

Zápis z jednání

Odborného týmu
projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví

Ze dne 9. listopadu 2008

Seznam účastníků:

Přítomni:

Ing. Oldřich Nápravník CSc., prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc, PharmDr. Jarmila Skopová, MUDr. Jaroslav Smutný, MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MUDr. Vladimír Říha, MUDr. Milan Cabrnoc

Omluveni:

MUDr. Petr Zimmermann

1. Projednání zápisu ze 14. jednání Odborného týmu konaného 24. října 2008

Po schválení návrhu programu patnáctého společného setkání Odborného týmu (dále jen OT) byl diskutován zápis ze čtrnáctého setkání OT, který proběhl 24. října 2008. Na žádost p. Nápravníka, který se tohoto jednání ze zdravotních důvodů nezúčastnil, bude k zápisu přiložen text jeho zvláštního stanoviska. Koordinátor projektu současně připomněl pravidla jednacího řádu Odborného týmu ve věci usnášení schopnosti a upozornil, že závěry minulého jednání jsou platné.

2. Diskuse Zprávy o možných změnách zdravotnictví v ČR: Identifikované problémy a možnosti řešení¹

V úvodu tohoto bodu prezentoval koordinátor pracovní verzi společného výstupu druhé fáze projektu - Zprávy o možných změnách zdravotnictví v ČR (dále jen Zpráva). Informoval, že do tohoto materiálu byly již zapracovány obdržené připomínky členů OT za KSČM stejně tak jako výsledky předchozích diskusních setkání.

Úvodní diskuse se zaměřila na otázku, kam ve Zprávě umístit minoritní stanoviska. Podle p. Cabrnocha by bylo vhodnější vydat v knižní podobě na čem se členové OT shodli a v přílohách uvést rozdílné názory. K tomuto názoru se připojila p. Skopová, která upozornila na potřebu zajištění rovnováhy textů, i p. Philipp, podle kterého je na zvláštní stanoviska možné upozornit odkazem. Podle p. Nápravníka je naopak důležité, aby tyto odlišné názory nezapadly, jejich uvedení ve stručné podobě za každou kapitolou. Dle informací koordinátora je opět cílem, aby Zpráva byla doplněna nosičem CD, na kterém se budou nacházet veškeré doplňující texty i informace o samotném projektu. Podle p. Nápravníka diskuse k této problematice skončila tím, že každý má právo na zvláštní stanovisko, které bude uvedeno v textu (ale nemá být příliš dlouhé).

Následovala stručná reflexe již projednaných problémových okruhů. P. Nápravník

¹ Tento zápis je jen stručným výtahem z proběhlé (obsáhlé) diskuse, nejedná se o úplný záznam z jednání. Některá témata byla diskutována i více členy OT, než je uvedeno vybraným výrokem. Současně neprobíhalo formální hlasování aklamací, u některých závěrů proto nemusel být souhlas jednomyslný.

vyjádřil názor k bodu č. 20 – Nevyhovující právní forma zdravotnických zařízení s tím, že nad příspěvkovými organizacemi lze mít úplnou kontrolu. Podle jeho informací si zřizovatel volí typ účetnictví, nelze proto konstatovat, že příspěvkové organizace nevedou transparentní účetnictví. P. Philipp se vyjádřil k bodu č. 23 – Výskyt korupce s názorem, že je potřeba více se zaměřit také na vztah zdravotního zařízení s plátcem tj. s pojišťovnou. Navrhované řešení by mohlo spočívat ve veřejné kontrole a transparentnosti všech smluv a úhrad zdravotních služeb. Tento názor podpořila také pí. Skopová, podle které je podstatným problémem netransparentnost výběrových řízení a uzavíraných smluv. Zúčastnění se dále krátce vrátili k bodu č. 22 – Majetkové propojování zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení. Podle p. Navrátila jsou vzhledem k nerovnoprávnému stavu potřeba změny souvisejících zákonů. Podle analytika projektu p. Vachka je otázkou, do jaké míry je tento problém rámcově řešen podmínkami veřejné soutěže a veřejných zakázek. Otázkou je proto uplatňování zákona o veřejných zakázkách také na smlouvy mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami. P. Cabrnoch v tomto kontextu upozornil, že se tím zkomplikuje prostředí smluvních závazků, principiální výhrady však nevyjádřil. Podle pí. Skopové je žádoucí aktivnější role Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže, již v současnosti úřad začíná vytvářet podmínky a omezení například pro vertikální monopoly. Upozornila také na fakt, že řetězce jsou v cizích zemích určitým způsobem omezeny. P. Smutný souhlasil, že určitá regulace vztahu pojišťovny a zdravotnického zařízení by současné situaci prospěla, v praxi je však obtížně představitelná. V rámci bodu č. 20 – Nevyhovující právní forma zdravotnických zařízení označil p. Cabrnoch jako problém možnou institucionalizaci páteřní sítě, která by podle jeho názoru nevedla k rovnosti. Vhodnější je proto zajištění tohoto cíle parametry dostupnosti a garancí zdravotních služeb pro občany. P. Nápravník do zápisu požádal uvést svou nesouhlasnou reakci, že je nutné rozlišovat mezi tržním a netržním prostředím a zdravotnictví jako veřejná služba tedy netržní a definice páteřní sítě je (vzhledem k omezeným zdrojům) u veřejné služby nutná. P. Nápravník dále požádal zapsat, že možným nástrojem by mohl být normativ počtů poskytovatelů vztahený k určitému počtu obyvatel s tím, že se podle jeho názoru na této tezi shodl s p. Cabrnochem. P. Navrátil upozornil na problém zajištění ztrátových služeb na krajské úrovni. P. Philipp zdůraznil potřebu institucionální regulace zaměřené na pojišťovny, kde by byly nastaveny pravidla dostupnosti, garance zajištění služby a síť by se pak vytvořila sama. Také podle názoru p. Smutného si v praxi svoje síť vytvářejí pojišťovny samy. Otázkou je podle p. Říhy jakými mechanismy k tomuto dojít. Špatným příkladem je americký tržní princip, který je drahý a služby v dostatečné míře nezajistí. P. Cabrnoch upozornil, že stát musí garantovat dostupnost péče, definovat parametry sítě, stanovit sankce (finanční, zrušení licence). P. Philipp dále uvedl, že mezi postavením menších a velkých zdravotnických zařízení k pojišťovnám není rozdíl. Pí. Skopová shrnula diskusi s tím, že se OT shoduje na základních principech garance služeb státem a potřebách nastavit parametry dostupnosti. K bodu č. 19 – Omezené využívání informačních technologií p. Cabrnoch dále poznamenal, že je důležité podporovat telemedicínu a postupně snižovat zbytečně vynakládané náklady.

Následovalo projednání dosud nediskutovaných problémových okruhů. Prvním z nich byl bod č. 18 – Zastaralá technická infrastruktura. O této problematice podle se Diskusi k tomuto bodu otevřel p. Nápravník, který uvedl, že se Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR o tomto problému nezmiňuje. Dále do zápisu požadoval zapsat, že není návaznost na Zprávu (analýzu) z které má tato Zpráva vycházet (provést syntézu zjištění) i když tuto skutečnost nikdo nezpochybňuje. Dále se do diskuse zapojil p. Navrátil který uvedl, že mnoho objektů se neustále rekonstruuje a je otázkou (např. u

některých fakultních nemocnic) zda jsou rekonstruovatelné. Následně otevřel otázku kdo bude zavázán financovat výstavbu nových zařízení na úkor inovace těch starých. Podle p. Philippa nejsou rovnoměrně nastavené kalkulační listy na jednotlivé výkony. P. Cabrnach upozornil, že se to netýká jen infrastruktury ale také složky personální. Podle jeho názoru je namístě znovu zvážení otázky volby více zdrojového nebo jedno zdrojového financování, u které by amortizace patřila do kalkulace. P. Smutný se pozastavil na tím, že hospodaření některých nemocnic bylo upraveno nezaúčtováním odpisů. P. Cabrnach upozornil na nerovnost, kdy ztrátu za neziskové organizace vyrovná zřizovatel, ale praktický lékař takové možnosti nemá. P. Nápravník zdůraznil a do zápisu požádal uvést, že jako veřejná služba musí mít některé věci financovány z veřejných prostředků. Ex post rozhodně nesouhlasil se zařazením odpisů do kalkulací (prodraží poskytování zdravotní péče, omezí rozsah, dostupnost) a vyrovnání ztráty příspěvkových organizací (pro poskytování veřejné služby) je povinností zřizovatele ze zákona pro všechny typy neziskových subjektů zajišťujících veřejných služby. To podle jeho názoru respektuje (stanovuje) i metodika SHA). Podle analytika projektu p. Vachka je problémem, že nebylo definováno kdo měl nárok na dotace a z jakého zdroje mají být technické inovace financovány. P. Philipp upozornil, že více zdrojový systém je nefunkční, vede k nerovnostem a proto doporučil směřovat k jedno zdrojovému financování (úhrady z pojišťoven, reprodukce, investice z tržeb). Pí. Skopová odmítla dotační přístup a podpořila začlenění amortizace do ceny výkonu. P. Říha zdůraznil, že do infrastruktury patří jak budovy tak i vybavení a upozornil, že v Německu dostávají všechny zdravotnická zařízení stejné dotace bez ohledu na zřizovatele. Podle p. Navrátila rovný přístup v tomto případě není možný. Znevýhodněn je například lékař nebo zdravotnické zařízení ve větších městech už vzhledem k vyššímu nájmu. Také se neřeší rozdíl ve zkušenostech začínajícího lékaře a lékaře s dlouholetou praxí a s dalším postgraduálním vzděláním. P. Nápravník upozornil na rozdíl dotací (konečný spotřebitel) a transferech (netržní subjekty). Společným resumé k tomuto bodu je, že by měly být pravidelně revidovány úhrady dle seznamu výkonů s bodovými hodnotami. Díky vývoji by do nich měly být zahrnuty i investiční náklady. Vícezdrojový systém nefunguje, investice jsou nedílnou součástí nákladů, investice je proto třeba zohledňovat. P. Nápravník v rámci projednávání zápisu ex post nesouhlasil a je proti zařazení investičních nákladů do kalkulací, protože to zdraží péči pro občany, omezí rozsah a dostupnost a pro veřejnou službu je na tyto problémy pamatováno postupy přes transfery.

K bodu č. 17 – Nesprávné zacházení s léčivý zahájila diskusi pí. Skopová. Podle jejího názoru je krátká formulace závěrů výzvou, neboť je třeba zajistit jejich správnou interpretaci. P. Smutný podpořil provádění analýz a hodnocení účinnosti farmakoterapeutické péče. Nutná je podle jeho názoru také revize seznamu hrazených léků. P. Nápravník zdůraznil potřebu zainteresovat lékaře na předepisování léčiv zejména pak generik na základě odborných standardů. Diskutovala se i otázka vlivu marketingových pobídek ve vazbě na zainteresování lékařů. P. Cabrnach otevřel otázku preskripčních omezení a rozdílů izolované a komplexní regulace. Komplexní regulace je podle jeho názoru vhodnější, neboť v takovém případě získává lékař zpětnou vazbu o nákladech. Pí. Skopová vznesla požadavek přidat „konzultační činnost“ v rámci posílení aktivit lékárníků v integrované dlouhodobé péči o seniory.

V diskusi bodu č. 16 – Nevyhovující počty, skladba, kompetence a vzdělávání zdravotnického personálu uvedl p. Navrátil tři hlavní problémové okruhy systému vzdělávání pro zdravotnictví. Je nutné jasně definovat jaký stupeň vzdělání pro jaké pozice ve zdravotnictví je potřeba. Není možné, aby zvláště v nelékařských profesích

dosahovali nejvyšších stupňů vzdělání i odborníci s minimální praxí i když s vynikajícími teoretickými znalostmi. Je potřeba, aby došlo k dohodě mezi MZ a MŠMT, aby zde byla určitá regulace a nabídka univerzit tento počet nepřevyšovala. Pak dochází k výchově studentů, kteří o práci ve zdravotnictví zájem nemají, studují jen proto, aby absolvovali vysokou školu. Kvalitu vzdělávání snižují i některé soukromé školy, i „státní“ mají problémy s dostatkem kvalifikovaných učitelů (docentů a profesorů). Je nutné, aby společnosti sdružující nelékařské profese se věnovaly především tomuto problému a hledali společně s lékaři, které výkony by mohly nelékařské profese vykonávat. Konsensem ne jako dnes nesmyslnými spory. Tím se mohou vyřešit i problémy s počtem lékařů. P. Smutný upozornil na konsensus stran k problematice podpory primární péče. Připomenul také problém věkové struktury lékařů pro děti a dorost a složitost získání atestací. P. Philipp diskutoval na téma postgraduálního vzdělávání. P. Navrátil a p. Smutný se shodli na tom, že v současnosti jsou podmínky získání atestace pro praktické lékaře příliš složité a odrazují potenciální uchazeče. P. Říha upozornil, že podle zákona pro nelékařské profese není nutné, aby všechny zdravotní sestry měly vysokoškolské vzdělání. Výzvou je emancipace ošetrovatelského úseku, který s sebou přinese potřeby změn kompetencí. Na to navázal p. Navrátil s návrhem, aby studující byli vázáni pokračovat v praxi v ČR a zabránilo by se tak odlivu zdravotnického personálu do zahraničí. Společným resumé k tomuto bodu podle p. Navrátila je, že je zapotřebí přehodnotit současný systém postgraduálního vzdělávání ve všech profesích s ohledem na skladbu personálu, jeho kompetence a potřeby praxe. Programy kontinuálního vzdělávání by měly být garantovány komorami, odbornými společnostmi, univerzitami a MZ. Nelze plánovat počty lékařů, existuje tržní nabídka a poptávka, v praxi bývají limitující náklady na vzdělání.

K bodu č. 15 – Nevhodná struktura zdravotní péče upozornil p. Philipp na klíčové správné nastavení úhradových mechanismů. P. Říha zdůraznil problém podfinancování a nedefinování následné péče. Důležitou otázkou je podle pí. Skopové nastavení parametrů péče.

V diskusi bodu č. 14 – Nepřípravenost na krizové situace. Zazněl názor p. Navrátila, že v rámci urgentní medicíny je situace v ČR na vysoké úrovni. Naopak z hlediska krizového řízení a zabezpečení není ČR připravena na závažnější mimořádnou situaci ať již v důsledku přírodní katastrofy nebo teroristického útoku. Nelze vše řešit pouhým nadšením a obrovským nasazením lidí, jak tomu bylo například při povodních v roce 2002. Je proto nutné zpracovat novou koncepci jakým způsobem postupovat v případě ohrožení, odkud toto ohrožení plyne a definovat spolupráci s armádou. Upozornil na nedostatečné zásoby antidotů a například nesmyslný přebytek přípravku Tamiflu ve skladech. P. Vachek zdůraznil vazbu na krizové plány. Zdravotnická záchranná služba nemá zatím v rámci integrovaného krizového systému stejné postavení jako HZS a PČR (zákon 240/2000 Sb.). Podle názoru p. Navrátila je spolupráce resortů klíčová. P. Navrátil zdůraznil, že ministr zdravotnictví odmítl jakoukoliv diskusi s příslušnými odborníky k tomuto problému a proto i připravovaný zákon je nevyhovující a je k němu řada připomínek. Na konec diskuse tohoto bodu uvedl p. Philipp potřebu nového zpracování koncepce s důrazem například na nedostatek infekčních lůžek.

Podle p. Smutného je bod č. 13 – Zneužívání nemocenské problémem druhořadým. Uvedl také, že spojení nemocenské a zdravotního pojištění provést lze, problémem jsou ale návaznosti, konkrétně pak řešení krátkodobé pracovní neschopnosti (nemoci) a dlouhodobé pracovní neschopnosti (invalidita). I když určitá část obyvatelstva nemoc

předstírá, většina si váží práce a výdělku. P. Philipp upozornil na systém platný od roku 2009, kdy bude za prvních čtrnáct dní náhradu mzdy platit zaměstnavatel, za zbytek pak správa sociálního zabezpečení. P. Cabrnoch zdůraznil, že rozhodnutí lékaře vyvolává náklady do zdravotní a sociální péče. Navrhl proto informační propojení a zajištění zpětné vazby při posuzování lékaře o pracovní neschopnosti (organizační spojení zatím v této době nedoporučuje). Pí. Skopová připomenula problém, kdy některé společnosti, které nemají v určité době zakázky, posílají své zaměstnance na nemocenské volno.

Název bodu č. 12 – Neexistence systému dlouhodobé péče je podle p. Philippa nevhodný a je třeba ho přeformulovat, neboť dlouhodobá péče existuje. Podle p. Cabrnocha je nicméně otázkou, zda existuje systém péče, který by zahrnoval také podporu dlouhodobé péče v domácím prostředí, podporu telemedicíny a podporu neformálních pečovatелů. P. Smutný upozornil, že například v Austrálii a v Německu existuje systém pojištění dlouhodobé péče. Touto cestou by měla směřovat také Česká republika.

V případě bodu č. 11 – Špatně nastavené financování zvlášť nákladné péče je podle p. Navrátila potřeba systémového řešení, konkrétně pak vytvoření rezervního fondu pro mimořádně nákladnou, ale odborníky indikovanou péči. Doporučil zaměřit se zejména na rizikovou skupinu dětí, kde by nákladnou péči měl platit stát. Pí. Skopová se pozastavila nad etickým dilematem hodnocení přínosu léčby v porovnání s vysokými náklady na ni. Připomenula také na inspirativní systém v Holandsku kde je nákladná péče řešena odděleně. P. Cabrnoch v diskusi zdůraznil funkci legislativy EU, rozsah zdravotní péče a upozornil na fakt, že v případě pojišťoven existuje mechanismus přerozdělení na nákladnou péči. Navrhl se k tomuto bodu v Zprávě zmínit jen krátce, protože podle jeho názoru pojišťovny v tomto případě již našli řešení dané problematiky. P. Philipp doporučil hledat transparentní podmínky pro úhradu nákladné péče mimo pojišťovny.

V diskusi bodu č. 10 – Okrajová pozornost věnovaná prevenci oddělil p. Smutný prevenci primární, která spočívá ve zdravém způsobu života, a prevenci sekundární. V primární prevenci jsou podle jeho názoru určité rezervy a řešení je možné například formou jím navrhovaného fondu výchovy ke zdravému způsobu života. P. Nápravník uvedl, že dle výsledků OECD mají opatření jako například poplatky negativní vliv na preventivní opatření. Na to reagoval p. Smutný a upozornil, že všechny preventivní opatření jsou osvobozena od poplatku u lékaře.

K bodu č. 9 – Nedefinovaný „standard“ zdravotní péče proběhla diskuse na téma standard kvality péče a rozsah hrazené péče. Tuto oblast je možné definovat přístupem nebo výčtem. P. Philipp připomenul systém revizních lékařů a jejich úlohu v tomto procesu. P. Vachek otevřel otázku, jak podchytit na co má pojištěnec právo (indikace). Rozdíl je podle p. Cabrnocha v nároku pacienta na léčbu a v tom jakou léčbu může lékař poskytnout. P. Smutný upozornil na výhodu svobodné volby lékaře, která otevírá možnost dalšího názoru na léčbu a snižuje tak riziko omylu. P. Nápravník požádal do zápisu uvést, že dle jeho názoru formulace v připravovaných zákonech omezují rozsah hrazené péče, finanční dostupnost a sledují pouze ziskové hledisko, což pro veřejnou službu (která není zbožím) je nepřijatelné. Doplnil, že se musí vyjít ze stávajícího znění příslušného paragrafu zákona č. 48/1992 Sb.

V diskusi bodu č. 8 – Nevyužívání nástroje řízené péče a managementu nemocí uvedl p. Nápravník, že principy řízené péče odmítá. Podle p. Říhy je termín „Řízená péče“

zdiskreditován a například VZP používá raději termín „sledování kvality“, kde sleduje problém zdvojení léčby či nevhodné léčení. Uvedl také příklad Izraele, kde je tento systém propojen. P. Cabrnich navrhl vypustit bod č. 8 resp. ho spojit s bodem č. 7 – Nízká koordinace péče a sdílení informací. Podle jeho názoru není možné preferovat systém neřízené a nekoordinované péče. Zdůraznil také potřebu sdílení informací. S podporou koordinování lékařské péče souhlasil také p. Nápravník, podle jeho názoru je však souhlas ohledně problematiky neřízené a nekontrolované péče podmíněn tím, že jde o obsahy pojmů. To co je v USA obvyklé pod pojmem řízená péče je podle jeho názoru nepřijatelné (poškozuje pojištěnce). Proti pojmu koordinovaná péče, ale nezahrnující zatím připravovaná omezení v zákonech (nejlevnější apod.), p. Nápravník nic nemá, souhlasí s ním. Pí. Skopová zdůraznila potřebu přidání kvalitativních hledisek k cenovým kritériím.

3. Různé

Koordinátor projektu informoval členy OT, že projednávaný materiál bude upraven dle diskuse 15. jednání a v konsolidované verzi poslán členům OT do 14. listopadu 2008 tak, aby se k němu mohli vyjadřovat formou pozměňovacích návrhů s termínem do 21. listopadu 2008.

Další společné setkání OT, které bylo původně naplánováno na pátek 14. listopadu 2008, bylo po dohodě s zúčastněnými členy OT přesunuto na úterý 25. listopadu 2008 od 10 hodin.

V závěru jednání koordinátor projektu opětovně upozornil na napjatý časový harmonogram projektu s tím, že organizační a analytická podpora ze strany Pracovního týmu je zajištěna do konce roku 2008, což je také termín, ke kterému je třeba směřovat veškeré výstupy.

Zapsal: Ing. Miroslav Chytil, MBA.
Praha dne 2008-11-10