

Názory na současné problémy zdravotnictví a jeho financování v České republice.

Pro potřeby týmu „Kulatého stolu k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR“

Zhodnocení současného stavu zdravotnictví v ČR není zcela černobílé. V současné době vidím jako hlavní problémy našeho zdravotnictví:

- **Primární prevence** - zde malá motivace k využívání preventivních programů (pro zdraví populace má daleko větší vliv zdravý životní styl než potom následně poskytovaná léčba)
- **Aktivní vyhledávání časných stadií nemocí** - opět nízká motivace a obecně nízká povědomost pojištěnců využívat těchto programů, které mají pozitivní efekt (mammární screening, vyšetřování na krvácení ve stolici atd.) S tím někdy souvisí i problematika pomalého zavádění úhrad nových depistážních metod do systému.
- **Síť zdravotnických zařízení** - a s tím spojená struktura poskytované péče v jednotlivých zařízeních je poznamenána setrvačností a subregionálními zájmy. Praktickým dopadem často bývá ne zcela využitá nákladná technika na pracovištích bez dostatečného odborného zázemí. Obecné tvrzení o nadbytku nemocničních lůžek je nutné korigovat pohledem nejen přes brýle zdravotnického, ale i sociálního rezortu. V ČR prakticky zanikla více generační rodina a zejména další péče o seniory má výrazně setřené rozdíly mezi sociální a zdravotní potřebností. Zatížení zdravotnického resortu touto péčí je dlouhodobým pozůstatkem z dřívějšího nastavení socialistického zdravotnictví. Úhradové nerovnosti vedou spíše k vyhledávání lukrativních podborů či výkonů a nepodporují racionální restrukturalizaci zdravotnických zařízení v síti. Zařízení následné péče často neposkytují adekvátně navazující péči pacientům vyžadujícím systematickou a cílenou rehabilitaci, tím někdy i dochází k anulaci výsledků poskytnuté akutní péče. Toto někdy vede ke snaze pracovišť akutní péče ponechávat si pacienty co nejdéle (typické pro cévní mozkové příhody). Určité řešení vidím v těsnější spolupráci mezi většími nemocnicemi (akutní péče) a pracovišti následné péče po organizační i odborné linii tak, aby byla zajištěna kontinuita péče. Pro některé menší nemocnice považují za vhodné kombinaci režimu jakési rozšířené polikliniky do pozdních odpoledních hodin s navazující základní službou s lůžkovým pracovištěm následné péče včetně kvalifikované rehabilitace. Pro zajištění náročnější péče včetně například operační pohotovosti by byla vhodná forma smluvní spolupráce s větší nemocnicí (pokud již není součástí jednoho zařízení) včetně využití lékařů ve službách nemocnice – zajistí se tak ekonomizace, udržování erudice i kontinuita péče. Jde o jeden z možných modelů dosažitelný různě – systémem síťově uspořádaného regionálního zařízení či smluvním vztahem samostatných zařízení.
- **Technologie** – v zásadě hlavní současné technologie jsou dostupné někdy vážně dostatečná úroveň interpretace výsledků, což někdy vyžaduje opakování vyšetření. Dále na některých místech se setkáváme s méně využitou technikou rozmístěnou na základě lokálních zájmů. Další faktor plyne z pacientů, kteří dostí často vyhledávají jakési „kontrolní „ vyšetření. Ve vazbě na druhou odrážku je nutné se zaměřit zejména na zavádění techniky umožňující vyhledávání časných stadií nemocí i na techniku, která umožní efektivní léčbu (u časných nádorových stadií převážně operační).
- **Kvalita zdravotní péče** – významná problematika. Medicína je obor zvyklý posuzovat zpětnovazebně efektivitu léčebných i diagnostických postupů. Zde však došlo k oslabení role metodik léčby. V těchto otázkách se třívá snaha i možnosti ministerstva zdravotnictví, regionálních správ, zdravotních pojišťoven, odborných společností i samotných zdravotnických zařízení, které mají odlišné legislativní i technické možnosti.

Zde vidím prostor pro významné zavedení systému ať již do řízení kvality péče jako jakékoliv činnosti v institucích, tak do systému vyhodnocování. Za hlavní problém je zde možno označit poměrnou složitost systémů ukazatelů kvality péče, které musí být interpretovány v souvztažnostech a ne vytrženy z kontextu, jak často činní media.

- **Dostupnost péče** - zde vidím (a to i v otázkách efektivity poskytování péče) za základní systém zejména praktických lékařů (pro děti, dorost i dospělé). Tito by měli být v systému poskytování péče základem řízení systému od individuální prevence přes diagnostiku až po další specializovanou péči poskytovanou dalšími odborníky. Bohužel tento systém v našem zdravotnictví plně nefunguje. Důvodů je zřejmě více od jakéhosi obecného přezírání těchto odborníků, přes jakýsi relativní přebytek tzv. ambulantních specialistů. Dostupnost péče považuji u běžných onemocnění obecně za dobrou. Tento názor se však opírá o odhad, ne o analytická čísla. Nejsou však vyřešeny otázky dostupnosti adekvátní péče například u cévních mozkových příhod. Trvá určité zkreslení pohledu na geriatrici směřováním s LDN.
- **Financování zdravotní péče** – hlavní rozpor vysoké (správné) nároky kladené na rozsah i kvalitu péče odpovídající evropskému standardu a úhrada nedosahující těchto úhrad v tradičních zemích EÚ. To nejen v absolutních číslech, ale i v řadě případů i v nižším % HDP vydávaném na zdravotnictví. To je částečně kompenzováno nižšími cenami některých vstupů, ale ty se nyní zužují zejména na cenu práce a vyšší míru amortizace zařízení. Základem úhrad musí být zdravotní pojištění. V systému zdravotního pojištění vidím hlavní problém v tom, že je hlavně závislé na pojistném zaměstnanců a příspěvku za státní pojištěnce a nemotivuje k přínosu dalších peněz do systému od ekonomicky bonitních skupin obyvatelstva. (obdržím-li shodné plnění za minimální pojistné, proč bych platil více, mám-li možnost daňové optimalizace). Zde navrhuji zavedení obdobného systému jako v Německu „Privatversicherung“ s dopadem zvýšení dobrovolného vkladu do systému s poskytnutím protihodnoty v rovině komfortu a společenské prestiže. Nezanedbatelná je i otázka vydefinování jednoznačných pravidel úhrad ze zdravotního pojištění jednoznačně vymezujících výkony nehrazené ze zdravotního pojištění. U výkonů potřebných definovat standardní úhradu a umožnit, ne vynucovat, doplatek za nadstandardní provedení, implantát či služby. Standardní provedení však musí být vyhovující. Jako další prvek samozřejmě vidím ve zvýšení významu praktických lékařů v systému „řízené péče“.
- **Zdravotnický personál** –za stěžejní považuji dopad nevhodných zásahů do systému vzdělávání pracovníků označovaných dříve jako SZP. Propad v počtu absolovujících sester a dětských sester je velmi nepříjemný a výrazně ovlivňuje provoz zdravotnických zařízení všech typů. Novela Zákona 95 snad přinese větší flexibilitu pohybu lékařů. Za problém je nutno označit podhodnocení úhrad péče vedoucí k platovému podhodnocení zdravotníků všech kategorií proti analogickému příjmovému postavení v tradičních zemích EÚ (ve vztahu k průměrné mzdě, mluvím o absolutním přepočtu). Malý prostor k ekonomické stratifikaci personálu podtržený ještě nedostatkem pracovníků řady kategorií nepříspěvá rozvoji kvality poskytované péče.