



ZDRAVOTNICTVÍ 2.0

PŘÍRUČKA PRO MINISTRA

ANALÝZY: Alföldi, Friedrich, Hroboň, Král, Plechatá,
Vepřek, Viereckl, Vitásek, Vrubel, Zámečník

PARTNEŘI



**VŠEOBECNÁ
ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
ČESKÉ REPUBLIKY**



Vydavatel
Sierit, s. r. o.
Metodějova 1469
149 00 Praha 4

Redakční rada:
Miroslav Zámečník
Marcela Alföldi Šperkerová
Tomáš Pohanka

Grafická úprava:
Petr Kocián
Foto: Shutterstock

Kontakty:
tomas.pohanka@sierit.com
www.mederi.cz



Vážení přátelé českého zdravotnictví,

máte před sebou další názorný příklad, že ze všeho nejdůležitější je neztrácet naději. Nedá se říct, že by se v uplynulých dvaceti letech nikdo nepokoušel náš zdravotní systém přeměnit na prostředí, kde všichni dělají, co dělat mají. Kde regulátor reguluje, pojišťovák pojišťuje, zdravotník léčí a občan jim všem za poskytnuté služby přímo či nepřímo platí.

Všem snahám navzdory se nezměnilo nic.

Ty, kteří české zdravotnictví sledují dlouhodobě, zároveň nepřestává fascinovat, jak dosahuje v mezinárodním srovnání velmi solidních výsledků. A to navzdory skutečnosti, že jde o systém plný konfliktů zájmů, kolektivní neodpovědnosti, markýrovaného řízení, deficitních a vědomě porušovaných pravidel, práva silnějšího, ročního horizontu úhradových vyhlášek a absence dlouhodobých investic do lidí, budov a zdravotních programů.

Neztrácet naději a znovu a znovu podnikat další pokusy o změnu v přesvědčení, že tentokrát by alespoň částečné narovnání poměrů a kultivace prostředí „mohly projít“, to je to, oč běží. Neboť kdy jindy bude vhodnější příležitost, než když je ekonomika opět po deseti letech ve fázi velmi robustního růstu. Zvláště když je zároveň jasné, že dobré počasí nebude trvat věčně.

Než pracovat pod finančním a časovým tlakem ve stresu a dělat chyby, bylo by lepší tohoto okna příležitosti využít nyní. Můžete samozřejmě namítnout, že odpovědné zdravotnictví není tím pravým volebním tahákem pro jakoukoli stranu, navíc v těchto volbách reformní zápal aby jeden pohledal.

A tak propagaci potřebných změn bereme na sebe a budoucí exekutivě nabízíme návod k jednání.

Prvním příkázáním při formulaci každé politiky je „neškodit“, takže nikoho nenabádáme ani k prudkým pohybům hrozcím destabilizací, ani k páchání politického harakiri, ani k přijímání nepromyšlených, byť radikálně znějících kroků.

Publikace, kterou držíte v ruce - Příručka pro ministra - je výsledkem mnoha let diskuzí a účasti jejich autorů ve většině týmů, které v Česku vymýšlely koncepcce zdravotnictví. Finální podoba názorů krystalizovala na půdě Národohospodářského ústavu AV při pravidelných debatách spolku Občan a později iniciativy Zdravotnictví 2.0.

Buďme inspirováni a nevzdávejme to!

Miroslav Zámečník



ÚVODNÍK 03

ORGANIZACE ZDRAVOTNICTVÍ A SÍŤ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ 08

Chceme se posunout do světa, ve kterém stát nastavuje pravidla a kontroluje jejich dodržování, zdravotní pojišťovny zajišťují potřebné služby, zdravotníci je poskytují a občané služby všech tří aktérů čerpají a přímo či nepřímo za ně platí, píše **Pavel Vepřek**.

POSTAVENÍ, ROLE A PRINCIPY ŘÍZENÍ ZDRAVOTNÍCH POJIŠŤOVEN 14

Zdravotní pojišťovny nejsou natolik specifické, aby musely mít „corporate governance“ jinou než pojišťovny, banky nebo veřejně obchodované akciové společnosti v České republice, upozorňuje **Miroslav Zámečník**.

STANOVENÍ ROZSAHU HRAZENÉ PÉČE 20

Praktické umožnění výběru nadstandardu přinese občanům i celému zdravotnictví řadu výhod, počínaje úsporami pacientů a konče rychlejším zaváděním nových technologií, tvrdí **Pavel Hroboň**.

Občan vnímá, že zdravotnictví je zadarmo, a proto ho o sto šest čerpá, zároveň mu ale často poskytované služby nevyhovují, všímá si **Marcela Alföldi Šperkerová**.

ÚHRADOVÉ A REGULAČNÍ MECHANISMY 28

Úhradová vyhláška je natolik ovlivněna politicky motivovaným zadáním, že selhává nejen ve snaze nastavit spravedlivou cenu, ale zejména v prosazování správných motivací ve vývoji systému, argumentuje **Ladislav Friedrich**.

LÉKOVÁ POLITIKA 34

Je potřeba zejména nastavit striktní pravidla pro vstup nových léčiv do systému veřejného zdravotního pojištění, která budou předvídatelná, konzistentně uplatňovaná a budou zohledňovat nákladovou efektivitu, uvádí **Filip Vrubel**.

NĚKDO MUSÍ BÝT LÍDR...

- Hradíme zdravotní péči za téměř 60 % obyvatel ČR
- Zdravotnickým zařízením letos vyplatíme více než 161 miliardy korun
- Za péči o jednoho klienta jsme připraveni zaplatit nejlépe ze všech pojišťoven
- Máme uzavřené smlouvy s nejvíce lékaři, nemocnicemi a dalšími zařízeními
- Svým partnerům poskytujeme nejkomplexnější poradenství a servis
- Naše pobočky najdete na 196 místech v ČR
- Přes VZP Point a aplikaci Moje VZP s námi mohou zdravotníci, plátcí i klienti komunikovat elektronicky

Partnerství s námi se vám vyplatí!



 **VZP**
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY**40**

Přestože jsou problémy týkající se ekonomické regulace zdravotnických prostředků známé a detailně popsány déle než pět let, veškeré legislativní aktivity v této oblasti utichly na ministerstvu zdravotnictví v roce 2015 a od té doby se odborná veřejnost nedočkala žádného konkrétního návrhu řešení této neutěšené situace, všímá si **Jakub Král**.

**KOORDINACE PÉČE,
MANAGEMENT CHRONICKÝCH NEMOCÍ****46**

Výzva, kterou představují chronické nemoci, se nevyhne žádnému zdravotnímu systému a žádné jeho části. Týká se státní správy, zdravotních pojišťoven, ambulantních poskytovatelů, nemocnic, dodavatelů léků i zdravotnických prostředků, prohlašuje **Pavel Hroboň**.

PROPOJENÍ ZDRAVOTNÍHO A SOCIÁLNÍHO SYSTÉMU**52**

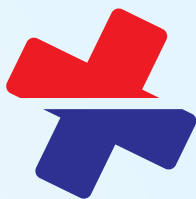
Když hledáme, co mají kromě péče o člověka společného, mnoho toho nenajdeme. Přesto by se jak občanům, tak státní pokladně vyplatilo oba systémy spojit alespoň v jednotlivých segmentech, píše **Michael Viereckl**.

Neschopnost komunikace mezi zdravotním a sociálním systémem je dlouho neřešené téma. Proniknout do něj se snaží projekt s názvem Stárnutí populace – porovnání nákladů zdravotního a sociálního pojištění, popisuje **Ivana Plechatá**.

ELEKTRONIZACE ZDRAVOTNICTVÍ**58**

Česko má relativně dobré výchozí podmínky pro přechod na elektronické zdravotnictví. Velkou nevýhodou však je, že chybí legislativní podpora využívání datového standardu. Ta se v praxi projevuje tím, že zdaleka ne všechny informační systémy mají implementovanou aktuální verzi, což stěžuje kompatibilitu a snižuje možnosti využívání, upozorňuje **Zdeněk Vitásek**

**NÁVRH KAPITOLY ZDRAVOTNICTVÍ
PROGRAMOVÉHO PROHLÁŠENÍ VLÁDY****64**



moje@ambulance

Váš praktický lékař

✚ ONLINE SLUŽBY

✚ MODERNÍ ORDINACE

✚ ORDINAČNÍ DOBA 12 HOD.

✚ PŘÍJEMNÉ PROSTŘEDÍ

✚ OBJEDNÁVKOVÝ SYSTÉM

✚ PREVENTIVNÍ PROGRAMY



Více než
155 tisíc
spokojených
klientů!



www.mojeambulance.cz



Organizace zdravotnictví a síť zdravotnických zařízení

Chceme se posunout do předvídatelného světa, ve kterém stát nastavuje pravidla a kontroluje jejich dodržování, zdravotní pojišťovny zajišťují pojištěncům potřebné zdravotní služby, zdravotníci je poskytují a občané služby všech tří aktérů čerpají a přímo či nepřímo za ně platí.

Pavel Vepřek, iniciativa Zdravotnictví 2.0

V této publikaci jsme se cíleně rozhodli pominout minulost a popis přítomnosti brát jen jako nutný odrazový můstek k vysvětlení a rozboru kroků, které mají zlepšit fungování zdravotnictví v budoucnu. Úvodní kapitolou nicméně vůči tomuto zadání vědomě zhřeším, protože kořeny našich dnešních problémů sahají daleko do minulosti. A bez znalosti souvislostí se obtížně odstraňují.

Evropské zdravotnictví se začalo rozvíjet od druhé poloviny devatenáctého století jako součást systému sociálního zabezpečení a sociální charakter si drží dodnes. Bez ohledu na to, zda v tom kterém státě převládá systém veřejného zdravotního pojištění nebo národní zdravotní služby, jsou základní platby občanů do zdravotnictví odvozeny od jejich

příjmů. A čerpané zdravotní služby se odvozují od jejich potřeb.

Soukromé peníze do evropských zdravotních systémů vstupují při čerpání služeb nad rámec základního balíku hrazené péče, nebo jako motivace k efektivnímu využívání zdravotních služeb.

Ve všech státech s pluralitním veřejným pojišťovenským systémem jsou základní parametry ovlivňující jeho chod (rozsah hrazené péče, klasifikační systémy, úhradové mechanismy atd.) nastavovány a aktualizovány institucemi, které stojí mimo příslušná ministerstva.

Ministerstva se primárně věnují údržbě legislativy a kontrolní činnosti. Korektnost fungování pluralitního systému je postavena na vymezení rozsahu péče, kterou musí

všechny pojišťovny svým pojištěncům zajistit, na jednotné výši pojistky pro všechny pojištěnce dané pojišťovny a nemožnosti odmítnout zájemce o pojištění. Kontrola je na státu, byť třeba v Nizozemsku hraje hlavní kontrolní roli veřejnost, která hlasuje „nohama“ na základě informací o kvalitě služeb jednotlivých pojišťoven a výši nominální části pojistky.

Po roce 1948 byl u nás dosavadní pluralitní Bismarckovský model sociálního zabezpečení transformován do jednotného národního pojištění, které zahrnovalo důchody, nemocenskou a úhradu zdravotních služeb. O čtyři roky později bylo zdravotnictví zestátněno, nemocenskou začalo spravovat Revoluční odborové hnutí a důchody přešly na Státní úřad důchodového zabezpečení.

Začátkem devadesátých let se rozeběhla reforma, která usilovala o odstátnění zdravotnictví a přenesení jeho financování na bedra pluralitního systému veřejného zdravotního pojištění. Na integraci se sociálním systémem nebylo v té době ani pomyslení.

Transformace zdravotnictví probíhala relativně hladce, ale postupně jí došel dech, a tak naše zdravotnictví skončilo v půli cesty mezi státní minulostí a pluralitní budoucností.

Kříženec ve střetu zájmů

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 obtížně se adaptující na vývoj medicíny, s výraznými prvky neefektivity, s malou orientací na potřeby občanů, s deformovanými motivacemi a nedostupnými informacemi. Vzhledem k demografickému vývoji, rozvoji medicíny a rostoucímu očekávání občanů to není situace dlouhodobě udržitelná. Pokud nesníme o opětovném zestátnění zdra-

votnictví, pro hladké fungování pluralitního systému potřebujeme poskytnout jeho jednotlivým aktérům nejen jasné vymezení rolí, ale také informace potřebné pro jejich rozhodování, motivaci se rozhodovat správně a možnost tato rozhodnutí uskutečnit.

Ve státech s pluralitním systémem veřejného zdravotního pojištění je hlavní rolí státu nastavovat pravidla a dohlížet na jejich dodržování, pojišťovny se starají o efektivní zajištění dostupnosti zdravotních služeb a zdravotnická zařízení všech typů je poskytují.

Občané (tedy pojištěnci/pacienti) jsou pak zákazníky jak pojišťoven, tak poskytovatelů zdravotních služeb a ostatně i politiků.

Nejproblematictějším aktérem v našem zdravotnictví je stát, jehož představitelé místo orientace na regulační a kontrolní činnosti preferují nesystémové exekutivní zásahy do jeho chodu. Nebyly vytvořeny instituce, které by průběžně adaptovaly systém veřejného zdravotního pojištění na vývoj medicíny, takže vše zůstává v rukou ministerstva zdravotnictví.

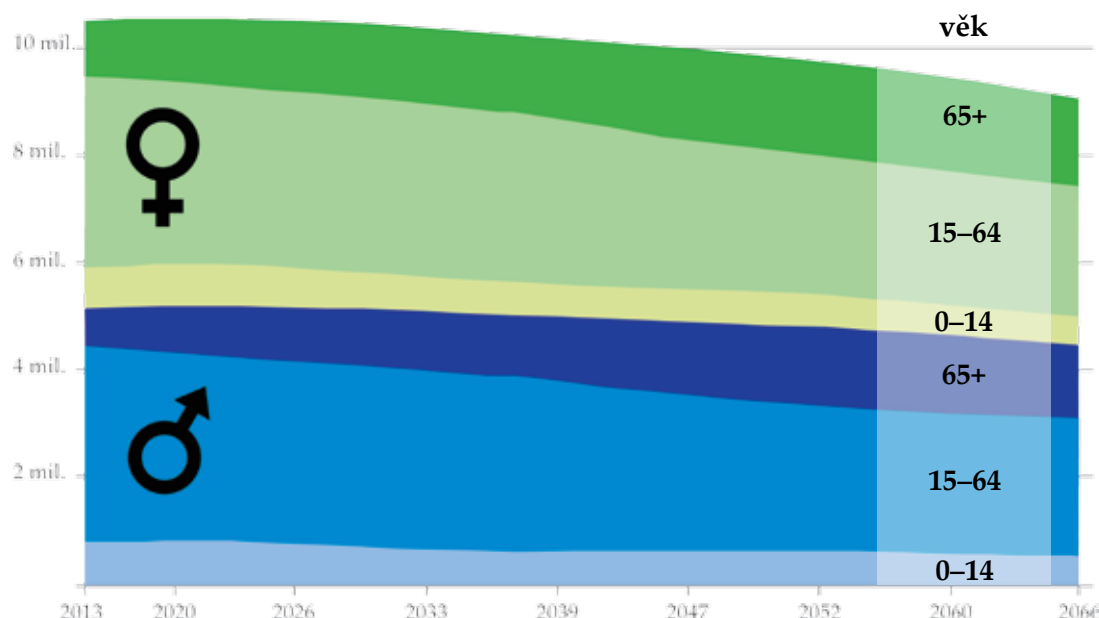
To je pak vystaveno mimořádnému konfliktu zájmů, když na jedné straně přímo řídí největší nemocnice a zprostředkovane ovládá zdravotní pojišťovny, ale na druhé straně rozhoduje o rozsahu hrazených služeb a způsobu a výši jejich úhrady. Platnost úsluví o blízkosti košile vzhledem ke kabátu se opakovaně potvrzuje.

Stát má především kontrolovat

Co by se mělo odehrát na státní úrovni, aby stát posílil své regulační a kontrolní schopnosti a exekutivní zásahy omezil jen na výjimečné události? Klíčové je dotvořit regulační rámec systému veřejného zdravotního pojištění tak, aby bylo schopno autonomního vývoje. To znamená zejména:

1 Zákonem definovat proces vstupu a výstupu zdravotnických výkonů do úhrady z veřejného zdravotního pojištění a zřídit instituci, která to bude vykonávat. Výsledkem bude jasné vymezení rozsahu bezplatné péče v souladu s Ústavou, tedy jak posílení postavení občanů, tak otevření transparentního prostoru pro vstup „nadstandardních“ technologií do zdravotnictví.

JAK SE BUDE MĚNIT VĚKOVÉ SLOŽENÍ POPULACE ČESKA (střední varianta odhadu podle dat Českého statistického úřadu)



2 Sjednotit a zlepšit řízení (corporate governance) zdravotních pojišťoven tak, aby bylo možné zvýšit jejich autonomii. S tím souvisí vytvoření servisní organizace zdravotního pojištění, která by zajišťovala společné činnosti. Jejím základem by mohla být současná Kancelář zdravotního pojištění. Stěžejní je rovněž zvýšit motivaci zdravotních pojišťoven zavedením cenové konkurence.

3 Vytvořit instituci, která by se věnovala údržbě úhradových mechanismů (DRG, kódování procedur). Podobně funguje v Německu institut InEK a je to cesta k opuštění úhradové vyhlášky.

4 Konečně rozhodnout o způsobu správy současných přímo řízených organizací. A to buď posílit jejich autonomii v podobě Univerzitní nemocnice, nebo je začít standardně řídit jako státní instituce.

5 Podpořit těsnější vazby mezi zdravotním a sociálním systémem.

6 A protože informace a vzájemná komunikace jsou pro lepší fungování zdravotnictví zcela zásadní, je nutné legislativně podpořit rozvoj elektronického zdravotnictví (eHealth).

V kontrolní roli by se mělo ministerstvo zdravotnictví zaměřovat na kontrolu kvality a dostupnosti péče, ministerstvo financí by mělo za úkol sledování finančního zdraví pojišťoven.

Konkurence je potřeba

Zdravotní pojišťovny by měly vyměnit svoji dosavadní roli pasivních distributorů zdravotní daně pod ministerskou taktovkou za aktivní a odpovědné hospodaření s prostředky pojištěnců. Jejich rolí je nakupovat zdravotní služby pojištěncům s ohledem na jejich kvalitu a cenu. K tomu vedou tyto kroky:

1 Jednotná úprava corporate governance všech zdravotních po-

jišťoven, která umožní jejich efektivní, odpovědné a motivované řízení.

2 Vytvoření servisní organizace zdravotního pojištění, která bude pro pojišťovny zajišťovat všechny společné činnosti (přerozdělení, správu registrů, správu číselníků, udržování jednotné metodiky vykazování, kapitační centrum, komunikaci se zahraničím, zpracování podkladů pro státní správu, popřípadě další potřebné aktivity). Tato organizace by mohla vzniknout rozšířením kompetencí současné Kanceláře zdravotního pojištění.

3 Zavedení cenové konkurence mezi pojišťovnami ve vyšší nominální části pojistného.

4 Aktivní smluvní politika po zrušení úhradové vyhlášky nebo výrazné redukci jejího vlivu, orientace na organizaci služeb.

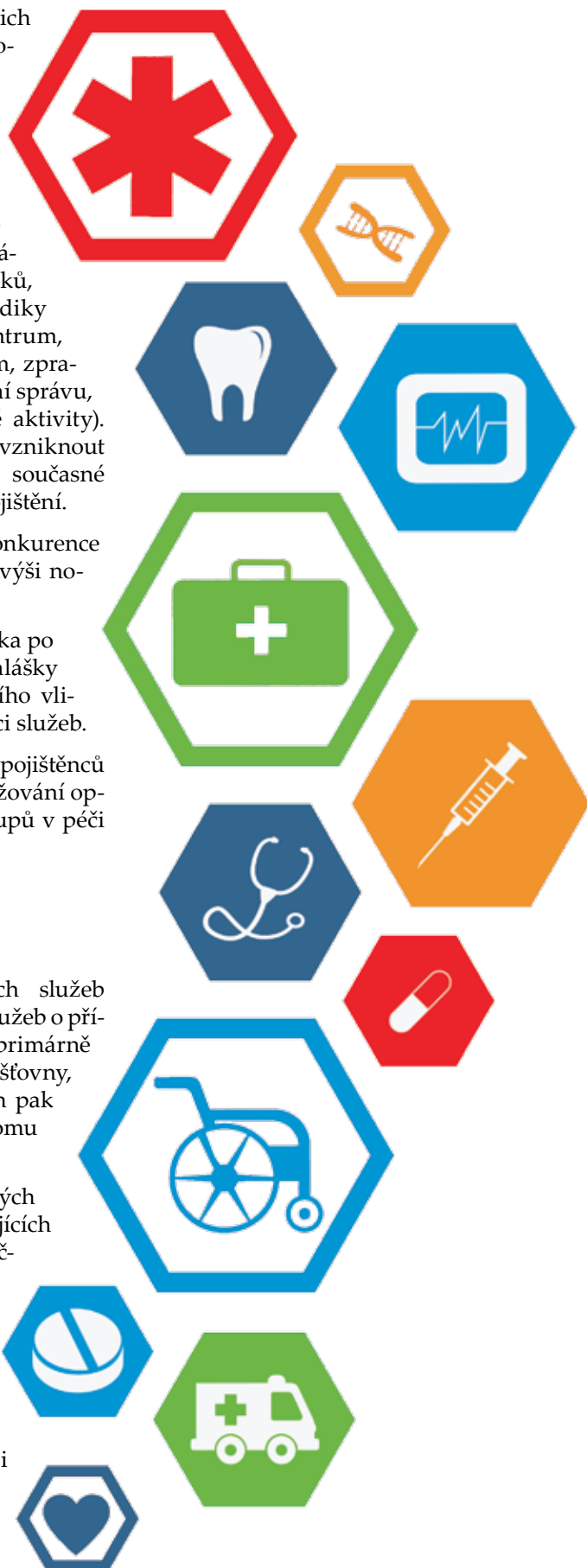
5 Umožnění motivace pojištěnců i poskytovatelů k dodržování optimálních léčebných postupů v péči o chronicky nemocné.

Stabilní prostředí pro poskytovatele péče

Poskytovatelé zdravotních služeb soutěží kvalitou a cenou služeb o přízeň pacientů, jimiž jsou primárně pacienti a zdravotní pojišťovny, v definovaných případech pak stát nebo samospráva. K tomu vedou tyto kroky:

1 Zavedení úhradových mechanismů stimulujících kvalitu a efektivitu společně, které budou směřovat peníze „za pacientem“.

2 Stabilizace prostředí (zrušení ročního cyklu úhradových vyhlášek a jeho nahrazení smluvním vztahem mezi plátcem a poskytovatelem v mantinelech stanovených zákonem a



s parametry vyhlášenými institucí zaměřenou na vývoj a údržbu úhradových mechanismů) a změna chování zdravotních pojišťoven motivovaných efektivně zajišťovat potřebnou péči svým pojištěncům.

3 Motivace pacientů k odpovědnému pohybu ve zdravotním systému, k dodržování léčebného režimu a správného životního stylu.

4 Standardizace péče zejména v oblasti chronických nemocí.

5 Okamžitá dostupnost informací, které lékař potřebuje ke svému rozhodování, tedy funkční eHealth.

Občané (pojištěnci/pacienti), kteří jsou zákazníci všech uvedených akterů, musí mít možnost se odpovědně rozhodovat. A svoji volbu uplatnit tam, kde je to namístě. Nepochybně se liší prostor pro rozhodování při výběru zdravotní pojišťovny a při pobytu na operačním sále. K tomu, aby se i ve zdravotnictví mohli občané odpovědně rozhodovat, potřebují mít:

1 Přístup k informacím o kvalitě zdravotních a pojišťovenských služeb. Velmi zásadně nám chybí instituce, která by data o zdravotních a pojišťovenských službách sbírala,

zpracovávala a získané informace zveřejňovala.

2 Možnost použít své soukromé prostředky při:

- volbě služby nad rámec hrazené péče (doplacení rozdílu v ceně mezi službou hrazenou a nehrazenou)
- volbě zdravotní pojišťovny za nominální složku pojistného
- čerpání služeb, které jsou zatíženy spoluúčastí, a čerpání služeb nad rámec doporučeného léčebného plánu

3 Dostatečnou právní ochranu před účelovým chováním jak ze strany plátců, tak poskytovatelů.



S íť zdravotnických zařízení vznikala v běhu času a do její dnešní podoby se otiskla jak vzdálená minulost, tak vlivy posledních desetiletí.

Po rozpadu centrálního řízení zdravotnictví měla síťotvorná role krajských a okresních ústavů národního zdraví (KÚNZ a OÚNZ) přejít na zdravotní pojišťovny, ty ale svoji roli v tomto směru dostatečně nenaplnily. Výsledkem byl živelný vývoj, který sice v hrubých rysech odpovídajícím způsobem reagoval na vývoj medicíny, ale ostré lokty a mamon deformovaly jak podobu, tak fungování sítě.

Vstup nových technologií vedl k výraznému snížení potřeby akut-

ních nemocničních lůžek, které se však do reality promítlo jen částečně. Z mnoha nemocnic byly vyvedeny jejich výdělečné komponenty nebo celé obory a jejich lékaři toužící po samostatnosti si ke své nemocniční činnosti přidali soukromé podnikání.

Kapitací zajištění a nákladovými regulacemi svázaní praktičtí lékaři se nechopili taktovky v organizaci ambulantní péče, což se projevuje zejména atomizací péče o chronické pacienty, nedostatečnou komunikací a neodpovědností.

Úhradové mechanismy posledních let tento stav konzervují. Kdo si v minulosti prosadil přístup k penězům, ten jej má, kdo ne, má smůlu.

Nedostatek lékařů? Jen zdánlivý

Výsledkem je, že v některých regionech a typech péče se nám nedostává lékařů a některé nemocnice se udržují v chodu jen za cenu porušování zákoníku práce. Částečnou odpověď lze najít ve statistikách. Máme o osm tisíc akutních lůžek více a o jednu třetinu více specialistů, než je průměr Evropské unie. Naopak praktických lékařů máme o 11 procent méně. Celkově pak máme o 23 lékařů na sto tisíc obyvatel více, než je průměr EU. Mezi lékaři pak pacienti krouží téměř dvojnásobnou rychlostí, než je průměr Unie.

Příčina lokálního nedostatku lékařů spočívá – kromě atraktivity

blízkého příhraničí – v jejich zaměstnávání na místech, kde nejsou potřeba, jejich vytěžování činnostmi, které jsou buď zbytečné nebo je může dělat někdo jiný, v neexistující organizaci péče a nesdílení informací a konečně i ve způsobu vzdělávání lékařů. U sester je to obdobné s tím rozdílem, že jich máme ve srovnání s Evropou méně i v absolutních číslech.

Je zřejmé, že české zdravotnictví netrpí nedostatkem kapacit, ale způsobem jejich kontrahování a financování. Proto jsou debaty o vytvoření státem garantované sítě nemocnic či čehokoli jiného zcela mimo mísu. Stát garantuje dostupnost služeb, nikoli nedotknutelnost vybraných poskytovatelů.

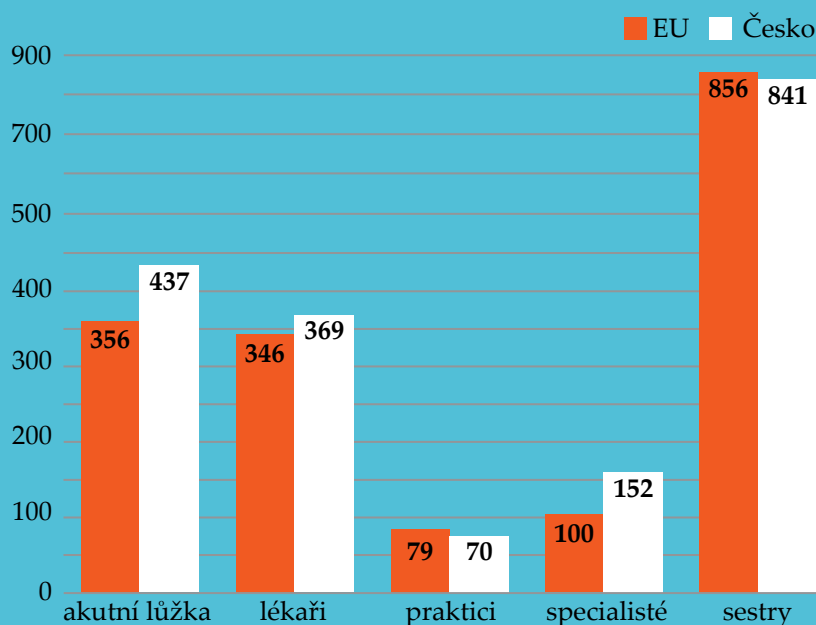
Podoba současné sítě je realita a její optimalizace je úkolem na spoustu nadcházejících let. Všechny pokusy o rychlá řešení jsou předem odsouzeny k nezdaru, neboť za každým prvkem v síti stojí nějaký zájem, vazby a politika.

Úpravy sítě by měly být výsledkem interakce pojišťoven, občanů, poskytovatelů a okrajově i politiků, s primárním cílem pokrýt zdravotní potřeby pojištěnců. Nástrojem je koncepční práce všech aktérů, dlouhodobá smluvní politika, stabilní nastavení úhradových mechanismů, sdílení informací a jasná dělba odpovědnosti a kompetencí. Prostě ať se každý drží svojí role a výsledek se dostaví.

Hlavní je předvídatelnost

Pokud se uskuteční všechny kroky, které byly načrtnuty v první části kapitoly, ztratí diskuze o síti smysl. Její podoba se bude průběžně přizpůsobovat podobě medicíny a potřebám občanů, do zdravotnictví se začne solidně investovat, zbytečné aktivity odumřou a stoupne kvalita řízení na všech jeho úrovních. Pokud bych měl vyzdvihnout jedinou vlastnost, kterou by se mělo naše zdravotnictví prezentovat, tak je to předvídatelnost.

JAK SI VEDE ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ (porovnání vybraných ukazatelů, na 100 000 obyvatel)



Zdroj: HFA-DB 2013, za další roky už údaje ČR chybí





Postavení, role a principy řízení zdravotních pojišťoven

Zdravotní pojišťovny nejsou natolik specifické, aby musely mít „corporate governance“ jinou než pojišťovny, banky nebo veřejně obchodované akciové společnosti v České republice. Tak jako tak zůstanou veřejnoprávními subjekty s mimořádně vysokou mírou regulace.

Miroslav Zámečník, bývalý člen Národní ekonomické rady vlády

Otom jakou roli by měly v českém zdravotnictví sehrávat zdravotní pojišťovny, o tom se v Česku s různou intenzitou diskutuje už od vzniku kvazi-konkurenčního modelu. Tehdy kromě Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) začaly na trh vstupovat i zaměstnanecké pojišťovny, zřízené podle zvláštního zákona.

Při zpětném ohlednutí je možné pluralitu pojišťoven hodnotit kladně. Na svou dobu byl systém nastaven moderně. Například otevřené členství, kdy se pojištěncem zaměstnaneckých pojišťoven mohl stát kdokoli (tedy nejen zaměstnanci zakladatelů), nebylo v té době v Evropské unii samozřejmostí.

Samozřejmostí nebyl ani rychlý nástup elektronických plateb mezi pojišťovnami a poskytovateli služeb.

Již v základu měl ovšem český model zakódovány i všechny budoucí problémy, od ne zrovna šťastně vyřešené správy korporací ve zdravotních pojišťovnách a zařízeních ústavní péče přes nevhodné, chcete-li perverzní, stimuly, což v tomto kontextu berme jako ekonomický terminus technicus.

Všichni se chovali ze svého hlediska racionálně podle nastavených motivací, včetně perverzních stimulů, které způsobil samotný stát například tím, že platby za státní pojištění nastavil jako vyrovnávací položku, a tedy bez vazby na riziko kmene státních pojištěnců, a opomněl podle toho nastavit přerozdělování vybraného pojistného.

Zaměstnanecké pojišťovny přirozeně do jisté míry usilovaly v tomto již časově vzdáleném období o nábor příjmově nadprůměrných pojištěn-

ců, pokud možno zdravých, a jejich marketing byl tomu podřízen.

Napětí v bilancích zdravotních pojišťoven tak bylo nerovnoměrné a do značné míry souviselo s rozdíly ve struktuře pojistného kmene a s pouze relativně slabým přerozdělováním vybraného pojistného.

Poskytovatelé zdravotních služeb byli motivováni k maximalizaci vykázaných bodů, zvláště když jejich hodnota vůči koruně rychle klesala.

Reformy bez konsenzu

Již při první ekonomické recesi v roce 1997 se ukázala finanční neudržitelnost systému založeného na kombinaci odvodu z mezd na příjmové straně a čistě výkonové platbě hrazené třetí stranou (pojišťovnou) na straně výdajové. Inflace

výkonů ve zdravotnictví totiž podstatným způsobem převyšovala tempo růstu objemu mezd v národním hospodářství.

Reakce státu na tento vývoj spočívala v zavedení regulace výkonů, protože krátkodobě se nic jiného dělat nedá, a to kdekoli na světě.

Kapitačně výkonové platby v primární péči byly krokem správným směrem, zavedení regulačních limitů pro ambulantní specialisty bylo vnímáno s odporem a indexace paušální úhrady pro akutní lůžkovou péči zakotvila do úhrad prvek, který měl snad oprávnění jako nouzový nástroj, který měl být vystřídán platbami za skupiny diagnóz (DRG), což české zdravotnictví nezvládlo dosud.

Pokusy o zásadní posílení role privátního sektoru byly českou pravici uchopeny způsobem, který nevyšel v konsenzus, naopak vyvolal prudkou politickou reakci. Poprvé se to „podařilo“ ve zdravotnictví, podruhé v penzijní reformě. Na tango musejí být vždy dva, nicméně českou levici na čele s ČSSD

reformní elán v obou oblastech opustil někdy kolem roku 2004. Při znalosti osob a obsazení tehdy v konsenzus nešlo ani doufat. Jediným výsledkem je, že ve dvou klíčových oblastech, které budou rozhodovat o stabilitě českých veřejných financí v delším časovém horizontu – tedy ve zdravotnictví a penzijním systému – se země nedokázala nijak posunout dopředu.

Vychýlená rovnováha

Netto výsledek lých politických bojů, kdy se vyložené politické prohry střídaly se systémově špatnými výhrami, je elektorát, který je na jakoukoli zmínku o reformách alergický. Silná politická stigma tak blokuje jakoukoli podstatnější změnu.

V duchu paradoxní logiky k tomu přispívá i současná příznivá hospodářská situace, vzestup zaměstnanosti a obnovení dosti dynamického růstu mezd. Sice je pomalejší než na začátku tisíciletí (do roku 2008 včetně), ale dostačuje na to, aby příliv zvednul skoro

všechny loďky a zamaskoval situaci v podpalubí.

„Systém veřejného zdravotního pojištění vykázal v roce 2016 příjmy 264,9 miliardy a výdaje 258,9 miliardy, dosáhl tedy přebytku 5,9 miliardy korun,“ konstatovala vláda při hodnocení výsledků loňského roku. Rychlejší růst mezd a platů v letošním roce oproti původním projekcím pak znamená, že se vyrovnanou bilancí podaří udržet.

Jenže „s jídlem roste chuť“ a volební roky nejsou dobou, která by přála tvorbě rezerv na horší časy. Vzhledem k tomu, že zdravotní pojišťovny se až na nepatrné výjimky s poskytovateli péče nedohodly (a s ohledem na politické přísliby ani dohodnout nemohly), pak vše opět závisí na úhradové vyhlášce ministerstva zdravotnictví. A to historicky projevuje větší náklonnost požadavkům poskytovatelů než potřebám finanční stability zdravotních pojišťoven.

Česko zdaleka není samo, protože stejné nároky a výzvy stojí před všemi zeměmi se stárnoucí populací. A někde je situace ještě mnohem komplikovanější. Vše, co definuje situaci u nás, platí – byť v úplně jiném kontextu – například ve Spojených státech. Jejich politický pat kolem zdravotnictví je však umocněn přinejmenším na třetí.

Dá se vymyslet nějaký konstruktivní program, který by nebyl pouze souborem „knížecích rad“? V publikaci, kterou máte před sebou, se nachází série uchopitelných a prakticky proveditelných doporučení, která zároveň nejsou sbírkou receptů, jak spáchat politické harakiri.

Nedostatečné podklady pro kvalifikované rozdělování

Návrh na rozšíření působnosti Kanceláře zdravotního pojištění, financovaného z provozního rozpočtu všech zdravotních pojišťoven, je dobře obhajitelným krokem.





Kancelář by mohla převzít agendu dosud zajišťovanou Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, takže by již nezatěžovala procesy VZP a zvýšila její transparentnost. A navíc by to umožnilo efektivně obsluhovat celý systém funkcemi, jež nenarušují konkurenční prostředí.

Kancelář ovšem nemůže přebrat funkci regulátora a tuto roli nemůže plnit ani ministerstvo zdravotnictví (z důvodu přetrvávajícího konfliktu zájmů). Předpokládáme, že v příštím volebním období by měla být hotova referenční báze DRG využitelná pro úhrady, že bude kultivován Seznam výkonů včetně bodové hodnoty, že Přístrojová komise ministerstva zdravotnictví bude vydávat stanoviska, jež jsou obhajitelná, a že zmíněná Kancelář zdravotního pojištění získá potřebné pravomocce.

Znamená to ale, že výstupy budou dostatečné, aby umožňovaly efektivní alokaci zdravotnického rozpočtu tak, že bude maximalizován přínos vyjádřený člověkoroky získaného života, což je společenská cílová funkce zdravotního systému financovaného z daní?

Víme, že nikoli. A stejně zřetelné je, že tuto funkci nezajistí ani úhradová vyhláška, vydávaná ministerstvem zdravotnictví, v případě, že se nedohodnou poskytovatelé s pojišťovnami.

Stačí se podívat na vývoj časových řad toků peněz a jejich strukturu, aby bylo zřejmé, že ministerstvo zdravotnictví je vystaveno intenzivnímu lobbování poskytovatelů, kteří jsou vybaveni velmi nerovnoměrnou vyjednávací silou. Z definice takového mechanismu vyplývá, že siloví hráči na dohodu nepůjdou a pojišťovny přetlačí.

Racionální chování všech účastníků - ministerstvem počínaje a poskytovateli konče - je dojit si pro peníze, přičemž funkci „stabilizátora“ vzhledem k minimálním rezervám zdravotních pojišťoven sehraávají opět platby za státní pojištění.

S rostoucím objemem klesají náklady

Změna algoritmu vyjednávání o smlouvách a uzavírání smluv, která by posílila pozici pojišťoven, je v zájmu samotné vlády. Ta si to svým

způsobem uvědomuje: „Systém veřejného zdravotního pojištění tak zůstává nadále zranitelný vůči negativním šokům, například v podobě návratu bytí jen mírné recese.“

„Navzdory současné stabilizaci nelze hovořit o jeho finanční udržitelnosti ze střednědobého ani dlouhodobého hlediska, kdy se systém bude muset vypořádat s dopady stárnutí české populace a rozvojem nových nákladných zdravotnických technologií (např. centrová péče).“

Racionální reakcí na toto konstatování je dát větší kompetence (a tím pádem i odpovědnost) zdravotním pojišťovnám, pokud jde o nákup zdravotní péče pro pojištěnce.

S částí poskytovatelů, například u specializovaných elektivních výkonů, existují významné úspory z rozsahu, jinými slovy s rostoucím objemem výkonů klesají jednotkové náklady, přičemž se zpravidla významně zlepšují kvalitativní parametry péče.

V tomto segmentu by zdravotní pojišťovny mohly a měly v podstatně větším měřítku než dosud uzavírat kontrakty na základě výbě-

rových řízení, kde po splnění kvalifikačních kritérií může být rozhodným parametrem cena, včetně zajištění následné péče, rehabilitací atd.

Soutěže na dodavatele u vybraných případů/diagnóz/výkonů se v zahraničí přitom uplatňují i ve větších spádových oblastech, než je území České republiky.

Běžnou součástí je „otevřená kalkulace“, kdy objednatel může ověřovat zcela detailní rozbor jednotlivých nákladových položek. To zakládá možnost uzavírat dlouhodobý kontrakt, který poskytovateli umožňuje plánovat kapacity, a financovat investice za výhodných podmínek.

Není důvod se domnívat, že v Česku by pacienti nepreferovali zajištění péče u nejlepších poskytovatelů, jakkoli geograficky vzdálenějších - ostatně snaží se o to i dnes za podstatně méně důstojných podmínek.

Z hlediska zdravotních pojišťoven jako nákupčích péče je rozšíření tohoto typu kontraktů cestou, jak prokázat svoji přidanou hodnotu. Z hlediska českého zdravotního systému je to cesta, jak uvolnit zakonzervovanou strukturu poskytovatelů, která má vysoké fixní náklady, které nekorespondují s hodnotou za peníze.

Tento princip vysoce výběrového kontrahování na základě soutěže nelze uplatnit plošně, neboť přes všechny technologické změny je zachování síťového charakteru a geografické dostupnosti v rozumných dojezdových vzdálenostech nadále potřebné. I zde je ovšem stávající systém úhrad spíše na škodu. V příspěvku Pavla Hroboně (viz str. 47) jsou popsány výzvy, které představuje výskyt chronických onemocnění, jež na sebe vážou ve všech vyspělejších zemích stále významnější část zdravotnického rozpočtu.

Zajištění péče o chronicky nemocné představuje nejen finanční, ale především manažerský pro-

blém, na který není české zdravotnictví připraveno. Zejména proto, že nemá nastaveny odpovídající organizační struktury, propojující zainteresované poskytovatele, a vhodný typ kontraktů, který by zajistil koordinaci péče a motivoval spolupráci mezi jednotlivými poskytovateli podle sdíleného klíče, vnímaného jako spravedlivý. Je v zájmu státu i ministerstva zdravotnictví, aby k tomu vytvořily prostor.

Je žádoucí odpolitizovat VZP

Stát musí přemýšlet o tom, jak motivovat pojišťovny, aby musely péči nakupovat efektivně, hledaly odpo-



vidající inovace v organizaci i finančních mechanismech úhrad a činily to transparentně.

Samostatnou, ale rozhodně ne triviální kapitolou, je „správa korporací“ ve zdravotních pojišťovnách, kde máme dodnes dualismus mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a zaměstnaneckými pojišťovnami. Ten je opravdu přežitý a bylo by vhodné nastavit všem pojišťovnám stejná pravidla a posílit jejich samosprávné prvky.

Opravdu si někdo myslí, že Poslanecká sněmovna by měla být orgánem, který bude obsazovat 20 z 30 (!) členů správní a 10 ze 13 členů dozorčí rady VZP? Opravdu si někdo myslí, že takové uspořádání je funkční?

Připusťme, že zastoupení orgánů ve zdravotních pojišťovnách by mělo kopírovat složení plátců pojištěného, což je poměrně dobře ověřitelný fakt.

V míře, v jaké se podílí na příjmech pojišťoven stát prostřednictvím plateb za státní pojištěnce, by mělo být obsazení poměrné části dozorčí rady doménou exekutivy (Ministerstvo financí ČR, Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR), o zbývající část by se měli podělit zaměstnavatelé, zaměstnanci a samoplátcí, v podílech odpovídajících příjmům.

Generovat odpovídající zastoupení v těchto třech skupinách je docela složité, pokud to nechceme přenechat velkým zaměstnavatelům (procentní filtr na příjmech), zaměstnavatelským či podnikatelským svazům, odborům a asociacím, tak trochu v duchu korporativního státu.

Nemusí to vést k reprezentativnímu zastoupení, ale v každém případě nebudou výsledkem tak politizované orgány, jako máme ve VZP dnes.

Správní rada by pak měla být analogicky se zákonem o obchodních korporacích (v jeho dualistickém modelu) nahrazena představenstvem coby statutárním orgánem, v jehož kompetenci je obchodní vedení společnosti. Členové představenstva by byli jmenováni a odvoláváni dozorčí radou.

Alternativně můžeme mít pouze správní radu (monistický model), která jmenuje a odvolává statutárního ředitele. Jestli chceme podpořit odpovědnost pojišťoven, tak jí neředme.

Zdravotní pojišťovny nejsou natolik specifické, aby musely mít „corporate governance“ jinou než pojišťovny, banky nebo veřejně obchodované akciové společnosti v České republice. Tak jako tak zůstanou veřejnoprávními subjekty s mimořádně vysokou mírou re-

gulace. To zároveň otevírá i otázku změny a případné dozorové pravomoci ze strany České národní banky.

Dvousložkové pojistné jako motivace

Motivací pro pojišťovny může být zavedení dvousložkového pojistného, které je možné uplatnit i v případě státních pojištěnců (například u seniorů jednorázovým, plně kompenzovaným navýšením penzí). Pojišťovny tak budou mít podstatně silnější motiv k efektivnímu nakupování péče vzhledem k riziku přestupu pojištěnců.

Od nového roku bude platit třetí vrstva přerozdělení podle nákladů na léky, což sice není ideální parametr, ale umožňuje zavádět péči o chronicky nemocné pacienty.

Motivací pro pacienty by pak mohla být schopnost zastupovat se ve vyjednávání s pojišťovnami o skupinových kontraktech, což je

mimochodem běžná praxe v Nizozemsku, které zavedlo dvousložkové pojistné již před deseti lety. To by mělo zpětně motivovat pojišťovny k nabídce produktů, které vyústí v lepší koordinaci péče o tyto nákladné skupiny.

Dodržování léčebného režimu je pak opět možné podpořit odpovídajícími podněty, od kontaktu a poradenství přes bonusy, až po sankce v případě opakovaného porušování pravidel nebo uplatnění pohledávky při jednoznačně doložitelných zaviněních a způsobení škody.

Motivovat je potřeba i pojištěnce, neboť nevhodný životní styl je kauzálně spojen s řadou chronických onemocnění. Prevence jim dovede předcházet, pokud je doplněna odpovídající změnou chování.

Kde na to vzít?

Dodatečné náklady můžeme řešit prohloubením solidarity zdravých s chronicky nemocnými. Odpověd-

nost péče za vlastní zdraví lze posílit i zavedením přírážek pro pojištěnce, kteří nejsou ochotni přizpůsobit svůj životní styl, nebo naopak motivovat slevami na pojistném ty, kdo se o své zdraví starají. Nikde není psáno, že prevence a žádoucí změna chování by nemohly být bonifikovány na vrub těch, kteří péči o vlastní zdraví ignorují.

V zahraničí je to vcelku běžné a Češi jsou vysoce vnímaví na cenu. Jsou schopni rychle reagovat na ekonomické podněty, často nevelkého finančního rozsahu, změnou chování. Kdo jiný by je přitom k tomu měl podněcovat, když ne zdravotní pojišťovny, pokud k tomu dostanou motivaci a možnosti, včetně objektivních datových podkladů?

K nastavení podnětů k racionálnímu chování všech aktérů zdravotního systému nikdy není lepší čas než na začátku volebního období. Zvláště když se ekonomice daří a změny lze zavádět s rozmyslem, nikoli pod tlakem.





Stanovení rozsahu hrazené péče

Praktické umožnění výběru nadstandardu přinese občanům i celému zdravotnictví řadu výhod, počínaje úsporami pacientů a konče rychlejším zaváděním nových technologií.

Pavel Hroboň, Advance Healthcare Management Institute

Nutnost definice služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění na úrovni zákona je ústavou jasně dána a ústavním soudem několikrát potvrzena. Tato povinnost není zdaleka vlastní všem evropským zdravotním systémům, v Česku ji ale jednoznačně musíme akceptovat.

Co z ní vyplývá? S mírným zjednodušením lze říci, že dvě možnosti – buď dát do zákona obecnou definici, nebo naopak definici zcela konkrétní, tedy položkový seznam hrazených služeb, léků, zdravotnických prostředků atd.

Tuto druhou možnost uvádím pouze pro úplnost. I v českém zdravotnictví – již dnes plném paradoxů – si lze jen obtížně představit, jak se zákonodárné sbory dohadují na tom, jaký typ umělého kyčelního kloubu je hrazen pojištěncům určitého věku

s jistými zdravotními potřebami. Jednoznačně totiž platí, že pokud má být dosaženo cíle systému veřejného zdravotního pojištění, tedy dostupnosti potřebné zdravotní péče pro každého občana, jen velmi málo služeb (léků, zdravotnických

Pokud má být dosaženo cíle systému veřejného zdravotního pojištění, tedy dostupnosti potřebné zdravotní péče pro každého, jen velmi málo služeb může být nehrazeno ve všech případech.

prostředků) může být nehrazeno ve všech případech. A naopak to, že je něco hrazeno, neznamená, že to má dostat každý.

Jinými slovy, nestačí říci, co je a co není hrazeno, ale také pro koho a za jakých podmínek. Rozsah takových seznamů sám o sobě činí jejich zapracování do zákona prakticky nemožným, nemluvě o nutnosti pravidelné aktualizace a zásadní nevhodnosti politického zasahování do řešení podobných, principiálně technických otázek.

Práh nákladové efektivity

Jako řešení tedy zbývá obecná definice, která naopak do zákona jednoznačně patří. Ostatně ji již v zákoně o zdravotním pojištění máme, byť ne optimálně formulovanou. V zásadě ale říká, že hrazená služba by měla:

1 mít prokázanou účinnost – zá-
kroky, které pro dané onemocnění
nepomáhají, nemá cenu hradit,

2 být v souladu se současným po-
znáním medicíny – tam, kde
existuje jednoznačně lepší řešení,
nechceme to zastaralé, byť v porov-
nání s žádnou nebo ještě starší léč-
bou je účinné (Otázkou, ke které se
ještě vrátíme, je však poměr přínosů
a nákladů nových řešení.),

3 být vhodná pro konkrétního pa-
cienta v jeho jedinečné situaci.

Kdybychom měli k dispozici ne-
omezené zdroje, mohli bychom se
seznamem požadavků v tomto bodě
skončit. Neomezené zdroje ale ne-
máme, a tak musíme do seznamu
navíc zařadit nákladovou efektivitu.

Můžeme ji jako kritérium uplat-
nit dvěma způsoby. Důsledné zave-
dení toho prvního se nemusí líbit
každému, z etického hlediska je ale
bezproblémově obhajitelné.

Jak takové kritérium může znít?
Například: Pokud existuje více po-
stupů (prevence, diagnostiky, léč-
by...), které vedou pro konkrétního

pacienta ke srovnatelnému účinku,
je z veřejného zdravotního pojištění
hrazen ten s nejnižšími náklady.

Druhé kritérium už je eticky
mnohem spornější, s vysokou prav-
děpodobností k němu ale budou
všechny zdravotní systémy dříve
nebo později dotlačeny. Ostatně již
se v řadě zemí, včetně České repub-
liky, uplatňuje, byť zejména v oblasti
léků a s mnoha výjimkami.

Jde o práh nákladové efektiv-
ty, jinými slovy rozhodnutí nehra-
dit léky, zdravotnické prostředky
nebo zdravotní služby, které jsou
sice moderní a účinné, ale jejichž
poměr nákladů a přínosů (obvyk-
le vyjádřený jako cena za QALY,
tedy za rok života v plné kvalitě) je
nad finančními možnostmi daného
zdravotního systému, respektive
dané společnosti.

První kritérium máme v dneš-
ních zákonech zakotvené poměrně
explicitně u léků, částečně u zdravot-
nických prostředků, u zdravotních
služeb pouze nepřímě. Práh nákla-
dové efektivity začal u rozhodování
o úhradě léků používat Státní ústav

pro kontrolu léčiv před několika
lety.

Zásadní rozdíl mezi prvním
a druhým přístupem je v tom, že
v prvním přístupu je pro každý
zdravotní problém hrazena kvalitní
možnost řešení (pokud taková exist-
tuje), v tom druhém nikoliv. Jestliže
poměr nákladů a přínosů přesahuje
stanovenou mez, není daný postup
hrazen, i když byl jediný existující.

Etické uplatnění takového přístu-
pu proto vyžaduje, aby nejprve byly
využity všechny možnosti účelnější-
ho využití existujících zdrojů a pro-
běhla veřejná diskuse, kolik zdrojů
může být věnováno na zdravotnic-
tví. Až poté bude správné přiznat si,
že nedokážeme zaplatit všem to, co
by jim mohlo pomoci.

Ať už použijeme nákladovou
efektivitu jen jedním nebo oběma
navrženými způsoby, dostali jsme
se na konec seznamu klíčových po-
žadavků na definici hrazených slu-
žeb. Tím ale práce zdaleka nekon-
čí. Požadavky ústavy a ústavního
soudu nelze zajistit pouze obecnou
definicí, byť velmi kvalitní. Je také



třeba postarat se o naplnění daných principů v praxi a o reálné zajištění dostupnosti hrazených služeb.

Ministerstvo jako správce seznamu výkonů selhalo

Typický příklad garance naplnění principů, včetně předvídatelného procesu, můžeme dnes v české legislativě najít u léčivých přípravků. Zákon o veřejném zdravotním pojištění jednak stanoví seznam skupin léčivých přípravků, ve kterých musí být plně hrazen alespoň jeden z nich, jednak poměrně detailně popisuje pravidla procesu, jímž Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) posuzuje zařazení nových léčivých přípravků do úhrad.

Podobný princip, tedy upřesnění nároku na úrovni skupin a popis procesu zařazení do úhrad, je dobře použitelný u zdravotnických prostředků a s určitými modifikacemi i u vlastních zdravotních služeb. Tímto neargumentuji pro to, aby stanovení úhrad zdravotnických prostředků probíhalo v technickém slova smyslu stejně jako u léků. Mezi léky a zdravotnickými prostředky je tolik zásadních rozdílů, že konkrétní řešení z jedné oblasti nelze kopírovat do oblasti druhé.

U samotných zdravotních služeb (výkonů) je dnes situace nejméně jasná. Z logiky určení nároku na úrovni zákona vyplývá, že seznam výkonů není seznamem hrazených služeb. To ale neubírá na jeho důležitosti a potřebnosti. Slouží jako základní pomůcka pro popis toho, co bylo s pacientem uděláno, a také k úhradě provedených služeb, zejména v ambulantní oblasti. Už jen z těchto důvodů významně ovlivňuje dostupnost hrazených služeb.

Seznam výkonů je ale bohužel jednou ze smutných kapitol českého zdravotnictví. Jednak nedodržuje základní požadavky na klasifikaci zdravotních služeb (hierarchická struktura, navázání na orgánové systémy, přesná terminologie, jednoznačnost atd.) a jednak nikdy za

své existence nebyl řádně spravován a aktualizován. Proces zařazení nových výkonů je arbitrární (může o něm rozhodnout ministr) a vyřazování těch, které jsou již zastaralé, neprobíhá vůbec.

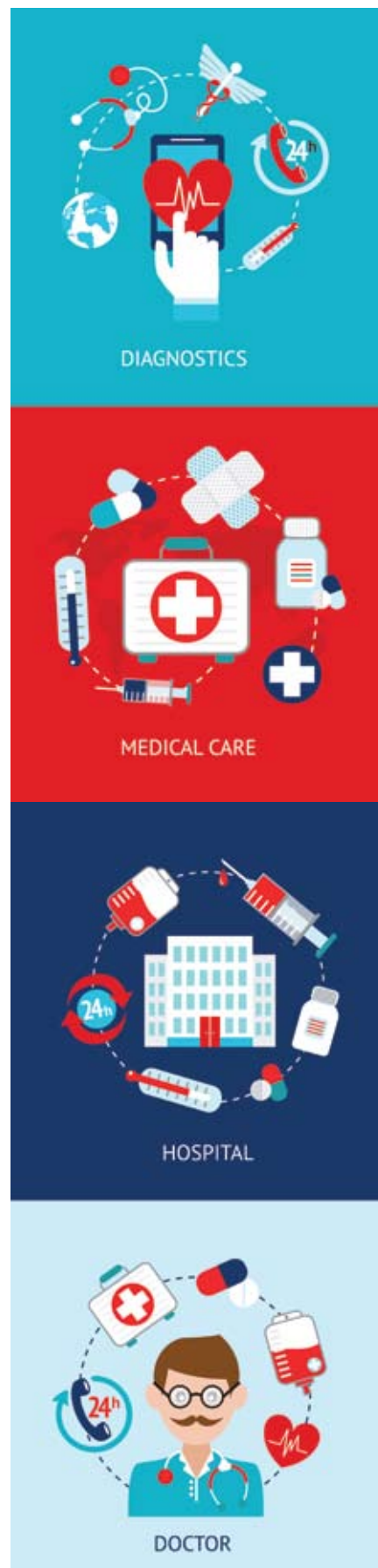
Pokud máme vyhovět požadavkům ústavy, je třeba jednak zavést moderní klasifikační systém zdravotních služeb sloužící primárně k přesnému popisu toho, co bylo s pacientem provedeno. Na základě takového systému je potom možno postavit úhrady – stejně jako pravidla a proces – pro to, co má být hrazeno, na podobných principech jako u léků a zdravotnických prostředků.

Vzhledem k tomu, že ministerstvo zdravotnictví jako správce dnešního seznamu výkonů opakovaně selhalo, měl by jeho roli v této oblasti převzít někdo jiný, nejspíše Kancelář zdravotního pojištění.

Velmi důležitý je ještě jeden aspekt celého procesu zařazení služby, léku nebo prostředku do úhrad. Je jím vedle předvídatelnosti srozumitelnost pro občana. Tím není myšleno to, aby občan rozuměl všem technickým částem hodnocení například nákladové efektivity, ale to, aby mohl získat představu, na jaké služby (léky, zdravotnické prostředky) má nárok a zda je tento nárok naplňován.

Tomuto účelu slouží kromě zveřejnění informací o hrazených léčicích, zdravotnických prostředcích a službách cestou číselníků a dalších seznamů již zmíněné podpůrné mechanismy, jako je příloha č. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění týkající se léčiv. Dalším vhodným nástrojem jsou doporučené klinické postupy, přesně řečeno jejich verze připravené pro pacienty.

V tomto případě jde o pomůcku, která není právně závazná (není tedy stanovena v zákonu ani v podzákoně předpisu). Lékař má vždy právo se od doporučených postupů odchýlit, pokud to stav pacienta vyžaduje, musí ale být schopen zdůvodnit, proč tak považoval za nutné



učinit. Byť je doporučený klinický postup právně nezávazný, vychází z obecných principů stanovení hrazených služeb a z konkrétních rozhodnutí v oblasti léků, prostředků a výkonů.

Rozhodne poskytovatel péče

Tolik k naplnění navržených obecných principů, jejich předvídatelnosti a srozumitelnosti. Vycházíme z toho, že nárok je dán zákonem, který má obsahovat obecné principy a způsob jejich naplnění. K orientaci poskytovatelů, pacientů i plátců potom v praxi slouží další nástroje. Můžete se zeptat, kdo tedy doopravdy rozhodne o tom, na jaký lék, prostředek či jinou zdravotní službu má konkrétní pacient v konkrétní situaci nárok. Odpověď je jednoduchá: rozhodne poskytovatel zdravotních služeb – v ideálním případě po informování pacienta o existujících možnostech – jako se to děje dnes.

Ve svém doporučení je poskytovatel veden právní úpravou a také smlouvou se zdravotní pojišťovnou. I dnes existují mechanismy (byť někdy nedokonalé a někdy zneužívané), jak řešit spory mezi pacienty, poskytovateli a pojišťovnami a jak schvalovat postupy ve výjimečných případech.

Patří k nim i paragraf 16 umožňující výjimečné rozhodnutí. Jeho role je předmětem mnoha sporů a bude se v budoucnu určitě vyvíjet. Pokud by ústavní soud dal velkou váhu, v podstatě jasnou platnost, seznamům hrazených léků, prostředků a služeb, které vzniknou předvídatelnou a transparentní cestou na základě obecných kritérií a postupů popsaných v zákoně, domnívám se, že paragraf 16 potřebujeme. Jeho role ale musí být lépe specifikována a omezena, například uplatnění práhu nákladové efektivity je v přímém rozporu s dnešním zněním paragrafu 16.

Zároveň je třeba nejen definovat kritéria a na jejich základě rozhodnout o rozsahu hrazených služeb, ale

také zajistit, aby hrazené služby byly občanům fakticky dostupné. K tomu může dobře sloužit hodnocení místní a časové dostupnosti, které máme v zákoně, ale nikdo s ním zatím moc nepracuje.

Potřebné konkrétní kroky

1 Zpřesnit obecnou definici v zákoně, včetně důsledného uplatnění principu úhrady nejlevnějšího (nebo nejlevnějších) z více srovnatelných postupů nejen u léků, ale i zdravotnických prostředků a samotné péče (výkonů). Důsledné uplatnění úhrady nejlevnějšího srovnatelného zdravotnického prostředku nebo výkonu vytvoří prostor pro dobro-

Můžete se zeptat, kdo rozhodne o tom, na jaký lék, prostředek či jinou zdravotní službu má konkrétní pacient v konkrétní situaci nárok. Odpověď je jednoduchá: rozhodne poskytovatel péče.

volné doplatky pojištěnců a hlavně možnost jejich volby.

2 Postarat se o včasné a metodicky kvalitní hodnocení přínosů a nákladů všech nových technologií (nejen léků) – obvykle na základě výnosů zahraničních agentur Health Technology Assessment (HTA). Otázkou je, do jaké míry potom dělat rozhodnutí o úhradě nových technologií centrálně (pravděpodobně vhodná cesta u léčivých přípravků a zdravotnických prostředků na pokukaz), nebo nechat toto rozhodnutí udělat a obhájit zdravotní pojišťovny ve spolupráci s poskytovateli za respektování podmínek daných zákonem (pravděpodobně vhodnější pro zdravotní výkony).

3 Na základě požadavku ústavního soudu je třeba vypracovat nový

systém stanovení úhrad zdravotnických prostředků s platností od 1. ledna 2019, jak je popsáno v textu Jakuba Krále na str. 40.

4 Začít používat vhodný klasifikační systém pro zdravotní služby, sloužící primárně jako přesný popis poskytnuté péče, na jehož základě je také možné činit rozhodnutí o hrazené péči. Určit správce tohoto systému – stejně jako u DRG klasifikace by to mohla být Kancelář zdravotního pojištění. Současný seznam výkonů je možno dočasně ponechat jako podklad pro úhradu ambulantních služeb

5 Upřesnit roli paragrafu 16 v návaznosti na ostatní provedené změny.

Možnost volby pro pojištěnce

Efektivní uplatnění úhrady nejlevnější z existujících srovnatelných alternativ vytváří přirozený prostor pro uplatnění takzvaného nadstandardu. Tím rozumíme možnost účastníka veřejného zdravotního pojištění vybrat si variantu zdravotnického prostředku nebo zdravotní služby, které budou k jeho léčbě, vyšetření či prevenci použity, a doplatit rozdíl mezi úhradou ze strany zdravotní pojišťovny a cenou stanovenou poskytovatelem. Obdobný stav již dlouhou dobu více méně ke všeobecné spokojenosti platí u léků na recept.

Je třeba zdůraznit, že pokud zdravotní stav pacienta z prokazatelného důvodu vyžaduje použití jiného zdravotnického prostředku nebo služby než ekonomicky nejvýhodnější varianty, je taková varianta plně hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Výběr ekonomicky nejvýhodnější varianty tedy musí respektovat pacientovu situaci a případné uplatnění dražší varianty je zcela dobrovolným rozhodnutím pacienta.

Za účelem ochrany nároku pacienta na plně hrazenou variantu zdravotnického prostředku, a tedy zajištění naprosté dobrovolnosti vý-

běru dražší varianty, navrhuje následující úpravu zákona č. 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění:

1 Pokutu pro poskytovatele, který by pacientovi nenabídl variantu plně hrazenou z veřejného zdravotního pojištění. Při opakovaném porušení této zásady potom ukončení smlouvy ze strany zdravotní pojišťovny

2 Možnost poskytovatele nabízet varianty s doplatkem jen v případech, které jsou předem zveřejněny ve veřejně přístupném ceníku.

Nadstandard bez nevýhod

Praktické umožnění výběru v oblasti zdravotnických prostředků i zdravotních služeb je jednoznačně přínosným krokem pro celé české zdravotnictví, včetně občanů, kteří se pro takový výběr nikdy nerozhodnou. Takoví občané nebudou nijak kráceni ve svém dnešním nároku na péči.

Naopak lze předpokládat, že v oblastech péče, ve kterých dnes není významné části občanů jas-

né, co je a co není hrazeno, jako je například zubní lékařství (a jiné), dojde ke zvýšení informovanosti o nároku na plně hrazené služby. Navíc uplatnění nadstandardu povede k rychlejšímu vyzkoušení vskutku účinných nových metod a jejich zařazení do úhrad, jak je popsáno níže v přínosech pro celý zdravotní systém.

Pro ty občany, kteří se pro jinou než plně hrazenou variantu rozhodnou, bude existovat jednak samotná možnost volby a jednak jistota, že zaplacené peníze jsou zcela legální.

Dojde také k významnému zvýšení transparentnosti a omezení situací, ve kterých poskytovatel zdravotních služeb potenciálně účtuje zdravotnický prostředek nebo službu zcela nebo částečně dvakrát – jak pojišťovně, tak pacientovi.

Významné úspory se tak dočkají pacienti, kteří se pro dražší variantu rozhodnou. Budou platit pouze rozdíl mezi cenou zvolené varianty a její úhradou ze strany zdravotní pojišťovny, nikoliv plnou cenu. Tento fakt přitom zpřístupní nadstandard nejen

bohatším členům společnosti, ale širokým vrstvám.

Pro celé české zdravotnictví pak přinese praktické uplatnění možnosti volby následující výhody:

1 Zvýšení legálního a transparentního přísunu soukromých peněz

2 Možnost rychlejšího vyzkoušení nových zdravotnických postupů, které nebudou ihned po svém uvedení na trh zařazeny do úhrady. Při jejich osvědčení potom možnost zrychleného zařazení do úhrad ve zdůvodněných indikacích.

3 Zlevnění nových zdravotnických prostředků, zejména těch dosud nehrazených z veřejného zdravotního pojištění, díky jejich častějšímu používání. Častější používání nových prostředků povede i k vyšší erudici personálu, a tedy zvýšení kvality poskytované péče.

Praktické umožnění výběru přinese občanům i celému zdravotnictví řadu výhod. A za předpokladu správné aplikace včetně ochrany pacienta popsané výše z něj nevyplývají žádné nevýhody.



V pasti zdravotnické mašinerie

Marcela Alföldi Šperkerová, AM Review

Pacient na chod zdravotnictví a podobu péče pouze malý vliv. Částečně si za to ale může sám. Pacienti jsou především v posledních letech politickou reprezentací intenzivně přesvědčováni, že zdravotní péče by měla být bezplatná. Stejně tak jsou přesvědčováni o široké dostupnosti zdravotních služeb a bezbřehém nároku na ně. Na podobná politická hesla voliči velmi dobře slyší, přestože fakticky tyto premisy neplatí.

„Stát předstírá, že se o každého nemocného stejně dobře postará, a občané předstírají, že tomu věří. Když dojde na lámání chleba, ten s postavením, kontakty a prostředky si cestu k dobré medicíně najde. Kdo nemá nic z toho, spoléhá na štěstí,“ popisuje zakladatel iniciativy a předseda Sdružení Občan Pavel Vepřek.

Odpovědnost nikdo nevyžaduje

Postavení pacientů v českém zdravotnickém systému tak charakterizuje hned několik paradoxů. Občan vnímá, že zdravotnictví je zadarmo, a proto ho o sto šest čerpá, zároveň mu ale často poskytované služby nevyhovují.

„Za jasné zlepšení je přitom ochoten si připlatit,“ připomíná řídící partner společnosti Advance Healthcare Management Institute Pavel Hroboň. „Občané také shánějí neoficiální informace, protože oficiální nejsou. Často bloudí po systému, jsou v něm ztraceni a hledají, kdo by jim srozumitelně poradil,“ dodává Hroboň.

Zároveň podle Pavla Hroboně roste počet lidí, kteří jsou ochotni převzít zodpovědnost za

své zdraví, přestože to od nich vlastně nikdo moc nechce.

Občané se nechávají uplatit zdravotnictvím „zdarma“ a výměnou za to příliš nešťourají do střev systému. Nemocní vplují do zdravotnické mašinerie, a aniž by se příliš ptali, nechávají se vyšetřovat, operovat, léčit, prostě konzumují, co jim je naordinováno. Neřeší přitom, že jde o jejich zdraví a nemoc a také peníze.

„Systém nás za tuto sladkou nevědomost odměňuje. Neobtěžuje nás odpovědností, nenutí nás naše chování měnit, nabízí hojnost bezplatných výkonů a péče, nezatěžuje nás mnoha ‚zbytečnými‘ informacemi. Mnozí už si ale začali uvědomovat, že je to past,“ míní ředitelka Ústavu lékového průvodce Ivana Plechatá.

Právě úroveň informovanosti občanů o prevenci, zdravém životním



stylu, nemocech a léčbě, ale také o kvalitě jednotlivých zdravotnických služeb patří k tomu nejobolavějšmu, co charakterizuje Českou republiku, jak ukazují různé průzkumy zdravotní gramotnosti. Přitom zvýšit tuto laťku by mělo být v zájmu všech aktérů ve zdravotnictví, včetně lékařů, státní správy a pojišťoven.

„Jak ukazují poslední zahraniční studie, aktivní a informovaný pacient se léčí rychleji, je spokojenější, a tedy i psychicky odolnější,“ zdůrazňuje Plechatá.

Lidé v Česku ale nemají o svém zdravotním stavu příliš informací, nechodí na preventivní prohlídky a leckdy nedodržují léčebný plán. A když už se po nějakých informacích pídí, spokojí se s prvotní nabídkou neověřených rad od známých či na internetu.

Lidem totiž chybějí informace. Jen s edukovaným pacientem se může uplatnit koncept sdíleného rozhodování, kdy si člověk terapii vybírá po poradě s lékařem. A jen poučený pacient bude schopen převzít odpovědnost za své zdraví. A také důvěřovat lékařům.

Někdy v informovanosti pomáhají patientské organizace. Přestože jsou mnohé z nich užitečné, český systém jejich význam zatím příliš nedocenil, a proto se potýkají s mnoha problémy. Nejen že je někteří lékaři a relevantní orgány ve zdravotnictví „neberou“, ale i ony samy mají někdy problém s nedostatečnou důvěryhodností (viz některé účelově zakládané projekty), jindy nejsou dostatečně profesionální, protože na to nemají peníze a nevě-

dí, kde je vzít. Chybí jim znalosti, jak hájit a prosazovat práva pacientů, jak ovlivňovat legislativní prostředí a praxi k vytvoření optimálních podmínek pro pacienty.

Fungující spolupráce pacientů a lékařů přitom může být ku prospěchu věci. „Ve vyspělé Evropě hrají patientské organizace významnou roli při tvorbě zdravotnické politiky a přístupu k péči,“ upozorňuje Plechatá. Situaci si začalo uvědomovat i ministerstvo zdravotnictví, které pod vedením náměstkyně Lenky Tesky Arnoštové vytváří platformu patientských organizací a připravuje jejich postupné zakotvení v legislativě. Z něj by především vyplývalo právo účastnit se rozhodovacích procesů a čerpat peníze na činnost z veřejných zdrojů.

Naprosto ostudná je také mizivá úroveň informací o kvalitě péče a správných léčebných postupech. Za posledních dvacet let sice vzniklo několik iniciativ pokoušejících se zveřejňovat podobné informace, ale ty většinou zanikly dříve, než se mohly dopracovat k výsledkům.

Jako Národní referenční centrum, které před lety začalo publikovat základní informace o péči vykazované jednotlivými nemocnicemi na webové stránce Jak se kde léčí. „Děs z veřejné kontroly a jejího dopadu vedl k rychlému zrušení zmíněných stránek. Není zájem nechat peníze putovat za pacienty vybavenými potřebnými informacemi a ekonomickými nástroji,“ konstatoval Vepřek.

„Začněme měřit základní věci, jako je počet výkonů a procesní ukazatele hodnotitelné z dat reportova-

ných zdravotním pojišťovnam, tedy byla provedena vyšetření a léčba, která je u daných problémů doporučena? Časem se potom dokážeme dostat i ke skutečným výsledkům, jejichž měření je mnohem složitější,“ uvádí Hroboň.

Odtržení od finanční reality

Stejně jako jsou lidé odtrženi od medicínských informací, nevědí zhora nic ani o těch finančních. Hesla o bezplatném zdravotnictví, jež vyústila ve zrušení regulačních poplatků, zamlžují představu o tom, že je zdravotnictví přece jenom stojí nějaké peníze. Jak upozorňuje prezident Svazu zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich, každý občan Česka v průměru ročně zaplatí za veřejné zdravotní pojištění 28 tisíc korun. A tato částka navíc roste tempem až o 1300 korun za rok.

Jenže lidé tento výdaj nevnímají, protože peníze nevytahují z peněženky. Ještě méně vědí o tom, kolik stojí zdravotní služby. Obojí v součtu vede k plýtvání. „Každý občan jako plátec je v pozici „oslíčka“, z něhož padají do systému peníze. Ale současně obíhá „švédský stůl“ bezplatného zdravotnictví. Každý lékař je pak v pozici dodavatele pro tento švédský stůl, kde ovšem neplatí strážníci, ale zdravotní pojišťovna,“ popsal Friedrich.

To není přístup, který by dokázal člověka vtáhnout do hry, přimět ho k aktivnímu prosazování práv a odpovědnosti za své zdraví, k racionálnímu čerpání zdravotních služeb, a tím i ke zvyšování efektivity českého zdravotnictví.





Úhradové a regulační mechanismy

Úhradová vyhláška v současné podobě je natolik ovlivněna operativním, často politicky motivovaným zadáním, že naprosto selhává nejen ve snaze nastavit spravedlivou cenu, ale zejména v prosazování systémově správných motivací ve vývoji struktury systému.

Ladislav Friedrich, Svaz zdravotních pojišťoven ČR

Subjektů poskytujících zdravotní služby v českém zdravotnictví působí okolo 25 tisíc. Prakticky všechny jsou přitom z velké části nějakým způsobem financovány z veřejného zdravotního pojištění prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Tito poskytovatelé si v menší či větší míře vytvořili své skupinové reprezentace pro kolektivní vyjednávání i lobbying. Všechny segmenty poskytovatelů zdravotnických služeb mají navíc trvalý potenciál k růstu objemu výkonů, zavádění nových léčebných metod a snahu o nárůst cen nad úroveň inflace.

I při maximální regulaci není v současném systému při stárnutí populace a vývoji medicíny udržitelný růst nákladů menší než dva až tři procentní body nad úroveň průměrné inflace. I při velmi dobré

kondici české ekonomiky není schopen současný centralistický systém určování způsobů a výše úhrad udržet růst výdajů pod pěti procenty. Meziroční nárůst tak dnes dosahuje 13 až 14 miliard korun. Z toho ovšem téměř 10 miliard korun má za následek růst ekonomiky, a tím pádem i růst pojistného.

I při maximální regulaci není v současném systému udržitelný růst nákladů menší než dva až tři procentní body nad úroveň inflace.

Při méně příznivém vývoji ekonomiky, než jakému se těšíme, podstatně vzroste tlak na státní rozpočet. Všichni účastníci v systému mají zájem vytvářet zdání permanentní finanční krize, která následně vede k rozhodnutím o navýšení státního příspěvku.

Kromě úprav systému na příjmové části je však významný potenciál úspor na straně výdajové. Je proto žádoucí upravit systém smluvních vztahů a cenových dohod tak, aby vytvářel cenovou informaci pomocí tržních cen, byl flexibilnější a umožnil průběžnou adaptaci na zdrojová omezení.

Stejná kvalita, různé náklady

Je naprosto nesporné, že objektivně stejné zdravotní služby mohou

zajišťovat jednotliví poskytovatelé ve svých specifických podmínkách, a to i s ohledem na kvalitu, za výrazně odlišné náklady. Současně platí, že nadprůměrných i podprůměrných nákladů dosahují jednotliví poskytovatelé kombinací objektivních i subjektivních faktorů, pro každého poskytovatele charakteristických.

Z toho vyplývá, že z pohledu pojištěnce je nejvýhodnější nakupovat zdravotní péči prostřednictvím zdravotní pojišťovny v konkurenčním prostředí, které teprve průběžně určuje, jaká cenová úroveň je aktuálně potřebná pro dosažení potřebné dostupnosti příslušné zdravotní péče. Snížení průměrných nákladů by současně umožnilo i zvýšení dostupnosti, respektive snížení objemové regulace u cenově příznivých poskytovatelů.

Cena, kterou v současnosti nastavuje ministerstvo zdravotnictví svým rozhodnutím do úhradové vyhlášky,

není ani dostatečně vyhovujícím minimem, ani spravedlivou cenou pro všechny poskytovatele. Je to politicky ovlivněná úhrada, která zásadním způsobem deformuje tuzemské zdravotnictví, zejména vývoj sítě smluv-

Cena, kterou nastavuje resort zdravotnictví úhradovou vyhláškou, není spravedlivou cenou pro všechny poskytovatele péče.

ních zdravotnických zařízení a jejich podílu na poskytovaných službách.

Tím, že je určena politickou úvahou, nutně vytváří pro významnou část poskytovatelů výhodnější podmínky, než které by obhájili na trhu. Zároveň přitom poškozují poskytovatele tam, kde spravedlivá úhrada

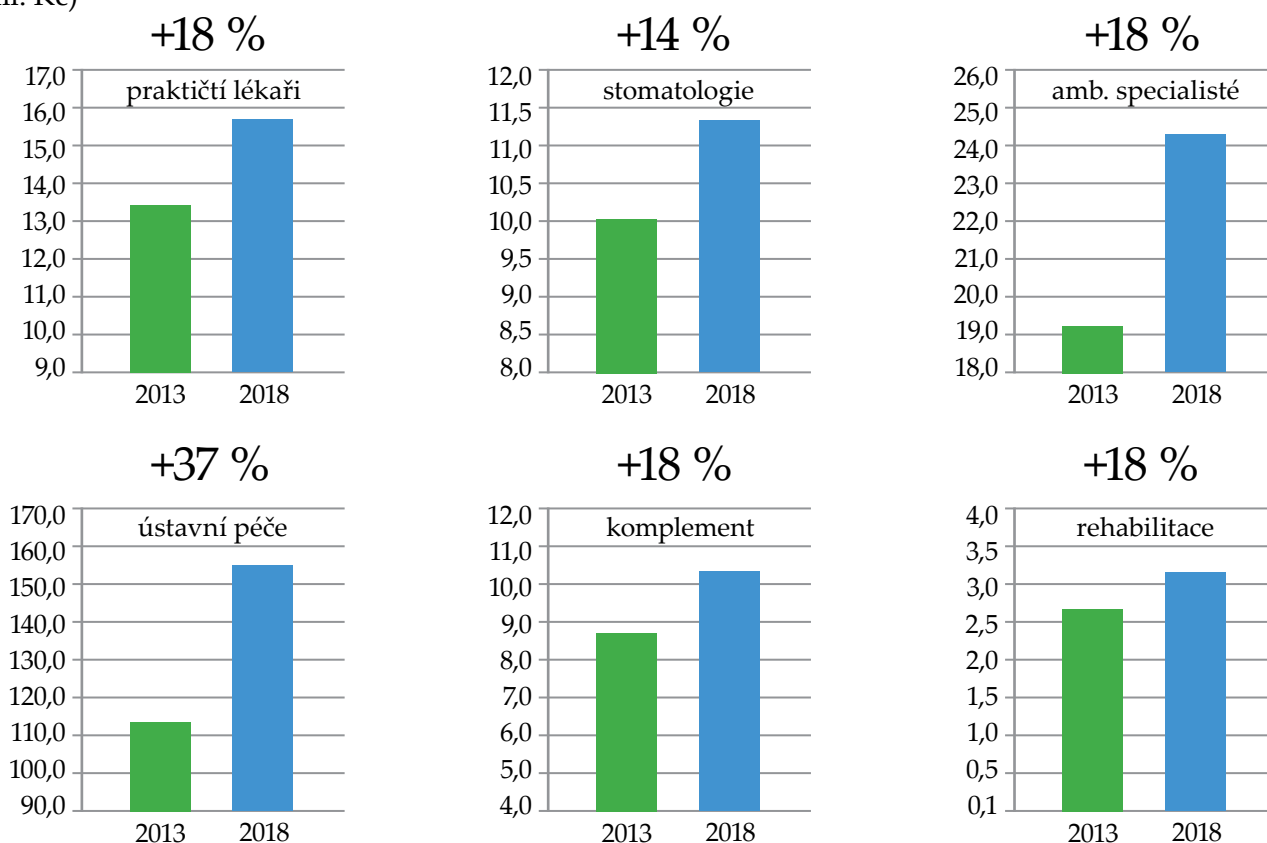
vyhláškou dosažena není. A současně svou plošnou platností odčerpává zdroje pro případné individuální dohody a korekce dopadů ze strany pojišťoven, a fakticky tak menší části poskytovatelů vnucuje úhrady diskriminační.

Každoročně sice probíhá Dohodovací řízení o cenách a způsobech úhrad mezi zástupci poskytovatelů zdravotních služeb a zdravotních pojišťoven, ale veřejně předem deklarovaný záměr ministerstva zdravotnictví k alokaci finančních zdrojů fakticky znemožňuje významnější dohodu.

Ilustrativní je návrh využití nárůstu zdrojů pro rok 2018, kdy prakticky veškeré disponibilní zdroje jsou směřovány k pokrytí politických příslibů, zejména vůči segmentu lůžkové péče. Již v tomto záměru je pro zdravotní pojišťovny zakomponováno riziko několikamiliardového deficitu a současně s takovým

PŘEDPOKLÁDANÝ NÁRŮST NÁKLADŮ V SEGMENTECH ZDRAVOTNICTVÍ

(v mil. Kč)



omezením je pak vyloučeno dosáhnout dohody s ostatními segmenty.

Úhradová vyhláška v současné podobě je natolik ovlivněna operativním, často politicky motivovaným zadáním, že naprosto selhává nejen ve snaze nastavit spravedlivou cenu, ale zejména v prosazování systémově správných motivací ve vývoji struktury systému.

Systémově nesprávný vývoj financování jednotlivých segmentů, a to zejména od roku 2014, lze doložit vývojem nákladů v systému (viz tabulky na str. 30-32).

Jak změnit systém

Výrazným nedostatkem současného systému je rovněž způsob určování rozsahu veřejného zdravotního pojištění. Postrádáme zejména nezávislý a transparentní proces hodnocení nových technologií (Health Technology Assessment, HTA), a to

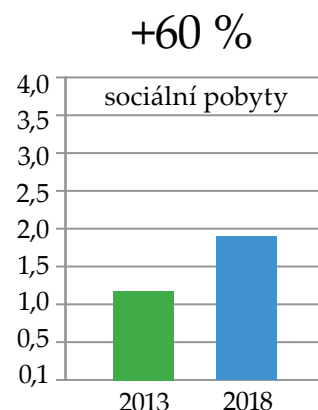
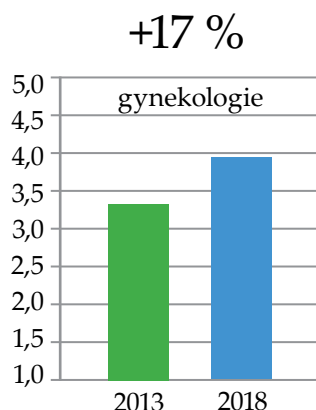
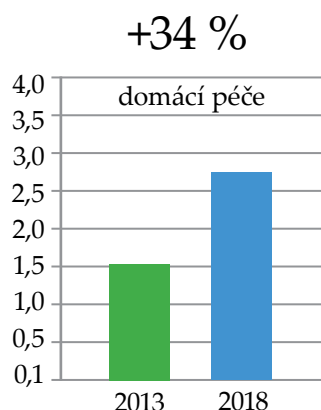
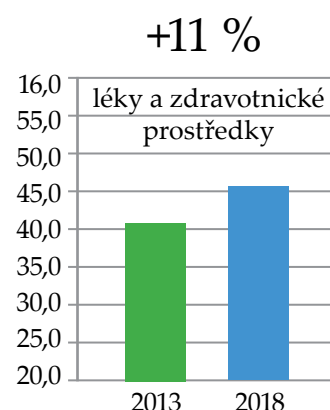
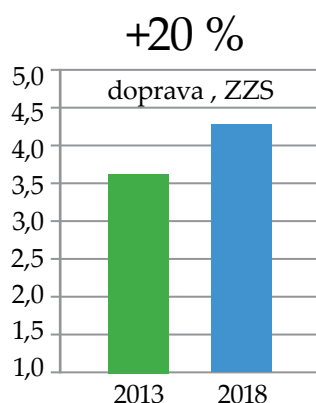
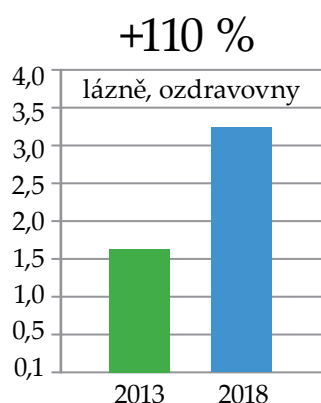
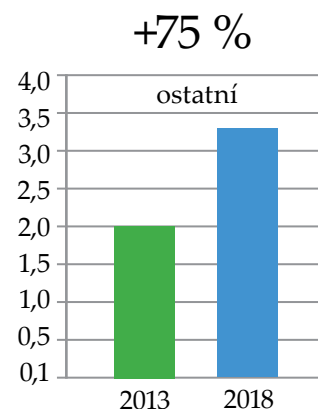
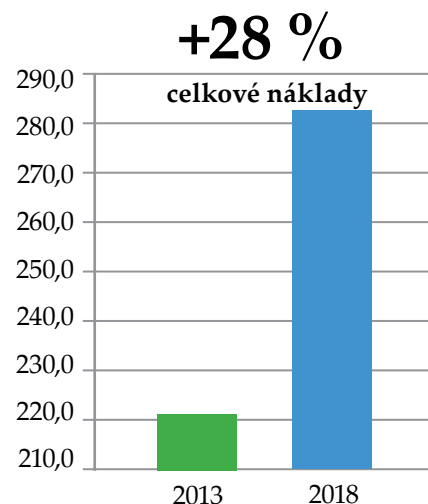
včetně jejich ekonomických dopadů. Rozsah změn a náklady na nově zaváděné technologie a postupy jsou přitom při cenových jednáních mimořádně důležité.

Z hlediska efektivity, minimalizace systémových poruch a lobbistických a nedůvodných politických vlivů by bylo možné systém upravit s poměrně malými zásahy a legislativně jednoduchým způsobem.

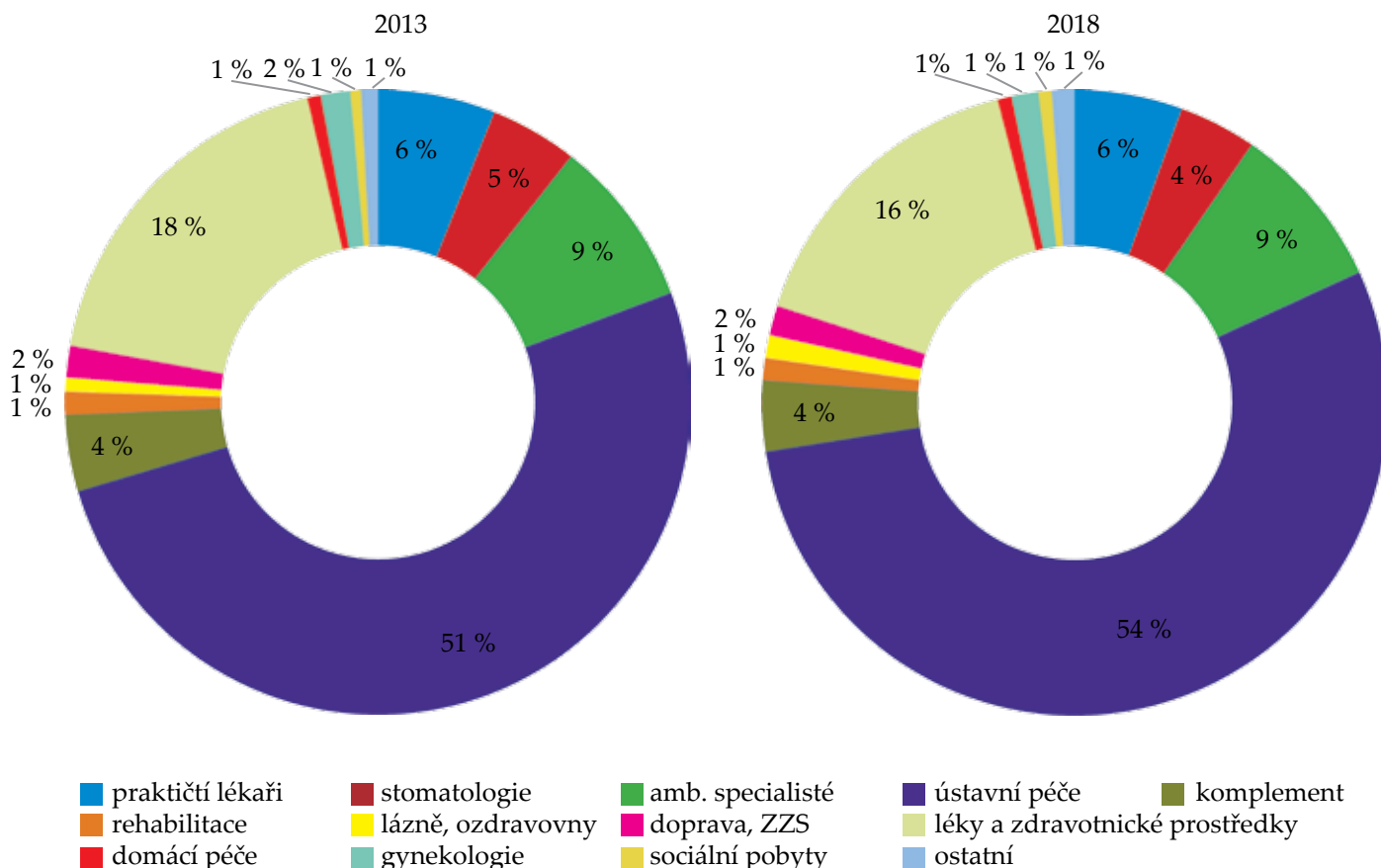
Systémově se jedná o následující opatření:

1 Ponechat v platnosti současné Dohodovací řízení, které by mohlo generovat obecně akceptovatelné dohody, a být tak pro zdravotní pojišťovny i skupiny poskytovatelů dostatečnou pojistkou pro případy, kdy se nepodaří sjednat dohody individuální.

2 Významně omezit kompetence ministerstva zdravotnictví k vydávání vlastních úhradových před-



PODÍL SEGMENTŮ ZDRAVOTNICTVÍ NA CELKOVÝCH VÝDAJÍCH (v %)



pisů v případě nedohody účastníků Dohodovacího řízení.

3 Ministerstvo zdravotnictví by mohlo dosaženou dohodu pouze nevydat formou vyhlášky, a to jen v případě, že by vážně porušovala právní předpisy nebo přezkoumatelně porušovala veřejný zájem. Vyhláškou vydaná dohoda by byla nadále pro zdravotní pojišťovny závazná, pokud by nedošlo mezi jednotlivými partnery k dohodě jiné.

4 Zákonná precizace principů způsobu úhrady pro případ, že Dohodovací řízení nedojde k dohodě a současně nedojde ani k individuální dohodě mezi poskytovateli zdravotních služeb a zdravotními pojišťovnami. Pro první rok takové nedohody (kdy již není reálné smluvní vztah okamžitě ukončit) by poskytovateli zdravotních služeb náležela úhrada způsobem a ve výši

dle poslední vzájemně dohodnuté úhrady (předchozí rok) a současně by nedosažení dohody ani pro rok následující již znamenalo ukončení smlouvy v termínu do 1. července (vazba na přestupní termín pro změnu zdravotní pojišťovny).

Základem pro úhrady zdravotní péče je Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Současně je však třeba usilovat o zavádění agregovaných výkonů, například metodou DRG.

Očekávaný efekt:

1 krátkodobé omezení růstu cen v konkurenčních oblastech výkonů,

2 příznivější vývoj čerpání zdrojů mezi jednotlivými skupinami výkonů (rychlejší zavádění jednodenní péče, zkracování hospitalizací apod.),

3 rychlejší a pružnější zavádění nových léčebných postupů,

4 omezení konfliktnosti a politizace úhrad na celostátní úrovni,

5 výrazné posílení kreativity a nalezení nových způsobů úhrad a regulací.

Základem pro úhrady zdravotní péče je a musí být nadále Seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Současně je však třeba důsledně usilovat o zavádění agre-

govaných výkonů – ať již metodou DRG zejména u akutní lůžkové péče, nebo agregovaných výkonů v ambulantní péči. Omezení konfliktnosti a výrazné zvýšení efektivity nákupu služeb by bylo možné dosáhnout přesunem části kompetencí k nákupu komplementu směrem k ošetřujícím lékařům, kteří tyto výkony indikují.

Prostor pro individuální cenová ujednání také podpoří komplexnější smluvní zabezpečení péče o chronicky nemocné pacienty (jednotlivé projekty zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb musí být dlouhodobé a nezávislé na aktuální plošné dohodě nebo textu vyhlášky).

Kancelář zdravotního pojištění

Posílení konkurenčního prostředí a samostatnosti systému veřejného zdravotního pojištění mezi zdravotními pojišťovnami je nutné doplnit úpravou v této oblasti. V současnosti jsou rozdíly v zákonných zmocněních, ale i v dalších věcných kompetencích mezi VZP (centrální registr pojištěnců, centrum kapitačních plateb i tvorba metodiky datového rozhraní pro vykazování zdravotní péče, vydávání číselníků a ceníků apod.) a ostatními zdravotními pojišťovnami.

Další společné činnosti zdravotních pojišťoven jsou pak vykonávány cestou Kanceláře zdravotního pojištění (dříve Centra mezistátních úhrad), příležitostně i cestou Svazu zdravotních pojišťoven ČR a nebo ad hoc dohodami pro společný postup.

Pro účastníky systému i partnery zdravotních pojišťoven by však bylo nepochybně výhodnější, pokud by základní, společné a servisní činnosti vykonávala společná organizace – Kancelář zdravotního pojištění. Její nové kompetence by současně umožnily výrazně posílit konkurenční potenciál zdravotních pojišťoven a rovné podmínky na trhu, a to bez dodatečných nákladů (viz text vpravo).



KANCELÁŘ ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ BY MĚLA ZAHRNOVAT ZEJMÉNA SVĚŘENÉ ZÁKONNÉ KOMPETENCE

1. centrální registr pojištěnců
2. kapitační centrum
3. metodiku datového rozhraní pro vykazování zdravotní péče
4. číselníky nutné pro vzájemnou komunikaci zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních služeb a pojištěnců v rámci eHealth
5. styčné místo pro informace o pojištění ve státech EU
6. zajištění zákonného očkování
7. zúčtování za poskytnutou zdravotní péči se zahraničím
8. zvláštní účet přerozdělení pojistného
9. kultivace systémů DRG a farmaceuticko-nákladových skupin (PCG)

Další společné činnosti – dohodnutá část společných revizních činností, případné hromadné nákupy a další metodické a odborné komise – by byly fakultativní s využitím dosavadních organizací (Svaz zdravotních pojišťoven ČR a Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR).



Léková politika

Je potřeba nastavit striktní pravidla pro vstup nových léčiv do systému veřejného zdravotního pojištění, která budou předvídatelná, konzistentně uplatňovaná a budou zohledňovat nákladovou efektivitu.

Filip Vrubel, Ambruz & Dark Deloitte Legal

Segment léčivých přípravků patří mezi nejregulovanější segmenty ve zdravotnictví. Je svázaný řadou vícestupňových regulačních opatření a limitů, má bezkonkurenčně nejpropracovanější legislativu a schvalovací procesy, které se po téměř deseti letech existence úhradové regulace postavené na zahraničních cenových referencích vyvinuly do takového rozsahu, že mu vcelku rozumí jen hrstka zasvěcených.

Několik vln zdravotnických reforem v uplynulých dvou dekáдах se lékového segmentu dotklo jako žádného jiného.

Za tu dobu bylo jen málo ministrů zdravotnictví, kteří se nezasadili o více či méně výraznou legislativní úpravu úhrady léčiv. A s trochou nadsázky lze říci, že nebyl politik, který by neměl jasno v tom, že ceny léčiv jsou vysoké, doplatky na léky neúnosné, zisky farmaceutických fi-

rem nemravné a regulace nedosta-
tečná.

Není tedy divu, že i po těch letech se stále nezdá setkáváme s tvrzeními politiků, že pokud někde je možné v systému najít úspory, nacházejí se v lékové politice. Pod tíhou této politické a navazující mediální masáže přicházelo jedno regulační opatření za druhým, procesní pravidla se sešněrovala, legislativa se komplikovala. Vše bylo podřízeno honbě za dodatečnými úsporami.

Každá uspořená miliarda se mediálně oslavovala, a nikdo nepátral, za jakou cenu k úspoře došlo. A zda vůbec reálně k úspoře došlo. Ty miliardy, kterými se ministři posledních let chlubili, ve skutečnosti v lékovém segmentu uspořeny nebyly, jen se náklady z některých skupin léčiv přesunuly na jiné. Celkově nákladově lékový segment prakticky stagnoval. Ale i to je úspěch!

Zatímco náklady na lůžkovou péči rostly kromě krizových let 2012 a 2013 meziročně vždy v řádu jednotek miliard, náklady na lékový segment stoupaly minimálně, a to jen díky vstupu nových inovativních léčiv, zejména biologické léčby soustředěné do specializovaných center (tzv. centrové léky), a kvůli stále rostoucímu počtu pacientů léčených těmito přípravky (viz grafiku na str. 36).

Úspory versus vnitřní efektivita

Hon za úsporami v oblasti léčiv našťástí pomalu ochabuje a stoupá počet zasvěcených politiků, kteří vědí či alespoň tuší, že další miliardu na léčích už nikde neuspoří. Přesto stále roste tlak na navyšování nákladů v lůžkové péči, a protože resort financí je dlouhodobě neochotný dotovat systém ze státního rozpočtu, zvyšuje se tlak na efektivitu v jednotlivých segmentech.

Jakkoliv lze říci, že míra efektivity je v lékovém segmentu vysoká, rozhodně se nedá konstatovat, že zlepšení dosáhnout nelze.

Poměrně přesně situaci vystihl ve svém článku v této publikaci Pavel Hroboň: Jestliže zdroje nejsou neomezené, pak je potřeba do systému včlenit takové mechanismy, které zavedou do procesu alokace finančních prostředků do jednotlivých segmentů jistou míru prioritizace, postavenou na objektivních ukazatelích, zejména makroekonomických, a korigovanou celospolečenským konsenzem.

Řeč je nejen o nákladové efektivitě, ale zejména o jakémsi limitu

nákladové efektivity, v odborných kruzích označovaném jako hranice ochoty platit.

Současná regulace cen a úhrad léčiv takřka dosáhla maxima co do hledání úspor prostým porovnáním cen se zahraničím. Jakkoliv je dnes většina léčiv hrazena ze zdravotního pojištění na úrovni nejnižší ceny v EU, v posledních letech je patrný mírný nárůst nákladů na léky a predikce má nadále rostoucí křivku.

Podstata navyšování nákladů na léky tedy nespočívá v tom, že bychom je v Česku měli dražší než jinde v Evropě (opak je pravdou), nýbrž v tom, že na trh vstupují stále nové a nové léky, mnohem dražší než do-

sud. A přestože jsou účinnější než dosavadní léčba, je i laikovi zřejmé, že není v možnostech systému je poskytnout hned a všem potřebným. Vždyť jen mezi roky 2011 a 2015 stouply náklady na tyto takzvané centrové léky o téměř 50 procent (viz grafiku na str. 37).

Státní ústav pro kontrolu léčiv se kostrbatě snaží jakousi hranici ochoty platit uplatňovat, ale jednak ve své snaze není konzistentní a jednak mu chybí legislativní opora, o niž by svá negativní rozhodnutí mohl opřít. Není divu. Když se o hranici ochoty platit začalo někdy před pěti lety veřejně mluvit, média psala články o tom, že ministerstvo bude stanovovat cenu lidského života a poměřovat ho s náklady na léky. Od té doby se nenašlo příliš odvážných politiků ochotných o tomto tématu otevřeně hovořit.

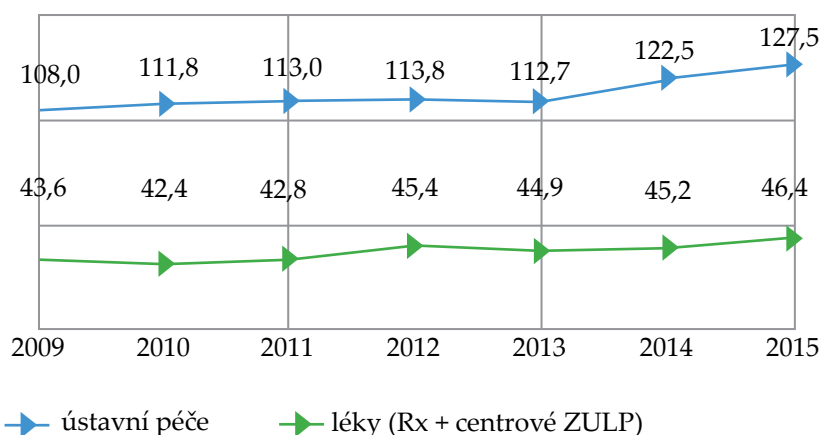
Je přitom nevyhnutelné určitou hranici stanovit. A se znalostí judikatury a přístupu ústavního soudu k problematice nároku je zřejmé, že v dlouhodobém horizontu bude nutné tuto hranici stanovit přímo zákonem, neboť uplatňování implicitní hranice postavené jen na rozhodovací praxi Státního ústavu pro kontrolu léčiv nebude udržitelné.

Vstup nových léčiv do systému

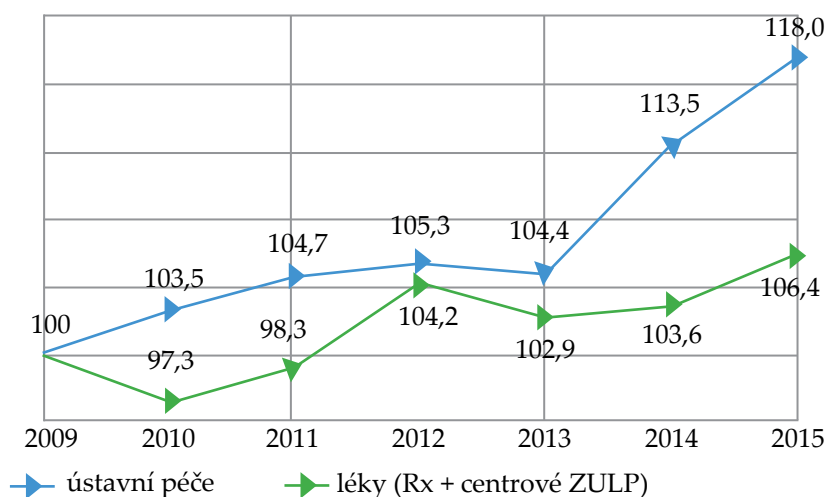
Jak jsem uvedl výše, celospolečenským konsenzem lze do značné míry hranici nákladové efektivity (hranice ochoty platit) precizovat s ohledem na stanovené priority. Je totiž možné stanovit několik hranic, lišících se pro určité skupiny pacientů či onemocnění.

Patrně jinak bude společnost nahlížet na pacienty trpící vzácným onemocněním, zejména děti, a jinak bude nahlížet na onemocnění, která nejsou život ohrožující, nebo onemocnění, jež si svým životním stylem částečně přivodil pacient sám. Jinak bude hodnocen přínos léčby sice chronického onemocnění, ale zásadně pozitivně ovlivňující kvalitu života, a jinak bude nazíráno na

VÝVOJ NÁKLADŮ NA ÚSTAVNÍ PÉČI A LÉKY (v mil. Kč)



VÝVOJ NÁKLADŮ VZHEDEM K ROKU 2009 (v %)



Zdroj: ÚZIS, VZP, SÚKL, extrapolace dat

léčbu, jež přináší jen prodloužení života v terminálním stádiu onkologického onemocnění o několik málo měsíců.

Domnívám se, že aktuálně nejpalčivější problém lékové politiky spočívá ve vstupu nových léčivých přípravků do systému veřejného zdravotního pojištění. Je to problém, který bude muset řešit již vláda vzešlá z nadcházejících voleb.

Nová vláda by měla stanovit jednoznačná hodnotící kritéria pro vstup do systému, kombinující posuzování nákladové efektivity, finančního dopadu do rozpočtu systému, závažnost onemocnění a míru přínosu nové léčby.

Zároveň se domnívám, že jsou to pilíře, na kterých musí do značné míry stát i budoucí regulace úhrad zdravotnických prostředků, jak píše ve svém příspěvku v této publikaci Jakub Král.

Budoucnost lékové politiky ovšem nespočívá jen v regulaci vstupu nových léčiv do systému veřejného zdravotního pojištění, ale také

v průběžném revidování nákladové efektivity a zpětné kontrole toho, zda předpokládané cíle farmakoterapie byly splněny.

Tento účel revizí úhrad je však dnes bohužel zásadně nevyužíván a revize úhrad se vesměs omezují na pouhé přecenění se zohledněním nových cenových referencí ze zahraničí.

Tím navíc hledání vnitřní efektivity v lékovém segmentu nekončí. I nákladově efektivní léky je totiž třeba používat racionálně. Iracionální spotřeba léčiv má negativní dopad nejen na zdraví pacientů, ale také na náklady systému.

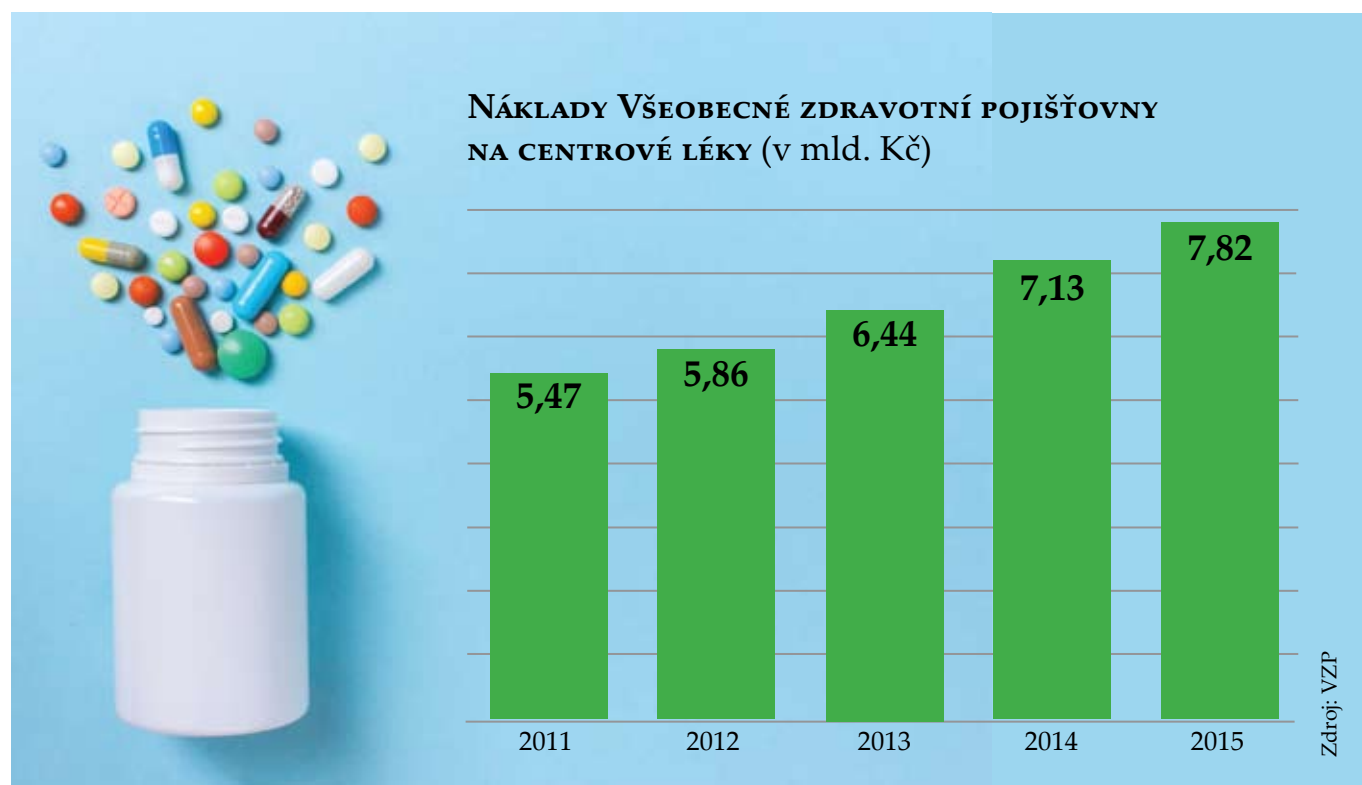
Názorný příklad lze uvést u antibiotik, kde se iracionální spotřeba negativně projevuje v podobě nárůstu antibiotické rezistence, ohrožující především příští generace. Je přitom zjevné, že zbytečná preskripce antibiotik je i zbytečným nákladem systému veřejného zdravotního pojištění.

Řešením může být třeba benchmarking, kdy lékař získá od zdra-

vočních pojišťoven data o tom, kolik on sám předepsal antibiotik svým pacientům, a srovnání, jak jsou na tom jiní lékaři v podobné či blízké lokalitě a s podobným kmenem pacientů. Pokud lékař zjistí, že předepisuje dvakrát více antibiotik než jeho kolega ve stejném městě, pak je něco špatně. A na řadu mohou přijít regulační opatření, malifikace či bonifikace těch, kteří vykazují lepší výsledky. Podobně může benchmarking sloužit u dalších skupin léčiv, a to nejen mezi lékaři ambulantními, ale také v rámci velkých zdravotnických zařízení.

Dostupnost léčiv

Nezapomeňme, že léková politika nezahrnuje jen náklady na léky, tedy cenovou a úhradovou regulaci léčiv. Léková politika je mnohem širší oblastí a i mimo cenovou a úhradovou regulaci čeká na příštího ministra řada výzev, od bezproblémového zprovoznění elektronické preskripce od 1. ledna 2018 přes implementaci novely zákona o léčivech v oblasti regulace reexportů a zajištění



dostupnosti léčiv v lékárnách až po zajištění dostupnosti samotné lékařské péče.

Z toho zejména problematika dostupnosti léčiv je v posledních letech akcentovaná. Média se problému chytí vždy, když nějaký léčivý přípravek najednou není možné získat v lékárnách vůbec, nebo jen omezeně.

Téma se často chybně redukuje na záležitost reexportu (vyvážení léčiv primárně určených pro český trh do zahraničí, často do západní Evropy, kde jsou prodána s mnohem větším ziskem).

Po dlouhých diskuzích ministerstvo přišlo se zákonnou úpravou, která má reexport regulovat, respektive zakázat u těch léčiv, která jsou nenahraditelná a u nichž by vývoz mimo Česko představoval zásadní omezení poskytování zdravotní péče. Přestože novela zákona již platí, do života zatím uvedena nebyla a není znám způsob, jak k aplikaci nových kompetencí ministerstvo přistoupí.

Reexport je hnán rozdílnými cenami léčiv mezi jednotlivými země-

Reexport je hnán rozdílnými cenami léčiv mezi jednotlivými zeměmi Evropské unie. Rostoucí podíl reexportu je pak známkou toho, že jsou léky v Česku levnější než jinde v Evropě. Kdybychom měli drahé léky, reexport by neexistoval.

mi Evropské unie. V rámci jednotného evropského trhu téměř neexistují bariéry pro volný pohyb zboží. A pokud je ve východních zemích dostupný lék, který splňuje stejně přísné parametry kvality, účinnosti a bezpečnosti jako lék na Západě, ale je přitom o polovinu levnější, je zřejmé, že se najde distributor, který jej za účelem zisku vyveze.

Rostoucí podíl reexportu v Česku je známkou toho, že české léky jsou levnější než jinde v Evropě. Kdybychom měli drahé léky, reexport by neexistoval.

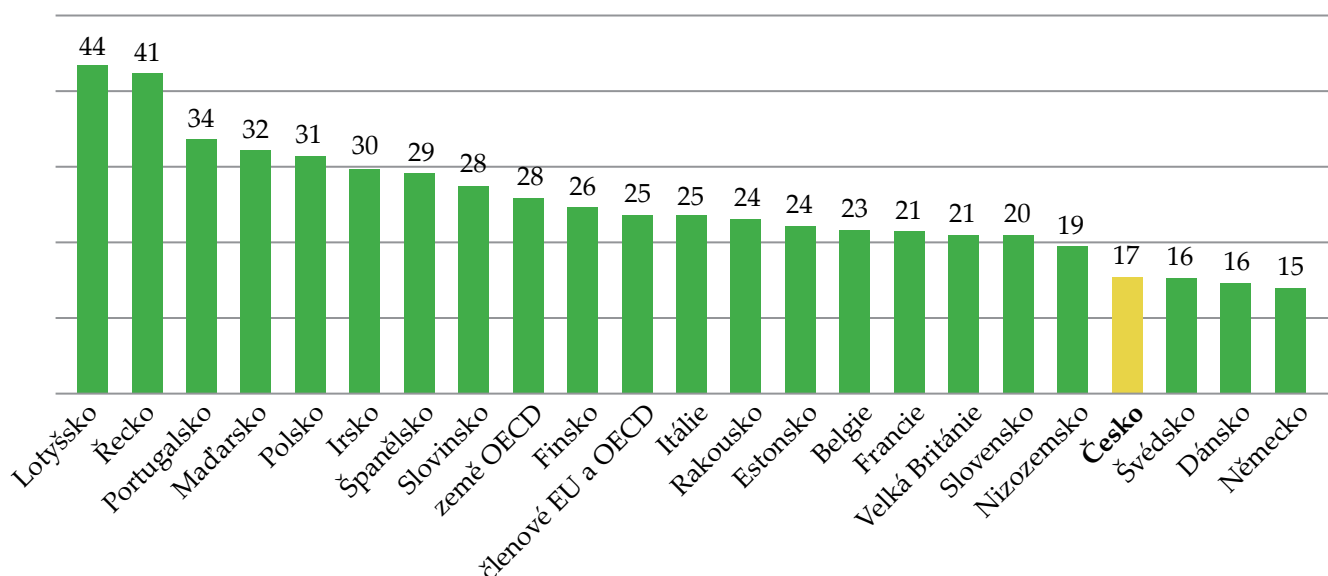
Za zmínku stojí paradox, že na jedné straně politici tu a tam přicházejí s dalšími a dalšími návrhy, jak snížit ceny a úhrady léčiv, a titíž politici pak volají po zajištění dostupnosti léčiv, regulaci reexportu apod. Přitom by stačilo, aby cenová

regulace byla uvolněna a v rámci úhradové regulace se zavedly mechanismy zajišťující dodatečné snižování nákladů na léky formou takzvaného cost-sharingu (u nově vstupujících léčiv nejlépe performance based risk-sharingu).

Tržní mechanismy spolu se specifickými distribučními modely farmaceutických společností by se již postaraly o to, aby k nedostupnosti vlivem reexportů nedocházelo.

A obava z vyšších doplatků? Nejenže se domnívám, že uvolněním cenové regulace nedojde vlivem silné konkurence k masivnímu zvýšení doplatků (je však potřeba jinak regulovat generifikované léčivé látky se silnou konkurencí a jinak originální přípravky bez alternativ), ale navíc připomínám, že čeští pacienti mají stále jednu z nejnižších spolu-

SPOLUÚČAST ČESKÝCH PACIENTŮ NA ZDRAVOTNICTVÍ V POROVNÁNÍ S VYBRANÝMI ZEMĚMI (v %)



Zdroj: OECD Health Statistics 2017

účastí na výdajích na zdravotnictví ze zemí EU i Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (viz grafiku na str. 38).

Elektronická preskripce

Elektronická preskripce je neprávem mediálně spíše opomíjeným tématem. Přitom se každého z nás dotkne již od začátku příštího roku, kdy bude povinné vystavovat recepty jen elektronicky. Obávám se však, že většinu uživatelů čeká spíše zklamání.

Všechny představitelné a v minulosti slibované výhody elektronizace předepisování léčiv zůstávají jen na papíře a ve strategických dokumentech; zatím se neuskuteční.

Aby rozčarování nad nesmyslností e-preskripce nepřerostlo ve volání po zrušení této povinnosti (čímž by opět na mnoho let byly projekty elektronizace zbytečně pozdrženy), musí příští ministr urychleně navrhnout legislativní úpravy.

Ty by měly zajistit, že papírové průvodky eReceptů nebudou potřeba (například tím, že informace bude v SMS, na čipu nebo dosažitelná dálkově skrze 3D kód nějakého průkazku), že pacienti budou mít přístup k celé historii preskripce, že lékaři tam, kde to bude potřebné, budou mít u svých pacientů přehled o receptech, které jim předepsal jiný lékař, a že totéž budou mít i lékárníci, bude-li vyhodnoceno, že to má smysl pro kontrolu duplicit a interakcí.

Systém musí zároveň zajistit administrativní zjednodušení pro lékaře, lékárníky a stejně tak zdravotní pojišťovny.

Priority příštího ministra v oblasti lékové politiky:

1 Nastavit striktní pravidla pro vstup nových léčiv do systému veřejného zdravotního pojištění, která budou předvídatelná a konzistentně uplatňovaná a zohledňující nákladovou efektivitu, hranici ochot-

ty platit, finanční dopad do systému a další parametry.

2 Revidovat proces správních řízení, zásadně jej zjednodušit a urychlit. Přezkoumat kompetence Státního ústavu pro kontrolu léčiv a případně za účelem transparentnosti oddělit hodnotící a rozhodovací fáze v procesu vstupu nových léčiv do systému tak, aby finální rozhodování po přezkoumání prováděl jiný orgán, který bude umět vyhodnotit i měkká kritéria a celospolečenské priority.

3 Zajistit, aby revize úhrad plnily roli zpětného vyhodnocení splnění očekávaných cílů farmakoterapie a aby léky, u nichž se v reálné klinické praxi zjistí, že se neosvědčily (např. efektivita je nižší, dopad do rozpočtu vyšší), byly ze systému odstraněny.

4 Ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami připravit projekty racionalizace preskripce a spotřeb léčiv, například formou benchmarkingu spojeného s motivačními programy pro předepisující lékaře.

5 Urychleně připravit legislativu, která zavede potřebné nadstavbové funkce eReceptu tak, aby elektronická preskripce byla smysluplným nástrojem, jehož výhody budou čerpat lékaři, lékárníci, zdravotní pojišťovny a především pacienti.

6 Za účelem zajištění dostupnosti léčiv na českém trhu revidovat systém cenové a úhradové regulace, a především metodicky a procesně zpracovat postupy pro regulaci re-exportu na podkladě již platné legislativy.

7 Analyzovat stav lékárenské sítě a v návaznosti na zjištění vzešlá z takové analýzy rozhodnout, jakými mechanismy dojde k podpoře vzniku a udržení ambulantní lékárenské péče ve venkovských oblastech a zda stávající podoba cenové regulace maximální obchodní přírážky společné s distributory je pro nesíťové lékárny udržitelná.





Zdravotnické prostředky

Přestože jsou problémy týkající se ekonomické regulace zdravotnických prostředků známé a detailně popsány déle než pět let, veškeré legislativní aktivity v této oblasti utichly na ministerstvu zdravotnictví v roce 2015 a od té doby se odborná veřejnost nedočkala žádného konkrétního návrhu řešení této neutěšené situace.

Jakub Král, Porta Medica

Oblast zdravotnických prostředků stála dlouhá léta mimo pozornost ministrů zdravotnictví a nebyla předmětem volebních kampaní. Až na drobné výjimky nefigurovala ani v programových prohlášeních vlád. Vždy šlo o jakousi popelku ve stínu léčivých přípravků. Právě dlouhodobé neřešení postupně kumulovaných problémů v tomto segmentu však gradovalo v posledních dvou letech do takové míry, že nový ministr zdravotnictví se bude muset touto oblastí intenzivně zabírat za všech okolností.

Když hovoříme o zdravotnických prostředcích, máme tím na mysli jak zdravotnické prostředky hrazené na poukaz, zvláště účtované materiály, přímo spotřebovaný materiál při výkonech, ale také např. velkou přístrojovou techniku či diagnostické zdravotnické prostředky in vitro (IVD).

Pro účely této publikace si dovoříme poukázat jen na dva primární okruhy úkolů, se kterými se bude muset nové vedení ministerstva zdravotnictví popasovat. Jde především o oblast cenové a úhradové regulace zdravotnických prostředků, která je na úrovni právní úpravy mnoho let v žalostném stavu a která byla v roce 2017 dvakrát zásadně zasažena nálezy Ústavního soudu.

Těmito rozhodnutími byly zrušeny instituty ekonomicky nejméně náročné varianty zdravotnického prostředku a průzkumu trhu v režii zdravotních pojišťoven. Zrušení části zákona bylo odloženo na konec roku 2018, čímž Ústavní soud vytvořil potřebný prostor pro přípravu nové komplexní právní úpravy, která by měla respektovat jeho závěry týkající se nezbytnosti transparentnosti zvoleného procesního postupu, nutnosti odůvodnění, eliminace libovůle a ga-

rance možnosti uplatnění opravných prostředků (minimálně soudního přezkumu).

Druhým a taktéž velmi významným úkolem je pak dobré zvládnutí procesu adaptace nových nařízení Evropské unie pro zdravotnické prostředky a IVD. Tato nová přímo aplikovatelná legislativa totiž přináší nejen razantní navýšení povinností pro samotné regulované subjekty (výrobce, zplnomocněné zástupce, dovozce, distributory, poskytovatele zdravotních služeb atd.), ale především stanovuje široký okruh kompetencí a povinností pro národní regulátory, v případě ČR pro Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví (v rámci agentury oznámených subjektů), odvolací orgány ministerstva zdravotnictví a ministerstvo průmyslu a obchodu. Vedle toho s sebou proces adaptace

přináší nutnost velkých legislativních zásahů v rámci tuzemské právní úpravy, přičemž kvalitní příprava těchto změn bude náročná a pro další fungování tohoto segmentu zdravotnictví zásadní.

Přestože jsou problémy týkající se ekonomické regulace zdravotnických prostředků známé a detailně popsány déle než pět let, veškeré legislativní aktivity v této oblasti utichly na ministerstvu zdravotnictví v roce 2015 a od té doby se odborná veřejnost nedočkala žádného konkrétního návrhu řešení neutěšené situace.

Cenová regulace

Technické a procedurální zajištění nápravy, respektive zlepšení situace v oblasti cenové regulace, je pro ministerstvo poměrně snadné. Odpadá totiž argument složitosti a délky legislativního procesu. Cenová regulace zdravotnických prostředků je obsažena v cenovém předpise a v cenovém rozhodnutí samotného ministerstva, takže pro jakékoli změny dokumentů postačí jejich důkladná příprava věcným odborem, kladné rozhodnutí ministra a formální publikace ve Věstníku ministerstva zdravotnictví.

Poslední čtyři roky, tedy od roku 2013, ministerstvo na kultivaci cenové regulace zdravotnických prostředků zcela rezignovalo. Cenová regulace se postupem času stala nefunkční, avšak velmi nebezpečnou. Absence provedení potřebné aktualizace v kombinaci s minimální kontrolní činností SÚKL v této oblasti totiž měla za následek stav, kdy je

dodržování cenového předpisu pro široký okruh regulovaných subjektů fakticky nemožné, a dochází tak k jeho masivnímu porušování (například ve formě překračování maximální obchodní příirážky).

Relativní klid je na trhu udržován jen díky tomu, že SÚKL toto deliktivní jednání trestá jen ojediněle. Toto je však nebezpečné. Není možné vytvořit model tiché tolerance protiprávního jednání s namátkovým trestáním za nesplnění požadavků, jejichž revizi ministerstvo zdravotnictví přislíbilo již před čtyřmi lety.

Stranou ponecháváme skutečnost, že funkční nastavení úhradové regulace by u většiny skupin zdravotnických prostředků vedlo k absenci potřeby duplicitní ekonomické regulace na úrovni ceny.

Jaké konkrétní změny by měly být uskutečněny?

1 Do budoucna je racionální ponechání cenové regulace jen u individuálně zhotovovaných zdravotnických prostředků (někdy označovaných též jako prostředky na zakázku), kde bude patrně vždy úhrada určena jako procentní podíl z konečné ceny, kterou nelze ponechat zcela bez regulace.

2 V případě individuálně zhotovovaných zdravotnických prostředků je možné zachovat institut věcného usměrňování ceny, které vychází ze součtu ekonomicky oprávněných nákladů a přiměřeného zisku.

3 U sériově vyráběných zdravotnických prostředků by mělo dojít k plošné deregulaci ceny výrobce s výjimkou minimálního počtu pří-



padů monopolního či oligopolního postavení dodavatele a situací, kdy bude úhrada stanovena jako procento z konečné ceny.

4 Zásadní revizi si zaslouží oblast obchodní příirážky (mělo by dojít k vynětí všech činností distributorů, které nejsou součástí samotné distribuce).

5 Cílem je eliminace umělých pololegálních nástrojů (marketingové služby, transfer pricing, distributorské objemové bonusy bez přímé vazby na konkrétní dodávku v řádech desítek procent) dorovnávacích dumpingově fungujících distribučních kanálů.

6 Pozitivním důsledkem těchto změn by mělo být ukončení stavu, v němž z České republiky zbytečně utíká značná část daňových odvodů, které získávají země sídla výrobců zdravotnických prostředků, zatímco české veřejné zdravotní pojištění v důsledku umělého navyšování vstupních cen zahraničních výrobců stejně nic nešetří.

ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY: RŮZNORODÁ KATEGORIE

Kategorie výrobků, které jsou souhrnně označovány legislativním pojmem zdravotnické prostředky, je neskutečně různorodá. Patří sem bazální zdravotnický materiál (obvazy, náplasti, stříkačky), kompenzační pomůcky (berle, invalidní vozíky, glukometry, inkontinenční pomůcky, stomické sáčky), diagnostické přístroje (rentgeny, CT, magnetické resonance), invazivní produkty (umělé klouby, kardiostimulátory, prsní implantáty) a tak dále.



Úhradová regulace a kategorizace

V případě úhradové regulace je na prvním místě nezbytné uvést, že není absolutně možné vytvořit univerzální systém úhradotvorby pro všechny hrazené zdravotnické prostředky. Minimálně je nezbytné odlišit zdravotnické prostředky hrazené na poukaz, zvlášť účtovaný materiál, přímo spotřebovaný materiál v rámci výkonu a investiční přístrojovou techniku.

Vzhledem k tomu, že již z úvodu této kapitoly jasně vyplynulo, že legislativní úkol ministerstva zdravotnictví se váže především ke zrušujícímu nálezu Ústavního soudu ve věci zdravotnických prostředků hrazených na poukaz, budeme se dále detailně věnovat řešení pouze této oblasti.

Již v takzvaném sněmovním tisku 88, tedy návrhu novelizace úhradové regulace zdravotnických prostředků z roku 2013, byly popsány hlavní problémy současného modelu

stanovování úhrad zdravotnických prostředků prostřednictvím číselníků zdravotních pojišťoven s dominantní úlohou Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). Tento materiál též obsahoval dva roky připravované konsenzuální a v některých ohledech kompromisní řešení. Zatímco u léčivých přípravků je oblast úhradové regulace transparentně procesně uchopena a pozornost je při kultivaci této agendy věnována spíše parametrickým změnám, které se týkají samotného výpočtu úhrad, u zdravotnických prostředků není uspokojivě vyřešeno ani základní procesní nastavení regulace na úrovni zákona.

Během následujícího roku tak musí být vytvořen a následně zákonodárci schválen zcela nový procesní model stanovování úhrad zdravotnických prostředků, jenž bude respektovat takzvanou výhradu zákona (ústavně garantované sociální právo na bezplatnou zdravotní péči může být omezeno jedině na úrovni zákona) a který bude současně transparentní.

Jaké konkrétní změny by měly být uskutečněny?

1 Agendu úhradové regulace by měl do budoucna zajišťovat správní orgán (v současném aranžmá by jím měl být ideálně SÚKL).

2 Zdravotním pojišťovnám by mělo být zachováno právo být aktivním účastníkem procesu s možností předkládání vlastních cenových analýz a risksharingových dohod s dodavateli nových inovativních produktů.

3 Zkopírování procesního modelu využívaného u léčivých přípravků se jeví jako nevhodné s ohledem na množství hrazených zdravotnických prostředků.

Desítky tisíc správních řízení velmi citlivých na dodržování zákonných lhůt pro vydání rozhodnutí nepředstavují z našeho pohledu ideální poměr transparentnosti a flexibility.

4 Požadavkům obsaženým v nálezu Ústavního soudu sp. zn. Pl. ÚS 3/15 může stejně dobře vyhovět model hromadného správního rozhod-

nutí (řízení s velkým počtem účastníků – jedno pro celý současný číselník) s vlastní zjednodušenou procesní úpravou, anebo ještě lépe institut opatření obecné povahy (OOP).

5 Opatření obecné povahy by fungovalo jako jeden celosystémový číselník, který by SÚKL vydával pololetně či kvartálně.

6 Vydání OOP by předcházelo formalizované ústní projednání podkladů se všemi dotčenými stranami (zdravotní pojišťovny, dodavatelé, odborné společnosti a hromadný zástupce pojištěnců), jehož výsledkem by byl záznam či protokol s přílohami, věrně zachycující veškeré uplatněné návrhy, argumenty a důkazy.

7 Náležitosti žádosti o zařazení do systému úhrad musí být taxativně stanoveny přímo v zákoně.

8 Zákon musí obsahovat také veškeré speciální lhůty pro jednotlivé úkony SÚKL i dotčených subjektů.

9 Návrh OOP by měl SÚKL zveřejnit společně s uvedením lhůty pro zaslání připomínek.

10 Finální podoba OOP by měla obsahovat odůvodnění a měla by podléhat standardnímu přezkumu ve správním soudnictví.

11 Je nezbytné vytvořit proces i pro samotnou kategorizaci zdravotnických prostředků (kultivaci víceúrovňového stromu, který zajišťuje členění všech zdravotnických prostředků hrazených na poukaz do takzvaných úhradových skupin, tedy skupin v zásadě zaměnitelných produktů z hlediska určeného účelu použití, mechanismu účinku a relativní blízkosti podstatných technických parametrů).

12 Jako první kategorizační strom by měl být převzat ten, který byl zpracován v rámci pracovní skupiny při ministerstvu zdravotnictví a který byl součástí sněmovního tisku 88 i návrhu ministerstva zdravotnictví z léta roku 2015. S ohledem na uplynulý čas je však potřebná dílčí aktualizace ve spolupráci s odbornými společnostmi, zdravotními pojišťovnami a dodavateli.

13 Zákon by měl nově obsahovat jasný mechanismus další kultivace kategorizačního stromu, konkrétně by měl stanovit, za jakých podmínek může SÚKL vytvořit zcela novou úhradovou skupinu nad rámec kategorizačního stromu obsaženého v zákoně (podmínkou vzniku takové nové skupiny by bylo komplexní vyhodnocení nákladové efektivity a souhlas zdravotních pojišťoven formou kvalifikované většiny reprezentující 75 procent pojištěnců).

14 Posledním úkolem pak je vytvoření procesního modelu pro provádění revizí výši úhradových limitů pro jednotlivé úhradové skupiny (ověření aktuální cenové hladiny v ČR, popř. i v zahraničí).

15 Výše úhrady by měla být u individuálně zhotovených zdravotnických prostředků stanovena procentní sazbou z konečné ceny.

16 Vzhledem k tomu, že je ekonomicky neudržitelné, aby byla tato procentní úhrada ve všech úhradových skupinách ve výši sto procent, bude nezbytné u doplčkových úhradových skupin stanovit nominální finanční strop spoluúčasti pojištěnců, vázaný na určité časové období (např. úhrada ve výši 90 procent, maximální spoluúčast 5000 Kč ročně – obecně nelze stanovit plošně jednotný ochranný limit na doplatky, proto by měl být diferencován pro jednotlivé úhradové skupiny).

17 U komoditních zdravotnických prostředků pro vybrané skupiny chronických pacientů (diabetes, stomie, inkontinence) by měl být stanoven měsíční finanční limit na diagnózu ve spojení s množstev-



ním limitem; po vyčerpání prvního z těchto dvou limitů nastoupí případná spoluúčast pojištěnce (pacient, resp. jeho předepisující lékař, tak bude moci maximálně vhodným způsobem kombinovat pomůcky v rámci dané kategorie, a přitom náklady systému budou u těchto kategorií zdravotnických prostředků předem dobře predikovatelné).

18 U ostatních zdravotnických prostředků hrazených na poukaz bude nutné vázat finanční úhradový limit na dílčí jednotku (kus, centimetr čtvereční, mililitr, balení atd.).

19 Cenová hladina by měla být ověřována primárně prostřednictvím vnitřní cenové reference. Kombinačně lze uvažovat i o využití institutu cenové soutěže mezi dodavateli po precizním stanovení kvalitativních kritérií.

20 Motivace předepisujících lékařů k upřednostňování vítěze této soutěže by mohla spočívat v možnosti částečného či úplného vynětí nákladů na tento produkt z objemových preskripčních limitů daného poskytovatele zdravotních služeb na příslušné období.

21 Nadále by měl být zachován systém preskripčních, indikačních a frekvenčních limitů.

22 U zvlášť účtovaného materiálu by mělo dojít k zásadní změně procesu vzniku těchto položek (současný živelný neřízený a netransparentní proces jejich zařazování do registračních listů výkonů by měl být nahrazen formalizovanou agendou na úrovni správního orgánu), zároveň by nemělo docházet k administrativnímu stanovování jejich úhrady, které dnes jen vytváří podmínky pro nežádoucí jev zpětných bonusů.

Adaptace nové legislativy EU

Druhým úkolem, kterým se bude muset nový ministr bezodkladně zabývat, je adaptace nových nařízení Evropské unie pro zdravotnické

prostředky a IVD, a to jak v rovině legislativní, tak především exekutivní.

Základním předpokladem úspěšné adaptace je stabilizace exekutivního zajištění výkonu veřejné moci na úseku zdravotnických prostředků. Tímto máme na mysli především personální zabezpečení agend týkajících se zdravotnických prostředků v rámci SÚKL a ministerstva zdravotnictví.

Cílem musí být obsazení stávajících funkčních míst, revize dostatečnosti personálního pokrytí a postupná eliminace současného

Dalším úkolem, jímž se bude muset ministr zabývat, je adaptace nových nařízení Unie pro zdravotnické prostředky a IVD.

stavu, kdy jsou ve velkém množství případů mnohanásobně překračovány zákonné lhůty pro konkrétní úkony (například vydávání rozhodnutí o notifikacích zdravotnických prostředků).

S tímto úkolem souvisí taktéž detailní audit připravenosti SÚKL na spuštění Národního informačního portálu zdravotnických prostředků (NIPZP), který by měl fungovat již od 1. dubna 2018 a jenž by měl, jakožto komplexní informační systém v přímé správě SÚKL, zajistit dostatečnou IT podporu pro hladké kapacitní zvládnutí množstevně náročných agend.

Kromě zákonné povinnosti zřízení a zprovoznění informačního portálu SÚKL nic nebrání v tom, aby veškeré své interní agendové procesy maximálně automatizoval a digitalizoval v rámci komplexního IT řešení fungování sekce zdravotnických prostředků, a to i bez speciální zákonné pobídky. Již dnes SÚKL provozuje širokou paletu podpurných IT řešení,

která nejsou zakotvena legislativně (například systém pro výběr správních poplatků a náhrad za odborné úkony, vigilanční IT řešení přímo u zdravotnických prostředků či softwareová podpora dílčích agend v oblasti léčivých přípravků).

Do budoucna se jeví zvládnutí dalších povinností vyplývajících z nové legislativy EU jako naprosto nereálné, pokud nebude současně zajištěna maximálně efektivní IT podpora umožňující automatizované hromadné vyřizování kvantitativně náročných agend. To ostatně souvisí i s případným převzetím úhradové regulace zdravotnických prostředků.

Jaké konkrétní změny by měly být uskutečněny?

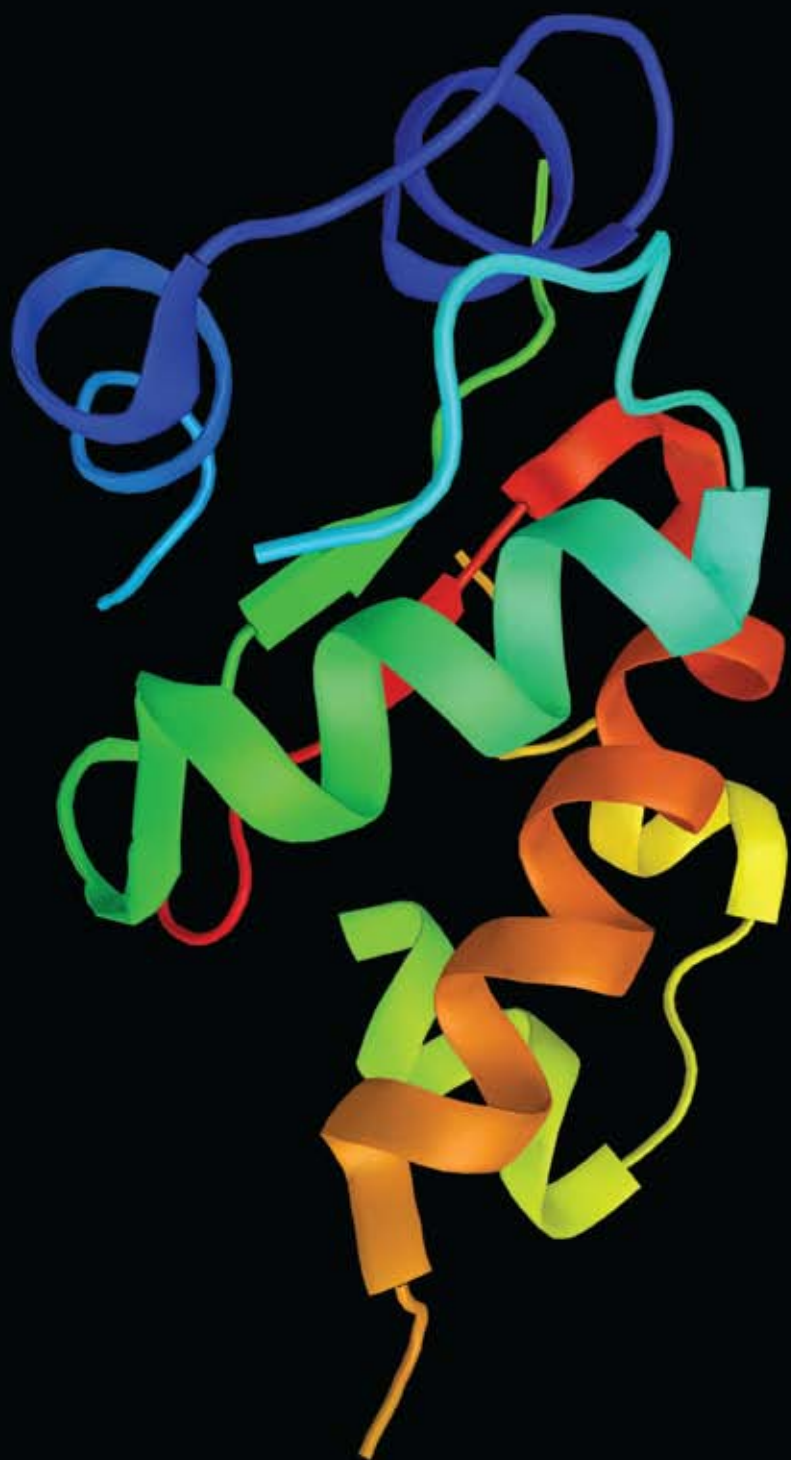
1 Je potřeba připravit rozsáhlou novelizaci zákona o zdravotnických prostředcích, přechod regulace výrobců ze zákona o technických požadavcích na výrobky na zákon o posuzování shody, zrušení části podzákonných předpisů (nařízení vlády) a novelizaci ostatních (prováděcí předpisy k zákonu o zdravotnických prostředcích).

2 V průběhu legislativního procesu bude muset být redefinován okruh kompetencí a povinností národních autorit (příslušných regulatorů), bude muset být vytvořen systém samofinancování dané agendy (ceník za jednotlivé úkony ve formě správních poplatků či náhrad za odborné úkony)

3 Bude muset vzniknout úplně nový systém sankcí za porušení povinností obsažených v nařízeních EU.

4 SÚKL a ministerstvo zdravotnictví se musí na evropské úrovni aktivně zapojit do všech prováděcích aktů, které budou teprve přijaty Evropskou komisí.

5 Musí být připravena zcela nová tuzemská regulace pokrývající otázky, které jsou v nařízeních EU svěřeny k podrobné úpravě samotným členským státům (např. lokální specifiky u reprocessingu jednorázových zdravotnických prostředků).



Koordinace péče, management chronických nemocí

Výzva, kterou představují chronické nemoci, se nevyhne žádnému zdravotnímu systému a žádné jeho části. Týká se státní správy, zdravotních pojišťoven, ambulantních poskytovatelů, nemocnic, dodavatelů léků i zdravotnických prostředků.

Pavel Hroboň, Advance Healthcare Management Institute

Chronické neinfekční nemoci, jako je diabetes, srdeční a cévní onemocnění, astma, mentální problémy, onkologická a autoimunitní onemocnění, představují obrovskou medicínskou a ekonomickou zátěž zdravotních systémů. Podle zahraničních zdrojů jsou chronické nemoci zodpovědné za 70 až 80 procent nákladů na zdravotnictví ve vyspělých zemích.

Nejde jen o náklady, ale o stejně velký podíl na zkrácení života a zhoršení jeho kvality. Podíl pacientů s chronickými nemocemi přitom narůstá kvůli stárnutí obyvatelstva a vysokému výskytu rizikových faktorů, jako je obezita, nedostatek pohybu, kouření, nevhodné složení stravy a další. Tyto rizikové faktory jsou mezi obyvatelstvem České republiky významně přítomny.

Souvislost jednotlivých rizikových faktorů s konkrétními nemocemi a jejich význam ukazuje grafika na str. 48. Je dobré si všimnout, že většinu důležitých rizikových faktorů lidé mohou významně ovlivnit sami.

Prevence šetří peníze

Co se dá s chronickými nemocemi dělat? Moderní medicína dokáže pacienty s chronickými nemocemi za obrovských nákladů dlouhodobě udržet naživu, nedokáže je ale vyléčit.

Jinými slovy, věnujeme obrovské prostředky na částečnou nápravu problémů, ke kterým by v mnoha případech vůbec nemuselo dojít. Jedinou odpovědí na „epidemii“ chronických nemocí je nedopustit jejich

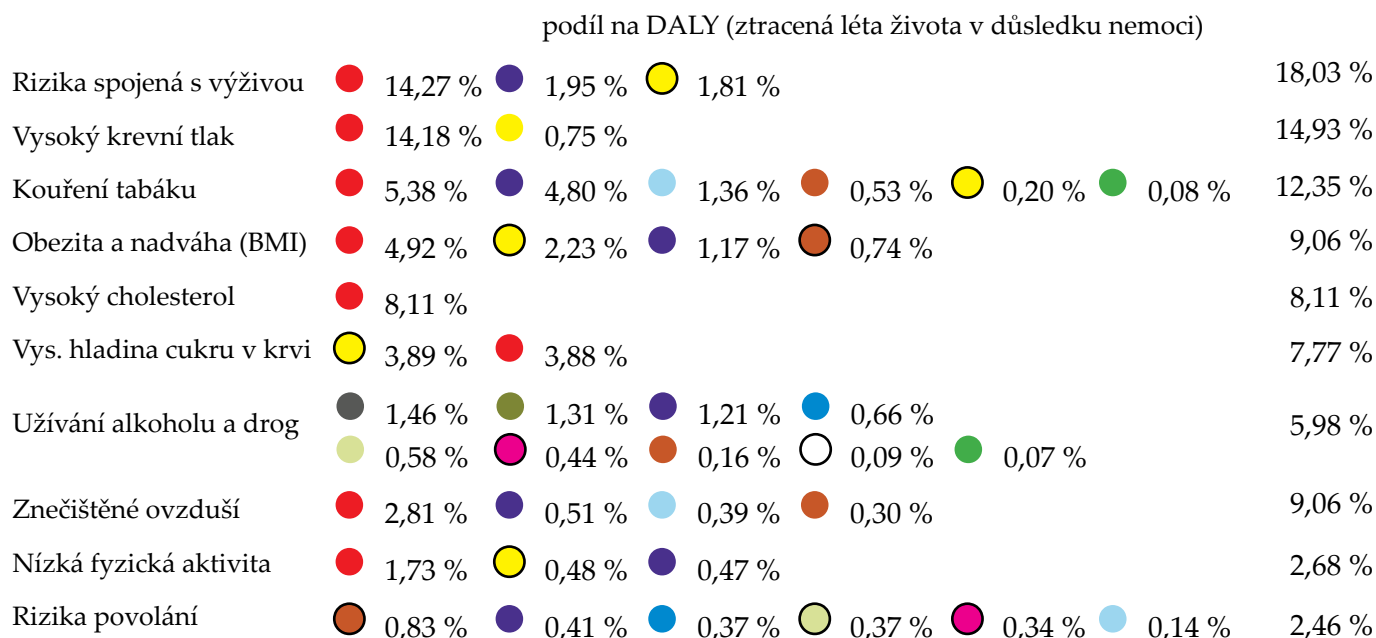
vznik, a pokud už existují, oddálit rozvoj komplikací a zhoršování stavu pacientů.

Cesty k tomuto cíli jsou dvě - snížení rizikových faktorů ze strany pacienta a koordinovaná (integrovaná) zdravotní péče založená na dodržování doporučených postupů léčby a prevence. Toto jsou dvě stránky jedné mince, která se obvykle nazývá management chronických nemocí.

Koordinovaná péče založená na poznacích evidence-based medicíny je potřebná i u jiných než chronických zdravotních problémů, u chronických nemocí je ale dnešní nízká míra koordinace obzvláště škodlivá.

Konkrétní přístup k integraci péče a motivaci pacienta ke změně životního stylu se liší podle míry rizika, jak ukazuje grafika na str. 49.

NEJVÝZNAMNĚJŠÍ RIZIKOVÉ FAKTORY PŘÍRAZENÉ K ONEMOCNĚNÍ (podíl na DALY v % ztracená léta života v důsledku nemoci)



- Kardiovaskulární nemoci
- Diabetes, urogen. a endokrinní nemoci, nemoci krve
- Novotvary
- Průjmy, inf. dolních dých. cest a další běžné infekce
- Mentální poruchy a závislosti
- Poruchy pohybového aparátu
- Neúmyslná zranění
- Chronické nemoci dýchacích cest
- Zranění při přepravě
- Úmyslná zranění
- Ostatní chronické nemoci
- Nemoci trávicí soustavy
- Cirhóza a ostatní chronické nemoci jater
- Neurologické poruchy

Zdroj: Institute for Health Metrics and Evaluation, údaje pro ČR z roku 2015

Na celou populaci, tedy většinou-
vě zatím zdravé lidi, je třeba působit
ve smyslu zlepšení životního stylu
a vhodně zacílenými screeningo-
vými programy vyhledávat jedince
s vysokým rizikem vzniku nemoci
nebo již existující, ale zatím nepo-
znanou nemocí. Příkladem může
být prediabetes nebo již diabetes
u jedinců určitého věku s nadváhou,
nevhodným složením stravy a ne-
dostatkem pohybu.

Jedince s identifikovanou nemocí
nebo vysokým rizikem jejího vzni-
ku je potom vhodné zařadit do pro-
gramů integrované péče a podpory
změny životního stylu. Jde o takzva-
né programy disease managementu,
které se již dlouhou dobu rozvíjejí

v řadě zahraničních systémů, včetně
Nizozemska a Německa.

Nejtěžší případy – obvykle pacienti
s kombinací několika chronických ne-
moci (například diabetik s ischemic-
kou chorobou srdeční a poškozením
ledvin) – potom vyžadují individuální
péči označovanou jako case manage-
ment (řízení případu).

Pojďme se blíže věnovat druhé
a třetí skupině. Péči takovým paci-
entům poskytuje řada lékařů a ji-
ných zdravotníků.

Například u pacientů s cukrov-
kou jde o praktické lékaře, diabeto-
logy, dietní sestry a poradce, oční,
neurology, kardiology, případně
chirurgy a další zdravotníky půso-

bící jak v ambulantní sféře, tak v ne-
mocnicích.

Bez úzké koordinace jejich čin-
nosti a výměny dat není možné za-
jistit poskytnutí všech potřebných
léčebných a preventivních zásahů,
tedy efektivní péče.

Jak zavést management chronických nemocí?

Potřebujeme nutně subjekt, který
koordinaci péče a motivaci pacien-
tů zajistí. Otázkou je, kdo má hrát
tuto roli koordinátora. Plošná ře-
šení typu zavedení gatekeepingu
praktickými lékaři nedávají v sou-
časné realitě českého systému smy-
sl. Poskytování zdravotních služeb

je zcela odlišné v různých částech České republiky.

Navíc různé socioekonomické skupiny pacientů vyžadují různý přístup. Je tedy třeba nacházet lokálně a regionálně vhodná řešení, která se musí lišit například mezi Prahou a jinými většími městy na straně jedné a venkovskými oblastmi na straně druhé.

Zásadní roli musí hrát zdravotní pojišťovny, jejich role ale nemusí být uniformní. Na Slovensku zdravotní pojišťovna Dohvera přímo organizuje disease management diabetu. V jiných evropských zemích nicméně vidíme modely, ve kterých pojišťovny roli koordinátora péče přenechávají ambulantním lékařům (ať už praktikům nebo specialistům), případně agenturám specializovaným na disease management. Samotné pojišťovny si ponechávají roli plátců včetně kontroly kvality a výsledků péče.

Jenže jak motivovat pojištěnce ke změně životního stylu? Naše chování – tedy pohyb (respektive jeho nedostatek), strava, stres, návykové látky a další parametry životního stylu – zahrnuje pro většinu z nás rozhodující faktory vzniku a rychlosti rozvoje chronických nemocí. Pokud dokážeme změnit své chování, chronické nemoci u nás buď nemusí vzniknout vůbec, nebo vzniknou až v mnohem vyšším věku a jejich průběh bude významně mírnější.

Většina z nás se změnou chování ovšem potřebuje hodně vnější pomoci. Na začátku je potřeba takovému člověku poskytnout informace ve formě, ve které je schopen je vstřebat. Následně je potřeba pravidelné připomínání významu nemoci, doplňování nových znalostí, seznámení se s dosaženými výsledky, srovnání s ostatními pacienty, případně přijde vhod i finanční motivace ze strany zdravotní pojišťovny.

Ani tak se nepodaří dosáhnout správného chování u všech. Vzhledem k rozsahu problému má ale i částečné zlepšení u některých sku-

pin obyvatelstva velký dopad na rozpočet.

Proč v Česku koordinace péče nefunguje?

Náš zdravotní systém neumí s chronickými nemocemi efektivně pracovat. Stejně jako jiné evropské zdravotní systémy byl vybudován v dobách, kdy hlavní problém představovaly infekční nemoci. Jejich léčba byla převážně krátkodobá a nevyžadovala koordinaci významného množství poskytovatelů.

Dnešní péče je významně rozdrobená, poskytovatelé mezi sebou dostatečně nekomunikují a ve většině případů se nikdo nestará o všechny zdravotní potřeby pacienta.

Za koordinaci péče ostatně ani není nikdo odpovídajícím způsobem placen – s potenciální výjimkou praktických lékařů. Ti ale v mnoha

případech nejsou takové činnosti na dostatečné odborné úrovni schopni, nechtějí ji vykonávat nebo jim v tom brání jejich pokročilý věk.

To neznamená, že praktičtí lékaři (či spíše jejich sdružené praxe) nemohou koordinaci péče vykonávat, určitě ale není možné spoléhat na to, že tak budou činit plošně.

Výměně dat mezi lékaři také brání zatím nerozvinutá infrastruktura elektronického zdravotnictví. Další velkou překážkou jsou dnešní platební systémy. Výkonový systém úhrady principiálně platí poskytovatele za činnost, přesně řečeno za jednotlivé výkony. Poskytovatelé tedy potřebují nemocné lidi, aby na ně mohli výkony vykazovat. Pokud není cílem poskytování služeb, ale udržování pacienta v co nejlepším zdravotním stavu, musíme změnit platební mechanismy. Toto není volání po rychlé plošné změně, ale po



dostatečné flexibilitě, která umožní zdravotním pojišťovnám platit ty poskytovatele, kteří jsou schopni a ochotni se o pacienty s chronickými nemocemi dobře postarat, za jejich výsledky.

Jaké konkrétní změny jsou třeba?

Česká republika udělala významný krok směrem k efektivnímu managementu chronických nemocí lokalizací klasifikačního systému PCG (Pharmacy-based Cost Groups) a jeho zapojením do přerozdělení pojistného mezi zdravotními pojišťovnami od 1. ledna 2018.

PCG představují mezinárodně vyzkoušený způsob identifikace a klasifikace pacientů s chronickými nemocemi. Zapojení PCG do přerozdělení zajistí větší pozornost zdravotních pojišťoven problematice chronických nemocí a také zamezí jejich obavám z finančních dopadů přítomnosti drahých pojištěnců. Jiný-

mi slovy, po zohlednění chronických nemocí v přerozdělení může být pro zdravotní pojišťovnu i chronicky nemocný výhodným pojištěncem, pro-

Zapojení PCG do přerozdělení zajistí větší pozornost zdravotních pojišťoven problematice chronických nemocí a také zamezí jejich obavám z drahých pojištěnců.

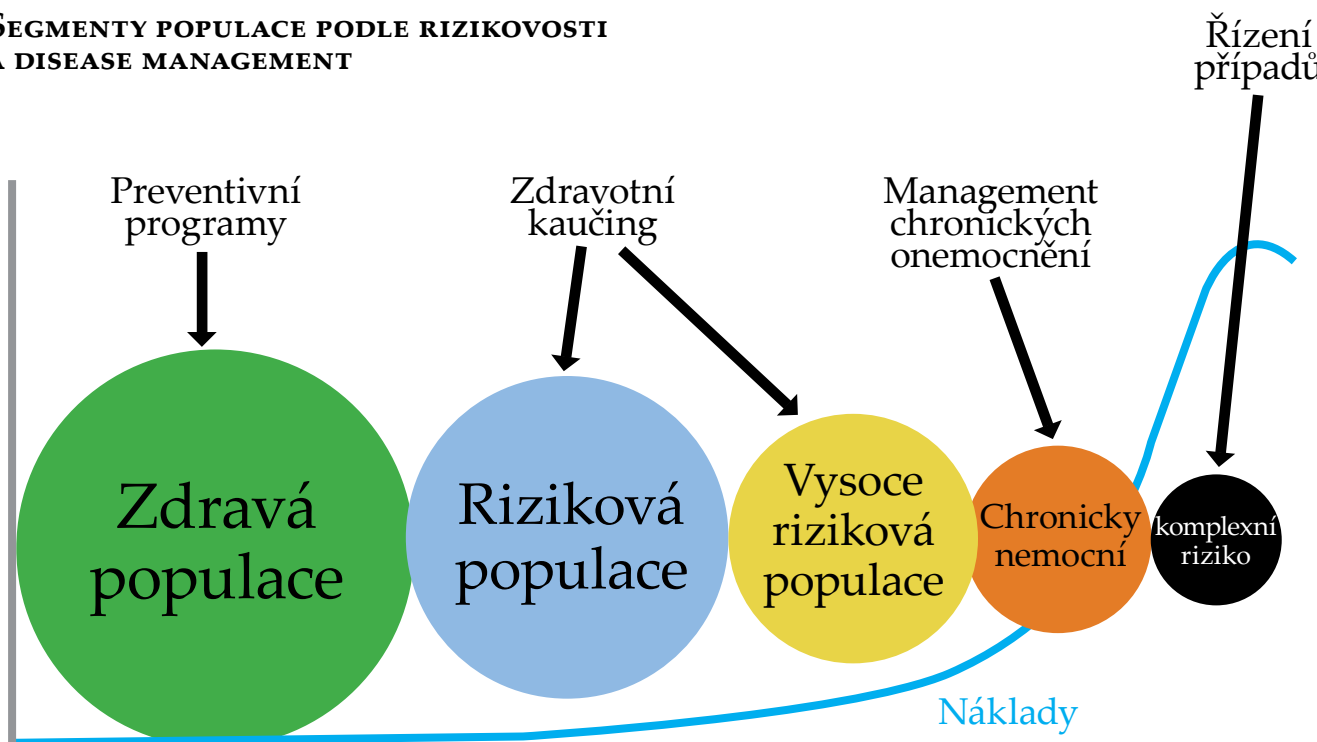
tože na něj dostává více peněz než na zdravého klienta. Je ale třeba udělat ještě řadu dalších kroků.

Jedním z nich je umožnění a podpora inovativních kontraktů mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami. Dnešní zákony sice jasně uvádějí, že pojišťovna a poskytovatel se mohou za určitých podmínek

domluvit jinak, než stanoví takzvaná úhradová vyhláška ministerstva zdravotnictví, ale pojišťovny jsou často vystaveny tlaku, například ze strany Národního kontrolního úřadu, aby se vyhlášky držely.

Technicky v úhradové vyhlášce nelze navrhnout kontrakt, který by i v dnešních podmínkách vyhovoval všem možným vztahům – od mnohamiliardového kontraktu Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR s velkou fakulní nemocnicí po kontrakty center specializované péče nebo i jiných poskytovatelů se vzdálenými regionálními pojišťovnami. Natož aby se ve vyhlášce daly podpořit různé, lokálně vyhovující úhradové mechanismy motivující poskytovatele k integraci péče. Stejně tak úhradová vyhláška platí zvlášť a různými způsoby pro různé druhy poskytovatelů (praktické lékaře, ambulantní specialisty, nemocnice,...) a tak často vytváří bariéry pro efektivní pohyb pacienta mezi jednotlivými poskytovateli.

SEGMENTY POPULACE PODLE RIZIKOVOSTI A DISEASE MANAGEMENT



Pro účely integrace péče naopak potřebujeme takzvané bundled payments (sdružené platby). V zahraničí je obvyklé, že koordinující poskytovatel dostane od pojišťovny platbu nejen za vlastní péči, ale i za další péči, kterou pro svěřeného pacienta u jiných poskytovatelů objedná.

Taková uspořádání se ale nutně musí lišit podle toho, o jaké pacienty jde a jaké jsou místní způsoby zajištění péče, dané přítomností různých poskytovatelů. Tedy tisíce různých situací, které jsou přístupem zakotveným v úhradové vyhlášce „jedna míra sedí všem“ naprosto neřešitelné.

Praktický návod ke zrušení úhradové vyhlášky je v této publikaci obsažen ve stati o úhradových mechanismech.

Dalším nutným krokem je umožnit zdravotním pojišťovnám motivovat jejich klienty ke zdravému životnímu stylu a zaplatit za odvedenou práci v tomto směru i poskytovatele.

Efektivní edukace a motivace musí být pečlivě přizpůsobena hodnotám, vzdělání a komunikačnímu stylu jednotlivých klientů.

Uniformní a centralistická řešení nebudou fungovat. Právě organizace zdravotní péče včetně prevence, vzdělávání a motivace ke zdravému životnímu stylu je to, čím se mohou jednotlivé zdravotní pojišťovny odlišovat.

Finální podmínkou úspěšného rozvoje managementu chronických nemocí je rozšíření kompetencí zdravotníků-nelékařů a vytváření nových profesí v této oblasti.

Typickým příkladem je oblast edukace diabetiků. Diabetologická sestra v průběhu dobře připravené a vedené individuální nebo skupinové edukace dokáže pacientovi vysvětlit mnohem více než lékař, který potřebuje během své ordinace doby ošetřit řadu dalších pacientů. Práce sestry je navíc podstatně levnější.

Proč by ale edukátory diabetu musely dělat jen zdravotní sestry, kterých je také nedostatek. Proč by edukátory nemohli dělat třeba psychologové, učitelé nebo sami pacienti, kteří jsou toho schopni. V zahraničí, včetně Slovenska, existuje samostatná profese edukátora diabetu (nebo dalších chronických nemocí), otevřená řadě původně nezdravotnických pracovníků.

Výzva, kterou představují chronické nemoci, se nevyhne žádnému zdravotnímu systému. Týká se státní správy, zdravotních pojišťoven, ambulantních poskytovatelů, nemocnic, dodavatelů léků a zdravotnických prostředků. Každý z nich má svůj díl zodpovědnosti a možnost přispět k lepší organizaci péče a motivaci pacientů. Pokud včas nepochopíme rozsah problému, který pro naši společnost představují chronické nemoci, a nepodnikneme účinné kroky k jeho omezení, půjde o obrovské selhání s nedozírnými zdravotními i ekonomickými důsledky.

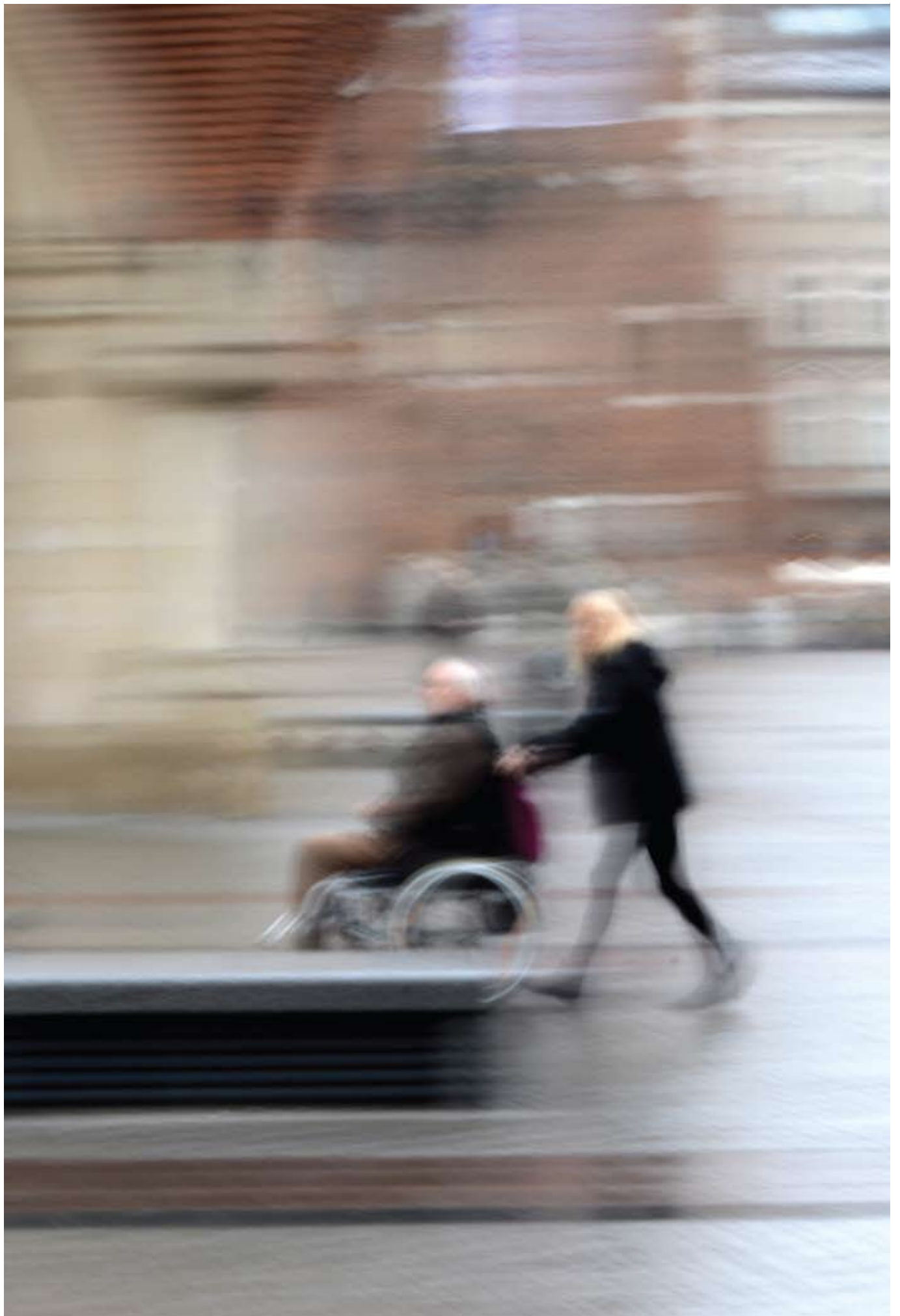
Jsme tady pro vaše zdraví



privamed

- » Zdravotnické zařízení s dlouholetou tradicí
- » Dostupná a kvalitní zdravotní péče
- » Smluvní zařízení všech zdravotních pojišťoven

www.privamed.cz



Jak propojit zdravotní a sociální systém

Když hledáme, co mají kromě péče o člověka společného, mnoho toho nenajdeme. Přesto by se jak občanům, tak státní pokladně vyplatilo oba systémy spojit alespoň v jednotlivých segmentech.

Michael Viereckl, Česká psychiatrická společnost

Systém sociálních a zdravotních služeb se v posledních více než 25 letech vyvíjel odděleně, a to jak v rovině věcné, tak systémové a legislativní. Obě oblasti jsou zastřešeny samostatnými ministerstvy a tyto resorty spolu nikdy zásadně nekoordinovaly aktivity.

Obě problematiky byly vždy vnímány odděleně jako samostatné a v zásadě se příliš neovlivňují. V případech, kdy občan potřebuje kombinaci zdravotní a sociální péče, se proto stát chová, jako by ve skutečnosti šlo o dva různé lidi.

Resortní oddělení se projevilo i ve financování. Způsob financování obou typů služeb se vyvíjel odlišně a je postaven na zcela odlišných principech a logice. V systému zdravotních služeb jsou identifikovány náklady na konkrétní potřebu kon-

krétního klienta, což v sociálním systému není možné, protože ten je primárně postaven na informacích o poskytovatelích a ne o klientech. Veřejné prostředky v sociálním systému jsou distribuovány poskytovatelům bez přímé vazby na jednotlivé klienty, efektivnost poskytování služeb i jejich potřebu v daném místě.

Naproti tomu ve zdravotním systému hraje klíčovou roli systém veřejného zdravotního pojištění. V řadě případů v obou systémech jsou chybně nastavené finanční motivace všech účastníků, což je mimo jiné jeden ze základních problémů soužití obou systémů.

Při tom všem nesmíme zapomenout na často zásadní odlišnost kultur, postojů a přístupů k péči. Spolupráce obou systémů je tak více než složitá a v přímém kontaktu pra-

covníků obou systémů vede často k nepochopení způsobu práce toho druhého, a v důsledku toho vzájemnému profesionálnímu nerespektování se.

Mohli bychom si rozumět?

Zásadním předpokladem je přistupovat ke zdravotně sociální péči jako k jedné oblasti péče.

Snaha lépe definovat rozhraní nevede k žádoucím výsledkům a přináší takové absurdity, jako že nás pomalu bude zajímat, jestli se klient počurá sociálně nebo zdravotně.

Pokud se podíváme na pozitivní příklady, kde dnes probíhá spolupráce zdravotního a sociálního systému, najdeme je především na lokální nebo regionální úrovni, případně v jednotlivých segmentech

POROVNÁNÍ ZDRAVOTNÍHO A SOCIÁLNÍHO SYSTÉMU		
	sociální služby	zdravotní služby
Potřeba	Indikuje klient sám	Indikuje lékař
Nárok	Není	Definován systémem zdravotního pojištění
Služba	Poskytována na základě smlouvy mezi klientem a poskytovatelem	Poskytována se souhlasem klienta
Úhrada	Hradí náklady poskytovatele bez ohledu na konkrétní klienty	Hradí provedené výkony pro konkrétního klienta
Informace v systému	O poskytovatelích	O klientech

péče. Příklady si můžeme ukázat v právě probíhající reformě péče o duševně nemocné.

Ministerstvo zdravotnictví schválilo Strategii reformy psychiatrické péče jako aktuálně nejambicióznější změnu jednoho konkrétního segmentu péče na rozhraní zdravotnictví a sociální péče. Péče o duševně nemocné je typickou oblastí, kde se zdravotní a sociální péče prolíná a často vzájemně velmi ovlivňuje.

Tím, že vyřešíme aktuální zdravotní problémy, ale nevyřešíme sociální vlivy a aspekty, se velmi často zdravotní problémy vracejí a sama medicína se stává v tom případě bezmocnou. Zrovna tak existují případy, kdy se nelze obejít bez účinné léčby a medikace. Proto dnes mluvíme o biopsychosociálním modelu péče.

Moderní přístupy jsou v tomto modelu postaveny na multidisciplinární spolupráci psychiatrů, psychologů, zdravotních sester a sociálních pracovníků v jednom týmu a na principech případového vedení. Ty-

pickým příkladem budou vznikající Centra duševního zdraví, která budou budována na společných zdravotně sociálních týmech.

Konkrétní zkušenosti ze vznikajících center přinášejí například včasnou intervenci, domácí hospitalizace, řízené asistované hospitalizace v případě akutních stavů nebo reálné zkracování dlouhodobých hospitalizací.

Aby multidisciplinární spolupráce přinesla opravdu zásadní změny v péči, jednou z klíčových aktivit celé reformy je vytvoření systému spolupracujících zdravotních a sociálních služeb. Cílem regionálních sítí péče je vytvořit síť vzájemně na sebe navazujících služeb pro duševně nemocné podle předem daného plánu.

Klíčová je pro tyto plány a jejich realizaci účast krajů a zdravotních pojišťoven a také jejich ochota akceptovat regionální plány jako dokumenty pro smluvní politiku v daném kraji. Proces vzniku a rozvíjení

regionálních sítí péče je rozložen do pěti let a je podpořen řadou konkrétních aktivit v jednotlivých krajích. Stěžejní roli budou hrát regionální konzultanti, které ministerstvo zdravotnictví zaměstná v každém kraji a jejichž úkolem je koordinovat všechny aktivity směřující ke vzniku a fungování regionální sítě péče.

Všechny připravované změny v péči o duševně nemocné budou podpořeny změnami úhrad péče tak, aby poskytovatele služeb pro duševně nemocné motivovaly k optimálnímu rozvržení jednotlivých forem péče a především k jejich komunitní formě.

Cílem je vytvořit ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami a kraji modely možného financování sítě péče včetně středně- a dlouhodobého výhledu. Podle všech dosavadních zkušeností zatím existuje ochota všech zainteresovaných pustit se na základě seriózně zpracovaných dat do tvorby plánů regionálních sítí péče a modelování možných způsobů úhrad udržitelných za stávajících předpokladů budoucích zdrojů.

Na naplňování Strategie reformy psychiatrické péče poskytla evropská unie 1,2 miliardy korun. Je to velmi složitý proces mnoha aktivit, které se vzájemně ovlivňují. Přesto se dá říci, že aktivity vedoucí k intenzivnější a systematické spolupráci zdravotního a sociálního systému nakonec rozhodnou o úspěchu nebo neúspěchu reformy. Proto je reforma psychiatrie možná dnes to hlavní pole, kde se bude snažit zdravotní a sociální systém nalézt společnou řeč.

A co dál?

Pro to, aby si oba systémy rozuměly a byly spolu schopny efektivně spolupracovat v zájmu klientů, by bylo třeba učinit řadu opatření. Mezi ty nejdůležitější patří:

- 1 Stanovit jasnou odpovědnost za zdravotně sociální oblast péče
- 2 Definovat oblast zdravotně sociální péče a vymezit ji ve vztahu

k pojmům, jako je dlouhodobá, koordinovaná nebo integrovaná péče

3 Na principech multidisciplinární spolupráce budovat důvěru zdravotního systému v sociální a naopak

4 Otevřít širokou odbornou diskuzi o hodnotách a principech, na nichž bude zdravotně sociální péče postavena, a definovat vizi této péče

5 Komunikovat tuto vizi a dosáhnout společenského konsenzu nad jejím uváděním do praxe

6 Otočit pohled především u dlouhodobých a chronických onemocnění od diagnóz a zaměřit se na kvalitu života pacientů a funkční schopnosti

7 Změnit pohled od nákladů jednoho nebo druhého systému ke společenským nákladům

8 Identifikovat výkony, které do oblasti zdravotně sociální péče budou zahrnuty

9 Sjednotit logiku úhrad zdravotního a sociálního systému a úhrady vztahovat na potřeby konkrétního klienta

10 Vytvořit pravidla pro indikaci nároku tohoto druhu péče a stanovit indikující subjekty

11 Vytvořit nové úhradové mechanismy pro zdravotně sociální péči

12 Vytvořit systém registrace poskytovatelů tohoto druhu péče a pravidla řízení sítě

13 Propojit zdravotní a sociální péči v přesně definovaném rozsahu v jeden systém

14 Učinit oblast zdravotně sociální péče přehlednou a komfortní z pohledu běžného občana

Do řešení problematiky by měly být aktivně zapojeny kraje jako ten, kdo řídí a financuje síť sociálních služeb a kdo je nejvíce schopen zohlednit potřeby občanů konkrétního

regionu. Jejich role v systému péče je tak nezastupitelná.

Při všech změnách dotýkajících se odborné, ale i široké veřejnosti, by neměla být podceňována komunikace. V minulosti se řada dobrých záměrů a myšlenek v této oblasti pro slabou podporu neuskutečnila. Přestože se jedná o obecně uznávanou potřebu změny a přestože byly zpracovány velmi kvalitní návrhy, žádný z nich se dosud neuskutečnil. A z velké části to bylo právě kvůli podcenění komunikace a vysvětlování všem zúčastněným stranám, jaké jsou přínosy nového pojetí.

V posledních letech všichni rezignovali na to, že ke změnám vůbec někdy dojde. Proto často chybí potřeba a snaha vysvětlovat a získávat širokou podporu mezi politiky, odbornou i laickou veřejností. Zvláště v případě zdravotně sociální péče při vhodně vedené komunikační strategii musí být podpora jakýmkoli rozumným návrhům skutečně široká.



Porovnání nákladů: zdravotní a sociální pojištění

Ivana Plechatá, Ústav lékového průvodce

Neschopnost komunikace mezi zdravotním a sociálním systémem je bolestivé a ostudně dlouho neřešené téma. Ne, že by v posledních letech neproběhlo několik pokusů o přiblížení (neřkuli propojení) obou systémů, všechny však doposud selhaly.

Důvodů selhání je více, nicméně v první řadě jde pochopitelně o peníze a úporné hájení jednotlivých rozpočtů v domnění, že jeden systém doplácí na ten druhý. Je s podivem, jak je z mnoha stran přezírán makroekonomický pohled výdajů státního rozpočtu.

Tento zarputilý resortismus má pak v praxi na svědomí řadu absurdit, neefektivit a dopadá především

na ty, kteří se dostávají na pomezí zdravotních či sociálních služeb a potřebují tyto služby souběžně čerpat delší dobu. Těchto skupin je řada, ale jsou vždy velmi zranitelné – senioři, umírající, chronicky či dlouhodobě nemocní (včetně například onkologických pacientů).

Jak se počítají náklady stárnutí populace

Naděje jsou proto vkládány do iniciativy neformální skupiny poslanců a senátorů, pod patronací předsedy sociálního výboru Poslanecké sněmovny Jaroslava Zavadila, která před dvěma roky přizvala odborníky a věnovala se pilotnímu projektu s názvem Stárnutí populace

– porovnání nákladů zdravotního a sociálního pojištění.

Jak popsal práci skupiny JUDr. Ladislav Švec, ředitel Kanceláře zdravotního pojištění, záměrem skupiny bylo zmapovat, sesbírat a zpracovat dostupné údaje o vazbách a nákladech zdravotního a sociálního systému na příkladu dvou diagnóz – roztroušené sklerózy a Bechtěrevovy choroby. Práce nebyla jednoduchá, protože se zjistilo, že na rozdíl od pojistných systémů (zdravotního, důchodového i nemocenského), nejsou systémy nepojistných dávek schopny generovat data v členění dle diagnóz.

Naštěstí bylo možné tento nedostatek do určité míry kompenzovat



údaji lékařské posudkové služby, která je eviduje v rámci posuzování nároku na peněžitou dávku.

Díky datům zdravotních pojišťoven, které mají zase informace o sociálním stavu svých pojištěnců (zaměstnanec, osoba samostatně výdělečně činná, samoplátce, příjemce dávek důchodového pojištění a podobně), bylo následně možné rozklíčovat základní sociální strukturu kohorty pacientů v dotčených diagnózách, a to po relativně dlouhou dobu pěti let (2010–2015).

Podrobné výsledky přímých a nepřímých nákladů v posuzovaných diagnózách bude skupina teprve prezentovat, nicméně už nyní jsou patrné některé významné trendy.

Zjevný je růst podílu nákladů zdravotního pojištění na celkových nákladech ve vztahu k diagnóze, a to jak v celkových číslech, tak v průměrných nákladech na pacienta. Paralelně lze ale vysledovat stagnaci nákladů na nemocenské dávky a invalidní důchody pacientů.

Metodika pro zpracování dat

Skupina však nezůstala pouze u sběru dat. Zároveň vypracovala metodiku pro jejich zpracování, která umožňuje sledovat základní souvislosti mezi nemocí a výdaji (přímými i nepřímými), ztrátou jednotlivých systémů, zachováním pracovní schopnosti, a to v čase i s ohledem na podstupovanou léčbu. Metodika by tedy mohla významně pomoci

při rozvoji posuzování efektivity léčebných modalit (HTA), pokud o to ovšem bude zájem.

Některé společenské náklady počítat umíme, máme k dispozici i data, jiné sice umíme spočítat, ale chybí nám pro to data.

Při hodnocení nákladů by se nemělo zapomínat na ztrátu produktivity, snížení pracovního výkonu a pracovní schopnosti, předčasná úmrtí, a tím ztráty podílu na vytváření hrubého domácího produktu.

Stejně tak by se měly brát v úvahu i náklady neformální péče (v rámci rodiny či komunity), které je sice obtížné kvantifikovat, přesto tu jsou a nejsou zanedbatelné. Náklady na nemoc se musí počítat komplexně, a co nejpřesněji.

Pokud k ucelenému pohledu nepřistoupíme, nebude možné plánovat budoucí náklady na zdravotní a sociální systém.

Rozhodující výzvou je stárnutí populace. Pokud nevíme, co nás čeká, nemůžeme systém řídit.

Nemůžeme ani odpovědně a racionálně rozhodovat o léčebných a jiných intervencích a jejich úhradách (včetně například preventivních programů), protože máme omezené zorné pole.

Nelze ani stanovit priority zdravotních a sociálních politik a dále budou přetrvávat neefektivita a nezdravá soutěž o zdroje na zdravotně-sociálním pomezí.





Elektronizace zdravotnictví

Česko má relativně dobré výchozí podmínky pro přechod na elektronické zdravotnictví. Velkou nevýhodou však je, že chybí legislativní podpora využívání datového standardu.

Zdeněk Vitásek, Svaz zdravotních pojišťoven ČR

Elektronické zdravotnictví neboli eHealth představuje po dlouhá léta velkou výzvu našeho zdravotního systému. Různé zájmové skupiny o něm v pravidelných intervalech diskutují, hledají se koncepce, nástroje, technologie a peníze, které by mohly tuzemské zdravotnictví posunout do jednadvacátého století. Přesto se Česká republika po více než desetiletí diskuzí stále nachází na prahu zavádění eHealth.

Tuto skutečnost potvrzují různá mezinárodní porovnání, přičemž je možné ji vysvětlit určitou snahou o perfekcionista formální projektové řešení, která se při vytváření strategických dokumentů projevuje. Na počátku přitom často stojí příslib dosažení „levných“ peněz z rozpočtových a dotačních fondů.

Jakkoliv není na místě zpochybňovat kvalitu strategických dokumentů a nápadů v nich obsažených, z hlediska reálných ambicí jsou čas-

to za hranicí proveditelnosti. Dosa-
vadní výčty projektů rovněž odrá-
žejí nevyjasněnost rolí a kompetencí
jednotlivých účastníků systému.
To jsou zřejmě významné faktory,
které se podepisují na neúspěchu
strategií, které v minulosti vznikly.
Nicméně ať se na elektronické zdra-
votnictví díváme očima politika, po-
jišťovny, zdravotníka či pacienta, na
první pohled existuje vzácná shoda
nad benefity, které by ze zavedení
eHealth plynuly.

Kulhající komunikace

Česko má relativně dobré výchozí
podmínky pro přechod na elektro-
nické zdravotnictví. V nemocnicích
jsou instalovány a fungují nemoc-
niční informační systémy, v ambu-
lancích praktických lékařů a speci-
alistů jsou ve velké míře zastoupeny
ambulantní systémy. Obdobná si-
tuace je i u lékáren či dalších kate-
gorií poskytovatelů zdravotnických
služeb. Dostupnost internetového

připojení nepředstavuje problém,
vysoké je pokrytí i mobilním inter-
netem. Česká republika je relativně
dobře vybavena i v oblasti metodo-
logické. Od roku 1997 je k dispozici
datový standard, který je průběžně
zdokonalován a kultivován. Je po-
staven na moderním značkovacím
jazyce XML a využíván v prostředí
webových služeb. Datový standard
je respektovaným etalonem jak mezi
tvůrci nemocničních informačních
systémů, tak laboratorních a ambu-
lantních systémů. Součástí datového
standardu je i číselník laboratorních
položek.

Velkou nevýhodou však je, že
chybí legislativní podpora využívá-
ní datového standardu. Ta se v praxi
projevuje tím, že zdaleka ne všechny
informační systémy mají implemen-
tovanou aktuální verzi datového
standardu, což stěžuje kompatibilitu
a snižuje možnosti využívání.

Přes relativně dobré výchozí
podmínky je nepochopitelnou sku-

tečností, že zdravotníci stále nedokážou dostatečně využívat benefitů, které elektronizace umí nabídnout právě v oblasti komunikace. Jestliže v mnoha jiných odvětvích národního hospodářství tento potenciál již byl objeven a je aktivně využíván, ve zdravotnictví na své využití teprve čeká.

Tato záležitost se týká především komunikace mezi poskytovateli zdravotních služeb. Pacienti proto například stále nosí zprávy od ambulancních specialistů a více či spíše méně spolehlivě je předávají svým praktickým lékařům. Registrující lékaři zase často nemají propouštěcí zprávy od svých pacientů, kteří byli hospitalizováni.

Přítom to, že informace se nedostanou v pravý čas ke svému příjemci, může ohrozit zdravotní stav pacienta či minimálně vést k plýtvání třeba tím, že je nutné opakovat vyšetření, která již v nedávné minulosti byla provedena.

V době, kdy poskytovatelé zdravotních služeb řeší problém s dostatečností kapacit zdravotnického personálu, může být vhodným benefitem eHealth to, že poddimenzovaný personál nebude zatěžován opakováním zbytečných výkonů. Předává-

ní informací ve strukturované a zabezpečené formě je v dnešní době, kdy internet je až na zanedbatelné výjimky dostupný prakticky všude, technologicky velmi dobře zvládnutou záležitostí.

Čtyři úkoly pro stát

Efektivní zavádění elektronického zdravotnictví by mělo být na státu co nejméně závislé, přesto však existují čtyři oblasti, kde jeho zapojení je nezbytné.

1 První oblastí, kde je možné identifikovat nezastupitelnou roli státu, aby poskytovatelé zdravotních služeb mohli mezi sebou komunikovat a rozuměli si, je funkční datový standard, který bude pružně reagovat na měnící se požadavky z lékařské praxe.

Garantem datového standardu musí být stát, od IT firem se pak očekává pružná reakce na aktualizace. V této souvislosti bude nutné revidovat zákonná zmocnění k vzájemnému předávání informací.

2 Další oblastí, kde by mohl stát napomoci, je oblast elektronické identity zdravotnických zařízení, respektive zdravotnických pracovníků.

Tento požadavek je vynucen charakterem předávaných citlivých informací o zdravotním stavu pacientů a z hlediska bezpečnosti je naprosto zásadní, aby byl respektován mimo jiné princip důvěryhodnosti. Přestože se problém diskutuje na různých úrovních hodně dlouho, zatím praktické řešení chybí a je nahrazováno samostatnými identitami pro jednotlivá řešení.

3 Třetí oblastí, která by neměla být předmětem komerčního využití, je vybudování základní komunikační infrastruktury. To, že tato oblast nebude budována komerčně, minimalizuje riziko ovládnutí zdravotnictví IT firmami.

V současné době vzniká ve Státním ústavu kontroly léčiv (SÚKL) jádro informačního systému, na které navazují jednotliví výrobci informačních systémů lékařů, lékárníků, nemocnic a zdravotních pojišťoven.

Na obdobném principu by mělo vzniknout bazální řešení pro zabezpečenou výměnu poukazů na zdravotnické prostředky, poukazů na vyšetření a ošetření, objednávání pacientů, předávání zpráv z hospitalizace, výměna dokumentace apod. – například v rámci nově nastavených kompetencí Kanceláře zdravotního



pojištění. Z hlediska použitých technologií by se jednalo o strukturovanou B2B komunikaci. V případě laboratorních výsledků je již téměř standardem, že alespoň ze strany od laboratoří směrem k lékařům, je taková komunikace využívána.

Pro koncového uživatele zapojení do takto budované komunikační infrastruktury musí přinést zvýšení komfortu při užívání jeho aplikace. V žádném případě by lékař neměl opustit její prostředí, je záležitostí výrobce softwaru, aby spojení s centrální komunikační infrastrukturou vyřešil co možná nejlépe ve prospěch uživatele – zdravotníka a jeho pacientů. O tom, jak se mu to povede, nechť rozhodne trh.

4 Čtvrtá oblast, ve které je stát nezastupitelný, je oblast legislativy. Pro to, aby elektronické zdravotnictví mohlo fungovat a přinášet účastníkům očekávané benefity, se předpokládá jeho plošné nasazení.

Zkušenosti (například ze zavádění elektronické preskripce v tuzemsku) bohužel ukazují, že budovat eHealth výhradně na bázi dobrovolnosti je problematické. Legislativní podpora eHealth, nastavující mimo jiné povinnost elektronické komunikace po jejím ověření v pilotních

projektech, tak bude naprosto klíčová. V této oblasti panuje názorový rozpor s představiteli poskytovatelů zdravotních služeb, kteří naopak bojují za princip dobrovolnosti.

Je třeba si však uvědomit, že paralelní provozování elektronického a „papírového“ systému je náročnější a nedokáže zajistit takovou úsporu, aby vynaložené investice vykazovaly přijatelnou návratnost.

Tato skutečnost se pak může zneužít jako argument proti zavedení projektu. Na druhé straně je však třeba vždy poskytovat prostor pro konkurenční softwarová řešení umožňující zákonnou povinnost splnit tak, aby každý účastník systému na novém řešení spatřoval přínos.

Bezpečnost jako imperativ

Významným fenoménem, který je třeba v souvislosti se zaváděním eHealth zodpovědně řešit – neboť může být vnímán jako velká překážka v implementaci jak v očích zdravotníků, tak pacientů – je obava z bezpečnosti předávaných dat.

Tato obava je často navíc přiživována médii, která téměř pravidelně informují o únicích citlivých dat z často velmi střežených institucí.

Toto riziko se dá významně snížit decentralizovanými systémy evidovaných zdravotnických informací všude tam, kde je to možné. Stručně řečeno jde o to, že by data nebyla shromažďována v jednom centru, ale byla by uložena v informačních systémech jednotlivých ošetřujících lékařů a byly by vytvořeny mechanismy pro jejich operativní výmě-

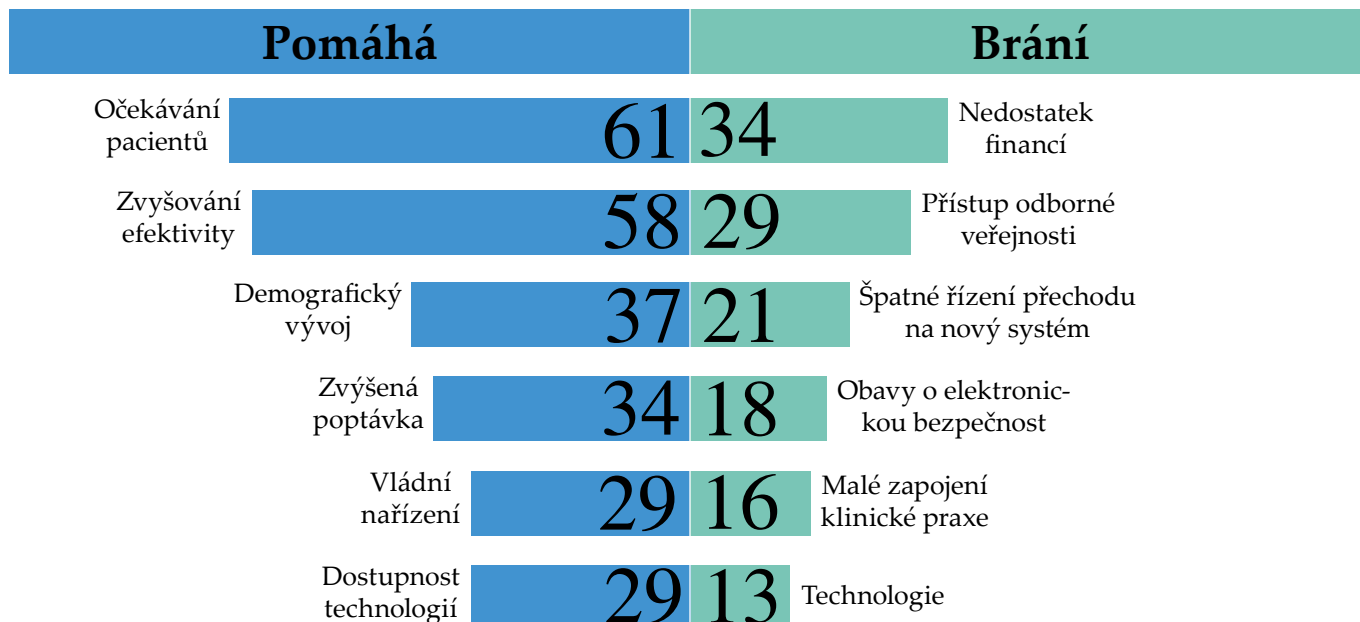
Významným fenoménem, který je třeba v souvislosti se zaváděním eHealth zodpovědně řešit, je obava z bezpečnosti předávaných dat.

nu. Současně by vznikl v základní komunikační infrastruktuře index obsahující odkazy na informační systémy, kde se nachází pacientova dokumentace.

S rostoucí paměťovou kapacitou čipových karet je možné uvažovat i o přístupu, kdy by pacient nosil vybranou část své zdravotnické dokumentace s sebou a bylo by jen na něm, kterému zdravotníkovi by ji zpřístupnil.



CO NAPOMÁHÁ ELEKTRONIZACI ZDRAVOTNICTVÍ A CO JÍ BRÁNÍ (v % respondentů)



Pramen: průzkum KPMG a Manchester Business School

V každém případě pacient musí mít právo rozhodovat o definování přístupu ke sdílení jeho zdravotnických informací lékařem a musí mít možnost tento rozsah kdykoliv změnit na principu opt-out. Stejně tak musí mít pacient právo rozhodnout, zda jeho informace budou uchovávány v centrálním komunikačním systému, respektive po jakou dobu.

V oblasti prezentace zdravotních dat pacientům by měly sehrát významnou roli zdravotní pojišťovny, které svými klientskými portály již nyní dokážou zprostředkovat prezentaci informací o zdravotním stavu jednotlivých pojištěnců obohacenou o různé expertní pohledy.

Elektronizace zdravotnictví nespočívá pouze v technice a použitých technologiích, ale závisí na změně myšlení desetitisíců zdravotníků. Jde o to přesvědčit lékaře a ostatní zdravotnické profesionály, že eHealth má smysl a že otázka není postavena, jestli ano či ne, ale kdy a co se udělá. Základním principem, od něhož se musí změny odvíjet, je přidaná hodnota uživa-

telům systému. To, že se sníží podíl nemedicínských (administrativních) činností, že bude k dispozici podpora pro rozhodování včetně zapojení prvků umělé inteligence či disease managementu, že se systém zbaví

Elektronizace zdravotnictví nespočívá pouze v technice a použitých technologiích, ale závisí na změně myšlení. Jde o to přesvědčit lékaře, že eHealth má smysl.

zbytných návštěv pacientů a lékařů zbyde více času například pro prevenci, že strukturovaná komunikace napomůže lepšímu porozumění mezi zdravotníky, to jsou ty největší motivace, které mohou napomoci snazšímu zavádění eHealth.

Nezbytnou podmínkou je však rovněž úzké propojení na smluvní

a úhradové mechanismy mezi zdravotní pojišťovnou a lékařem tak, aby věcný benefit nebyl blokován snahou poskytovatele o maximum hrazené produkce. Vzhledem k relativně dobrým výchozím podmínkám a v neposlední řadě vzhledem ke konzervativnímu prostředí českého zdravotnictví není žádoucí přistupovat k revolučnímu řešení a destruovat vytvořené a funkční lokální informační systémy. Naopak je zapotřebí využít již vybudovaných a funkčních elementů a ty postupně, nicméně obligatorně napojovat na nové systémy a budovanou infrastrukturu eHealth.

Elektronická preskripce: že by začátek?

Elektronizace zdravotnictví se dotýká i role pacienta. Pacient se zavedením eHealth automaticky stane pasivním příjemcem benefitů, které nový systém nabídne. Díky elektronickému přenosu dat se zbaví role nespolehlivého distributora zdravotnických informací, nebude obtěžován zbytečnými vyšetřeními, pro

předpis chronicky užívaného léčivého přípravku nebude muset navštívit lékaře, protože mu může být zaslán prostřednictvím systému.

V případě aktivního pacienta je možné například ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami a jejich napojení (se souhlasem pojištěnce) na klinická data spolupracovat na zvyšování jeho zdravotnické gramotnosti, zapojovat ho do preventivních programů, nabídnout odborné interpretace trendů klinických veličin apod.

Česko stojí na prahu spuštění elektronické preskripce. Koncepce, na níž je vytvářena, má předpoklady pro to, aby se jednalo o úspěšný projekt, který po dobudování nadstaveb pro kontrolu interakcí, polypragmatie, lékových záznamů apod. poskytne prostřednictvím lokálních informačních systémů zdravotníkům cenné informace v rychlosti a rozsahu, které jsou v současných podmínkách nepředstavitelné.

Nově dostupné informace, které se budou lékařům nabízet, mohou v krajním případě zachraňovat životy, nebo alespoň zabraňovat vzniku komplikací. Pokud by jakýmsi vedlejším produktem tohoto projektu byla i změna v myšlení lékařů, kdy by si uvědomili benefity, které jim řešení nabízí například i ve forenzní oblasti, a zvedla by se důvěra v eHealth a v obdobné projekty, elektronizaci českého zdravotnictví by to velmi posunulo.

Výše uvedené náměty představují z hlediska nákladů střízlivou a realistickou vizi, která se snaží v maximální míře využít stávajícího potenciálu a pořízených investic.

Pro její naplnění je však potřeba nezbytná legislativní korekce a přechodové období na vyrovnání se s novými podmínkami. Skutečnost, že v určitých lokalitách podobné principy poskytovatelé zdravotních služeb například ve spolupráci se zdravotní pojišťovnou nastavují, vytváří naději, že by se nemuselo jednat o utopii.





Kapitola zdravotnictví programového prohlášení vlády

Cílem vlády je zdravotnictví účinně zlepšující zdravotní stav obyvatelstva, zajišťující potřebnou zdravotní péči všem občanům, vnímavé k jejich individuálním potřebám, finančně stabilní, schopné průběžné adaptace na vývoj společnosti a medicíny, které dobře spolupracuje se sociálním systémem.

Vláda tohoto cíle dosáhne postupnými evolučními kroky. Změny posilují práva a odpovědnost všech zúčastněných, tedy občanů/pacientů, zdravotníků, pojišťoven, zdravotnického průmyslu a státu v jejich rolích ve zdravotním systému a současně zvyšují účinnost regulací zajišťujících efektivitu, solidaritu a spravedlnost v systému. Bude vyladěn regulační rámec zdravotnictví, zlepšena jeho vnitřní organizace a pro všechny nastaveny lepší motivace. Nové nastavení zdravotního systému umožní zvýšení užítku, který mají občané z vložených prostředků, a zvýšení stability jeho vnitřního prostředí a předvídatelnosti jeho dlouhodobého vývoje. Nad konkrétní podobou jednotlivých kroků se povede co nejširší diskuze jako prevence zbytečných chyb a zdroj konsenzu.

Vláda posílí regulační a kontrolní schopnosti státu ve zdravotnictví a současně omezí jeho exekutivní zásahy do běžného chodu zdravotnictví.

Hlavním úkolem je dotvoření regulačního rámce systému veřejného zdravotního pojištění tak, aby byl schopen autonomního chování. Proto vláda prosadí:

1 Úpravu zákona o veřejném zdravotním pojištění, která přesně definuje proces vstupu a výstupu zdravotnických výkonů do úhrady z veřejného zdravotního pojištění a určí instituci, jež to bude vykonávat. Úprava zahrne způsob zapojení hodnocení zdravotnických technologií do tohoto procesu, definuje nárok občanů na bezplatnou péči, vymezí prostor pro nadstandard a stanoví podmínky pro jeho poskytování, upraví způsob užití paragrafu 16, stanoví vhodný klasifikační systém pro zdravotní služby s určením jeho správce, reviduje užití úhradové vyhlášky směrem k posílení smluvního jednání.

2 Zákon, který nastaví nový systém stanovení úhrad zdravotnických prostředků a určí instituci, jež to bude vykonávat.

3 Zákon, který sjednotí a posílí corporate governance zdravotních pojišťoven tak, aby bylo možné zvýšit jejich autonomii. Jeho součástí bude ustavení servisní organizace zdravotního pojištění, která bude zajišťovat společné činnosti.

4 Změnu zákona o pojistném na veřejné zdravotní pojištění, která umožní cenovou konkurenci zdravotních pojišťoven zavedením dvousložkového pojistného.

Za další důležité úkoly ve zdravotním systému vláda pokládá:

1 Vytvoření funkčního elektronického zdravotnictví s využitím stávajících autonomních systémů. Vláda prosadí zákonný rámec, zajistí garanci datového standardu výměny dat, administraci elektronických identit zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb a vybuduje základní komunikační infrastrukturu. Tím bude vytvořen základ pro bezpečné a efektivní sdílení klinických dat, na který následně navážou projekty připravované poskytovateli zdravotních služeb, zdravotními pojišťovnami, krajskými správami a dalšími organizacemi.

2 Podporu sdílení informací mezi zdravotním a sociálním systémem a nalezení způsobu, jak oba systémy více funkčně provázat. Připravit návrh dlouhodobě udržitelného financování zdravotně-sociální péče.

3 Rozhodnutí o způsobu správy a řízení přímo řízených organizací a výsledné rozhodnutí realizovat. Zlepšit je třeba jak právní formu přímo řízených organizací, tak jejich řízení, vztahy s univerzitami a efektivní dohled nad jejich hospodařením.

Vláda usiluje o posílení postavení občanů ve zdravotnictví zlepšením dostupností informací, rozšířením prostoru pro jejich rozhodování a zvýšením jejich odpovědnosti, proto prosadí:

1 Veřejnou dostupnost informací o kvalitě zdravotních a pojišťovenských služeb a podpoří vznik instituce, která bude tato data sbírat, zpracovávat a získané informace zpřístupňovat. Anonymizovaná data o poskytování a kvalitě zdravotních služeb budou dostupná i dalším výzkumným organizacím.

2 Možnost transparentního využití soukromých prostředků jak v oblasti zdravotního pojištění, tak oblasti zdravotních služeb, a to při:

- volbě služby nad rámec hrazené péče (doplnění rozdílu v ceně mezi službou hrazenou a nehrazenou)
- volbě zdravotní pojišťovny platbou nominální složky dvousložkového pojistného
- čerpání služeb, které jsou zatíženy spoluúčastí a při čerpání služeb nad rámec doporučeného léčebného plánu; sem spadá hospitalizační taxa a spoluúčast na nákladech neindikovaných služeb

3 Dostatečnou právní ochranu před účelovým chováním jak ze strany plátců, tak poskytovatelů.

Vláda podporuje rozvoj kvality a efektivity zdravotních služeb společně s potřebou zvýšit stabilitu a předvídatelnost podmínek pro jejich poskytování. Proto vláda podpoří:

1 Zavádění úhradových mechanismů stimulujících kvalitu, efektivitu a integritu péče, s výrazným posílením směřování peněz „za pacientem“.

2 Stabilizaci prostředí (zrušení ročního cyklu úhradových vyhlášek a jeho nahrazení smluvním vztahem mezi plátcí a poskytovateli, v mantinelech stanovených

zákonem a s parametry vyhlášenými institucí zaměřenou na vývoj a údržbu klasifikačních systémů) a změnu chování zdravotních pojišťoven motivovaných efektivně zajišťovat potřebnou péči svým pojištěncům.

3 Motivaci pacientů k odpovědnému pohybu ve zdravotním systému, k dodržování léčebného režimu a správného životního stylu.

4 Standardizaci péče zejména v oblasti chronických nemocí.

5 Okamžitou dostupnost všech informací, které lékař potřebuje ke svému rozhodování, tedy funkční elektronické zdravotnictví (eHealth).

Vláda podpoří zdravotní pojišťovny ve všech aktivitách, které povedou k lepšímu hospodaření s prostředky pojištěnců a ke zlepšení kvality a dostupnosti zajišťované péče. Zároveň v zájmu občanů zvýší účinnost svých jednotlivých kontrolních nástrojů. Zdravotním pojišťovnám bude umožněno:

1 Vést aktivní a koncepční smluvní politiku po zrušení úhradové vyhlášky, nebo výrazně redukcí jejího vlivu, a orientovat se na organizaci služeb.

2 Motivovat pojištěnce i poskytovatele k dodržování optimálních léčebných postupů v péči o chronicky nemocné.

3 Na základě očekávané bilance konkurovat ostatním ve vyšší nominální části pojistného.



m=d=ri

» Přemýšlejme o efektivnějším zdravotnictví

Co nám vadí?

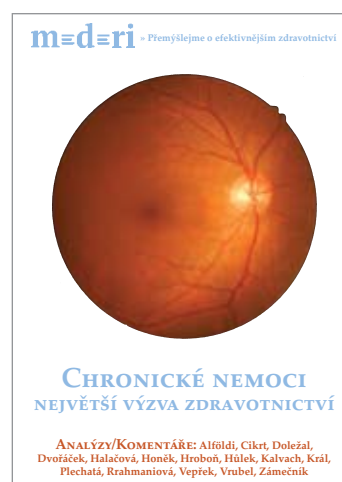
- Neexistuje dlouhodobá koncepce českého zdravotnictví
- Chybí efektivní diskuse
- Jednotlivé části systému – pojišťovny, zdravotnická zařízení, klienti – nemají rovné podmínky
- Financování postrádá transparentnost
- Nejsou dostupné informace o kvalitě zdravotnických zařízení

Jak to chceme změnit?

- Otevírejme témata, která by se měla řešit
- Spojme významné osobnosti, firmy a organizace z oboru
- Vytvořme systém, podle něhož budeme schopni průběžně vyhodnocovat úroveň zdravotnictví



2014



2016

Obě publikace lze v digitální podobě ve formátu pdf stáhnout po registraci na internetových stránkách www.mederi.cz.

