

Ing. Ondřej Mátl, MPA, MSc.
Koordinátor projektu Kulatý stůl

Vážený pane inženýre,

děkuji Vám za oslovení v rámci projektu Kulatý stůl, kterého si cením a dovoluji si prezentovat své názory za základě dlouholetých zkušeností ve vedení Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Nemocnice po celou dobu od vzniku veřejného zdravotního pojištění v ČR poněkud vybočovala z běžného chování v systému v tom, že nebyla nikdy příliš silná v politickém boji při alokaci prostředků ve zdravotnictví, a vždy se snažila své postavení udržet dobrým fungováním vnitřních mechanismů. To postupně vedlo ke zvyšování její efektivity, přestože finanční zdroje mimo zdravotní pojištění získávala obtížně. Nemocnice obdržela během celého období spíše podprůměrné investiční dotace a nikdy nemusela být oddlužována, čímž přišla oproti konkurentům o cca 2-3 mld. Kč. Přesto byla vždy finančně zdravá, poskytovala až na epizodní problémy kvalitní péči a realizovala rozsáhlou výstavbu a přístrojový rozvoj, takže si zachovala dlouhodobě dobrou pověst.

Konstatuji to ze dvou důvodů. Zaprvé je to příklad nedostatku informací při řízení celého systému. Kromě dvou pokusů prezentovat srovnávacím způsobem víceleté kumulované investiční dotace pro jednotlivé nemocnice nebyly nikdy tyto údaje volně k dispozici, přestože externí dotace výrazně ovlivňují pozici nemocnic a zlepšují jejich konkurenční postavení. Zadruhé proto, že manažersky v celém období bylo mnohem výhodnější bojovat o politicky rozdělované dotace, než hledat možnosti vnitřního zvyšování produktivity práce, takže většina manažerů pokládá za svoji hlavní úlohu shánět externí zdroje. Tento fakt je v českém prostředí stále tak významný, že v makro měřítku narušuje postupné zvyšování produktivity celého systému.

Mé další názory uvádím v přiložené stati. Bude-li tým Kulatého stolu pořádat širší diskuse či seminář, rád se zúčastním.

S pozdravem
Leoš Heger

doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.
ředitel
Fakultní nemocnice Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
tel.: 495 832 350
fax: 495 833 800
e-mail: heger@fnhk.cz

Financování a jiná zásadní témata zdravotnictví ČR

Leoš Heger, ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové,
14. 3. 2008

Hlavní problémy našeho zdravotnického systému jsou mnohokrát popsány. Dobré mapování a analýzy problémů lze nalézt v materiálech jako

- J.Vepřek, P.Vepřek, J. Janda: Zpráva o léčení českého zdravotnictví, Grada 2002,
- zpráva Vyšetřovací komise Poslanecké sněmovny k prošetření hospodaření Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky,
- důvodové zprávy MZ ČR k věcným návrhům reformních zákonů z r.. 2007
- Fakta o českém zdravotnictví (Kulatý stůl, 2007)

a v mnoha dalších. Nemá proto smysl dále rozmnožovat jejich výčty a budou pouze zrekapitulovány největší problémy při řízení velké nemocnice, které mají kořeny v problémech celého systému. Jedná se o subjektivní pohled názor autora a v závěru je vysloven rovněž subjektivní názor na politickou cestu k řešení.

Problémy

Zodpovědnost státu za zdravotní péči, ekvitu a finanční stabilitu systému

Podobně jako všichni poskytovatelé péče zápasí FN HK s nedostatkem financí, přičemž za poskytování nezbytného objemu péče zodpovídá z pohledu etického i forenzního, nemluvě o tlaku médií a veřejného mínění. *De jure* za péči sice odpovídá stát, sám však garance za zdravotní péči nemůže realizovat prakticky. Zřídil proto zdravotní pojišťovny, ale nedelegoval na ně potřebné povinnosti péči zajistit. Z části toto břemeno převedl na kraje, ale nedefinoval zodpovědnosti a potřebné nástroje na řízení sítě poskytovatelů, jejíž rozsah výrazně ovlivňuje finanční stabilitu systému. Pokud však pacient není spokojen, primárně to ohrožuje především poskytovatele a sekundárně pak politiky. Pojišťovny ovšem nikoliv.

Od vzniku zdravotního pojištění v ČR nebylo nikdy zcela jasné, kdo vlastně zdravotnictví řídí, zda MZ, zdravotní pojišťovny, okresní úřady či nyní kraje, a nikdy nebyly jasně vymezené role jednotlivých aktérů. Vzniká tak složitý propletenec vztahů a chaotické konkurenční prostředí. To rovněž dopadá převážně na poskytovatele, jejichž nespokojenost je hlavním zdrojem neklidu v celém systému. Jedním z klíčů k reformě je proto definování a určení nástrojů k řízení jak sítě, tak finančních toků, ať budou tržně konkurenčního nebo administrativního charakteru. Zákonem jasně vymezená role zdravotních pojišťoven je v tomto ohledu prvotní záležitostí a hospodářská forma je až druhotná.

Stát nepečuje o řádné informace, které by řízení systému umožňovaly. Skupina kulatého stolu po dlouhé době upozornila na důležitost údajů o počtech prováděných drahých výkonů na

milion obyvatel a odkryla i údaje o čerpání financí na péči pro obyvatele jednotlivých krajů, které cca do r. 1999 pravidelně publikovala VZP. Obecně platí, že počty klíčových výkonů na mil. obyvatel ve srovnání se zahraničím je skvělý ukazatel proporce či disproporce jednotlivých segmentů péče, resp. jednotlivých klinických oborů. Na tvrdých datech je tak možno ukazovat, jak dobře je u nás například financovaná kardiologie ve srovnání s ortopedií, aj. Regionální porovnání informací o počtech výkonů a o objemech financí na péči na průměrného standardizovaného kmenového pojištěnce, které bohužel běžně nejsou k dispozici, lze snadno využít k objektivnímu posuzování dostupnosti a ekvity péče.

Podobně je to s informacemi o kvalitě péče. Kvalita je sice technicky obtížně měřitelná, ale ani ojedinělé systémy, které jsou k dispozici (např. skvěle metodicky zabezpečené informace o výsledcích léčby v jednotlivých kardiologických centrech nebo dlouhodobé výsledky transplantáčnických center) nikdo pro řízení systému nevyužívá. Přitom se o kvalitě a dostupnosti péče neustále politicky diskutuje, ale zcela bez znalosti faktického stavu věcí.

Dalším příkladem insuficience zdravotnické informatiky a subjektivního posuzování systému jsou ambulantní operace, o kterých se dlouhodobě mluví jako o výhodnější alternativě léčby u jednodušších stavů oproti operování při hospitalizaci. Nejen že nejsou žádná data o počtu ambulantních operací, ale dokonce není ani známo, kolik je operací v ČR celkem, a ani není definováno, co je vlastně operace. Přitom ÚZIS sbírá kvanta dat a publikuje z nich sestavy, které jsou pro řízení systému v podstatě nepoužitelné.

Zodpovědnost občana za vlastní zdraví a za čerpání zdravotní péče

Občan má díky sílícímu právnímu povědomí možnost se účinně dožadovat léčby na vrcholu medicíny, kromě placení pojistného však nemá prakticky žádnou zodpovědnost za své zdraví. Plošné řešení tohoto problému jinak než finanční spoluúčastí neexistuje, přestože se nyní na experimentu s regulačními poplatky ukazuje, o jak politicky a sociálně choulostivou záležitost jde. Regulační poplatky je potřeba zjednodušit, vypustit u dětí a omezit u sociálních případů, ale ne proto, že by byly špatným nástrojem, ale proto, že v současné formě budí více politického odporu nežli je jejich racionalizující přínos.

Dále by rovněž pomohlo legislativní umožnění postupné a varovné penalizace a zveřejňování zobecnění případů, kde dochází k flagrantnímu zanedbání péče o vlastní zdraví. U následků adrenalinových sportů, obezity, kouření aj., by finanční zpřísnění na povinnost péče o vlastní zdraví alespoň upozornilo, byť by přineslo reálný postih jen u menší části solventních jedinců.

Společná zodpovědnost plátců i poskytovatelů za poskytování péče

Na úrovni velkých, specializovaných a fakultních nemocnic vznikají veliké nárůsty nákladů rozvojem nových technologií. Použití nových technologií při péči o individuální pacienty vyžadují jak Úmluva o biomedicíně, tak pacienti a jejich blízcí. Eskalaci nákladů podporuje zároveň i konkurence a boj o vysokou prestiž mezi nemocnicemi. Pokud nebudou poskytovatelé legislativně chráněni ve smyslu určitých limitací při poskytování jen takové péče, která je finančně únosná, a pokud nárůsty technologií nebudou jakýmkoliv mechanismy regulovány, nebude financování nikdy udržitelné.

Další nárůsty nákladů vytvářejí zvyšující se požadavky na prostředí a požadavky na bezpečí pacienta, generované hygieniky, politiky i výrobci. Pokud se nezastaví plynule rostoucí tlak na objektivní zodpovědnost poskytovatele za neúspěch léčby a pokud cílovým stavem bude odškodňování všech pacientů, kteří se nějak zkomplikují či individuálně reagují na léčbu nepříznivě, bude se poskytovat extrémně alibistická medicína, která povede ke snižování efektivity.

Jako cynickou paralelu si lze představit požadavek absolutního bezpečí u silniční dopravy. Úroveň bezpečnosti zde lze i přes veškeré limitace vyšších vlivů zvýšit podobně, jako bezpečí pacienta. V dopravě by bylo např. potřeba, aby všechny silnice byly jednosměrné a bariérově zabezpečené proti chodcům. Technicky je to možno zařídit, ovšem nárůst nákladů bude extrémní. V obou těchto případech musí být proto celospolečenské požadavky na kvalitu, pohodlí a bezpečí vyvažovány jasně deklarovanými nároky na potřebné zdroje.

Organizační problémy poskytování péče

Pohyb pacienta systémem směrem k nižšímu typu péče

Z pohledu nemocnice je systém poskytování péče značně desintegrován a pod záminkou „svobodné volby lékaře pacientem“ nemá žádná pevná administrativní pravidla. FN HK si na základě místního konsensu poskytovatelů i plátců vytvořila určitou polooficiální vnitřní vyhlášku, avšak při úhradových mechanismech, ve kterých „peníze nejdu za pacientem“ pacienta finančně či odborně náročného často nikdo nechce a pravidla nejsou v dostatečné míře vynutitelná.

Stále častějším zjevem tak jsou debaty nemocničních a terénních lékařů, komu pacient vlastně patří a kdo mu např. má předepisovat drahé léky a pomůcky. Sílí intervence a žádosti klientelistického charakteru o zprostředkování potřebné léčby, místa v doléčovacím či paliativním zařízení a žádosti o druhý pohled na závažnou diagnózu či navrženou operaci. Vedle limitovaných finančních úhrad při nárůstu pacientů v jednom zařízení jsou příčinou i nedostatečné kapacity následné, doléčovací, dlouhodobé a domácí zdravotní péče a péče u praktických lékařů. Tyto typy péče jsou dlouhodobě finančně restringovány a často je pak neefektivně substituují zařízení vyššího typu.

Typickým příkladem, jak současný systém funguje, jsou onkologičtí pacienti. Náklady na léčbu v období, kdy má smysl nasadit nejvyšší a nejdražší technologie, často dosahují statisíců korun. V pozdějším paliativním stádiu onemocnění, kdy jsou možnosti léčby vyčerpané, přicházejí stejní pacienti do LDN či ke svým praktickým lékařům, kteří z finančních důvodů nejsou schopni řešit jejich problémy v řádech tisícikorun.

Pohyb pacienta mezi specialisty

Mezi ambulantními specialisty a nemocničními ambulancemi panuje čilá výměna pacientů bez jakéhokoliv omezení. Obvykle se v tomto ohledu cituje „turistika pacientů za péčí“, ale problémem se zdá být i fakt, že pohyb pacienta generují sami lékaři a pojišťovny ho nijak neomezují. Specialista, pokud je odborníkem na svém místě, by měl pečovat o pacienta dokud

se buď neuzdraví a nebo naopak nestane tak složitým, že potřebuje zařízení vyššího typu nebo hospitalizaci. Péči u dalšího odborníka by měla být proto restringovaná, pokud nejde o oprávněnou potřebu získat názor druhého odborníka v případě, že je léčba neúspěšná a nebo riziková. Lékař, který se jednou pacienta ujme by neměl mít příliš snadnou možnost se ho „zbavit“.

Motivování poskytovatelů k vysoké kvalitě péče

V letech 1996-7 při bezuzdném nárůstu výkonů během úhradového systému typu „platba za výkon“ došlo téměř ke kolapsu financování zdravotnického systému. Hruža regulátorů systému z toho, aby se tento stav neopakoval, vedla k zafixování rozpočtového systému, kdy „peníze nejdou za pacientem“ a rozpočty se měnily pouze značně neprůhlednými mechanismy. Ke změnám docházelo jinak v každém segmentu poskytovatelů a u vybraných nemocnic se rozpočty měnily zcela utajeně a bez otevřených pravidel. Investiční dotace dostávaly nemocnice rovněž bez jasných pravidel. Výsledkem je, že se nemocnice ocitají v chaotickém konkurenčním prostředí, které je ovlivňováno politicky a nepotlačuje neefektivní a nekvalitní poskytovatele.

Bez nastartování jisté míry výkonového systému, kdy jdou peníze za pacientem, a bez zvýšení finanční zodpovědnosti poskytovatelů za své hospodaření efektivita v systému neporoste. Soustředování drahých pacientů do center, pokus o první aplikace alfa-DRG a možnosti v úhradové vyhlášce pro letošní rok jsou po dlouhých letech paušálů slibnými kroky. Rozumná mírná soutěž o pacienta, který se zdravotnickému zařízení vyplatí, by měla vést k rychlé restrukturaci sítě, centralizaci kapacit a pacientů tam, kde je to racionální, a rovněž by měla posilovat kvalitu péče. Vše ovšem za předpokladu, že proces bude doprovázen přirozeným a konkurencí vyvolaným útlumem méně úspěšných zdravotnických zařízení, a nikoliv jejich opětovaným oddlužováním, jak se stalo již mnohokrát.

Pravomoci sester a praktických lékařů

Srovnání se zahraničím ukazuje, že míra samostatnosti sester a jejich oprávnění poskytovat v definovaných oblastech péči bez přímého dohledu lékaře by omezila počet kontaktů pacient-lékař, který je u nás vysoký. Podobně umožnění praktickým lékařům provádět více výkonů by omezilo přebytky specialistů a posílilo kvalitu praktických lékařů. Jistá míra gate-keepingu by se měla i přes obtížnou politickou průchodnost stále opatrně zkoušet.

Přes veškeré snahy omezit ambulantní činnosti v nemocnicích a snahy posilovat soukromý ambulantní sektor nakonec pacientů v nemocničních ambulancích přibývá a lze je jen velmi obtížně odmítat.

Závěr

Finanční stabilita systému je dána objemem financí, které proudí do systému, objemem služeb, které jsou poskytovány a efektivitou celého systému. Vše, co efektivitu snižuje, nejen zhoršuje finanční situaci, ale je i politicky využíváno proti zdravotnictví a jeho potřebám zdrojů. Efektivitu je proto třeba jednoznačně a kontinuálně kultivovat.

Na druhou stranu ale nelze očekávat, že pro zvyšování efektivity budou nalezena jednoduchá opatření, která by se dala rychle politicky zúročit. Je nutno počítat s velkým množstvím opatření, z nichž ne všechna budou účinná, protože chování složitého systému nelze exaktně předpovídat. Navíc žádný zdravotnický systém není bez inherentních neefektivit kvůli neodstranitelným faktorům jako

- nezbytnost nadbytečných kapacit pro případy havárií a epidemií,
- omezený rozsah „evidence based“ medicíny a velký rozsah neověřených postupů, které jsou s rozvojem poznání na jedné straně eliminovány a na druhé straně se při zavádění nových technologií znovu objevují,
- etická i technická obtížnost a dlouhé trvání testování nových postupů při výzkumu i v klinické praxi vede k finanční náročnosti rozvoje,
- omezená možnost diagnostikovat a volit léčebné postupy exaktně a individuální reaktivita pacienta vedou k nezbytnosti pracovat s omezenou mírou jistoty rozhodování a volby úspěšného postupu,
- nutnost etických ohledů, malá znalost přirozeného průběhu nemocí bez terapie a nemožnost exaktního prognózování vývoje onemocnění, ze kterých pramení určitý rozsah promarněné péče, zejména na konci života,
- neúplná možnost exaktního určení racionálního rozsahu péče obecně,
- nemožnost úplné eliminace chybných postupů a části i rizik u některých zákroků,
- vysoká míra právní odpovědnosti za špatný výsledek péče, vedoucí k alibistickému chování poskytovatelů péče,
- extrémní tlaky pacientů a jejich blízkých na co nejvyšší rozsah a kvalitu péče, zejména při riziku ohrožení života či trvalého poškození zdraví, aj.

Při průlomových objevech nových technologií a jejich jasném a nezpochybnitelném přínosu pro pacienty se pro zdravotnictví peníze vždy najdou. Příkladem mohou být výrazné nárůsty financování zdravotnictví při zavedení koronární chirurgie, při nechirurgické invazivní léčbě infarktu myokardu, při zavedení průlomového nerentgenového vyšetřování magnetickou rezonancí, ale i při takových objevech, jako byla Viagra. V mezidobích, kdy se medicína posunuje dopředu obtížně a cestou slepých uliček, je nutno daleko více zdůrazňovat efektivitu poskytování péče a pěstovat obraz věrohodnosti medicíny a celého zdravotnictví, aby bylo potřebné získávání finančních zdrojů politicky průchodné. Fenomény jako tunelování nemocnic a pojišťoven, zlatokopecké postoje jednotlivců, nepřívětivé až neetické chování zdravotnických pracovníků, popřípadě zdravotnických politiků celý systém očerňují a vedou spíše k útlumu zdrojů a k vytvoření bludného kruhu.

Ovlivňování tak složitého společenského systému, jakým je zdravotnictví, je samozřejmě obtížné. Jakékoliv změny přináší samy o sobě velké nejistoty, jak se systém bude chovat, a to jak z hlediska krátkodobého, tak i dlouhodobého. Přirovnání technických zásahů do zdravotnictví k relativní nejistotě výsledků po zásazích do přírody je tu zcela namístě a

revoluční změny proto přinášejí velká rizika. Mají-li navíc zásahy charakter politického rozhodování ve prospěch určitých kruhů, riziko dále roste a dále zvyšuje odpor proti změnám a možnosti následných nestabilit.

Politická průchodnost navrhovaných změn proto z uvedených důvodů velmi závisí na věrohodnosti záměrů, které mohou napomoci překonat odpor dotčených zájmových skupin a učinit rizika, provázející změny, přijatelnějšími. Jsou-li navrhované změny vnímané jako nepříjemné, ale férové a ve prospěch celku a budoucnosti ve smyslu okřídleného utahování opasků pro všechny, jsou daleko snesitelnější a snáze průchodné.

* * *