

Ministerstvo zdravotnictví ČR

Attn.: Ing. Ondřej Mátl, MPA, MSc.
Čj : KS 13/2008

Vážený pane inženýre,

v krátké době, která mi zbývá abych vyhověl Vaší prosbě o sdělení názoru na níže uvedená témata pokusím se vyjádřit spíše heslovitě, abych splnil Váš požadavek na stručnost, i když s emi to asi nepodaří. Pokud by nebylo jasné, co myšlenkovým celkem míním, pak doplním dle zadání .

Nejsem expert na financování. Zabýval jsem se organizací a řízením pediatrické péče od roku 1980, moje pohledy na věci jsou spíše v obecné rovině, s nadsázkou řekněme filosofické. Ale snad i to může být přínosem pro Vaši práci. V letech 1984-1989 jsem zavedl systém pediatrické péče v okrese Vsetín, podílel jsem se na celostátní jednotných preventivních prohlídkách, byl jsem nominován Českou pediatriickou společností jako její zástupce do ministerstvem ustanovené Skupiny pro reformu v roce 1990, podílel jsem se na získání Certifikátu ISO, Akreditace SAK a Akreditace MZd, které naše nemocnice získala v minulých letech.

A) Hodnocení historického vývoje financování zdravotnictví v ČR

Výchozí situace r. 1989 :

Systém centrálního řízení po dvou liniích - horizontální (vláda – KNV - ONV)
- vertikální (ministerstvo-odborníci krajští, okresní)

Linie prvního kontaktu - střediska péče – obvodní dětský lékař, obvodní lékař, stomatolog,
gynekolog

- nemocnice : I. – II. – III. -centrum

finance z rozpočtu až po OÚNZ – všechna zdravotnická zařízení okresu – nákladová střediska
(chozračotní typ)

Problémem nebyly finance, ale jejich část, tzv. devízy („západní měna „)

Rovnostářský systém odměňování za práci

Cíl : uspokojování potřeb

Kontrolovatelnost výsledků a kvality péče : prakticky stoprocentní

Pediatrická péče vesrovnání se světem : výsledky nadprůměrné,
trend pozvolna se zlepšující, ale limitovaný,

organisační zajištění dostupné péče výborné

Přístup a koncipování změn v roce 1990 - 1992 :

Hledání dávno nalezeného, vlastní improvisace, invence z intuicí, konstrukce systému zdravotní péče a jejího financování nesystematická, idea pacienta ve středu zájmu dvojsmyslná, přehršle komunikačních šumů a fenomenů tiché pošty, dům stavěný tu od střechy, tu od stěn, tu přidáno něco základu.

Dovoz jednotlivých prvků z různých systému zahraničních a míchání dortu pejska a kočky ze všeho nejlepšího, co kdo z plitků na četných cestách od Kanady po Singapur našel

Důsledek : Systém zdravotní péče a jejího financování je prost definic postavení jednotlivých jeho účastníků,

Zdravotní pojištění je kvazi – jakási daň

Není definice zdravotní péče a definice zdravotní péče, hrazené ze zdravotního pojištění

Vznik subjektů tzv.,. privátní péče není předcházen stanovením pravidel, což umožňuje neřízenou a nekontrolovatelnou péči a tak i výdaje za ni, není správně postaven kontrolní systém ZP (kontrola toho, zda účtovaný výkon byl proveden a kontrola toho, zda byl indikován)

Obrovské množství peněz ze zdravotního pojištění je použito pro vybudování nových zařízení, když tehdy managementy státních nemocnic neumožnily solidní nájemní podníky, takže peníze, které mohly být na péči , mizí ve stavebních firmách a v bankách a solidní prostory nemocnic a jejich poliklinik zejí prázdnotou

Výkonový systém umožňuje účtování (ne vždy provádění) výkonů, které vůbec nebyly v kompetenci toho kterého zdrav. zařízení , dochází k provádění a v pro pacienta lepším případě jen vykazování nepatřičné péče

Totální negací prvků předchozího odborného vedení a řízení ztrácí se zcela kontrola nad odborností poskytovatelů a nad kvalitou péče

Personální obsazení klíčových postů se mění chaoticky, je příliš stranických přístupů ve smyslu odstavování "bývalých členů KSČ za každou cenu, jistě s prvky zneužití osobních přístupů, nadto je tu odchod mediínsky fundovaných lékařů z nemocnic do privátních praxí

Směnitelnost koruny přináší první efekt v zajištění péče přístrojovým vybavením a léky, vstup firem ze zahraničí zlepšuje a prodražuje péči, drahá vybavení se pořizují nesystémově a v neznalosti, tak se dostává firmám šance prodat draze nepodařenou bídu

Vznik nových právních norem je spojen s entusiastickým diletantstvím na straně jedné a s pomíjením potřebných právních úprav na straně druhé

Pediatricie udržuje krok se světem, ale objevují se tendence k zavedení systému rodinných lékařů, naštěstí zažehnané uvědoměním neznalosti poskytovatelů primární péče pro dospělé

Vývoj od roku 1993

Postupně se objevují nedostatky systému, slibovaná koruna za bod je ta tam, účtování v bodech, postavené na myšlence vyhodnocení koeficientem, se ukazuje jako stabilisující systém z hlediska financování, ale destabilisující z hlediska vlastní péče a zájmu o ni

Pravicová vláda po roky udržuje ideově špatný systém, hlásající lidem péče zdarma na vysoké a zlepšující se úrovni. Podbízení výkonovým hodnocením snaží se poskytovatelé nahnat kvantitu na úkor kvality, spotřebitelům se to líbí, mají z toho četné pseudovýhody a těch se snaží využít. Přerozdělování jedné stále hromady peněz do více výkonů vede k ponížení skutečné hodnoty bodu a spory uvnitř poskytovatelů dávají potřebu dohodovacích řízení. Ta jsou v podstatě k ničemu.

Nastoupivší levicová vláda nechává zdravotnictví skomírat a zadlužuje systém – ZP jsou v deficitech a ZZ - zejména nemocnice – také. Líbivá prozaměstnanecká politika je postavena na principu rovnostářství, když zvyšující se tarifní platy zadlužují nemocnice a ty nemají jak by diferencovaly odměňování za práci. Zůstává jedno, jak kdo pracuje, všichni berou stejně. Situaci lze přirovnat k psychosociální deprivaci dítěte, které si sice neuvědomuje její důsledek, ale řve a mele hlavou zleva doprava, aby zahrlo frustrační vlivy. Levicová vláda vymýšlí centralistické koncepce a kdesi v černých lečích se rodí úděsné dílo, nesrozumitelné, nerealizovatelné ani v daných etapách, nota bene se jí ani sama vláda neřídí. Na jedné straně chce rušit malá oddělení nemocnic a na straně druhé "za lobybstické aktivity poslanců toho kterého regionu otevírá perspektivně funkčně neschopné celky, které dotuje stamiliony korun.

Dochází k převodu státních nemocnic na kraje, nemocnice se stávají nestátními ZZ, kraje si neví rady a zkoušejí se s tím nějak poprat. Dodatečné finanční bolusy jako odškodné nepomáhají, protože vnitřní dluhy nemocnic jsou zoufale vysoké. Začínají první pokusy o privatisaci nemocnic – kraje jsou vedeny pravicí - smyslem je zejména rozdíl v zákonech a mzdě a platu, které umožní ubrat zdravotníkům, aby mohlo být vyrovnané hospodaření. To má ale za následek vnitřní neklid a nestabilitu personálního zajištění péče.

S nástupem ministra Ratha se dějí změny. Ač se to mnohým nezdá, má ministr velkou přednost proti svým straniáckým předchůdcům – je velice znalý a věci rozumí. Lze se oprostít od osobního odjetí, daného jeho presentacemi a vidět první systémové kroky. Nejsou ideální, ale jsou nějaké a vzdor různým ideovým pojetím mají ratio. Socialisté ale končí.

Nastupuje nestabilní vláda,, nakonec se i zakotvuje a začíná pracovat. Zklamání je v tom, že proklamované připravené reformní kroky se ukazují jako nepřipravené, Nicméně po čase se s nimi začíná. Výchozí situace je obecně ideově skoro stejná, jako v roce 1989.

Pediatric je rozštěpena na poskytovatele primární péče a péče nemocniční. Výsledky zásadně velkého zlepšení. Jsme čtvrtí na světě v perinatální úmrtnosti, která před dvaceti lety byla nesplnitelným snem, rehospitalisace novorozenců jsou minimální, průměrná ošetrovací doba v nemocnicích se zkrátila, dostupnost péče je výtečná, péče center vynikající, onkologie, kardiologie, dětská chirurgie, perinatologická centra a další jsou

na super světové úrovni, komfort péče o matku a dítě je velmi dobrý, je třeba hledat výjimky a řešit je, je třeba pokračovat v protekci péče o dítě – je to zadání pro stát.

2007 a dál, do budoucna

Máme tu nyní vesměs nestátní zdravotnická zařízení, velká část nemocnic je převedena na akciové společnosti. Něklde bez problémů (zdá se mi např. že v kraji zlínském) jinde s problémy.

Vláda je pravicová a chystá se k reformním krokům. První udělala, zove se poplatky. Principiálně správný záměr – zavést přímou účast spotřebitele péče na její úhradě jako prvek přirozeného mechanismu regulace spotřeby péče. Technicky nedobře – nebylo stanoveno, co chceme regulovat. Jestli nadbytečnou péči, pak by měly být vyňaty z regulace ty skupiny péče, které se jako nadbytečné neukázaly. Regulovat všechnu péči je riskantní. Půlrok na vyhodnocení je dán, je toolverovatelný. Ale měly by se napravit křivky, které byly učiněny.

Jak dál :

Mám za správné, že byl vytvořen Kulatý stůl a bylo by skvělé, kdyby do dvou čtyř let našel kompletně nový systém. To je dobrý krok.

Do té doby prováděné dílčí kroky by měly vytvořit dobrou půdu pro reoluční , rasantní změnu systému. A to k systému, který by měl být kompatibilní pro EU.

Zásadní otázkou je definice ekonomické (hospodárné a afektní) péče. Velkým problémem je měření výstupu – ceny poskytnuté péče. Řekl bych, že péče, která je indikovaná, je ekonomická, kdežto neindikovaná je kontraindikovaná. Vyjít z tohoto postulátu by ale znamenalo převést hospodaření do servisní role a umocnit význam odbornosti medicínské. Znamenalo by to zásadní změnu v hodnocení – jednak by měla být kontrolována indikace péče, jednak by mělo být kontrolováno, zda je péče poskytována řádně, a to i z hlediska bezpečnosti (safety care). Financování poskytování péče by pak muselo vycházet z těchto hodnocení, stejně jako přiznání kompetence tu kterou péči tím kterým ZZ poskytovat.

Další věcí je definice garanta dostupnosti péče a dostupnosti péče samotné. Jde o dostupnost časovou, prostorovou a ekonomickou. Dle mého soudu musí být garantem stát a je jen otázka definice jeho pravomoce tuto garance delegovat.

Safety care ale nese nezměrné nároky na financování, protože péči výrazně prodražuje. To je ale třeba sdělit národu, že buď bude mít bezpečnou péči, byť omezenou rozsahem nároků ze zdravotního pojištění, nebo bude mít nabídku kdečeho s risikem nebezpečí. V návrhu zákona o zdravotních službách, jehož díly jsem měl možnost vidět, je protekce bezpečné péče zřejmá. Není ale zřejmé, jak ji zajistit ekonomicky.

Do personálního zajištění péče na všech úrovních se promítlo i něco dalšího – podmínky získání specilisované způsobilosti, Jsou tak nastaveny, že to samo o sobě ohrožuje persónální zajištění primární a specialisované péče a její dostupnosti. A to ne proto, že by

samotný požadavek na erudici byl špatný, ale proto, že jeho splnění je zcela nedostupné. Je tu zřetelné riziko, že stávající lékaře nebude mít kdo nahradit. A podívejme se na věkový profil. Jistěže lékař dnes může pracovat do sta let a nikdo ho nemůže odvolat. Ale ku prospěchu péče to asi není, byť já sám si nemyslím, že věk je determinujícím parametrem schopnosti.

Jde tedy zásadně i o financování postgraduálního vzdělávání lékařů. Je to imperativní apel, za sedm až deset let už nikdo nespraví nic. Je to vnitřní dluh. Velký vnitřní dluh systému.

Při konstrukci systému zdravotní péče a jejího financování je nutno vyjít ze základních úkonů

- definovat zdravotní péči
- definovat její dostupnost časovou, prostorovou a ekonomickou
- definovat postavení jednotlivých účastníků (včetně ministerstva) systému zdravotní péče a jejího financování včetně kompetencí, odpovědností a arbitrážů sporů
- zadat rozsah a kvalitu poskytované péče
 - buď množstvím financí, které jsou pro ni určeny
 - nebo požadavkem na péči a pak přijmout dohodnutou její cenu.
- Určit priority – zde navrhuji např. protekci péče o matku a dítě

Co je nesmírně důležité, to je vazba na ostatní právní normy, zejména zákonné síly. Jaká je vlastně situace, kdy poskytovatel musí poskytnout péči lege artis za stanovenou cenu ? To je přece charakter společensko ekonomické formace otrokářské nebo jakékoli jiné diktatury.

A co je ještě důležité : Pravidla – právní normy – musí být ve srozumitelné řeči české, nikoli nesmyslné řeči právnické, z níž stejně nakonec ani sami pracovníci nevědí, "co bylo úmyslem zákonodárce.

A co je ještě důležité : Obecná definice pojmů – dnes je to tak, že se pojmy užívají všelijak, byť jsou třeba i technickými termíny.

A konečně : role ministerstva musí být rolí exaktnosti. Máme žel příliš už příkladů, že ministerstvo se vyjadřuje písemně i slovně rozporuplně. .

Zcela na závěr : Systém nemůže být postaven na solidaritě, ale měl by být postaven na subsidiaritě. Rozdí a důvod ohu vysvětlit.

Následující témata budou opravdu stručně vyjádřena ☺

B) Překážky dlouhodobě udržitelných reforem

Jsou zřejmé : je to politikaření na místě prvním, kdy ani jedném, ani druhým nejde o věc samu, jako o jáství stranické.

OK, jsou tu dva směry : levicový, žádající kdeco na státu, pravicový, určující odpovědnost jednotlivce. Je těžké najít rozumnou míru státní moci a míru svobodného rozhodování jednotlivce. Tak první měla vbby obecně báýt co nejnižší, ta druhá co nejvyšší.

V náhledu na zdravotnictví je třeba zvážit možnost, že by jeden, řkněme levicový, systém byl zaveden jako basální a druhý, řkněme pravicový, jako něco navíc. Oba systémy by mohly fungovat jako dvě množina se společným průnikem, konkurovat si i doplňovat se za pufující funkce zdravotních pojišťoven.

Je prvně ale třeba dosáhnout vůle politických stra v té nejobecnější rovině : společně vytvořit systém zdravotní péče a jejího financování a vypustit veškeré stranické přístupy ve věci zdravotnictví. Je to utopie ? Já si myslím, že bych strany k této věcio přesvědčil. Know how si nechám pro sebe.

C) Jiné thema

Samozřejmě pediatrie. Ona je mým druhým životem, který pomalu a jistě končí..

- jistě mít péči o dítě za zásadně protekovanou státem
- nepřizpůsobit se světu a neopustit primární péči o dítě skrze pediatrickou odbornost., spíše přesvědčit svět – n a základě šedesátileté zkušenosti v naší zemi – o potřebě dvojí primární péče – o dospělé a děti. Důvody mohu rozvést-
- najít mechanismy kontroly kvalitiy a bezpečí poskytované primární péče
- uderžet specialisovanou ambulantní péči pro děti v oborech
 - dětská kardiologie
 - dětská neurologie
 - dětská nefrologie
 - endokrinologie
 - alergologie-imunologie

tak, aby byla dostupná na území bývalého okresu“

- udržet dostupnost lůžkové pediatrické péče tak, aby byla na území bývalého okresu
- mít pod kontrolou odbornou úroveň poskytované pediatrcké specialisované a lůžkové péče krom kontrol její bezpečnosti a dostupnosti

Vážený pane inženýre,

Pokud se mi nepodařilo naplnit Vaše očekávání, rád odpovím na konkrétní dotaz nebo na upřesněné zadání. Kdysi, když jsem za studií fiškusoval na dětské kardiologii, říkal mi pan docent Vítek, že když si odevčad odnesu jednu větu, jednu myšlenku, jedno poznání, bude to stačit. Možná, že v celém tomto mém psaní i pro Vás aspoň jedna věta či myšlenka bude, Dejte mni prosím vědět.

Srdečně kilian

PS. Omluvte prosím případné překlepy, tento dopis jsem jazykově nekorigoval

Dodatek :

Ve spěchu jsem neuvedl pár věcí, které mám za důležité v obecné rovině :

a) zohlednění politického rozložení , které je odrazem občanského pojetí státu

jde o významnou věc proto, že krom prvních porevolučních let s převahou pravice je poměr politických sil stále vyrovnaný a jev, který já označuji jako Wagnerův fenomen (jeden dva hlasy rozhodují o zásadních věcech společnosti a jejího státu) trvá desetiletí.

Tím pádem je podstatná otázka ideového zadání systému tak, aby byl přijatelný výrazně většině. Tady si myslím, že by mohlo být zvaženo řešení, které nabídne vládnoucím i opozičním stranám až dost. Byl by jím systém, složený ze dvou subsystémů, zobrazitelný jako dvě množiny s nějakým průnikem, kterého rozsah by nemusel být konstantní.

První – basální, státem garantovaná péče v definované síti zdravotnických zařízení, na která by měl stát zásadní vliv (třeba i zprostředkovaně přes zdrav. Pojišťovny). Zde by se poskytovala péče definovaná v rozsahu i dostupnosti podle ekonomické situace státu a vůle politické v tu kterou dobu vládnutí levice či pravice. Financování na basi povinného zdravotního pojištění.

Druhý – nástavbová, na basi připojištění nebo přímé úhrady poskytovaná péče v síti zdravotnických zařízení , existujících na principu nabídky a poptávky, stát by dozoroval plnění obecných podmínek poskytování zdravotní péče.

b) systém, který sám sebe vyčerpává

vznikl v důsledku bodového hodnocení, honba za výkony znamená kvantitu na úkor kvality. A vzdor tomu, že byly zavedeny prvky, které toto omezují (paušální princip platby) , zůstalo stále zájmem poskytovatelů sledovat výkony – u **ambul. specialistů** je to nejvíce zřetelné (ať již z hlediska mínusu nebo plusu výkonů) , v **primární péči** skrze regulace a JPP na straně jedné a skrze náklady na výkony na straně druhé, čili je tu snaha něco dělat a něco nedělat bez ohledu na potřebu pacienta a v **nemocniční péči** skrze naplnění výkonů srovnávacího období na jisté dané procento

Mám za to, že je škoda, že se do nemocnic nepodařilo zavést Drg , protože je efektivní nejen kvůli kalkulaci úhrad, ale zejména proto, že dává mnohé markery kvality péče.

c) kolik stojí připravenost poskytnout péči a kdo a jak ji má hradit

Jde o princip hasičů : je tu stále pojetí, že pokud je nízké využití lůžkové kapacity, pak není oprávněna existence. Přitom hodnocení využití lůžek je postaveno na průměrech, docela špatně. Takže - když dlouho nebyl požár, zrušíme hasiče. Co tedy oni udělají – budou zakládat požáry, aby měli práci ? Není to vyloučeno. A když to neudělají, budou zrušeni a pak se pozná jejich absence až začne hořet. Je tu tedy souvislost s definovanou časovou a prostorovou dostupností péče a pak je třeba financovat i samotnou připravenost poskytnout péči takto dostupností definovanou.

d) pojetí prevence a její protekce

nechám stranou preventivní prohlídky a očkování – to mám za jasnou věc. Za principiálně nevyřešenou mám věc **dispensární péče**. Je řada přístupů, včetně paušálního pravidly stanoveného počtu dispensární péče. Není ale jasné, co to dispensární péče je.

Pro péči o dítě bych ji postavil jako metodu práce (vždy tak postavena byla, ale postupně se přizpůsobila pojetí péče o dospělé, kde je pouhou evidencí .) Je to zásadní věc, protože dispensární péče by měla být aktivní se vším všudy – tedy ne pouhou evidencí. A protože sama diagnosa nepředurčuje potřebu frekvence poskytování péče (nemoc či vada může být různě kvantitativně vyjádřena, nadto je častá kombinace dg.), postavil bych úhradu dispensární péče nikoli na diagnose, ale na stupni vývoje handicapu (Impairment, disability, handicap) a potřebě jeho prevence (primární, sekundární, terciární). Jde o pojmy definované, kontrolovatelného obsahu a spjaté i s diagnosou , která ale sama nevystihuje dopad na člověka a jeho začlenění do společnosti.

Navíc je tu u handicapovaných jasně daná potřeba zvláštní péče nejméně dvou ze tří resortů (zdrav., školství, soc. věci) a ještě navíc je řádně definovaná a vedená dispensární péče dobře zpracovatelná pro hodnocení zdravotního stavu populace a tak i pro určování priorit. v lokalitě i ve státě. A ještě navíc, péče o handicapované je markerem kvality společnosti. Zábřana postižení, návrat ztracené funkce a pomoc při začlenění do společnosti jsou účinným nástrojem k omezení potřeby asylové nebo jiné ústavní sociální péče.

Za zásadní mám, aby dispensární péče o dítě byla vždy spojena s péčí primární, kdežto dnes je přiřazena k péči specialisované, což potlačuje koordinační roli PLDD a vede namnoze k situaci, kdy péče jednoho specialisty nezohledňuje potřebu péče jiného specialisty v případě kombinace poruch zdraví, ba dokonce takto kombinovaná nezohledňující péče je na škodu právě skrze nekoordinované kombinace léčebných postupů.

Systém doposud sám potírá koordinační roli primární péče a poskytovatelé jsou kritizováni za polypragmasii, dokonce jsou výzvy, aby toto řešil lékárník. Jenže terpaie , to nejsou jen léky.

e) protekce péče o matku a dítě

12. března 2008
MUDr. Jiří Kilian

mám ji za potřebnou a politicky přijatelnou napříč stranickým spektrem. Zásadní axiom je, že jakkoli vztah dítě-rodina je zrušitelný, není zrušitelný vztah dítě-společnost. Míra protekce může být měněna podle politické vůle.