



# ZPRÁVA O STAVU ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

**ANALÝZY/KOMENTÁŘE:** Alföldi, Doležal, Dvořáček,  
Honěk, Hroboň, Kožený, Mlčoch, Nosek, Palát, Pohanka,  
Potysz, Vepřek, Zámečník

## PARTNEŘI



## Vážení přátelé českého zdravotnictví,

dovolte, abych ve stručnosti uvedl společné dílo třinácti autorů, kteří se pokoušejí pojmenovat, co se stalo s českým zdravotním systémem v posledních šesti, sedmi letech. Peripetie českého pokusu o reformu zdravotnictví jsou zároveň provázány s politickým a ekonomickým vývojem nejen u nás, ale i v širším kontextu Evropské unie, potažmo celé „západní civilizace“, která zažila v témže období jeden z největších otřesů od konce druhé světové války. Tahle zkušenost nevyhnutelně musela poznamenat každého z nás.

Měl jsem to privilegium sledovat myšlenkový posun v českém nazírání na problematiku organizace našeho zdravotnictví jako pedagog postgraduálního programu pro zdravotnické profesionály – od předních kliniků z fakulturních nemocnic přes zástupce regionálních sítí zřizovaných kraji až po přednosty oddělení a manažery ze soukromého sektoru. Samozřejmě že byli schopni vnímat všechny nedostatky praxe. Koneckonců jsou to profesionálové s dlouhou zkušeností v oboru a většinou i značným mezinárodním rozhledem, často podepřeným dlouhodobými stážemi v západní Evropě či v USA. Vše, co jsem mohl nabídnout jako přednášející, byl snad jen pohled ekonoma na to, co je cílem veřejných zdravotních systémů, jak jsou organizovány a jaká jsou jejich omezení, a přidat makroekonomický rámec a výhledy.

Také já jsem si z toho odnesl něco podstatného – poznatek o posunu názorů těchto dosti rovnoměrně zastoupených sedmi kohort v průběhu času na to, jak by měl být organizován český zdravotní systém. Téměř všechny skupiny účastníků zpočátku silně preferovaly takové úpravy systému, které spoléhaly na využití tržních stimulů s menší ingerencí státu. Tento konsenzus ovšem v čase vyprchával a poslední kohorta (v níž byli lidé ze soukromého sektoru, pravda, zastoupeni méně) se shodla na nesrovnatelně důslednějším řízení systému „z centra“. Žádná pohodička: plánování kapacit a hodnocení všeho přes HTA, jednotkové ceny při stanovení úhrad, hierarchie pracovišť podle kompetence a specializace, ale také způsoby „řízení pacienta“ včetně gatekeepingu a tvrdého postihu za nedodržování léčebného režimu včetně finančních sankcí.

Vystavení perspektivě pomalého ekonomického růstu, s níž se začínáme smířovat, a zároveň snaze vyhovět axiomu zachování dostupnosti pro všechny, dospíváme možná k řešením, která nejsou liberální. Jenže kdo jsem já, abych vyloučil možnost, že moje poslední kohorta nezahledla budoucnost. Shoda na nejnižším společném jmenovateli napříč všemi kohortami nicméně byla jednoznačná: současný stav byl označován za neudržitelný... nepořádek.

Přeji Vám svobodnou mysl a prostor k zamyšlení při tomhle počtení,

Miroslav Zámečník

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 na titulní straně: Shutterstock

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

**m=deri** • Přemýšlení o efektivním zdravotnictví  
 ÚVODNÍK | TÉMATA | KOMENTÁŘE | DOPROUDNÝ Článek | ZOBRAŽENÍ | REDAKCE

**ANALÝZY**  
 Všem všechno, ale nikomu všichni  
 Aby lidé zdravotní péče, kterou mají v ruce, se mohli dostat k tomu, co jim nejvíce pomůže, je třeba změnit způsob, jakým zdravotní péče funguje.

**KOMENTÁŘE**  
 Nízko visící ovoce není mnoho  
 Je třeba se zaměřit na řešení problémů, které jsou nejjednodušší a nejrychlejší k řešení.

**ROZPOUŠTĚNÍ CESTA K SOUDNOSTI**  
 Jaké jsou možnosti pro řešení zdravotních problémů? Jaké jsou možnosti pro řešení zdravotních problémů?

**V rozporu se zdravým lidským rozumem**  
 Je možné, že zdravý lidský rozum není vždy nejlepší řešením zdravotních problémů?

**Medicina se změnila, její financování nikoli**  
 Zdravotní péče se změnila, ale její financování zůstalo stejné.

**Stop nepodloženým deklaracím**  
 Jaké jsou možnosti pro řešení zdravotních problémů?




---

## ÚVODNÍK 03

---

### PRINCIPY FINANCOVÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU

**ANALÝZA:** V dobře řízeném systému by měl vývoj výdajů záviset na demografii a tempu, jímž se technologie zavádějí do praxe. Proč tomu tak v Česku není? ptá se **Miroslav Zámečník**

## 09

---

### ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ

**ANALÝZA:** Je pouze věcí společenské volby, jaký ze způsobů regulace zdravotního systému zvolíme. Nelze ale nevybrat žádný, upozorňuje **Miroslav Zámečník**

## 15

---

### BITVA O SOUKROMÉ ZDRAVOTNICTVÍ ANEB HISTORIE ČESKÝCH REFORM

**ANALÝZA:** Kombinace nešťastných okolností a chybného řazení reformních kroků vyústily v ideologizaci věcného problému. Kvůli tomu nepostupujeme kupředu, píše **Miroslav Zámečník**

## 23

**KOMENTÁŘ:** Pluralitní pojišťovenský systém má potenciál. Nyní je třeba dodělat si domácí úkoly na poli regulace a pojišťovny více zapřáhnout, soudí **Pavel Vepřek**

## 28

**KOMENTÁŘ:** Deset přání českému zdravotnictví z pohledu ekonoma **Miroslava Zámečníka** a bývalého lékaře **Pavla Vepřeka** aneb Jak zajistit, aby bylo dostupné i v příštích pětadvaceti letech

## 30

**KOMENTÁŘ:** Zvyšovat spokojenost pacientů a podporovat inovace směřující k vyšší kvalitě a někdy i snížení ceny díky konkurenci neznamená nechat poskytovat kohokoliv cokoliv, varuje **Pavel Hroboň**

## 34

---

### NEJVĚTŠÍ BYZNYS NA SVĚTĚ

**ROZHOVOR:** Žádný zdravotnický systém nedokáže dohnat technologický pokrok. Všude se proto musejí dělat reformy, nebo alespoň pokusy o ně, tvrdí neurochirurg **Vladimír Beneš**

## 36

## IDENTIFIKACE PROBLÉMŮ ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

**ANALÝZA:** Aby zdravotnictví fungovalo, je nutné začít měřit jeho kvalitu ve všech segmentech. A pak už jen zajistit stabilní rozpočet a rovný přístup, uvádí **Marcela Alföldi Šperkerová**

43

**KOMENTÁŘ:** Hlasy „Přidejme nemocnicím“ jsou buď výrazem vysoké míry altruismu, nebo nepochopení veřejných financí ve zdravotnictví, prohlašuje **Marek Potysz**

48

**KOMENTÁŘ:** Jednoznačným problémem je v podstatě zachování rozsahu sítě nemocničních zařízení z minulého, či dokonce předminulého století, varuje **Petr Nosek**

50

**KOMENTÁŘ:** Je zvykem naše zdravotnictví jako celek chválit a přiznávat ojedinělé excesy, skutečnost je však mnohem nepříjemnější, dokládá **Pavel Vepřek**

52

**KOMENTÁŘ:** Základem úspěchu jsou uvážena a s odborníky konzultovaná opatření, nikoli nepromyšlené škrty či pumpování financí, píše **Tomáš Mlčoch s Tomášem Doležalem**

54

**KOMENTÁŘ:** Současné zdravotnictví se potýká pouze se vzniklými problémy, a to ještě nevhodným způsobem, soudí **Pavel Hroboň**

56



## LÉKOVÁ POLITIKA A ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

**ANALÝZA:** Léky se na celkových výdajích za tuzemské zdravotnictví podílejí vysokou částkou. Jedním z důvodů je malý podíl generik, dovozuje **Marcela Alföldi Šperkerová**

59

**KOMENTÁŘ:** Na léky a jiné medicínské technologie by nemělo být pohlíženo pouze optikou veřejného zdravotního pojištění, ale rovněž z pohledu jiných rozpočtů a celé společnosti, konstatuje **Tomáš Doležal**

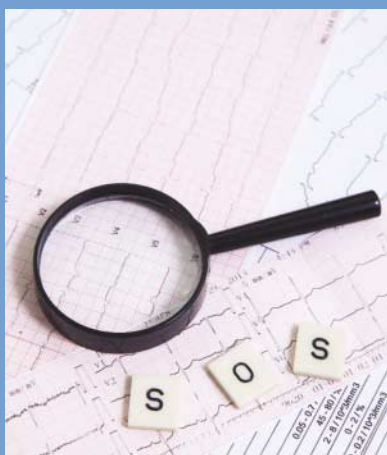
65

**KOMENTÁŘ:** Jedinou cestu, která umožní výrobcům řešit paralelní export, představuje nyní model „direct to pharmacy“, vysvětluje **Jakub Dvořáček**

67

**KOMENTÁŘ:** O potřebě propracovanější regulace úhrad zdravotnických prostředků a přístupu nových technologií se hodně hovoří, ale málo argumentuje, varuje **Miroslav Palát**

68



## ELEKTRONIZACE ZDRAVOTNICTVÍ

**ANALÝZA:** Elektronizaci zdravotnictví se nevyhneme. Podstatou je vnímat ji jako příležitost, nikoli jako vynucenou povinnost, píše **Tomáš Pohanka**

71

**KOMENTÁŘ:** Jak posílit funkčnost Národního zdravotnického informačního systému v ČR? táže se **Ladislav Dušek**

76

## CO LZE UDĚLAT, ANIŽ BYCHOM K TOMU POTŘEBOVALI POLITIKY

**ANALÝZA:** Netransparentnost prostředí a vágní pravidla svědčí ostrým loktům a ty s pochopitelným nasazením brání jakékoli účinné změně, píše **Pavel Vepřek**

79

**KOMENTÁŘ:** Všechny zdravotní systémy na světě vykazují jednu společnou vlastnost. A sice že mohou zkonsumovat jakékoli množství prostředků, domnívá se **Petr Honěk**

80

**KOMENTÁŘ:** Jednotlivé složky zdravotního systému by se měly více angažovat, nebýt pasivní a nenechávat budoucnost zdravotnictví pouze na politicích, tvrdí **Jakub Dvořáček**

82

## EFEKTIVNÍ DOHLED

**ANALÝZA:** Občané jsou odkázáni na práci ministerstva zdravotnictví. Sami totiž kvalitu objektivně sledovat nemohou, uvádí **Pavel Kožený**

85

**KOMENTÁŘ:** V dobře nastavených systémech hraje nejdůležitější kontrolní roli pacient. U nás to tak zatím ani zdaleka není, všímá si **Pavel Vepřek**

87

**KOMENTÁŘ:** Jak mají být vymezena práva a povinnosti ve zdravotnictví a kdo má dohlížet na jejich dodržování? ptá se **Pavel Hroboň**

89

**VYBERTE SI  
TAKOVOU,  
KTERÁ MYSLÍ  
NA PREVENCI!**

Již nemusíte myslet na termíny preventivních prohlídek.

**ČPZP vám je SMS zprávou připomene!**

Aktivujte si elektronickou komunikaci a o vaši prevenci se postaráme!



Kód pojišťovny: 205  
Infocentrum: 810 800 000  
[www.cpzp.cz](http://www.cpzp.cz)



**Česká průmyslová  
zdravotní pojišťovna**

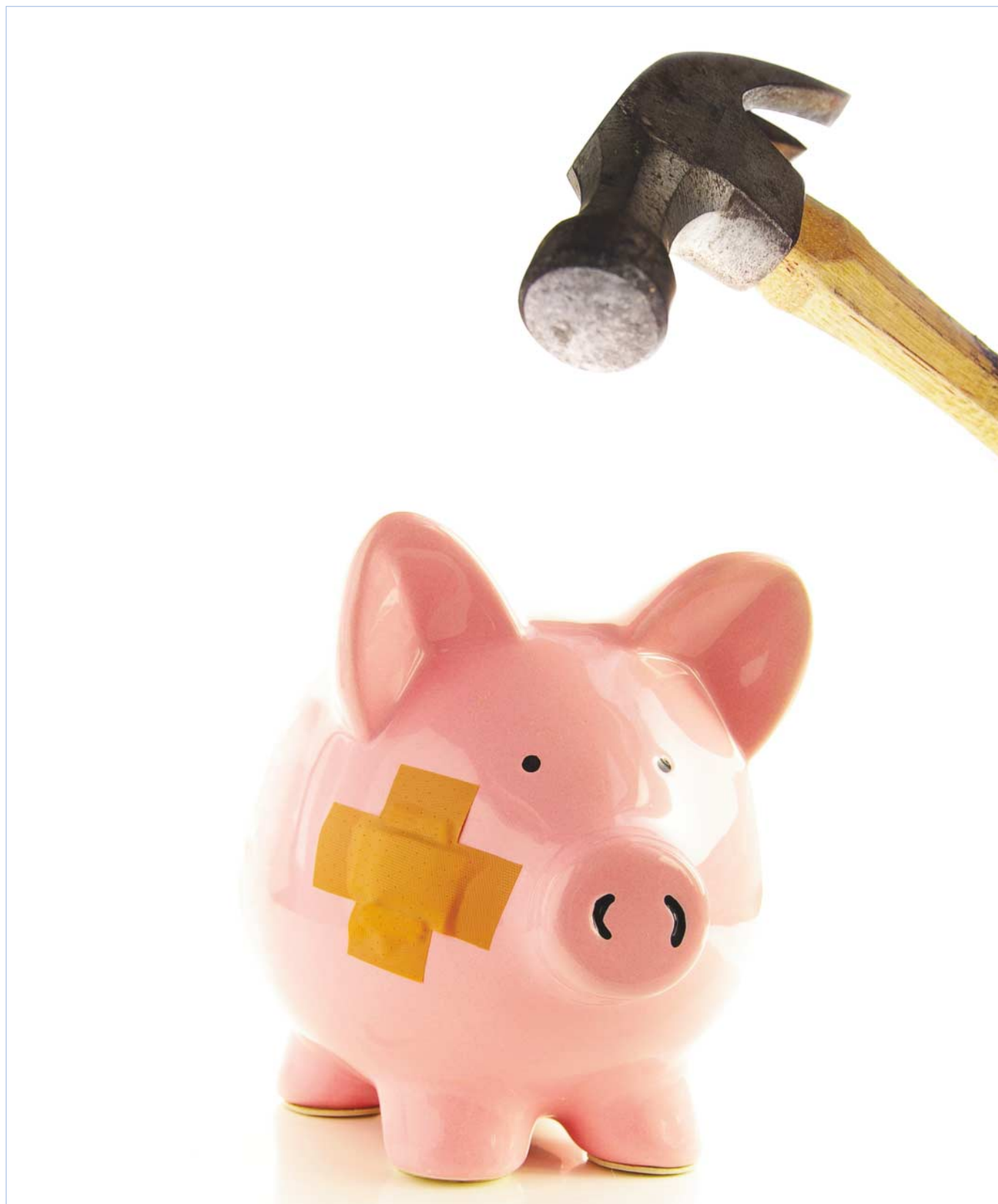


Foto: Shutterstock

# PRINCIPY FINANCOVÁNÍ ČESKÉHO ZDRAVOTNÍHO SYSTÉMU



# Rozpačitá cesta k solidaritě

V dobře řízeném systému by měl být vývoj výdajů na zdravotnictví závislý na demografii a tempu, jímž jsou nové technologie a léky zaváděny do klinické praxe poté, co prokázaly svoji hodnotu. Proč tomu tak v Česku není?

*Miroslav Zámečník, bývalý člen Národní ekonomické rady vlády*

**K**do chce pochopit současnou situaci ve zdravotnictví, vnitřní pnutí systému a politickou ekonomii, která ho obklopuje, musí nejdříve porozumět dvěma základním věcem. Jednak jakým způsobem je financováno a jednak na jakých principech funguje solidarita jako základní podmínka dostupnosti zdravotní péče pro všechny. Zvláště druhý bod je totiž zcela klíčovým aspektem všech zdravotních systémů v Evropě.

## Závislost na zaměstnanosti

Příliv financí do českého zdravotnictví závisí na tom, jak se ekonomice daří. Platí to pro všechny zdravotní systémy založené na Bismarckově modelu veřejného zdravotního pojištění, kde je pojistné stanoveno jako procentní sazba z objemu vyplacených mezd či příjmů samostatně výdělečných osob. Naše národní specifikum spočívá v tom, že veřej-

né výdaje se na celkových výdajích na zdravotnictví podílejí mimořádně vysokým číslem – 84 procenty – přičemž zdravotní pojištění kryje téměř 80 procent veřejných výdajů. Český systém tak v podstatě stojí a padá s tím, jak se v národním hospodářství vyvíjejí mzdy a zaměstnanost.

Pakliže rychle rostou mzdy, z jejichž výše se odvozuje procentní

## Český systém stojí a padá s tím, jak se v národním hospodářství vyvíjejí mzdy a zaměstnanost

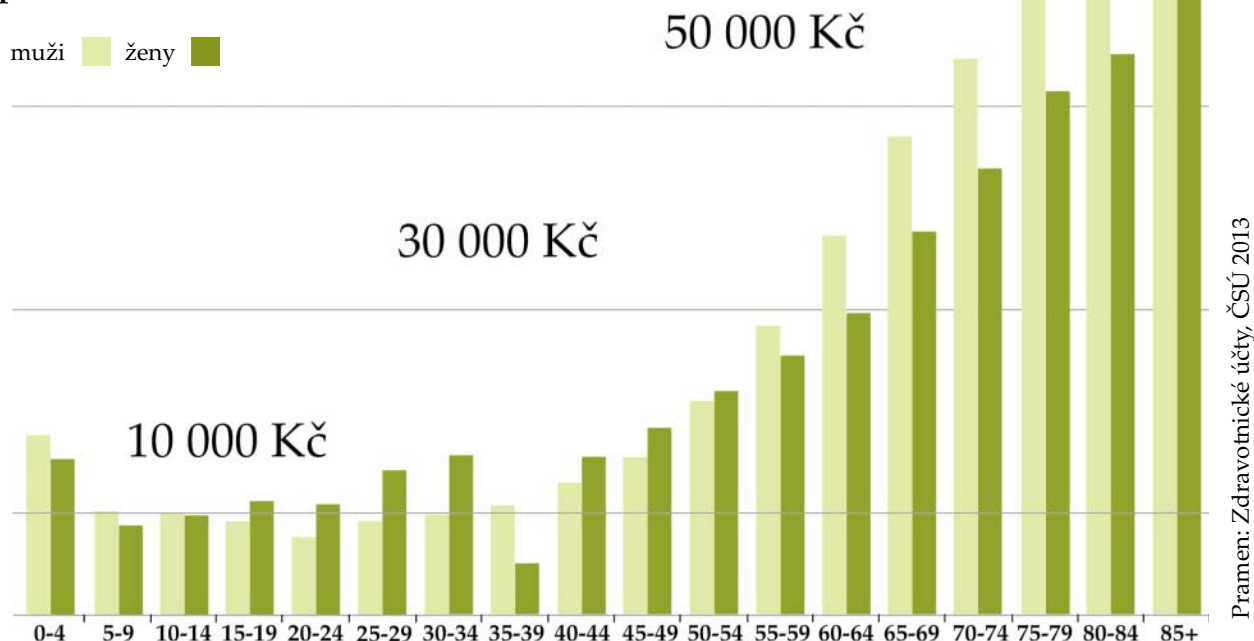
sazba pojistného (4,5 procenta platí pojištěnec, devět procent zaměstnavatel), a roste zaměstnanost, příjmy z pojistného jdou dynamicky vzhůru. To nastává zpravidla v časech ekonomické konjunktury. Logickým důsledkem potom je, že příjmy z pojistného jsou závislé na ekonomickém

cyklu a zejména ve fázi konjunktury se chovají výrazně procyklicky.

V Beveridgeově modelu, na němž byla v roce 1948 založena britská národní zdravotní služba (NHS), je zdravotnictví financováno přímo z veřejných rozpočtů. Korelace s ekonomickým cyklem není zdaleka tak těsná, protože v časech recese obvykle státy hospodaří s vyššími rozpočtovými deficity. Samozřejmě pokud nejsou vzhledem k vysoké zadluženosti nuceny k restriktivní rozpočtové politice, jak se stalo ve většině evropských zemí po roce 2009.

Zdravotní pojištění tak ve své podstatě v Česku není pojištěním. Nejpřesnější je nazývat ho odvodem z mezd, neboť se na ně nevztahují odečitatelné položky a slevy obvyklé v případě daně z příjmů, a to ani u zaměstnanců. V případě osob samostatně výdělečně činných se to ještě výrazně komplikuje kvůli zvláštnímu měřovacímu základu (jde

## ČÍM STARŠÍ, TÍM DRAŽŠÍ (náklady na zdravotní péči v Česku v různých věkových skupinách za rok 2013)



o polovinu zisku, který je navíc často výrazně redukován kvůli použití výdajových paušálů).

### Doplácejí mladí i staří

Další specialitou českého systému je jeho předurčení: představuje hlavní zdroje jednoho sektoru – v tomto případě zdravotnictví. Pokud by

Naopak senioři se značnou existující zdravotní zátěží jsou víceméně nepojistitelní. Veřejné zdravotní pojištění odvozené procentní sazbou od příjmu pojištěnce naopak představuje vysokou míru solidarity nejen zdravých s nemocnými, mladých se starými, ale i bohatých s chudými. Nesporně zajišťuje, aby zdravotní péče byla dostupná, přičemž s tímto

dých a zdravých lidí bez kvalifikace a bez pracovních zkušeností. Pokud se k tomu připočte sociální pojištění, které činí 28 procent a je konstruované v podstatě stejně, měla by každému být srozumitelná podstata toho, proč o zaměstnávání mladých lidí bez praxe není zájem. Oproti „vyzkoušeným“ pracovníkům s ověřenou produktivitou i loajalitou k zaměstnavateli jsou relativně velmi drazí a tato forma křížového subvencování je pochopitelně znevýhodňuje na trhu práce.

### Odchylky od klasického pojištění prodražují náklady práce mladých lidí a ztěžují jejich uplatnění na trhu

zdravotní pojištění bylo skutečným pojištěním, kopírovalo by rozložení nákladů na zdravotní péči v závislosti na věku a pohlaví, přičemž k nákladům je nutno připočíst přiměřený zisk.

V čistém pojistném modelu by skupinové riziko bylo dále upraveno v závislosti na individuálním riziku. V tržním pojistném modelu dominuje výrazná soutěž o mladé zdravé pojištěnce s uspokojivým životním stylem, kteří vykazují nízké náklady na zdravotní péči a jsou pojišťovnamy akvírováni levnými pojistkami.

cílem souhlasí všichni ekonomové na světě, již se zdravotnictvím hlouběji zabývají. Neshodnou se pouze na tom, které náklady a rizika z tohoto odvodu z mezd platit.

Co zmíněné dvě odchylky od klasického pojištění znamenají pro financování zdravotnictví v Česku? Tuzemský model, kdy se odvádí do systému 13,5 procenta na jednoho zaměstnance, významně prodražuje celkové náklady práce u mladých lidí. Důsledky dopadají i na absolventy středních a vysokých škol bez praxe, natož pak na skupinu mla-

Senioři sice nemají potíže s neověřenou loajalitou, ale v některých profesích mohou mít přirozený problém s hodinovým výkonem, který dále snižují jejich zdravotní problémy. Ty totiž po padesátce v průměru rychle rostou. Situaci může dále zhoršovat problém s nastavením sociálního systému, náhradovými procenty u nemocenské a podobně.

V každém případě se nemůžete divit zaměstnavatelům, že nechtějí nést riziko neověřené či klesající produktivity při naprosto totožné daňové zátěži způsobené zdravotním

a sociálním pojištěním. Má to řešení, ale patří do jiné kapitoly.

### Špatně zvládnuté cykly

Jak již bylo řečeno, příjmy všech systémů založených na veřejném zdravotním pojištění jsou citlivé na to, v jaké fázi se nachází ekonomický cyklus. Podle předkrizových projekcí mělo být dnes Česko přibližně o pětinu bohatší – měreno nominálním HDP v běžných cenách – než ve skutečnosti je. Výdaje na zdravotnictví v běžných cenách byly loni o pětinu vyšší než v roce 2007, zatímco HDP v běžných cenách stoupl pouze o pět procent. Výdaje v běžných cenách přitom kontinuálně rostly, v krizovém roce 2009 dokonce o 11,4 procenta, a jediný meziroční pokles byl zaznamenán loni, a to o necelé procento.

Jestliže vyjdeme z reálných hodnot (upravených o index spotřebitelských cen) prezentovaných v mezinárodním srovnání v rámci 32 vyspělých zemí sdružených v Organizaci pro mezinárodní spolupráci a rozvoj (OECD), Česko vykazuje nepřehlédnutelně nerovnoměrný vývoj. V letech 2000 až 2009 rostly reálné výdaje státu na zdravotnictví v přepočtu na obyvatele o 5,9 procenta ročně, tedy výrazně rychleji než reálný hrubý domácí produkt, kdežto od roku 2009 do roku 2011 vykázaly negativní reálný růst o 0,8 procenta.

Z dostupných údajů lze vyvodit, že po vyčerpání finančních rezerv zdravotních pojišťoven se ekonomický cyklus promítne i do výdajů zdravotního systému. V dobře řízeném systému by ale měl být vývoj výdajů závislý na demografii a „inovační doložce“, tedy tempu, s jakým jsou nové postupy, technologie a léky zaváděny do běžné klinické praxe poté, co prokázaly svoji „hodnotu za peníze“.

Měl by být měřitelný na základě výsledků, které lze poměrně jednoznačně interpretovat, takže by měl být relativně dobře říditelný. Českému zdravotnímu pojištění však do-

minuje velmi nešťastný model corporate governance.

Zdravotní pojišťovny nejsou schopny obstojně sehrát svoji stabilizační roli, protože ve struktuře správních orgánů jsou zastoupeni představitelé ministerstva zdravotnictví. A to téměř z definice podléhá tlakům poskytovatelů zdravotní péče. Co platí pro corporate governance u zdravotních pojišťoven obecně, platí ve zvláště silném provedení pro dominantního hráče na trhu – Všeobecnou zdravotní pojišťovnu ČR. V jejích správních orgánech je totiž přítomnost zástupců politických stran zakotvena přímo ze zákona.

Výsledkem nemůže být nic jiného než velmi oslabená autonomie zdravotních pojišťoven, které jsou v časech konjunktury pod silným tlakem, aby „neseděly na miliardách a pustily je do oběhu“. Pojišťovny kvůli tomu nejsou schopny vytvářet dostatečné rezervy, které by byly schopny vykrytí výpadek příjmů v časech recese nebo

zpomalení růstu a pomohly by „vyhlazovat“ výdajovou křivku.

### Ministři pod tlakem

Poslední doložkou k politické ekonomii financování zdravotnictví je specifická česká záležitost: financování plateb za státní pojištění. Je to druhá „vyrovnávací nádržka“, která by měla pomoci udržovat výdaje na stabilní trajektorii.

Vzhledem ke zmíněnému nastavení corporate governance zdravotních pojišťoven, které znemožňuje tvořit dostatečné rezervy v časech konjunktury, se výrazně cyklický vývoj příjmů pojišťoven přelévá do výdajové stránky. Platby za státní pojištění tak představují důležitý regulační nástroj poté, co jsou rezervy pojišťoven předčasně „spravedlivě“ rozděleny.

Zatímco poskytovatelé zdravotní péče se snaží v tomto směru dosáhnout co nejvýše, správce státní po-

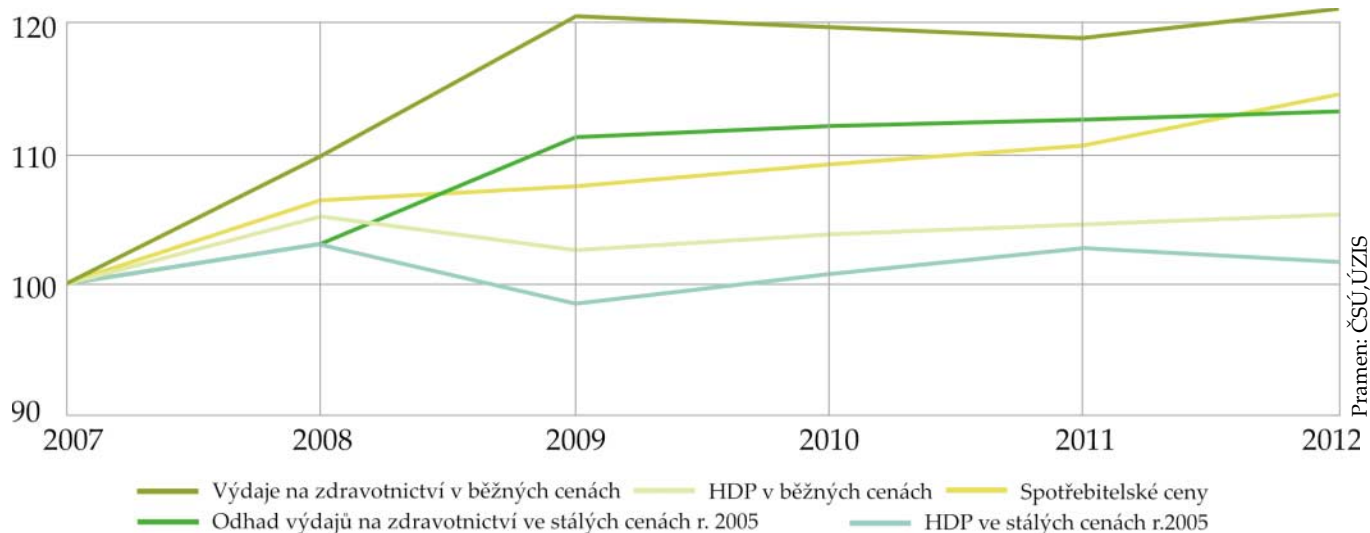


### VE ŠVÝCARSKU TO DĚLAJÍ PO SVÉM

#### Existují i jiné způsoby, jak financovat zdravotnictví

Kromě Bismarckova modelu a přístupu Lorda Williama Beveridge lze ve světě i v Evropě nalézt také jiné modely financování zdravotnictví. Pakliže se podíváte například na švýcarský systém, ten pracuje s takzvanou komunitní premií, která vychází z průměrných nákladů za všechny pojištěnce. Pro Českou republiku by tento druh financování stál každého člena systému něco přes 22 tisíc korun ročně. Pro bohaté by bylo zdravotnictví levné, pro chudé naopak příliš drahé. V zájmu dostupnosti proto Švýcarsko zdravotní péči příjmově slabým dotuje.

## VÝDAJE LETÍ VZHŮRU, EKONOMIKA NE (poměr růstu výdajů na české zdravotnictví a růstu HDP)



kladny by měl jejich úsilí tlumit „kontribučními prázdninami“. Neměl by zkrátka na automatickou indexaci plateb za státní pojištěnce přistoupit, pokud je kompetentní a problému s nastavením českých zdravotnických financí rozumí.

Jak je ovšem zřejmé, měkké rozpočtové omezení – termín zavedený maďarským ekonomem Jánosem Kornaiem, který studoval chování státních firem v socialismu – se má v českém zdravotnictví i čtvrtstoletí po listopadu 1989 čile k světu. Institute, které jsou si vědomy toho, že z trhu ani v případě špatných financ-

ních výsledků a akumulace dluhů neodejdou, pěstují morální hazard a finanční injekci si zatím vždy dokázaly vynutit.

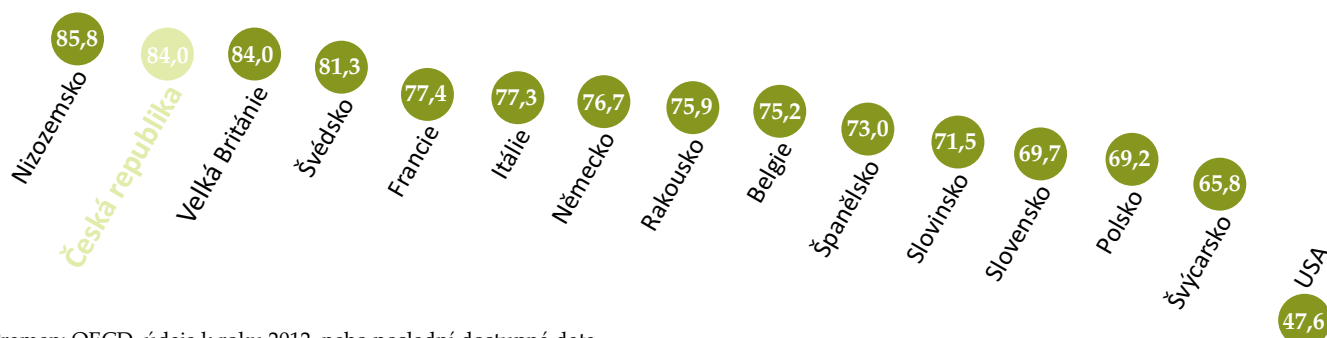
Obvyklým indikátorem, že nastává čas navýšit platby za státní pojištěnce či jiné formy finančního transferu, je prodlužování lhůt splatnosti závazků VZP i nemocnic s veřejnými zřizovateli. To doprovází rostoucí frekvence předpovědí „okamžitého zhroucení systému a ohrožení péče a dostupnosti péče pro občany“ ze strany České lékařské komory, odborářů, asociací nemocnic a dalších obvyklých podezřelých.

Žádný ministr financí, natož zdravotnictví, se dosud neobtěžoval dostat na svoji stranu veřejnost tím, že by trpělivě vysvětloval, co je finanční stabilita, čím je ovlivňována a jaký význam tvorba finančních rezerv zdravotních pojišťoven v časech konjunktury hraje. Není proto překvapením, že každý šéf resortu nakonec těmto tlakům podlehne.

Ostatně ministři zdravotnictví nejsou často nikým jiným než vyslanci zdravotnické lobby s hlavním a zdaleka nejdůležitějším úkolem – vybojovat pro poskytovatele zdravotní péče co nejvíce peněz.

## SPOLEČNĚ SI TO ZAPLATÍME

(podíl veřejných výdajů na financování zdravotního systému, v %)



Pramen: OECD, údaje k roku 2012, nebo poslední dostupná data

# PREVENCE A KONDICE



PROJEKT NA PODPORU ZDRAVÍ,  
KONDICE A PREVENCE

## Zdraví jako vášeň

**Aby pro vás vždy bylo zdraví vášní**

Úspěšný projekt ZP MV ČR na podporu zdraví, kondice a prevence „Zdraví jako vášeň“ s Pavlem Křížem, Petrem Havlíčkem a především s Martou Jandovou a její roztomilou dcerou Maruškou.

[www.zdravijakovasen.cz](http://www.zdravijakovasen.cz)

**211**  
ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA  
MINISTERSTVA VNITRA ČR



Grafika: Shutterstock

# ČESKÉ ZDRAVOTNICTVÍ V MEZINÁRODNÍM SROVNÁNÍ

# V rozporu se zdravým selským rozumem

Je pouze věcí společenské volby, jaký ze způsobů regulace zdravotního systému zvolíme. Nelze ale nevybrat žádný.

*Miroslav Zámečník, bývalý člen Národní ekonomické rady vlády*

V rámci úvodního kurzu „Mezinárodní zdravotní systémy“ dostávají frekventanti programu MBA na Academy of Health Care Management ve středočeských Čelákovcích, zaštitěném americkou Auburn University, za úkol porovnat české zdravotnictví s tím ve Spojených státech, Německu a Velké Británii. Posloužit jim mají tři základní

(většinou absolventi četných mezinárodních a často dlouhodobých stáží) ohodnotili hůře než druhou příčkou. Možná je toto hodnocení zatíženo lokálním patriotismem. Ostatně je spíše oživujícím prvkem výuky. Přesto i seriózně pojaté srovnávací studie – například ty, které pravidelně publikuje Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) – dopa-

tuzemské tvoří 7,5 procenta hrubého domácího produktu, což je méně než polovina toho, co na zdravotní systém vynaloží ve Spojených státech (16,9 % HDP). Pokud bychom navíc porovnávali absolutní částky přepočtené na dolary při zohlednění rozdílné kupní síly v jednotlivých zemích, vychází z toho české zdravotnictví ještě lépe. Dokáže totiž v mezinárodním měřítku zajistit vyspělou úroveň péče při velmi dobré dostupnosti za zlomek částky, kterou utrácí Británie či Německo, natožpak USA.

**Odvrácenou stranou dostupnosti tuzemského zdravotnictví je přehnaně intenzivní využívání zdravotních služeb obyvatelstvem, což se týká zejména častých návštěv u lékaře**

kritéria, jimiž jsou obvykle zdravotní systémy poměřovány: dostupnost péče, její kvalita a úroveň nákladů se shodnými váhami. Za celou dobu programu, který běží již osmým rokem, se dosud nikdy nestalo, že by český zdravotní systém sami lékaři

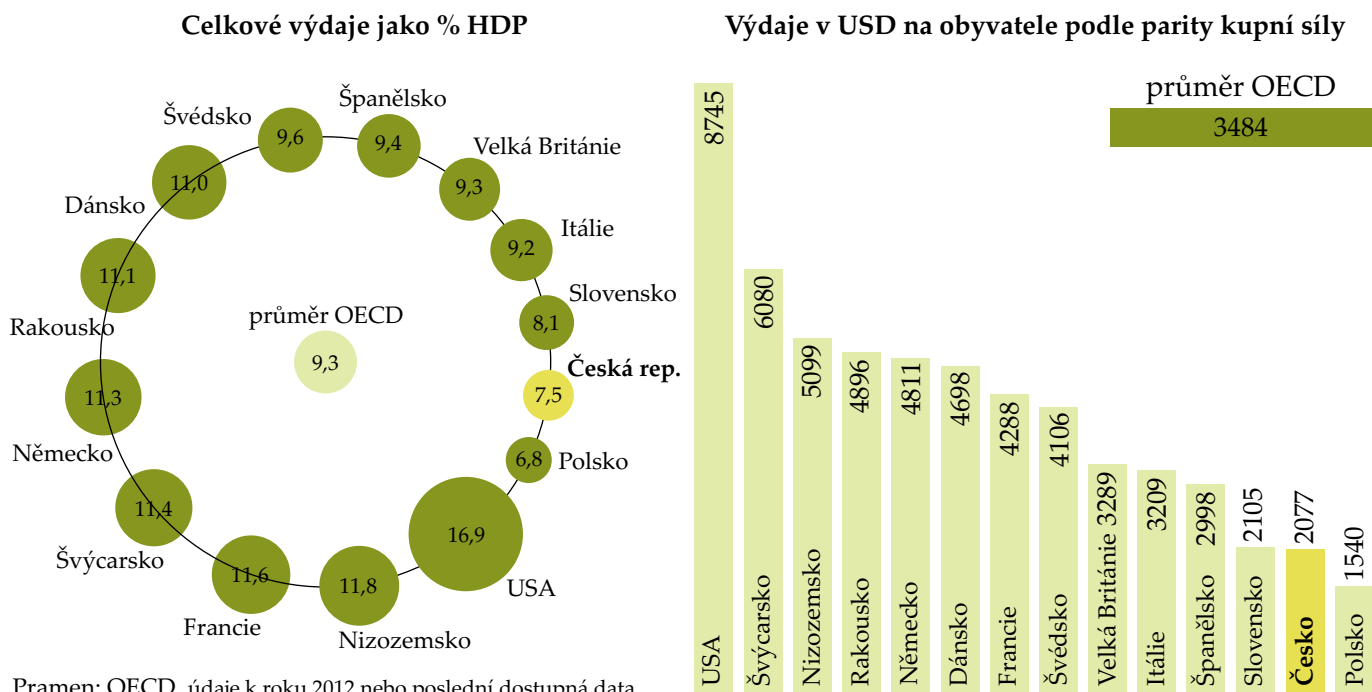
dají podobně. A české zdravotnictví podle nich odvádí solidní práci.

## Technologie překvapují

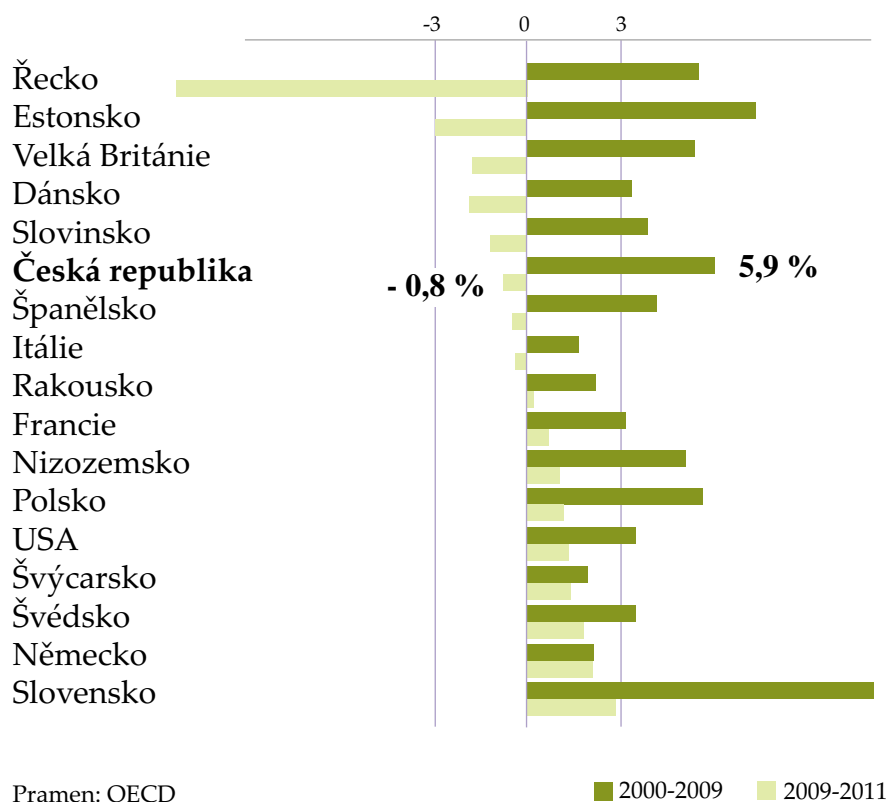
Hlavní zásluhu na tom mají výrazně nižší náklady na zdravotní péči. Ty

Pakliže se opravdu „prohrabete“ základními produkčními daty shromažďovanými OECD a poměříte je s průměrem OECD a třeba s Velkou Británií jako etalonem zemí, jež svoje zdravotnictví založily na národní zdravotní službě (NHS), dospějete k závěru, že v poměru ceny k výkonu české zdravotnictví dlouhodobě odvádí nadměru slušné výsledky,

## KOLIK PENĚZ STÁTY POSÍLAJÍ DO ZDRAVOTNICTVÍ (vybrané země OECD)



### Průměrný roční růst výdajů na zdravotnictví, per capita v reálných hodnotách



v některých oblastech dokonce přímo excelentní. Pravda, české nemocnice jsou oproti průměru OECD mírně a při pohledu na britskou NHS docela hodně přelůžkované. Nelze však kupříkladu tvrdit, že by moderní technologie reprezentované v mezinárodním srovnání OECD magnetickou rezonancí a CT scany nebyly využívány dostatečně.

Překvapí to zejména ve srovnání s Velkou Británií, která si trvale zakládá na co nejlepším plánování technologií. Nicméně v případě magnetických rezonancí je intenzita využití drahých přístrojů v České republice s Británií srovnatelná (intenzita využití v ČR se vzhledem k Británii pohybuje na 105 %), oproti průměru OECD (Česko se chlubí 170 %) je pak rozdíl ještě mnohem zřetelnější. Ani CT scany v Česku nezahálají (dosahují 117 % intenzity průměrného využití v OECD).

Zásluhu na dobré dostupnosti zdravotnictví v tuzemsku má především skutečnost, že hotovostní výdaje, které pacienti platí z vlastní kapsy,



nepředstavují významnou bariéru čerpání péče. A to ani po přepočtu na mezinárodní dolary zohledňující kupní sílu obyvatel v jednotlivých zemích.

Odvrácenou stranou dostupnosti je však přehnaně intenzivní využívání zdravotních služeb obyvatelstvem, což se týká zejména častých návštěv u lékaře (Česká republika dosahuje 166 % průměru OECD, a dokonce 222 % Velké Británie). Ty totiž nejsou korigovány ani ekonomicky (na to jsou za návštěvu poplatky nízké), ani řízením přístupu pacienta k čerpání služeb prostřednictvím takzvaného gatekeepingu – tedy žádankami na specializovaná vyšetření, která vystavují praktičtí lékaři.

### Ani spoluúčast, ani gatekeeping

Existuje-li opravdu specifický znak českého zdravotnictví, pak je to ten, že nechce akceptovat žádnou regulaci. A to ani na poptávkové straně, kde by ji bylo možné řešit ekonomicky prostřednictvím poplatků a nějaké míry spoluúčasti, ani administra-

tivně na straně nabídky prostřednictvím gatekeepingu praktického lékaře. Už vůbec potom není zatím průchodné, aby se prosadila regulace poskytovatelů zdravotní péče s využitím zdravotních pojišťoven.

V Česku se s oblibou odvoláváme „na zdravý selský rozum“. Právě ten nám ovšem nyní diktuje, že k nějaké regulaci dospět musíme. Zvláště s ohledem na předpokládaný růst tlaku na mzdy zdravotníků, který je klíčovým faktorem, jenž dosud ovlivňoval výborný poměr ceny k výkonu českého zdravotnictví. Zkrátka čím více peněz půjde na mzdy, tím efektivněji musí systém jako celek fungovat. Je pouze věcí společenské volby, jaký ze způsobů regulace zvolíme. Nelze ale nevybrat nic, protože to by bylo v rozporu se zdravým selským rozumem.

### Zdravotní téma nemá úspěch

Zatím je na tom české zdravotnictví v mezinárodním srovnání velmi dobře. A nevyplývá to pouze ze statistik OECD nebo Světové zdravotnické organizace (WHO). Podobně

tuzemský systém oceňuje například švédský nevládní projekt Health Consumer Powerhouse, který se zaměřuje na přínos pro pacienty.

Česko za loňský rok skončilo na základě multikriteriální analýzy této organizace, jejíž výsledek odráží Euro Health Consumer Index (EHCI), na patnáctém místě z 35 porovnávaných zemí. Získalo přitom 683 bodů z tisíce možných a bylo jasně nejlepší ze zemí střední a východní Evropy. Předstihli jsme navíc všechny země jižní Evropy včetně Španělska a podstatně bohatší Itálie a naše zdravotnictví bylo srovnatelné s Irskem nebo anglickou větví NHS.

Podle EHCI je česká zdravotní péče hospodárná, vyznačuje se dobrou dostupností s omezenou čekací dobou, nabízí poměrně štedré spektrum služeb a její výsledky jsou nejlepší v regionu.

Není ovšem vše ozářeno sluncem mezinárodního nadprůměru. Mezi nedostatky zdravotní péče v Česku patří skutečnost, že pacient má stále ještě poměrně slabé postave-

## TECHNOLOGIE VYUŽÍVÁME EFEKTIVNĚ

### (využití magnetické rezonance a CT scannerů ve vybraných zemích OECD)

	MRI na milion obyvatel	MRI testů na 1000 obyvatel	Produktivita (testy MRI/MRI)	CT scannerů na milion obyvatel	CT snímků na 1000 obyvatel	Produktivita (CT snímky/scannery)
Rakousko	19,1	51,0	2,7	29,8	133,4	4,5
<b>Česká republika</b>	<b>7,0</b>	<b>43,2</b>	<b>6,2</b>	<b>15,0</b>	<b>94,5</b>	<b>6,3</b>
Dánsko	15,4	67,0	4,4	29,3	130,1	4,4
Francie	8,7	82,0	9,5	13,5	172,1	12,8
Německo	11,3	95,2	8,4	18,6	117,1	6,3
Nizozemsko	11,8	50,0	4,2	10,9	70,8	6,5
Polsko	5,4	17,9	3,3	15,2	37,3	2,5
Slovensko	6,3	40,9	6,5	15,5	107,6	6,9
Slovinsko	8,8	33,2	3,8	12,6	52,6	4,2
Španělsko	14,8	64,5	4,4	17,1	90,4	5,3
Velká Británie	6,8	40,4	5,9	8,7	75,7	8,7
USA	34,5	104,8	3,0	40,9	256,8	6,3
průměr OECD	13,9	50,6	3,7	23,7	125,5	5,3

Pramen: OECD, údaje k roku 2012 nebo poslední dostupná data

ni, zejména vzhledem k informacím o zdravotní péči. Dobré výsledky nevykazuje tuzemský systém ani v oblasti preventivní medicíny. „V řadě funkcí je česká zdravotní péče na západoevropské úrovni,“ poznamenává Arne Björnberg, předseda Health Consumer Powerhouse a vedoucí výzkumu, a dodává: „Pokud by Češi posílili postavení pacientů, využívali elektronické zdravotní systémy, zlepšili prevenci a řešili tradiční restriktce při aplikaci moderních léčiv, mohli bychom očekávat vyšší hodnocení.“

Health Consumer Powerhouse identifikoval jako jeden z problémů nezdravý životní styl, který se odráží ve vysoké spotřebě alkoholu, špatné prevenci kouření a z ní vyplývající prevalenci kouření v populaci či nedostatku tělesné aktivity ve školách. Pověšimněte si, že se jedná především

o parametry, jež spadají do kompetence zdravotní politiky českého státu. Ta významně přesahuje hranice zdravotnictví a dotýká se mimo jiné daňové politiky, sféry školství anebo regulace živnosti. Selháváme tak podle těchto poznatků zejména v koordinaci, a to nejen uvnitř samotného zdravotního systému, ale napříč jednotlivými resorty, kde se nedaří prosazovat „zdravotní téma“.

Studie OECD zaměřená na kvalitativní parametry v zásadě dospěla k obdobným závěrům. Za zvláště varovný považuje pětiprocentní nárůst denní spotřeby tabáku u dospělých v letech 2000 až 2011. Ten se totiž nachází v ostrém kontrastu s poklesem o 21 procent v průměru za země OECD. Česká republika zároveň vykazuje nadprůměrnou prevalenci cukrovky (8 % oproti průměru OECD na úrov-

ni 6,9 %) a rostoucí nárůst obezity ze 14 na 21 procent ve srovnání s průměrem 17,2 %. Nadváhou a obezitou žebou trpí i nastupující generace.

Poznatky mezinárodních institucí a zdravotnických think-tanků se nikterak neliší od doporučení tuzemských expertních skupin v posledním desetiletí, které opakovaně obdobná témata akcentovaly. Za příklad může posloužit doporučení pracovní skupiny pro zdravotnictví Národní ekonomické rady vlády (více na str. 20) z roku 2011. Teoreticky tak víme, co by se dělat mělo, výrazná většina doporučení Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj přesto zůstala bez praktické reakce. České zdravotnictví je na tom sice vcelku dobře, jak jsme zmínili v úvodu, avšak pokud budeme ignorovat zjevné problémy, lepší nebude. Naopak.

## ČESKO NEZÁVISLÝMA OČIMA

(výsledky českého zdravotnictví z pohledu Euro Health Consumer Index za rok 2013)

### Léky

Nedostatky jsou patrné zejména v přístupu k novým lékům (71 bodů)

### Prevence

Podprůměrných výsledků Česko dosahuje kvůli nadměrně vysokému tlaku napříč populací, závislosti na tabáku a alkoholu či nedostatku fyzické aktivity (73 bodů)

### Práva

#### a informovanost pacientů

Spolu se Srbskem třetí nejhorší skóre v Evropě (79 bodů)

### Dostupnost péče a čekací doby na ošetření

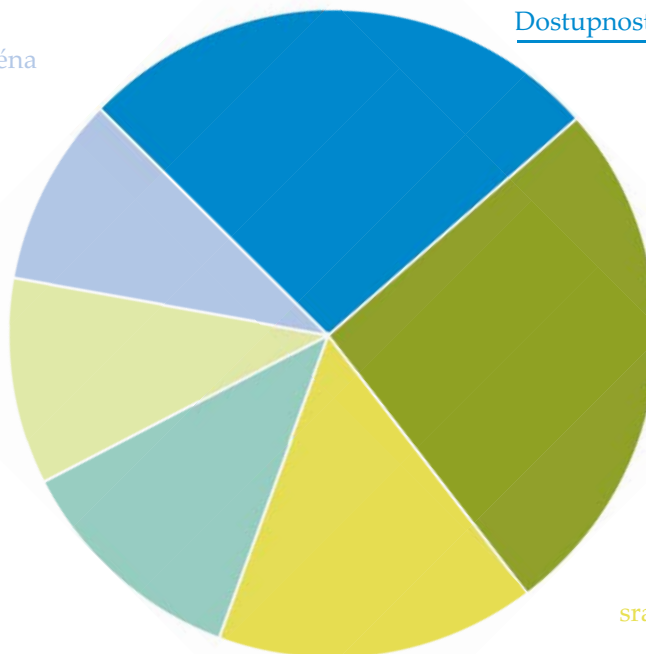
Solidní průměr, zejména pokud jde o dosažitelnost praktického lékaře (175 bodů)

### Kvalita života

Minimálně na velmi dobré úrovni jsou všechny parametry, zvláště dobře je na tom Česko v úmrtnosti novorozenců (179 bodů)

### Škála a dosažitelnost poskytovaných služeb

Skóre na podprůměr srážejí zejména úplatky doktorům (106 bodů)






1. místo	Nizozemsko	870 bodů	15. místo	Česká republika	683 bodů
7. místo	Německo	796 bodů	16. místo	Portugalsko	671 bodů
12. místo	Rakousko	750 bodů	21. místo	Slovensko	649 bodů



**20 poboček  
po celé ČR**



-  **Největší poskytovatel** primární péče v české republice
-  **145 tisíc** spokojených klientů
-  **Moderní přístup** v péči o pacienta (otevřeno 12 hodin denně 5 dní v týdnu, objednávkový systém, online služby)

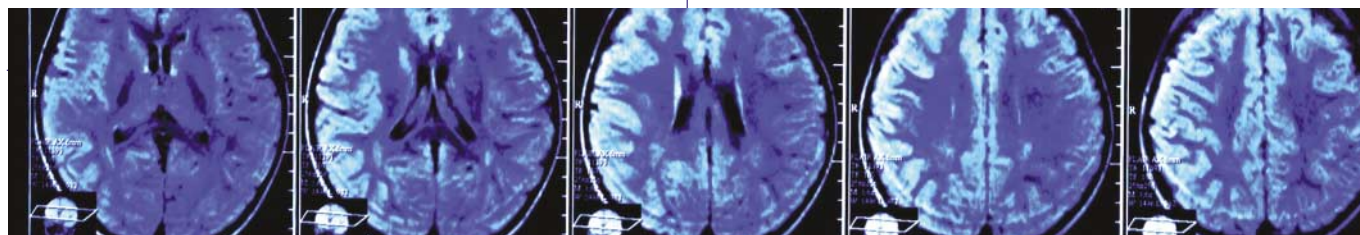


[www.mojeambulance.cz](http://www.mojeambulance.cz)

## ZATÍM JSME NEPOUČITELNÍ

Jak jsme si vzali k srdci návrhy na zlepšení zdravotního systému v České republice vytvořené pracovní skupinou pro zdravotnictví Národní ekonomické rady vlády (NERV) v roce 2011

DOPORUČENÍ	REALITA
Pozitivní lékové seznamy a elektronické aukce	Pozitivní lékové seznamy a elektronické aukce jsou uplatňovány pouze na úrovni jednotlivých zdravotnických zařízení, sporadicky i zdravotních pojišťoven. Jejich smyslem měla být úspora nákladů na péči především na straně plátců, tedy pojišťoven. Doporučení nebylo splněno ●
Elektronická preskripce	Měla být nejen kontrolním nástrojem umožňujícím sledovat preskripční chování předepisujících lékařů, ale měla umožnit i zmírnění problémů s nadměrným předepisováním léků a negativních lékových interakcí. Byla plánována v ostrém povinném startu od 1. ledna 2015. Efekt se nedostaví vzhledem k nadále dobrovolnému charakteru elektronické preskripce po tomto datu. Doporučení nebylo splněno ●
Hodnocení přínosu přípravků a prostředků na základě přínosu k nákladům	Hodnocení přínosu nově zaváděných metod, přípravků a technologií je částečně aplikováno vzniklým takzvaným přístrojovou komisí, byť v zúženém rozsahu. Na doporučení se pracuje ●
Prospektivní úhrady DRG u akutní lůžkové péče	V oblasti prospektivních úhrad na základě DRG nastal nejvýznamnější ústup od principů za několik posledních let. Úhradová vyhláška na rok 2014 sice zavedla uniformní „základní“ sazbu, avšak doplnila ji o nejasně stanovené koeficienty specializace. Ty ministerstvo zdravotnictví ani nedokázalo metodologicky zdůvodnit, natož předložit plátcům způsob jejich výpočtu. Je to jeden z nejhorších příkladů netransparentnosti v rozhodování regulátora. Doporučení nebylo splněno ●
e-Health	Po faktickém ukončení projektu elektronických zdravotních knížek IZIP existují pouze jednotlivé projekty eHealth na úrovni zdravotních pojišťoven. V současné době tak nemá české zdravotnictví jednoznačně definovanou strategii sdílení zdravotních záznamů mezi pacientem a poskytovateli zdravotní péče. Doporučení nebylo splněno ●



DOPORUČENÍ	REALITA
Další vrstvy přerozdělení	<p>Další vrstva přerozdělení prostřednictvím sledování spotřeby léků podle Pharmaceutical Cost Groups (PCG) podle nizozemské metodiky sice byla spočtena, avšak vzhledem k dosaženým výpočtům, které nepřinesly žádný (původně velmi očekávaný) redistribuční finanční efekt ve prospěch Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR, nebyla zavedena.</p> <p>Doporučení nebylo splněno ●</p>
Programy pro chronicky nemocné	<p>Programy pro chronicky nemocné (Disease Management Programs) pro základní chronická onemocnění (například diabetes mellitus II. typu) nejsou v českém zdravotnictví zavedeny. Iniciativy některých zdravotních pojišťoven – například České průmyslové zdravotní pojišťovny v podobě programu Systému integrované péče – zůstávají osamoceny. Navíc kontrolní nálezy Nejvyššího kontrolního úřadu zpochybňují legitimitu úhrad participujícím poskytovatelům péče. Zjevně chybí iniciativa a nastavení pravidel ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR.</p> <p>Doporučení nebylo splněno ●</p>
„Měkký gatekeeping“	<p>Zcela proti proudu jakýchkoli domácích i zahraničních doporučení jde zrušení veškerých zdravotnických poplatků současnou vládou České republiky s výjimkou poplatku za pohotovost. A to včetně faktického ignorování návrhu na „měkký gatekeeping“, který měl ekonomicky motivovat chronicky nemocné k dodržování léčebného režimu výměnou za osvobození od poplatků a fiskálně neutrálně pro zdravotní systém měl tuto motivaci financovat zvýšeným poplatkem za specializované vyšetření nevyžádané praktickým lékařem.</p> <p>Doporučení nebylo splněno ●</p>
Sjednocení právního základu pro fungování zdravotních pojišťoven a zvýšení odpovědnosti členů statutárních orgánů	<p>Legislativa sjednocující „corporate governance“ zdravotních pojišťoven, zvýšení odpovědnosti členů jejich statutárních orgánů a nastavení pravidel hry pro všechny účastníky trhu dosud nebyla přijata.</p> <p>Doporučení nebylo splněno ●</p>
Kategorizace zdravotnických prostředků	<p>Kategorizace zdravotnických prostředků je jednou z mála oblastí, na kterých se pracuje.</p> <p>Na doporučení se pracuje ●</p>

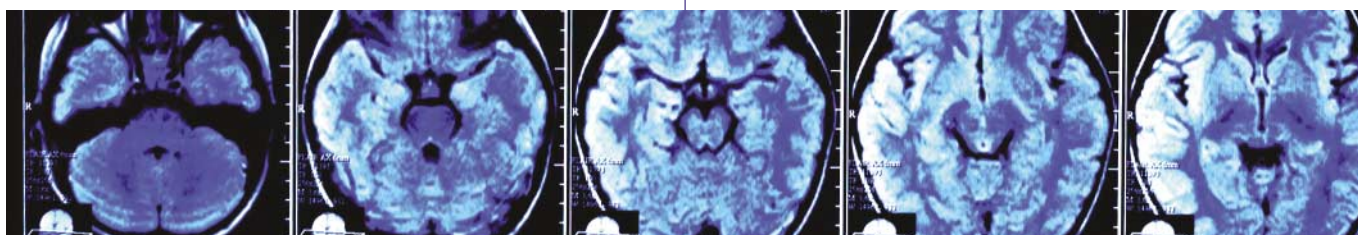




Foto: Shutterstock

# BITVA O SOUKROMÉ ZDRAVOTNICTVÍ ANEB HISTORIE ČESKÝCH REFORM

# Za společný zásek draze zaplatíme

Kombinace nešťastných okolností, chybného řazení reformních kroků a předkládání ne zcela domyšlených návrhů vyústily v ideologizaci věcného problému. A kvůli tomu se nedokážeme pohnout kupředu.

*Miroslav Zámečník, bývalý člen Národní ekonomické rady vlády*

**P**ředestřete soukromému sektoru dostatečně rentabilní záměr a stanete se svědky opravdu hbité reakce na nabídkové straně. Postavte před soukromý sektor podnikání s negativní rentabilitou a pochopitelně neuvídíte vůbec nic. Takhle stručně se dá charakterizovat veškerý potenciál zapojení „soukromého kapitálu“ do financování zdravotnictví.

Jakmile jsou nastaveny volné ceny a existuje koupěschopná poptávka, objeví se velice rychlá nabídková reakce. O tom se každý může přesvědčit kdekoli, kde stát ponechává hře tržních sil značný prostor. Jak na klinikách estetické chirurgie, jež nepracují v režimu regulovaných cen, tak v zubním lékařství, které ve většině zemí nemá široké spektrum služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Úplně jiná situace panuje v oborech, které jsou z veřejného zdravotního pojištění hrazeny zcela, nebo v převážné míře. Zejména pokud v nich regulátor nastavil velmi nízkou, případně negativní rentabilitu.

## Proti konkurenčnímu modelu poskytování zdravotní péče teoreticky nenajdete žádný ekonomický argument

Tyto obory jsou z hlediska soukromého podnikání neatraktivní a zůstanou doménou veřejného sektoru. Ztráta musí být periodicky „zapravována“ zřizovatelem, takže v poslední instanci daňovým poplatníkem.

Principiálně nenajdete žádný ekonomický argument proti soukromému, konkurenčnímu modelu poskytování zdravotní péče, pakliže umíte precizně nastavit kontrakt. A to jednak znamená, že musí být

zakázka pro soutěžitele dostatečně atraktivní, a jednak musíte zajistit kontinuitu a transparentnost soutěže. Teoreticky to příliš složité není, ovšem v praxi to je komplikované až neuvěřitelně.

## Ani soukromé, ani veřejné

Valnou část ambulantní české medicíny – od praktických lékařů přes gynekology až po ambulantní specialisty – zajišťuje soukromý sektor na úrovni jednotlivých praxí, jenž je motivován ziskem. Naopak převážná část „vysoké medicíny“ spadá na bedra veřejnoprávních subjektů, jejichž zřizovateli jsou buď stát s fakultními nemocnicemi, nebo kraje či města. Pouze poměrně malou výseč

obsluhují soukromé zdravotnické řetězce, nicméně právě těmto zařízením je věnována vysoká mediální pozornost. Především proto, že téměř z definice vykazují zisk, zatímco konsolidovaný hospodářský výsledek veřejných zřizovatelů je blízký nule,

soukromého podílu v oblasti nemocniční péče je negativní. Zároveň je veřejnost neustále zásobována často poměrně nechutnými detaily, jak jsou veřejně vlastněná zdravotnická zařízení využívána k soukromému obohacení. Schizma spočívá v tom,

žeme dočkat od veřejného modelu. A především co je nebezpečného na hybridním modelu, který se během uplynulých let v tuzemsku vytvořil, a my s ním tudíž musíme pracovat.

### Selhání trhu kvůli síle informací

Historicky se ve většině zemí osvědčilo zapojení soukromého sektoru tam, kde buď existovala nepokrytá poptávka po zdravotních službách, nebo se nacházel silný potenciál pro zvýšení efektivity. Přínosy v takovém případě mohly vyplynout z lepší organizace a zdokonalení základních procesů, nákupem vstupů počínaje a promyšlenějším využíváním materiálních a lidských zdrojů konče.

Jedním z klíčových problémů, jímž trpí zdravotnictví obecně na celém světě, je informační asymetrie. Nositelem rozhodujících informací

## V nedávné době se Česko přesvědčilo o tom, že postoj veřejnosti vůči podstatnějšímu nárůstu soukromého podílu v oblasti nemocniční péče je negativní

případně se pohybuje v záporných číslech.

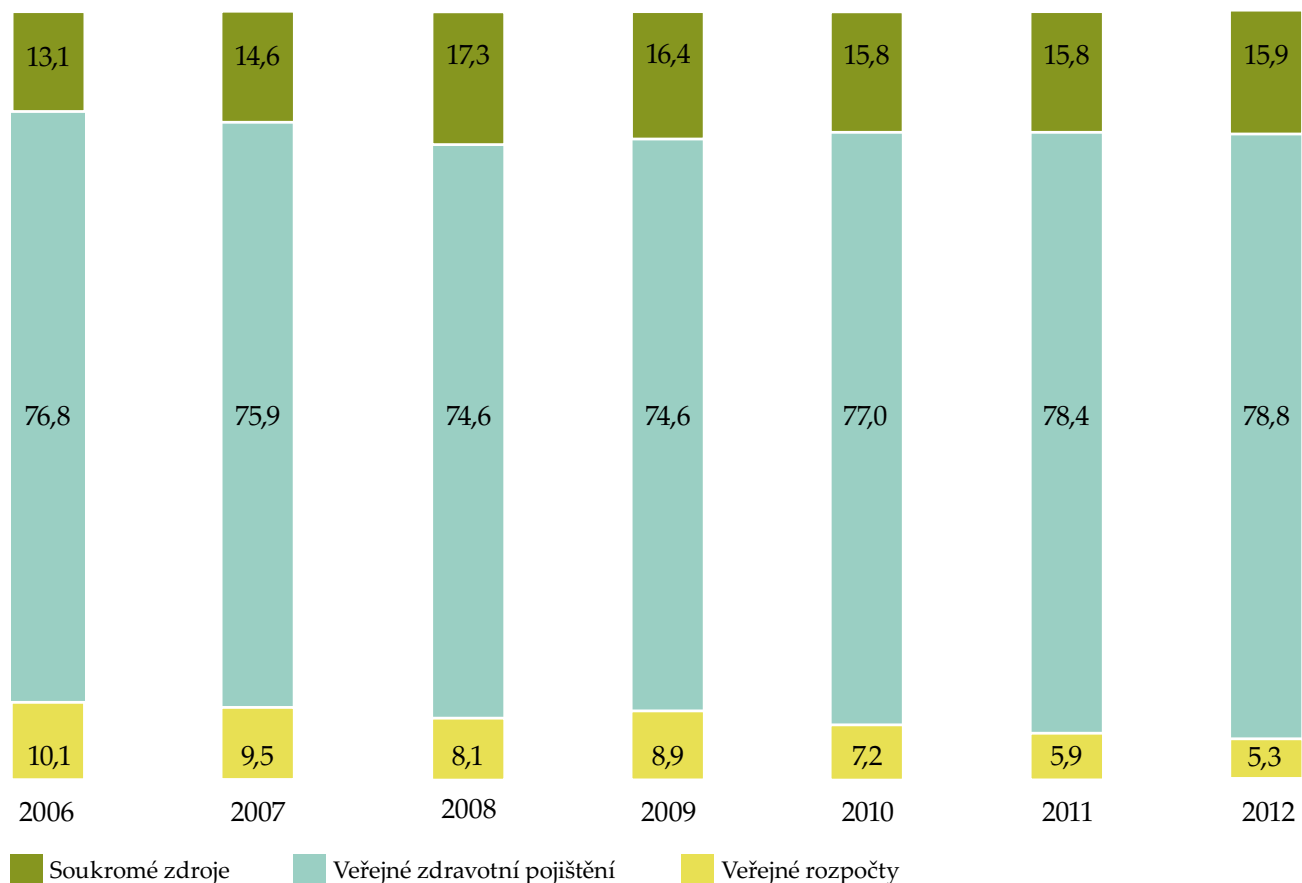
Usuzovat z výsledků, jak by měla vypadat struktura českých poskytovatelů zdravotní péče, nelze. Proces „odhalování“ tržní ceny je totiž výrazně deformován. Ostatně v historicky nedávné době se Česko přesvědčilo o tom, že postoj veřejnosti vůči podstatnějšímu nárůstu

že si obyvatelé České republiky na jedné straně nepřejí soukromé vlastnictví nemocnic, které vnímají jako vysoce rizikové kvůli následné dostupnosti péče, avšak na straně druhé negativně přistupují i ke státnímu vlastnictví kvůli korupci a obohacování z veřejných prostředků.

Řekněme si, jaká rizika přináší soukromý model a jakých se mů-

## PŘÍLIŠ MNOHO STÁTNÍCH PENĚŽ

(výdaje na tuzemské zdravotnictví podle zdroje financování, v %)





je pochopitelně zejména poskytovatel péče vybavený diagnostickým aparátem, tedy lékař či zdravotnické zařízení. V systému soukromého zdravotního pojištění v jeho čisté podobě se informační výhoda objevuje rovněž na straně pojištěnce, protože například ví, že bude potřebovat zdravotní zákrok.

V takovém modelu je produktem informační asymetrie jakési nepřiznané spojenectví mezi poskytovatelem péče a pacientem. Ten první má silnou ekonomickou motivaci vykazovat co nejvíce výkonů za co nejvyšší ceny, zatímco ten druhý může ochotně souhlasit například s opakovanými vyšetřeními. Částečně informovaný pacient totiž sice neví, jaká je nejlepší cesta k navrácení zdraví, ale pokud je na dané riziko pojištěn, způsob léčby ho z finančního hlediska nezajímá, neboť není citlivý na náklady. Každopádně pacient ani plátce reprezentovaný zdravotní pojišťovnou nemají dostatečný přehled o tom, zda je daný výkon skutečně potřebný, či nikoli.

V soukromém modelu zdravotního pojištění je proto společným nepřítelem zdravotní pojišťovna, která se z ekonomických důvodů brání často eticky nepřijatelnými nástroji propáčení nákladů. Brutální a bohatě zdokumentovanou formou je odmítání širokého pojistného krytí na drahé diagnózy ve Spojených státech, a to včetně zpětného odmítnutí propáčení péče na základě takzvané „pre-existing condition“, tedy zdravotního stavu pacienta předtím, než uzavřel zdravotní pojištění.

### Veřejnoprávní díry

V případě veřejnoprávního zdravotního pojištění nejde o ekonomické zatěžování pojištěnce ani zhoršování jeho přístupu k péči, ale o regulaci uplatňovanou vůči poskytovatelům. Ta v zásadě spočívá v indexaci meziročních nárůstů výkonů zejména tam, kde existují výkonové platby. Česká republika má se systémem výkonových plateb, jež silně motivují



poskytovatele zdravotní služby na kvantitativním zvyšování výkonů, vlastní neblahou zkušenost z počátku devadesátých let. Tehdy tento přístup vedl k inflaci bodových výkonů a k poklesu jednotkové ceny bodu, až nakonec musel být vystřídán odlišným modelem založeným na rozpočtech a roční indexaci, případně zavedení kapitačních plateb za registrované pojištěnce v případě primární péče. Důsledkem modelu postaveného na indexaci výkonů, případně na platbách za „hlavu“ každého registrovaného pacienta, je snížený zájem na poskytování služby.

Relativně účinným řešením problému, který spočívá v nerovnoměrném rozložení informací o co nejefektivnější způsobu léčby, je vertikální integrace plátce a poskytovatele (tedy zdravotní pojišťovny a zdravotnických zařízení) do jednoho ekonomického celku. Ten následně konsoliduje výsledek hospodaření, kde honba za výkony z definice odpadá.

Komplikace tkví v tom, že v případě vertikální integrace vyvěrají obdobné potíže s motivací jako v indexačních či kapitačních schématech. Integrovaný celek se zkrátka snaží minimalizovat výkony bez ohledu na jejich potřebnost, aby tak dosáhl

co největšího užitku. Zda je motivem nežádoucího chování co nejvyšší zisk, jako v případě privátního sektoru (například systém předplacené zdravotní péče v podobě Health Maintenance Organization v USA), anebo maximalizace přítoku veřejných peněz a dalších benefitů v případě veřejnoprávních organizací, samozřejmě s ohledem na sociální hierarchii, je podružné.

V obou případech hraje stěžejní roli existence monopolu, jenž snadno bez účinného regulatorního dohledu – opřeného o silný legislativní základ a dbalého zájmu a nároků pacienta – degeneruje do „podprodukce“. A tou je neposkytnutí služby, případně její poskytnutí v naprosto nedostačující míře.

Kdo si pozorně přečetl předchozí odstavce, musí nutně dospět k závěru, že dobré řešení neexistuje. Ono možná existuje, ale není pro nás dosažitelné.

### Česká fundamentální reforma v troskách

Zdaleka nejambicióznějším pokusem o reformu v posledních dvaceti letech, nepočítáme-li samotné zavedení veřejného zdravotního pojištění,

## INSPIRACI HLEDEJME V SINGAPURU Kombinace plánování a silné ekonomické motivace pacientů funguje

Mezinárodně ojedinělým pokusem o vyřešení motivačních problémů spojených se selháním trhu ve zdravotnictví představuje model, který se uchytil v Singapuru. Tamní systém kombinuje rigorózní plánování kapacit a kontrolu výkonu i standardu s velmi silnou ekonomickou motivací na straně samotného uživatele zdravotních služeb. Ten je nucen platit nezanedbatelnou část nákladů z prostředků akumulovaných na povinném individuálním účtu, který je procentuálně odvozen z jeho příjmů.

Principem tohoto přístupu je spojení „katastrofického“ zdravotního pojištění s individuální zodpovědností, jež vyplývá nejen z existence individuálního účtu, ale i z podmínek jeho čerpání, limitace příspěvků po dosažení zůstatku a z jeho převoditelnosti v rámci dědického řízení.

Pro sociálně potřebné existuje samozřejmě také příslušný sociální fond, který na základě žádosti poměrně benevolentně řeší individuální případy. Podstatné jsou výsledky.

Tato kombinace se zjevně zasloužila o to, že Singapur má nejlevnější kvalitní zdravotnictví na této planetě s relativně únosnými výdaji na úrovni kolem čtyř procent hrubého domácího produktu. Jistěže to vzhledem ke stárnutí populace nevydrží věčně, ale v každém případě v současné době nenaleznete ekonomu, který by se zdravotnictvím zabýval, a přitom o Singapuru nevěděl.

byl návrh reformy předložený skupinou vedenou někdejšími náměstkem Pavlem Hrobonem z týmu ministra zdravotnictví Tomáše Julínka (ODS). Reformátoři se velmi dlouho zabývali myšlenkou zavedení individuálních zdravotních účtů, jenže nakonec dospěli k tomu – podobně jako odborníci v mnoha jiných vyspělých zemích – že je prakticky neuskutečnitelné. Takový přechod od průběžného financování zdravotního systému na fondové by mimo jiné vyžadoval minimálně několik desítek miliard korun na vybavení individuálních účtů občanů, z nichž mnozí samozřejmě nemohli shromážďovat dostatečné prostředky. Anebo by bylo třeba velmi dlouhé přechodné období, což by přineslo faktické zvýšení daňové zátěže nastupující generace.

Slovensko poskytlo inspiraci v podobě myšlenky na privatizaci zaměst-

naneckých zdravotních pojišťoven, která se nakonec rovněž ukázala jako politicky neproveditelná. A to nejen kvůli obrovské vlně odporu vůči potenciálnímu vstupu finančních skupin do veřejného zdravotního pojištění. Zároveň byla odborně problematická vzhledem k existenci implicitních nekrytých závazků zdravotních pojišťoven, které byly konstruovány jako „průtokové ohříváče“. Průběžně proplácely zdravotní péči a na krytí budoucích výdajů na zdravotní péči stárnoucího pojistného kmene tvořily minimální rezervy.

České zdravotní pojišťovny sice měly dostat prostor na uzavírání individuálních smluv s poskytovateli péče, a tedy na potenciální úspory, avšak technicky nebyla otázka rezervy na stárnutí zvládnuta. Představovala tak četná rizika ohledně sporů s budoucími investory zejména v situaci, kdy by

## SINGAPUR VERSUS ČESKÁ REPUBLIKA

Výdaje na zdravotní péči  
(na hlavu, v současných USD)

2426,1 \$  
1431,8

Podíl veřejných výdajů  
na financování zdravotnictví

37,6 %  
84,8

Celkové výdaje na zdravotnictví  
(jako % z HDP)

4,7 %  
7,7

Úmrtnost dětí do 5 let  
(na 1000 narozených)

2,9  
3,8

Průměrná  
naděje dožití

82,1 roku  
78,1

Pramen: Světová banka, údaje z roku 2012

tuzemská ekonomika utrpěla makroekonomický šok podobný tomu, který posléze přišel v roce 2009.

### Spektakulárně tvrdý náraz

Reformátoři nedokázali prosadit ani odstátnění péče specializované akutní lůžkové péče v podobě fakultních nemocnic. Nutno však dodat, že především vzhledem k podezření, že inkorporace neotevřítá vrátka k budoucí privatizaci.

Zcela samostatnou kapitolou je pak bouře, která vypukla kolem konceptu řízené péče jako zvláštního pojistného programu. Ten měl výměnou za slevu na pojištění fakticky omezit možnost volby poskytovatele péče a otevřít prostor pro vertikální integraci poskytovatelů péče v podobě rozšíření zdravotnických řetězců. A to přestože k vertikální integraci

poskytovatelů péče se zdravotními pojišťovny se protagonisté reformy v čele s Pavlem Hroboněm stavěli v podstatě negativně.

S pozitivní odezvou (především kvůli výše uvedeným „privatizačním“ kontroverzím) se nesetkal ani vznik nezávislého regulátora monitorujícího poskytování zdravotní péče a dodržování nároků pojištěnců ve vztahu k poskytovatelům a zdravotním pojišťovnám. Nezávislý regulátor proto nevznikl.

Jednou z věcí, které lze při zpětném ohlednutí tomuto reformnímu pokusu vytknout, je nesporně zahájení reformy její nejméně politicky oblíbenou součástí. Přestože zvýšení finanční spoluúčasti ze strany obyvatelstva doprovázelo zavedení do té doby neznámých stropů na finanční spoluúčast, plán tvrdě narazil. Česká pravice zcela spektakulárně na pod-

zim roku 2008 poskytla levicovým stranám triviálně uchopitelný argument, jak se vymezit na 30 korunách, a vytvořila z aktuálního tématu české zdravotnické reformy, na jejíž potřebě se shodovalo pár let předtím v podstatě celé politické spektrum, anathéma.

**Jednou z věcí, které lze vytknout pokusu týmu vedeného Pavlem Hroboněm, někdejší náměstkem ministra zdravotnictví Tomáše Julínka, je zahájení reformy její nejméně politicky oblíbenou součástí**

### Tři nejdůležitější úkoly

Nastupující světová finanční krize dokonala zbytek. A není podstatné, že její dlouhotrvající projevy v Česku zčásti způsobily naše vlastní chyby. Kombinace nešťastných okolností, chybného řazení a načasování jednotlivých reformních kroků a předkládání ne zce-

la domyšlených a prodiskutovaných návrhů vyústily v ideologizaci reálně existujícího, věcného problému. Právě kvůli tomu se nedokážeme pohnout kupředu. Želobu jsme promarnili dosavadní příležitosti hned na třech frontách: kromě zdravotní reformy jsme se zasekli také v pen-

zích a ve školství. Právě tyto oblasti přitom rozhodnou o tom, zda bude Česká republika v budoucnu úspěšnou zemí.

Kdo co zavinil nebo mohl dělat jinak, není ani zdaleka tak důležité jako skutečnost, že za tento společný „impasse“ draze zaplatíme.

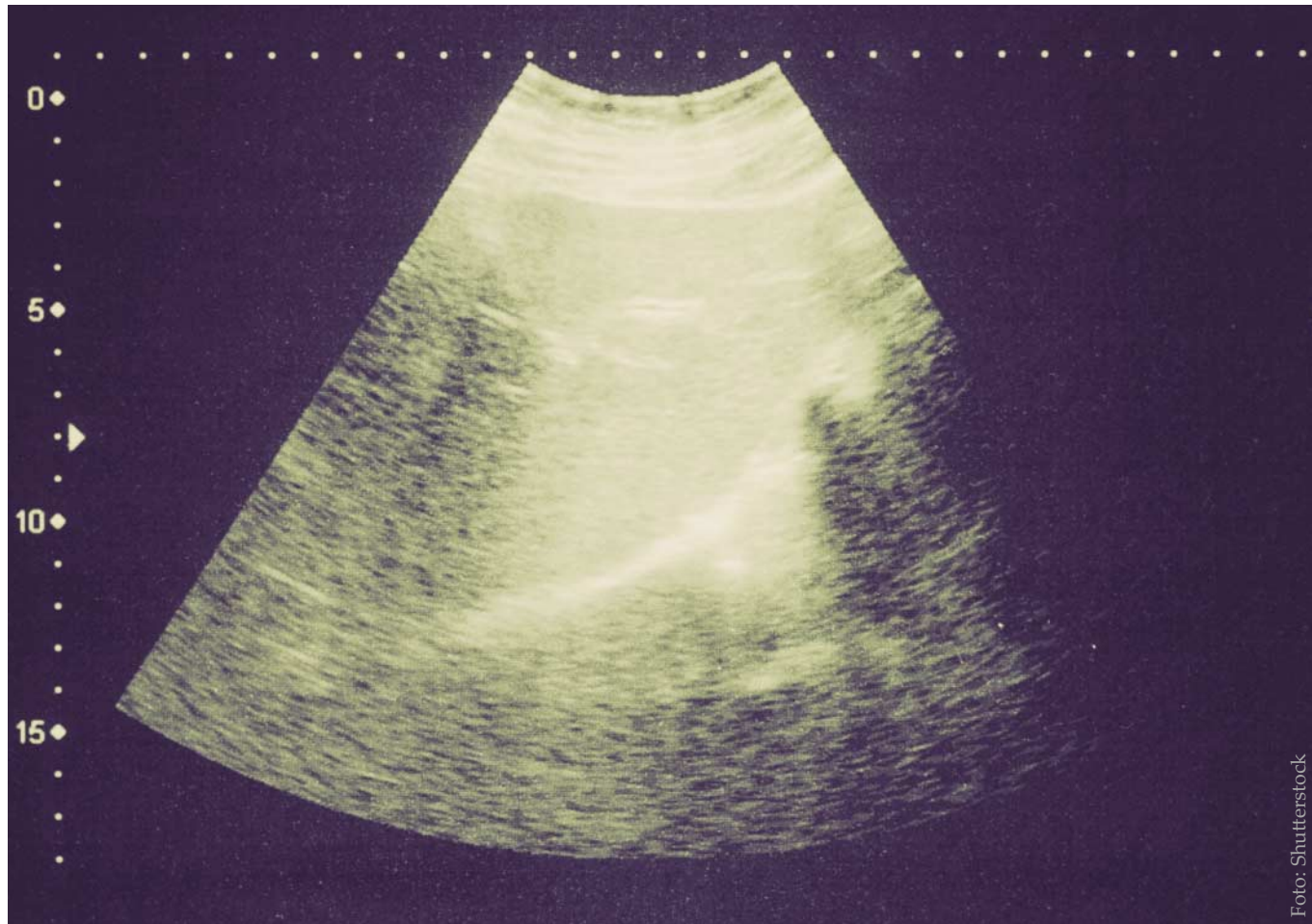


Foto: Shutterstock

# Chvála konkurence

Pluralitní pojišťovenský systém má potenciál. Nyní je třeba dodělat si domácí úkoly na poli regulace a pojišťovny více zapřáhnout.



*Pavel Vepřek*

PŘEDSEDA SDRUŽENÍ OBČAN

**Z**elezo proti mosazi, vůz proti nosítkům, pára proti vodě v náhonu, benzín proti páře. Neustálé střetávání různých řešení prosívá ta nejúspěšnější a posouvá náš svět kupředu. Konkurence je metoda, kterou se průběžně dopracováváme nejlepších řešení ve chvíli, kdy se liší naše cíle i představy o způsobu, jak jich dosáhnout. Alternativou konkurence je spolupráce nebo podřízení se autoritě.

Spolupráce se objevuje v situacích, kdy sdílíme cíl a shodujeme se na způsobu jeho dosažení. V reálném světě má místo spíše v malých skupinách a v rámci celé společnosti se uplatňuje jenom v mezních situacích typu

**Konkurence je přítomna ve všech formách uspořádání zdravotnictví, ale nastavení systému rozhoduje, na kterých místech a jakým způsobem se uplatňuje**

přírodních katastrof nebo válečných konfliktů. Vždy jen do času. Osvícený diktátor, který z nás sejme tíhu neustálého rozhodování, je oblíbenou pohádkou pro dospělé. Možná tak někteří začínají, ale vždy končí bez adjektiva.

Zdravotnictví je složitý systém, v němž se střetává mnoho různých zájmů, cílů a potřeb. Jeho vývoj je výsledkem interakce jednotlivých zájmů a řešení. Kon-

kurence je přítomna ve všech formách jeho uspořádání, ale nastavení systému rozhoduje, na kterých místech a jakým způsobem se uplatňuje.

Ve spíše centrálně řízených zdravotnictvích se konkurenční boj stahuje ke stavidlům penězovodů. V decentralizovaných modelech je rozhodovací proces rozptýlenější a konkurence pestřejší. Odborné publikace nabízejí k prohlédnutí dostatek tabulek, které popisují a srovnávají jednotlivé zdravotní systémy. Z nich by mělo být možné odvodit, jak se jednotlivé systémy chovají a jak jsou adaptabilní na vývoj. Potíž je v tom, že informaci o skutečných rozhodovacích procesech v nich nenajdete.

Za mnohaletým přebytkem v hospodaření zdravotních pojišťoven zadlužené Belgie nestála genialita manažerů, ale úspěšně prolobbovaný zákon navyšující prostředky ve zdravotnictví o 4,5 procenta ročně.

Ani smělé plány francouzské vlády na regulaci rozmístění nákladných přístrojů v devadesátých letech prostřednictvím „carte sanitaire“ se nenaplnily. Nikoli pro špatné plánování, ale proto, že v realitě se přístroje pořizovaly tam, kde měli vlivnějšího prefekta nebo soukromého investora.

Kde by mělo jít zdravotnictví lépe digitalizovat než v prostředí národní zdravotní služby, ale někde udělali soudruzi z Anglie chybu a mnohamiliardový projekt neskončil úspěchem.

Vývoj medicíny v posledních třiceti letech pořádně zacvičil s podobou všech zdravotních systémů. Tradiční přidělové systémy se na něj nedokázaly dostatečně pružně adaptovat a začaly se měnit do podoby regulovaného trhu.

Do systémů s národní zdravotní službou se začala zavádět vnitřní konkurence, vznikli regionální nákupčí služby, rozeběhlo se monitorování kvality služeb. Země s bismarckovským pojištěním zrušily uzavřenost pojišťoven a otevřely prostor konkurenci. S tím souvisejí změny v úhradových mechanismech, zavedení a stále zpřesňování ekvalizace rizika, posilování smluvní potence zdravotních pojišťoven.

V postsocialistickém prostředí byla Česká republika jedinou zemí, která se vydala k pluralitnímu pojišťovenskému systému. V Maďarsku zavedli jednu veřejnou pojišťovnu, která se okamžitě dostala pod přímou politickou kontrolu.

V Polsku vytvořili nejprve síť šestnácti vojvodských zdravotních pojišťoven, mezi nimiž nebylo zavedeno přerozdělení. Těm v bohatých oblastech se dařilo, v místech s vysokou nezaměstnaností to bylo naopak, takže disproporci zhruba před deseti lety řešili spojením všech v Narodowy Fundusz Zdrowia. Problémy zůstaly, jen se staly plošnými.

Obě země mají čerpání zdravotní péče spojeno s vysokými neformál-

ními platbami s přímým dopadem na spravedlnost v její dostupnosti a kvalitě. Je zřejmé, že čím méně veřejný systém uspokojuje potřeby poskytovatelů péče a občanů, tím větší prostor získává neregulovaný trh se všemi souvisejícím sociálními dopady.

U nás jsme transformovali přidělový Semaškův systém do pluralitního pojišťovenského, ale k jeho plné funkčnosti máme ještě na míle daleko. Na druhé straně už jen sama existence více pojišťoven, byť bez možnosti reálné konkurence, je sama o sobě velkou hodnotou. Regulátor má možnost srovnání, poskytovatel vyjednávání a občan přece jen jistou možnost volby.

Zrušení pojišťovenské plurality by zdravotnictví nic dobrého nepřineslo. Nic by se neušetřilo, spíše naopak (provozní náklady jsou určeny procenty z obrátu, navíc Všeobecná zdravotní pojišťovna má provozní náklady na pojištěnce o více než 50 Kč vyšší než zaměstnanecké pojišťovny). Hodně peněz by se ztratilo během procesu a výsledně by zdravotnické peníze a informace kontrolovala omezená skupina lidí.

Každé rozhodování v tomto směru by mělo být děláno s vědomím, že se jedná o nevratný krok. Rok 1989 se opakovat nebude a polská zkušenost ukazuje, že vznik pluralitního systému nelze v žádném případě provést řízeným rozdělením monopolní pojišťovny. Určitě je rozumnější si dodělat domácí úkoly na poli regulace a pojišťovny více zapřáhnout.



# Švédský stůl za malé peníze neexistuje

Deset přání českému zdravotnictví z pohledu jednoho ekonomy a jednoho bývalého lékaře aneb Jak zajistit, aby bylo dostupné i v příštích pětadvaceti letech.



*Pavel Vepřek*

PŘEDSEDA SDRUŽENÍ OBČAN



*Miroslav Zámečník*

BÝVALÝ ČLEN NÁRODNÍ EKONOMICKÉ RADY VLÁDY

**Z**ijeme v době, která kriticky pohlíží na uplynulé čtvrtstoletí. Ve zdravotnictví však paradoxně ani nedokážeme definovat způsob, jakým chceme dosáhnout v příštím čtvrtstoletí, co vlastně chceme: dostupnou a kvalitní zdravotní péči. Česká ekonomika přitom poroste pomaleji než v tom předchozím, zatímco populace bude naopak stárnout rychleji. Zajištění dostatečných finančních zdrojů bude stále těžší. Co s tím? Následující desatero je pro české zdravotnictví nezbytností.

## 1. Uklidit nepořádek v hlavě

Je nesporné, že zajištění dostatečných finančních zdrojů lze dosáhnout jenom dvěma možnými způsoby. Jedna bude počítat s vyšší možností volby, ale i finanční osobní spoluúčastí, zatímco ta druhá reciprocně, ale stejně nevyhnutelně musí kombinovat nižší spoluúčast a nižší možnost volby, vyšší soustředění na úspory z rozsahu a vyšší úroveň regulace. Rozdíl bude v komfortu, s nímž se pacient svobodně pohybuje systémem.

Jednu věc nelze pominout: Česko si jednu z těchto cest bude muset vybrat, protože nebude mít na „švédský stůl“ za „malé peníze“.

**Přejeme si, aby vývoj našeho zdravotnictví byl dlouhodobě předvídatelný.**

## 2. Počítat přínosy

Budeme muset začít nesrovnatelně tvrději hodnotit to, co je přínosem poskytované péče, a podle toho začít platit. Představa, že by snad bylo možné proplácet veškeré zdravotní výkony a služby z veřejného zdravotního pojištění bez ohledu na jejich „návratnost“, je v budoucnu neobhajitelná. Z ekonomického hlediska se rapidně blížíme bodu, kdy je nutné začít počítat ekonomický přínos získaný od moderní medicíny, která bude stále více individualizovaná i z nákladového hlediska.

Civilizačně bychom měli tendovat k téměř jakékoli akceptaci nákladů získaného „člověkoroku kvalitního života“, ale tato možnost nám bude upřena. Budeme muset začít počítat, co je ještě možné zaplatit z veřejného systému a co už možné není. Systém veřejného zdravotního pojištění by měl hradit jen to, co je prokazatelně účinné a nákladově efektivní. O to by se mělo starat hodnocení zdravotnických technologií (HTA) s následným posouzením komisí složené ze všech „stakeholderů“, která proces obohatí o veřejný zájem.

Poskytováním obecně účinné a nákladově efektivní péče také dochází k mrhání s veřejnými prostředky, pokud je směřována k nevhodným pacientům, v nevhodnou dobu, na nevhodném místě, nebo je aplikována

na špatným způsobem. K tomu, aby se tak nedělo, by měly sloužit léčebné standardy, doporučené postupy, diagnostické a léčebné protokoly, disease a case management a jiné vymyšlenosti. Monitorováním výsledků zdravotnického snažení v podobě délky přežití, střední délky života ve zdraví, počtu odvrátitelných úmrtí a podobně je klenákem v klenbě celého procesu a poskytuje zpětnou vazbu pro kultivaci způsobů, jakými pečujeme o naše nemocné.

**Přejeme si, aby peníze veřejného zdravotního pojištění přinášely co největší užitek.**

**3. Motivovat poskytovatele, platit za výsledek**  
Česko preferuje nezatěžování pacienta ekonomickými náklady a s touto politickou volbou je nezbytné se nějakým ekonomicky gramotným způsobem vypořádat. Problém spočívá v té ekonomické gramotnosti, neboť jestliže přijmeme nízké zatížení spotřebitele zdravotní péče v momentu, kdy péči obdrží, o to větší dávku ekonomického řízení musejí „obdržet“ její poskytovatelé, jinak se systém ekonomicky zhroutí.

Jestliže se společnost – ať již zaměstnavatelé, zaměstnanci, živnostníci nebo stát platící za takzvané státní pojištění shodne na neochotě navyšovat zdravotní rozpočet, k čemuž zcela zřetelně dojde, pak je míč na druhé straně hřiště. A tou je efektivita a produktivita zdravotního systému. Nutně se tedy budeme muset trvale zabývat tím, za co je systém placen a jak je řízen.

Shodněme se, že je zatím placen výkonově (jako každý normální producent), avšak dosud málo záleželo na poměru cena-výkon. O tom, že cena-výkon-výsledek jsou relevantní parametry i ve zdravotnictví, snad nikdo nebude polemizovat. Klíčovou otázkou ale je, jak a kdo to bude dělat.

Logicky se nabízejí zdravotní pojišťovny, které naše peníze spravují a podle regulí by s nimi měly účelně hospodařit a nakupovat jen kvalitní péči. Pohříchu je systém nastaven tak, že se pojišťovnám toto snažení nevyplácí. Ideálem by bylo odměňovat zdravotníky podle toho, jak jsou ve svém snažení úspěšní. Naše ambice by měla být skromnější: platit jen tu péči, která je v souladu se správnou lékařskou praxí, a platit ji tak, aby lékaře motivovala poskytovat ji efektivně.

**Přejeme si, aby veřejný systém uměl správně zaplatit potřebnou péči a neplatil nepotřebnou.**

**4. Kdo je organizátor péče pro pacienta?**  
Na tuto otázku si bude česká polis muset odpovědět v dohledné době, neboť pěstovat si pluralitní zdravotní pojišťovny, aniž by na ně nebyla důsledně převedena odpovědnost a pravomoc za zajišťování zdravotní péče (anebo aby jim byla naopak odebrána a převedena na vertikálně organizovanou

národní zdravotní službu), není možné donekonečna. Češi si budou muset vybrat, zda se chtějí svěřit raději pluralitním pojišťovnám s jasně definovanými právy a povinnostmi, anebo se svěří státu se všemi z toho vyplývajícími důsledky. Současný hybrid není udržitelný.

Jedna zdravotní pojišťovna nemá smysl, neboť tím jenom mystifikujeme veřejnost, že existuje autonomní orgán s autonomními financemi, který proplácí za zdravotní služby. Jestliže si ovšem vybereme pluralitní systém, pak mu musíme nechat práva, která tomu odpovídají, včetně stanovení práva stanovení zastřešující „ceny cen“ – pojistky. V této logice musíte zdravotním pojišťovnám přiznat i možnost jejich volby zdravotní sítě, samostatné cenové a smluvní politiky ve vztahu k poskytovatelům. To samozřejmě vyžaduje hlubokou reformu, dokonce i v samotné filosofii nahlížení na roli veřejnoprávních pojišťoven.

**Přejeme si, aby organizátor péče měl motivaci i možnosti to dělat co nejlépe.**

**5. Restrukturalizace, specializace a koordinace**  
To, co vždycky zajímalo soukromé poskytovatele péče ve zdravotnictví na vstupu do odvětví – a nyní máme na mysli skutečné podnikatele, nikoli živnostníky v podobě samostatných praxí – je ohromná tvorba volného toku hotovosti tím, že v rámci soukromého zdravotnického řetězce využijete veškerý potenciál zvýšení produktivity a efektivnosti ve srovnání s velmi fragmentovanými soukromými poskytovateli a méně efektivními veřejnými nemocnicemi (které mají jinou cílovou funkci). Úspory z rozsahu a z organizačního zvýšení efektivnosti přitahují soukromý kapitál do českého zdravotnictví jako „Cerro Rico“, kopec stříbra v Bolívii, který zásoboval koloniální Španělsko po dvě staletí penězi.

Když to otočíte naruby a díváte se na to z pohledu zákazníka a daňového poplatníka, je to ambivalentní pocit. Mohli bychom dostat motivovanější službu? Asi ano. Na dlouho? Bez regulátora asi ne.

**Přejeme si odpovědnou správu majetku ve zdravotnictví.**

**6. Co stát, co pacient?**  
Ať ve zdravotnictví fandíme přidělovému systému nebo regulovanému trhu, bez sebevědomého a funkčního regulátora se neobejdeme. Jen si musíme vybrat, protože zaměření a forma regulací se v obou systémech liší. Pokud se držíme představy o budování funkčního pluralitního systému, těžiště aktivit státu by mělo být v normativní a kontrolní oblasti, nikoli v operativním řízení. Že je tomu zatím spíše naopak, ilustruje každoroční martyrium s úhradovou vyhláškou, křehkost pozic kapitánů zdravotnictví, „odzdikezdismus“ a všeobjímající nejistota. Měli bychom po státu chtít, aby se pochlapil a pro zdravot-

nictví nastavil pravidla určující jeho dlouhodobé směřování, která budou upravována pouze parametricky.

Je zřejmé, že snahy o posílení postavení pacientů ve zdravotním systému jejich přímým zapojením do alokace zdrojů, a to jakýmkoli způsobem, nebyly přijaty s nadšením.

Vyřazení občanů z ekonomické zainteresovanosti na veřejném systému zhoršuje proveditelnost všech kroků, které směřují ke zvýšení efektivity zdravotnictví. O to lépe musí být připraveny a komunikovány.

**Přejeme si, aby se stát polepšil v kvalitě regulací a aby občané našli větší zálibu ve svobodném rozhodování ve zdravotnictví.**

**7. Co se stárnutím?**  
Stárnutí populace je obecně sdílená mantra, kterou se obhájí zvyšování nákladů na zdravotnictví. Žijeme stále déle a naši společnost to v mnoha rovinách mění. Rostoucí počty seniorů ovlivňují podobu služeb, nabídku prodávaného zboží, mění kulturní a politické prostředí.

Na rozdíl od dopadů na systém důchodového zabezpečení, které jsou zřejmě a snadno spočitatelné, se jejich vliv na zdravotnictví výrazně nadhodnocuje. Z nákladových řad je zřejmé, že stárnutí populace se podílí na růstu nákladů jen 15 procenty. Zbytek mají na svědomí nové technologie a poskytování stále většího objemu péče stále více poskytovateli. Na důchodcích sice zdravotnictví nevykrvácí, ale jejich rostoucí počty ovlivňují a stále více budou ovlivňovat strukturu i podobu poskytovaných služeb. Křehkým seniorům nenabízí vítězná „high-tech medicína více užítka než vlídná údržba orientovaná na udržení mobility a tlumení obtíží.

**Přejeme si, aby zdravotnictví aktivně přispívalo ke stárnutí zdravé populace a dokázalo se přizpůsobovat změnám potřebám.**

**8. Propojovat zdravotní a sociální péči**  
Zdravotní a sociální péče tvoří přirozené kontinuum a jejich podíl na péči o konkrétního pacienta je dán jeho aktuálním zdravotním stavem a životní situací. Obvykle na začátku epizody dominuje složka zdravotní, aby postupně převládla komponenta sociální. V mnoha oblastech se zdravotní a sociální služby prolínají natolik, že by si zasloužily být pojednávány jednotně. Historické pokusy oba systémy sblížit uvízly na oboustranném nezájmu, přesto je více než nasnadě, že právě to by jim prospělo. Pro první přiblížení by stačilo vzájemné sdílení informací o finančních tocích a péči poskytované společným pacientům.

Řešením by mohlo být organizační i ekonomické propojení obou systémů v oblasti služeb vázaných na zdravotní stav občana. Jako technické řešení se nabízí přesun správy prostředků na nemocenskou, invalidní důchody

a sociální dávky (příspěvky na péči) do správy veřejného zdravotního pojištění. Důchody, dávky státní sociální podpory a dávky v hmotné nouzi by zůstaly v péči úřadů práce a České správy sociálního zabezpečení.

**Přejeme si, aby zdravotní a sociální péče byla propojena minimálně v informační oblasti.**

**9. Začít využívat eHealth**  
Informační a komunikační technologie mají velkou a dosud nedostatečně využívanou potenciál zvýšit kvalitu, efektivitu a transparentnost zdravotnictví. Jejich prokletím je náchylnost k roli fíkového listu pro nekorektní finanční transakce a na straně druhé strach z transparentnosti a účinné kontroly.

EHealth se daří všude tam, kde jeho nasazení vychází z reálných potřeb uživatelů. Nemocniční lékař může odkudkoli sledovat aktuální výsledky svých pacientů, sdílení obrazové dokumentace zkvalitnilo její interpretaci a zrychlilo poskytovanou péči stejně jako společný přístup k informacím skupiny odborníků pečujících o společného pacienta. Selháním států je malý důraz na digitalizaci všech informací, které mají peněžní vyjádření.

Odklad zavedení eReceptu a uzákonění povinnosti vystavovat poukaz na zdravotnický prostředek pouze v papírové podobě svědčí o odlišném směřování. Ve věku chytrých telefonů to je nejen ostuda, ale i vědomé brzdění inovací tam, kde by mohly pomoci.

**Přejeme si, aby se eHealth stalo dobrým sluhou, a nikoli špatným pánem.**

**10. Měřit inovace a zveřejňovat výsledky**  
Medicína se vyvíjí a průběžně nabízí nové alternativy k zavedeným způsobům poznávání a léčení nemocí. Všichni, kteří vymyslí a vyvinou něco nového, mají touhu to také ve zdravotnictví uplatnit. A to se brání. Brání se ti, kterým je nová technologie konkurencí, a brání se správci veřejných rozpočtů, kterým se z principu každá změna protíví. Základním postupem je hra na zdrženou. Novým technologiím se kladou do cesty různé administrativní překážky, takže cíle dosáhnou jen ti nejtrpělivější a nejobratnější. Nevýhodou tohoto přístupu k inovacím je, že ty užitečné se k pacientům dostávají s výrazným časovým skluzem.

Společnost by měla používat sofistikovanější nástroj na oddělování zrna od plev, než je časový test. Tím je hodnocení zdravotnických technologií, které inovaci proklepe ze všech myslitelných stran a poskytne podklady pro komisionální posouzení. Výstupy HTA agentur jsou veřejné a univerzálně dostupné. Jejich spolupráce se v rámci EU odehrává v EUnetHTA čili síti HTA agentur, ale Česká republika zatím jen přihlíží.

**Přejeme si, aby skutečně přínosné a nákladově efektivní inovace sloužily pacientům co nejdříve.**



# Lékárny

Dr.Max<sup>+</sup>

Vždy  
na straně  
pacienta

## Vstřícná otvírací doba

Lékárny Dr.Max  
v řadě regionů suplují  
lékárenskou pohotovost



## Úcta k tradici

Jsme moderní síť,  
ale vážíme si  
i historického dědictví



## Respekt k oboru

Farmaceutická  
laboratoř Dr.Max  
patří ke špičce v ČR



## Schopnost poradit

Lékárníci Dr.Max  
procházejí nejlepším  
systémem celoživotního  
vzdělávání



## Pomáháme ušetřit

Aktivně prováděnou  
generickou záměnou  
Dr.Max šetří pacientům  
ročně desítky milionů korun



[www.drmax.cz](http://www.drmax.cz)

# Agenta si vybírejme sami

Zvyšovat spokojenost pacientů a podporovat inovace směřující k vyšší kvalitě a někdy i snížení ceny díky konkurenci neznámá nechat poskytovat kohokoliv cokoliv.



*Pavel Hroboň*

ADVANCE HEALTHCARE MANAGEMENT INSTITUTE

**K**aždý, kdo osobně zažil systém komunistického zdravotnictví s jeho přiřazením každého občana k jednomu lékaři nebo do jedné nemocnice podle místa bydliště (i když protekce a korupce dokázala hodně), nepochybuje o přínosu výběru mezi několika poskytovateli zdravotních služeb.

Neduhy centrálně řízeného zdravotnictví bez konkurence ovšem nebyly omezeny na země sovětského tábora. Podobné zážitky měli i uživatelé anglické národní zdravotní služby před jejími reformami a dalších státem vlastněných a řízených systémů. Prostě a jednoduše, když mám jako poskytovatel zdravotních služeb zaručen

Počet operací kyčelního kloubu, které se dají udělat na jednom operačním sále za jeden den, se mezi poskytovateli liší až několikanásobně

přísun veřejných peněz a vím, že moji pacienti nemohou lehce odejít za lepším jinam, proč bych se snažil vyjít jim vstříc? Nejde jen o osobní zážitky, někdy úsměvné, někdy doslova kruté až smrtící. Mnohem delší čekací doby na jakákoliv vyšetření nebo zákroky ve zdravotních systémech bez konkurence jasně ukazují i statistiky.

Používat konkurenci poskytovatelů jako nástroj pro zvýšení spokojenosti pacientů a podporu inova-

cí směřujících k vyšší kvalitě a někdy i snížení ceny neznámá nechat poskytovat kohokoliv cokoliv (jak se v Čechách v devadesátých letech občas dělo). Vysoce specializované výkony samozřejmě patří jen na pár vybraných pracovištích. Konkurenci a centralizaci specializované péče ale lze dobře vyvážit, jak vidíme v mnoha příkladech ze zahraničí.

Týká se to třeba zmiňované Velké Británie, která nejen umožnila občanům výběr poskytovatele a pootevřela brány veřejně financovaného zdravotnictví i soukromým poskytovatelům, ale také snížila množství poskytovatelů zejména specializované péče, včetně slučování univerzitních nemocnic. Taková redukce ale musí mít své hranice, jinak zcela zničíme konkurenci a snadno se dostaneme do závislosti na jednom poskytovateli.

Kromě zlepšení vstřícnosti vůči pacientovi a umožnění výběru je konkurence skvělým motorem pro zavádění inovací a snižování ceny. Stačí se podívat na ceny domácí elektroniky v posledních deseti letech. Pokud nezvýším kvalitu a nesnížím cenu já, udělá to někdo jiný a přetáhne mi zákazníky. Můžete se ptát, kde je prostor pro snížení ceny ve zdravotnictví. Nemusí být na úkor kvality léčby? Určitě ne. Příkladem změn zvyšujících kvalitu a snižujících cenu je mnoho. Začneme třeba lepším využitím kapacit a organizací péče. Možná se budete divit, ale počet operací kyčelního kloubu, které se dají udělat na jednom operačním sále za jeden den, se mezi poskytovateli liší až několikanásobně. Přidejme





Foto: Isifa, MAFRA, František Víček

# Největší byznys na světě

Žádný zdravotní systém nedokáže dohnat technologický pokrok, který jde rychle kupředu. Všude se proto musejí dělat reformy, nebo alespoň pokusy o ně, tvrdí neurochirurg Vladimír Beneš.

Marcela Alföldi Šperkerová, Lidové noviny

## Je podle vás chyba rušit regulační poplatky?

Třicet korun je jedno euro, to je asi cena za použití toalety na dálnici v Německu. Asi byla chyba, že se jim říkalo regulační, ale velký smysl měly. I když ne finanční, ale psychologický, že péče není zadarmo. U nás na klinice si jediný člověk stěžoval na třicet korun a byl to velmi vysoký politik sociální demokracie. A jedna jediná pacientka si stěžovala na stokorunu za den na lůžku. S touto ženou jsme si totiž nevěděli rady a měli jsme strach jí ublížit, chodili jsme kolem ní po špičkách, stále ji vyšetřovali. Po deseti dnech této pacientce ruply nervy a řekla, že jde domů, že nevíme, co s ní dělat a že už jí to stálo hodně peněz. Došla jsem ji chápal.

Poplatky přece šlo udělat selektivně, nikdo by je nechtěl po důchodcích, po dětech. To ale není hlavní problém. Hlavní problém je normální komerční zdravotní připojištění. Já sázím na to, že se mi něco stane, tak se pojistím. Pojišťovna sází na to, že se mi nic nestane, a proto mě pojistí. Pokud budu pojištěný, automaticky budu mít v nemocnici pokoj sám pro sebe, automaticky se dostanu v pořádku dříve na řadu, automaticky si na mě udělá čas šéf

kliniky. Na tom přece není nic asociálního. Auta si pojišťujeme všichni, tak proč ne zdraví, které je mnohem cennější.

## Loňský rok byl pro nemocnice hodně hubený. Projevilo se to nějak na kvalitě poskytované péče, třeba oproti letošku, kdy je peněz více?

Myslím, že ne. Ve velkém množství se dají tyto výkyvy vykryt. Naše klinika funguje stále stejně. Možná je to tím, že jsem přirozeně spořivý,

## VLADIMÍR BENEŠ

Přednostou Neurochirurgické kliniky Ústřední vojenské nemocnice je od roku 1997. V osmdesátých letech absolvoval neurochirurgický kurz Evropské asociace neurochirurgických společností (EANS) a více než rok strávil na stipendijním pobytu v Barrow Neurological Institute ve Phoenixu v Arizoně. V roce 2002 byl jmenován profesorem neurochirurgie. Ve stejném roce se stal předsedou České neurochirurgické společnosti a před třemi lety prezidentem EANS. Je členem řady dalších odborných lékařských společností v Česku i ve světě.

a proto fungujeme stále stejně a náš management nám nijak nenadává. I když je neurochirurgie drahý obor a těžko se s úhradami, které jsou nastaveny léta stejně, dostaneme do černých čísel. Pacienty rozhodně neodmítáme ani se nevyhýbáme žádným výkonům. Samozřejmě, například na neurostimulace, které jsou nákladné, máme limity. Máme také stanoveny, kolikrát můžeme použít intraoperační rezonanci, což je sice fantastická věc, ale také drahá. Musíme se do limitů vejít, ale svým způsobem to jde. Nevím, jestli jsme výjimka.

## No, nemocnice křičí hodně...

Jak kdo. Vždyť špitál je jako normální podnik. Pravidla se zase až tak moc neliší a najednou jedna nemocnice má sto milionů korun dluhu a nemocnice vedle funguje dobře. Někde bude asi chyba.

## Co si myslíte o organizaci českého zdravotního systému?

Ve skutečnosti není zdravotní systém úplně dobře zorganizován nikde na světě, stejně jako není nikde financovatelný. Zdravotnictví je zcela nepochybně největší byznys na světě. A žádný systém nedokáže

dohnat technologický pokrok, který jde rychle kupředu. Ve všemožných oblastech můžeme nabízet pacientům čím dál více metod, ale samozřejmě je to drahé. Žádný systém se proto není schopen v dlouhodobé perspektivě ufinancovat a všude se musejí dělat reformy, nebo alespoň pokusy o ně. Všude se musí šetřit a my v tom nejsme nijak specifictí ani výjimeční.

### **Jsou výdaje na jednotlivé segmenty dobře rozloženy, když polovina z nich jde za nemocnicemi?**

Nevím, jestli to má být polovina, čtvrtina nebo dvě třetiny. Za nemocnicemi by ale opravdu měla jít hlavní část pojištění, protože je to náročná péče z toho prostého důvodu, že člověk si ji není schopen poskytnout sám. A protože nemáme žádnou spoluúčasť, platíme všechno, všude a všem. A to je asi špatně. Hospitalizační péče by měla spotřebovat maximum, to ostatní si může člověk v podstatě hradit sám. Zase s výjimkami jako u poplatků.

### **Ale kritizuje se, že síť nemocnic, kterých máme přes 180, je příliš hustá. Myslíte, že je péče poskytována efektivně?**

Ano, máme moc nemocnic. Po komunismu jsme se rozhodli, že jsme všichni na stejné úrovni a zrušili jsme centralizaci. Tedy krajské a fakultní nemocnice, které byly odborně nadřazeny okresním. Nyní neexistuje žádné nařízení, že by kdekoli nemohli léčit cokoli. Každou chvíli je v bulvárních plátcích zpráva: unikátní operace kdesi na okrese nebo na ještě nižší úrovni. To je hloupost. Přirozená centralizace musí být. Někde vzniká spontánně, jako například v západních či jižních Čechách, ale kupříkladu v Praze, Brně, Ostravě je již na jednom místě trochu moc nemocnic. A pak existují zařízení kdesi pod okresními nemocnicemi, jejichž smysl je mi utajený.

Není problém sehnat ke každé posteli pacienta. Kdyby člověk peč-

livě prošel jakoukoliv nemocnici, mohl by asi polovičku pacientů propustit do domácího ošetřování. Jenže u nás je zvykem v nemocnici ležet, a že je to drahý špás, je jiná věc. To je však problém politický. Každý chce mít u sebe maličkou nemocnici v malém městečku, i když je lepší jet dvacet kilometrů do okresního města do kvalitnější nemocnice, kde bude lepší vybavení, víc lidí, víc zkušeností.

Naši bolesti je, že zdravotní péče jde za pacientem. Máme dané dojezdové časy sanitek. Když někdo chce ale bydlet na samotě uprostřed přírody, platí za to tím, že tam sanitka do pěti minut prostě nedojede. Ani indiáni z kmene Navahů v Arizoně nepočítají, že k nim sanitka dojede rychle.

### **Exministr Leoš Heger se pokoušel ve spolupráci se zdravotními pojišťovkami síť nemocnic restrukturalizovat. Projekt se nicméně nepovedlo dokončit.**

Něco přece. Naneštěstí pan ministr ztratil po akci „Děkujeme, odcházíme“ kredit a možnost ještě něco dokázat. Vznikají ovšem centra excelence. Například komplexních cerebrovaskulárních center, která mají všechno vybavení na veškerou péči o cévní onemocnění mozku, je v republice deset. To je absolutně logické, protože republika má deset milionů obyvatel, takže máme jedno centrum na milion lidí.

Vznikají komplexní onkologická centra, kardiologická. V některých oblastech se centralizace daří, ale jde hrozně pomalu a jaksi škobrtavě. A vždycky ten, kdo se do centra nedostane nebo na ně nemá vybavení či personál, chtěl by status získat. Takže se asi budou centra rozrůstat, protože republika je malý rybník a všichni mají někde kamarády. A my jsme zvyklí věci řešit přes známé a ne přímo.

### **Jak říkáte, centralizace superspecializované péče se do jisté míry**

### **povedla. Ale pak už asi moc nefunguje spolupráce směrem dolů.**

My jsme totiž země s asi největším rovnostářstvím na světě. Všechno všem, všichni jsme si rovni, všichni máme nárok na totéž, všichni musíme dostat úplně to samé od státu. To není jen ve zdravotnictví, ale všude. A bohužel převládá, že jsme si všichni rovni i v hloubce odbornosti. Potom to končí jako ve školách, kde se třída pohybuje podle toho nejhlupejšího. Takže i když vyrobíme deset center, pohybujeme se podle toho nejslabšího, protože ten se do třídy také musí vejít.

Nejsme schopni říci, co je centrum excelence a že další opravdu nejsou na stejné úrovni. Je přece přitom logické, že existuje hierarchizace a určitý rozdíl v kvalitě. Ale my si to nejsme schopni přiznat a pak vznikají animozity a závisti, pocity méněcennosti, či naopak nadřazenosti. A na druhou stranu perzekuujeme zámožné, kteří by si byli třeba ochotni připlatit, ale nemohou.

### **Měly by podle vás nemocniční i ambulantní sféru racionalizovat pojišťovny, když péči pro své klienty nakupují?**

Přesně tak. Rozhoduje ten, kdo drží peníze. Pojišťovny ale bohužel také fungují na politickou zakázku. A politici zavedené pořádky nezmění. Bojí se, že nebudou zvoleni, pokud by nemocnici zrušili. Ani my doktoři to měnit nebudeme, protože bychom si řezali větev sami pod sebou. To je hloupost. Takže správně by to měly dělat pojišťovny. Ty ale jednak mají politické zadání a jednak je systém tak složitý a je natolik svízelné ho měnit, že asi ani ony nemají správnou razanci. Snaží se proto po malých krůčcích. A evoluce je vždy lepší než revoluce.

### **Česká lékařská komora začala zase hrozit, že rostou počty lékařů, kteří odcházejí kvůli nízkým platům za**

### prací do zahraničí. Je to podle vás velký problém?

I hloupý Honza šel do světa, ne? Vrátil se se zkušenostmi, uměl jazyky a získal půlku království. Po škole by měl jít pomalu každý povinně na zkušenou. To je jen dobře. Naučí se jazyk, uvidí něco jiného. I když se nevrátí všichni, je to nesmírně cenné. Kdo chce poděkovat a jít na chvíli ven, tomu bych výjezd s radostí podepsal.

Lékařů máme dost. Jejich nedostatek vyrobilo nařízení o pracovní době, které vymyslela Evropská unie. Tam, kde dříve stačilo pět doktorů, je jich nyní potřeba deset. A kvůli tomuto nařízení je zdánlivý nedostatek doktorů všude v Evropě, protože musí domů po práci. Nesmějí pracovat déle než šest hodin v jednom tahu a déle než 42,5 hodiny týdně. Pořád je někdo doma a odpočívá, a proto jich není dost na to, aby poskytli potřebnou péči.

### A jak řešíte, když se komplikovaná operace protáhne přes šest hodin?

Podle zákoníku práce bych měl přestat operovat a práci by měl dodělat někdo jiný. Už vidím, jak říkám pacientovi, že zákrok bude dlouho trvat, ale nebojte, na sál přijde místo mě někdo další.

Přináší to s sebou fantastické kuriozity. Kamarád z Holandska mi vyprávěl, že měl odpoledne absolutní ojedinelost k operování. Kolega se na operaci strašně těšil. Asistovat mu měl rezident z jiného oddělení, který byl právě u něj na kolečku. Ale po půlhodině, kdy ještě vůbec nevěděli, jak se bude případ vyvíjet, kluk najednou ze sálu odešel. Kolega tedy poslal sestru, ať se jde podívat, jestli mu třeba není špatně. Nebylo. Převlékal se v šatně s tím, že jde domů, protože mu skončila směna. To je absurdní.

V Německu přijde pan profesor, protože se tam na něj tato nařízení na rozdíl od Česka nevztahují, sám si připraví přístup do hlavy, i když by to měl dělat sekundář, aby se učil. Potom přijde odpočatý sekundář, asistuje mu při resekci nádoru, a zase odejde. Ránu pak látá pan profesor,

protože mladý doktor má už zase odpracované hodiny.

### To jsou přece věci, které systém prodražují a snižují jeho efektivitu?

Ano. A tím, že zmizelo deset tisíc hodin v zaškolení chirurga, nevychováme dostatečně kvalitní lidi. Teď je rezidentů všude hrozně moc, takže nemají co na práci. Existuje plno odborných článků, jak zkrácení pracovní doby poškodilo péči o pacienty. Ale na to nikdo neslyší, jde přece o péči o pracující. Jsme na stejné úrovni jako dělník u pásu, unavíme se a chceme domů a chceme být co nejméně v nemocnici.

### Přitom asi málokdo z mediků předpokládá, že bude mít jasně danou práci od osmi do čtyř odpoledne?

Samozřejmě. První půlku života mě hlídali, jestli neutíkám domů a druhou půlku života mě budou hlídat, jestli nejsem v nemocnici moc dlouho. Kamarád šéfuje velkou kliniku v Mnichově a jeho doktoři mají takové jakoby tachografy. Přišla paní z magistrátu na kontrolu a povídá: vaši doktoři jsou v práci moc dlouho. A on se slovy, že je práce baví, paní vyhnal. Jenže ona přišla podruhé a přinesla pokutu. Musel zaplatit ze svého 15 tisíc eur, protože jeho sekundáři chtěli pracovat. Je to absurdní, ale Vladimíru Špidlovi se toto nařízení líbilo. A on byl v Unii, když se schvalovalo. I mezi lékaři se najdou lidé, kterým se líbí, protože mají k medicíně vztah dělníka od pásu.

### Takové omezení je asi přísnější než za komunistů.

Ano, to je. Američané si omezili pracovní dobu na 80 hodin, což je dvakrát víc než u nás. Přesto mají z velkých statistik prokázáno, že se péče spíše zhoršila, než zlepšila. A také se potvrdilo, jak nedostatečná je výchova mladých lékařů. Toto omezení medicíně neprospělo, protože pacient nemá svého zapáleného doktora. Jeden ho přijme, ale pak musí jít od-



Foto: Isifa, MAFRA, František Vlček

počítat domů. Druhý mu dá medikaci, ani toho už pacient znova nevidí. Třetí, který zrovna přišel z domova, ho odoperuje a čtvrtý mu píše propouštěcí zprávu. Pacient pak neví, koho se má na co zeptat. A z doktorů ho nikdo dobře nezná.

**Neurochirurgie je špičkový obor. Registrujete o ni velký zájem mezi mediky?**

Už ani tolik ne. Dříve se tady dveře netrhly, teď si lidé snadno spočtou, že je to složitý, svízelný obor a v této zemi není na soukromou praxi. Všichni fungujeme jen v nemocnicích.

Na druhou stranu vidím v evropské asociaci, že je dost Čechů, kteří po škole odešli a dělají si rezidenturu v Německu, Anglii. Doufáme, že se někteří vrátí, až si dodělají atestace.

**Podniky si stěžují, že se snižuje kvalita absolventů v podstatě všech stupňů škol. Pociťujete tento propad i v medicíně?**

Ano. Existuje politika, že každý musí být vysokoškolákem, takže medicína není tak atraktivní. Je zjevné,

že nevydělá tolik peněz jako práva či byznys. A je to dlouhé studium, nejprve šest let na škole, pak tři až pět let atestace. Člověk se může začít rozhlížet až v pětatřiceti a něco budovat, přitom jeho spolužáci právníci již mají zajatou praxi a slušně vydělávají. Ale stále jsou mezi mediky lidé, pro které je tato profese vším, baví je a dávají jí hodně. A to jsou osvěžující momenty.

**Zvlášť pro ženy je asi tato profese komplikovanější, když chtějí mít děti a ve stejné době by měly stíhat atestace.**

To sice ano, ale obecně je mezi lékaři víc žen, a to i ve světě. A některé oblasti, třeba dětské lékařství, dělají téměř výhradně ženy a jsou v tom vynikající. Dokonce i v neurochirurgii, kde dříve vůbec ženy nebyly, se teď objevují. Pár německých kolegů mi říkalo, že dávají přednost děvčatům, když vybírají sekundáře. Jsou pečlivější, nic nenechají plavat. Na klinice už také máme mezi lékaři děvčata.

**Opět se začalo diskutovat o povinném členství v České lékařské komoře. Jak se díváte na její fungování?**

Myslím, že by se mělo zachovat povinné členství, ale komora by se měla chovat jako cech. A ne jako odbory nebo jako politická síla. Směřování komory, jak ji vede její představenstvo, mi nekonvenuje. Je tam moc odborářství.

**Zajímavé je, že je komora zaměřená hodně nalevo, nemyslíte?**

No, přesně, měla by být naopak pracivová, protože levicové jsou odbory. Komoru kdysi ovládl Lékařský odborový klub a od té doby je taková.

**Na stránkách časopisu komory se rozhořel v poslední době boj jednotlivými lékařskými odbornostmi v souvislosti s plánovanými změnami v organizaci atestací. Chápete, proč mezi sebou tak bojují?**

To je logické, jde o peníze a prestiž. Na vzdělávání byla vyčleněna miliarda korun a tu chtěla komora, fakulty. Bohužel to prohrál Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, původní doškolovací ústav.

Předtím byl náš systém perfektní, ale zrušili jsme ho. A opět se prosadil princip, že jsme všichni stejní





a všichni můžeme vyučovat. Teď je systém roztržštěný.

### **Jak se díváte na návrh, že právo školit by měla mít všechna pracoviště?**

Opět všichni všechno a všem. V zásadě je to obor od oboru, malé na méně místech, velké na více pracovištích. Systém poctivých akreditací by to vyřešil snadno. Ale náš původní centralizovaný systém nám ostatní země záviděly. Fungoval dobře. I forma dvou stupňů atestací měla něco do sebe. Exministrně zdravotnictví Marie Součková ovšem zavedla asi 80 oborů. Vždy se věnovala léčbě kyslíkem, hyperbarické komoře, takže i na ni zavedla specializaci. Představte si, že byste absolvovala tuto atestaci. Co byste řekla v zahraničí? Já jsem doktorka přes kyslík? To by se vám všude vysmáli.

### **Některé obory si dost chrání, kolik lidí na ně půjde, že?**

Určitě. Ale vůbec to není systémové. Jestli například někdo půjde na neurochirurgii, u nás závisí na tom, zda konkrétní šéf zrovna někoho potřebuje, nebo ne. Jestlipak ho dokáže i k profesi vychovat, už se nikdo neptá. V zahraničí je většinou daný počet, kolik lidí se může na obor vzít. Byl jsem v Americe na super prestižním pracovišti a ti věděli, že mohou vzít dva rezidenty ročně. Přihlásilo se sto lidí a vybrali dva. Víc jich vzít nesměli, méně také ne. A stejně to funguje jinde, u nás ne.

### **České zdravotnictví potřebuje ještě daleko více změn, nemyslíte?**

Komunismus byl tak na hlavu postavený, že musel mít aspoň logistiku slušnou, aby přežil. Takže deset krajů na deset milionů obyvatel bylo dobře. Deset okresů do jednoho kraje po sto tisících obyvatel také mělo logiku. Jeden okresní špitál na těch sto tisíc lidí, na to přijde i hlupák. Ale my jsme se po revoluci rozhodli, že bylo všechno špatně, a všechno jsme zrušili. A nechali jsme to přiro-

zenému vývoji, protože nám bývaly pan prezident řekl, že všechno vyřeší neviditelná ruka trhu. Jenže v medicíně ruka trhu úplně nefunguje.

### **Pacient neví, co mu je a jakou léčbu potřebuje. Je na lékaři, co všechno mu předepíše, udělá, kam ho pošle. Spotřeba není problém?**

V každém oboru máte relativní indikace. Máte třeba dáno, že diabetes začíná s glykemií nad sedm. A když potřebujete víc pacientů, řekne se, že je hranicí šest a půl. Najednou máte plno pacientů a můžete léčit. U nás jsou relativní indikací výhřezy plotýnek. Lze je léčit konzervativně, nebo operovat. Dokud se na ně v Praze specializovala jen naše klinika, operovalo se jich 250 za rok. Teď se jich operují tři tisíce. Pacientům se neuškodí, ale mnohdy by jim šlo pomoci i bez operace. A nejlepší operace je žádná operace.

### **Podobné to je například u syndromu karpálního tunelu.**

To také. Jsou pracoviště, které jich udělají skoro tisíc za rok. Je to rychlá operace. I když jste pomalá, za pět minut budete hotová. A když je pacient dobře indikovaný, je to nesmírně efektivní operace. Kolik jich je v Česku zbytečných, však odhadnout nedokážu.

### **Máte pocit, že se mění přístup pacientů? Jsou drzejší?**

Ano, ale není to tak často. Když je člověk nemocný, přece jenom po mně něco chce, a tedy mi nebude nadávat. Změnilo se ale něco jiného. Za komunistů převládal komunální pacient: tady mě máte a lečte mě. Ti existují dodnes, i když už jich není tolik. Pak jsou lidé, kteří si svou chorobu prostudují na internetu do posledního puntíku a pak mě z toho zkoušejí. Vy jste nečetl, co včera vyšlo ve Rwanda Daily? S těmi je svízel. A potom je velká skupina a ta je nejlepší. Jsou to normální, rozumní lidé, u nichž ani nezáleží na vzdělání, a ti se zajímají

o to, co jim je, co s nimi budeme dělat, proč, co od toho očekáváme, jaká je prognóza. Pokládají realistické, rozumné dotazy. Nejlepší pak je, že takovému člověku vysvětlíte, oč jde, a on se dokáže rozhodnout sám.

### **Když máte před sebou pacienta, jehož nemoc je nevyléčitelná, jakou volíte taktiku? Řeknete mu celou pravdu?**

Je to individuální. Držím se ale vždy zásady nedávat nevyléčitelně nemocnému naději, ale ani mu ji nebrat. Jiné je to s příbuzenstvem. Manželce nebo manželovi řeknu plnou pravdu, natvrdo se vším všudy. Mají na to právo. S výhradou situací, kdy si to nemocný výslovně nepřeje. V zásadě je nemocný tím, kdo finálně o všem rozhoduje. Je zajímavé, že u pacientů funguje nějaká psychologická brzda. Například pokud někomu řeknete, že musí po operaci na ozařování, což je jasný znak, že jeho stav není moc dobrý, nezeptá se, jak dlouho mu ještě zbývá. Jen absolutní menšina lidí se na časovou relaci ptá.

### **Má podle vás medicína za každou cenu léčit akutní příznaky pozdních stádií nevyléčitelných pacientů?**

Většinou si lidé v posledních dvou týdnech života vyberou všechno, co do pojištění vložili za celý život. Dostanou například pátou řadu cytostatik týden před smrtí. To je ale špatně. O postupu se musí uvažovat realisticky a je potřeba určité soucítění. Postupy, o nichž mluvíte a které se nejčastěji objevují u onkologicky nemocných, zavánějí totiž dystanazií, takzvanou zadržanou smrtí. Nejenže je to drahé, ale pro nemocného to není ani dobře. Problém je v tom, že v Česku asi neumíme důstojně umírat. I otázka umírání musí být záležitostí selského rozumu a empatie, kdy hledáme, co je pro konkrétního člověka nejlepší. Nemá smysl začínat s léčbou u nemocného, kdy již víte, že to nedopadne dobře. Opak bývá mnohdy milosrdnější a lepší řešení.



# Všem všechno, ale někomu víc

Aby české zdravotnictví fungovalo, je nutné začít měřit jeho kvalitu ve všech segmentech. A pak už jen zajistit stabilní rozpočet, jasné podmínky a rovný přístup.

*Marcela Alföldi Šperkerová, Lidové noviny*

S naha o reformu tuzemského zdravotnictví zašla na úbytě. Ještě před pár lety se jak mezi odborníky, tak na politické úrovni otevřeně hovořilo o potřebě najít směr, kudy se vydat. Čas přece jen pracuje proti nám. Diskuse však v poslední době víceméně utichly, jako by se všichni zúčastnění uspokojili stavem, který panuje. Nyní se tak pouze bádá nad tím, jak dostat do zdravotnictví více peněz, aby to voliče alespoň na první pohled nebolo. Pokud se ale nebudeme pokoušet narovnat více či méně pokřivené vztahy mezi plátcí zdravotní péče, jejími poskytovateli a pacienty na jedné straně a státem – coby garantem rozsahu a úrovně poskytované péče – míříme nejkratší cestou do pekel. Zdravotnictví v současném českém podání je bezedná studna.

Žádná z názorových skupin vzniklých v minulosti nedokázala udržet diskusi o podobě zdravotní-

ho systému ani jedno celé volební období, natož déle. (Podrobněji o pokusech o reformu na str. 23.) Ministři se v tomto resortu vyznačují jednou z nejkratších životností, přičemž nejdéle ve funkci vydržel Leoš Heger, a to bez tří dnů tři roky. Pravidelně se tak střídají plány, jak systém tu a tam pozměňovat, aniž by se udržela jednotná linie, kterou by další politická reprezentace mohla dále kultivovat.

**Žádnému ze stakeholderů se většinou nevyplácí se v režimu často se měnících podmínek a náhodných dotací chovat seriózně**

Klíčové ideje, jež by měly být základem kontinuity, se navrch pohybují doslova ode zdi ke zdi. Od státem kompletně spravovaného systému, tedy zdravotní pokladny, nemocniční sítě a poliklinik, až po nápad privatizovat téměř cokoli, co se systému dotýká. Ještě horší je ovšem skutečnost,

že se většinou žádnému ze stakeholderů nevyplácí v režimu často se měnících podmínek a náhodných dotací chovat seriózně.

## Čtyři součásti trojúhelníku

V českém zdravotnictví chybí motivace počínat si efektivně. To se týká všech tří vrcholů trojúhelníku, které systém utvářejí: ať už jde o zdravot-

ní pojišťovny, poskytovatele péče, anebo pacienty. Namísto toho vítězí v podstatě komunistický princip „všem všechno, ale někomu víc“. Většina problémů se přitom šíří ze středu načrtnutého trojúhelníku, tedy od státu, jehož zástupci se často chovají netransparentně a nelogicky.

Výsledkem je zmatek, nejistota, nerovné podmínky v přístupu k péči i k financím tekoucím do systému, plýtvání či korupce, ale také podléčenost populace, ať už o ní mluvíme oborově, regionálně či sociálně.

Potíže se vyskytují všude: ve fungování plátců, v neefektivní a nerovnoměrné lůžkové síti, v přebujelé ambulantní sféře, aniž by se kladl důraz na důležitost primární péče, v přístupu občanů k péči o vlastní zdraví a stejně tak v přístupu k pacientům. Specifické obtíže potom přináší míra zpolitizování mnoha úrovní systému, čímž vzniká nepřehledný, neefektivní splepenec, který se chová racionálně vždy jen ve prospěch té které konkrétní party, která se zrovna ocitla u moci či v její blízkosti.

Přestože základní diskuse dávno proběhly, nedaří se prosadit ani ten nejjednodušší krok, totiž racionalizovat fungování zdravotních pojišťoven. Ty v podstatě – i kvůli politickému tlaku – stále pouze přerozdělují vybrané zdravotnické odvody, aniž by daly svým pojištěncům vyjma náborového lákání nových duší pocítit, že jsou jejich hýčkanými klienty.

Namísto toho se část vládní garnitury, aktivně podporovaná mimo

jiné některými představiteli lékařské komory, snaží dosavadní pluralitní systém přetvořit v monopolní přerozdělovnu, kterou by mohla skupinka vyvolených snadněji ovládat a kormidlovat v tom kterém okamžiku „žádoucím“ směrem. Pochybný záměr přitom podporují chabými argumenty typu, že se ušetří na režii. To lze však lehce vyvrátit mezinárodním srovnáním. Jak dokazují data Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD), tuzemské zdravotní pojištnictví je zdaleka nejlevnější ze srovnávaných zemí.

### Přímé dohody zdravotních pojišťoven s lékaři či nemocnicemi o platbách za zdravotní služby jsou fakticky neuskutečnitelné

#### Jak se zbavit přítěže

Pojišťovny nemohou vytvářet s pomocí smluv takovou síť poskytovatelů, která by vyhovovala potřebám jejich klientů a zároveň jim nabízel alespoň zdání jisté kvality. Musí sice dodržovat nařízení o místní a časové dostupnosti péče, jenže nemají kompetence k tomu, aby přinutily posky-

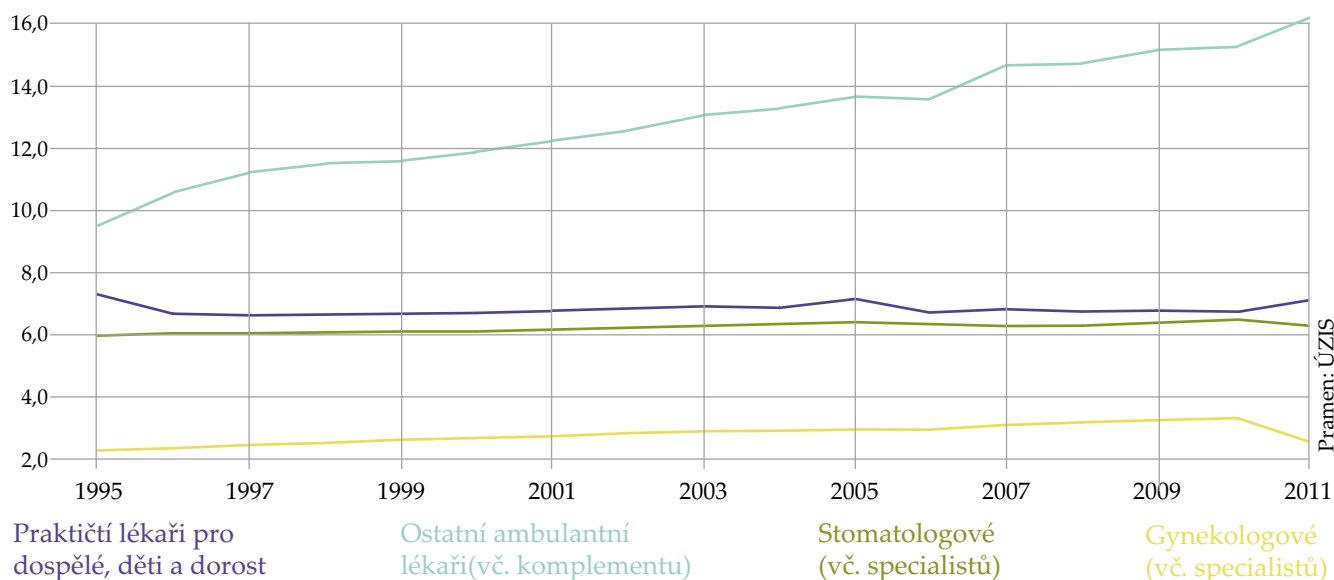
tovatele nabízet konkrétní typ služeb tam, kde chybějí. Ve stejném duchu nemají šanci rušit smlouvy s články systému, které jsou jeho přítěží.

Přitom přinejmenším některé pojišťovny jsou si vědomy toho, co by chtěly a měly pro své pojištěnce zajišťovat. Jenže přímé dohody s lékaři či nemocnicemi o platbách za zdravotní služby jsou fakticky neuskutečnitelné, takže pojišťovny nakonec platí podle úhradové vyhlášky. A tu připravuje ministerstvo zdravotnictví podle svých aktuálních preferencí vyplývajících z toho, že je tento zřizovatel části poskytovatelů jednak reprezentantem státu, jenž ovládá Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP), a jednak ho řídí politický aparát, který si potřebuje kupovat hlasy voličů nebo kupčit s jinými stranami.

Chování pojišťoven – a to jak ekonomické, tak ve vztahu k pojištěncům – zároveň není konzistentně sledováno. I to může být jedním z důvodů, proč se nedaří vybudovat klasický vztah mezi institucí a klientem.

Kroky managementu pojišťoven sice podléhají kontrole správní radou, ta ale nenesou odpovědnost za svá rozhodnutí. Nelogické je

## AMBULANTNÍCH LÉKAŘŮ JE ČÍM DÁL VÍCE (počet lékařů v ČR na 10 000 obyvatel)



rovněž souběžné působení dozorčí rady. Zejména v případě VZP jsou oba řídicí orgány rady zpolitizované a zbytečně mnohohlavé a jejich výstupy čas od času podléhají jiným motivacím, než by vyžadovalo zdravé řízení podniku. Přirozené konkurenci na trhu navíc odporuje nerovné nastavení podmínek pro fungování zdravotních pojišťoven. Například VZP na rozdíl od svých konkurentek ze zákona nemůže zkrachovat.

### Neslavně odpískaná restrukturalizace

Bezzubost pojišťoven a ministerstva se projevila například v neslavně ukončeném plánu restrukturalizovat nemocniční síť. Změny měly nastat ve struktuře sítě zdravotnických zařízení, v koncentraci péče ve vybraných oborech nebo některých výkonů do vytipovaných přirozených spádových center. Jak dokladují mezinárodní statistiky, v Česku je navzdory pozvolnému úbytku stále poměrně vysoký počet akutních lůžek. Kapacita neodpovídá moderní diagnostice a novým léčebným postupům, které snižují potřebu hospitalizace.

Za redukcí akutních lůžek se postavila analýza OECD, jež kritizuje právě nadbytečné kapacity v nemocnicích. Na druhou stranu v některých regionech chybí rehabilitační i doléčovací kapacity. „Na přezkumu nemocniční sítě se musejí podílet hlavní zainteresované strany. Výsledkem má být celostátně odsouhlasený plán, který sníží nadbytečnou kapacitu. Stejně tak je potřeba koordinovat investice a nákup vybavení,“ radili Česku analytici OECD.

Výsledek? Několik set lůžek sice ubylo a několik malých nemocnic bylo převedeno na ambulantní péči, případně jednodenní chirurgii, ale lze pochybovat, zda byly dodrženy parametry dostupnosti konkrétního oboru a smysluplná koncentrovatost péče. Stejně tak zřejmě přežila i malá oddělení, která nesplňují požadavky minimální erudice, jak je v některých specializacích požadovány i odborné lékařské společnosti.

### V záplavě specialistů

Ředitelé krajských nemocnic jsou často dosazováni politiky s cílem hájit partikulární zájmy té které strany, takže své zařízení řídí nikoliv ná-

kladově, jak je zvykem v byznysu, ale výnosově. Peníze, které do nich přitéčou, se spotřebují a k tomu ještě malý kousek navíc, aby se nesnížil základ pro další rok.

Když úhrady nerostou, nezvedají se příliš ani náklady na léčení. A opačně, příjmové skoky jsou rychle spotřebovány. Tento přístup dostává přednost před strategickým řízením orientovaným na zvyšování kvality poskytovaných služeb a schopnost tvořit zdroje na reprodukci majetku.

Podobně rozbujelá je ambulantní síť, což je segment, který patří ve zdravotním systému k těm nejrychleji rostoucím. Dokonce i v letech rozpočtových restrikcí se mu dařilo čerpat peníze rychlejším tempem než ostatním skupinám. A platí to i v dlouhodobějším srovnání: od roku 1998 vzrostly příjmy ambulantních specialistů dvaapůlkrát, zatímco nemocnicím jen 2,3krát a výdaje za léky se zvětšily jedenapůlkrát.

Rychle nabývají rovněž počty specialistů vůči dalším ambulantním odbornostem. Zatímco praktických lékařů je dokonce o drobet méně než v roce 1990 a počty stomatologů či gynekologů zůstaly na víceméně stejné úrovni, ambu-

## AMBULANTNÍ PÉČE ROSTLA NEJRYCHLEJI (příjmy a výdaje zdravotních pojišťoven, v mld. Kč)

Příjmy z pojistného*	208,7	212,8 (+1,9%)	215,6 (+1,30 %)
Výdaje na zdravotní péči	210,0	214,4 (+2,1%)	217,7 (+1,5%)
Nemocnice	96,5	102,9 (+6,6 %)	103,7 (+1,5%)
Léky na recept	36,7	34,3 (-6,6%)	34,1 (-0,3%)
Specializovaná ambulantní péče	16,3	17,4 (+5,9%)	18,7 (+7,5%)
Pramen: ÚZIS, zdravotní pojišťovny	2009	2010	2011

Pozn.: \*bez vlivu mimořádného přerozdělení

## HENDIKEPY VYPLÝVAJÍ Z PŘEBYTKU (český zdravotní systém se mimo jiné prezentuje příliš mnoho lůžky a mnoha návštěvami u lékaře)

Pramen: OECD	Počet návštěv u lékaře na obyvatele	Akutní lůžka na 1000 obyvatel
Rakousko	6,8	5,5
<b>Česká republika</b>	<b>11,1</b>	<b>4,6</b>
Dánsko	4,7	2,5
Francie	6,7	3,4
Německo	9,7	5,4
Itálie	7,2	2,7
Nizozemsko	6,2	3,3
Polsko	7,0	4,3
Slovensko	11,2	4,4
Slovinsko	6,3	3,6
Španělsko	7,4	2,3
Švýcarsko	4,0	3,0
Velká Británie	5,0	2,3
USA	4,0	2,6
<b>průměr OECD</b>	<b>6,7</b>	<b>3,3</b>

lantních specialistů je trojnásobek. A jejich nové ordinace vznikaly i ve třech krizových letech. I v porovnání se světem disponujeme velkým množstvím specialistů, když obsazujeme stříbrnou příčku za Řeckem. Za bujení ambulancí pochopitelně mohou zčásti samy pojišťovny, protože nedokázaly proces kontrolované řídit.

Na druhou stranu se nedoceňuje role primární péče, především praktických lékařů jakožto brány do systému (takzvaný gatekeeping). Ta nejenže vede další pacientovy kroky v případě komplikovanějších obtíží, ale efektivně zvládá i prevenci chronických onemocnění, které svou masovostí nejvíce zatěžují zdravotnický rozpočet.

### DRG na hlavě postavené

Další pokřivenosti systému vyplývají z nastavených metod hrazení za péči. Seznam zdravotních výkonů zastaral již před lety, přičemž spravedlivý zřejmě nebyl nikdy. Zadělal tak na mnohé pocity ublíženosti

a křivdy mezi lékařskými obory, místo aby v souladu se svým posláním v systému hrál roli základního stavebního kamene, od něhož se odvíjejí dohody pojišťoven s nemocnicemi či ordinacemi na tom,

### Řada ředitelů nemocnice řídí nikoliv nákladově, jak je zvykem v byznysu, ale výnosově

jak budou honorovány. Dosud tak nebyla vyřešena základní technika, jak stanovit reálnou cenu kvalitních zdravotnických služeb.

Jakkoli se úhradová vyhláška zdá být konceptem, který se přežil, zatím se bez ní neobejdeme. Její chartrnou obhajitelnost nejlépe ilustruje aktuální konstrukce pro rok 2014, kdy byla zavedena takzvaná bulharská konstanta, která staví na hlavu léta opatrně zaváděnou klasifikaci klinických případů DRG (Diagnosis Related Group). Cílem bylo dorovnat platby především fakultním

nemocnicím, protože ministerstvo je jejich zřizovatelem.

Další křivdy vznikly historicky, kdy si část špitálů dokázala v devadesátých letech vydobýt pravidelný růst příjmů, ač pacientů více nebylo. Logicky proto zní jejich rovnostářské volání, aby se nemocnicím platilo za stejný výkon všude stejně. Jenže se zapomíná na to, že kapacity, které dokáží léčit erudovaněji, bez zbytečných komplikací, a tedy za přijatelnějších nákladů, by měly být za své výsledky odměněny.

### Rukojmí i upří systému

Přestože se do tuzemského zdravotnictví opět vrací princip, kdy pacienti oficiálně neplatí na ruku žádné peníze – pokud nepožadují výkony, které nespádají pod široce rozproštěný baldachýn veřejného zdravotního pojištění a vyjma doplatků za léky – stále více ordinací vybírá za služby různě nazvané dodatečné poplatky. A to přestože legislativa nic takového nepovoluje.

Zavedení nadstandardů mělo jepiči život. Místo aby se počkalo, jak se ujme první vybraná hrstka výkonů za přímou platbu, na níž se časem, až se rozkošatí, mohlo začít konstruovat komerční připojištění jakožto jeden z mála relevantních zdrojů financí pro systém, byly vyškrtuty zcela. Pacient se tak mnohdy stává rukojmím systému, který doplácí na asymetričnost medicínských znalostí.

Mnozí klienti naopak zdravotnické služby bezostyšně zneužívají a pobíhají od ordinace k ordinaci. Svědčí o tom statistiky zemí OECD, podle nichž máme jednu z nejvyšších frekvencí návštěv u lékaře.

Z dat o nákladech na jednotlivé pojištěnce podle regionů vyplývají značné disproporce, které jsou jen těžko odůvodnitelné. Podobné rozdíly se ukazují na porovnávání dostupnosti specializované péče či vybavenosti drahými přístroji. A zásadně se někdy liší i výdaje na pacienty

se stejnou diagnózou a stupněm její komplikovanosti.

Ještě mnohem smutnější je ale fakt, že i v Česku disponujeme špičkovou medicínou, ovšem velmi často se kvůli omezeným zdrojům nedostane všem, kteří by ji potřebovali. Termín „kulichové“, který zpopularizoval ředitel jedné velké nemocnice, je tak pětadvacet let po zániku Sanopzu stále aktuální. Úroveň péče se v zemi dosud plošně nstandardizovala.

Čerpání zdravotní péče nemůže být neomezené, protože neomezené nejsou zdroje, z nichž se financuje. O rozpoutání diskuse na téma, jak a kdy stanovit hranici ochoty platit za medicínskou metodu, se pokusil tým exministra Leoše Hegera. Jenže tak dlouho avizoval vznik agentury pro hodnocení zdravotnických technologií (Health Technology As-

essment, HTA), až k němu nakonec vůbec nedošlo.

Tento nástroj přitom může zvýšit efektivitu omezených zdravotnických zdrojů tím, že mezi hrazené technologie zařadí jen ty, jejichž přínosy převyšují výdaje oproti konkurenčním postupům.

### Dvě dekády řečí

K tomu, aby řízení českého zdravotnictví fungovalo bez postranních motivací, je nutné začít měřit jeho kvalitu ve všech segmentech, odbornostech i stupních specializace. A to se zatím v Česku zdá být nadlidským úkolem, protože i o tomto na první pohled zřejmém bodě se děle než dvě dekády jenom mluví.

Jisté je, že měření kvality péče nemůže být banální. Je nutné zvolit pracovanou metodu, aby ukazatele

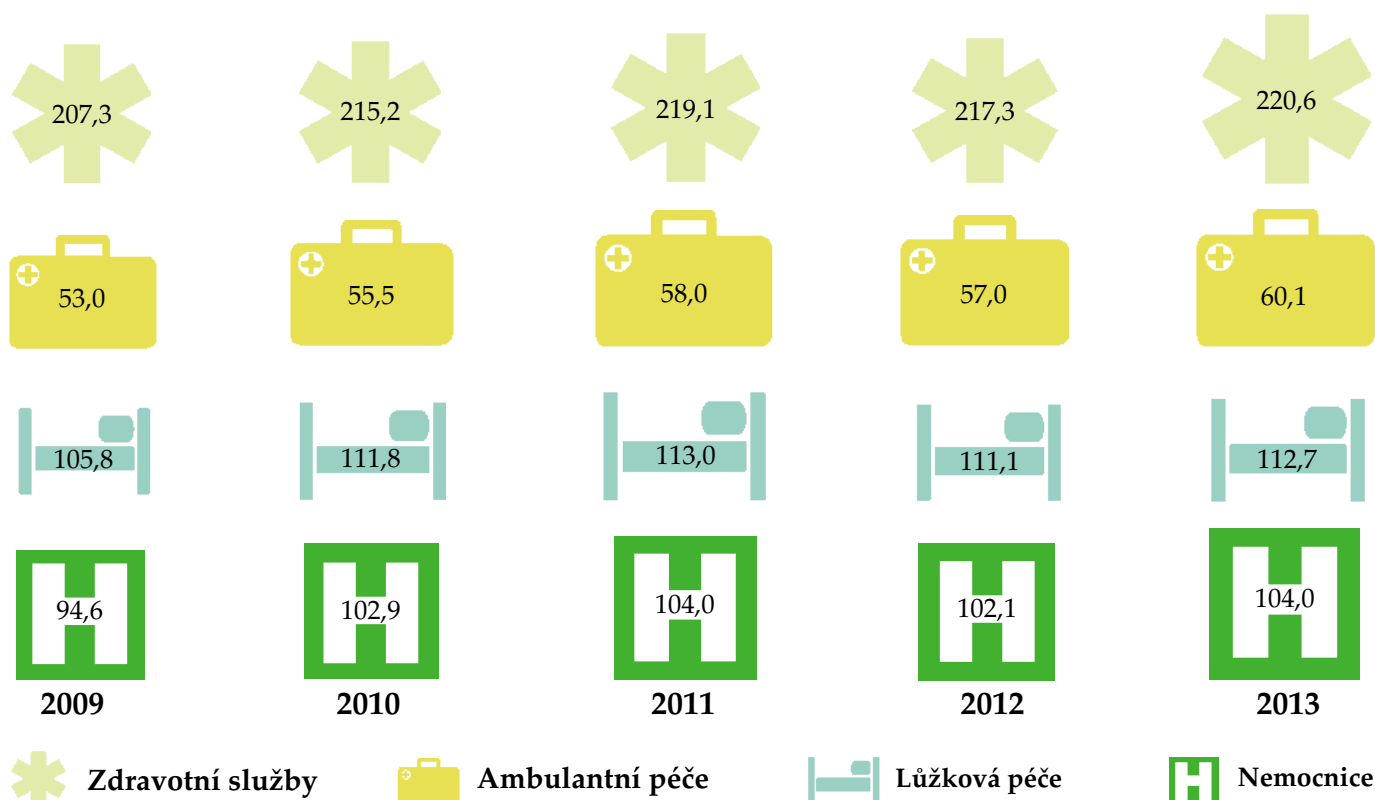
nemohly být zpochybňovány a zároveň byly srozumitelné. Prvním cílem měření kvality musí být co nejvyšší stupeň standardizace zdravotních služeb napříč systémem.

Pak už se nebudou moci pojišťovny soustředit jen na kontrolu celkových nákladů a zároveň budou moci zdůvodnit, proč s některým poskytovatelem nechtějí prodloužit smlouvu. Bude jasnější, proč se vyplatí pustit tu či onu medicínskou metodu na rozdíl od jiné do veřejného zdravotního pojištění, proč má smysl řídit pohyb pacienta po systému.

Tak se věci mají. V době stárnutí populace, tlaku na zvýšení počtu let dožitých ve zdraví, vzestupu civilizačních či chronických chorob a při rostoucích výdajích na nové technologie je třeba najít dlouhodobou vizi. A pak už jen zajistit stabilní rozpočet, jasné podmínky a rovný přístup.

## CESTA, KTERÁ VEDE VZHŮRU

(náklady pojišťoven v českém systému veřejného zdravotního pojištění, v mld. Kč)



Pramen: výroční zprávy zdravotních pojišťoven

# Socialismus v kapitalistickém prostředí

Hlasy „Přidejme nemocnicím“ jsou buď výrazem vysoké míry altruismu a solidarity, anebo spíše výrazem naprostého nepochopení veřejných financí ve zdravotnictví.



*Marek Potysz*

PŘEDSEDA DOZORČÍ RADY SPOLEČNOSTI MOJE AMBULANCE

**M**irek Zámečník mne požádal o neservilní, objektivní pohled na naše zdravotnictví. Chápu požadavek na neservilní, protože když na malém dvorku České republiky někdo napíše jakoukoliv kritiku, hned všichni přemýšlejí, kdo a na koho útočí, kdo je v pozadí. To je realita dnešního PR. České zdravotnictví je jedním slovem socialistické. A to tak, že ani Klement Gottwald by se nestyděl.

Hrajeme si na zdravotní pojištění a pojišťovny, a přitom platíme zdravotní daň. Jednotlivé skupiny přispívají velmi rozdílně, nespravedlivě a demotivačně. Všichni chápeme, že za děti a důchodce v rámci solidarity stát platí mnohem méně, než jsou náklady této skupiny, a že ekonomicky aktivní část občanů zaplatí naopak mnohem více, než spotřebuje. Je však nesmyslné, aby lidé s vyššími oficiálními a přiznanými platy přispívali do společné kasičky mnohem více než OSVČ, které často mají ekonomický prospěch ze svého podnikání daleko vyšší. To, že optimalizují daňovou povinnost, je samozřejmé a rozsah šedé ekonomiky je nemalý.

Lidé s velmi vysokými příjmy si rovněž umějí nastavit oficiální platy tak, aby platili směšně nízkou zdravotní daň. Prostředky pro vysoký životní standard získají třeba dividendou v zemi s nízkou daňovou sazbou, často v rámci Evropské unie. Tímto v naší zemi obvyklým po-

stupem obíráme schopné zaměstnance, kteří své příjmy optimalizovat neumějí a nemohou. A jsou nuceni platit vysokou zdravotní daň, přestože tolik platit nechťejí. Řešení je dávno vymyšlené. Je jím například nominální pojistné se sociální kompenzací, modely se spořicími účty, nizozemský nebo německý příklad, ale v současné době to nikdo nechce slyšet.

Stejně tak socialistické jsou úhrady za zdravotní péči. Většina poskytovatelů je odkázána na nějakou formu paušální úhrady, která velmi mizivě odráží kvalitu, efektivitu a výsledky léčby, a spíše připomíná způsob socialistické úhrady pro nemocnice. Pokud se objeví pokusy o alespoň částečné narovnání úhrad, třeba formou DRG, tak si ministerstvo pro své nemocnice vymyslí koeficient ve vzorečku stanovujícím vyhláškou úhrady. Podpoří tím neefektivní management a zakryje tristní skutečnost krajně špatně vedené vlastnické kontroly a správy svých nemocnic, hlavně tedy fakulních.

V nemocnicích už nepracuji sedm let, před tím jsem ovšem deset let působil ve vrcholném managementu, a tak si dovolím krátký a neservilní pohled. Nemocnice spotřebovávají více než polovinu všech peněz, které my občané do zdravotnictví zaplatíme. Takže hlasy z publika „Přidejme nemocnicím“ jsou buď výrazem vysoké míry altruismu a solidarity, za niž by se ani



Švéd nestyděl, nebo spíše výrazem naprostého nepochopení veřejných financí ve zdravotnictví.

Všichni víme, že nemocnic je příliš hodně, oddělení jsou zbytečně velká, spousta hospitalizací je nepotřebná nebo mají sociální charakter, pobyty na lůžku jsou zbytečně protahovány, spousta vyšetření je zbytečných. Je to nekonečný příběh. První pokusy o řešení si pamatuji z let 1997 až 1998 a stále nic. Jedním z důvodů neúspěchu je to, že občan není vtažen do problému, protože si myslí, že to neplatí. A v tom se šeredně plete.

Pozitivem současného ministra zdravotnictví je, že se do nemocnic vůbec nepouští a různými PR vystoupeními chlácholí tento doutnající průšvih. Miliarda doprava doleva zní v televizi hezky, ale ve zhruba 250 miliardách obratu českého zdravotnictví je to ekonomicky srdečně jedno.

V oblasti ambulantní péče je situace jen o málo lepší, a to díky tomu, že téměř celá ambulantní sféra je soukromá. Ale socialismus najdeme i tam. Za prvé v úhra-

### Pozitivem současného ministra zdravotnictví je, že se do nemocnic vůbec nepouští

dách. I kdyby pojišťovny chtěly, kvůli nesmyslnému rovnostářství nemají mechanismy k ocenění schopných a kvalitních a naopak k účinné penalizaci nekvality, ať už odborné nebo klientské. Za druhé, socialismus je jasně vidět v „síti“ ambulantních pracovišť, především pak v její tvorbě. Pořád přetrvávají různé komise a výběrová řízení, kde zasedají sice instituce, nicméně jejich zástupci rozhodují často na základě osobních pohnutek, lobbingu, v menších městech tak trošku „bačují“ a brání si svůj malý lokální sociál.

Zastavím se u primární péče, kde několik let působím v rámci firmy Moje ambulance. Na příkladu našeho řetězce je vidět, co v zakrnělém systému udělá konkurence. V místě, kde působíme, ostatní lékaři postupně museli přizpůsobit svou nabídku služeb, takže je najednou najdete v ordinacích i v odpoledních hodinách, snaží se organizovat objednávky pro pacienty, aby nemuseli dřepět tři hodiny v čekárně kvůli banalitě.

Po praktičích se ve vyspělých systémech chce, aby řídili pohyb pacientů po ostatních zařízeních. V tuzemsku je návštěvnost pacientů v různých zařízeních, ambulancích a stacionářích naprosto živelná, bohužel často nejen s negativním ekonomickým dopadem pro zdravotní pojišťovnu, ale i s neblahým účinkem na zdraví samotného pacienta. Pacient dostává protichůdné informace a různé léky, přičemž ve významném procentu je kombinace těchto léků od různých lékařů nevhodná až škodlivá. A přitom stačí jen velmi málo: vyžadovat vždy doporučení od praktika a zasílat vždy zprávu o průběhu a výsledku vyšetření. V době

internetu, smartphonů je to jednoduchá a nezatěžující záležitost.

Nejen v Čechách řešíme další problém praktické medicíny, a to problém generační. O obor není příliš velký zájem, a když se lékař rozhodne být praktikem, nemá to jednoduché. Musí si najít staršího kolegu, který ho vzděláváním provede. Když získá po letech atestaci, čeká, až nějaký lékař skončí, shání peníze na nákup praxe od staršího kolegy a pak teprve začne. Cesta dlouhá s nejistým koncem.

Současně v ordinacích najdete pracující lékaře ve věku i 80 let. Pro správu důchodového zabezpečení nádherný příklad a vzor pro prodlužování odchodu do důchodu. Pro zdravotní systém jistá komplikace. Nikdo nemůže přece po 80letém lékaři povinně chtít práci v elektronické dokumentaci, sdílení dat v cloudu, práci s e-receptem. Jsou samozřejmě lékaři ve vyšším věku, kteří drží krok s dobou, ale většina to není. Před pár lety mne jedna starší lékařka-praktička po seznámení s modelem práce společnosti Moje ambulance a jejím agresivním marketingem nařkla, že jsem komunista. Jak hluboce se spletla...

Dlouhodobým problémem ambulantního systému je nízká kompetence praktiků a zbytečné nadužívání odborných ambulancí. Příčina je multifaktoriální: nízká motivace praktiků, blokáce odborné práce ze stran zdravotní pojišťovny, udržování postoje odborných společností a bránění zájmů jejich odborné skupiny z ekonomických důvodů a řada dalších. Stav se pomalu mění k lepšímu, s prospěchem pro pacienty a zdravotní pojišťovny.

Posledním krokem je návrat léčby nekomplikovaného diabetu do kompetence praktiků a chystají se další diagnostické skupiny. Cílem je zjednodušit přístup pacienta k péči, odstranit zbytečné regulace a zlevnit systém.

Pokud má systém fungovat efektivně, praktik musí být pokaždé vstupem pacienta do odborných ambulancí a současně organizátorem jeho péče. Prvotním krokem by navíc měla být snaha praktika v rámci možnosti vyřešit zdravotní problém pacienta už na své úrovni. Tím by se zamezilo tomu, co je dnes běžným jevem – každý si chodí kam, chce, dělá si, co chce, předepsané léky si často ani nevyzvedne, anebo je pak zahodí. Je zahlcen spoustou informací, jimž ve finále stejně nerozumí. A uprostřed tohoto zdravotního socialismu je občan. A je stejně nechápavý a dezorientovaný, jako kdysi my dříve narození, kteří si ještě minulý režim pamatují.

Občan je předně trvale obelháván. Když se zaměstnanec podívá na svou výplatní pásku, vidí pouze tu menší část zdravotní pojistky, kterou platí. Dvojnásobek platí takzvaně zaměstnavatel. To je ale nesmysl, protože zaměstnavatel platí celou zdravotní daň. Jenom to lidem neukazujeme. Běžné občany tak zajímá jenom jejich „čistý“ plat. A v tomto systému se lidem jejich

vydělané peníze jednodušeji očesávají o různé formy daně, protože jinak by viděli, že jejich daňové zatížení je 50procentní i vyšší. Nedávno mi přítel ze zahraničí řekl, že lidé v Česku si málo váží svých peněz odvedených státu. Podle mne je tomu tak proto, že si jejich skutečnou výši často neuvědomují. A to je pro jakoukoli politickou garnituru velmi pohodlné.

Zjednodušený příklad: Důchodce ve věku 75 let, neplatí žádnou pojistku, stát za něj ročně zaplatí asi deset tisíc korun, průměrné náklady na jeho zdraví dosahují 75 tisíc korun ročně. Vedle toho inženýr, manažer či lékař s platem 80 tisíc měsíčně zaplatí ročně zhruba 130 tisíc na pojistném a jeho průměrné náklady na zdravotní péči jsou třeba 15 tisíc korun ročně. Opravdu v tomto systému chceme, aby lidé kontrolovali své náklady na zdravotním účtu pojišťoven? Průměrnému důchodci to je srdečně jedno. Hlavně aby mu příští rok zase napsali lázně a aby nemusel platit 30 korun

u doktora, protože to slyšel v televizi. Jenže pokud se pan inženýr dopídí, že zaplatil 130 tisíc a jeho osobní náklady byly jen patnáct, okamžitě musí chtít slevu na pojistném. Proto lidem raději neřekneme nic. Naprosto zástupné a banální problémy typu poplatků u doktora a v nemocnici kvůli tomu vyhrávají volby.

Ekonomika veřejného zdravotnictví je pro běžné občany příliš složitá, takže se často nechají nalákat na zástupná témata, jako jsou poplatky, „krize v nemocnicích“ nebo stávka lékařů. Všichni bychom přitom potřebovali, aby občané byli vtaženi do problematiky, uvědomili si, že změna životního stylu jim nejen prodlouží život ve zdraví, ale současně přinese úspory do systému. Za to by měli být odměněni, byť symbolicky. Motivačně represivními nástroji je přimět k docházení na preventivní prohlídky, abychom nemoci zachytili včas a levněji. Lidé budou žít déle a za peníze, které zaplatí za zdraví, dostanou co největší hodnotu. A tu si užijí ve zdraví.

## Sít' zralá k překopání

Jednoznačným problémem českého zdravotnictví je v podstatě zachování rozsahu sítě nemocničních zařízení z minulého či dokonce předminulého století.



*Petr Nosek*

VEDOUcí ODDĚLENÍ SPRÁVA REGISTRŮ A PENĚŽNÍCH OPERACÍ,  
REGIONÁLNÍ Pobočka PRAHA, VZP ČR

**I**když v uplynulých letech věda a technika posunula poskytování zdravotní péče na úplně novou úroveň a vyžaduje i moderní způsoby organizace a řízení, zůstává síť akutní lůžkové péče téměř beze změn. K tomu přispívá to, že ani obecná, ani odborná veřejnost, a dokonce ani systémové nástroje nevyvíjejí žádný tlak na hodnocení nemocnic, nakolik efektivně a kvalitně je zdravotní péče poskytována.

I když je zřejmé, že na prvním místě je pacient a jeho navrácení do plnohodnotného života, mělo by být i při poskytování zdravotní péče možné porovnávat nemocnice z hlediska vynaložených nákladů a dosaženého efektu. Tento základní ekonomický model není v rámci českého zdravotnictví prakticky využíván. I když šetření zdravotních pojišťoven ukázalo, že řada nemocnic poskytuje určité výkony v naprosto nevyhovující

frekvenci z hlediska získání základní erudice, jsou tato zařízení dále provozována a uměle držena při životě provozními dotacemi zřizovatele.

Dopady takové praxe jsou jen negativní. Na jedné straně stojí jednoznačně neefektivní vynakládání finančních prostředků na mzdy odborného zdravotnického personálu, který není plně vytížen. K tomu se připočítávají investice do přístrojů a budov, přičemž jejich využívání je často dáno spíše nutností jejich užití než skutečnou potřebou léčeného pacienta. Tento problém prohlubují poskytnuté dotace z Evropské unie, kdy je nutno zaručit takzvanou udržitelnost investic.

Rezervy v základní síti nemocnic jsou rozhodně v redukci sítě. Měl by být stanoven spád základní sítě nemocnic s povinností přijmout pacienta v akutním stavu z daného regionu. Především v operačních oborech lze některá oddělení redukovat stanovením takzvaného minimálního počtu výkonů, který definuje odbornou erudici jako nezbytnou podmínku pro poskytování příslušného výkonu v daném zařízení.

Změny vyvolané pokrokem vědy a techniky vedou primárně k přesunu značné části péče z klasické akutní nemocniční do ambulantních služeb. Pokud však nastane komplikace, již nemůžeme nikdy vyloučit, musí být řešena přesunem na lůžko.

Z tohoto pohledu se jako efektivnější a z hlediska pacienta bezpečnější ukazuje trend rozvíjet takzvanou jednodenní péči u víceoborových nemocnic se zajištěnou nepřetržitou dostupností komplementu, to jest laboratorních a zobrazovacích vyšetření. Současně tento postup vede ke koncentraci akutní péče ve víceoborových nemocnicích.

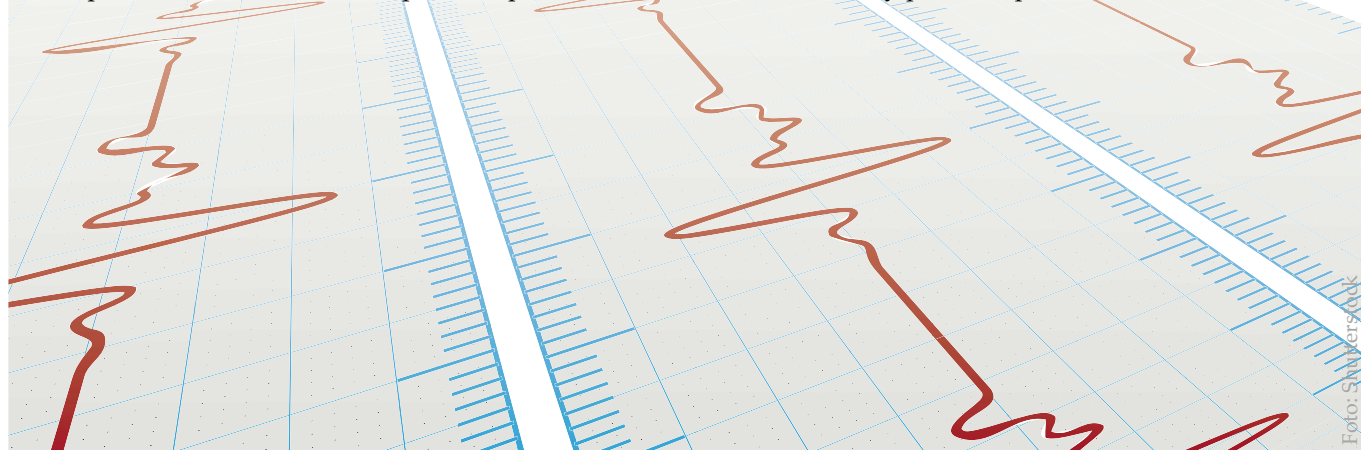
Vývoj medicíny stále zvyšuje vynaložené náklady (moderní léčebné metody a prostředky jsou vždy nákladnější), ale logicky vede také k tlaku na snížení provozních nákladů. To se v moderním organizačním uspořádání projevuje opuštěním tradičních primariátů s vyčleněným počtem lůžek a personálu. Dochází k základnímu dělení na operační a neoperační obory s využitím specialistů dle onemocnění pacienta při současné

koncentrací a společném využití nejdražších lůžek, což jsou lůžka intenzivní akutní péče. Toto víceoborové uspořádání umožňuje mnohem efektivněji využívat lůžkovou kapacitu, odborný i ošetrovatelský personál.

Jednou z mála oblastí, kde se pozitivně projevil technologický vývoj, je takzvaná centrová péče. Koncentrace náročné péče jak z hlediska nákladů, tak odbornosti vede k efektivnímu využití odborného i ekonomického potenciálu. V oblasti odbornosti umožňuje soustředění příslušných specialistů a jejich odborný růst v návaznosti na koncentraci diagnosticky odpovídajících pacientů do příslušných center. Současně tato koncentrace shodných případů umožňuje lépe vyjednávat například o cenách specifických léčivých přípravků podávaných právě v takzvaných centrech.

Vzhledem k tomu, že vznik center nebyl vždy založen pouze na odborných kritériích, mělo by dojít k přehodnocení jejich počtu a geografického umístění pouze na základě odborných kritérií, a to včetně porovnání parametrů s obdobnými centry ve vyspělých zemích. Do rozsahu a obsahu zajištění akutní lůžkové péče by měl být promítnut (pokud na něm bude shoda) „základní koncept zajištění akutní péče“. Pakliže dojde k akutnímu ohrožení života, je v tomto případě život zachraňujícím faktorem rychlost odborného, případně i laického zásahu (podání první pomoci), následně poskytnutí rychlé zdravotnické péče, stabilizace základních životních funkcí a přeprava pacienta do příslušně odborně i technicky vybaveného zdravotnického zařízení. V tomto případě skutečně nerozhoduje vzdálenost do nejbližší nemocnice.

Z tohoto základního konceptu vyplývá nezbytnost koncentrovat akutní lůžkovou péči do víceoborových nemocnic, které budou současně vybaveny *emergentním* příjmem. Značná část menších nemocnic by se pak logicky měla transformovat na nemocnice následné péče, případně zařízení pobytových sociálních služeb, což by současně korespondovalo se stárnutím populace a požadavkem na zvýšení kapacit k poskytování právě těchto služeb. Zároveň by se touto restrukturalizací uvolnil odborný personál pro akutní nemocnice.



# Nízko visícího ovoce není mnoho

Je zvykem naše zdravotnictví jako celek chválit a přiznávat ojedinělé excesy, skutečnost je však mnohem nepříjemnější.



*Pavel Vepřek*

PŘEDSEDA SDRUŽENÍ OBČAN

Šetření na zdravotnictví není na místě, protože jeho podíl na HDP odpovídá naší ekonomické kondici, navíc poptávku po jeho růstu se daří docela dobře popularizovat. Jinou otázkou je, zda za vložené peníze dostáváme odpovídající muziku. A tím si nejsem vůbec jist. Kvalitní zdravotnictví je takové, které poskytuje správnou péči správnému pacientovi ve správný čas na správném místě a správným způsobem. Prostředky vynaložené na péči poskytnutou v rozporu s těmito zásadami by měly být použity užitečnějším způsobem.

Dosavadní hledání zbytných nákladů ve zdravotnictví se soustřeďuje do oblasti cen služeb, energií, přístrojů, léků a zdravotnických prostředků a nutno říci, že to není obtížná disciplína. Každý z nás jistě dokáže vyjmenovat řadu případů, kdy cena uhrazená za poskytnuté služby nebo zboží neodpovídala její nebo jeho reálné hodnotě. Recept je prostý: nakupovat to nejvýhodnější a nekrást.

Současné je však po většinu času opomíjen nejvydatnější zdroj potenciálních úspor, kterým je poskytování správné péče. Je to pochopitelné, protože neúčelně vynaložené peníze jsou příjmem někoho velmi konkrétního a ten má malý zájem se o ně nechat připravit. Vzhledem k vysoké politizaci našeho zdravotnictví mají nálady voličů a přání organizovaných zájmových skupin na jeho chod větší vliv než bezprizorní obecná poptávka po kvalitě a efektivitě. Dokud se efektivní zajišťování kvalitních služeb nestane existenční nutností

zdravotních pojišťoven, budou všechny úvahy na toto téma jen zajímavým intelektuálním cvičením. Tak si zacvičme.

Klíč k fungujícímu zdravotnictví je v dobrém nastavení jeho základního regulatorního rámce. Ten současný má stále mnoho slabých míst. Nemáme zákonem definovaný rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a průchozí strategii jak se k němu dostat. Nedaří se udržovat a rozvíjet klasifikační systémy. Systému DRG schází dlouhodobý scénář a kulhá v kvalitě kódování, ve sběru dat pro výpočet relativních vah, v kontrolních mechanismech, v institucionálním zajištění a tak dále. Seznam výkonů zaostává za vývojem medicíny a skřípe v aktualizaci údajů. Nemáme instituci, která by dlouhodobě servisovala systém veřejného zdravotního pojištění (správa společných dat, registrů, klasifikační systémy, přerozdělení, podpora revizních činností a jiné). Postrádáme minimálně informační propojení zdravotního a sociálního systému. Právní úpravy corporate governance zdravotních pojišťoven a nemocnic nejsou zdaleka ideální a s tím souvisí i motivace a priority jejich managementů.

Je zvykem naše zdravotnictví jako celek chválit a přiznávat ojedinělé excesy, které jsou brány jako výjimky potvrzující pravidlo. Domníváme se, že pacientům s konkrétním onemocněním se dostává všude stejné a účelné péče. Není tomu tak. Existují významné rozdíly jak mezi jednotlivými regiony, tak mezi jednot-



Foto: Shutterstock

livými lékaři a zdravotnickými zařízeními. Péče, která je konkrétním pacientům poskytnuta, záleží na tom, ke kterému lékaři či do kterého zařízení poprvé vstoupí. Od lepší standardizace diagnosticko-léčebných postupů nemůžeme čekat žádné peníze navíc, jak prokázaly studie case a disease managementu ve Spojených státech, ale zdokonalení kvality péče.

Reálné rezervy má naše zdravotnictví v koordinaci služeb mezi jeho jednotlivými úrovněmi a v naplňování zásady o poskytování péče „na správném místě“. Dělna práce mezi praktickými lékaři, ambulantními specia-

### Rezervy má naše zdravotnictví v koordinaci služeb mezi jeho jednotlivými úrovněmi a v naplňování zásady o poskytování péče „na správném místě“

listy a lůžkovými odděleními není optimální, často je péče poskytována na vyšší etáži, než by bylo potřeba. Evergreenem jsou zejména debaty o přiměřenosti počtu akutních lůžek v českých nemocnicích. Data Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) říkají, že naši občané jsou do nemocnic přijímáni o 30 procent častěji, než činí průměr OECD, že si v nich poleží o dva dny déle, a přesto zůstává 30 procent lůžek během roku neobsazených. Je sice pravdou, že počet akutních lůžek u nás meziročně stále klesá, ale stejně tak je zřejmé, že v nemocnicích ošetřujeme více lidí, než bychom museli.

Evidentně to souvisí s rozdílnými podmínkami dostupnosti sociálních a zdravotních lůžek. Zatímco v pobytovém zařízení sociální péče odevzdá klient 85 procent svého důchodu a celý příspěvek na péči, což se dohromady může blížit nějakým 20 tisícům korun měsíčně, tak po zrušení poplatku za hospitalizaci je jeho pobyt v nemocnici nebo v léčebně dlouhodobě nemocných zcela zadarmo. O občana je sice postaráno, ale provozní náklady zdravotnického zařízení jsou podstatně vyšší než toho sociálního. Zdravotní pojištění se tak neúčelně připravuje nikoli o stamiliony, ale o mnoho miliard korun.

Jiným, byť obtížněji ovlivnitelným jevem je tradičně vysoká frekvence kontaktů mezi občany a lékaři, která je oproti průměru OECD skoro dvojnásobná. V tom se podobáme ostatním pohrobkům Rakousko-Uherska a Německu. Záměr ovlivňovat pohyb pacientů v systému pomocí regulačních poplatků byl politiky odmítnut, a tak nezbyde než najít způsob, jak přímo regulovat chování poskytovatelů zdravotních služeb.

Zdravotnictví nenabízí mnoho nízko visícího ovoce na otrhání a zvyšování jeho efektivity a kvality je obtížným během na dlouhou trať. Pokud na ni vůbec vyběhneme. Variantní přístup „laissez faire“ je totiž pro držitele klíčů výhodnější a vítězná strategie se neměňuje.

# Dosavadní výdaje mohou stačit

Základem úspěchu jsou uvážená a s odborníky konzultovaná opatření, nikoli nepromyšlené škrty či pumpování financí bez analýzy výsledných efektů.



*Tomáš Mlčoch*  
INSTITUT PRO ZDRAVOTNÍ  
EKONOMIKU (IHETA)



*Tomáš Doležal*  
INSTITUT PRO ZDRAVOTNÍ  
EKONOMIKU (IHETA)

**S**polu s propuknutím celosvětové ekonomické krize se v České republice i ostatních západních zemích začaly silněji projevovat tlaky na veřejné rozpočty, rozpočet na zdravotnictví nevyjímaje. Pojďme se proto zamyslet nad tím, zda skutečně existuje prostor – s ohledem na relativní podfinancování oproti ostatním zemím Evropské unie – na nalezení dodatečných zdrojů ve zdravotním systému. Případně zda je možné zvýšit kvalitu péče při nezvyšujících se výdajích na zdravotnictví.

Je nutné zmínit, že většina zdravotních intervencí nepřinese úsporu ihned (jako například snížení DPH na léky), ale že se tyto intervence projeví v delším časovém horizontu ve zlepšeném zdraví pacientů a snížení dlouhodobých nákladů.

Tuzemský zdravotní systém je specifický oproti ostatním zemím v několika ohledech. Za prvé, Česká republika má relativně nízkou spoluúčasť pacientů, okolo 15 procent, z čehož plyne nižší zájem o vlastní zdraví (vysoká prevalence kouření, obezity, alkoholismu a spotřeby drog, viz index neřesti a statistiky Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj, OECD) a také nadužívání zdravotní péče, což ukazuje i jeden z nejvyšších počtů konzultací s lékařem.

Pokud by se zvýšila spoluúčasť pacientů na zdravotních výdajích, může být zajímavým řešením pro obyvatele komerční zdravotní připojištění, které je již

dnes běžné v západních zemích a jež přinese do systému dodatečné finanční prostředky.

Druhým specifickým je vyšší podíl nemocniční péče na celkové poskytované péči. To je způsobeno zejména delegováním primární péče praktických lékařů do nemocnic a specializovaných center a historicky vyšší úlohou nemocnic v systému. Včasný zásah praktických lékařů přitom často zabrání dodatečným a velmi nákladným komplikacím, kterým lze předcházet. Na nutnost reformy primární péče poukazuje i analýza OECD zaměřená na české zdravotnictví. Zavedení kvalitního gatekeepingu, zvýšení pravomocí, ale i odpovědnosti

**Většina zdravotních intervencí nepřinese úsporu ihned, ale jejich dopad se projeví v delším časovém horizontu ve zlepšeném zdraví pacientů a snížení dlouhodobých nákladů**

praktických lékařů by znamenalo jednak zkvalitnění péče, ale hlavně úsporu díky lepšímu monitoringu zdravotní péče obyvatel a nižšímu počtu zdravotních komplikací.

Pokud jde o nemocniční péči, v České republice je rovněž poměrně vysoký počet akutních nemocničních lůžek, která nejsou vytížena a která jsou často obsazo-



vána, aby nedocházelo k jejich zrušení. Snížení počtu akutních lůžek a jejich převedení na lůžka následné a dlouhodobé péče by mohlo přinést dodatečnou úsporu, která by mohla být například převedena do specializovaných léčebných center. Centralizace a specializace péče je přitom cestou, jak zvýšit kvalitu poskytované péče (menší mortalitu, menší počet komplikací), protože lékaři v těchto centrech mají větší zkušenosti s danou léčbou a rovněž provedou řádově více zákroků.

Další možností, jak snížit výdaje na zdravotnictví, je důrazné nehrazení péče, která není účinná dle zásad evidence-based medicine (EBM). Pokud se zkrátka vydávají peníze na neúčinné intervence, nezbyvají poté peníze na terapie účinné. Ostatně to je případ i akutních nemocničních lůžek, u nichž nebyla prokázána vyšší účinnost léčby při delší době hospitalizace stejně jako v případě konzultací specialistů nebo počtu návštěv lékařů. Více peněz ve zdravotnictví nutně neznamená kvalitnější péči.

S tím se rovněž pojí fakt, že i pokud je péče účinná a v souladu s EBM, je nutné ji vždy porovnat s náklady – tedy provést analýzu nákladové efektivity neboli health technology assessment (HTA) dané intervence. Tento postup se již úspěšně etabloval v případě léčiv, nicméně stále pokulhává v oblasti zdravotnických prostředků, kde je terapeutický účinek často nejasný či není změřen, což znemožňuje HTA a srovnání s jinými intervencemi, například s farmakoterapií nebo chirurgickou léčbou.

Dlouhodobé úspory by mohla přinést i preventivní opatření, například snížení obezity, prevalence kouření, včasný záchyt pacientů nebo zvýšení adherence k léčbě. HTA by pro vyšší transparentnost a porovnání s ostatními intervencemi mělo být provedeno i u těchto opatření.

Dodatečné zdroje financí mohou přinést rovněž následující opatření:

1. zkvalitnění systému DRG, aby lépe a pružněji odrážel skutečné náklady
2. vyšší nabídka služeb a její diverzifikace, například možností pacientů připlatit si za služby
3. zasílání výpisů zdravotní péče pojištěncům
4. snaha o vyšší příjmy z darů

5. regulace „neřestí“, kdy by se případné vyšší daně posílaly přímo na péči o nemocné
6. snaha o delší aktivní či kvalitnější život obyvatel, z čehož by plynula nižší závislost starších obyvatel na zdravotním systémem
7. transparentní zveřejňování smluv na internetu a elektronické aukce
8. zlepšení datové infrastruktury, která by umožnila lépe monitorovat poskytovanou péči

České zdravotnictví skýtá prostor pro zlepšení zdravotní péče při stávajících výdajích. I při malých a uvážených navýšeních je možné dosáhnout relativně významných posunů k lepšímu. Základem úspěchu jsou však promyšlená, uvážená a s odborníky konzultovaná opatření, nikoli nepromyšlené škrty či pumpování financí bez analýzy výsledných efektů.

Zdroje:

- Health at Glance 2013, OECD INDICATORS. OECD 2013
- Doležal T, Mlčoch T: Financování českého zdravotnictví v Evropském kontextu. iHETA 2014.
- The Global Vice Index, Bloomberg Businessweek.
- Manning WG, Newhouse PJ, Duan N, Keeler BE, Leibowitz A, Marquis SM: Health insurance and the demand for medical care: evidence from a randomized experiment. *American Economic Review* 1987;77: 251–77.
- Mlčoch T, Doležal T: Náklady nemocnic vs. náklady na hospitalizace. iHETA 2014.
- OECD Series on Health Care Quality Reviews, RAISING STANDARDS. OECD 2014.
- OECD Health statistics – frequently requested data.
- Mlčoch T: Nemocnice – hlavní ukazatele a náklady. iHETA 2013.
- Prezentace L. Duška v rámci semináře „České zdravotnictví na rozcestí, kam se vydáme?“ z 10. dubna 2014 pořádané výborem pro zdravotnictví na půdě poslanecké sněmovny ČR.
- Mlčoch, T: Znamená více peněz ve zdravotnictví kvalitnější péči? Ne vždy. iHETA 2013.
- Fisher SE, Wennberg ED, Skinner AT, et al.: The implications of regional variations in medicare spending. Part 1: The content, quality, and accessibility of care. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:273–87.
- Fisher SE, Wennberg ED, Skinner AT, et al.: The implications of regional variations in medicare spending. Part 2: Health outcomes and satisfaction with care. *Annals of Internal Medicine* 2003;138:288–98.
- Wennberg EJ, Fisher SE, Skinner SJ: Geography and the debate over medicare reform. *Health Affairs (Millwood)* 2002 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W96-114
- Mlčoch T, Klimeš J, Doležal T: Měly by pojišťovny posílat výpis zdravotní péče svým pojištěncům? iHETA 2013.
- Mlčoch T, Doležal T: Jaký je vztah mezi cenou cigaret a jejich spotřebou? iHETA 20

# Medicína se změnila, její financování nikoli

Současné zdravotnictví se potýká pouze se vzniklými problémy, a to ještě nevhodným způsobem.



*Pavel Hroboň*

ADVANCE HEALTHCARE MANAGEMENT INSTITUTE

**P**ři diskusích o zdravotnictví jsem se naučil, že řada lidí znejistí, až znervózní, když se začne mluvit o úsporách i zvýšení efektivity ve zdravotnictví. Pokud jsou upřímní, dostanu otázku: A kde ty úspory vezmete? Na úkor kterých pacientů budou?

Pojďme si říci zcela jasně, že zvýšení efektivity (samozřejmě podmíněné úsporami), o němž píše v tomto textu, není na úkor pacientů. Přesně řečeno, bavíme se o tom, jak dnešní úroveň služeb zajistit za méně peněz s tím, že úspory budou použity převážně na další zdravotní služby. Hovoříme o tom, jak za dnešní peníze dostat více hodnoty.

**Dnešní podoba financování a organizace poskytování zdravotních služeb vznikala v době před 50 až 100 lety, kdy byly potřeby lidí zásadně jiné než dnes**

Jde to vůbec? Jednoznačně ano. Dnešní podoba financování a organizace poskytování zdravotních služeb vznikala v době před padesáti až sto lety, kdy nejen celá společnost, ale i zdravotní potřeby lidí byly zásadně jiné než dnes. Hlavním problémem v té době byly

infekční nemoci. Zdravotní problém buď vyřešil lékař ve své ordinaci, nebo byl pacient přijat do nemocnice, které ale při tehdejších technických možnostech medicíny poskytovaly spíše ošetrovatelskou péči.

Dá se říci, že člověk byl v minulosti po většinu svého života zdravý. Když onemocněl, tak na poměrně krátkou dobu, po které se buď uzdravil, nebo zemřel. Existovaly pochopitelně také výjimky v podobě dlouhodobých infekčních nemocí, jako je tuberkulóza, nicméně ve většině případů byl průběh nemoci, a tudíž kontakt se zdravotnictvím v čase omezen.

Moderní medicínské postupy dokázaly infekční nemoci do značné míry omezit, a tím přispět k významnému prodloužení lidského života.

Dnes proto nejsou hlavním důvodem nemocnosti a úmrtnosti infekční nemoci, ale chronické, takzvané civilizační choroby typu cévních a srdečních onemocnění, diabetu, astmatu, nádorových a psychických onemocnění. Na takové nemoci díky vymoženostem moderní medicíny obvykle neumíráme rychle, ale žijeme s nimi dlouhá léta, v některých případech i desetiletí.

Během té doby však potřebujeme soustavnou zdravotní péči. A ta není jako kdysi poskytována



jedním lékařem, ale řadou zdravotníků, jejichž práce musí být dobře koordinována. Pacient s cukrovkou například potřebuje kromě praktického lékaře a diabetologa také kardiologa, očiře, neurologa, zdravotní sestru, dietní sestru a další. Dalším důležitým rysem chronických nemocí je, že si je ve významné míře způsobujeme sami svým životním stylem – kouřením, nevhodnou stravou, nedostatkem pohybu, návykovými látkami...

Co z toho vyplývá? Zatímco medicína se v uplynulých desítkách let zásadně změnila (kdo by dnes chtěl být léčen jako před padesáti lety!?), její organizace a financování zůstávají stejné jako v době infekčních nemocí. A tím pádem významně nevhodné pro dnešní dobu nemocí chronických.

### Musíme si uvědomit, že dnešní podobu zdravotnictví nevytesal do kamene Mojžíš

Současná podoba zdravotnictví neumí motivovat pacienta ke zdravému životnímu stylu. Namísto prevence jen řeší vzniklé problémy, a to ještě nevhodným způsobem. V nemocnicích se lékaři vypořádávají se stavy, které jsou léčitelné v ambulanci nebo dokonce doma u pacienta, nemocný putuje mezi řadou poskytovatelů, kteří spolu nekomunikují, kvůli čemuž nejsou schopni dostatečně koordinovat péči, lidé užívají velká množství léků v situaci, kdy by jim pomohlo jenom o trochu více pohybu. Takový způsob poskytování péče stojí obrovské peníze. Pokud se nezmění, bude stát kvůli stárnutí obyvatelstva ještě mnohem více finančních prostředků, a přesto nic zásadního nevyřeší.

Potřebujeme změnu. Jednak motivaci občanů k péči o vlastní zdraví a jednak jiné uspořádání zdravotních služeb založené na přesunu péče do domácí a ambulantní oblasti. Potřebujeme zdravotnictví, které dokáže koordinovat služby o chronicky nemocné a zabránit včas rozvoji komplikací a zbytečným pobytům v nemocnici. Potřebujeme soustředit vysoce specializované služby k menšímu množství poskytovatelů, kteří je dokáží poskytovat medicínsky i ekonomicky účelně.

To všechno jsou změny, o něž se přinejmenším pokoušejí v ostatních zemích. Zdravotnické systémy některých států jimi dokonce částečně prošly. Jsou to hlavně změny, díky nimž lze zvýšit efektivitu, a přitom prospějí pacientům. K jejich uskutečnění si nicméně musíme nejprve uvědomit, že dnešní podobu zdravotnictví nevytesal do kamene Mojžíš.

Navzdory odporu mnoha zájmových skupin se organizace a financování zdravotnictví musí jako všechno na světě vyvíjet. Pokud se tak neděje, doplácí na to vždycky nakonec převážně ti nejslabší a těmi jsou nemocní.



Foto: Shutterstock



Foto: Shutterstock

# LÉKOVÁ POLITIKA A ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY

# Nepříliš plodné snažení

Léky se na celkových výdajích za tuzemské zdravotnictví podílejí navzdory snahám mnoha stran vysokou částkou. Jedním z důvodů je malý podíl předepisovaných generik.

*Marcela Alföldi Šperkerová, Lidové noviny.*

Přestože výdaje za léky z veřejného zdravotního pojištění jsou nejčastějším terčem kritiků, patří léková politika v České republice k nejpřísnějším na světě. Zároveň s tím jsou ale léky v tuzemsku nejvíce regulovaným zdravotnickým segmentem. Stanovování ceny léků a úhrady za ně je tak poměrně komplikovaný a v praxi často dlouhé měsíce se vlekloucí proces.

Do roku 2008 cenu a úhradu léků určovala kategorizační komise ministerstva zdravotnictví. Tento způsob jakožto neprůhledný proces navrhl Ústavní soud i Evropská komise. Za ministra Tomáše Julínka (ODS) vznikla proto nová léková politika založená na takzvaném referenčním systému.

Rozhodování o maximálních cenách léčivých přípravků, o výši a podmínkách jejich úhrad zákon svěřil Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Proces probíhá v reži-

mu správního řízení. Účastní se jej výrobci léků a zdravotní pojišťovny, odvolacím orgánem pro spory je ministerstvo zdravotnictví.

Léčiva jsou sdružována do referenčních skupin, v každé z nich jsou preparáty s obdobným účinkem a využitím. Jsou vzájemně zaměnitelné.

## STÁLE MÁME S ČÍM BOJOVAT

### Hlavní nedostatky českého systému úhrady léků

1. nízká cenová hladina motivuje distributory k reexportu
2. nízká úroveň úhrad zvyšuje podíl doplatků pacientů
3. tlak na cenu ztěžuje vstup novinek na český trh
4. rezervy v podílu generik nadále existují
5. proces je zdlouhavý
6. některé léky zachovávají vysokou cenu i úhradu

Základní úhrada léku vznikne takzvanou vnější cenovou referencí – SÚKL porovnává ceny všech léčiv v zemích Evropské unie, které patří do dané skupiny. Úhradu následně

stanoví na úrovni nejlevnějšího přípravku.

Pokud se ale po výpočtu zjistí, že by nebyl žádný přípravek z určitého okruhu skupin léčiv speciálně vyjmenovaných v příloze č. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění plně hrazen, nastupuje vnitřní ce-

nová reference. Úhrada je poté stanovena na úrovni nejlevnějšího přípravku v Česku a základní úhrada celé referenční skupiny se zvýší na tuto hladinu.

Protože výrobci těchto vyjmenovaných léků nemají důvod cenu snižovat, drží se na vyšší úrovni než v zahraničí.

### Nepříjemné horní patro

Uvedený proces sice dokázal stlačit cenovou, a hlavně úhradovou hladinu léků na jednu z nejnižších v Evropě, nicméně vykazuje několik nedostatků. A jejich závažnost nabývá na intenzitě.

Za prvé: nízká cenová hladina motivuje distributory k reexportu léků za hranice země. Za druhé: nízká úroveň úhrad a rostoucí počet volně prodejných léčiv (OTC) zvyšuje podíl doplatků z kapes pacientů. Za třetí: málo pružný systém a zároveň přísný tlak na cenu ztěžuje flexibilní vstup novinek na český trh. Za čtvrté: stále ještě existují rezervy v podílu generik. Za páté: proces je zdlouhavý a zřejmě není možné zajistit každé tři roky kompletní revizi všech cen a úhrad. A konečně za šesté: některé léky včetně generických si z neznámých důvodů zachovávají vysokou cenu i úhradu kvůli zařazení do seznamu v příloze číslo 2 zákona 48/1997 Sb. o veřejném zdravotním pojištění.

Nová pravidla pro výpočet cen a úhrad dokázala po roce 2008 za-

stavit do té doby pravidelný a poměrně rychlý růst objemu peněz vydaných za léčiva. Do roku 2005 tyto výdaje držely rychlé tempo s ostatními segmenty. Poté ale již žádné velké výkyvy nepřišly, zatímco náklady na ambulantní, ústavní péči, a tím pádem rovněž celkové zdravotnické náklady je v rychlosti růstu výrazně předstihly.

Výdaje za receptové léky dokonce mírně klesaly. To v relativním

### Pacienti musejí stále více za léky platit ze své peněženky. Od roku 2002 se průměrný doplatek pacienta zečtyřnásobil

vyjádření znamená, že podíl výdajů na léčiva z veřejného zdravotního pojištění klesl ze zhruba 23 procent v uvedeném roce na něco málo přes patnáct procent v poslední době.

Jiná situace je v oblasti zvláště účtovaných léčivých přípravků (ZÚLP), tedy drahých preparátů. Náklady na ně v posledních letech prudce rostly. A i když se v roce 2012 o půl miliardy snížily na necelých dvanáct miliard, nelze předpokládat, že by se tento pokles vzhledem k rostoucí preferenci vysoce specia-

lizované a individualizované medicíny stal trendem.

Pokud ovšem porovnáme podíl výdajů na léky na celkových výdajích za zdravotnictví, pohybuje se Česká republika v rámci zemí Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) v horních patrech. Zatímco průměr za všechny země dosahuje sotva 16 procent, v Česku přesahuje pětinu těchto výdajů.

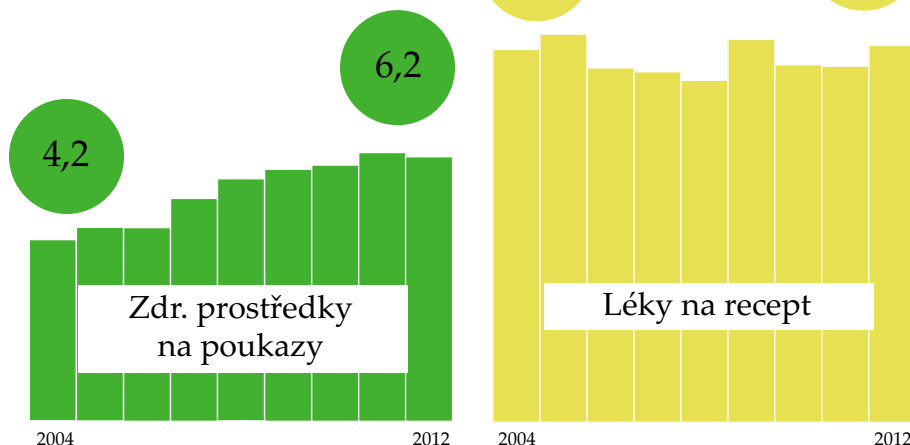
Podíl generik na celkovém objemu léčiv se pravidelně zvyšuje, až dosáhl na celou třetinu, v korunovém vyjádření je to vzhledem k nižší ceně generik sedmáct procent. S poklesem výdajů pojišťoven na receptové léky však zároveň klesá podíl těchto preparátů na celkové hodnotě léčiv distribuovaných v tuzemsku, a to docela podstatně, bezmála o pětadvacet procentních bodů. Jinými slovy, pacienti musí stále více platit ze své peněženky. Během deseti let od roku 2002 se průměrný doplatek na pacienta zečtyřnásobil.

### Vývozy, které nepomáhají

Nová pravidla pro stanovování cen a úhrad léčivých přípravků přinesl kromě stlačení výdajů z veřejného zdravotního pojištění také negativní průvodní jevy. Reč je zejména o paralelním vývozu léčiv.

## NAVZDORY VYUŽÍVÁNÍ GENERIK LÉKY NEZLEVNILY (hodnoty jednotlivých segmentů zdravotní péče v České republice, v mld. Kč)

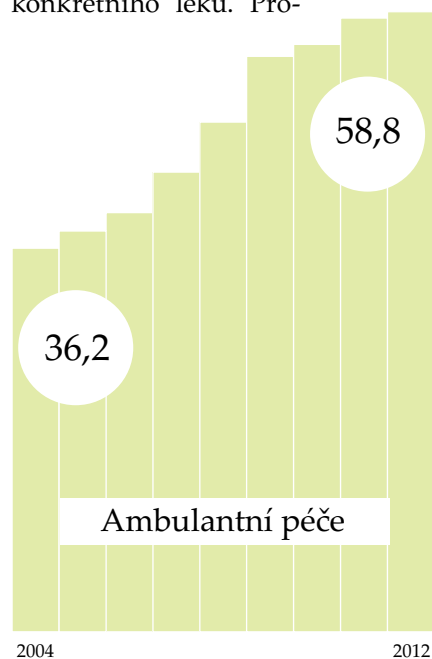
Pramen: ÚZIS, OECD



Distributoři totiž profitují z levných léků, které mohou v zahraničí prodat i za násobek jejich české ceny. Činnost je to natolik výnosná, že se do ní podle farmaceutických odborníků zapojují kromě klasických překupníků nemocnice včetně těch fakultních a také lékárny. A bohužel se vyváží i drahé centrové léky, což může mít zvlášť závažný dopad na pacienty.

Farmaceutickým výrobcům počinání reexportérů kazí obchody v zahraničí. Loni vyvezli z Česka léky podle oficiálních dat Státního ústavu pro kontrolu léčiv za 3,5 miliardy korun. To však může být jen špička pyramidy. Distributoři jsou sice povinni hlásit lékovému úřadu, jestli lék vyvezli, nicméně odborníci pochybují, že by povinnosti vždy všichni se ctí dostáli.

Zákonodárcům se nedaří účinně s reexportem bojovat, protože tyto praktiky jsou legální a odehrávají se v duchu evropské strategie volného pohybu zboží. O regulační opatření se snažil bývalý ministr Leoš Heger (TOP 09), než mu to zarazila jeho tehdejší vládní kolegyně Karolína Peake, a posléze rovněž jeho nástupce Martin Holcát (ministr ve vládě Jiřího Rusnoka), který loni dvakrát přistoupil k zákazu vývozu konkrétního léku. Pro-

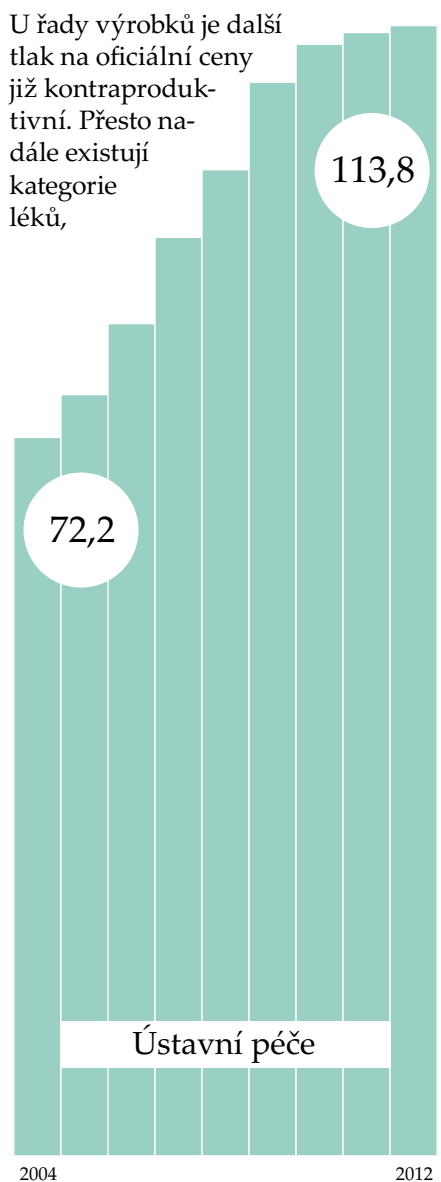


tože ale SÚKL zjistil, že zákaz nebyl zcela respektován, chtěl resort prosadit do zákona pokuty v desítkách milionů korun za jeho porušení. Návrh ovšem legislativním procesem neprošel. Spekuluje se totiž, že bohatí reexportéři sponzorují politické strany.

Regulaci chystá i současné vedení ministerstva zdravotnictví v čele se Svatoplukem Němečkem (ČSSD). Plánuje vytvořit seznam strategických léků, které jsou nenahraditelné a u nichž vývoz do zahraničí hrozí. Obchodování s nimi výrazně omezí.

### Pozitivní seznamy? Aspoň něco

U řady výrobků je další tlak na oficiální ceny již kontraproduktivní. Přesto nadále existují kategorie léků,



kteří ještě prostor pro slevy mají. Zákon sice již několik let umožňuje pojišťovně požádat SÚKL o vyhlášení tak zvané úhradové soutěže – kdy výrobce výměnou



Podíl výdajů na léky na celkových výdajích (2012)

Česko

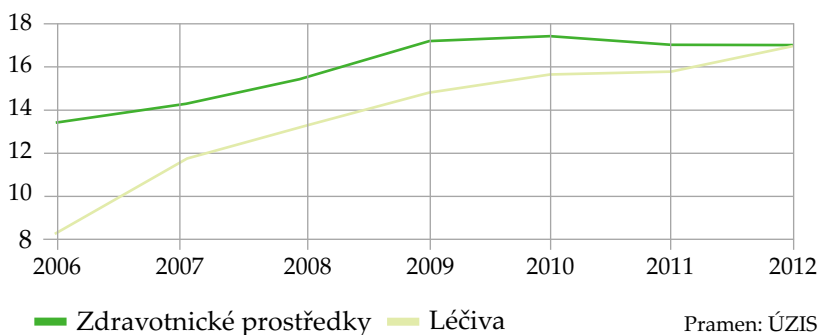
21,5 %

průměr OECD

15,9 %

Celkové náklady

## LÉKY UŽ DOHNALY ZDRAVOTNICKÉ PROSTŘEDKY (srovnání výdajů nemocnic na zdravotnické prostředky a léčiva, v mld. Kč)



za nízkou úhradu získává podstatnou část trhu – avšak v praxi žádný takový tendr dosud neproběhl.

Plátcí, ale i farmaceutičtí výrobci namísto tohoto nástroje upřednostňují takzvanou slevovou soutěž, v níž dodavatelé soutěží výměnou za podíl na trhu o co největší slevu, kterou zpětně pojišťovně poskytnou. Takové ujednání totiž nevstoupí farmaceutické firmě do oficiálních cenových výkazů a nekazí jí trh jinde v Evropě. Ani tento paragraf se nicméně do české legislativy dosud nepodařilo prosadit.

Plátcí a nemocnice proto zavádějí pozitivní seznamy léků, u nichž se s výrobcem dohodli na výhodnějších finančních podmínkách. Například Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) je začala zavádět od března roku 2013 za podmínky, že konečná cena musí odpovídat maximálně 85 procentům nejnižší úhrady zaměnitelného léku přítomného na trhu, nebo musí zapsání přípravku na seznam vynést alespoň padesáti-

milionovou úsporu. Do června se na seznam dostalo 66 léků ze 17 Anatomicko-terapeuticko-chemických skupin (ATC).



### Nevyužívaná generická substituce

Silný tlak na lékové náklady na druhou stranu ztěžuje přístup novinek na český trh, případně přechod přípravků z režimu vysoce inovativních lékových přípravků (VILP) do standardního. Pojišťovny začaly v některých případech uzavírat s výrobcí risksharingové dohody, na nichž mají zájem také farmaceutické firmy, a to především u nákladných novinek, jejichž přínos není ještě potvrzený. Jindy je motivem farmaceutů snaha navýšit svůj tržní podíl.

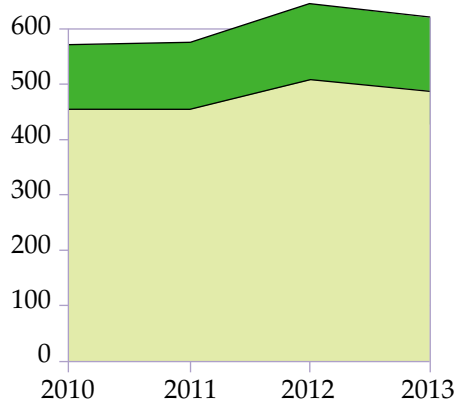
Výrobci například poskytují pojišťovně zpětné slevy z ceny preparátu, nebo vracejí ceny léku za ty pacienty, jimž léčba nepomohla. Jindy se pojišťovna dohodne s dodavatelem, že za jeho lék utratí jen určitý obnos. Pokud je limit překročen, pro pacienta se nic nemění, pojišťovna mu lék uhradí, ale částku si posléze vyfakturuje u výrobce. Možná je rovněž kombinace několika zmíněných přístupů.

Do české lékové politiky byla také zavedena generická substituce, kdy lékárník může pacientovi nabídnout levnější verzi léku se stejnou účinnou látkou, pokud ovšem lékař na receptu záměnu preparátu nevyloučil. Protože ale doporučování levnějšího preparátu není povinné, nepodařilo se je širěji zavést do běžné praxe. Od generické preskripce, jež omezuje úplatky pro předepisující lékaře od farmaceutických zástupců, bylo po námitkách lékařského stavu upuštěno.

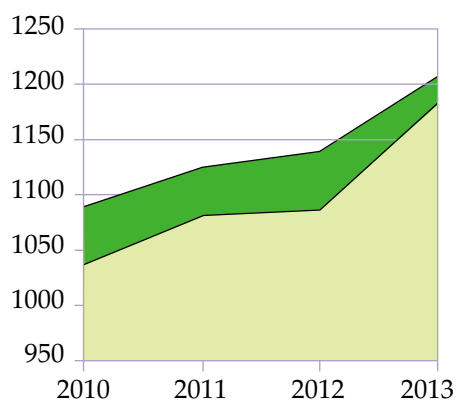
### Rozdrobené prostředky

Naproti tomu trh se zdravotnickými prostředky není tolik regulován jako u léků. Zdravotní pojišťovny za ně utratí zhruba 25 miliard korun ročně, z toho za poukazové osm miliard a za prostředky spotřebované v nemocnicích kolem 17 miliard. Z toho tři miliardy korun se vydávají za přístroje magnetické rezonance či za roboty.

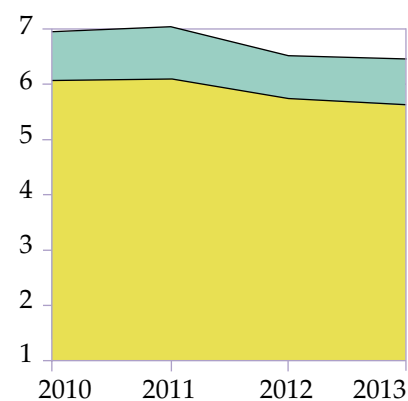
Nyní neexistuje žádný centrální registr zdravotnických prostředků, seznam je veden pouze v číselníku Všeobecné zdravotní pojišťovny. Stát nemá jednoznačný přehled o tom, kdo je distribuuje a jakým způsobem. Resort zdravotnictví pod vedením ministra Hegera připravil návrh zákona, jenž měl usměrňovat trh, dodavatele, distributory i výdejny prostředků, regulovat reklamu na ně a měnit i kategorizaci a úhrady poukazových zdravotnických prostředků.



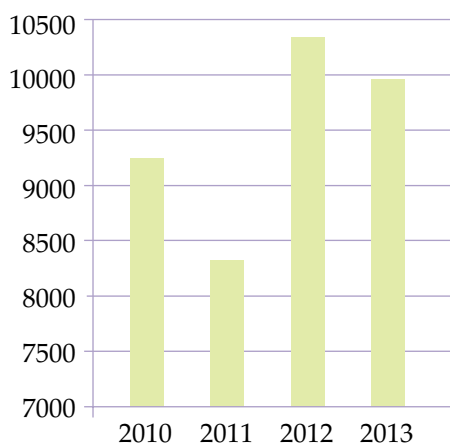
■ průměrná hodnota pořízených léků v Kč na 1 recept, úhrada zdravotní pojišťovny  
■ průměrný doplatek pacienta v Kč na 1 recept



■ průměrná hodnota pořízených zdravotnických prostředků v Kč na 1 poukaz, úhrada pojišťovny  
■ průměrný doplatek pacienta v Kč na 1 poukaz



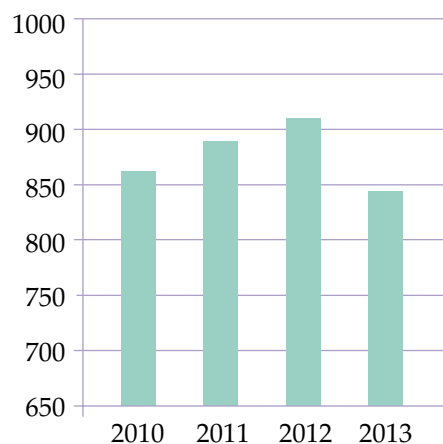
■ průměrný počet vydaných receptů za rok v kusech, na 1 obyvatele  
■ průměrný počet receptů plně hrazených pacientem za rok v kusech na 1 obyvatele



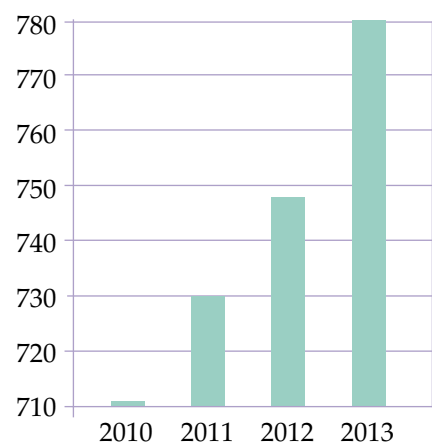
průměrná hodnota pořízených zdravotnických prostředků v Kč, na 1 žádanku na zdr. prostředky



průměrná hodnota pořízených léků v Kč, na 1 objednávku léčiv



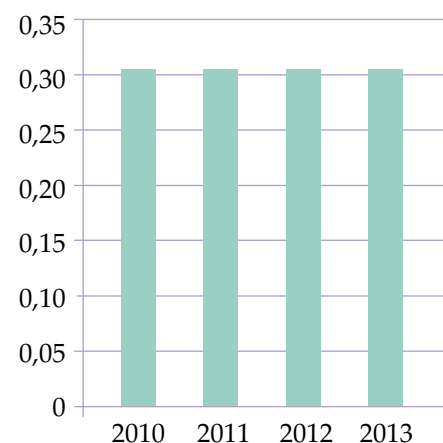
průměrný doplatek na recepty a poukazy celkem za rok v Kč, na 1 obyvatele



volný prodej léčiv a zdravotnických prostředků průměrně za rok v Kč, na 1 obyvatele



průměrná hodnota pořízených léků v Kč na 1 žádanku



průměrný počet poukazů za rok v kusech na 1 obyvatele

Pramen: ÚZIS

Zákon zároveň sjednotil roztržitost, která panuje v oblasti sledování tohoto segmentu. V současnosti má kompetence sedmero různých státních orgánů: ministerstvo zdravotnictví, Státní úřad pro kontrolu

**Distributoři profitují z levných léků, jež mohou za hranicemi prodat za násobek jejich české ceny. Činnost je to výnosná, takže se do ní zapojují nemocnice i lékárny**

léčiv, Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, Česká obchodní inspekce, Ústav zdravotnických informací a statistiky, jaderný úřad a živnostenské úřady. Většinu těchto pravomocí měl na

sebe stáhnout SÚKL. Na starosti má mít celý dozor nad trhem podobně jako u léčiv včetně registrace dodavatelů, distributorů a konkrétních zdravotnických prostředků, povolání klinických zkoušek a dohled nad nimi a veškeré kontrolní činnosti. Povede také veřejně přístupný Registr zdravotnických prostředků. Technické a bezpečnostní parametry budou jako dosud zkoumat zkušebny.

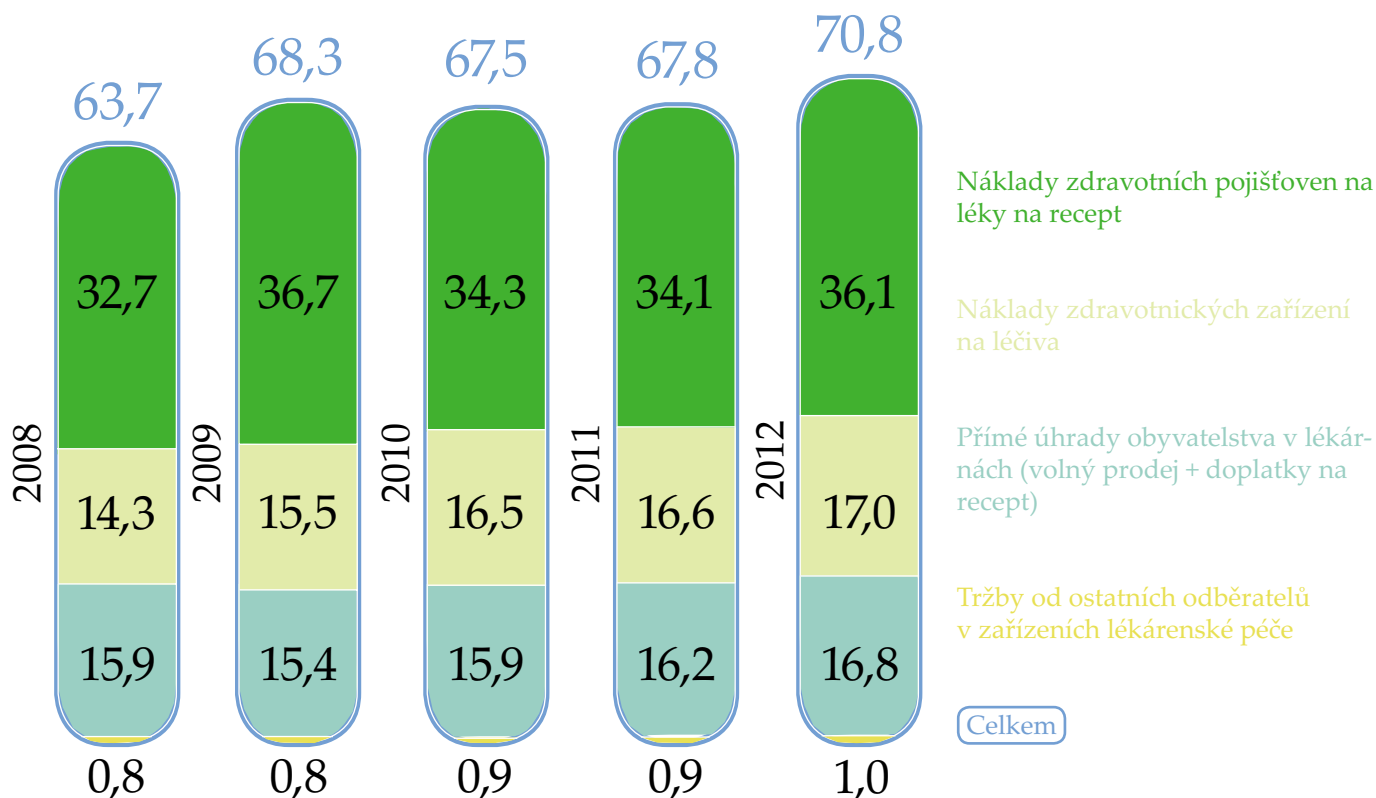
Nejdůležitější změny se ale týkají cen a úhrad ze zdravotního pojištění na pomůcky na poukaz. Dosud se regulují prostřednictvím přílohy 3 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Seznam je ale podle tvůrců zákona nedokonalý a dle některých názorů stanovuje benevolentní limity úhrad, které výrobcům dávají až příliš široké pole pro výdělek.

Původních 160 položek nově navržená kategorizace rozdrobila na osm stovek. Rozřadila je do jedenácti základních kategorií, každou z nich do několika podkategorií, posléze typů prostředků rozdělených dle úhradových skupin. V návrhu novely jsou uvedeny typy prostředků, množstevní hranice, limity úhrad a případná spoluúčast.

Zákon stejně jako nová úhradová pravidla měl platit již od ledna roku 2014. Vinou turbulencí na politické scéně se však poslanci k jeho projednávání loni nedostali. Zákon o zdravotnických prostředcích již legislativním procesem prošel, ale kdy budou schválena nová pravidla pro kategorizaci a úhrady materiálů, zatím není vůbec jasné. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček totiž zákon z Poslanecké sněmovny zatím stáhl.

## NEJVÍCE PLATÍ POJIŠŤOVNY

(odhad celkových výdajů za léky dle užití, v mld. Kč)



Pramen: ÚZIS



# Všimějme si, co prospěje naší společnosti

Na léky a jiné medicínské technologie nemělo být pohlíženo pouze optikou veřejného zdravotního pojištění, ale rovněž z pohledu jiných rozpočtů a celé společnosti.



*Tomáš Doležal*

INSTITUT PRO ZDRAVOTNÍ EKONOMIKU (iHETA)

**O**becná definice lékové politiky říká, že jejím cílem je zajištění kvalitních, účinných a bezpečných léčiv pro pacienty, kteří budou mít z léčby největší prospěch za rozumnou cenu. Už tato definice v sobě skrývá rozpor mezi medicínským a ekonomickým pohledem, a tedy nutnost hledání kompromisu. Česká léková politika má za sebou v minulosti dva velké předěly. Prvním byl začátek devadesátých let a zavedení principu referenčních skupin. Druhým potom rok 2008, kdy na scénu vstoupilo mezinárodní referencování cen a zároveň principy farmakoekonomiky (nově pak především aspekt nákladové efektivity).

**Díky systému dvojího a velmi přísného referencování jsme v Evropě unikátní a důsledkem je masivní pokles v cenách a úhradách léčiv od roku 2008**

Náklady na léky jako podíl celkových výdajů na zdravotnictví průběžně klesají a v současnosti se již dostaly pod 20 procent, což nás začíná přibližovat vyspělým evropským zemím. Dlouhodobě můžeme očekávat další pokles tohoto podílu s tím, jak náklady na velké a nákladné skupiny léčiv klesají v důsledku referencování cen a zavádění generik (generifikace). Jedná se

o jeden z nejlépe regulovatelných segmentů zdravotnictví, o čemž svědčí řada regulačních nástrojů, které jsou v praxi aplikovány.

Na nabídkové straně je dnes regulována jak cena (myšleno maximální cena výrobce), tak úhrada léčiv. Nověji se k těmto dvěma regulacím řadí objem přípravků, který je k dispozici. Český systém reguluje jak prodejní cenu výrobce systémem maximálních cen, tak výši úhrady. Před rokem 2008 byla úhrada stanovována ministerstvem zdravotnictví na základě doporučení kategorizační komise, jež byla složena ze zástupců státní správy, zdravotních pojišťoven a odborných společností. Maximální cenu hlídalo ministerstvo financí.

Nyní je celá agenda svěřena Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) a využívá mnoha celoevropsky a celosvětově aplikovaných principů. Maximální cena, za niž může výrobce uvést produkt na trh, je dána jako průměr tří nejnižších cen v koši zemí Evropské unie a úhrada je nastavována na úrovni nejnižší ceny v EU. Tímto systémem dvojího a velmi přísného referencování jsme v Evropě unikátní a důsledkem je masivní pokles v cenách a úhradách léčiv od roku 2008. Systém převzatý z Evropy byl naroubován na princip vnitřní reference, podle něhož byly na začátku devadesátých stanoveny skupiny takzvaných terapeuticky

zaměnitelných léčiv, ve kterých je sjednocována úhrada na jednu a v principu nejnižší cenovou hladinu.

Poměrně přísná regulace v oblasti lékové politiky existuje rovněž na straně poptávky, tedy na úrovni lékařů a pacientů. Výše doplatků na léky není v Česku zanedbatelná a tvoří téměř 50 procent veškeré spoluúčasti na zdravotní péči. Lékaře a zdravotnická zařízení reguluje velikost finančního objemu, který mohou za léky utratit, a to jak na úrovni praktických lékařů a ambulantních specialistů, tak na úrovni center nákladné terapie (například onkologie, revmatologie nebo neurologie). V České republice je také preskripce – zejména nových léčiv – omezována na určité lékařské odbornosti a pro přesně definované podskupiny pacientů (takzvaná preskripční a indikační omezení).

V roce 2008 se v českém systému začal plně uplatňovat princip úhrady za odpovídající medicínskou hodnotu („value for money“). Jedná se o provádění farmakoekonomických analýz, které dávají do poměru náklady na příslušný lék a celkovou terapii konkrétního onemocnění a výsledky této léčby za účelem prodloužení nebo zkvalitnění pacientova života.

V těchto analýzách je používán parametr QALY (Quality Adjusted Life Year), tedy rok života v plné kvalitě zdraví. Tento princip je dnes již běžným nástrojem i v nových zemích Evropské unie a dlužno konstatovat, že v čase kvalita těchto analýz v České republice stoupá. Problémem je, že určující je vždy nejnižší referenční cena bez ohledu na medicínskou hodnotu léčiva. A tato cena nemůže být vyšší než cena v jakékoliv zemi EU včetně Bulharska, Rumunska nebo nově Chorvatska bez ohledu na to, jakým způsobem je lék v dané zemi používán.

Velkým problémem je, že princip farmakoekonomiky a hodnocení medicínsko-ekonomických přínosů HTA (Health Technology Assessment) je v Česku aplikován jen na posuzování úhrady u léčiv, ale jiné zdravotní technologie mu unikají. V tomto ohledu Česká republika v rámci Evropy zaostává, protože jiné (i východní) země dnes standardně posuzují také další medicínské metody (včetně zdravotnických prostředků, přístrojů, preventivních programů nebo chirurgických intervencí).

Přísliby úspory nákladů na léky najdete ve všech volebních programech a vládních prohlášeních a jsou velmi populární, protože prakticky veškerý objem léčivých přípravků na českém trhu pochází od zahraničních výrobců. Realita je ale taková, že úspory v nákladech na léky české zdravotnictví nespasí.

Po zavedení systému mezinárodní cenové reference jsou české ceny a úhrady na dně evropských cen. Jako lakmusový papírek nízké cenové hladiny léčiv slouží

dramaticky expandující paralelní vývoz léčivých přípravků na trhy s vyšší cenovou hladinou, nejčastěji do Německa a Rakouska. Podle aktuálních statistik a odhadů je takto vyváženo již více než deset procent celkové hodnoty léčivých přípravků uvolněných pro český trh.

Bezhlavé a nekonceptní snižování nákladů na léky – jinými slovy redukce výše jejich úhrad ze zdravotního pojištění – může vést k tomu, že rostou doplatky na léky a pacienti nejsou ochotni si tyto částky doplácat. Ukončování a přerušování účinné farmakoterapie má pak nepříznivé efekty na prognózu pacientů s chronickými chorobami (například s vysokým krevním tlakem, osteoporózou, cukrovkou), takže v důsledku systém zaplatí vyšší cenu ve stadiu komplikací a nenávratného poškození životně důležitých orgánů.

Neuvážlivý tlak na vybrané lékové technologie může navíc vést k omezení dostupnosti těchto léčiv, protože výrobci nemusí být ochotni tyto ceny akceptovat a dané léčivo může přestat být v tuzemském úhradovém systému dostupné.

### Neuvážlivý tlak na vybrané lékové technologie může vést k omezení dostupnosti některých léčiv, protože výrobci nemusí být ochotni tyto ceny akceptovat

Jednou z mála možností, jak v budoucnu snižovat náklady na léky, je rušení úhrady na levná léčiva pro terapii akutních a život neohrožujících onemocnění. Tím by se mohla zvýšit spoluúčast pacientů, a tudíž by více prostředků zůstalo na léčbu závažných a chronických onemocnění. Právě v této oblasti se totiž náklady na léčbu postupně zvyšují a pacienti se k terapiím často zachraňujícím život dostávají stále obtížněji. Taková regulace musí být chytře zaváděna a podložena přesnými analýzami.

Výhledově a v souladu s celoevropskými trendy by bylo žádoucí v lékové regulaci posílit principy „value based pricing“, tedy platbu ze zdravotního pojištění v závislosti na skutečném přínosu daného léku a jeho celospolečenské potřebě. Ve zcela ideálním případě by pak na náklady na léky a jiné medicínské technologie nemělo být pohlíženo pouze optikou veřejného zdravotního pojištění, ale rovněž z pohledu jiných rozpočtů a celé společnosti.

Podobnou reformu, která do rozhodovacího procesu vnáší pohled potřeby nové terapie (takzvané unmet needs) a závažnosti onemocnění a nepřímé náklady, v současné době zavádějí některé Evropské státy jako Velká Británie, Nizozemsko nebo Švédsko. Měli bychom být mezi nimi.

# Krajní řešení je lepší než žádné

Jedinou cestu, která umožní výrobcům řešit paralelní export, představuje nyní model „direct to pharmacy“, který zavedly inovativní farmaceutické společnosti v České republice.



*Jakub Dvořáček*

VÝKONNÝ ŘEDITEL ASOCIACE INOVATIVNÍHO  
FARMACEUTICKÉHO PRŮMYSLU

**N**edostatek některých léků v lékárnách je kvůli paralelnímu obchodu dnes bohužel běžná věc. Jeho objem jen za minulý rok činil necelých pět miliard korun. Inovativní farmaceutické společnosti se proto rozhodly dodávat léčivé přípravky přímo do lékáren, což má vést k zamezení obchodování s nimi. Podle odborníků, kteří se podílejí na rozhodování o českém zdravotnictví, by dalšímu zefektivnění českého zdravotnictví prospěly také eRecepty, jejichž zavedení je však prozatím odloženo do roku 2018.

Velkým problémem ve většině zemí Evropské unie je v současnosti nedostupnost vybraných léků v důsledku reexportů. Ministerstvo zdravotnictví České republiky společně se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) zvolilo cestu zákazu vývozu léků, jejichž dostupnost na českém trhu by mohl reexport ohrozit. Tento proces přitom započal již v roce 2012 návrhem České lékárnické komory (ČLnK), ale odsouhlasena byla pouze dílčí novela. Snahu ministerstva zdravotnictví věnovat se této problematice oceňujeme, ale očekáváme časové prodlevy, které jsou pro podobná rozhodnutí typická.

Inovativní farmaceutické společnosti v České republice z tohoto důvodu přistoupily k zavedení modelu „direct to pharmacy“ (DTP), kdy jsou léčivé přípravky dodávány farmaceutickou společností přímo do lékáren bez využití klasické distribuční sítě. Považuji to za kraj-

ní řešení, ale v době, kdy zde chybí koncepční řešení paralelního exportu, je to jediná cesta, která umožní výrobcům plnou kontrolu nad svými produkty.

Klíčové priority české lékové politiky se v poslední době příliš nezměnily. Jde především o zajištění včasného přístupu tuzemských pacientů k inovativním lékům a zároveň udržení ceny léčivých přípravků na obdobné úrovni jako v evropských zemích se stejným HDP na obyvatele, který má Česká republika. S tím souvisí i zamezení rozvoje paralelního obchodu. Systém české lékové politiky by ale měl být především předvídatelný a transparentní. Měly by být dodržovány zákonné lhůty, které se vztahují k registraci léčivých přípravků na českém trhu či stanovení cen a úhrad. Zároveň je třeba pokračovat v etické kultivaci a zvyšování transparentnosti a efektivnosti v českém zdravotnictví.

Neméně diskutovaným tématem je problematika takzvaných eReceptů, které by byly povinné pro všechny složky zdravotního systému. Nedávné zamítnutí příslušné novely zákona dokazuje, že se proces zavedení elektronických lékových předpisů může protáhnout i na několik let. Přitom by se jednalo o jasný krok vpřed v rámci větší efektivity zdravotnictví. Na tento proces by následně mohly navázat procesy optimalizace a restrukturalizace, které české zdravotnictví dlouhodobě potřebuje.

Samostatnou kapitolou pak zůstává systém referenčních skupin a úhrady léčiv. Než se nový lék dostane k českým pacientům, musí mu lékový ústav stanovit úhradu ze zdravotního pojištění. Průtahy v tomto správním řízení ale způsobují, že se tak děje se zpožděním v porovnání se sousedními zeměmi.

Před pár lety se k českým pacientům dostávaly vysoce inovativní léky o tři roky později než v sousedním Rakousku, o rok a čtvrt později než na Slovensku. Dnes je sice situace mnohem lepší, řízení v lékovém ústavu se jednoznačně zrychlilo. Přesto doba pro vydání rozhodnutí v praxi až několikanásobně překračuje zákonné lhůty.

Česká republika je jediným státem Evropské unie, který pro posouzení biologických léčiv používá princip ATC referenčních skupin. Proto z ekonomických důvodů dochází k seskupení přípravků bez náležitého klinického zdůvodnění.

Současný stav očividně není dobrý ani pro pacienta, jeho ošetřujícího lékaře a koneckonců ani pro zdravotní systém, kterému před očima odtéká vysoce moderní léčba za hranice. Řešení je přitom nasnadě. Základem je kompatibilita našeho systému s ostatními evropskými zeměmi a respektování dosavadních vědeckých poznatků. Inspirací pro český systém může být například Slovensko.

## Stop nepodloženým deklaracím

O potřebě propracovanější regulace úhrad zdravotnických prostředků a přístupu nových technologií se hodně hovoří. Nikdo však tuto potřebu nedokládá argumenty.



*Miroslav Palát*

PREZIDENT ČESKÉ ASOCIACE DODAVATELŮ  
ZDRAVOTNICKÝCH PROSTŘEDKŮ CZECHMED

**P**ři úvahách o regulaci nákladů na zdravotnické prostředky je užitečné si ujasnit několik skutečností. Jaký je rozsah těchto nákladů? Čím je ovlivněn? Jaké regulační mechanismy je zasahují dnes? Jaké principy regulace jsou žádoucí?

Výdaje na zdravotnické prostředky ve vyspělých zemích, ke kterým se počítáme, se pohybují zhruba mezi 5,5 a osmi procenty všech výdajů na zdravotnictví. Jejich podíl je nepřímo úměrný ceně práce v tom kterém systému. V zemích s vysokou cenou práce jsou náklady

na zdravotnické prostředky a technologie kolem 5,5 až šesti procent, u nás se tento údaj pohybuje kolem sedmi procent. Absolutně to činí asi 22 miliard korun ročně. Stojí za zmínku, že toto číslo obsahuje především zdravotnické prostředky spotřebovávané při diagnostice a péči.

„Velké“ technologie, především zobrazovací, nelze již takto dobře odhadnout, protože jejich pořizování je jedna věc, avšak péče – tedy výkony na nich prováděné – se skrývá hlouběji ve zdravotnických statistikách. Pořizova-

cí náklady za jeden rok činí v České republice ročně dvě až čtyři miliardy korun, záleží na tom, jak se v tom kterém roku zadaří s dotacemi a podobně.

Výše uváděné procento podílu zdravotnických prostředků na celkových výdajích je relativně konstantní. Odráží totiž skutečnost, že moderní medicínu bez zdravotnických prostředků poskytovat nelze.

Podíl výdajů na zdravotnické prostředky v Česku pomalu, ale jistě klesá. Je to způsobeno tím, jak postupně stoupá nejvyšší nákladová položka ve zdravotnictví, kterou je cena práce. V absolutním čísle výdaje na prostředky sice stoupají, avšak hlavně kvůli tomu, že roste objem péče, při níž se předepisují nebo používají. Absolutní spotřeba vyjádřená penězi vydanými na zdravotnické prostředky každopádně stoupá nižším tempem než péče, při které se spotřebovávají.

Jinými slovy, využití zdravotnických prostředků a náklady na ně jsou především hnány růstem péče, při které se spotřebovávají, a nikoli jakousi autonomně fungující spotřebou. Dnes je spotřeba zdravotnických prostředků ovlivněna všemi regulacemi, které mají dopad na objem péče. Patří k nim rozsah zasmulovaných kapacit poskytovatelů, výkonové režimy některých poskytovatelů, regulace péče v ambulantní sféře a podobně. Zdravotnické prostředky jako takové jsou regulovány stanovenou obchodní přírážkou, výší úhrady uvedené v číselníku VZP, u ambulantních přílohou 3C zákona 48 o preskripčních, objemových a finančních limitech. Ústavní zdravotnické prostředky pak podléhají veřejným soutěžím, často elektronickým aukcím.

V oblasti poukazových prostředků je třeba stanovit nějaký rámec, nárokový limit k předepisování. Jedním z možných je dnes používaný způsob limitace objemu prostředků anebo financí spolu s omezením indikace a preskripce. Jiným modelem by mohl být limit formulovaný na pacienta či na diagnózu. V těchto případech by omezení preskripce bylo dáno racionální úvahou o tom, kolik čeho potřebuje pacient ve své situaci, aby se dosáhlo medicínského účelu. Ať už vyléčení, anebo kompenzace poškozené funkce.

S tímto modelem jsou mnohaleté zkušenosti v oblasti prostředků pro inkontinenci. Existuje rozčlenění na lehkou, střední a těžkou inkontinenci a pro tyto kategorie jsou stanoveny finanční limity na preskripci a období. Odborné společnosti by bezesporu uměly formulovat určité skupiny potřebnosti u ostatních skupin pacientů, kteří používají zdravotnické prostředky z jiných důvodů.

Zároveň je namístě předjímat kritiku z řad plátců, která zákonitě přichází. Pokud se stanoví limity, dejme tomu na závažnost onemocnění, měřitelně stoupá počet pacientů vždy s „vyšším“ stupněm postižení. Předepisující lékaři si tím získávají prostor k preskripci podle

svého uvážení. Nesmíme však zapomínat, že na druhé straně existují preskripční omezení nikoli na pacienta, ale na předepisujícího lékaře, jemuž se indikovaná péče a preskripce sčítá do určitých limitů. Výsledkem je dynamická rovnováha mezi omezeními a „stupni volnosti“, ve kterých se reálná preskripce uskutečňuje. O co však jde, to jsou především principy, podle nichž by se nárok pacientů a jeho limity měly stanovovat. Ty jsou v zásadě tři: jednoduchost, transparentnost a přezkoumatelnost.

Je sice možné i v nejjednodušším pravidle nalézt více způsobů interpretace, to však nemůže být argument pro popírání snahy o srozumitelnost a nahrazování ji stále složitější džunglí pravidel, z nichž nikdo nevyrozumí, na co pacient má a nemá nárok.

**Podíl výdajů na zdravotnické prostředky pomalu, ale jistě klesá. Je to způsobeno tím, jak postupně stoupá nejvyšší nákladová položka, kterou je cena práce**

Druhým požadavkem je transparentnost. Pokud se pravidla utvářejí, musí se tak dít způsobem, do kterého všichni zainteresovaní – pacienti, odborníci, plátcí, dodavatelé a stát – mohou mluvit. Dohoda, která vznikne, by měla být zaznamenána, a to včetně toho, kdo a jakým způsobem argumentoval. O veřejné dostupnosti takového dokumentu pak není žádná diskuse.

Jak se zdá, transparentnost je hlavním indikátorem toho, komu o co v procesu stanovování úhrad jde. Pakliže se proces rozhodování o úhradách odehrává v prostoru dostupném veřejnosti, lze očekávat, že zúčastněným jde o to, co nahlas říkají. Pokud tomu tak není, úmysly zúčastněných jsou skryté a diskuse je tím zamlženější.

A nakonec, jsou-li stanovené limity pro kteroukoli ze stran nepřijatelné, měla by existovat možnost toto rozhodnutí přezkoumat. Ač to možná zní jako volání pro „správním řízení“, nemusí tomu tak být. Lze se přece domluvit, že stanovování úhrad může být dvoukolové, aniž by se nutně vzývaly instituty správního řízení či podobné.

O potřebě jiné, propracovanější a hlubší regulace úhrad zdravotnických prostředků a přístupu nových technologií se hodně hovoří. Nikdo však tuto potřebu nedoložil argumenty. Právě z tohoto důvodu zůstává diskuse – pokud dosavadní veřejné projevy na toto téma vůbec lze takto nazvat – na úrovni jednostranných prohlášení. Vyhliďce na dosažení konsenzu by prospělo, kdybychom do debat zapojili více dat, faktů a cest, jak jsme k těmto údajům dospěli. Nikoli více nepodložených deklarácí.

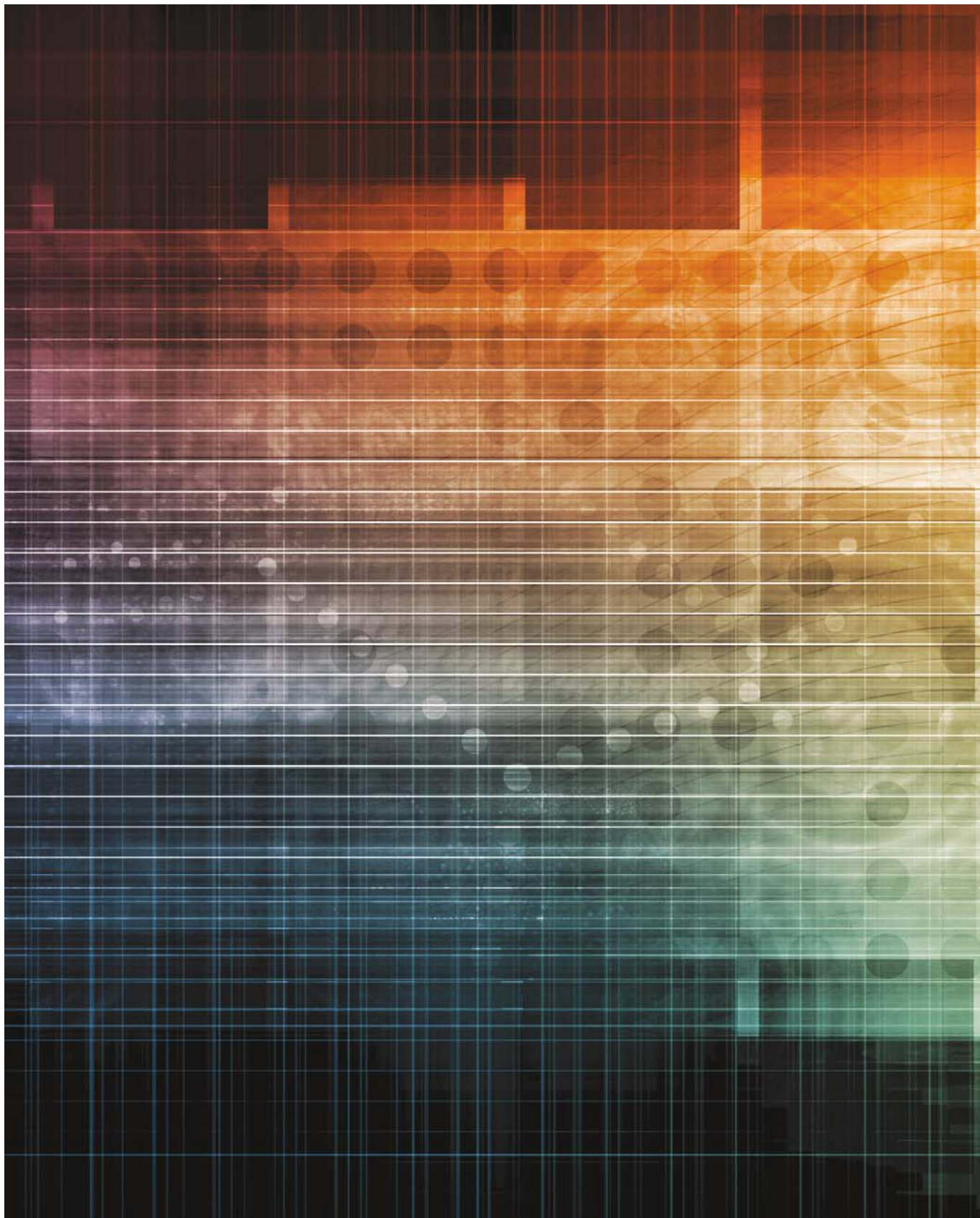


Foto: Shutterstock

# ELEKTRONIZACE ZDRAVOTNICTVÍ

# Zdlouhavé tápání mezi bajty

Elektronizaci zdravotnictví se nevyhneme. Podstatou je vnímat ji jako příležitost, nikoli jako vynucenou povinnost.

*Tomáš Pohanka, MF DNES*

Zázraky se nedějí. Přístup k elektronickému zdravotnictví (eHealth) v tuzemsku svou ležérností zatím zdatně kopíruje vnímání zdravotního systému obecně. Na různých úrovních vznikají užitečné nápady, projekty a produkty, nicméně chybí celková vize, která by autorům těchto snah udala směr, jímž postupovat. Nemáme jasno, co od

**Elektronická preskripce měla být původně zavedena povinně od ledna příštího roku, zůstane však dobrovolná**

elektronizace zdravotnictví chtít, přičemž strategii by mělo přinejmenším naznačit ministerstvo zdravotnictví. Stát ovšem preferuje postoj „ono to nějak dopadne“, který může občas vést k dobrým věcem, ale častěji jsou jeho výsledkem přehmaty typu elektronických zdravotních knížek IZIP.

Jedním z čerstvých příkladů nekoncepčního přístupu ministerstva – skoro by se dalo říci modelovým

– je elektronická preskripce neboli eRecept. Původně měla být povinně zavedena od 1. ledna roku 2015 a měla se stát prvním velkým krokem na celostátní úrovni, v němž se přímo angažoval resort zdravotnictví. Zůstane však dobrovolná jako dosud. Přestože je eRecepty možné využívat už několik let, na všech preskripčních se nepodílejí ani jedním procentem.

Skutečnost je taková, že celý projekt eReceptu byl řízen nepřesvědčivě. Nejenže nebyl načrtnut ekonomický rámec, v němž by se měly pohybovat předpokládané náklady na zavedení jedné z částí eHealth, dostatečně nebyly stanoveny ani základní parametry systému.

Státní ústav pro kontrolu léčiv vyčíslil dosavadní náklady na eRecept na přibližně 100 milionů korun.

Kritikové však poukazují na to, že do nich nezahrnul vše. Nejenže by po zavedení dosáhly násobně vyšší částky, značná část nákladů by podle kritiků dopadla na soukromou sféru.

Aby toho nebylo málo, ministerstvo zdravotnictví nakonec přiznalo, že se do diskuse nemohla v dostatečné míře možnost zapojit zdravotnická zařízení, profesní organizace, odborné společnosti ani lékaři.

Ostatně jestliže se v roce 2014 jako argument proti povinnému zavedení eReceptu objeví zpochybnování spolehlivosti internetového připojení, náklady na elektronické vybavení pro ordinace či omezené vzdělání některých lékařů-seniorů v práci s počítačem, který prezentoval prezident České lékařské komory Milan Kubek, je něco špatně. Pokud celospolečenská diskuse o elektronickém zdravotnictví v tuzemsku nedospěla ani do toho stádia, že podobná slova vůbec mohou veřejně zaznít a někdo

je vnímá jako relevantní, evidentně jsme zatím eHealth příliš důkladně neprobrali.

### Opakované omyly

Elektronický recept bude nadále dobrovolný, což naznačuje vzhledem k jeho dosavadním „úspěchům“ v této sféře jeho pokračující živoření. Zvláště když ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček dosud nenastínil ani obrysy toho, co od takového modelu očekává. Možná by konečně stálo za to podívat se na eHealth koncepčněji.

Příležitostí zvažovat pro a proti elektronického zdravotnictví a vytvořit celkovou strategii jsme přitom už měli relativně dost, zejména s ohledem na proslulý systém elektronických zdravotních knížek IZIP.

Za deset let existence se do něj dobrovolně přihlásilo přes 2,5 milionu pacientů a necelých devět tisíc zdravotnických zařízení. IZIP ale jednak nevytvářel takové zdravot-

ní záznamy o pacientovi (Electronic Health Record, EHR), které by mohly nahradit dosavadní papírovou dokumentaci, a jednak s pomocí bývalých vedení Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) spolkl mnohem více peněz, než by se slušelo. Za dvě miliardy korun se dal bezpochyby vybudovat užitečnější produkt.

Estonsko například zavedlo Národní systém EHR v roce 2009, přičemž na podzim téhož roku do systému prostřednictvím „svého“ portálu získali přístup rovněž pacienti. Databáze shromažďující údaje o zdravotním stavu všech obyvatel pobaltské země vyšla podle tamní vlády na deset milionů eur (necelých 300 milionů korun).

O dva roky později využívalo systém okolo 47 procent z 1,37 milionu obyvatel země a 95 procent lékařů, podíl elektronických receptů v estonském zdravotnictví se vyšplhal do roku 2011 na 80 procent. Z hlediska ochrany osobních údajů systém funguje tak, že lékaři a zdravotnická zařízení jsou povinni do

systému dodávat informace o pacientech. Pacienti však mohou omezit přístup k datům o svém zdravotním stavu, přičemž nesou odpovědnost za to, pokud neposkytnutí dat poškodí jejich zdraví.

Mimo ministerstvo se v Česku zrodil pokus o celkovou strategii v roce 2010 pod názvem Národní plán rozvoje eHealth, který vytvořilo občanské sdružení České národní fórum pro eHealth spolu s ICT unií. Spoluauctory materiálu byly Všeobecná zdravotní pojišťovna, Svaz zdravotních pojišťoven a některé nevládní organizace a zájmová sdružení.

Pokud ale má mít eHealth smysl, stát musí hrát v elektronizaci aktivní roli. Nyní na ministerstvu zdravotnictví vzniká další strategie. Dekádu od vzniku systému IZIP Česku chybí jasně formulovaná vize, která jde dál než obecná prohlášení typu „hodláme se zaměřit na další rozvoj elektronické preskripce“. Důležité je jak, dokdy a co za to. Nemáme tolik peněz na to, abychom své omyly do nekonečna opakovali.



Foto: Shutterstock



### Systematicky a transparentně

Zkušenosti ze zahraničí jsou přenositelné jen zčásti, protože zdravotní systém každé země má svá specifika. Není třeba si ani příliš sypat popel na hlavu kvůli promrhaným finančním prostředkům. Na utrácení peněz nejsme největší experti. A státní kuratela automaticky nezaručuje úspěch. Britský Národní program pro IT v rámci Národní zdravotní služby, který odstartoval v roce 2002, stál během deseti let více než 12 miliard liber. Celoplošný projekt skončil v roce 2011 a rozdrobil se do lokálních programů.

Prvním problémem konceptu eHealth je, že nespočívá v prosté digitalizaci dat. Zásadním způsobem by se jeho prostřednictvím měl proměnit dosavadní systém fungování lékařské péče, hlavně vztah lékařů a pacientů. Druhý problém spočívá v tom, že nejdůležitější výsledky nelze očekávat ihned. Ty se týkají jak úspor vyplývajících z vyšší efektivity systému, především ale zlepšení zdravotního stavu populace. Atrak-

tivita pro politiky přitom s každým rokem odložených přínosů dramaticky klesá.

Studie společnosti KPMG, která vznikla v roce 2012 na základě detailních rozhovorů se 39 odborníky na elektronické zdravotnictví z patnácti zemí celého světa, tvrdí, že eHealth

### Nemáme jasno, co bychom měli od elektronizace zdravotnictví chtít, přičemž strategii by mělo přinejmenším naznačit ministerstvo zdravotnictví

má šanci pouze v případě, že zahrnuje tři základní prvky. Za prvé, vytvořit strategický plán, podle něhož se eHealth bude rozvíjet. Nemusí být přitom centralizovaný, jen je třeba zajistit, aby všichni zúčastnění postupovali stejným směrem. Za druhé, zaměřit se na klíčové prvky, které přinášejí nejvíce benefitů největšímu množství zainteresovaných. Teprve poté pokračovat v rozšiřování spektra prvků, které jsou součástí systému elektronického zdravotnictví. K těm by mohla patřit například zmíněná elektronická preskripce, avšak správ-

ně zavedená do praxe. A za třetí, rozvoj projektu eHealth by měl stát na lékařích a zdravotnických zařízeních a na tom, aby ho přijali za svůj a stali se jeho propagátory.

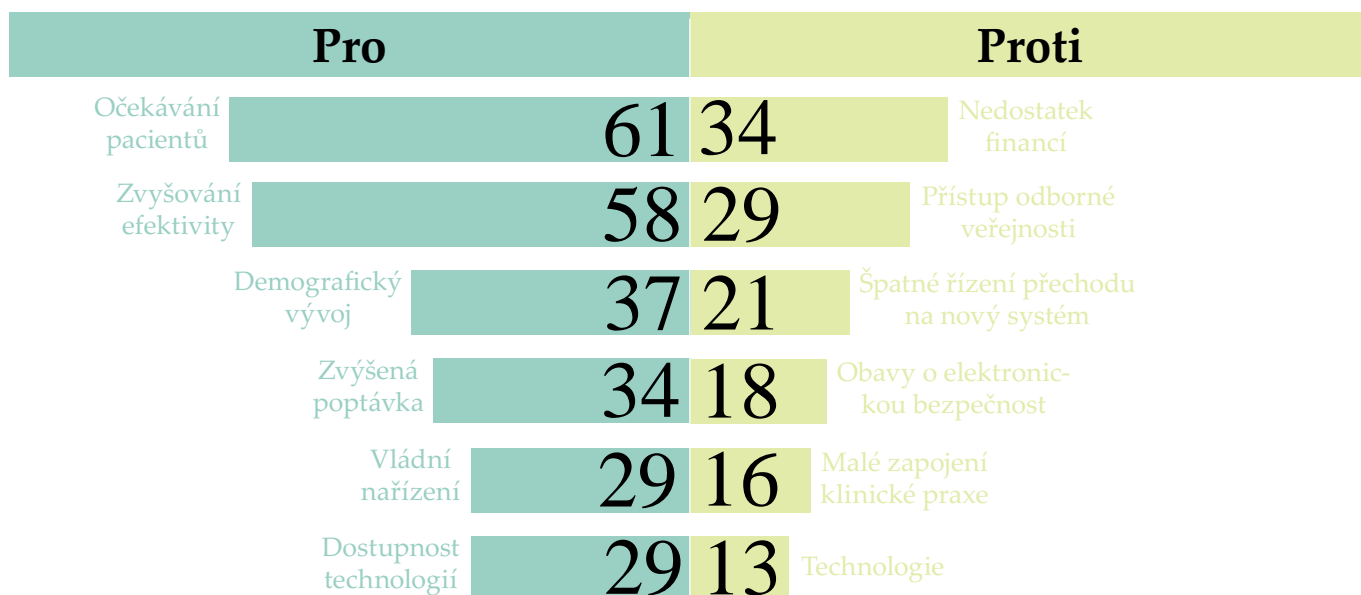
Direktivně jim ho nikdo nevnutí, jak se v tuzemsku přesvědčujeme po každé, když na elektronizaci přijde

řeč. Nic z toho se ovšem neobejde bez transparentního přístupu.

Načrtnutá osnova není zdaleka jednoduchá, jak by se mohlo zdát.

„Přestože všichni naši respondenti identifikovali základní potřeby (nutnost vytvoření strategického plánu, zacílení na klíčové prvky a nutnost přesvědčit odborníky ve zdravotnictví), překvapivě jen málo projektů se bylo schopno vypořádat se všemi těmito kritickými prvky systematicky,“ uvádí ve studii Mark Britnell z britské pobočky KPMG.

### PACIENTI JSOU PRO ELEKTRONIZACI, ALE OBAVY Z NEDOSTATKU PENĚŽ PŘEVLÁDAJÍ (hlavní důvody přispívající k zavádění elektronického zdravotnictví a hlavní překážky, které mu brání, v % respondentů)



## Lék proti asymetrii

Českému zdravotnictví může elektronizace pomoci vybědnout z některých potíží, s nimiž si zatím nedokáže poradit. Jedním z nesporných přínosů eHealth je omezování informační asymetrie, která dlouhodobě sužuje nejen tuzemský zdravotní systém. Zrovnoprávnění vztahu pacienta s lékařem souvisí s důvěrou občanů ve funkčnost zdravotnictví a pomáhá vyvolávat na pacienty tlak, aby přijali větší odpovědnost za své zdraví. Mohutně veřejně financovaný systém, jako je ten český, účastníkům neposkytuje ani příliš pravomocí rozhodovat, ani je nemotivuje ke zdravému životnímu stylu.

Pacient je přitom článkem, který má ve většině zemí na rozvoji eHealth eminentní zájem. Mezi hlavní atributy, díky nimž se o eHealth hovoří jako o konceptu budoucnosti, se ve zmiňovaném průzkumu KPMG dostalo očekávání pacientů, předpokládané přínosy ohledně efektivity a demografický vývoj, naopak za brzdy byly označeny nedostatek financí spolu s přístupem odborné veřejnosti.

Motivovat pacienty k využívání elektronického zdravotnictví se jeví jako nejjednodušší problém, který se vzhledem ke stárnutí generací, jež považují internet za přirozené životní prostředí, vyřeší sám postupem času. Pacienti by samozřejmě mohli být hlavním tahounem změny už dnes, pokud by zdravotnictví fungovalo na principech byznysu. Jelikož to ale z mnoha důvodů není žádoucí, motivace ostatních účastníků systému je nezbytná. Týká se to zejména praktických lékařů a zdravotnických zařízení.

Elektronizace má rovněž potenciál nezanedbatelně snížit počet návštěv u lékaře, které jsou v tuzemsku příliš časté a zbytečně finančně zatěžují systém. Ostatně Česku jejich přehršlí dlouhodobě vytýká Organizace pro

hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD). Na internetové bázi lze řešit zejména opakované kontroly, kdy si pacienti do ordinace docházejí pouze pro recept na další dávku léků. V Hongkongu například díky eHealth klesl počet návštěv o čtvrtinu.

Existuje vcelku vysoká pravděpodobnost, že se s pomocí elektronizace sníží množství zbytečně vydávaných léků, s čímž má tuzemské zdravotnictví také nezanedbatelné potíže, včetně negativních lékových interakcí, jež mohou citelně poškodit pacienty. Významnou roli oba předchozí argumenty pro zavedení eHealth sehrávají především v případě chronických onemocnění. Tito pacienti představují pro zdravotní systém zdaleka největší finanční zátěž, přičemž jejich elektronická evidence by zjednodušila průběžné sledování jejich zdravotního stavu lékařem i kontrolu nad všemi léky, které užívají.

## Pojišťovny, ePACS a tak dále

Přestože celková strategie v oblasti elektronizace zdravotnictví Česku chybí, leckde se s digitálními daty úspěšně pracuje. Aktivní jsou v tomto směru především zdravotní pojišťovny. Už téměř každá z nich nabízí v rámci svých služeb pojištěncům vedení zdravotních záznamů v elektronické podobě, jako je Karta života Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitřní (ZPMV). ZPMV ji vytvořila a v roce 2009, v lednu roku 2012 kartu začala používat také Česká

průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP). Obdobně funguje Vitakarta vydávaná Oborovou zdravotní pojišťovnou (OZP) či Karta mého srdce Zdravotní pojišťovny Škoda.

Karty přístupné obvykle jak z počítačů, tak chytrých mobilních telefonů kromě záznamů o zdravotním stavu pacientů umožňují sledovat všechny úhrady, které pojišťovna provádí. A jelikož si zdravotní pojišťovny financovaly systémy samy, žádný z nich se ani vzdáleně svými náklady nepřiblížil projektu IZIP. „Elektronizace zdravotnictví je zcela přirozeným procesem, který by se měl stát standardem v komunikaci s klienty i v dalších činnostech zdravotní pojišťovny. Samozřejmě však musí být, aby pojišťovna, která takový projekt realizuje, nad ním měla od počátku plnou kontrolu a aby vynaložené náklady byly co nejmenší,“ nechal se slyšet generální ředitel OZP Ladislav Friedrich.

Jiným projektem eHealth je elektronická výměna obrazových materiálů mezi zdravotnickými zařízeními (ePACS). Jeho smyslem je zbavit se neefektivního převážení dokumentace o pacientech mezi zařízeními sanitkami či kurýrem, nebo dokonce přesouvání samotných pacientů.

Systém vznikl na základě mezinárodního technologického standardu DICOM v roce 2006 a během následujících tří let se do něj přihlásilo sedmdesát zařízení. V prosinci letošního roku bylo zapojeno už 262 zdravotnických zařízení. Z podobných technologických základů jako ePACS vychází integrovaný záchranný systém kraje Vysočina eMeDocS, jehož prostřednictvím záchranné služby sdílejí klíčové údaje o pacientech, pro které jsou vysílány.

Kromě zmíněných projektů existují různé registry – například onkologický, tkáňový či transplantanční – které by měl spolu s dalšími komponenty eHealth zastřešovat Národní zdravotnický informační systém (NZIS). Zatím se tak však děje spíše sporadicky. (Podrobněji o stavu NZIS viz komentář na straně 76.)



Dalším plodem elektronizace je třeba eNeschopenka, která se pohybuje na pomezí zdravotní a sociální péče. Za aplikací sloužící k evidenci práceneschopných klientů stojí Česká správa sociálního zabezpečení (ČSSZ), která ji zprovoznila v roce 2011. Lékaři má uspořít čas a zjednodušit administrativu tím, že lze jejím prostřednictvím zasílat všechna data týkající se dočasné pracovní neschopnosti. Bohužel ani eNeschopenku se zatím napovedlo prosadit plošně.

Aby mohla elektronizace tuzemského zdravotnictví postoupit o další krok, těch několik málo fungujících systémů by mělo umět spolupracovat mezi sebou. Příkladným bychom si tak ušetřili problémy, které zákonitě přijdou. Poučením mohou být potíže, jež poslední dobou řeší v Dánsku. A to právě kvůli tomu, že je tamní zdravotnictví v elektronizaci dat o několik desetiletí před námi (viz Zbytečně mnoho systémů).

V tendru na návrh řešení systému hospodárného a funkčního elektronického zdravotnictví zvítězila už před dvěma lety společnost Microsoft, jejíž projekt podle odborné komise „nejlépe zpracovává procesní modely jednotlivých agend, jakými jsou výměna zdravotnické dokumentace, patientský portál, registr radiační zátěže či elektronická preskripce“. Reálné výsledky, jako je patientský portál či alespoň skutečně funkční eRecept, jsou však zatím v nedohlednu.

### Zatím na patnácti miliardách

Elektronizaci zdravotnictví se nevyhne. Stejně jako v jiných odvětvích se postupně prosadí už jen kvůli většímu pohodlí pacientů, byť to bude trvat déle. A stejně nezbytné bude zavést práci s digitalizovanými daty jako povinnost. Zajištění potřebné legislativy týkající se ochrany osobních údajů stejně jako minimalizace rizika jejich zneužití jsou bez debaty. Přesto ani v tomto

## EHEALTH V DÁNSKU

### Zbytečně mnoho systémů

Se zaváděním elektronického zdravotnictví začalo Dánsko už před dvěma dekadami. Díky tomu nyní všichni praktičtí lékaři a každá z 53 tamních veřejných nemocnic vedou o pacientech elektronické zdravotní záznamy (EHR). Centralizujícím prvkem je od roku 2004 systém MedCom – vlastněný národními, regionálními a místními úřady – který nastavuje standardy. Zastřešujícím veřejným portálem je Sundhed.dk, do něhož mají přístup jak lékaři, tak pacienti.

Každý z 5,6 milionu občanů Dánska může dnes prostřednictvím internetových stránek získat informace o svých minulých diagnózách a způsobech léčby u praktických lékařů i v nemocnicích, sjednávat si návštěvy u svého praktického lékaře, zkoumat laboratorní výsledky nebo si objednávat potřebné medikamenty v lékárnách. Zároveň má možnost díky zabezpečené e-mailové komunikaci komunikovat se všemi úřady, které jsou součástí zdravotnického systému.

„Značný podíl na úspěchu eHealth v Dánsku má jasná a strategická vize, kterou prosazovala státní správa, spolu se schopným řízením jednotlivých článků systému a zainteresovaností všech stakeholderů,“ tlumočí hledisko zdravotnických expertů z patnácti zemí světa poradenská společnost KPMG ve své studii o elektronickém zdravotnictví z roku 2012.

Jelikož se však systémy EHR v devadesátých letech vyvíjely samostatně, jedním z problémů, který v Dánsku zatím zcela nevyřešili, je propojení elektronických zdravotních záznamů. Praktičtí lékaři sice slouží coby „brána do systému“ a se zdravotnickými zařízeními už v roce 2010 probíhalo 90 procent komunikace elektronickou cestou, v zemi však funguje 16 různých systémů EHR v oblasti primární péče, dánské veřejné nemocnice pracují s dalšími 15 odlišnými systémy. „Oblast primární péče a nemocnice mají naprosto jiné systémy, které vzájemně nespolupracují. Většina z nich je alespoň schopna si vyměňovat textové zprávy ve formátu XML, který je ovšem velmi zastaralý,“ upozornil loni v International Journal of Medical Systems Patrick Kierkegaard, doktorand na americké Cornell University.

Do dánského systému eHealth jsou dnes zapojeni všichni praktičtí lékaři i zdravotnická zařízení a řadí se k nejlepším na světě. Přesto decentralizace, na jejíž bázi vznikal, než státní správa přišla s jasnou vizí, dodnes přináší technické problémy.

ohledu v Česku ještě nemáme čistý stůl.

Podstatou je vnímat eHealth jako příležitost, nikoli jako vynucenou povinnost. Už v roce 2011 na konferenci World of Health IT v Budapešti odhadovali odborníci hodnotu evropské-

ho trhu elektronického zdravotnictví na patnáct miliard eur s předpokládaným ročním růstem o 2,9 procenta. Mnohé tuzemské technologické firmy by na něm mohly najít uplatnění. Rozhodně se tak ale nestane za cenu získávání předražených státních zakázek.

# Mnohé možnosti zatím leží ladem

Jak posílit funkčnost Národního zdravotnického informačního systému v ČR?



*Ladislav Dušek*

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY

**Ř**ízení, optimalizace, hodnocení kvality ani financování moderní zdravotní péče se neobejdou bez adekvátního informačního zázemí. Zdravotnická informatika a analýza klinických dat zaznamenaly v uplynulém desetiletí významné posílení a jejich výstupy se stávají základem řady forenzních postupů. Stále sofistikovanější diagnostické technologie, vstup molekulární biologie a genetiky i pokrok v léčebných možnostech činí tento vývoj nezadržitelným. Budování zdravotnických informačních systémů se proto logicky stalo prioritou všech vyspělých států Evropy i světa. Tento příspěvek si klade za cíl stručně zhodnotit aktuální pozici a funkčnost Národního zdravotnického informačního systému (NZIS) v Česku.

**Řada stávajících komponent NZIS vznikla jako ad hoc projekty, registry, bez vazby na jiné složky systému**

Česká republika ustavila Národní zdravotnický informační systém a dodala mu odpovídající oporu v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Hlava III, NZIS). Jednotlivé komponenty NZIS legislativní oporu vyžadují, neboť jde o databáze cíleně shromažďující osobní data pacientů a jako takové musí pracovat v přesně vymezeném a vysoce zabezpečeném režimu. Tyto aspekty práce s NZIS jsou v zákoně č. 372 řádně uvedeny, odpověd-

ným správcem NZIS je Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mnohé možnosti, které nám dnes NZIS nabízí, nicméně zatím leží ladem. Ačkoli byl systém zřízen s jasným posláním, není jeho kapacita naplněna ani využívána. Řada stávajících komponent NZIS vznikla jako ad hoc projekty, registry, bez vazby na jiné složky systému. Jsme svědky redundancí, úzce zaměřených a vzájemně nekomunikujících sběrů dat a bohužel také nefunkčnosti některých, v zákoně přesně popsanych komponent NZIS. To je případ Národního registru zdravotnických pracovníků, který v důsledku dlouhodobě neřešených legitimních výtek Ústavního soudu ČR fakticky neexistuje. Jde o situaci vyžadující urgentní nápravu, neboť ustanovení tohoto referenčního registru je základním předpokladem implementace jakékoli nadstavby systému eHealth. Mezi další limity funkčnosti NZIS patří zejména:

Nedostatečná validace databází NZIS proti externím, referenčním datovým zdrojům. Výjimečným příkladem, kde taková validace probíhá, je například Národní onkologický registr.

Nedostatečná reprezentativnost části systému, který je určen pro hodnocení jednotlivých segmentů péče. Systém registrů nedostatečně pokrývá významné oblasti, jako je například diabetologie.

Chybějící vzájemná kompatibilita a propojení klíčových datových zdrojů. Nejsme tak schopni zajistit

relevantní hodnocení komplikovaných populačních zdravotnických intervencí ani zcela objektivně mapovat trajektorii pacientů v zdravotnickém systému.

Velmi omezený rozsah vytěžování dat za účelem hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb. V tomto ohledu je nedostatečná i současná podoba legislativních norem, které vytěžování dat NZIS za tímto účelem dostatečně nespecifikují.

Chybějící zapojení dat NZIS do systémů kultivujících úhrady zdravotní péče. Například žádný datový zdroj NZIS není precizován jako základna hodnocení struktury a ekonomické nákladovosti lůžkové péče.

Výše uvedený výčet limitů NZIS lze napravit, a tím zajistit adekvátní využívání těchto cenných zdrojů dat. Profitovat z toho budou jak poskytovatelé zdravotních služeb (získají relevantní data o své pozici v systému, benchmarking), tak plátcí i management zdravotní péče (získají podklady pro optimalizaci svého chování v systému). A samozřejmě rovněž pacienti, pro které se zvýší transparentnost systému a garance kvality služeb. Nejdůležitější opatření, která je nutné v tomto směru zajistit, lze shrnout v těchto bodech:

**Reprezentativní obsah NZIS.** NZIS musí pokrývat oblasti péče, ve kterých je koncentrována největší epidemiologická zátěž české populace. NZIS musí budovat funkční datovou základnu pro kultivaci systému úhrad zdravotních služeb, zejména lůžkové péče (DRG).

**Širší využitelnost dat NZIS.** NZIS musí být zabudován do systému hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb. NZIS musí poskytovat podklady pro komplexní a multidisciplinární hodnocení péče, včetně celostátních zdravotnických programů (prevence, diagnostika, ekvita péče, výsledky péče).

**Efektivita získávání dat NZIS.** Cestou dalšího rozvoje NZIS nemohou být ad hoc budované databáze postavené na „ručním“ sběru dat od lékařů a zdravotnických pracovníků. Maximální pozornost musí být věnována vytěžení již existujících, systémem zdravotnictví generovaných zdrojů dat (například datová úložiště plátců péče).

**Transparentnost a dostupnost dat NZIS.** Úložiště NZIS musí být vybavena on-line nástroji umožňujícími efektivní zpětnou vazbu pro poskytovatele dat; hlásící subjekty musí být analyticky obsluhováni a musí mít možnost kontroly a vytěžení vlastních dat.

**Podpora praktické implementace výstupů NZIS.** V Česku musí být ustavena reprezentativní síť zdravotnických zařízení, která bude sloužit jako referenční těleso pro kultivaci klasifikačních systémů, verifikaci datových standardů a nových analytických nástrojů. Ustavení takové sítě je rovněž nezbytnou podmínkou standardizace systému úhrad lůžkové péče.

Naplnění potenciálu Národního zdravotnického informačního systému bude vyžadovat novelizaci příslušných legislativních norem. K posílení funkčnosti NZIS ostatně Česko vyzval i panel expertů Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj ve zprávě z listopadu roku 2013 nazvané „Health Policy Studies – Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival“. Ta konstatuje, že pro zavedení skutečně účinných hodnotících programů je v Česku zapotřebí dosud chybějící silné politické a legislativní podpory. Zejména provázání populačních registrů s klinickými informačními systémy a se zdravotnickou dokumentací pacienta by hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb výrazně napomohlo a přiblížilo by český zdravotnický systém k vyspělým zemím severní a západní Evropy.

Je více než nutné využít platný legislativní rámec pro komplexnější a integrovanější využití zapojených zdrojů dat, tedy národních registrů, statistických zjišťování a administrativních údajů. Jde především o klíčová ustanovení zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v části týkající se Národního zdravotního informačního systému. Ostatně zmíněná stať zákona v § 72 výslovně konstatuje: „V Národním zdravotnickém informačním systému zdravotnické registry vytvářejí vzájemně propojenou soustavu a pro účely uvedené v § 73 je možné sdružovat údaje v nich vedené. Pro vedení těchto zdravotnických registrů lze využívat údaje získané z informačních systémů veřejné správy a zdravotních pojišťoven.“

Spoluautoři: M. Blaha, J. Mužík, M. Burger





Foto: Shutterstock

CO LZE UDĚLAT, ANIŽ BYCHOM  
K TOMU POTŘEBOVALI POLITIKY

# Příliš ochotně jsme se adaptovali

Dokud bude favoritem iluze bezplatnosti, odpor k rozhodování a k ochotě převzít svůj díl odpovědnosti, mnoho se nezmění.

*Pavel Vepřek, předseda sdružení Občan*

Ve zdravotním systému lze bez politiků zlepšit velmi málo. Obecně platí, že stávající zákony zásadně nebrání žádnému z aktérů, aby „dušínovsky“ pracoval ve prospěch celého zdravotnictví. Realitu ale ovládá většinová snaha získat pro sebe a své souputníky co největší díl z téměř tří stovek miliard korun, které do zdravotního systému každoročně putují. A to s co nejmenším vynaložením vlastního úsilí. Netransparentnost prostředí a vágní pravidla svědčí ostrým loktům a ty brání jakékoli účinné změně.

Bez politiků se zlepšování systému neobejde už jen proto, že mají ve svých rukou nejen těžkopádnější moc zákonodárnou, ale i přímočarou moc exekutivní. A politici opět nebudou dělat nic, co by jim zkomplikovalo udržení momentální pozice nebo šanci na budoucí zvolení. Jejich postoje odrážejí zájmy sponzorů a skutečných či potenciálních voličů. Dokud bude favoritem iluze

bezplatnosti, odpor k rozhodování a k ochotě převzít svůj díl odpovědnosti, mnoho se nezmění.

Ke krokům, které by podstatně posunuly naše zdravotnictví kupředu, patří například vymezení hrazené péče (a možnost legálního doplacení rozdílu mezi ní a nehrazenou), posílení efektivity dohledu státu nad zdravotními pojišťovnami, vznik Národního institutu zdravotního pojištění, odpolitizování správy zdravotních pojišťoven, standardizace řízení přímo řízených organizací, DRG a seznam výkonů vycházející z reálných nákladů a HTA, zavedení cenové konkurence pojišťoven či zpřehlednění pomezí zdravotního a sociálního systému (provázání správy prostředků na nemocenskou, invalidní důchody a příspěvků na péči se zdravotním pojištěním). Stejně tak je třeba sjednocení motivací, zpřesnění systému ekvalizace rizika mezi pojišťovnami, zjednodušení systému postgra-

duálního vzdělávání, posílení veřejné kontroly otevřením přístupu ke smluvním vztahům pojišťoven a k produkci nemocnic (typu „jak se kde léčí“), podpora standardizace diagnostických a léčebných postupů nebo prevence nežádoucích lékových interakcí (třeba ve vazbě na e-recepty). Pokračovat by se dalo ještě dlouho.

Na rozdíl od devadesátých let a poloviny minulého desetiletí nevidím žádnou skupinu či skupiny, které by se zmíněnými tématy vážně zabývaly a pracovaly na přípravě průchodných řešení. Naše společnost se až příliš ochotně adaptovala na současné fungování zdravotnictví, takže negeneruje poptávku po jeho zásadnější proměně. Dá se předpovědět, že vývoj tuzemského zdravotního systému více ovlivní výsledek interakce sil a zájmů uvnitř jeho samého než realizace nějakého propracovaného a domyšleného konceptu. Hlavními hybateli budou

technologický pokrok a rostoucí bohatství společnosti.

Můžeme očekávat, že stejně jako lidé čím dál častěji kupují kvalitní potraviny, byť za vyšší ceny, postupně poroste také poptávka po kvalitních zdravotních službách. Vzhledem k neostrému vymezení rozsahu hrazené péče a toleranci k porušování zákona zakazujícímu si u ní dodatečně vybírat další peníze, je zřejmé, že se neregulovaná spoluúčást bude průběžně zvyšovat. Je možné, že ve chvíli, kdy dosáhne míry viditelně ovlivňující spravedlivou dostupnost zdravotní péče, dojde k oprášení

myšlenky na vymezení rozsahu hrazené péče zákonem. Tím by se otevřel prostor pro standardní připojištění.

Současným trendem je výrazné omezování hmotné zainteresovanosti pacientů na čerpání zdravotní péče spojené s navyšováním transferu prostředků ze státního rozpočtu do veřejného zdravotního pojištění. Můžeme očekávat, že navzdory rovnosti mezi částkou, která by se za regulační poplatky vybrala, a tou, která bude ze státního rozpočtu do zdravotnictví převedena, nebude výsledek této operace ekonomicky

neutrální a projeví se růstem nákladů. Pokud k tomu dojde hlavně v nemocnicích, stane se jejich předání do správy soukromým řetězcům průchozí myšlenkou.

Vzhledem k demografickému vývoji a obyčejné lidské potřebě se dobře postarat o své nejbližší na konci jejich životní dráhy věřím, že kromě stále báječnější vítězné medicíny se rozvine citlivá geriatrická péče. Douškou by mohlo být přání, aby veřejné zdravotní pojištění vzalo po letech přehlížení na vědomí i mobilní paliativní péči. Neb jak se říká, konec dobrý, všechno dobré.

## Jak může VZP přispět k lepšímu fungování systému

Všechny zdravotní systémy na světě vykazují jednu společnou vlastnost. A sice že mohou zkonzumovat jakékoliv množství finančních prostředků. Co do systému pojištěnec, stát, obec, město či kraj nasype, to je možné utratit.



*Petr Honěk*

NÁMĚSTEK PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI VZP

**N**etřeba si zastírat, že efektivita českého zdravotního systému stále není optimální a bylo by záhodno vypracovat na toto téma řadu analýz, studií nebo projektů. To však není účelem tohoto textu. Nabízím proto jen několik postřehů z praxe tak, jak jsem je zaznamenal pohledem vrcholového manažera největší a nejsilnější zdravotní pojišťovny.

Pacienti v České republice si mohou svobodně zvolit v podstatě jakékoliv zdravotnické zařízení. Toto zařízení je pak povinno, pokud nenarazí na provozní kapacity, poskytnout pacientovi péči. Z toho je patrné, že český systém organizace a platby za péči tedy v praxi nezná takzvaný gatekeeping (to znamená situaci, kdy pacient nemůže využít zdravotních služeb dle libovůle,



ale péče je organizována, ať už regionálně či podle specializace). Tato na první pohled pro pacienta výhodná svoboda volby je ovšem vykoupena chaotičností jeho putování ve zdravotním systému. To vede k provádění nadbytečných vyšetření a výkonů či duplicitám – tedy ke snížené efektivitě v systému.

Námítkou může být, že taková neefektivita je problémem pojišťovny a měla by ji odhalovat svou revizní činností. To je pravda pouze částečná, protože nesprávně nastavený systém nebude fungovat ani přes sebedůkladnější revizní činnost. Přesto Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) na tuto roli pochopitelně nerezignuje – disponuje největším revizním aparátem, který čítá 545 revizních lékařů a dalších pracovníků. V loňském roce provedla téměř 30 tisíc revizí a kontrol, ekonomický dopad revizí přesáhl 350 milionů korun.

Jak tedy může VZP přispět k lepšímu nastavení a fungování systému?

Ve střednědobém horizontu budeme usilovat o změnu pohledu na celkový systém financování. Často se mluví o platbě „za pacientem“. Je to v zásadě opačný přístup, než jak se na úhrady za zdravotní péči díváme nyní. Z pohledu plátce znamená platba „za pacientem“ daleko důslednější a systematictější „management péče“, jehož otěže by měl v rukou konkrétní lékař či zdravotnické zařízení.

Takový systém neumožní (a pojišťovna nezaplátí) jakékoliv zdvojování péče, dělení hospitalizačních případů mezi několik nemocnic, tedy účelový překlad nemocného, kdy platba za péči o takového pacienta je pojišťovnou zaplácena dvakrát. Zdravotnické zařízení, které by podobné praktiky uplatnilo, by se totiž samo krátilo o platbu za péči za „svého“ pacienta.

Dalším ze zásadních léků pro odstraňování neefektivit v našem systému je pokračování v elektronizaci zdravotnictví. Úspěch netkví v „monstrprojektu“ eHealth, který vyřeší všechno, a pokud možno hned. Cesta spočívá v dílčích krocích, v realizaci modulárních řešení, která budou schopna na sebe logicky navazovat a být k sobě kompatibilní. Příkladem je on-line vykazování péče zdravotním pojišťovnám ze strany provozovatelů lůžkové péče. Všeobecná zdravotní pojišťovna zahájí v roce 2015 pilotní projekt ve spolupráci s vybranými lůžkovými zdravotnickými zařízeními z Kraje Vysočina. VZP bude mít přístup k datům o vykázané péči v krátkém čase po jejím poskytnutí a bude účtovat průběžně.

Projekt se může stát do budoucna základem pro řízenou lůžkovou péči, tedy pro jakýsi objednávkový systém plánovaných operačních výkonů ze strany zdravotní pojišťovny pro její pojištěnce. Pojišťovna od zdravotnického zařízení obdrží objednávku na plánovanou lůžkovou zdravotní péči, například operaci umělého kyčelního kloubu, a po elektronickém

schválení péče jde od pojišťovny i platba takového výkonu nemocnici. Elektronizace musí přinést uživatelům vyšší komfort, tedy elektronické řešení musí být rychlejší, jednodušší, neobtěžující a ideálně má generovat další přidanou hodnotu. Příkladem může být elektronický recept. Vypsání elektronického receptu musí být pro lékaře rychlejší než jeho tisk na papír, ale to nestačí.

Aby elektronizace měla skutečný význam, musí přinést ochranu pacienta. Dnešní pacienti si odnášejí z různých ordinací řadu medikamentů, které spolu mohou vzájemně interagovat. Některé z interakcí jsou dokonce nebezpečné. O medikaci, kterou předepsal jiný kolega, se ošetřující lékař vůbec nemusí dovědět. Elektronický systém by byl schopen na takové nebezpečné kombinace upozornit a pacienta ochránit. Dále by elektronický recept byl schopen odhalit duplicitu v předepisování, což je zajímavá kapitola pro zdravotní pojišťovny.

**Každý jednotlivec by měl přijmout větší odpovědnost za péči o své zdraví či za svévolné čerpání péče, která je zbytečná. Pojišťovny se kvůli plýtvání mračí hlavně na lékaře, ovlivňování chování pacienta v systému jim ovšem víceméně uniká**

Některé studie odhadují plýtvání v předpisech léků v řádech miliard korun. Osobně si myslím, že skutečnost nebude tak děsivá, prostor pro větší efektivitu ovšem určitě existuje. Stěžejním momentem je vtažení pacienta do systému, a to v roli přirozeného ochránce vlastních zájmů. Zdravotní pojišťovna je tím, kdo by měl zajistit pacientovi péči, pokud má objektivní důvod se domnívat, že se mu jí nedostává.

Pacient by se měl také ozvat, pokud si myslí, že péče nebyla provedena správně. V loňském roce se s takovou stížností obrátilo na VZP celkem 113 klientů. Vzhledem k tomu, že VZP má bezmála šest milionů klientů, jde o relativně malé počty. To může svědčit o tom, že síť zdravotnických služeb je opravdu hustá, a jak již bylo zmíněno, pacienti si mohou svobodně vybírat. Na druhou stranu to ale může rovněž naznačovat, že pacienti na tento možný postup třeba ani nepomyslí – nejsou zvyklí se domáhat svých práv.

Chování pacienta je nicméně třeba ovlivnit i jiným směrem. Každý jednotlivec by měl přijmout větší odpovědnost za péči o své zdraví či za svévolné čerpání péče, která je zbytečná. I to je jednou z kapitol na cestě k efektivitě. Pojišťovny se kvůli plýtvání mračí hlavně na lékaře, ovlivňování chování pacienta v systému jim ovšem víceméně uniká. Toto téma je ovšem bytostně politické a je během na dlouhou trať.

# Průhlednější vztahy a sdílení informací pomohou spolupráci

Jednotlivé složky zdravotního systému by se měly více angažovat, nebýt pasivní a nenechávat budoucnost zdravotnictví pouze na politicích.



JAKUB DVOŘÁČEK  
VÝKONNÝ ŘEDITEL ASOCIACE INOVATIVNÍHO  
FARMACEUTICKÉHO PRŮMYSLU

Vývoj ve zdravotnictví je nejen v rukou vlády a politických elit, ale také odborné veřejnosti a pacientů. Společnost tak může pozitivně ovlivňovat formování základních hodnot a potřeb. Je však nutné, aby se jednotlivé složky zdravotního systému více angažovaly, nebyly pasivní a nenechávaly budoucnost zdravotnictví pouze na politicích, kteří mají konečné rozhodovací právo.

Důležitou roli hrají samotní pacienti. Právě to je skupina, která by měla jasně definovat své požadavky – ať už prostřednictvím různých patientských organizací, sdružení nemocných nebo prostřednictvím lékařů. Pacienti se mají aktivně zajímat o svůj stav, možnosti léčby, nepodceňovat preventivní prohlídky a dodržovat je.

Zásadní je postavení praktických lékařů, kteří zastávají roli základních „gatekeeperů“. Právě oni nejčastěji zprostředkovávají základní kontakt pacienta se zdravotnictvím. Proto je třeba klást důraz na jejich kvalifikovanost, odbornost a dobrou komunikaci s pacienty. Nejenže totiž mohou výrazně zlepšit informovanost pacientů a být nápomocni při hledání způsobů, jak zefektivnit proces léčby, ale také mohou nezanedbatelně podpořit zájem pacientů o prevenci.

Jednou z inovací, která by mohla zlepšit a zjednodušit zdravotní péči, je koncept takzvané e-karty – elektronické databáze pacienta dostupné všem ošetřujícím lékařům. Omezilo by se tím například riziko lékové interakce, tedy vzájemné nesnášenlivosti léčiv. Lékař by zároveň měl automaticky přehled o celkovém stavu pacienta, což by usnadnilo diagnostiku a volbu léčby.

Všechny inovace, návrhy na zlepšení a zefektivnění zdravotního systému vždy narážejí na problém financování. Proto je důležité nespolehat se pouze na státní zdroje, ale účinně využívat možnosti, které poskytují například strukturální fondy Evropské unie. Je také nutné zamezit zbytečnému plýtvání a zjednodušit práci zdravotnického personálu. Jde především o mnohdy zbytečnou administrativu, jíž jsou lékaři a sestry zahlaceni na úkor péče o pacienty. Tento problém by elektronická karta pacienta pomohla vyřešit.

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu nedávno spustila bezplatnou on-line poradnu „Znám své léky“. Tato aplikace pomáhá pacientům vyznat se v lécích, které užívají, odhalit případné interakce a poukázat na konkrétní potraviny a bylinky, kterým je dobré se vyhnout. Nejnovějším příkladem z farmaceutického průmyslu, který ukazuje, že bez politiků lze udělat lec-

cos, je nová iniciativa evropských firem a asociací s názvem Transparentní spolupráce. Díky ní budou od roku 2016 na internetu zveřejňovány informace o kooperaci evropského farmaceutického průmyslu se zdravotnickými odborníky a zařízeními.

Spolupráce mezi zdravotnickými odborníky a zařízeními na jedné straně a farmaceutickými společnostmi na druhé má pozitivní vliv na kvalitu poskytované péče i na hodnotu budoucího medicínského výzkumu. Odborníci disponují cennými znalostmi o zvládnutí léčby a o onemocnění, které následně pomáhají farmaceutickým společnostem posouvat hranice moderní medicíny. Obě strany se pravidelně setkávají během vědeckého výzkumu, klinického hodnocení či vzdělávacích aktivit.

Tento vztah však zároveň vytváří potenciál pro střet zájmů. Denně jsme svědky silícího tlaku veřejnosti, médií i politiků na jeho zprůhlednění a objasnění. Napadána je integrita zdravotnických odborníků při předepisování léčiv i odborná úroveň spolupráce. Evropská federace farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA) tyto tlaky vnímá, a proto po diskusi s odborníky i průmyslovými kapacitami přistoupila k přijetí kodexu Disclosure, který dává vzniknout iniciativě „Transparentní spolupráce“.

Primárním cílem této celoevropské iniciativy, jejímž vzorem je americký Sunshine Act, je objasnit rozsah i podstatu spolupráce mezi zdravotnickými odborníky a zařízeními a farmaceutickými společnostmi a ozřejmit výši souvisejících plateb (obdobně jako je tomu již nyní ve Francii či Nizozemsku). Podstatou je zveřejnění všech relevantních informací o této spolupráci na veřejně dostupné internetové stránce

[www.transparentnispoluprace.cz](http://www.transparentnispoluprace.cz). Ta bude obsahovat jména všech zdravotnických odborníků a zařízení, již v uplynulém období spolupracovali s inovativními farmaceutickými společnostmi (například formou konzultačních služeb, účasti na kongresu). Součástí zveřejněných údajů bude souhrn roční výše plateb a jiného plnění, které se spoluprací u daného odborníka a zařízení souvisely. Data budou poprvé publikována nejpozději 30. června 2016, a to zpětně za období jednoho roku, tedy poprvé za rok 2015.

Informace budou zveřejňovány individuálně, nebo souhrnně dle konkrétního obsahu spolupráce. Chybět nebude ani obsažený popis různých typů odborné spolupráce, která mezi odborníky/zařízeními a farmaceutickými společnostmi probíhá.

Zveřejnění informací se bude vztahovat na všechny zdravotnické odborníky a zdravotnická zařízení, kteří budou v daném období spolupracovat s farmaceutickými společnostmi, jež jsou členy EFPIA. V České republice jde především o členy Asociace inovativního farmaceutického průmyslu. Nikoliv však výhradně. Kompletní seznam členských společností EFPIA je dostupný na stránkách federace [www.efpia.eu](http://www.efpia.eu).

Každý jedinec má možnost podílet se na dobrém fungování zdravotnictví a není vždy žádoucí spoléhat se pouze na zákonodárskou moc. Za fungování systému jsou zodpovědné především jednotlivé složky zdravotnictví a svým aktivním přístupem mohou výrazně přispět k celkovému zlepšení situace. Je na vůli lékařů, lékárníků a pacientů, jak moc jim záleží na dobré zdravotní péči. Tlak ze strany společnosti může iniciovat veřejnou diskusi o aktuálních potřebách a podnítit tak legislativní změny či příslušná potřebná opatření a inovace.





Foto: Shutterstock

## EFEKTIVNÍ DOHLED

# Kdo chce, či spíše nechce kvalitu?

Občané jsou odkázáni na práci ministerstva zdravotnictví. Sami totiž kvalitu objektivně sledovat nemohou.

*Pavel Kožený, bývalý ředitel Národního referenčního centra*

Uspousty věci kvalitu umíme rozeznat relativně jednoduše. V případě služeb je však vnímání kvality komplikovanější. Váš kadeřník má příslušnou odbornou školu, praxi, ostré nůžky, neublíží, přesto se vám na účesu něco nezdá. Prostě kvalita na rozdíl od kvantity závisí na úsudku a schopnostech příjemce něco ohodnotit. Kvantita to snadno objektivně změří.

Problém nastává v okamžiku, kdy ten, kdo přijímá službu, není zcela nebo zčásti schopen kvalitu vyhodnotit. A to se ve velké míře děje při poskytování zdravotních služeb.

Pojem kvality ve zdravotních službách je mlhavý. Na jejím vnímání se podílí jak úroveň poskytovaných služeb, tak postoj příjemce, případně jeho okolí. Základním problémem je určit, co je kvalita, a to, že se obtížně dává do souvislosti s vynaloženými veřejnými penězi.

Slovo veřejné je zde důležité, neboť zřejmě platí: ať si každý o utrácení vlastních prostředků rozhoduje sám, ale u těch veřejných je to jinak. Kvalita zdravotních služeb bohužel není, a to nejenom v Česku, součástí ekonomického modelu poskytování zdravotních služeb.

Ve vymezení kvality se mohou uplatňovat dva logické aspekty. Prvním je pravděpodobnost očekávaného výstupu v porovnání se skutečným

výstupem. Druhým je poskytování péče „lege artis“, tedy dle současných lékařských poznatků. Převod těchto dvou základních aspektů do provozní reality není stále koncepčně podchyten. Orgán, který by to měl mít na starosti, tedy příslušné ministerstvo, jeví známky určité latence.

Pokud se podíváme na internetové stránky Ministerstva zdravotnictví ČR, ve výkladní skříni portálu Kvality a bezpečí je v sekci pro laiky jen brožura „Rádce pacienta“. A ta na straně 42 doporučuje seznam nemocnic, které jsou akreditované, nebo mají certifikát Spokojený pacient. Druhý odkaz nebyl od data svého publikování aktualizován.

Ministerstvo již několik let tento certifikát nevydává, a tím pádem mezinárodně uznávané sledování spokojenosti pacientů nepodporuje. V části pro odborníky se dozvíme, že proces hodnocení kvality a bezpečnosti zdravotních služeb je dobrovol-

## OSM ATRIBUTŮ KVALITY Podle čeho se hodnotí zdravotní služby

1. Přístup
2. Návaznost
3. Přiměřenost
4. Účinnost
5. Hospodárnost
6. Přijatelnost
7. Bezpečí
8. Výkonnost

## OSM ROZMĚRŮ KVALITY LŮŽKOVÉ PÉČE

### Pacienti hodnotí 50 indikátorů, jež vypovídají o kvalitě

1. Přijetí pacienta do zařízení
2. Respekt – ohled – úcta k pacientovi
3. Koordinace a integrace péče o pacienta
4. Informace a komunikace s pacientem
5. Tělesné pohodlí pacienta
6. Citová opora pacienta
7. Zapojení rodiny a blízkých do léčby pacienta
8. Propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení

ný a indikátory kvality ministerstvo přesunulo na Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), kde je sběr i pro přímo řízené organizace dobrovolný.

Snahy o aplikaci nástrojů pro měření a řízení kvality z průmyslových odvětví vedou spíše k oddalování potřebného řešení. Na rozdíl od zdravotnictví je v průmyslu dobře definováno, čeho se kvalita týká, je dobře známo, čeho má být dosaženo, a lze snadno identifikovat, které postupy kvalitu zvyšují, nebo snižují. Často uváděné přirovnání k letecké dopravě lze parafrázovat tak, že „problém měření kvality ve zdravotnictví začíná tam, kde u letecké dopravy končí“. Zdravotničtí pracovníci „létají v letadlech“, která by nemohla v letecké dopravě vůbec vzlétnout, ale když se o let nepokusí, pravděpodobně někdo umře, nebo dojde k poškození jeho zdraví. Hrubé přirovnání je uvedeno proto, že ve zdravotnictví se objevují přínosy i problémy v situacích, které nemají v průmyslové oblasti obdoby. Zdravotnictví je zkrátka v mnohém specifické.

Zdraví je Světovou zdravotnickou organizací (WHO) definováno jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouze jako nepřítomnost nemoci či vady. Zdravotnictví, které se na celkovém zdravotním stavu obyvatelstva podílí jenom zhruba 25 procenty, je soubor opatření, postupů a organizací, které zajišťují zdravotní péči (dnes služby). Cílem poskytování těchto služeb je právě zlepšení nebo udržení stavu (zdraví) pacienta.

Velkou otázkou zůstává, kdo z nás stoprocentně splňuje definici WHO o zdraví. Není zdravým člověkem pouze špatně diagnostikovaný pacient? Z této kruté úvahy bych rád vyloučil preventivní a paliativní péči. Pozornému čtenáři ještě chybějí zbylé tři čtvrtiny aspektů, které ovlivňují zdraví lidí. Ostatními determinanty zdraví jsou životní styl, genetická výbava jednotlivce a stav prostředí, ve kterém žije. K objektivnímu posouzení je nutné konstatovat, že dokument Zdraví 2020, které ministerstvo zdravotnictví vydalo ve spolupráci se Státním zdravotním ústavem, je dobrým východiskem pro uskutečnění konkrétních opatření, která by měla přispět ke zlepšení veřejného zdraví.

Z praktického hlediska se nicméně ukazuje, že nejdůležitější je rozklad pojmu kvalita pomocí dimenzí (rozměrů) kvality. Přístup řešení při identifikaci dimenzí kvality se různí jak na národní úrovni, například mezi odbornostmi, tak na mezinárodní. Obecně lze definovat osm atributů kvality, které v ideálním případě budou naplněny relevantními a správně fungujícími ukazateli kvality. Znamená to, že tyto ukazatele pomohou měřit a vyhodnotit, zda pacient má přiměřené podmínky přístupu ke zdravotním službám, který jsou poskytnuty včas, na správném místě a u správného poskytovatele.

Takové služby na sebe navazují, jsou tedy poskytovány plynule a koordinovaně, a jsou ukončeny ve vhodnou dobu. Zároveň jsou po-

skytovány v přiměřeně vybaveném zdravotnickém zařízení, přiměřeně erudovanými zdravotníky, přiměřenými klinickými postupy („lege artis“) a s vynaložením přiměřených finančních zdrojů. Služby jsou rovněž poskytovány hospodárně jak s ohledem na přínosy léčby, tak na spotřebu zdrojů a alokační efektivitu (například mezi segmenty ambulantními a lůžkovými nebo mezi typy nemocnic). Služby jsou poskytovány způsobem pro pacienta přijatelným a s ohledem na interpersonální aspekt poskytovaných služeb a subjektivního vnímání jeho situace. A pochopitelně jsou také poskytovány bezpečným způsobem.

### Puška, nebo ostrá tužka

Ukazatelem kvality v tomto kontextu je indikátor nějakého statistického zjištění, založeného na číselných faktech, které slouží k poznání, monitorování nebo vyhodnocení vlastností zdravotních služeb. Koncept ukazatelů kvality má upřednostňovat jeho schopnost poskytnout vysvětlení před striktně číselnou hodnotou.

Honba za žebříčky kvality je to nejhorší pro kontinuální a systémový proces, neboť v českých zemích platí rčení „Co neudělá puška, to spraví ostrá tužka“. Ostatně na to upozorňuje i letošní zpráva Evropské komise, která si všímá úpravy vykazovaných dat pro zdravotní pojišťovny systémem DRG.

Kdo chce, či spíše nechce kvalitu? V první řadě my pacienti vyžadujeme důstojné postavení jako příjemce zdravotní služby, chceme se svobodně rozhodovat. Většina z nás je i pro dlouhodobou a udržitelnou solidaritu se zdravotními službami, které neovlivníme, jako je onkologické onemocnění.

Problém začíná být s hledáním hranice ochoty platit. Finanční prostředky by měly nasměrovány do takových technologií a medicínských postupů, které jsou schopny generovat vysokou míru zdraví lidí.

**Občané závislí na ministerstvu**

Terčem posměchu odborníků v oblasti posuzování zdravotnických technologií je ministerstvem zřízená takzvaná Přístrojová komise. Již podle struktury svého založení a nastavených procesů není možné očekávat kompetentní výstupy v oblasti nezávislého hodnocení důkazů o účinnosti přístroje a jeho posouzení pro aplikaci o zařazení do hrazené péče. Tento přístup ministerstva

zdravotnictví platí i u základního dokumentu – Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, který je vydáván jako vyhláška.

Pomiňme to, že dle posledních nálezů Ústavního soudu by mělo být stanovování rozsahu poskytovaných služeb definováno v zákoně (nikoliv jen v podzákoně normě). Samotný postup tvorby tohoto zásadního číselníku vzbuzuje rozpaky. Dobrovolníci bez signifikantního pověření

jednají v ministrem definované pracovní skupině, jejíž výsledky ministr obvykle ve veřejném zájmu změní. To je realita takzvaného bodníku.

Ministerstvo jako orgán státní správy v oblasti zdravotnictví by mělo vytvářet účinné nástroje pro měření a sledování kvality poskytovaných služeb. Občan-pacient je odkázán na práci tohoto ministerstva. Sám totiž kvalitu objektivně sledovat nemůže.

## Dáváme si vlastní góly rukama

V dobře nastavených systémech hraje nejdůležitější kontrolní roli pacient.  
U nás to tak zatím ani zdaleka není.



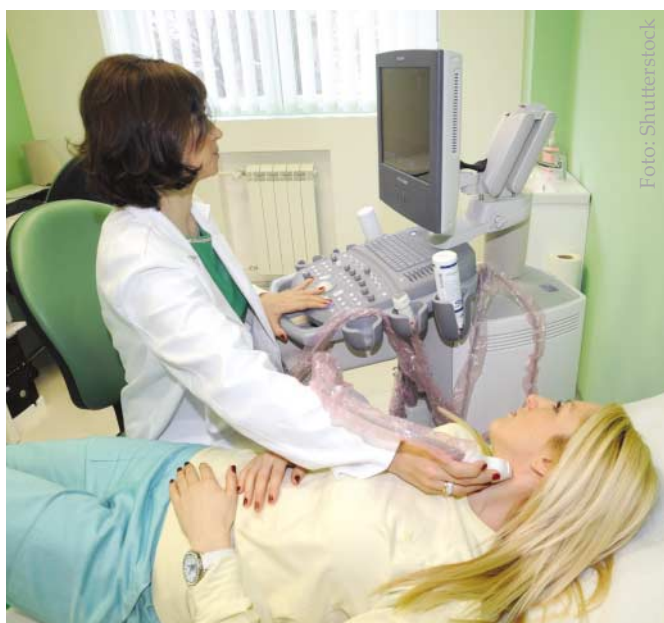
*Pavel Vepřek*

PŘEDSEDA SDRUŽENÍ OBČAN

**V**e zdravotnictví je to stejné jako ve fotbale. Čím jsou rozhodčí slabší a pravidla vágnější, tím méně o výsledku rozhoduje kvalita odvedeného výkonu a tím víc se prosazuje korupce, švindl a agrese. Zvenčí vypadá naše zdravotnictví jako dobře uspořádaný regulovaný trh, na němž všechny strany hrají odpovídající role. Státní a veřejná správa nastavuje regulace a dohlíží na jejich dodržování, zdravotní pojišťovny soustředí kvalitou poskytovaných služeb o pojištění, poskytovatelé péče taktéž. A občané jako jejich zákazníci jejich snažení hodnotí u volební urny, setrváním u pojišťovny či její změnou anebo volbou zdravotního pracoviště. Při bližším přiblížení se však úhledný obraz kalí.

Veřejnost preferuje politiky slibující pečené holuby, efektivní kontraktace zdravotních služeb není pro pojišťovny zrovna náborovým trhákem a přílišný zájem pacientů se doktorům nevyplácí. Nedokonalost zákonů, v principu vycházející z jejich geneze jako momentálního průsečíku zájmů většiny v době zrodu, je potencována obecnou tolerancí k jejich nedodržování. Plošně se to projevuje třeba v porušování §11, odst. 1, čl. d) zákona 48/1997 Sb, jenž zapovídá poskytovatelům přijímat od pacientů za poskytnutí hrazeného výkonu jakoukoli úhradu. V některých odbornostech se opak stal standardem, ale společně předstíráme, že se tak neděje. Ležerní přístup k zákonům oslabuje tlak na jejich

preciznost, aktuálnost a úplnost, ale zároveň umožňuje beztravně dávat góly rukama. S tím souvisí i nízká efektivita kontrolních činností na všech úrovních našeho zdravotnictví. Ono taky není příliš divu, politická správa je v dlouhodobém konfliktu zájmů daném její trojjedinou rolí regulátora, pojistitele i poskytovatele, která jí umožňuje si upravovat pravidla podle aktuálních preferencí. Zdravotní pojišťovny neruší smlouvy lékařům inkasujícím peníze od pacientů (jiným problémem je, zda úhrada za poskytnutou službu odpovídá reálným nákladům) a jejich revizní činnost je tradičně bezzubá. Pojištěnec nemá žádný věcný důvod se vázat na konkrétní pojišťovnu, a tak hlavním důvodem pro přestup pojištěnce je postoj jeho lékaře. Pojišťovna, která by neprozřetelně začala naplňovat zákon a začala s účinnou revizí, by brzy dopojišťovala.



Pokud to chceme změnit, musíme se více věnovat nastavení motivací, informační otevřenosti a mechanismům zpětné vazby. Čím jsou pravidla férovější, motivace srozumitelnější a informace přístupnější, tím účinněji funguje autoregulace a tím méně energie je potřeba vložit do vnější kontroly. V praktickém provedení by měl stát na své straně vyřešit konflikt zájmů a zároveň posílit své kontrolní a regulační schopnosti. Na formě zlepšení corporate governance zdravotních pojišťoven a nemocnic se zatím nenašla ani náznakem shoda, tak je pro tentokrát pomineme. Minimalistickým cílem by mohlo být opuštění feudálního způsobu správy přímo řízených organizací a přechod na nějaký evropský model. Vzorů máme kolem dost.

Dlouho jsem propagoval vznik „nezávislého“ Úřadu pro dohled nad zdravotním pojištěním, který by byl arbitrem korektního chování zdravotních pojišťoven. Už mne to přešlo. Pokud neplánujeme dát pojišťovnám plnou autonomii, byl by to zbytečný luxus. Navíc po-

hled k našim východním sousedům ukazuje, že instituce tohoto typu si politickou nezávislost dlouho neudrží. Čistě kontrolní činnost náleží příslušným odborům obou zainteresovaných ministerstev a pro zvýšení její účinnosti stačí jen úpravy nastavených procesů. Těžším kontrolu má být finanční zdraví pojišťovny a její plnění závazků k pojištěncům.

Podstatnějším krokem je vytvoření instituce, která by udržovala, rozvíjela a servisovala celý systém veřejného zdravotního pojištění s dlouhodobou perspektivou, bez závislosti na politickém cyklu. V zemích, kde mají více zdravotních pojišťoven, existuje jedna nebo více veřejných či státních institucí, které se tomuto problému věnují. Taková instituce by mohla převzít správu registru plátců, poskytovatelů, pojištěnců, provozovat přerozdělení a centrum kapacity, udržovat klasifikační systémy (skupiny vztahované k diagnóze DRG, seznam výkonů a jiné), věnovat se hodnocení zdravotnických technologií (HTA) v oblasti zdravotních výkonů a postupů a podle potřeby vykonávat i další činnosti.

Tato instituce, pracovně jí říkáme třeba Národní institut zdravotního pojištění (NIZP), by servisovala systém a současně by připravovala odborné podklady pro politické rozhodování. Například o rozsahu hrazené péče či o podobě úhradových mechanismů. Nahrzení bludného kruhu úhradových vyhlášek stabilními pravidly by učinilo zdravotnictví předvídatelnější a kontrolovatelnější.

Kontrolní činnost pojišťoven nabude na účinnosti, jakmile se začne vyplácet a budou pro ni vytvořeny obecné podmínky. Prvé bylo zmíněno výše, příkladem druhého je kontrola ve světě DRG, která se točí kolem správnosti kódování. Pokud není pacient kódován na úrovni nemocnice, což v tuzemsku pohříchu není, nemůže být jiná než bezzubá.

Citelně postrádáme kontrolu kvality poskytované péče a všechny dosavadní pokusy o její zavedení byly úspěšně rozmetány. Za všechny slouží připomenout projekt Národního referenčního centra „Jak se kde léčí“, který po oborech ukazoval přehled péče vykázané jednotlivými nemocnicemi. Vlna odporu vyvolaná děsem z toho, že veřejnost vezme vykázané komplikace jako realitu, byla tak silná, že projekt smetla.

V dobře nastavených systémech hraje nejdůležitější kontrolní roli pacient. K tomu, aby ji občané mohli hrát úspěšně, musí být stejně jako všichni ostatní motivováni, musí mít dostupné informace potřebné pro rozhodování a musí mít možnost svým rozhodnutím věci měnit.

Náš systém veřejného zdravotního pojištění se tímto směrem zatím nerozvíjí a přenechává pole skrytému volnému trhu. Je na pacientech a doktorech, jak svůj vzájemný vztah doladí. Z pohledu ochránce rovnosti přístupu k potřebné péči to není vývoj ideální, ale nevidím sílu, která by jej chtěla a mohla změnit.



# Méně veslovat, lépe kormidlovat

Jak mají být vymezena práva a povinnosti ve zdravotnictví  
a kdo má dohlížet na jejich dodržování?



*Pavel Hroboň*

ADVANCE HEALTHCARE MANAGEMENT INSTITUTE

**Z**ákladem každého dobře fungujícího systému je jasné vymezení práv a povinností jeho účastníků. V případě zdravotnictví jsou účastníky plátcí pojistného, pacienti, poskytovatelé zdravotních služeb, zdravotní pojišťovny a také stát. Můžete namítnout, že stát stojí nad systémem. Jeho role je přece legislativní, spočívá tedy v určení pravidel a dohledu nad jejich dodržováním. Může rovněž systém aktivně regulovat, což jde sice nad rámec vyhlášení obecných pravidel, avšak opět jen v mezích určených zákonem. V případě českého státu to nicméně není tak úplně jasné.

Český stát totiž není pouze tvůrcem pravidlem, ale také zřizovatelem zhruba poloviny nemocničních lůžek, soustředěných hlavně ve fakultních nemocnicích a dalších specializovaných institucích. Stát navíc přímo ovládá tři největší zdravotní pojišťovny, a to včetně dvou největších (Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a Zdravotní pojišťovnu ministerstva vnitra, tou třetí je Vojenská zdravotní pojišťovna).

Český stát není pouze tvůrcem pravidel, ale také zřizovatelem zhruba poloviny nemocničních lůžek, soustředěných hlavně ve fakultních nemocnicích. Navíc přímo ovládá tři největší zdravotní pojišťovny

Stát se tak ocitá v jasném střetu zájmů. Při dohadování výše úhrad mezi pojišťovnami a nemocnicemi například nespolehá jen na vhodné nastavení pravidel, ale sám aktivně vstupuje do hry určením výše úhrad vyhláškou ministerstva zdravotnictví. Při jejím vydávání těžko může být ministerstvo nestranné, když je zároveň zodpovědné za výsledky hospodaření největších nemocnic v zemi. Podobně není pro stát možné vytvářet nestranná pravidla pro chování zdravotních pojišťoven, když největší z nich ovládá, a nese tím pádem za její výsledky zodpovědnost.

Státu by proto slušelo vzít si k srdci slova bývalého britského premiéra Tonyho Blaira, čelného představitele takzvané moderní levice, který prohlašoval, že „stát má méně veslovat a lépe kormidlovat“. Méně veslování je jasné – v podmínkách České republiky neexistuje žádný důvod, proč by měl stát sám prostřednictvím svých organizací poskytovat zdravotní služby. Fakultní nemocnice samozřejmě musejí fungovat, není ale důvod, proč by je při tom měl přímo řídit stát. Totéž platí pro zdravotní pojišťovny.

Co myslíme tím lepším kormidlováním? Fakultní nemocnice si dodnes drží statut příspěvkových organizací, přestože jej jako nevhodný označilo ministerstvo financí i řada mezinárodních organizací již před řadou let a přestože se tato právní forma vyskytuje jen v Čechách a na Slovensku. Stejně tak není vyhovující právní forma zdravotních pojišťoven, už jen

pro velmi malou formální zodpovědnost jejich managementu.

Potřebujeme tedy lepší právní formu pro nemocnice a pojišťovny a jejich oddálení od státu, nebo alespoň ministerstva zdravotnictví, abychom tomuto úřadu ulevili v konfliktech zájmů, v nichž se zmítá. A to neznamená privatizaci, ale větší zodpovědnost a možnosti managementu a zároveň posunutí správy těchto organizací na jiné subjekty (například univerzity v případě fakultních nemocnic) nebo alespoň na jiné složky státní správy, než je ministerstvo zdravotnictví.

Analogicky by regulační role ministerstva zdravotnictví, zejména v oblasti zdravotního pojištění, měla být předána na zvláštní regulační úřad, jako je tomu například v telekomunikacích či energetice.

Co dalšího je třeba udělat ve vymezení rolí a zodpovědností? Musíme se konečně odhodlat dát zdravotním pojišťovnám jasnější zodpovědnost za zajištění péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Především je však nechat objednávat tuto péči od vybraných potřebných a kvalitních poskytovatelů a přispívat k její koordinaci a integraci. Naplnění této role aktivního správce peněz

placených pojištěnci je hlavním obsahem reformy zdravotnictví v zemích západní Evropy v posledních 20 letech.

Nezapomínejme ani na pacienta. Jasně vymezení jeho nároku na služby je základem moderního zdravotního systému. „Řešit“ problémy s financováním zdravotnictví cestou odpírání potřebné a prospěšné péče je eticky nepřijatelné.

Na druhou stranu v dnešní době chronických nemocí, jejichž výskyt je zásadně ovlivněn naším chováním, není možné zcela vynechat pacienta ze zodpovědnosti, včetně zodpovědnosti finanční. Ta musí být prostřednictvím omezení a výjimek dobře vyvážená vzhledem k zachování dostupnosti služeb. Regulační poplatky, které minimálně ve své původní výši takové rozumné uspořádání představovaly, byly neprozíravě zrušeny.

Pojďme najít nové cesty, jak zapojit občany do péče o vlastní zdraví. Jinak je naše zdravotnictví odsouzeno do role napravovatele osobních nezodpovědností, který ovšem nedokáže lidem s chronickými nemocemi vrátit zdraví. Pouze za vynakládání ohromných peněz oddaluje další zhoršování jejich stavu. A ani ty ohromné peníze už k tomu nebudou brzy stačit.





ZDRAVOTNÍ  
POJIŠTOVNA  
MINISTERSTVA  
VNITRA ČR

211



**Víte kolik stojí  
vaše zdraví?**

Zjistěte si to ve výpisu  
zdravotní péče na  
Kartě života zdarma  
od ZP MV ČR.

## Karta života

Užitečný pomocník pro ty,  
kteří chtějí mít své zdraví  
pod kontrolou.

Založte si ji na internetu, nebo si  
stáhněte aplikaci do vašeho mobilu.

[www.zpmvcr.cz/karta-zivota](http://www.zpmvcr.cz/karta-zivota)



[www.zpmvcr.cz](http://www.zpmvcr.cz)  
[www.211.cz](http://www.211.cz)

211

ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNA  
MINISTERSTVA VNITRA ČR

**VYBERTE SI  
TAKOVOU,  
KTERÁ  
TO UMÍ!**

ČPZP získala  
jako jediná zdravotní  
pojišťovna v ČR  
**Ocenění Czech made**  
za kvalitu poskytovaných  
služeb.



Kód pojišťovny: 205  
Infocentrum: 810 800 000  
[www.cpzp.cz](http://www.cpzp.cz)



**Česká průmyslová  
zdravotní pojišťovna**