnotou přesahující 100 mil. Kč za



Jan Zapletal

pacienta. Stávající relativní bezbřehost nároku a častá snaha o obcházení standardních úhradových mechanismů prostřednictvím § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění tak reálně může ohrožovat veřejný zájem ve zdravotním pojištění. Ten je totiž mimo jiné definován potřebou zachování finanční stability systému, přičemž rezignace na posouzení nákladové efektivity může v tomto ohledu přinést závažné problémy již v blízké budoucnosti.

Současné nastavení zároveň neumožňuje dostatečně regulovat spotřebu péče. Počet kontaktů pacienta s lékařem přitom v České republice stále významně převyšuje standardní průměr ve srovnatelných státech Evropské

unie. Nezanedbatelná část společnosti totiž v důsledku přesvědčení o bezplatnosti veškeré péče stále relativizuje význam primární i sekundární prevence a spoléhá na to, že v případě vzniku zdravotního problému se o pacienta systém veřejného zdravotního pojištění postará. Zde lze pochopitelně po vzoru jiných vyspělých zemí přistoupit k nastavení citlivé spoluúčasti obdobně, jako už

funguje např. u doplateků na léčivé přípravky. Nezanedbatelnou roli pak musí hrát osvěta o potřebě prevence a samozřejmě i o celkovém fungování systému veřejného zdravotního pojištění. V této souvislosti nelze nezmínit povedenou kampaň Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR www.systemshop.cz zaměřenou na informace o nákladech na řešení zdravotních problémů populace.

Na konci každé debaty o změnách v systému veřejného zdravotního pojištění stojí politické rozhodnutí o jejich realizaci. Čím více podložené argumenty z diskuse takové rozhodnutí je, tím vyšší existuje pravděpodobnost úspěšného zavedení změny. Pevně věřím, že v oblasti nároku pojištěnce se bude český systém zdravotního pojištění posouvat pouze pozitivním směrem.

VOLNÉ FÓRUM

1. Jaké jsou výhody a nevýhody současného neostrého vymezení rozsahu bezplatné zdravotní péče?
2. Proč nemáme zákonem definovaný proces vstupu zdravotnických výkonů do úhrady z v. z. p., na rozdíl od léčiv a zdravotnických prostředků?
3. Jaké možnosti přesnějšího vymezení nároku pojištěnce se nabízejí?

Odpovídá MUDr. Milan Kubek, prezident, Česká lékařská komora

1. S ohledem na překotný vývoj medicíny by jakýkoliv konkrétnější výčtový seznam zdravotní

rály a představoval by bariéru, kvůli níž by se pacienti nedostali k nejmodernější léčbě. Vzhledem k tomu, že podobná omezení může dle rozhodnutí Ústavního soudu navíc upravovat toliko zákon, šlo by o systém nepružný a zcela nefunkční. Pacienti by se navíc snadno mohli stát rukojmími v koaličně-opozičních politických rituálních tanečcích.

2. Patrně proto, že jde o procesy mnohem složitější a o problematiku nesrovnatelně širší.

3. V úvahu připadá pouze negativní vymezení, tedy definování toho, co pojišťovny nehradí, případně co hradí pouze zčásti.

Odpovídá Ing. Ladislav Friedrich, prezident, Svaz zdravotních pojišťoven ČR

1. Výhodou současného stavu je určitá flexibilita a možnost pro pacienta domoci se téměř čehokoli, co moderní lékařská věda nabízí. Jasnou nevýhodou je pak velmi problematické naplňování zákona, který má

rozsah hrazené péče stanovit, ale fakticky tak nečiníme. To samozřejmě vytváří nerovný přístup pacientů k hrazené péči při individuálním či zvykovém posuzování a odčerpává ze systému finanční zdroje na léčbu s nízkou nebo spornou nákladovostí.



Milan Kubek

péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění byl již v momentě svého vydání beznadějně zasta-



Ladislav Friedrich

efektivností. Je to nepochybně i jeden z důvodů, proč nelze nabídnout zajímavá přípojištění.

2. Protože tento stav všem aktivním účastníkům systému vlastně vyhovuje a jeho náprava by si vyžádala značné politické náklady.

3. Typickým příkladem neochoty vytvářet bariéry byla diskuse o případném zúžení definice dle „§ 16“. Při poslední novelizaci zákona, kdy jsme zavedli nové postupy pro schvalování VILP a ORPHAN, jsme neúspěšně navrhovali, aby u léků, které takto nebyly schváleny k úhradě, nebylo možné je předepsat k úhradě ze systému veřejného zdravotního pojištění ani dle § 16.



Miroslav Palát

Odpovídá MUDr. Miroslav Palát, MBA, prezident, CzechMed

1. To je krásná otevřená otázka a o to těžší je na ni odpovědět. Výhodou je, že svým způsobem se tato neostrá hranice může vyvíjet podle nabídky a poptávky. To reflektuje, za co jsou občané ochotni si zaplatit, a na druhé straně, v čem lékaři nemají zapotřebí být v systému v.z.p. a mohou se spolehnout na příjem z přímých plateb. Hovoříme zde nejdříve o ambulantní sféře. V nemocniční péči přímá platba – kromě za komfort – možná není. Ale tak je tomu ve všech rozvinutých zemích. O jemných nuancích nemocniční medicíny nemůže rozhodovat nějaký sazebník, ale komplexní rovnováha mezi potřebou pacienta, indikací a možnostmi zařízení.

Nevýhodou tohoto neostřého vymezení rozsahu bezplatné péče je, že to neustále někdo považuje za problém, na který se neustále vymýšlejí nějaká řešení. „Vymezení rozsahu“, ke kterému máme spět, je stejně pochybné jako „dostupnost“, což je zlaté tele české mediálně zdravotnické scény. Dostupnost máme zcela nadprůměrnou v EU, přičemž to podstatné otázky zdravotnictví neřeší.

2. To nevím, ale mám za to, že proces vzniku výkonů je natolik

citlivá věc mezi – mnohdy zasloužilými – osobnostmi z klinického prostředí, že si s ním žádný politik, který na křesle ministra má – notabene – také klinické pozadí, nebude pálit prsty. Není poptávka.

3. Nejdříve ambulantní sféra. Mám za to, že v situaci, kdy pacient si může chodit „po systému“ dle libosti, je debata o „nároku“ nadbytečná. Pacient má nárok na cokoli, na co si usmyslí. Na druhé straně pozorujeme leckdy přebytek ambulantních specialistů, kteří si žálivě chrání indikační omezení preskripce, co generuje nové návštěvy. Anebo se recyklují instrumentální vyšetření přesně podle omezení frekvence tak, aby se vhodné zopakovala hned za limitem a přinesla výnos. Bez ohledu na klinický vývoj, respektive stabilitu. Ještě se k tomu vrátím. Nárok by bylo potřeba nejdříve zúžit. Ani ne tak co do péče, ale co do volnosti pohybu. Gatekeeping se tomu někdy říká. Co do nemocniční péče, opět mám za to, že diskuse o „nároku“ je nadbytečná. Pacient v komplexním systému péče dostane podle indikace a dalších souvislostí to, co dostat může. Jak s řízením nákladů? Inspirací může sloužit třeba švýcarský systém. Nikoli, že by-

chom měli tolik peněz, anebo že by byl něčím unikátní, ale měl jsem možnost se o něm před pár dny dozvědět. Podle zákona se ze zdravotního pojištění hradí péče, která je „WZW“ (wirksam, zweckmäßig, wirtschaftlich), tedy účinná, účelná a hospodárná. Přičemž se uplatňuje tzv. princip důvěry. Důvěry v to, že se věci dějí podle WZW. Péče je hrazená systémem DRG. Když však státní dozorový a statistický úřad přijde na něco neobvyklého, může iniciovat přezkum, co se léčilo, jak a za co. A zdali jsou výše uvedené principy WZW splněny. Takový podnět může jinak podat téměř kdokoli. Státní či regionální správa, odborná veřejnost, průmysl atd. Zda bylo vše z hlediska pojištění v pořádku, se zjišťuje ex post a nikoli ex ante, vymezením nějakých limitů či nároků. Není bez zajímavosti, že co do nastavení úhrad a pravidel na další rok probíhají ve 26 kantonech separátní tarifní debaty mezi lokálními poskytovateli a sdruženími zdravotních pojišťoven. Ano, v množném čísle, protože těch sdružení je víc. Představme si pro příklad u nás dohodovací řízení 14krát.

Shrnuto, debata o stanovení nároku v tak komplexním prostředí, jakým je zdravotnictví, je nadbytečná a často dvojsečná. Nejdříve se stráví hodně času jeho určením. Při realizaci pak hodně času a energie nad tím, jak kolem něj kroužit. Jak zmíněn příklad z ambulantní sféry. Kdyby nebyla stanovena frekvence vyšetření, muselo by se to zdůvodnit klinikou a nikoli nějakým nárokem „za tři měsíce“.

Odpovídá Jakub P. Hlávka, PhD., Assistant Research Professor, Health Policy & Management, University of Southern California, spoluzakladatel, Iniciativa pro Efektivní zdravotnictví

1. Mezi výhody patří větší flexibilita poskytovat péči podle moderních standardů, která by v jiných

případech musela být ostře definována a aktualizována. Mezi nevýhody patří riziko, že moderní péče bude poskytnuta jen těm poskytovatelům, kteří jsou tomu ochotni vě-



Jakub P. Hlávka

novat úsilí v podobě kontinuálního vzdělávání se a případných dalších investic.

2. Ačkoliv nejsem právník a v ČR jsem dlouhodobě nepůsobil, domnívám se, že je to menší flexibilitou českého právního systému a dostupnou odborností na všech úrovních veřejného sektoru ve zdravotnictví. Kromě toho jsou zdravotnické výkony často velmi specifické a jejich kvalita a účinnost se mohou lišit v závislosti na konkrétních podmínkách. Existují ale země, kde toto funguje. Např. v Německu v rámci systému zdravotního pojištění Gesetzliche Krankenversicherung jsou zdravotní výkony definovány v seznamu výkonů „Einheitlicher Bewertungsmaßstab“, který určuje, jaké výkony jsou hrazeny jakým způsobem (to se může lišit v různých spolkových zemích). Ve Francii pak v systému veřejného zdravotního pojištění Assurance Maladie jsou zdravotní výkony definovány v katalogu výkonů nazvaném „Classification Commune des

Actes Médicaux“. Tento katalog stanovuje kódy a popisy jednotlivých zdravotnických výkonů, které jsou hrazeny z veřejného pojištění. V Kanadě pak existují tzv. Schedule of Medical Benefits (and Fees), které se liší mezi provinciemi a vymezují služby a úhrady za různé typy služeb a výkonů. Podobné seznamy existují např. ve Spojeném království (National schedule of NHS costs), ve Švýcarsku (Tarmed) či Austrálii (Medicare Benefits Schedule).

3. Vymezení služeb má své přednosti, jako je např. zvýšení transparentnosti a předvídatelnosti, omezení zneužívání systému či lepší prioritizace a racionalizace výdajů na zdravotnictví. Mezi nevýhody pak patří menší flexibilita a schopnost reagovat na individuální potřebu pacienta, potřeba vymezení často aktualizovat s technologickým pokrokem, a zvýšení byrokracie a administrativní zátěže. Je otázka, v jaké podobě by se výhody a nevýhody tohoto procesu vybalancovaly v českém prostředí, které je v regulační oblasti spíše méně efektivní, ale rostoucí tlak na lepší financování zdravotnictví k tomuto možná v nějaké formě povede.

Odpovídá MUDr. Lukáš Velev, MHA, ředitel, nemocnice Jihlava, místopředseda, AČMN

1. Asi největší „výhodou“ je dostupnost zdravotních služeb, jak místní, tak především přístupnosti. Při současném stavu primární péče je to často jediná možnost, jak se lidé dostanou často i k potřebným zdravotním službám. Nevýhodou je plošné zneužívání služeb, a to prakticky bez sankcí.

2. Na počátku transformace ze socialistického přidělového systému na v. z. p. byla tato funkce svěřena Vyhláškou 134/1998 Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, lidově „bodník“. Vedle toho existovaly, a stále existují,

Kalkulační listy zdravotních výkonů, které byly dlouho „Top secret“ dokumenty zdravotních pojišťoven. Na jejich podkladě se „bodník“ aktualizuje. Z výše uvedeného plyne, že jde o velmi netransparentní proces, pravděpodobně zcela prostý, byť náznaku HTA. Trochu dat do ekonomické nákladovosti vneslo až DRG, resp. CZ DRG. Jde ale spíše o jakousi retrospektivní randomizovanou studii. Souhrnně, transparentní proces zavádění zdravotních výkonů by jistě byl přínosem. Za mne jistě přehlednější a předvídatelnější, než je tomu u léčiv a zdravotnických prostředků.



Lukáš Velev

3. Pohyb pojištěnce, pacienta má a musí být především v systému řízen. Aby se ve správný čas a správnou cestou dostal ke správnému „nároku“. Už to by systém velmi zefektivnilo, za mne více než zavádění standardů a nadstandardů v dnešním systému připomínajícím švédský stůl. Prosté zavedení regulace přes peníze povede jen k větší nerovnosti systému. A k tomu, že se pacienti k potřebným a nutným službám nedostanou. V konečném důsledku se systém jen zdraží, ale nebude efektivnější.



OBČAN V SÍTI

09/2023

Pavel Vepřek
Ladislav Švec
Jan Kvaček
Kamal Farhan
Jana Votápková
Jan Zapletal

JAK STABILIZOVAT PŘÍJMOVOU STRÁNKU VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ?

České zdravotnictví si nemůže stěžovat na nedostatek peněz. Mezi léty 2018 a 2022 se jejich objem zvedl o polovinu a nově nastavený automat na výši platby za státní pojištění, navyšující základ o výši inflace a polovinu růstu reálných mezd, je opravdu velkorysý. Zvýšení peněz však evidentně problémy zdravotnictví nevyřešilo a jeho prohlubující se potíže ukazují, že hlavní kámen úrazu je na jeho výdajové straně. Neadaptujeme strukturu a organizaci péče na vývoj medicíny, a tak máme relativní nedostatek personálu, některé odbornosti ubývají, zhoršuje se dostupnost péče, roste podíl neformálních plateb a přibývají profese, které opouštějí prostředí veřejného zdravotního pojištění.

Zdálo by se, že bychom se měli věnovat jenom efektivitě využívání vybraných prostředků, ale není tomu tak. Příjmová i výdajová strana v. z. p. jsou spojitě nádoby a nastavení příjmové strany ovlivňuje i chování té výdajové. Současný systém nenutí pojišťovny, aby si komplikovaly život tlakem na racionalizaci péče. Peníze, které

vyberou, mohou utratit jenom za zdravotní péči, a pokud ušetří, tak se jim hromadí na účtech. To pak láká politiky, aby jim je znárodnili, jako se to stalo v roce 2012, kdy pojišťovny přišly o třetinu zůstatku na účtech a většinu rezervního fondu. Od té doby už přebytky na účtech neobjevíte.

Zásadním krokem ke zvýšení motivace pojišťoven k dobrému hospodaření je možnost přizpůsobit výši pojistného očekávané bilanci, třeba cestou dvousložkového pojistného. Na straně jedné to přinese cenovou konkurenci do v. z. p. a na straně druhé to umožní vybírat právě tolik peněz, kolik je na zajištění zdravotní péče potřeba. Stejně tak peníze vybírané přímo od občanů nejsou jen pouhým příjmem, ale většinou mají i významný regulační charakter. Přínos regulačních poplatků nebyl dominantně ve vybraných penězích, ale v omezení zbytečné péče. Proto potřebujeme sociálně citlivé ekonomické stimuly, které budou pacienty směřovat k racionálnímu chování ve zdravotnictví. Jejich místo je u návštěv specialistů bez doporučení, využívání záchranné



služby, pobytu na lůžku a všude, kde to dává smysl. Jiným, v některých zemích používaným nástrojem je deductible, tedy částka, do jejíž výše si v průběhu jednoho roku hradí pojištěnec čerpanou péči sám. Často zmiňované připojištění na péči by mohlo navýšit objem prostředků ve zdravotnictví a přizpůsobit podobu péče potřebám zapojené části populace, ale pro neostře rozhraní mezi péčí hrazenou a nehrazenou je ještě dlouho mít nebudeme.

Při pohledu na demografickou křivku, nástup nových úžasných technologií a očekávaný vývoj státní kasy bychom měli opustit léta oprašovanou představu, že stačí dolít do zdravotnictví peníze a bude zase klid. Nebude. Pokud opravdu chceme kvalitní zdravotnictví pro všechny, musíme začít co nejdříve pracovat na nutných změnách.

MUDr. Pavel Vepřek

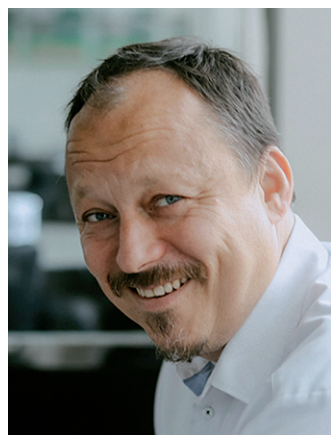
ÚHEL POHLEDU

O POJISTNÉM A ÚPRAVÁCH PŘÍJMOVÉ STRÁNKY SYSTÉMU V. Z. P.

JUDr. Ladislav Švec,
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Na minulém semináři v NHÚ AV jsme rozebírali otázku nároků na zdravotní služby a jejich reálné (bez)platnosti a dostupnosti. Nedá mi, abych se v návaznosti na diskusi nevrátil k neustále omílané-

mu argumentu, že je české zdravotnictví evropská špička, každý nám ho závidí, a tudíž žádnou změnu nepotřebuje. Nakolik to může být v konkrétních oblastech nebo z hlediska odbornosti lékařů pravda (dětská úmrtnost), z mezinárodních srovnání vyplývá, že se jako celek pohybujeme někde kolem lepšího průměru EU. Tato in-



Ladislav Švec

formace se mi zdá důvěryhodná, neboť odpovídá postavení Česka z hlediska HDP na obyvatele v paritě kupní síly. Je to podobná 14.–15. příčka, kterou obsazujeme i v dalších oblastech. Jen je příkladně u takového koeficientu fotbalových klubů (15.) výsledek vidět na hřišti, a nikdo si tudíž netroufne tvrdit, že lépe už fotbal ani dělat nejde.

Nyní ale zpět k pojistnému a příjmové stránce systému. V relativně blízkém časovém horizontu bude nepochybně třeba přijmout opatření k zásadnímu zvýšení efektivity (nechceme-li v příští dekádě zdravotní péči pro všechny už jenom předstírat). V této souvislosti se mimo jiné musíme zeptat, zda jsou zdroje nastaveny způsobem, který efektivitu podporuje, zda motivují k racionálnímu chování, zda zajišťují stabilní financování veřejných služeb, zda pojistné na v. z. p. naplňuje definiční znaky pojistného.

Bohužel konstatuji, že nikoliv. Pojistné v podstatě není pojistným. Proč? Jeho výši neurčuje zdravotní pojišťovna. Nemůže tak logicky reagovat na zvýšení výdajů, ať již vzniká z přírodních příčin (společenská shoda na rozšíření nároků, vlastní nabídka širších služeb), nebo arbitrárním politickým rozhodnutím (viz neuvěřitelné vyhlášky nařizující pojišťovnám hospodařit s prostředky svých pojištěnců deficitně). Jedinou cestou ke zvýšení příjmů, kterou dnešní systém má, tak zůstává zvyšování příspěvku ze státního rozpočtu. Tato cesta ale nejen negarantuje stabilitu systému (tlak na udržitelnost státního dluhu už začínají vnímat i největší optimisté), ale vede i ke zpětnému zvyšování ingerence státu (členství v orgánech ZP, nepodmíněné zvyšování výdajů) a dalšímu roztáčení spirály neefektivního hospodaření. Pojistné na v. z. p. v ČR přitom nenaplňuje ani další definiční prvky. Zejména není nástrojem soutěže, a nemotivuje tak ZP a koneckonců ani pojištěnce

k efektivnímu chování (v případě pojištěnce např. k dodržování postupů, prevence, omezení nadužívání služeb).

To vše je nutné v zájmu zvýšení výkonu českého zdravotnictví změnit. Přestože nelze jednoduše převzít zahraniční praxi, inspiračních bodů je spousta. Nejvyužitelnější jsou pro nás logicky koncepčně blízké systémy zdravotního pojištění: Německo, od něž byla v devadesátých letech většina českých procesů a institutů převzata; Nizozemsko, coby představitel neaktuálnějšího a nejvíce trendy systému zdravotních pojišťoven.

Jaké prvky jsme zde pro návrh řešení považovali za nejzajímavější? Německou možnost stanovit výši % sazby pojistného (hrazené z příjmů, včetně důchodů) ve vztahu k odpovídající nabídce (programu) zdravotní pojišťovny. Dále pak v celé Evropě obvyklé spojení pojistného na zdravotní péči i peněžité dávky nemocenské. Nizozemskou možnost stanovit k % sazbě částku nominálního pojistného, nabízet více programů a zejména motivovat pojištěnce k očekávanému chování možnostmi kompenzace státem nařízené spoluúčasti (nebo dříve zavedenou variantou motivace pojištěnců formou vratky z pojistného). U obou zemí pak precizní systém nastavení limitů zákonného nároku, který musejí garantovat všechny ZP stejně a bez rozdílů.

Co nás při přípravě změny v ČR (kromě nedostatku politické odvahy) limituje? Nejasnost celkového daňového vývoje, s nímž musejí být změny sladěny. Neurčitost limitů základního nároku, bez kterých nelze srovnávat nabídku. Ústavní garance bezplatnosti základního balíku hrazených služeb a zboží, kterou v jiných ústavních systémech neznají. Nejdůležitějším limitem je však nutnost sladit intenzitu změny s její prosaditelností a udržitelností v českém prostředí.

I díky výše uvedeným limitům se na rozdíl od jiných oblastí neodvažujeme doporučit jedno řešení. Navrhujeme zvážit několik variant, resp. jejich vzájemných kombinací.

U aktivních osob může být základní variantou možnost stanovit sazbu pojistného zdravotní pojišťovnou. Při souběžně navrhovaném spojení nemocenského a zdravotního pojištění, nabízejícím rezervu vnitřních úspor, může tento krok vést ke snížení ceny práce v ČR, což je zpráva zajímavá hlavně pro zaměstnavatele. Z čeho vycházíme? Například z faktu, že se výše pojistného v sousedním Bavorsku pohybuje už od 15,25 % z příjmu. V Česku je souhrnná sazba zdravotního a nemocenského pojištění letos 15,6 % (a má se zvyšovat). Německé pojistné přitom na rozdíl od českého kryje i náklady neaktivních členů rodin.

Druhou možností přístupu je zavedení dvousložkového pojistného. Tato o něco komplikovanější varianta předpokládá, že dospělá populace bude odvádět (vedle poměrného odvodu z příjmu) určitou částku pojistného sama. Nejde o něco v ČR zcela neznámého, tzv. osoby bez zdanitelných příjmů i dnes platí pojistné napřímo. Představitelná je i kombinace obou variant.

Problematičtější je zajištění příjmů k pokrytí nákladů neaktivních osob. V nejméně ambiciózní variantě lze více méně zachovat současný postup s pravidelnou valorizací platby ze státního rozpočtu. Pouze bychom v takovém případě považovali za správné, aby se celá právní konstrukce přestala označovat za platbu pojistného za státní pojištěnce (stát žádným plátcem ani pojistitelem není, pouze redistribuuje prostředky, vytvořené skutečnými plátcí). V zásadě jde i dnes o příspěvek ze státního rozpočtu do fondů zdravotního pojištění.

Složitější variantu úprav představuje evropská cesta zavedení

odvodu z dávek vyplývajících z předchozí výdělečné činnosti. Odvod by samozřejmě musel být kompenzován odpovídajícím zvýšením dávky a v okamžiku zavedení pokrýt dosavadní příjmy. Část populace (typicky neaktivní děti) v takovém případě žádné pojistné nehradí.

Jednou ze systémových variant krytí nákladů na neaktivní osoby by může být i zvýšení pojistného výdělečně činných osob kompenzované odpovídajícím snížením daně z příjmu.

Největší intenzitu zásahu pak představuje varianta počítající se zavedením částky nominálního pojistného i u dospělých neaktivních osob, včetně důchodců.

Z organizačního hlediska je na zvážení, zda umožnit zdravotním pojišťovnám nabízet více různých programů s různým obsahem a výší pojistného.

Jako univerzální řešení každopádně navrhuje zavedení motivační vratky části pojistného. Ta by umožnila finančně odměnit předem definované chování pojištěnce (dodržování režimu řízené péče, prevence, neúrazovost apod.). Toto řešení může částečně kompenzovat jinak omezenou možnost zavedení spoluúčasti u ústavou požadovaného základního balíku plně hrazených služeb.

V rámci nastavení příjmové stránky systému přicházíme i s dalšími návrhy opatření, jejichž cílem je zvýšit celkové příjmy nebo portfolio zdrojů. Takto navrhuje například faktické umožnění rozvoje soukromého připojištění vymezením a regulací „nenároku“ (komfort, nehrazené léky a služby), zvýšení příjmů zkrácením setrvání mimo výdělečnou činnost (např. zkrácením délky zproštění od pojistného

u osob dlouhodobě evidovaných na ÚP – cca 100 000 osob), nebo zkrácením celkové délky povinné přípravy na budoucí povolání. Z hlediska rozšíření portfolia zdrojů pak zavedení společného rezervního fondu ZP s přidělem ze spotřební daně u látek prokazatelně zkracujících délku výdělečné činnosti, nebo možnost organizovat a nabízet zaměstnavatelům programy řízené péče o jejich zaměstnance. V neposlední řadě pak spravedlivé, rovné a racionální nastavení postupu pro zajištění a využití příjmů v krizových situacích, např. při státem nařízených výpadech ekonomické aktivity. Věříme, že navržené změny, jdouce ruku v ruce s úpravami dalších oblastí, posunou systém na vyšší kvalitativní úroveň a zajistí zvýšení efektivity v blízkém se období zásadních výzev pro jeho udržitelnost.

VOLNÉ FÓRUM

1. Jaké jsou přednosti a slabiny současného nastavení příjmové stránky systému veřejného zdravotního pojištění?
2. Jaké možnosti úprav se reálně nabízejí a jak obtížné by bylo je zavést?
3. Kdy očekáváte, že se změny začnou realizovat?

Odpovídá Mgr. Jan Kvaček, ředitel, FN Bulovka

1. Velkou předností příjmové stránky systému je předvídatelnost a efektivita. Pojistné je zdravotními pojišťovnami vybíráno téměř ze 100 % a v závislosti na ekonomických predikcích Ministerstva financí a České národní banky se velmi dobře dá modelovat a odhadovat jeho vývoj v budoucnosti. Ministrem Válkem prosazená automatická valorizační platby za takzvané státní pojištění dává dlouhodobou stabilitu a jistotu. Zároveň velmi pěkně funguje přerozdělení prostředků mezi zdravotní pojišťovny na zá-

kladě předpokládaných nákladů pojištěnců odhadovaných skrze pohlaví, věk a chronické nemoci. Pojišťovny jsou společně také zajištěny proti nepředvídatelně vysokým nákladům. Naše příjmová strana je tedy velmi robustní. Zároveň je v případě potřeby velmi snadné přidat prostředky ze státního rozpočtu skrze jednoduchou změnu výše platby za státního pojištěnce. Výdaje České republiky na zdravotnictví jsou v porovnání se západní Evropou nižší, tedy jsme daleko od nějaké krize financování zdravotnictví, byť se potýkáme se stejnými problémy jako ostatní evropské státy – stárnutí populace, vysoké

tempo růstu specializovaných léčivých přípravků a podobně. Slabou stránkou příjmové strany je neexistující rozlišení mezi pojištěnci s rizikovým chováním, a naopak se zdravým životním stylem. Spoluúčast teče naprosto netransparentní cestou v rámci šedé ekonomiky, kdy lidé často na hraně či v rozporu se zákonem lékařům platí za služby, které by platit neměli. Na druhé straně není vyřešena otázka doplatku za službu, která přesahuje variantu krytou zdravotní pojišťovnou. Celá otázka motivací pojištěnce a spoluúčasti je de facto nedotčená oblast.



Jan Kvaček

2. Zavedení spoluúčasti je extrémně ožehavé téma a česká společnost ho nepřijímá dobře. Nicméně by bylo dobré odlišit, kdo se o své zdraví stará a kdo ne. Spíše než cestou postihů to vidím cestou pozitivních motivací. Bonifikovat pojištěnce, který plní sadu kritérií. Od toho, že dochází na pravidelné preventivní prohlídky, až k tomu, že se udržuje v kondici. Monitoring nemusí být povinný, nicméně pokud pojištěnec dobrovolně svolí k tomu, že lékař o něm pojišťovně sdělí několik základních údajů, a ty budou v pořádku, může být bonifikován. Při preventivním vyšetření je možné snadno zjistit, zda pojištěnec je či není obézní (s výjimkou důsledku choroby samozřejmě), zda sportuje, zda kouří a podobně.

Mimo to by bylo vhodné penalizovat zjevné zneužívání systému. Pokud si někdo již po páté v roce volá záchranku a pokaždé je to k banálnímu problému, není důvod toto nezaplatit. Stejně jako zjevné porušování doporučeného léčebného režimu, v důsledku čehož dojde k rehospitalizaci či reoperaci. Podobně když pacient zjevně ignoruje jakákoli doporučení svého ošetřujícího lékaře a vědomě způsobuje zhoršování

svého zdravotního stavu vedoucí k zbytečným a vysokým nákladům.

3. Vůbec si nedovoluji odhadnout, kdy budou nějaké změny v tomto duchu realizovány. Musela by jim předcházet dlouhá veřejná debata a veřejnost by musela být nakloněna tomu, že chceme systém veřejného zdravotnictví využívat efektivněji, a zajistit si tak jeho dlouhodobou stabilitu. Ve zdravotnictví působím od roku 2008, tedy 15 let. Za tuto dobu jsem se účastnil bezpočtu diskusí, poradních skupin a panelů k této problematice. Nikdy nedošlo k uvedení podobných myšlenek v život.

Odpovídá MUDr. Kamal Farhan, poslanec (ANO), člen, Výbor pro zdravotnictví, PS PČR



Kamal Farhan

1. Hlavní předností je jeho stabilita. Ostatně to dokazuje i fakt, že už je roky funkční a je schopný zároveň průběžně zvyšovat kvalitu zdravotnictví. Jeho slabinou však je, že je jen tak efektivní, jak důsledná je kontrola jeho efektivity. A tady bych řekl, že je určitě prostor pro zlepšení.

2. Já bych pro žádné velké úpravy nebyl. Spíše je otázka, jak zabránit současné vládě v jejích experimentech, že čas od času vynechají nebo sníží povinnou valorizaci plateb za státní pojištění.

3. Ministr zdravotnictví zatím žádné zásadní změny nepředstavil a pochybuji, že i představí. Parametrické úpravy nepovažuji za nic mimořádného. Fakt, že zde přes rok chybějí některé základní léky, je myslím o současném ministrovi dost vypovídající.

Odpovídá PhDr. Jana Votápková, Ph.D., ekonomka zdravotnictví, IES FSV UK

1. Předností současného nastavení příjmové stránky zdravotního pojištění je její částečná nezávislost na daňových příjmech státního rozpočtu. Osoby odvádějící zdravotní pojištění ze svých příjmů (zaměstnanci, OSVČ) tedy přesně vědí, která část jejich odvodů je směřována na zdravotní pojištění. Takovéto nastavení signalizuje politickou prioritu a případné zvyšování zátěže je snadněji přijímané než v případě nastavení systému, v němž je zdravotní pojištění hrazeno z obecných daní, tedy takové, v němž zdravotnictví v přerozdělování soutěží s jinými sektory ekonomiky.

Slabinou je příliš široké spektrum státních pojištěnců, tedy těch, za které zdravotní pojištění odvádí stát. Jedná se obzvlášť o stále se zvětšující podíl osob v důchodovém věku, které do budoucna budou pro systém představovat extrémní zátěž. Ve skutečnosti tedy osoby, které odvádějí daně, budou odvádět do systému v. z. p. daleko větší část svých příjmů, jelikož z jejich daní budou přerozděleny odvody za státní pojištěnce, které budou směřovat do systému v. z. p. Aby tedy mohly být pokryty odvody



Jana Votápková

za státní pojištěnce a jejich valorizace, bude docházet ke stále většímu zatížení státního rozpočtu. Jinými slovy, výše uvedená přednost, kterou je nezávislost příjmů v. z. p. na výběru daní, se bude postupně vytrácet a systém v. z. p. se při současném nastavení bude stále více spoléhat na daňový systém.

2. Je evidentní, že úprava současného nastavení bude nutná, avšak nejedná se o jednoduchou změnu jak z hlediska nastavení, tak akceptovatelnosti. Je jasné, že bude potřeba učinit spektrum systematických změn, které spolu budou navzájem provázané. Jako možnost lze hypoteticky uvažovat přenastavení přerozdělování příjmů státního rozpočtu, kdy by k pokrytí zvyšujících se požadavků systému v. z. p. – úhrad za státní pojištěnce – bylo potřeba věnovat větší část vybraných daní právě k pokrytí těchto výdajů, které však budou chybět k financování jiných státních výdajů.

Další možnost je zvýšení zatížení odvodů pracujících, tedy zaměstnanců a OSVČ, avšak při současně vyšší daňové zatížení nemyslím, že je tato změna mož-

ná. V současné době potřebujeme ekonomiku spíše oživit a motivovat občany k utrácení, nikoliv ji dále zbrzdít.

Zapojení osob ze třetích zemí do systému v. z. p., které jsou nyní v soukromém pojištění, je též dílčí možnou změnou, ale vzhledem k jejich počtu se jedná o marginální záležitost.

Jako dílčí možnost se nabízí omezit nároky hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a tedy omezením výdajů snížit tlak na příjmy systému v. z. p. Tím by byli pojištěnci nuceni více dbát na prevenci a více se zajímat o svůj zdravotní stav, tedy nespolehat jen na veřejný systém. Takové nastavení se určitým způsobem již vžilo ve stomatologii. Případně je řešením zásadní zvýšení efektivity využití zdrojů, to ale bude určitě narážet na odpor části příjemců prostředků.

Nevyhnutelnou změnou vzhledem k demografickému vývoji – stárnutí obyvatel a zvyšujícímu se nárůstu chronických nemocí, tedy zvyšujících se výdajů na zdravotní péči osob, které jsou nyní státními pojištěnci – bude nastavení příspěvků osob v důchodovém věku do systému v. z. p.

Zavedení takových systémových změn nebude jednoduché, zároveň ale všichni víme, že je nevyhnutelné. Před jakoukoliv změnou bude nutné nejprve provést celou řadu analýz a kroků, aby změny byly systematické, navazovaly na sebe a byly promyšlené, tedy vedly ke kýžené udržitelnosti systému. Jednotlivé samostatně stojící změny v tomto ohledu rozhodně nejsou žádoucí.

3. Vzhledem k urgentnosti vycházející z demografického vývoje by bylo třeba, aby se změny začaly realizovat co nejdříve. Avšak před zaváděním jakýchkoliv opatření je nutné vše detailně promyslet, aby se jednalo o systematické změny, tedy souhrn mnoha opatření vedoucích

k dlouhodobě udržitelnému systému, nikoliv o jednotlivé samostatné reformy, kterých již bylo bezpočet.

Mgr. Jan Zapletal, ředitel, Odbor dohledu nad zdravotním pojištěním, MZ ČR

1. Za jednoznačnou přednost současného nastavení příjmové stránky systému veřejného



Jan Zapletal

zdravotního pojištění považují především schopnost zajistit v dostatečné míře financování zdravotní péče v České republice bez zásadnější spoluúčasti, která by mohla omezovat přístup k nezbytné péči pro některé sociální skupiny. To ale není samozřejmostí a nelze do budoucna zavírat oči před změnami struktury obyvatelstva, kdy lze předpokládat další úbytek ekonomicky aktivních osob, na jejichž odvodech do systému je zdravotnictví závislé, a naopak zvyšování počtu státních pojištěnců, kteří čerpají významnou část hrazené péče. Rozkolísat systém z hlediska jeho příjmové stránky pak může za současné situace např. významnější zvýšení nezaměstnanosti, která je naštěstí konstant-

ně velmi nízká. Určitě je dobře, že toto riziko alespoň částečně zmírňuje zavedení automatické valorizace pojistného za státní pojištěnce, byť ani to nemusí být při významnější krizi dostatečné.

2. Možností, jak posilovat (resp. zajišťovat proti náhlým otřesům) příjmovou stránku veřejného zdravotního pojištění, je samozřejmě celá řada. Každá z nich ale s sebou pochopitelně nese i vedlejší dopady, s nimiž se bude potřeba vypořádat. Tak při zavedení či zvyšování spoluúčasti je nutné eliminovat právě zmíněné dopady na ty skupiny obyvatelstva, pro něž by takový krok mohl mít tzv. rdousící efekt a omezovat by jejich přístup k nezbytné péči. Samozřejmě je možné zvažovat změny ve struktuře pojistného, kdy je ale otázkou ochota politické reprezentace k takové změně – zejména vzhledem ke zvyšování finanční

náročnosti některých specializovaných zdravotních služeb, léčivých přípravků či technologií ale osobně považuji za relevantní vést diskusi i tímto směrem. Co se pak týká často zmiňovaného doplňkového pojištění, jsem značně skeptický k životaschopnosti takového produktu s ohledem na velmi široký rozsah péče hrazené přímo z veřejného zdravotního pojištění. Jinými slovy se nedomnívám, že by bylo reálné se připojistit tak, aby to bylo pro pojišťovny i pojištěné osoby dostatečně lukrativní. Naopak bych se nevzdával myšlenek na zavedení možnosti dobrovolného spoření pro některé nehrazené či částečně hrazené zdravotní služby. To by mohlo být zajímavé jak pro zdravotní pojišťovny z hlediska možnosti využití takových prostředků na úhradu zdravotních služeb, tak i pro pojištěnce, kteří by za výhodných podmínek mohli zhodnocovat vložené pro-

středky a využít je ve vhodnou chvíli právě k platbám za nehrazenou péči. Je ale nutné přiznat, že zavedení takové možnosti je legislativně velmi komplikované už jen z toho důvodu, že zdravotní pojišťovny v současnosti povinně ukládají finanční prostředky v České národní bance, kde nejsou zhodnocovány tak, jak by mohly být u běžných komerčních bank.

3. Všechny nastíněné změny lze považovat za významné zásahy do systému veřejného zdravotního pojištění a musejí být důkladně připraveny tak, aby odolaly např. přezkumu ze strany Ústavního soudu. Přestože některé z nich se mohou objevit již v připravované novelizaci předpisů upravujících veřejné zdravotní pojištění, domnívám se, že většina z nich bude realizovatelná až po odborné debatě v následujících letech.



OBČAN V SÍTI

10/2023

Pavel Vepřek
Josef Veselka
Lukáš Velev
Jan Michálek
Michal Čarvaš
Milan Kubek
Jitka Vojtová
Petr Hubáček
Jan Boženský
Zorjan Jojko
Eva Karásková

JAKÝM ZMĚNÁM SE NEVYHNEME VE STRUKTUŘE A ORGANIZACI ZDRAVOTNÍ PÉČE?

V devadesátých letech minulého století skončilo centrální řízení našeho zdravotnictví, aby bylo nahrazeno systémem sdílené neodpovědnosti v pojišťovenském maskování. Naše pojišťovny, které měly hrát v efektivitě správy peněz pojištěnců hlavní roli, k tomu nedostaly potřebné nástroje a motivaci. Stát si ponechal ústřední místo v systému, ale před koncepční a kontrolní prací upřednostnil zájem na redistribuci prostředků a ad hoc zásahy. Prostředí, které se vyvíjelo pod taktovkou zdravotnických podnikatelů a politických zájmů, nevytvářelo tlak na efektivitu, konzervovalo historickou síť nemocnic včetně vnitřní organizace jejich chodu a nepodporovalo racionalizaci a integraci péče. Peníze z evropských fondů natekly do mašin a betonu, ale racionalitě zdravotnických investic nepomohly. Dnešní stav, kdy už i fakultní nemocnice okoukaly od těch méně

aktivních praktických doktorů roli distributorů a svými pacienty zásobují privátní zařízení v okolí, sice ještě nenarazil na finanční limity, ale dlouhodobě se potýká s personálními problémy. No a my, místo toho, abychom po vzoru Anglosasů, Francouzů, Dánů a dalších přizpůsobili vnitřní organizaci nemocnic, jejich typologii a počet požadavků zákoníku práce, zvolili jsme jeho letité porušování.

Mladí lékaři z České lékařské komory teď razantně vystupují proti novele, které dala možnost stávající stav zlegalizovat, ale cílí jen na její zrušení a zvýšení platů. Jejich aktivita nasvítla chronický problém a je jasné, že prosté zrušení novely nic neřeší. Moc bych si přál, aby výsledkem aktuálního rozruchu nebyli jenom stejně nevyspalí, ale o trochu bohatší doktoři, ale sdílená potřeba začít řešit příčiny stavu, a ne jeho příznaky.



Mnoho našich doktorů již prošlo západními nemocnicemi a znají jejich vnitřní strukturu a organizaci práce, vědí, jak putují pacienti systémem, ale i jak vypadá výuka a postgraduál lékařů. Což je skvělá zpráva, protože ten, kdo to se změnami bude myslet vážně, má kde získat rozumy. Nicméně k tomu, aby se racionální modernizace organizace a struktury poskytování zdravotní péče mohla uskutečnit, potřebuje mít motor ve zdravotních pojišťovnách. Věřím, že se vývoj směřující opačným směrem podaří otočit a my zdárně dotvoříme fungování a samosprávný systém veřejného zdravotního pojištění. Po vzoru Cata staršího soudím, že cesta k efektivnímu a kvalitnímu zdravotnictví vede přes fungující zdravotní pojištění.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

STRUKTURA A ORGANIZACE ZDRAVOTNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE: NAJDEME ODVAHU, KDYŽ JSME JI NENAŠLI TŘICET LET?

prof. MUDr. Josef Veselka, CSc.

Jaké jsou příčiny relativního nedostatku zdravotníků v našem zdravotnictví a proč se v našich nemocnicích tolik slouží?

Zdravotníci chybějí všude v rozvinutém světě. Sestry a ošetřovatelky/pečovatelky jsou žádané všude. Lékařů máme relativní dostatek, nejsou však adekvátně rozmístěni ani geograficky, ani oborově. Stát se chová pasivně,



Josef Veselka

odborné společnosti hledí jen na svůj prospěch (prospěch svých vedení), trh vytváří pojišťovna určující smlouvy. Ve velkých nemocnicích je mnoho neefektivně pracujících lékařů. Služby a jejich organizace jsou reliktem minulosti, pro lékaře znamenají až 50 procent výdělku, proto většina lékařů nebude souhlasit s jejich omezením. Ambulantní lékaři dělají často to, co je placeno, nikoliv to, co je třeba. Jsou neefektivní.

Jaké změny by prospěly struktuře naší nemocniční sítě a vnitřní organizaci práce v nemocnicích?

Klíčem je snížení počtu malých nemocnic a jejich přeměna na geriatric a následnou péči. Páteří sítě by měly představovat fakultní a krajské nemocnice, ostatní

by bylo vhodné k zajištění větší efektivity privatizovat. Měla by se racionalizovat péče v Praze (5 kardiochirurgií, 7 kardiologií s příslužbou 24/7). V rámci fungování nemocnic by se lékaři měli zbavit administrativní práce a měl by se zvýšit počet ošetřovatelů.

Jaká je u nás návaznost péče mezi jejími jednotlivými úrovněmi a co by se dalo dělat lépe?

Dobrá. Překlady pacientů bez povinnosti předchází dohoda. Některé nemocnice/kliniky nepřijímají akutní pacienty a ti „putují terénem“. Je to známka špatného fungování jejich managementu.

Jak by měly změny probíhat a kdo by se na nich měl podílet?

Klíčovou osobou je předseda vlá-

dy ČR – nikdo jiný není a nebude schopen změny prosadit. Hluboká reforma zdravotnictví by musela být prioritou vlády, nikoliv jako je tomu nyní. Změny by měly zasáhnout pregraduální výuku (předměty stále stejné už 50 let), postgraduální výuku (atmizace medicíny na malé obory sloužící k vytvoření „klubů“, povinné dodržování programů tréninku), podpora praktických lékařů, benefity pro ambulance v „low-people areas“, snížení počtu malých nemocnic, posílení geriatric, privatizace státních (krajských) malých a středních nemocnic, reorganizace velkých nemocnic, zavést tržní principy do zdravotních pojišťoven.

BEZ ZÁSADNÍCH ZMĚN TO NEPŮJDE

MUDr. Lukáš Velev, MHA ředitel, Nemocnice Jihlava, místopředseda, Rada AČMN

Ačkoli z dostupných statistik vyplývá, že v mezinárodním porovnání nemáme v přepočtu lékařů nedostatek, na řadě míst prokazatelně a citelně chybějí. Zřetelný rozdíl je mezi aglomeracemi jako Brno či Praha a oblastmi mimo ně. Za mne může být na vině i statistická chyba, neboť pracujeme s přepočtenými úvazky a do hry vstupuje i potřeba naplnit metodiky ZP. Je také zřejmé, že vlivem nerovnoměrné koncentrace poskytovatelů jsou lékaři a zdravotníci obecně nerovnoměrně rozloženi. Co je jisté a nyní jasně vyplynulo na povrch, je fakt, že zdánlivý dostatek lékařů a hladké zajištění chodu nemocnic jsou dány velkým množstvím přesčasové práce, kterou lékaři konají. Je zjevné, že k pokrytí potřeb zajištění péče často nestačí zá-

konných 416 hodin přesčasů, které lze s lékaři dohodnout. Je-li průměrný objem přesčasové práce nemocničního lékaře kolem 80 hodin, je výpočet daný. Směna delší než zákonných 12 hodin je normou. Navíc zajištění nepřetržité péče je problémem jen nemocnic. Ty ji logicky zajišťují na lůžku, ale také v ambulancích. V ambulancích suplují úkoly terénních praxí, praktiků, dětských praktiků a ambulantních specialistů. LPS (lékařská pohotovostní služba) je dle zákona č. 372/2011 Sb. výrazem zajištění nepřetržité péče v ambulancích, a to jak všeobecných (PLD a LDD), tak specializovaných. Měli by se tedy na ní podílet všichni, kdo příslušnou odbornost ambulantně zajišťují. Aktuálně nastala situace, kdy se část politické reprezentace pokusila situaci vyřešit tím, že umožní navýšení dohody o přesčasech až na 632 hodin/rok. Byla to evidentně poslední kapka v trpělivosti



Lukáš Velev

mladých lékařů, a nejen jich. Jakoli asi nebyla míněna zle a snažila se legalizovat běžnou praxi, vedla k radikalizaci a výpovědi souhlasu s přesčasy u významné části lékařů. Zásadní chybou bylo, že uvedený poslanecký návrh nebyl nijak konzultován s těmi, jichž se týká. Současná situace ve vyjednávání představitelů vlády a lékařů je

názornou ukázkou toho, jak nemá probíhat krizová komunikace. Místo hledání řešení cílovou skupinu úpravy dále radikalizuje. Je přitom zcela jasné, že v současné době není jiné cesty než dohoda s těmi, kdo chodí zdravotnictví zajišťují. Obávám se, že nyní je možná jen finanční pobídka. To by ale neměl být jediný výsledek. Jinak se bude situace opakovat.

Celkově tyto strkanice a přetahování se vedou k dehonestaci práce lékařů, i obecně zdravotníků. Logicky snižují zájem mladých lidí pracovat v českém zdravotnictví. Devalvují snahu o navýšení počtu studentů LF, která se díky velkému nasazení LF a jejich pedagogů daří. Je to výsměch jejich práci. Znejišťuje i studenty dalších zdravotnických oborů.

Řešení neudržitelné situace ve zdravotnictví je jednoznačně věc

státu a politiky. Není jednoduché ani rychlé. Neexistuje žádný zázračný jeden krok, který by stav řešil. Jde o řadu dobře vážených a diskutovaných (!!!) opatření, která povedou k racionalizaci služeb, jistě i sítě, při zachování příjmové hladiny lékařů, zdravotníků. Je to v pořádku, mají být zaplacení za základní úvazek. Zajištění nepřetržité péče by mělo být jen objektivní nutností, povinností. Ne zdrojem výdělků. Jinak budeme na sebe neustále narážet a situace se stane neřešitelnou. Doplatí na to všichni. Vyhrají populisté, kteří to jistě využijí.

Moc bych si přál, aby spolu začaly obě strany, tedy vláda a lékaři, zdravotníci jednat. Intenzivně, nyní podle pravidel krizové komunikace a neštengrovat se (odkazují na Slovník spisovné mora-

vštiny). Vedle zvládnutí současné krize je třeba vydiskutovat a připravit jasné kroky, které povedou k oboustranně přijatelné změně. Budou jasně garantovány. Slovo reforma jsme historicky zprofanovali. Půjde o „akční plán pro zdravotnictví“ s horizontem 5 a 10 let, tedy dalece přesahující mandát této i příští vlády. Ale musí vzniknout. Ve shodě všech politických subjektů, jejichž je to nedělitelná odpovědnost. Musí zahrnovat ty, kdo jsou pro chod zdravotnictví nezbytní. Tedy lékaře a zdravotníky. Výsledkem musí být široká společenská dohoda zajišťující slušné podmínky pro zdravotníky, akceptovatelnou dostupnost zdravotních služeb pro občany a udržení vysoké kvality českého zdravotního systému. Pomáhej nám Bůh.

SITUACE VE ZDRAVOTNICTVÍ A POTŘEBA ODPOVĚDNÉHO VOLIČE

Ing. Jan Michálek
ředitel, Odbor přímo řízených organizací, MZ ČR

Jaké jsou příčiny relativního nedostatku zdravotníků v našem zdravotnictví a proč se v našich nemocnicích tolik slouží?

Náš současný zdravotní systém je možné charakterizovat, samozřejmě velmi zjednodušeně, jako všechno všem všude, a to formou „all you can eat“. Slovem **všechno** mám na mysli, že nárok pojištěnce je opravdu velmi široký, bez nějakých (větších) omezení. Lístina základních práv a svobod definuje bezplatnou zdravotní péči (za podmínek daných zákonem) jako základní právo všech občanů. Zákon o veřejném zdravotním pojištění potom stanovuje, že hrazenou službou je v zásadě vše, co je účelné pro daného pojištěnce,

odpovídá poznatkům vědy a existují pro to důkazy. A kdyby to nestačilo, § 16 tohoto zákona stanoví, že pojišťovna hraadí i zdravotní služby jinak nehrazené, pokud je to jedinou možností z hlediska zdravotního stavu pojištěnce.

Všem znamená, že vstup do našeho systému veřejného zdravotního pojištění není omezen, v zásadě do něj vstoupí každá osoba, která zde má trvalý pobyt nebo legálně pracuje. Zároveň nárok na hrazené služby není podmíněn úhradou zdravotního pojištění – i ten, kdo neplatí (nebo za něj není placeno) zdravotní pojištění, může čerpat péči.

Všude znamená, že síť poskytovatelů je v České republice velmi hustá, a to včetně akutní lůžkové péče. Zároveň platí, že očekávání české veřejnosti jsou ve věci místní dostupnosti péče velmi vysoká



Jan Michálek

a případné uzavření jakékoli nemocnice budi velké emoce. Formou **all you can eat** chci vyjádřit, že čerpání péče, její intenzita či frekvence nejsou nijak omezeny. Rozhodne-li se pacient, že bude chodit například každý týden k ortopedovi (či ještě lépe pokaždé k jinému ortopedovi), systém mu v tom nijak nezabrání.

Zároveň to znamená, že péči má pojištěnec předplacenou zdravotním pojištěním, ale čerpat ji může bez jakýchkoli omezení, do té míry, do které mu ji jsou poskytovatelé schopni poskytovat. Zároveň si pojištěnec může vybrat, zda se svými obtížemi půjde k praktickému lékaři, ambulantnímu specialistovi nebo do ambulance v nemocnici. Žádnými pravidly není v rámci systému nikam povinně směřován.

Otázku relativního nedostatku personálu nelze vyřešit odkazem na to, že náš počet lékařů a jiného zdravotnického personálu na 100 000 obyvatel patří v rámci Evropy spíše k těm vyšším, pohybujeme se v kvadrantu „nadprůměr lékařů, nadprůměr sester“. Nicméně relativní vyšší počet musíme vždy vztahovat k podobě zdravotního systému, který u nás máme. Náš počet lékařů (a ostatního zdravotnického personálu) musí pokrýt: 1) širokou síť poskytovatelů akutní lůžkové péče, 2) vysoký počet kontaktů našich pacientů se zdravotním systémem, 3) systém, kde pacient není nikam směřován a čerpá péči v zásadě dle svého uvážení, 4) systém, kde neexistuje účinná brzda pro zbytečná nebo duplicitní vyšetření, a do toho všeho musí stačit na naši stárnoucí a poměrně nemocnou populaci.

A zdá se, že počet zdravotníků na pokrytí všech výše uvedených potřeb nestačí. Respektive při současně efektivitě může současný počet zdravotníků pokrývat potřeby systému pouze s vysokým využitím přesčasové práce.

Jaké změny by prospěly struktuře naší nemocniční sítě a vnitřní organizaci práce v nemocnicích?

Z mého pohledu by nejvíce pomohlo nastavit pravidla pro to, jak má pacient systémem procházet. Podmínkou jakéhokoli systému určujícího pravidla průchodu pacienta systémem je však

funkční a dostatečně robustní primární péče. Máme tedy před sebou ještě mnoho práce. Za předpokladu funkční primární péče a efektivního fungování sítě ambulantních specialistů by se výrazně ulevilo našim nemocnicím, kam pacienti často chodí, protože jde o pro ně nejdostupnější zdravotnické zařízení. Další možností je výrazně větší zapojení zdravotních pojišťoven do organizace péče pro své pojištěnce. Podmínkou je, aby zdravotní pojišťovny měly možnost své pojištěnce k optimálnímu chování motivovat.

Ulevit přetíženým nemocnicím také může rozvoj telemedicíny, domácí péče a jednodenní chirurgie, které se v posledních letech dostalo velké podpory.

Co se týče vnitřní struktury péče v nemocnicích, v posledních letech se opravdu velmi rozvíjejí urgentní příjmy. V některých nemocnicích mají podobu skutečně centrálního příjmového místa jak pro pacienty v ohrožení života, tak pro všechny přicházející pacienty s různými obtížemi. Někde mají spíše formu více či méně rozšířené pohotovosti. Ná vaznost péče na těchto pracovištích a ambulantního terénu by mohla výrazně prospět jak pacientům, tak systému. S dalším rozvojem jednodenní chirurgie, který je v současné době úhradově podporován, také dojde k optimalizaci vnitřní struktury nemocnic. Některé nemocnice by se mohly transformovat a výrazněji zaměřit na jednodenní chirurgii a ambulantní provoz a lůžkové kapacity by mohly saturovat potřebu po následné péči, která v mnoha regionech výrazně chybí.

Jaká je u nás návaznost péče mezi jejími jednotlivými úrovněmi a co by se dalo dělat lépe? Návaznost se liší podle závažnosti stavu pacienta. Pokud je pacient opravdu nemocný, návaznost funguje většinou velmi

dobře, i když i zde jsou samozřejmě rezervy. V této oblasti se ještě více musí prohloubit standardizace postupů, musejí být definovány indikátory kvality a nastaven systém jejich vyhodnocování. Méně si náš systém umí poradit s pacienty, kteří mají spíše běžnější obtíže, nebo zatím nebyla zjištěna příčina jejich potíží. Tam se skutečně může stát, že pacient metodou pokus-omyl hledá lékaře, který by mu pomohl. Zároveň neexistují pevná pravidla pro referování pacientů k vyššímu stupni péče. Pokud například ambulantní specialista indikuje pacienta k operaci, napíše mu lékařskou zprávu, ve které sdělí svůj závěr, dá ji do rukou pacientovi a popřeje mu hodně štěstí. Zde vidím velký prostor pro roli zdravotních pojišťoven. Podmínkou je zavedení tzv. trojcestné žádanky a její rozšíření na co nejvíce variant situace, kdy lékař pacienta posílá k dalšímu vyšetření či ošetření. Je klíčové, aby tyto informace měla zdravotní pojišťovna co nejdříve a mohla sledovat, jak jsou potřeby jejich pojištěnců sítí smluvních poskytovatelů uspokojovány.

K posunu v oblasti návaznosti péče je naprosto klíčový funkční eHealth. Pokud u léků již zvládnáme sledovat lékovou historii každého pacienta, bylo by nesmírně užitečné umět sledovat i historii konkrétních vyšetření pacienta a jejich výsledků. Naprostý základ by měly být zobrazovací metody a laboratorní výsledky. Tedy každý lékař, který bude mít pacienta v péči, by měl mít přístup k jeho historickým výsledkům vyšetření.

Jak by měly změny probíhat a kdo by se na nich měl podílet?

Na změnách se musí podílet hlavně občan – volič. Ten především si musí uvědomit, že současný systém je dlouhodobě neudržitelný. „Na zdravotnictví“ se dají velice snadno prohrát vol-

by. Vyhrát (což je opak prohrát, neboť volby jsou vždy hrou s nulovým součtem) se zatím podařilo pouze s negativně vymezeným zdravotnickým programem – „zabráníme ...“, „nedovolíme ...“, „zachováme ...“. A to se musí změnit. V současné době máme mnoho informací o systémech zdravotnictví v různých zemích, existují organizace, kte-

ré je systematicky mapují. Máme mnoho odborníků na ministerstvech, v nemocnicích, v neziskovém sektoru, i mnoho lidí, pro které je organizace zdravotnictví jejich akademickým zájmem. Klíčem ale je, aby si nutnost změny uvědomil volič.

Potom můžeme směřovat k dokonalému systému zdravotnictví, kde péče bude efektivně posky-

tována v optimálně geograficky rozložené síti poskytovatelů, vždy na té úrovni péče, která odpovídá povaze onemocnění, dobře zaplacenými, nepřetěžovanými zdravotníky, pacientům, kteří péči skutečně potřebují, za úhrady, které umožní pokrytí efektivně vynaložených nákladů a zároveň motivují poskytovatele k žádoucímu chování.

VOLNÉ FÓRUM

1. Jaké jsou příčiny relativního nedostatku zdravotníků v našem zdravotnictví a proč se v našich nemocnicích tolik slouží?
2. Jaké změny by prospěly struktuře naší nemocniční sítě a vnitřní organizaci práce v nemocnicích?
3. Jaká je u nás návaznost péče mezi jejími jednotlivými úrovněmi a co by se dalo dělat lépe?

Odpovídá Ing. Michal Čarvaš, MBA, předseda, Asociace českých a moravských nemocnic; předseda představenstva, Nemocnice Prachatice, a. s.; člen představenstva, Jihočeské nemocnice, a. s.

1. Relativní nedostatek zdravotníků pociťují poskytovatelé zdravotních služeb dlouhodobě. Na trhu práce není dostatek zájemců o práci. Náhrada těch, kdo odcházejí do důchodu, a těch, kdo do systému přicházejí, není v rovnováze. Pro nahrazení staršího zkušeného atestovaného lékaře potřebujete přijmout 2 až 3 mladé lékaře. Liší se představy nové generace o trávení času v práci nad rámec sjednaného úvazku. Takže je třeba se zamyslet, jak přizpůsobit systém novým pohledům mladé generace, aby práce pro ni byla zajímavá, ale dala se skloubit s osobním životem, cestováním a dalšími možnostmi, které dnešní doba nabízí. Navíc na LF sice studuje více studentů, ale podíl cizinců je vysoký a část z nich logicky nezůstává na českém trhu práce.



Michal Čarvaš

Proč se v našich nemocnicích tolik slouží? V našich nemocnicích se tolik slouží, protože nikdo jiný neposkytuje péči 24/7/365. Nemyslím si, že by management držel ve službách více personálu, než je třeba, neboť si přiznejme, že je to velmi drahé a často ztrátové. Primární péče se o pacienta bohužel nepostará o víkend ani

po pracovní době (až na světlé výjimky) a vláda, MZ, kraje ani zdravotní pojišťovny ji k tomu nemají sílu ani chuť donutit.

2. Volání po změnách ve struktuře sítě podle mého názoru a zkušenosti není všespásné řešení. Ba naopak. Pokud zrušíme několik menších nemocnic a budeme se snažit je přeměnit na následnou péči, pak nedojde k žádanému přesunu lékařů do jiných nemocnic. Část zůstane v ambulantních nemocnicích, část si otevře vlastní soukromé praxe a část půjde do důchodu. Naproti tomu bude stát delší fronta pacientů v sousední nemocnici, kteří budou čekat na ošetření, budou čekat na urgentech nebo budou dovezeni ZZS, tedy zátěž pro zdravotníky v těch spádových nemocnicích v síti bude vyšší. Pokud zrušíme jednu FN v Brně a jednu v Praze, dostupnost péče se nezhorší tolik, jako když zrušíme několik nemocnic v příhraničí, ale lékaři se podobně rozutečou do soukromých ambulantí, řetězců a podobně. Řada lékařů už dnes má více úvazků, kromě nemoc-

nice i soukromou ambulanci, ZZS, lékařskou fakultu atd., nelze tedy říci, že platí rovnice – máme málo lékařů = máme moc nemocnic. Lze se na to podívat i z druhé strany – máme málo lékařů = máme moc pacientů. Je třeba si říci, že problém je ve zneužívání akutní péče zejména o službách a víkendech. Více než polovina pacientů chodí s chronickými potížemi, bez využití primární péče. Je tedy třeba jasně vymezit cestu pacienta systémem, odpovědnosti i možností, jak na straně pacienta, tak na straně primární péče i nemocnic. Bez regulačních poplatků či podobných stimulů se podle mého názoru neobejdeme.



Milan Kubek

3. Určitě vždy jde dělat řadu věcí lépe. Tam, kde funguje komunikace a kde se třeba primární péče podílí na službách LPS či na urgentu v nemocnici, tak existuje větší porozumění a vzájemná spolupráce mezi oběma úrovněmi. V řadě případů si lze lépe předat informace, elektronicky místo papírů, sdělit si osobně další postup u komplikovaného pacienta při předávání do další péče. K tomu ale obě strany musejí mít prostor, čas a chuť, proto by bylo třeba část administrativních úkonů, které podle legislativy musí dělat lékař, ale běžně za něj v praxi vyřizuje sestra, převést na administrativního nelékařského pracovníka, který lékařům i sestrám pomůže, odlehčí jim a nechá je dělat jejich kvalifikovanou práci. Je třeba ale zbourat zažitě stereotypy a postupy. Rozhodně jsem pro postup evolucí, nikoli revolucí.

Odpovídá MUDr. Milan Kubek, prezident, Česká lékařská komora

1. Nedostatek zdravotníků minimálně v případě zdravotních sester a lékařů není relativní, ale absolutní. Vážnost problému na-

víc umocňuje stále se zvyšující průměrný věk pracujících lékařů. V případě praktických lékařů je průměrný věk 54 let, přičemž 30 % ordinujících praktiků je starších 65 let. U praktických pediatrů, či spíše dětských lékařek, je průměrný věk dokonce 56 let a starších než 65 let jich je celá třetina. V našich nemocnicích se tolik slouží proto, že naši lidé jsou hodně nemocní. Poté, co došlo k faktickému rozpadu pohotovostních služeb primární péče, které zajišťovali praktičtí lékaři a pediatri, samozřejmě nezmizela poptávka po těchto službách. Lidé jsou nemocní stále a pacienti potřebují lékařskou pomoc nejenom 6–8 hodin denně, ale také v noci, o víkendu i ve svátky. Když nemohou nalézt pomoc u svého praktického lékaře a jeho kolegů, hledají pomoc na přetížených centrálních příjmech v nemocnicích. Případně se tam ještě nechají odvážet vozidly zdravotnické záchranné služby.

Chtěl bych zdůraznit, že služby v nemocnicích v žádném případě neznamenají automaticky přesčasovou práci. Přesčasy by měly zůstat něčím mimořádným. Když chirurgové nedokončí ope-

raci před koncem své pracovní doby a samozřejmě operují dál, pak je to přesčasová práce, za kterou musejí dostat zapláceno. Stavět však systém plánovaných pohotovostních služeb na přesčasech, to je nesmysl. Poté, co lékař odpracoval běžnou pracovní směnu a drží pohotovost až do druhého rána, aby svým kolegům podal hlášení, předal pacienty a šel domů, tedy poté, co odpracuje 24 hodin, musejí následovat v průměru minimálně dva volné dny. Myslím, že proti takovému režimu, který bývá v civilizovaných zemích obvyklý, by ani kolegové a kolegyně v našich nemocnicích neprotestovali, pokud by samozřejmě měli zajištěny důstojné mzdy a platy za základní pracovní dobu. Být ekonomicky závislý na přesčasech, tedy v podstatě na druhém zaměstnání, to přece není normální.

2. Počet nemocnic na počet obyvatel u nás v zásadě odpovídá obdobným počtům v sousedním Německu nebo Rakousku. Síť rozhodně není s ohledem na zdravotní stav a potřeby obyvatel nijak předimenzovaná a odpovídá naší tradici. Během epidemie nemoci Covid-19 praskaly nemocnice ve švech a ukázalo se, jak důležité bylo, že se různým „reformátorům“ nepodařilo počty lůžek a nemocnic redukovat. Za chybnou považují spíše strukturu nemocničních lůžek, kdy naše zdravotnictví trpí zoufalým nedostatkem lůžek následné a dlouhodobé péče.

Z pohledu lékaře je problém do obudných rozměrů narůstající administrativa a s ní spojený formalismus naší práce. Digitalizace, která by nám měla šetřit čas, abychom se mohli více věnovat svým pacientům, zatím přináší vesměs pravý opak. Zase jen další zbytečnosti zdržující nás od odborné práce. Řešení spatřuji v aplikaci tržního principu. Práce lékaře musí být tak drahá,

aby mu žádný zaměstnavatel nedovolil dělat nic jiného než léčit pacienty, tedy to, kde ho nemůže nikdo nahradit. Veškerý ten administrativní balast by nám měl zajišťovat servisní tým asistentů a asistentek. Dokud bude hodinová cena lékařské práce tak žalostná jako nyní, nic se nezmění na tom, že zejména mladé lékařky budou lékaři dělat v nemocnicích „poskoky“. Věřím, že v rámci akce „Lékaři jsou jenom lidi“ vyhlášené Sekcí mladých lékařů ČLK se nám pracovní podmínky v nemocnicích změnit podaří.

3. Rezervy spatřuji v tom, že nemocnice v rámci regionů málo spolupracují, a naopak si nesmyslně konkurují. Jsou pod tlakem, aby prováděly co nejvíce výkonů v co nejširším spektru lékařských oborů. To je samozřejmě extrémně náročné na počet kvalifikovaných lékařů a zdravotníků. Každá nemocnice se snaží udržet si své místo na trhu zdravotnických služeb tím, že se snaží zajišťovat všechno. To je nesmysl. Kdyby zdravotnictví někdo fídl, motivoval by naopak nemocnice k tomu, aby se více specializovaly a při péči o své pacienty navzájem spolupracovaly.

Odpovídá MUDr. Jitka Vojtová, MBA, zdravotní ředitelka, OZP

1. Pouštět se do polemiky, jestli je nedostatek zdravotnických pracovníků skutečně relativní nebo absolutní, nebudu, zastávám totiž názor, že české zdravotnictví je ve srovnání se zeměmi Evropské unie na velmi dobré úrovni, a to samo tedy absolutnost nedostatku téměř vylučuje. Ale toto hodnocení ale neznamená, že si neuvědomuji i jeho zádrhele a nedostatky, ať už nahlíženo z pohledu plátce, pacienta, nebo lékaře.



Jitka Vojtová

Příčin relativního nedostatku zdravotníků je více a konečný výčet by jen těžko byl konsenzuální. Nepochybně se budou různit významem a rozsahem i u jednotlivých skupin zdravotnických pracovníků, ale mnohé jsou společné všem kategoriím. Bez nároku na řazení příčin podle závažnosti bych začala u vzdělávání – zejména u lékařů může být jedním z negativně působících faktorů změna, resp. opakované změny atestační přípravy v relativně krátkém časovém úseku. S vědomím, že za těmito změnami stojí i zesouladnění našeho systému s evropskými standardy, je faktem, že vnímaná nestabilita postgraduálního vzdělávání není zrovna motivačním prvkem. Podobné zvraty postihly i vzdělávací systém nelékařských zdravotnických pracovníků.

Hodně diskutované je v této souvislosti samozřejmě i finanční ohodnocení lékařů (zejména těch začínajících). Za zmínku v této souvislosti stojí i působení vyhlášky č. 92/2012 Sb. (tzv. personální vyhláška), která se může v určitých ohledech jevit jako předimenzovaná. Demografický vývoj jako příči-

nu nedostatku zdravotnických pracovníků asi netřeba rozebírat, tento faktor se již stal obecně známým.

Na druhou část otázky, proč se v našich nemocnicích tolik slouží, se odpovídá ještě hůře – nepřetržitý provoz, což akutní lůžková péče je, má personální nároky, stanovené příslušnými předpisy. Tím, co by mohlo být ovlivnitelné, je organizace péče a s tím související účelné rozdělení kompetencí a racionální průchod pacienta systémem.

2. Změny by měly přijít zejména v oblastech zavádění kvalitativních měřitelných parametrů a ukazatelů do systému péče, a to i ve smyslu centralizace (organizace a finanční), i když ani ta není jistě samospasitelná. Zde je třeba zdůrazňovat, že musí dojít ke shodě na kritériích mezi poskytovateli, plátcí a medicínskými odborníky. S tím jistě souvisí i potřeba již zmíněného řízení průchodu pacienta systémem, zajištění její návaznosti a racionálnosti.

Pokud zaznamenáváme nejen demograficky tažený úbytek zdravotnických pracovníků, bude nesporně třeba se zaměřit na efektivitu využití kapacit a lidských zdrojů i za použití elektronizace, digitalizace a v budoucnu i telemedicíny. Zavedení těchto prvků pak bude mít i vliv na strukturu nemocniční sítě. Nelze pominout ani nutnost větší účasti pacienta a jeho vyšší motivaci v péči o své zdraví a o prevenci.

3. Návazná péče dle své definice agreguje obory péče bezprostředně předcházející nebo přímo navazující na péči vysoce specializovanou. Pro tento systém jsou vypracovány standardy, doporučení, pravidla, podmínky atd., tj. po formální stránce je tato péče vypracována, nicméně v praxi ne vždy funguje optimálně. Svou roli sehrává i lidský

faktor – nerespektování jak ze strany zdravotníka, tak i ze strany pacienta. Prospěšná by byla důslednější kontrola kvality péče podle konsenzuálně nastavených pravidel a s tím v budoucnu možné nastavení úhrad za kvalitu a výsledek poskytnutých služeb v celé jejich komplexnosti. S tím souvisí i zmíněný management zdravotní péče. Důraz musí být kladen i na edukaci pacientů o možnostech veřejného zdravotního systému, o jejich právech, ale zároveň i povinnostech, jak jsou ostatně již dnes zakotveny v zákoně č. 48/1997 Sb.



Petr Hubáček

Odpovídá MUDr. Petr Hubáček, MBA, LL.M., místopředseda představenstva, Domažlická nemocnice, a. s., Klatovská nemocnice, a. s., Rokycanská nemocnice, a. s., Stodská nemocnice, a. s.; místopředseda rady jednatelů, Nemocnice národní péče Svatá Anna, s. r. o.

1. V ČR není nedostatek lékařů (4/100 tis. obyv. vs. Evropa 3–3,5/100 tis. obyv.), v ČR je jejich nedostatek ve vztahu k lokalitě. Rezerva je samozřejmě i v množství uzavřených smluv zdravotních pojišťoven s terénními specialisty v určitých regionech.

V rámci lůžkových zdravotnických zařízení pociťují nedostatek lékařů především regionální nemocnice, které nemohou naoblbnout multioborové a vysoce specializované vzdělávání jako fakultní nemocnice. Mladí lékaři hledají po promoci akreditovaném pracovišti. Když je naleznou v menší nemocnici, nesetkávají se ale s možnostmi společensko-kulturního vyžití, na jaké byli zvyklí při studiu ve velkém městě. Dnešní lékaři generace Z hledají kromě lukrativního stabilního zaměstnání i volnočasové aktivity, dostatek prostoru pro cestování, osobní život, zábavu. Nehledají desítky hodin

přesčasů vynucených personální situací na pracovišti. Chtějí se vzdělávat v adekvátním čase a za adekvátní odměnu. Nehledají ani stipendia, nechť se vázat kvalifikačními dohodami. A toto jim nabídne většinou velká nemocnice. Po specializačním vzdělávání a složení atestace řada lékařů hledá příležitosti se uchytit v terénu. Ordinační hodiny od pondělí do pátku, žádné služby za relativně přijatelnou odměnu. Vypadá to dnes tak, že v nemocnicích zůstávají opravdoví srdcaři medicíny.

Proč se v našich nemocnicích tolik slouží? Neexistuje v dnešní době bohužel ideální model na zajištění ústavní pohotovostní služby. Managementy nemocnic mají obtížné postavení ve vyjednávání a hledání řešení pro služby. Problémem je trh práce v daném regionu. Ale není cesta v efektivnosti a redukci sloužících lékařů? Je třeba opravdu ve službě mít fyzicky na jednom pracovišti několik specialistů současně? Je třeba, aby jednu akutní ambulanci v noci pokrývali např. dva lékaři? Zavedení směnného nebo modifikovaného režimu nastiňuje v tomto směru jakési řešení. Ano, otázkou je

opět trh práce a novela zákoníku práce. Nelze žít neustále v podmiňovacím způsobu pracovního života typu „mělo by se, chtělo by to“. První krok je potřeba udělat.

V ČR je nedostatek sester. Proč? Nahrála tomu změna v systému jejich vzdělávání v roce 2004, kdy se působnost středních škol začala přesouvat na vysoké, resp. vyšší odborné školy. Budoucí všeobecná sestra má před sebou 6–7 let studia. Po absolutoriu střední zdravotnické školy, která dříve produkovala všeobecné sestry, nemá praktická sestra skoro žádné kompetence, které měla její kolegyně, jež ukončila vzdělání před rokem 2004. V tu chvíli praktické sestry začaly dále studovat a do praxe se jich analogicky zapojilo samozřejmě méně. Finanční ohodnocení zdravotních sester bylo vždy vysoce podhodnocené ve vztahu k činnostem, které provádějí, ve vztahu k odpovědnosti, stresu, obav z konfliktu, omezení rodinného života apod. V roce 2004 vznikl problém, který si řada ministrů zdravotnictví uvědomila a veřejně přislíbila změnu ve vzdělávání sester. Možná i kvůli vysoké fluktuaci na postu ministra zdravotnictví a politickému boji, který je často bohužel veden na poli zdravotnictví, zůstává i skoro po 20 letech jen u slibů.

2. Viz výše v oblasti personálního zajištění služeb. V ČR není nedostatek nemocnic. Zamysleme se nad jejich statutem, nad jejich poskytováním zdravotních služeb. Potřebujeme specializované oddělení např. každých 30 km od sebe? Není výhodnější nemocnice spíše specializovat pro ten či onen medicínský obor a netříštit péči v regionech na několik pracovišť? Dostupnost nemocnic poskytujících akutní zdravotní péči je v ČR nadstandardní ve srovnání s Evropou. A mimochodem – potřebujeme vůbec mít necelých 200 nemoc-

nic? Zdravotnictví je dlouhá léta palčivý problém s nestabilním vedením – střídání politických stran ve vládě, střídání ministrů atd. Jakékoliv změny, ač některými vyhodnocené jako restriktivní, nejsou populistické, a s každým obdobím voleb se objeví nová koncepce, nový návrh metodik. Ideálním krokem ke stabilitě a prosperitě je apolitické zdravotnictví.

3. Zdravotní návazná péče – v návaznosti na vysoce specializovanou nebo bezprostředně na ni navazující – je u nás funkční. Avšak nikoliv ideální. Je potřeba změn, především v primární péči. Trendem dnešní doby je obcházení primární péče klienty a požadování této v nemocnicích. Proč? Pomalu kritický nedostatek VPL, PLDD a specialistů (gynekologů, stomatologů) v terénu. Samozřejmě v každém regionu je situace odlišná. U praktických lékařů pro dospělé, děti i dorost se zvyšuje věk, mladí lékaři i přes benefity poskytované zdravotními pojišťovnami, kraji apod. se na pozice nehrnou. Starší kolegyne a kolegové v důchodovém věku jsou nuceni díky své odpovědnosti a loajalitě vůči svým klientům nadále provozovat své praxe i na úkor svého odpočinku. Mladých se nedostává. Reforma primární péče měla probíhat v letech 2021–2030. Měla. V pohraničí a odloučených regionech jsou stovky dětí, které nemají svého praktického lékaře. Kam chodí? Do nemocnic. Na urgentní příjmy, jejichž koncepce jakožto plnohodnotných pracovišť poskytujících akutní péči v nemocnicích vznikla již v roce 2004. Návazná péče po vysoce specializované péči také není ideální. Je třeba více lůžek následně rehabilitační péče v regionech, kam jsou odesíláni k doléčení nemocní po výkonech nebo léčbě v centrech či vyšších pracovištích. Samostatným řešením

je i posílení kompetencí lékařů v primární péči, progresivnější elektronizace zdravotnické dokumentace i za využití dotačních programů, vzdělávání zdravotnického personálu.

Odpovídá MUDr. Jan Boženský, primář, dětské oddělení, Nemocnice AGEL Ostrava-Vítkovice

1. České zdravotnictví je jako luxusní resort s ultra all inclusive programem, kde můžeme konzumovat nejen cokoli, ale také kdykoliv chceme. Problém je, že pokud máme v resortu zaplacenou jen snídani, tak nás na konci dovolené čeká nemalý účet. Ten nesmyslně liberální přístup k poskytování veškeré zdravotní péče pak vede k neefektivnímu čerpání péče a k nadměrnému zatížení zdravotnického personálu. To je také jeden z důvodů, proč jsou služby v nemocnicích spíše druhou nebo třetí pracovní směnou a neslouží jen k poskytování neodkladné péče. Proto máme (nebo musíme mít) tolik lékařů ve službách, protože se tento systém jinak „obsloužit“ nedá. Bohužel je to systém velmi drahý a neefektivní. Nejde jen o cenu za hodinu práce lékaře, ale také o smysl takto poskytované péče.

2. Počet akutních lůžek je v ČR velmi vysoký. Ale pouhá jejich redukce problém našeho zdravotnictví nevyřeší. Je potřeba nejen snížit počet akutních lůžek či celých nemocnic, ale také zároveň vybudovat systém komplexní následné péče, který sníží potřebu akutních lůžek v nemocnicích. Zároveň je potřeba omezit dostupnost neakutní péče v odpoledních a nočních hodinách, a také zavést tolik kritizované regulační poplatky. Přiměřené limity těchto poplatků pro chronicky nemocné, důchodce či děti pak jistě zachovají sociál-



Jan Boženský

ní rozměr našeho zdravotnictví. Stávající roční limit na léky pro důchodce ve výši desetiny jejich měsíčního příjmu by jistě mohl sloužit jako dobrý příklad, jak ochránit nejzranitelnější skupiny obyvatel. Aktuální bezpoplatkový model je dle mého názoru spíše asociální a otevírá široké možnosti pro jistou formu neoficiální finanční spoluúčasti, kterou si ale mohou dovolit jen ti bohatí.

3. Nemožnost sdílet výsledky provedených vyšetření, předepsaných léků a pomůcek pak často vede k jejich zbytečnému opakování a množství vrácených prošlých léků do lékáren svědčí o jejich neracionálním využívání. Zdravotní péče je často nadužívána a nadměrná preskripce léků může být v některých případech pro pacienta nevhodná, či dokonce životu nebezpečná. Chybí stanovení rozsahu racionální a zároveň medicínsky správné péče, kde nebude pojišťovnou hrazena péče běžného nachlazení či zvýšené žaludeční acidity, ale naopak bude dostatek prostředků na terapii nákladnou, kterou si většina obyvatel nemůže dovolit zaplatit ze svého. Toto

je role Ministerstva zdravotnictví a jednotlivých zdravotních pojišťoven, aby stanovily jasná pravidla při poskytování zdravotní péče nejen jejím poskytovatelům, ale i pacientům.

Odpovídá MUDr. Zorjan Jojko, předseda, Sdružení ambulantních specialistů ČR

1. Myslím, že těch faktorů je celá řada, zkusím vyjmenovat jen některé, snad významné:

- Na začátku je malý počet českých (česky mluvících) studentů.
- Jde o těžkou práci s neodpovídajícím finančním ohodnocením. Projevuje se to např. u sester, které ve vysokém procentu poté, co ukončí VŠ, nejdou do zdravotnictví nebo z něj později utíkají, ale i u lékařů, kteří na rozdíl od svých kamarádů z jiných oborů by se bez služeb nebo různých nadúvazků na jiných než svých kmenových pracovištích jen obtížně uživil, resp. jejich příjem ze základní pracovní doby je ve vztahu k jejich vzdělání a míře zátěže neúměrně nízký.
- Chybí jakákoli jasná centrální organizační struktura, tj. každý aktér si v systému dělá, co chce. Pacient si jde, kam chce, a čerpá někdy i zbytečnou péči, nemocnice již zdaleka nejsou jen lůžkovými zařízeními, vyšší typy pracovišť dělají i jednoduché výkony bez ohledu na výši nákladů na tuto práci, lékaři jsou nedostatečně motivováni věnovat se práci na jednom pracovišti.
- Není kvalitně stanovena síť pracovišť, která by měla mít hrazenu pohotovostní službu.

Např. v případě LPS nejsou výjimkou kraje, kde jich je tolik, že do nich nemohou sehnat lékaře, přičemž jejichž stávající počet by v jiném (i stejně velkém) kraji tuto službu bohatě vykryl.

2. Ačkoli jde v rámci postcovidového období za kacířskou myšlenku, myslím, že v první řadě by mělo být rozhodnuto, zda celkový počet nemocnic u nás je správný, nebo jestli jich přece jen není moc. Následně by měly být stratifikovány do kategorií, z nichž by plynulo, jaké poskytovat služby. Vysoce specializovaná péče by měla být koncentrována do center, která by ale měla mít zakázané běžné výkony, jejichž provedení na pracovišti nižšího typu vyjde při stejné (nebo v rámci vyšší frekvence, a tedy zkušenosti s danou prací vyšší) kvalitě podstatně levněji.

Jednodušší, ale častější výkony by měly být prováděny v nižších kategoriích nemocnic, které ale jsou pacientům blíže.

Co lze udělat ambulantně nebo v rámci jednodenní péče, by nesmělo být provedeno za hospitalizace (samozřejmě vyjma řešení nečekaných komplikací).

Revizí počtu by měly projít ambulance v nemocnicích. Zůstat by měly příjmové, pohotovostní a ty, které se zabývají vysoce specializovanou činností či v populaci málo četnými nemocemi (např. porfyriemi), všechny ostatní by měly u lůžek fungovat jen v případě jejich nedostatečného počtu terénních ambulancí v okolí, které jsou blíže bydlištěm pacientů.

Úhradové mechanismy v nemocnicích by měly být nastaveny tak, aby se nemocnici lůžková péče vyplácela, tj. aby nemusely



Zorjan Jojko

otvírat ambulance jen z finančních důvodů.

Toto by, myslím, měly být cesty, jak získat volnou kapacitu zdravotníků pro opravdu lůžkovou péči. A tyto lidé musejí být na těch lůžkách kvalitně zaplacení. Aby odpoledne zbytečně neutíkali jinam za účelem přivýdělku.

3. Myslím, že návaznost péče v ČR funguje dobře. Co si ale asi zaslouží zlepšení, je zkvalitnění toku informací mezi poskytovateli. Jednak v tom smyslu, že všichni v daném regionu by měli mít možnost lehce se seznámit s obsahem péče ostatních poskytovatelů, kteří by mohli pomoci v péči o jejich pacienty. A jednak zkvalitnění, tj. zjednodušení a zrychlení komunikace mezi poskytovateli starajícími se o stejné pacienty. Věřím, že v tomto hodně pomůže elektronizace. Tedy pokud půjde touto cestou, nikoli snahou jen o maximální shromažďování dat do nepřehledných cloudů.

LÉKY NEJSOU KEČUP. NEBO ANO?

Mgr. Eva Karásková
Healthcare Policy & Commu-
nication Lead, MSD Czech Re-
public

Cesta do pekla je dlážděna dobrými úmysly, říká známé rčení. Mně se vybavilo při čtení obsáhlého návrhu reformy evropské lékové legislativy, která po dlouhých 20 letech zásadně novelizuje pravidla pro registraci léků, fungování vnitřního trhu EU a systém pobídek a motivací pro výzkum a vývoj nových léků.

Pokud jste o tzv. farmaceutickém balíčku z letošního dubna ještě neslyšeli, tak vězte, že je to věc, která aktuálně hýbe uniijním zdravotnicko-farmaceutickým světem, vyvolává vášnivé diskuse a do popředí politického zájmu dostává témata, jako je ne/dostatek některých léků, jejich ceny, zajištění soběstačnosti Evropy ve výrobě léků atd.

Každý občan kteréhokoli členského státu EU má právo na moderní, bezpečné a cenově i fyzicky dostupné léky, říká k tomu eurokomisařka pro zdraví Stella Kyriakidesová a svá slova opírá o nezpochybnitelná fakta. V letošním lednu se ze 168 inovativních léků zaregistrovaných v EU mezi lety 2018 a 2022 mohli pacienti v Německu dostat ke 147 z nich, v ČR k 99 a na Slovensku k 26. To jsou závratné rozdíly a komisařka to chce změnit. Zároveň by ráda podpořila výzkum a vývoj léků nových, především tam, kde žádná terapie neexistuje, zvýšila konkurenceschopnost evropského farmaceutického průmyslu, resp. snížila jeho prohlubující se zaostávání za USA, Japonskem a Čínou, a tím přispěla k posílení odolnosti evropské ekonomiky obecně.

Farmaceutický balíček připomíná pověstný cukr a bič. Ve zkratce lze říci, že za sadu výhod a motivací primárně z oblasti ochrany práv duševního vlastnictví ukládají nová pravidla výrobcům léků, resp. držitelům registrace, povinnost uvádět léky na trh a dodávat je ve všech zemích EU do dvou let od jejich registrace Evropskou lékovou agenturou. Pokud se tak nestane, zkrátí se, ve srovnání se současností, doba ochrany nového léku a jeho exkluzivita na trhu.

Návrh Komise je samozřejmě mnohem širší, zahrnuje desítky dalších opatření. Co však vyvolává vášně především, je onen cukr a bič. Ochrana práv duševního vlastnictví přináší obecně jedinou jistotu toho, že se jejím držiteli nemalé investice do daného produktu vrátí a také, alespoň částečně, zaplatí výzkum neúspěšný. Ten v případě léků jednoznačně převažuje.

Do značné míry jde o debatu technickou, kdy se sčítají a odečítají léta a měsíce „regulatorní ochrany dat“ nebo „tržní exkluzivity“. Návrh Komise však provazuje tuto ochranu s povinností zajištění dostupnosti léku ve všech členských státech, což průmysl nemůže bez součinnosti 27 zdravotnických systémů sám o sobě zajistit.

V probíhající debatě osobně zásadně postrádám odpovědi na dvě klíčové otázky.

Jak jde dohromady Komisi deklarovaný cíl posílit atraktivitu a konkurenceschopnost evropského farmaceutického průmyslu (a zajistit investice do výzkumu nových léků) s navrženými opatřeními snižujícími ochranu práv duševního vlastnictví, která jsou základním kamenem jakékoliv inovace? Uvědomujeme si důsled-



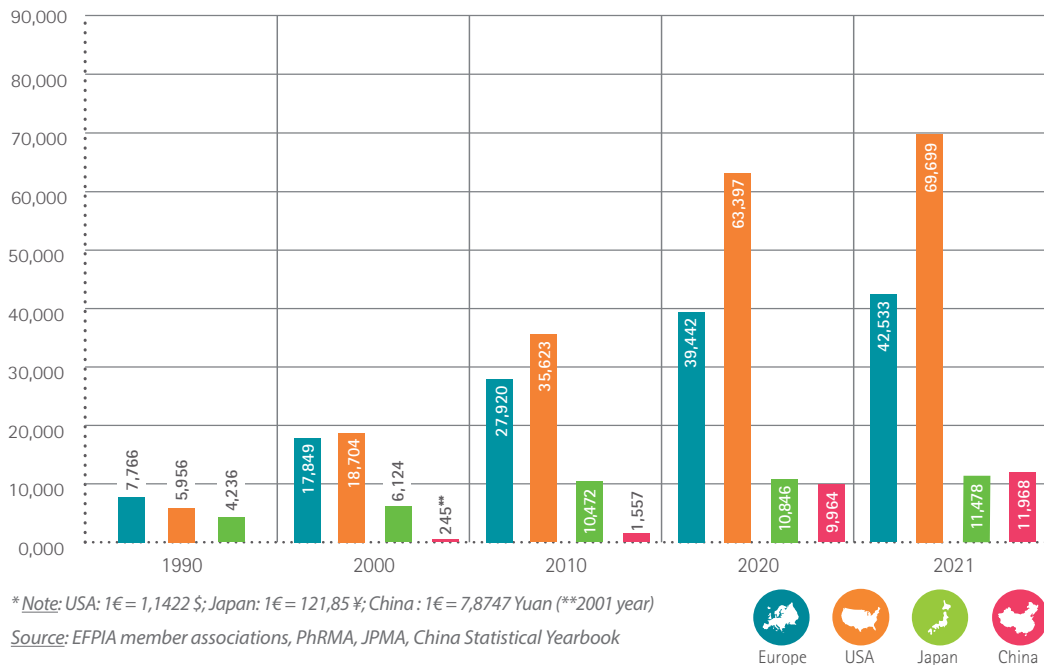
Eva Karásková

ky návrhů, které mohou zásadním způsobem zasáhnout státům do financování jejich zdravotnických systémů?

Odpověď na první otázku ponechávám k zamyšlení laskavému čtenáři. U té druhé bych ráda připomněla jednu základní skutečnost – odpovědnost za organizaci a financování zdravotnictví je plně na bedrech členských států. A ty si tuto „kompetenci“ také bedlivě střeží, alespoň dosud tomu tak bylo. Zmíněný cukr a bič ji však narušuje. Hrozbou snížení ochrany know-how „motivuje“, aby do dvou let byly všechny nově registrované léky dostupné všem pacientům ve všech státech EU. V praxi to znamená, že držitel registrace musí požádat ve 27 zemích o stanovení ceny a úhrady a tyto země by léky měly pacientům uhradit. První úkol považuji za splnitelný. Jsou ale všechny státy EU připraveny splnit ten druhý?

Tím se dostávám k závěru svého zamyšlení. Ano, máme jednotný uniijní trh s volným pohybem zboží a osob, kde by měla platit stejná pravidla. Současně ale vidíme, že k lékům přistupujeme jinak než k běžnému zboží (léky nejsou kečup). Ocitli jsme se tak na křižovatce, kdy si evropští

PHARMACEUTICAL R&D EXPENDITURE IN EUROPE, USA, JAPAN AND CHINA
(€ MILLION, 2020 CONSTANT EXCHANGE RATE*), 1990–2021



Graf: Srovnání výdajů na výzkum a vývoj v Evropě, USA, Japonsku a Číně. Zdroj: The Pharmaceutical Industry in Figures – Key Data 2023. EFPIA (s. 5)

politici musejí odpovědět na základní otázku, co od EU v oblasti zdravotnické politiky chceme. A pokud se vydáme cestou jednotné zdravotní unie, dostupnosti všech léků pro všechny evropské pacienty, nutně to s sebou přinese posílení kompetencí Evropské komise a současně velký závazek členských států svým občanům tyto výdobytky finančně zajistit. Opravdu si to členské státy přejí? Připomíná mi to obdobně složitou, vyhraněnou a dlouhou de-

batu při vyjednávání směrnice o právech pacientů v přeshraniční zdravotní péči, u které jsem ještě ve službách Ministerstva zdravotnictví měla tu čest být od začátku až do konce. Již tehdy se jasně ukázalo, že zdravotní služby nejsou „běžnou službou“ na vnitřním trhu a jejich dostupnost (a úhradu) určují jednotlivé státy dle svých národních pravidel. Vzpomínám na doby, kdy státy EU svými rozhodnutími ve snaze snížit ceny léků výrazně ovlivnily

následný odliv především generické výroby do asijských zemí. Účastník tehdejších diskusí za Rakousko, bývalý ředitel sekce zdravotnických systémů ministerstva zdravotnictví Clemens Martin Auer, který dnes předsedá Evropskému zdravotnímu fóru v Gasteinu, letos pro server Politico prohlásil: Je paradoxní, že tehdejší úspěch vytvořil nový problém. A ti, kdo léky nakupují, se nyní ptají sami sebe, zda cena, kterou dnes platí, je správná.



OBČAN V SÍTI

11/2023

Pavel Vepřek
Tomáš Troch
Ladislav Švec
Ladislav Friedrich
Michaela Koubová
Jakub Haas
Petr Chudomel
Josef Diessl
Jaroslav Šíma

SMYSL, OBSAH A BUDOUCNOST ÚHRADOVÉ VYHLÁŠKY

Do našeho systému veřejného zdravotního pojištění jsme sice od Němců zkopírovali základní instituce, ale pravidla jejich fungování jsme si hezky český upravili. Dohodovací řízení mezi zástupci poskytovatelů a plátců, které je v Německu konečnou instancí nastavující režim úhrad, jsme vylepšili o úhradovou vyhlášku vydávanou ministerstvem. Původně to měl být jen technický nástroj, kterým uzavřená dohoda dostala formu podzákonné normy, ale rychle se stala prostředkem, kterým politici přizpůsobují svým zájmům jak objem prostředků ve zdravotnictví, tak jejich rozdělování. Z dohodovacího řízení se stala nezávazná rozcvička předcházející úhradovou vyhlášku, kdy to podstatně se rozhoduje jinde.

Důsledkem její existence je třeba skutečnost, že jsme za 27 let nedokázali zavést funkční DRG. V tom se lišíme od Němců, kteří sice začali později, ale jeho zavádění záramovali zákonem a dnes mají transparentní, důvěryhodný

a každoročně aktualizovaný systém DRG. My jsme se zákonem nechtěli nechat svazovat a proces zavádění DRG jsme svěřili úhradovým vyhláškám. A tak jsme jeho implementaci jenom předstírali. Když se zdálo, že DRG začíná něco ovlivňovat a zejména fakultní a některé méně efektivní nemocnice se dostávají pod ekonomický tlak, vymyslela se nějaká klička, jak to obejít. Koeficient specializace byl jednou z mnoha. Současné CZ-DRG nebudu ani komentovat.

Obecně se dá říci, že institut úhradové vyhlášky vede ke zvyšování nákladů na zdravotnictví a snižování jeho efektivitu. Jejím prostřednictvím se náklady zdravotnictví za posledních 6 let téměř zdvojnásobily, ale jeho efektivita klesla ruku v ruce s poklesem spokojenosti veřejnosti. Inu, co jiného čekat od učebnicového příkladu centrálního plánování. Úhradová vyhláška pro příští rok nezklamala a drží nastavený trend „po nás potopa“. I když na příjmové straně přibude něja-



kých 46 miliard, to díky velkorysému automatu na platbu za státní pojištěnce a růstu příjmů, ukládá utratit ještě o skoro 8 miliard více. Nevím, zda je to záměr nebo jen hloupost, ale při současném nastavení přerozdělení a dalších finančních transferech dláždí tato vyhláška cestu k likvidaci pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění. V příštím roce to ještě nepocítíme, ale v těch dalších začnou mít problémy zaměstnanecké pojišťovny a na hřišti nakonec zůstane politiky ovládaná VZP. No a my se po nějakých pětadvaceti letech vrátíme zpátky z vandru do státního zdravotnictví. To těm mladým doktorům, kteří teď zapáleně lobbují za ještě větší platy, opravdu nepřeji. No a nám, pacientům, už vůbec ne.

MUDr. Pavel Vepřek

ÚHEL POHLEDU

ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA

Mgr. Tomáš Troch
ředitel, Odbor regulace cen
a účír MZ ČR

Úhradová vyhláška je každoročně jedním z nejvíce sledovaných dokumentů ve zdravotnictví. V současné době se vyhláškou již rozděluje více než 500 miliard Kč, a tak i nároky kladené na vyhlášku jsou čím dál vyšší. Dříve vyhláška plnila hlavně roli rozdělovače peněz mezi segmenty a garanta jistoty a kontinuity ve financování. Tyto role vyhláška plní i v dnešní době, ale přidává se k nim postup-

ně i role nástroje na prosazování obecné zdravotní politiky státu a realizaci systémových změn. Zavedení CZ-DRG, centralizace péče, podpora jednodenní medicíny nebo řešení dostupnosti v jednotlivých segmentech péče – to jsou všechno systémové reformy, které by se bez úhradové vyhlášky jen těžko prosazovaly. I pro příští rok je úhradová vyhláška kompromisem mezi finančními možnostmi systému a potřebou zajistit kvalitní a dostupné zdravotní služby. Úhradová vyhláška je tak psána především pro pacienty.



Tomáš Troch

VÝDAJOVÁ STRÁNKA SYSTÉMU V. Z. P.

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Vracet se k faktu blízkého horizontu událostí, za kterým nebude možné zajistit současný rozsah bezplatné zdravotní péče, je nošením dříví do lesa. Blížíci se (nejen) demografickou výzvou už po posledních událostech uznávají i lidé, kteří se ještě na začátku roku úsilí o změnu vysmívali s tím, že situace je nadmíru výtečná. Zdá se, že si začínáme uvědomovat konečnost cyklu deficitů a jejich následné sanace zvýšením příspěvku ze státního rozpočtu. Prostě proto, že nebude odkud brát. Jedna věc je jistá. Pro udržení relativně kvalitního zdravotnictví bude nutné zásadní zvýšení výkonu. Jak nám to se zvyšováním efektivity jde? Je toho současný systém schopen?

Pokud je totiž takovým základním indikátorem kvality řízení jakéhokoliv systému míra zvyšování efektivity, ubírá se naše zdravotnictví opačným směrem. Samozřejmě lze volit různé způsoby měření výkonu, v žádném to ale nedopadne se současným postátněným a politicky vedeným zdravotnictvím dobře. Pro ilustraci, v porovnání efektivity dle výdajů a získaných let dožití jsme se za posledních dvacet let posunuli z prvního na 27. místo ze zemí OECD. Náhoda? Série špatných rozhodnutí? Nebo tomu ani nemohlo být při současném nastavení jinak?

Pro efektivitu je nepochybně určující zejména oblast cenotvorby a distribuce prostředků mezi jednotlivé části zdravotnického průmyslu. To, čemu obvykle říkáme výdajová stránka. Jakými základními pravidly by se měla řídit? Zákon o finanční kontrole vyžaduje plnění principů účelnosti, efektivity a hospodárnosti. Ty jsou potom

rozvíjeny v navazujících zákonech, například v zákoně o veřejných zakázkách a jeho principech transparentnosti a rovného zacházení. Logicky směřují k rovné soutěži o veřejné prostředky.

Nelze pochybovat, že při hrazení zdravotních služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění jde o nakládání s veřejnými prostředky a celá smluvní politika je v zásadě ohromnou veřejnou zakázkou, upravenou specifickým předpisem. Podporuje ale tento předpis povinné úsilí o to, abychom za co nejméně veřejných prostředků získali co nejvíce služeb a zboží? Pokud ano, pak na to jde svérázným způsobem.

Stále platící provizorní zákon o v. z. p. z roku 1997 totiž po několika vlnách aktualizací připouští souběžnou existenci tří protichůdných postupů určení ceny a rozdělení prostředků mezi segmenty. Působí to na mne jako vědomé promíchání samosprávného systému německého s autoritativně státním centrálním řízením sovětského, nebo, chcete-li, britského střihu... s drobnou, ale spíše zavádějící příměsí trhu. Stejně jako jiné hybridy logicky nefunguje dobře ani v jednom ze svých rysů. Umí ale zajistit, aby se v ne zcela přehledném rámci dostalo více prostředků tam, kam je třeba...

Kolektivní dohodovací řízení je samo o sobě transparentní a demokratické. S pistolníkem státu za zády ale připomíná spíše pokrovovou partii z Divokého západu, kde určitá část hráčů pro pistolníka pracuje, část se s ním kamarádí a část ho vydírá, nebo dává dárky jeho manželce. Jinými slovy, tam, kde lze na základě zákulisních kontaktů nebo nátlakového potenciálu získat od aktuálního ministra více, než nabízí ZP, je předem jasné, že se k dohodě nedojde a rozhodne ministr prostřednictvím vyhlášky. Takový systém



Ladislav Švec

v podstatě přímo vybízí k tomu, aby se vydávalo více a získávalo méně. Pokud stát navíc část soutěžících subjektů vlastní, jde o konflikt zájmů i na české poměry nebývalé orientálních rozměrů. Na ten jsme si ale, zdá se, v českém zdravotnictví již zvykli... Transparentnost přerozdělení prostředků vyhláškou, kdy nejdříve dochází k rozhodnutí a potom se teprve doplňuje zdůvodnění a vede připomínkový proces, je z podstaty i procesně sporná. Možnost nařídít zdravotním pojišťovnám, coby samosprávným subjektům, deficitní hospodaření nepotřebuje komentáře.

Aby to bylo zamotanější, obsahuje zákon ještě třetí postup, možnost nasmlovovat služby konkrétní pojišťovnou a poskytovatelem úplně „po svém“. To je často vydáváno za prvek tržního prostředí a soutěže ve zdravotním pojištění. Vzhledem k tomu, že základní úhradu garantuje vyhláška, vede ale tato možnost fakticky spíše k soutěži o poskytovatele než k soutěži poskytovatelů o veřejnou zakázku. Shrnutí, zákonná úprava cenotvorby a redistribuce prostředků je sama o sobě jednou z klíčových překážek zvyšování efektivity, a to v době, kdy ji potřebujeme zvyšovat zcela zásadně. Politické řízení ji nemůže garantovat, proto-

že se vyhýbá politicky nebezpečnému konfliktu a řeší pouze krátkodobý, v podstatě populistický zájem.

Výdajová stránka je ale ovlivněna i dalšími prvky, definováním rozsahu hrazené péče, schopností přizpůsobení struktury a organizace péče, nebo používáním úhradovým/vykazovacím mechanismem. I v těchto prvcích má český systém z hlediska efektivity zásadní mezery.

Co s tím? Naše iniciativa vychází z představy efektivního pluralitního veřejného zdravotního pojištění jako cílového stavu změn. Logicky proto navrhujeme zrušení možnosti nahradit dohodu o ceně

a rozdělení prostředků mezi jednotlivé segmenty rozhodnutím ministra zdravotnictví. Představa, že vyhláška systém zachraňuje a že jde o jedinou cestu, jak do systému dostat prostředky, které se reálně vyberou, je dle našeho názoru mylná. Není řešením, ale příčinou udržování neefektivit v českém zdravotnictví. Dodatečné přizpůsobení a valorizace úhrad mohou být zajištěny i jinak, s pravidly inkorporovanými přímo do zákonné úpravy.

V rámci iniciativy navrhujeme řadu dalších opatření ovlivňující výdajovou stránku, ať již jde o stálý proces hodnocení věcných i regionálních potřeb, posílení pri-

mární péče coby hlavní součásti řízené péče, zavedení procesu limitace a vymezení hrazených a nehrazených služeb, nebo praktických opatření typu společné revizní činnosti. Nepřímo pak s výdajovou stránkou souvisí i umožnění reagovat na potřeby systému a situaci pojišťovny nastavením výše pojistného.

Klíčové je ale rozhodnutí principiální otázky. Je naším cílem politicky centrálně řízené zdravotnictví, nebo systém veřejného zdravotního pojištění? Pokud nechceme mít v ČR státní systém, je odstranění možnosti autoritativního rozhodnutí úhradovou vyhláškou tím úplně základním krokem.

VOLNÉ FÓRUM

1. Jakou roli hraje úhradová vyhláška v našem zdravotnictví?
2. Jaká očekávání či obavy vkládáte do té pro rok 2024?
3. Dovedeme si představit alternativní koncepty úhradové vyhlášky či život bez ní?

Odpovídá Ing. Ladislav Friedrich, prezident, Svaz zdravotních pojišťoven ČR

1. Úhradová vyhláška je základní normou, podle které se ve zdravotnictví rozděluje nyní již 500 mld. Kč ročně. Formálně vydání vyhlášky sice předchází dohodovací řízení mezi poskytovateli a pojišťovnami, kde by měla vzniknout dohoda o cenách a způsobech úhrad, ale dohodnutých segmentů je stále méně a MZ nakonec stejně rozhodne o úhradách bez ohledu na dohody. Zmocnění pro MZ se opírá o nijak blíže nespecifikovaný veřejný zájem a oprávněnost nebo prospěšnost rozhodnutí MZ tak bohužel nelze nijak objektivně hodnotit.

Vyhláška ve stávající podobě je největším problémem českého zdravotnictví a systémovou příčinou nízké nákladové efektivity a zhoršující se kvality a dostupnos-

ti služeb. Důvodů, proč tomu tak je, je několik:

Vyhláška zásadně nastavuje úhrady tak, že jsou na maximu ekonomických možností nebo v posledních letech nad nimi. Tím v podstatě vylučuje možnosti pojišťoven nabídnout a dohodnout nějaké jiné úhrady a ceny a pokoušet se tak zvýšit dostupnost či provázanost léčby. V praxi je tak vyřazena nákupní kompetence pojišťoven.

Vyhláška je vydávána pod nesprávnou premisou, že za stejné zdravotní služby mají mít všichni stejnou úhradu. To ovšem v praxi nakonec stejně neplatí, ale jde o rozdíly z rozhodnutí MZ (které je současně zřizovatelem těch nejzákladnějších poskytovatelů). Plošně nastavená cena je pak nastavena tak, aby postačila k financování i těch nejméně efektivních poskytovatelů. Pokud bychom umožnili tvorbu tržních cen, nutně by muselo dojít k poklesu průměrných



Ladislav Friedrich

úhrad a tlaku na kvalitu a efektivitu.

Vyhláška se průběžně snaží postupně podchycovat a ovlivňovat

další a další aspekty a politické priority reálných procesů. To z povahy věci není a nemůže být funkční. Důsledkem je postupné narůstání počtu stran a složitosti podmínek úhrad. Tím klesá možnost managementů předpis použít k optimální léčbě a úhradě a pro většinu zúčastněných i jen schopnost mu dobře porozumět.

Podle mého názoru je existence současného zmocnění k vydávání úhradové vyhlášky hlavně příčinou postupné degradace konkurenčního potenciálu ve zdravotnictví, narůstající nákladové neefektivity, netransparentnosti nastavení úhrad a snižující se dostupnosti služeb.

2. V roce 2024 pojišťovny teprve vyrovnají závazky za rok 2023, dojde k dalšímu snížení rezerv, ale v zásadě se na postupné erozi systému nic moc nezmění. Dosažení shody pro rok 2025 mezi poskytovateli a pojišťovnami považují za prakticky vyloučené.

3. Dlouhodobě navrhuje, aby jak cenové dohody (nyní již skoro neexistující), tak rozhodnutí MZ a úhradová vyhláška garantovaly jen minimální nárůsty úhrad a vytvářely tak tlak na obě strany k funkční individuální dohodě mezi poskytovatelem a pojišťovnou na základě konkurence a hodnocení kvality a efektivity.

Odpovídá Michaela Koubová, zástupkyně šéfredaktora, Zdravotnický deník

1. Úhradová vyhláška u nás tak trochu supluje roli zdravotních pojišťoven, na nichž v pojišťovenském systému leží odpovědnost za zajištění dostupné a kvalitní péče pro pacienty. U nás sice tuto odpovědnost formálně mají, chybějí jim ovšem nástroje potřebné k tomu, aby mohly péči nasmlouvat a odsmlouvat podle hustoty sítě či kvality, případně pacienta v systému směřovat tak, aby poskyтова-



Michaela Koubová

ná péče byla efektivní. Místo toho ministerstvo úhradovou vyhláškou stanovuje cenu péče, která by měla být ponechána na jednáních mezi poskytovatelem a zdravotní pojišťovnou, přičemž navíc pravidelně rozděluje v podstatě celý balík peněz, takže plátcům zbývá jen minimum prostoru pro tvorbu vlastních programů a zdravou konkurenci mezi sebou navzájem.

2. Pozitivním krokem je jistě podpora jednodenní medicíny či paliativní a hospicové péče. Méně radostné je navýšení úhrad v oblasti zdravotně-sociálního pomezí, které se ale nijak neprojeví na lepší kvalitě či dostupnosti, protože MPSV plánuje o navýšené úhrady ze zdravotnictví snížit těmto zařízením svoje dotace. Otázkou pak je, jak příští rok zvládnou někteří ambulantní specialisté, což je segment, který v posledních letech opakovaně upozorňuje na rostoucí náklady, pro příští rok ovšem dostal nejmenší navýšení. Ambulantních specialistů sice obecně máme vysoký počet, rozhodně to ovšem neplatí o všech odbornostech a už vůbec ne o všech regionech.

3. Ano. Ministerstvo by mělo vyhláškami a dalšími nástroji vytyčit

nepodkročitelné požadavky – stanovit místní a časovou dostupnost či podmínky poskytování péče, případné priority by pak mohlo podpořit formou dotací. Rozdělení balíku financí putujících do zdravotnictví by ovšem mělo nechat na zdravotních pojišťovnách, stejně jako vyjednávání s poskytovateli o cenách péče. K tomu je ovšem třeba zákonná opora, podle slov ministra Válka ale ministerstvo chystá novelu, která by měla pravomoci zdravotních pojišťoven posílit. Tak se necháme překvapit...

Odpovídá Ing. Jakub Haas, vedoucí oddělení, Zdravotnictví a veřejné zdravotní pojištění MF ČR

1. Z pohledu Ministerstva financí spíše negativní. V podstatě vymizel původní záměr dohodovacího



Jakub Haas

řízení a některá rozhodnutí (často zdůvodňovaná veřejným zájmem) vyvolávají pochybnosti o efektivnosti vynakládaných veřejných prostředků na základě úhradové vyhlášky.

2. Ministerstvo financí nesouhlasilo se zněním úhradové vyhlášky na rok 2024 a uplatnilo vůči

ní několik zásadních připomínek. Ta nejdůležitější se týkala finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění, kterou výsledné znění vyhlášky rozhodně nezajišťuje, a navíc vytváří negativní předpoklady do dalších let.

3. Život bez úhradové vyhlášky si představit lze, ovšem jsem skeptický k realitě prosazení takové převratné změny. V současnosti však zvažujeme cesty, jak tvorbu úhradové vyhlášky zasadit do rámce zákona o pravidlech rozpočtové odpovědnosti, aby nedocházelo k ohrožování udržitelného hospodaření systému v. z. p., který je významnou součástí soustavy veřejných rozpočtů. Zcela jistě by se mělo posílit evidence-based rozhodování o konkrétních ustanoveních úhradové vyhlášky.

Odpovídá MUDr. Petr Chudomel, MBA, ředitel, Oblastní nemocnice Kolín, a. s., nemocnice Středočeského kraje

1. Alokují finanční prostředky na jednotlivé poskytovatele na daný kalendářní rok. Samozřejmě cítí historické konsekvence, takže je k malým a středním nemocnicím macešská. Už samotný fakt, že ji sestavuje a vydává Ministerstvo zdravotnictví, které řídí mnoho fakultních nemocnic a specializovaných ústavů, napovídá, kdo bude v pořadí úhrad zvýhodňován a kdo zůstane v roli odpadlíka. Pod rouškou centralizace péče zvýhodňuje velké nemocnice na úkor středních a malých, kterým za stejný výkon platí zlomek toho, co nemocnicím s centry.

Regulační funkce – limituje prostředky na daný kalendářní rok jednotlivým poskytovatelům. Zohledňuje účinné druhy léčby na úkor jiných (např. centrová léčba), což je, myslím, v pořádku. Zároveň bohužel nestanovuje limit léčby, kdy již postrádá smysl – to je ale těžké a je to především politické rozhodnutí.



Petr Chudomel

2. Navýšení úhrad je pro nemocnice nedostatečné, zejména z pohledu požadavků na navýšení mezd a platů. Centralizace péče, co se týče rozdílu úhrad mezi centrovými nemocnicemi a ostatními, se prohloubila.

3. Jak jsem si to dříve představit nedovedl, tak nyní si dovedu představit zdravotnictví v ČR bez úhradové vyhlášky. Nejistotu s tím spojenou převládalo přesvědčení, že jsme schopni obhájit své místo na trhu poskytovatelů a přesvědčit pojišťovny (ty by měly být hlavním regulátorem smluvní politiky) o tom, že jsme seriózním, kvalitním, a tudíž nepostradatelným partnerem.

Odpovídá Ing. Josef Diessl, generální ředitel, Vojenská zdravotní pojišťovna ČR

1. Zcela zásadní. V současnosti je úhradová vyhláška nedílnou součástí financování českého zdravotnictví. To je fakt, se kterým je nutné počítat. Bohužel, každý z aktérů financování od ní očekává trochu něco jiného a vyhláška se poté stává středobodem nahlomáčených rozporů.

Především je ale vyhláška něčím, s čím český právní řád počítá. Dovolil bych si trochu širší vzhled do zákona o veřejném zdravotním pojištění, který na ni přímo odkazuje. Základem je ustanovení § 17 odst. 4 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon č. 48/1997 Sb.“). V tomto ustanovení je uvedeno:

„(4) Seznam zdravotních výkonů a dalších výkonů, které souvisí s poskytováním hrazených služeb, s bodovými hodnotami a s pravidly pro jejich vykazování (dále jen „seznam zdravotních výkonů“) stanoví Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou.

Podle § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb. jsou hodnoty bodu, výše úhrad, výše záloh a regulačních omezení na následující kalendářní rok dohodnuty v dohodovacím řízení zástupců zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů:

„(5) Nestanoví-li tento zákon jinak, hodnoty bodu, výše úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení se vždy na následující kalendářní rok dohodnou v dohodovacím řízení zástupců Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky a ostatních zdravotních pojišťoven a příslušných profesních sdružení poskytovatelů jako zástupců smluvních poskytovatelů. Svolovatelem dohodovacího řízení je Ministerstvo zdravotnictví. Dojde-li k dohodě, posoudí její obsah Ministerstvo zdravotnictví z hlediska souladu s právními předpisy a veřejným zájmem. Je-li dohoda v souladu s právními předpisy a veřejným zájmem, vydá ji Ministerstvo zdravotnictví jako vyhlášku. Nedojde-li v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. příslušného kalendářního roku nebo shledá-li Ministerstvo zdravotnictví, že tato dohoda není v souladu s právními předpisy nebo veřejným zájmem, stanoví

hodnotu bodu, výši úhrad hrazených služeb, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulační omezení na následující kalendářní rok Ministerstvo zdravotnictví vyhláškou v termínu do 31. října kalendářního roku. Vyhláška podle věty čtvrté a páté se použije, pokud se poskytovatel a zdravotní pojišťovna za podmínky dodržení zdravotně pojistného plánu zdravotní pojišťovny nedohodnou o způsobu úhrady, výši záloh na úhradu hrazených služeb a regulačních omezeních jinak.“

Z uvedeného je patrné, že zákon sice dává přednost dohodě zainteresovaných stran, avšak i když k dohodě dojde, je vždy přezkoumána MZ, přičemž kritéria zkoumání jsou dvě:

- soulad dohody s právními předpisy,
- veřejný zájem.

Jsou-li naplněna uvedená kritéria, vydá MZ obsah této dohody vyhláškou.

Dále jsou tu dvě situace, kdy vydá MZ vyhlášku podle vlastního uvážení:

- nedojde v dohodovacím řízení k dohodě do 30. 6. daného kalendářního roku,
- sice dojde k dohodě mezi zástupci zdravotních pojišťoven a zástupci poskytovatelů, ale MZ shledá, že existuje nesoulad s právními předpisy nebo veřejným zájmem.

A právě do pojmu „veřejný zájem“ se koncentruje nejvíce výhrad směřujících proti vydávání vyhlášky. Přitom sám pojem je definován s odkazem na § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb. těmito kritérii:

- zajištění kvality a dostupnosti hrazených služeb,
- fungování systému zdravotnictví a jeho stability,
- finanční možnosti systému veřejného zdravotního pojištění.

Vzhledem k tomu, že tato kritéria jsou velmi široká, je prostor MZ pro vydání úhradové vyhlášky rovněž značný. Účastníci doho-



Josef Diessl

dovacího řízení ani nemají dostatečný přehled o naplnění nebo naopak nenaplnění uvedených kritérií veřejného zájmu a nemají ani možnost je nějakým způsobem relevantně rozporovat, neboť posouzení MZ není vedeno v rámci správního řízení, a tudíž neexistují prostředky procesní obrany.

Tolik k uvedené otázce o roli úhradové vyhlášky z mého trochu laického právního pohledu. Ale popis současného stavu je důležitý jako východisko pro odpověď na další otázku.

2. Úhradová vyhláška pro rok 2024 je na světě a hned je torpédována ze všech možných stran. Bylo tomu tak vždy a ani do budoucna to nebude jiné, pokud podnětem pro její vydání nebude dohoda účastníků dohodovacího řízení. Mnohá jednání skončila na definici objemu prostředků zdravotního pojištění určených pro financování v budoucnu poskytované zdravotní péče jednotlivými segmenty. A pokud nebyla dohoda nad objemem, nebylo již o čem jednat ohledně způsobu rozdělování.

Osobně jsem od vyhlášky očekával, že ve veřejném zájmu budou

akcentovány celkové finanční možnosti systému a že se neprohloubí jeho deficit z posledních čtyř let. Tedy že MZ objektivně posoudí finanční možnosti jak pojišťoven, tak i velké části poskytovatelů. A především, že předpokládané roční výdaje systému veřejného zdravotního pojištění nebudou vyšší než jeho příjmy. To se nestalo a vyhláška predikuje další růst deficitu. Nad finanční rovnováhu postavila další kritéria veřejného zájmu – dostupnost hrazených služeb a fungování systému zdravotnictví a jeho budoucí stability. To, že tak činí významným nárůstem úhrady v některých segmentech péče bez jakékoliv ambice k růstu její kvality, je špatně. Jakékoliv přidávání peněz, které není přímo podmíněno systémovými změnami, nerovnováhu jen prohlubuje.

3. Nedovedu si představit situaci, ve které by nedošlo k žádné systémové změně, jen bychom ze zákona č. 48/1997 Sb. odstranili oprávnění k vydávání úhradové vyhlášky. A už vůbec si toto nedokáže představit MZ, vždyť tím by ztratilo svůj velký vliv na finanční toky ve zdravotnictví, zvláště tam, kde je přímo zřizovatelem zdravotnických zařízení a odpovídá mj. i za jejich ekonomické zdraví. To nám ve svém důsledku do vyhlášky přináší ty tolik diskutované koeficienty specializace či centralizace, které mají největší finanční efekt právě u velkých fakultních nemocnic.

Život bez ní si dovedu představit v situaci, kdy zrušíme, nebo alespoň omezíme stávající systém přerozdělování pojistného založený zákonem č. 592/1992 Sb. Tím narovnáme příjmové možnosti všech zdravotních pojišťoven na českém trhu. Převedeme tvorbu seznamu výkonů a povinností spojených s vykazováním hrazených zdravotních služeb do kompetence odborných společností, poskytovatelů a zdravotních pojišťoven a současně zrušíme

vyhlášku č. 99 o minimálních personálních požadavcích na poskytování zdravotních služeb, takže personální zajištění bude plně ponecháno na zodpovědnosti samotných poskytovatelů.

V takovém případě by mohl život bez úhradové vyhlášky přinést větší flexibilitu a „experimentování“ s různými modely financování a regulace. Daleko rychleji by byla nalezena rovnováha mezi efektivním využíváním zdrojů, dostupností kvalitní péče a udržitelností celého systému. Na rozdíl od současnosti, kdy zákonný vydavatel vyhlášky nenese prakticky žádnou odpovědnost za dopad svých rozhodnutí.

Je zřejmé, že pokud by mělo dojít k jakýmkoliv systémovým změnám (včetně té, k níž směřuje původní otázka, tj. odstranění zmocnění pro MZ k vydávání úhradové vyhlášky), musel by být významně novelizován zákon č. 48/1997 Sb. Ostatně možné podněty a konkrétní návrhy k jeho novelizaci předaly již před více než rokem všechny zdravotní pojišťovny prostřednictvím Kanceláře zdravotního pojištění. Obávám se však, že návrh změn, o kterém se snad brzy dozvíme, bude veden snahou o převedení současných výdajů spojených s rozpočtem MZ na segment zdravotních pojišťoven.

Odpovídá Mgr. Jaroslav Šíma, předseda představenstva, Moje ambulance a.s.

1. I když většina z nás není každoročně plně spokojena s jejím zněním, pro daný kalendářní rok úhradová vyhláška vždy zajišťuje jistotu úhrad při předem známém požadavku na objem poskytnuté péče. Ačkoliv tento koncept je podle mě již dávno přežitý a místo důrazu na kvalitu poskytované péče fixuje pouze její objem nutný k dosažení potřebné finanční



Jaroslav Šíma

úhrady, je většina poskytovatelů i přes verbální kritiku s tímto stavem de facto spokojena. Určitá pohodlnost a fungování v zajištěných kolejkách je tím upřednostňována před snahou výrazněji rozvíjet nabídku péče, měnit třeba i její strukturu a přemýšlet nad rozdělením kompetencí jednotlivých aktérů i v souvislosti s moderními světovými trendy.

V mých očích je tak spíše reliktem počáteční snahy o transformaci zdravotnictví než moderním mechanismem motivujícím poskytovatele k poskytování kvalitní a efektivní péče.

Vždyť i zpráva OECD z roku 2018 ve své kapitole „Zlepšení systému zdravotní péče v České republice“ hovoří o tom, že mezi oblastmi, „které zatím nebyly ve zdravotnictví realizovány, patří např. implementace platebních systémů založených na výsledcích péče, které by měly postupně nahrazovat platby za minulý odvedený objem práce (tzv. paušální úhrady). Další oblastí je koncepce nemocniční a ambulantní síť, která by měla postupně a řízeně transformovat péči z nemocniční do ambulantní oblasti společně

s posílením systémů dlouhodobé zdravotně-sociální péče zejména v péči o chronicky nemocné.“

S tím podle mě úzce souvisí i připravovaná a doposud ani v základech nerealizovaná postupná změna úhradových systémů založených na výsledcích péče, posílení pozice praktických lékařů, přesunu péče z nemocnic do ambulancí a kladení většího důrazu na informovanost pacienta a preventivní péči.

2. Osobně nemám žádná zásadní očekávání, právě kromě opětovné a každoroční fixace neopodstatněných rozdílů v úhradách mezi poskytovateli, kteří provádějí stejnou péči. Smutným faktem je pro mě skutečnost, kdy mezi poslední verzí úhradové vyhlášky a zněním zveřejněným ve Sbírce listin došlo v našem segmentu ke snížení úhrad u poskytovatelů nabízejících nadstandardní rozsah ošetrovací doby. Tato skutečnost mě zaráží o to více, když se téměř v pravidelných intervalech z médií dozvídám, jak je komplikovaný přístup pacientů k primární péči a rovněž dochází na řadě míst k výpadkům v LPS z důvodu personálního nedostatku.

3. Ano, jednoznačně dovedu. Bohužel nevidím dostatek politické odvahy a možná i vizionářství, které by k tomuto kroku vedlo. Jsem přesvědčen, že bez celkové změny systému úhrad včetně dlouhodobě diskutované a přirozeně velmi nepopulární spoluúčasti pacienta, i definování nepodkročitelného standardu péče toto však nenastane a nadále tak budeme pouhými svědky neřízeného „pádu některých poskytovatelů“ od těch nejslabších, kterými jsou malé nemocnice a ordinace jednotlivých lékařů v periferních oblastech republiky, viz např. případy Nemocnice v Rumburce, Dačicích, Sušici.



OBČAN V SÍTI

12/2023

Pavel Vepřek
Ladislav Švec
Petr Smejkal
Martina Špinková
Josef Veselka
Gabriela Osvaldová
Luděk Fiala
Petr Jančárek

DOPIS JEŽÍŠKOVĚ ANEB ZDÁNlivĚ NESPLNITELNÁ PŘÁNÍ

Já vím, že ze psaní dopisů Ježíškově jsme už dávno vyrostli, ale není špatné se občas zasnit a utřídit si svá přání a cíle. Jako realisté víme, že nám Ježíšek se zdravotnictvím nepomůže, a tak je jenom na nás, abychom se sami zasadili o jejich naplnění. Že to není jenom tak, ukazují zatím mizivé dopady výstupů z našich měsíčních setkávání na půdě Národohospodářského ústavu AV, na kterých od roku 1993 diskutujeme o tom, jak posunout naše zdravotnictví kupředu.

Už koncem devadesátých let bylo jasné, že potřebujeme do-táhnout do konce transformaci státního zdravotnictví do autonomního pluralitního pojišťoven-ského modelu, ale až na čestné výjimky už o to nikdo nestál. Pokušení, které přináší politická kontrola nad distribucí zdravotnických financí, je příliš silné, a tak místo rozvíjení autonomie a tržních mechanismů se pod pláštíkem krásných řečí prosazovaly zájmy politiků a zdravotnických podnikatelů. Výsledkem je dnešní situace, kdy zdravotnictví jako celek ještě slušně funguje, ale kumulace dlouhodobě neřešených problémů z toho brzy udělá minulost. Pokud se rychle neprobudíme.

V současné době nás zdravotnictví stojí stejně jako v bohatších zemích, ale jeho efektivita a kvalita je výrazně nižší. Máme nadbytek akutních nemocnic s příliš mnoha doktory ve služ-

bách a nedostatečnou vnitřní efektivitou. Ani osvícený ředitel s tím nic, kvůli nastaveným regulacím, nenadělá. Naše primární a sekundární péče funguje pod svými možnostmi a absence reálného sdílení informací efektivitu péče dále snižuje a prodražuje. Na systémové úrovni sice máme dohodovací řízení, ale přebíjí je úhradová vyhláška, máme sice samostatné pojišťovny, ale tu největší napřímo řídí politici, máme sice CZ DRG, ale jeho základní principy jsme z něj vykostili.

Události posledních dní ukázaly, jak se náš zdravotní systém vzdálil podobě, kterou jsme do něj začátkem devadesátých let vkládali. Když si uvědomíme, že žijeme v posledním desetiletí relativně příznivé demografické situace, která se začne po roce 2030 prudce zhoršovat, je zřejmé, že se současným systémem tu zatáčku nevybereme. Jediné, co nás může zachránit, je začít dělat to, co jsme měli dodělat v druhé půli devadesátých let. Zrušit kolektivní neodpovědnost a ať každý dělá, co má. Stát ať reguluje a kontroluje, definuje rozsah hrazené péče a pravidla férové konkurence pojišťoven. Pojišťovny ať nakupují péči pro své pojištěnce. Poskytovatelé péče ať si vydělávají peníze poskytováním potřebné péče, a ne lobbingem a vydíráním veřejnosti. No a pojištěnci se mají starat o své zdraví a trochu i o fungo-



vání své pojišťovny. Transformační proces musí být postupný, dobře připravený a schopný překonat odpor všech, kteří ze současného stavu nepřiměřeně profitují. Výhodou je, že oproti porevolučnímu období tu máme základní struktury pojišťoven-ského systému už hotové, a je potřeba jim jen vdechnout smysluplné funkce.

Alternativou k těmto krokům je obecné zhoršování dostupnosti péče pro ty bez dostatku peněz a sociálních kontaktů, postupná likvidace pojišťoven, návrat státní distribuce prostředků, a až bude opravdu ouvej, tak opětovné zestátnění zdravotnických zařízení. Protože si to opravdu nepřejeme, nezbývá nám než pracovat na přípravě potřebných kroků a doufat, že to časem osloví jak veřejnost, tak hráče na politické scéně. Proto chceme od příštího roku rozšířit náš výtlak a uvítáme každou pomocnou ruku. Nechceme události pouze komentovat, ale podílet se na jejich řešení. První vlašťovku této změny Vám přinese proměna Občana v síti, která Vám přistane v počítačích v lednu. Krásné a požehnané Vánoce a nadějeplný nadcházející rok přeje

MUDr. Pavel Vepřek.

PŘÁNÍ JEŽÍŠKOVI: ODVEĎ TROJSKÉ KONĚ Z MĚSTA

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního
pojištění

Organismus českého zdravotnictví si někdy představují jako velký a komplexní software. Má také spoustu částí a kódů, které je propojují a které do sebe musejí co nejlépe zapadat. Jakýkoliv SW přitom může být naprogramován dobře, nebo špatně. Dva programy mohou zdánlivě umět to samé, jeden se ale rozvíjí téměř bezúdržbově, zatímco do druhého se periodicky investují velké prostředky jen proto, aby nespadl. Takový program s trojským koněm v základním kódu je pak prokletím ve chvíli, kdy jej potřebujete povýšit na novou úroveň. Několik takových trojských konů přitom stojí i v hradbách české organizace a financování zdravotnictví prostřednictvím veřejného zdravotního pojištění. Ty hlavní by stálo za to odstranit.

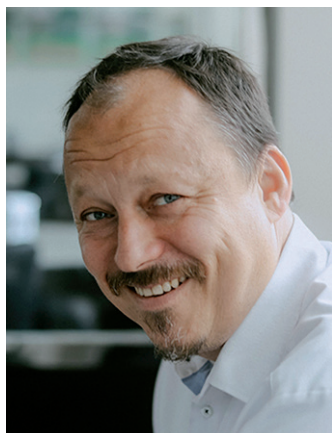
Nejdříve připomenu, proč je vůbec veřejné zdravotní pojištění zavedeno. Základní obecně platnou myšlenkou a jeho určujícím rysem je oddělenost od státu a krátkodobých politických vlivů různě se střídajících politických reprezentací. Cílem je zajistit kontinuitu, tedy dosáhnout rozvoje a udržitelnosti zdravotnictví v delším než ročním, nebo volebním cyklu. Dále pak umožnit lidem podíl na správě systému a zajistit jeho efektivitu a hospodárnost nákupem služeb a zboží za co nejvýhodnějších podmínek pro pojištěnce.

Tuto základní myšlenku jsme u nás bohužel velmi rychle obohatili a inovovali po česku. Abychom se nemuseli namáhat se svobodným, ale náročným hledáním co nejvyšší efektivity mezi těmi, kdo

zastupují zájmy svých členů/pojištěnců, a těmi, kdo jim nabízejí a poskytují služby, vložili jsme do programu několik trojských konů.

Prvním byla (na konci devadesátých let možná ještě trochu pocho-pitelná) obava našich politických představitelů ze svobody a samo-správy, respektive ze ztráty přímého dohledu nad managementy zdravotních pojišťoven. Od počátku tak v orgánech ZP zůstávali i zástupci ministerstev, tvořící třetinu správních rad. Razantní ránu pak představě o apolitickém zdravotním pojištění přinesla změna složení orgánů největší zdravotní pojišťovny v roce 2008. Novelizací zákona zde zástupce pojištěnců a zaměstnavatelů nahradili rovnou a napřímo delegáti vládnoucích politických stran. Došlo tak k popření filozofie, rozdělení vnitřní podstaty pojišťoven a zásadnímu posílení politického vlivu na systém. Nejpозději od té doby zdravotní pojištění běží svůj závod na dvou různě dlouhých nohách, s jednou rukou spoutanou za zády a balíkem cizích zájmů na hřbetě.

Druhým a zásadním trojským koněm bylo zavedení zákonné pravomoci nařídít podmínky a výši úhrad vrchnostenským rozhodnutím subjektu, který zároveň významnou část poskytovatelů vlastní (úřadová vyhláška). Ta fakticky znemožňuje dosahování střednědobých dohod a spravedlivé rozdělení mezi segmenty, plynulý rozvoj a plánování výdajů. Každý rok se začíná znovu v očekávání, co z aktuálního ministerstva vyjde. Komu bude pomoheno, komu ne. Tomu dal, tomu taky, tomu méně a na toho nic nezbylo... jako v pohádce o myši mamince. Vyhláška přitom logicky vede k dlouhodobému snižování efektiv-



Ladislav Švec

vity, neboť politická reprezentace nemá zájem na vedení přirozeného konfliktu mezi poptávajícím a nabízejícím. Vždy je pro ni jedno-dušší nakonec slíbit, sáhnout do dříve relativně málo zadluženého státního rozpočtu, případně rezerv systému v. z. p., pokropit systém penězi a prohlásit, že je vše vyřešeno. Krmí tak zvětšující se černou díru a systémové problémy bublají pod pokličkou dál. Deficity zdravotního pojištění, které cyklicky sama vytváří, jen hasí z druhé kapsy navýšením státního dluhu (tzv. pojistné za státní pojištěnce). Prostor pro naplnění role zdravotního pojištění je v takovém systému velmi omezen.

Přiznávám, že příměr s trojskými koni nesedí úplně. Někde nám totiž části kódu naopak úplně chybějí. Například je zajímavé, že je sice možné nařídít pojistňovně deficitní hospodaření (utrat' víc, než plánuješ vybrat), ale zároveň jí není umožněno zareagovat zvýšením pojistného. To tak v podstatě není pojistným, neboť pojistitel nemá na jeho výši žádný vliv. Nemůže příjmy přizpůsobit potřebám, svoji nabídce, nebo nutnosti pokrýt státem nařízené náklady (nemusí jít jen o vyhlášku, potřeba zvýšení pojistného může v budoucnosti přijít třeba s rozšířením nároků o nákladné technologie). Pevně

dané pojistné neumožňuje rozvinout smysluplnou konkurenci mezi pojišťovnami a v konečném důsledku vede k další závislosti na ad hoc politických potřebách a kondici státního rozpočtu (a tam už dobře bylo...).

Posledním chybějícím článkem základního kódu je podle mého názoru nedokonalé vymezení předmětu zdravotního pojištění, respektive nejasná hranice mezi nárokem (tím, co má být každému, všude a plně hrazeno) a tím, co (a za jakých podmínek) je možné hradit přímo. S výjimkou léků není možné rozsah svého nároku dohledat a tím ani účinně vymáhat. Na druhou stranu je teoreticky možné tvrdit, že je nárok téměř neomezený, neboť se v podstatě řídí pouze velmi obecnými ustanoveními zákona. V reálném světě

přítom dochází ke stále častějšímu a významnějšímu výběru přímých plateb poskytovateli, kteří si v tomto prostředí logicky celkem svévolně rozhodují, zda a která služba již do zákonného nároku nepatří. Pokud chceme do budoucna výdaje řídit, musíme zavést procesy, které umožní rozsah nároků přesněji vymezit a jasně limitovat. Stejně tak bychom měli otevřeně přiznat, že existují služby, u kterých je přímá úhrada možná (pro některé vymezit základní prostor přímo zákonem), a zavést pravidla regulace takto přímo hrazených služeb.

Co si tedy v tomto vánočním čase přát? Aby se základní politické síly shodly alespoň na základním směru dlouhodobého vývoje. Aby jím nebyl návrat k politicky centrálně řízenému zdravotnictví, ale lepší

využití systému více zdravotních pojišťoven. Abychom pro jeho upgrade následně zapracovali na depolitizaci a odstranění konfliktu zájmů, sjednocení povahy ZP, případně doplnili DNA systému o nové části, umožňující jeho rozvoj. Další patro (konkrétní kroky pro zvýšení efektivity) totiž nepostavíme bez dobře vyměřených základů.

Tímto Vám všem jménem celé Iniciativy Zdravotnictví 2030+ a řešitelského týmu, pracujícího na konceptu jednotlivých systémových úprav, děkuji za Váš zájem a spolupráci v roce 2023, přeji krásný adventní čas, opravdu Štědrý den a odvážný vstup do nového roku 2024! Těším se na pokračování diskuse. Je skvělé vidět, že je nás stále více a více. Společně to dáme.

CO BYCH SI PŘÁL

MUDr. Petr Smejkal hlavní epidemiolog, IKEM

Je možná trochu příznačné, že se už začínáme obracet k Ježíškoví, aby se něco zásadního v českém zdravotnictví přihodilo. Z poslední skvělé debaty u Pavla Vepřeka posílám pár návrhů, kde začít.

Z COVID-19 jsem si odnesl poznání, že společným jmenovatelem hodně českých problémů je poplacení rolí. Mnoho lidí a institucí má více mnoho co říci, ale mluví k věcem, kterým z podstaty věci nemá mluvit, protože jim nemůže tolik rozumět. Kardiochirurgové a psychiatři mluvili za covidu k problematice infekčního lékařství, epidemiolog s nejvyšším citačním indexem horoval pro promoření populace na demonstracích radikálů, bystrý nezdravotník pojišťovák protáhl exponenciálu a zavolal premiérovi, Státní zdravotní ústav mlčel a ti, kdo měli přijít, nepřišli. Nikdo

tyto „odborníky“ nepokutoval za matení veřejnosti, nikdo neprovedl audit toho, co se stalo. Proto se nevě bude opakovat. Pokud si neuvedomíme, kde je role každého z nás, a nezačneme ji naplňovat. Poplacení rolí totiž pokračuje. Státní pojišťovna bude nyní zvyšovat mladým lékařům platy namísto toho, aby přestala platit poskytovatelům za nekvalitní péči. Komora namísto toho, aby hlídala kvalitu péče a dobrou úroveň vzdělání lékařů, najednou usiluje o jakousi doživotní rentu těch, kteří hodně slouží – zdali ve zbytečných nemocnicích na zbytečných lůžkových odděleních, nebo na přeplněných akutních příjmech fakultních nemocnic, to je jí už úplně jedno. V nemocnicích, namísto toho, aby byl pacient uložen (když už musí být hospitalizován) po stanovení diagnózy na akutní příjmu do jednoho pokoje a lékaři specialisté a konziliáři se u jeho lůžka střídali, je v českém



Petr Smejkal

systému překládán po klinikách (mnohé jsou v architektonicky krásných, ale funkčně zcela zastaralých budovách více než 100 let starých), až si najde tu jeho diagnózu nejvíce odpovídající, pokud ovšem na této cestě nezemře nebo se jeho stav tím cestováním nezkomplikuje. (Tj. pacient putuje po příjmu do nemocnice za léka-

řem, místo aby tomu bylo naopak, další poplacení.) A pokračujeme dál. Místo abychom důrazem na prevenci prodloužili délku života ve zdraví (jistě se dá finančně motivovat), chlácholíme se úspěchy českého zdravotnictví, které se týkáji úzkého spektra pacientů – jsme jedni z prvních na světě v záchraně extrémně nedonošených dětí a ve specializovaných nemocnicích se provádějí chirurgické výkony a transplantace pacientům, kteří by se v jiné zemi k takovému výkonu nedostali. Mezitím „průměrný“ občan běhá po často zbytečných návštěvách u lékařů, které nikdo nekoordinuje, kde se dubluji vyšetření, často nemá svého praktického lékaře a spoléhá na známého „primáře“, který přece vše ví, zná další primáře a ti jej ze všeho vytáhnou, ať bude přistupovat ke svému zdraví jakkoli. Co je vlastně úlohou dobrého zdravotnického systému?

Celý systém je založený na tom, kdo si co myslí, ale ne na objektivních datech o kvalitě péče, opravdových potřebách a dostupnosti pro každého. Systém není samozřejmě propojen centrální elektronizací a digitalizací, což absenci dat jen prohlubuje. ÚZIS navíc argumentuje tím, že existující zdravotnická data jsou citlivá a je tam

riziko zneužití a dezinterpretace. Víme ale, že Dánsko, Nizozemsko a jiné země vědí dobře, jak s daty pracovat, jak jsou nezbytná v řízení a rozhodování všech subjektů a jak mnoho se dá sdílet s veřejností, když se správně vysvětlí a interpretují. Netřeba vymýšlet kolo.

Žijeme v neefektivním systému, který nemůže dlouho vydržet. Za stoupající náklady máme stagnující péči. Nemůže to vydržet, protože populace stárne a cena léků a péče, i té, která je „jen“ zlatým standardem, se zvyšuje. Myslíme si, že máme „německý systém“ konkurujících si pojišťoven, místo toho ale máme od poloviny 90. let východoevropský klientelistický pseudosystém silně provázaný se státem, závislý na politicích a funkcionářích, plný stárnoucích všemocných eminencí, které sedí zároveň v dozorčích radách, odborných společnostech, na ministerstvu, v sekretariátech politických stran, které nic měnit nechťejí. Nechťejí také samozřejmě, abychom znali detailně úroveň kvality poskytované péče v nemocnicích a v ambulancích praktiků a specialistů. Obrazem tohoto stavu je mimo jiné i každoroční nesmyslná úhradová vyhláška.

Co s tím? Prvním krokem k reformě musí být návrat do porevoluč-

ní doby s přísnými pravidly hry a uvědoměním si rolí. Zdravotní pojišťovna má být zdravotní pojišťovnou, lékařská komora lékařskou komorou, zdravotník má poskytovat evidence-based profesionální službu (a je jedno, jaký má titul, mnoho kompetencí je možno přesunout na nezdravotníky a sestry a zjistíme, že zas takovým nedostatkem lékařů netrpíme; je také jedno, z jaké země pochází, pokud úspěšně prošel nostrifikačním řízením a domluví se česky). Ministerstvo má být jen ministerstvem a pacient aktivním, o své zdraví – a zejména o prevenci – se starajícím, motivovaným a dobře informovaným objektem péče. Politik do toho všeho musí zasahovat jen minimálně (vždy zasahují tím víc, čím víc systém nefunguje, viz dobu covidové pandemie).

Jako za covidu, místo abychom se zamysleli a provedli změny ještě včas, jen se díváme a čekáme, kdy se systém zhroutí. Ježíšku, dej nám dostatek moudrosti, aby tento vlak přehodil výhybku, dej mladým dosti síly na to, aby nerezignovali, neutekli a usilovali o radikální změnu, která jediná může sekundárně přinést i vyšší platy, nikdy ne naopak. A nám všem, abychom neměli strach věci měnit, času moc nemáme.

VOLNÉ FÓRUM

1. O jaké tři změny ve zdravotnictví byste požádal/a Ježíška, kdyby na to přišlo?
2. Kdy si myslíte, že by mohla nastat reálná poptávka po potřebných změnách ve zdravotnictví mezi voliči?
3. Jsou budoucí reformátoři skryti v líných politických stran, nebo musí přijít někdo zvenku?

Odpovídá ak. mal. Martina Špinková, malířka, spisovatelka a jedna z dobrých duší Cesty domů

1. Popravdě jde o to, jestli je myšlen Ježíšek, chlapeček, který si odskočil z dřevěných jeslíček

a pod rouškou štedré noci plní přání nastrkaná za okna, kupuje koloběžky, panenky a mobily v e-shopech a poletuje pak s nimi z bytu do bytu, prochází okny a možná komíny a nikdy jej nikdo neviděl. Nebo jestli je miněn ten, který je Boží syn,

uměl uzdravovat kdekoho a mohl by splnit teoreticky cokoli, když se aspoň dva nebo tři lidé spojí v nějaké moudré prosbě. Mohl by, ale z nějakého důvodu se rozhodl nám dát spoustu svobody a pro mne nepochopitelně se dokáže trpělivě dívat, jak s ní

zacházíme nešikovně a patláme to někdy jako bábovky na písku. Tedy od toho prvního bych asi mohla chtít víc peněz pro lidi a budovy, lepší postele a dostatek léků a pomůcek vždy a všu-



Martina Špinková

de. Ale to nic nevyřeší. S tím druhým je to jinak. Zkusila bych ho poprosit o moudrého, koncepčního, šarmančního, zkušeného a srozumitelného ministra zdravotnictví. Ten by už sám pak zvládl zařadit to, aby zdravotnictví bylo efektivní a vstřícné a vynalézavé a naslouchající směrem k pacientům a hledělo realisticky do budoucna. Jde to. Stále se s tím někde setkávám a zároveň se setkávám i s tou zanedbnutostí a nevrlostí. Aby to fungovalo, bylo by potřeba poprosit ještě o to, aby pacienti, tedy my všichni, jsme včas přemýšleli o tom, jaké nástroje ke zlepšení máme v rukou sami, a užívali je. Prostě bych si přála otevřenost a realistický pohled, vstřícný a tvůrčí dialog mezi těmi, kteří slouží, a těmi, kterým zdravotnictví slouží.

2. Jsem v tom strašně skeptická. Mám pocit, že nezám a odevzanost se dědí z pokolení socialistického na to současné, zdá

se mi, že tváří v tvář lékařům srazíme paty a zmrzneme na kámen a neumíme jim být partnery. A zdravotnictví zhusta neumíme užívat, ale umíme je, často nevědomky a kvůli vlastnímu nezájmu, zneužívat. Netušíme, co co stojí, nevíme, co máme. Máme pocit, že jsme kolečko v bílém soukolí, které nic nemůže, a zároveň máme pocit, že si můžeme zavolat sanitku na cokoli. A už vůbec neumíme (ani já neumím) o tom přemýšlet koncepčně a ekonomicky aspoň tak, abychom si uměli cíleně vybrat dobré politiky, abychom věděli, co po nich můžeme chtít, a chtěli to po nich. Většina z nás si myslí, že s tím ve volbách nic nemůže. Programy stran nechteme vůbec a ony to vědí a nenamáhají se s nějakou ucelenou koncepcí a návrhem, který by dohlédl dál než za rok/roh. Prostě nevím, jestli to může kdy nastat, a nevím, co by se muselo stát, aby to nastalo. Omlouvám se za nedůvěru ke spoluobčanům, obvykle jsem snaživý optimista. Je mi to ale celé moc líto, je to škoda. Trochu se slzou v oku vzpomínám na poplatky, malý závan, který pomohl si aspoň něco uvědomit.

3. To opravdu nevím, odhadla bych, že musejí přijít zvenku a že politici po nich musejí zatoužit, definovat si, co chtějí, a aktivně je hledat. Věřím, že tu jsou lidé, kteří to léta promýšlejí a mohli by přispět do diskuse, vzít to za rozumný a efektivní konec. Ale od politiků to chce aktivitu a uši k slyšení a hlavně pojem o tom, že reforma je třeba. Pokud se jim líbí se cachtat na stále stejné mělčině a nic nevědět o tom, že kdesi v dálce se žene tsunami (případně se kdesi v dálce rozjízďejí parní válce, jak zpívá v doktorské tragikomické písni klasik Jan Vodňanský), tak s tím těžko kdo něco udělá. Osobně bych, i z malé paliativní zkušenosti, hledala nejraději v zahra-

ničí. Zdravotnictví je nesnadné všude. Ale nepochybně někde se dá najít systém implementovatelný u nás, na naše zdravotníky a naše pacienty. A neztrácet pořád znova a znova čas kdejakými home made koncepcemi, které končí s každým ministrem zdravotnictví (a že jich je) v propadlišti dějin. Sama jsem byla ředitelkou Cesty domů deset let a za tu dobu zažila ministrů tuším 14. To nemůže fungovat.

Odpovídá prof. MUDr. Josef Veselka, CSc., kardiolog, spisovatel a publicista

1. Měl by zrušit ekonomicko-politické vazby svazující státní zdravotnictví a pojišťovny. Bez toho se nehneme dál, protože



Josef Veselka

každá instituce aspoň do určité míry slouží komusi za oponou. Měl by změnit základní směřování českého zdravotnictví od státně (politiky) řízeného k řízenému poptávkou, a tedy potřebami občanů.

Měl by zcela změnit systém školení budoucích i stávajících zdravotníků ve prospěch moderní medicíny a jejích trendů.

2. Myslím, že tato poptávka již existuje, neumím však odhadnout, zda je většinová. Dobrý lídr by musel umět lidem vysvětlit, že „nové zdravotnictví“ je neohrožuje, ale zvětšuje jejich možnosti a svobodu.

3. Nevím, neznám líhně politických stran. Soudím-li podle toho, jaké osobnosti vyprodukovaly nebo dosadily v posledních třech desetiletích do rozhodujících funkcí ve zdravotnictví, pak bych řekl, že nikoliv. Měl by tedy přijít kdosi zdánlivě nepolitický.

Odpovídá Gabriela Osvaldová, herečka, textařka

1.–3. Je to trochu jako: kdy si myslíte, že bude pršet – a když bude, kolik asi tak vody spadne? Na můj



Gabriela Osvaldová

zvětšely intelekt je to příliš vágní. Vždycky jsem se divila, že naše zdravotnictví tak dlouho dokázalo fungovat na progresivních prvorepublikových základech, dokonce se i v určitých směrech zdárně rozvíjet. Teď se zdá, že se vracíme zpátky a dávno opuštěné zastaralé praktiky vynášíme jako objevné novinky. Běda nám. A kdo by tohle dokázal zarazit a určit správný

směr – to netuším, protože se v té šílené mašinérii vůbec nevyznám; toky peněz jsou mi záhadou. Pokoj lidem dobré vůle, když máme před těmi Vánocemi. A hlavně to zdravíčko – jak říkala naše paní uklízečka Anna Studíhrová. To hlavně!

Odpovídá doc. MUDr. Luděk Fiala, Ph.D., MBA, lékař, vysokoškolský pedagog, spisovatel, diplomat a bývalý politik

1. a) změnu současného systému zdravotního pojišťovnictví, b) zúžení současné nemocniční sítě,



Luděk Fiala

c) zlepšení vztahu mladých lékařů ke své profesi.

2. V současné době nikdo nemá politickou odvalu ani sílu vysvětlit občanům, že systém zdravotnictví, jaký je v současnosti, je ekonomicky dlouhodobě neudržitelný. Že například občané musejí nést jistou míru spoluúčasti na zdravotní péči (jakou již znají například ze stomatologie), ale také spoluzodpovědnost za své chování. Není možné poskytovat ze stejné výšky pojištění stejně hrazenou péči kuřákům a nekuřákům, alkoholikům a drogově závislým, ex-

trémně obézním pacientům, kteří se svou nezodpovědností nepodílejí na péči o své zdraví apod.

3. Ani mezi politiky, ani mimo tento prostor nevidím člověka s vizí, která by přesáhla více než jedno volební období. Nevidím jej ale ani jinde v civilizovaném světě.

Odpovídá Petr Jančárek, režisér, kameraman, nezávislý producent a člen SR, Člověk v tísni

1. a) zavedení automatické možnosti připlatit si bez problémů za nadstandardní péči, b) rutinní za-



Petr Jančárek

vedení objednávkových systémů při žádostech o vyšetření, které by vedlo ke snížení čekacích dob, c) centralizovaná digitalizace informací pacientovi.

2. Obávám se, že výrazná voličská poptávka zde není brzy očekávatelná. Je to dáno nejen kvalitou elektorátu, ale i akcentem politických stran na jiná témata.

3. Obávám se, že v líhních politických stran mnoho HR potenciálu nenajdeme...

HORIZONT 2030+

BULLETIN DISKUSE KE KONCEPČNÍM ZMĚNÁM ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ



Kancelář zdravotního
pojištění

Kancelář zdravotního pojištění

nám. W. Churchilla 1800/2

130 00 PRAHA 3

IČ 70938393

+420 236 033 411

info@kancelarzp.cz

www.kancelarzp.cz