



Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR

Identifikované
problémy financování
a možnosti
jejich řešení

Praha, leden 2009

Tento dokument

Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR (dále také „Zpráva o změnách“) může být podkladem pro veřejnou diskusi o přístupech k řešení vybraných obtíží systému zdravotnictví a jeho financování. Zpráva o změnách obsahuje vzorový rámec diskuse o dlouhodobé udržitelnosti systému financování zdravotnictví, zobrazuje a popisuje vybrané problémové okruhy tuzemského zdravotnictví a předkládá doporučení k možnostem řešení těchto problémových okruhů tak, jak je vnímají odborníci politických stran. Cílem dokumentu je ilustrovat jak shodné tak odlišné názory na možné změny ve zdravotnictví. Společná stanoviska expertů, která jsou obsažena v textu Zprávy, jsou proto doplněna o individuální stanoviska jednotlivých odborných zástupců politických stran přímo v textu kurzívou. Dokument na příloženém datovém nosiči doprovázejí ilustrativní prezentační schémata se stručnou analytickou reflexí klíčových problémů tuzemského zdravotnictví a návrhů jejich možných řešení. Diskusí o potřebných změnách ve financování systému a souvisejících agend, která vychází z objektivních srovnávacích údajů, by tento materiál měl podpořit hledání konsensu mezi politickými stranami a zainteresovanými partnery ohledně možných změn zdravotnického systému v ČR v dlouhodobém horizontu. Doporučení v tomto materiálu si nekladou za cíl být konečným vzorem ideální podoby zdravotnického systému. Klíčové je další zkoumání, analýza a interpretace problémových okruhů a široká konsensuální debata o možnostech jejich řešení. Do tvorby zdravotní politiky je třeba zapojit především odbornou veřejnost a více otevřít diskusi uvnitř politických stran a mezi nimi.

Autorský kolektiv

Zpracováním informačních podkladů a doprovodných analytických textů Zprávy o možných změnách zdravotnictví v ČR se zabývala skupina analytiků ve složení Ing. Miroslav Chytil, MBA, PhDr. Kateřina Pavlová, Mgr. Martina Rokosová, Mgr. Tomáš Roubal a MUDr. Stanislav Vachek pod vedením koordinátora projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR Ing. Ondřeje Mátyla, MPA, MSc.

Expertní diskusí, identifikací problémů a návrhy řešení se na přípravě Zprávy o změnách podílel odborný tým expertů politických stran ve složení MUDr. Jaroslav Smutný a PharmDr. Jarmila Skopová za Stranu zelených; MUDr. Tom Philipp, Ph.D., a MUDr. Vladimír Říha za KDU-ČSL; MUDr. Petr Zimmermann a MUDr. Milan Cabrnach za ODS; Ing. Oldřich Nápravník, CSc., a prof. MUDr. Leoš Navrátil, CSc., za KSČM.

Politický rámec a politickou reflexi Zprávy o změnách sestavila skupina politiků ve složení PhDr. Olga Zubová a MUDr. Džamila Stehlíková za Stranu zelených; MUDr. Josef Janeček a Ing. Jiří Čarbol za KDU-ČSL; MUDr. Tomáš Julínek, MBA a Bc. Marek Šnajdr za ODS. Mgr. Soňa Marková a MUDr. Taťána Jirousová za KSČM svou účast v politické části projektu dne 23. června 2008 ukončily.

Vážení čtenáři,

problematika zdravotnictví byla a pravděpodobně i nadále bude jedním z ústředních témat volebních kampaní. Není čemu se divit. Zdraví je v lidském životě ústřední hodnotou a lidé právem očekávají, že politici budou jejich zdraví podporovat účinnými strategiemi a činnostmi na místní, krajské, národní i nadnárodní úrovni. Je proto správné, že se všechny politické strany snaží propracovat vlastní představu o ideálním systému zdravotnictví a přesvědčit voliče o tom, že právě jejich program je nejlepší. Problém však je, že volební i povolební diskuse o zdravotnictví jsou pojímány a vnímány jako osobní střety zatížené osobními invektivami a útoky, které občanům znesnadňují orientaci v reálných problémech zdravotnictví a v možnostech jejich řešení.

Stručná publikace, kterou otevíráte, se proto pokouší předložit konceptuální rámec pro věcnou diskusi o problémových okruzích ve zdravotnictví. Publikace zobrazuje a popisuje vybrané problémové okruhy tuzemského zdravotnictví a předkládá možnosti jejich řešení tak, jak je vnímají odborníci z politických stran. Tento dokument vznikl v rámci projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice, který iniciovala vláda ČR jako platformu pro veřejnou diskusi k budoucnosti zdravotnictví a pro hledání dohody o potřebných reformních krocích mezi politickými stranami zastoupenými v Poslanecké sněmovně Parlamentu ČR. Publikaci, kterou držíte v ruce, doplňuje disk CD-ROM, kde je vedle celé řady datových podkladů k dispozici plné znění všech relevantních dokumentů, které vznikly či byly shromážděny v rámci projektu. Dovolte mi, na tomto místě poděkovat všem vládním představitelům včetně ministra zdravotnictví MUDr. Tomáše Julínka, MBA, kteří umožnili vznik této publikace i samotného projektu. Velký dík patří politickým stranám a jejich delegovaným odborným zástupcům, kteří v konstruktivních diskusích a odbornou reflexí výstupů zvyšovali kvalitu naší činnosti a dodávali jí na smysluplnosti. Osobní poděkování patří také mým kolegům a kolegyním, kteří s velkým nasazením odvedli velké množství práce.

Publikace i samotný projekt je příkladem, jak je možné vést společnou diskusi o zdravotnictví. To, po čem volají nejenom samotné politické strany, ale také odborná i široká veřejnost, je výzva uskutečňovat při hledání nové zdravotnické strategie rozsáhlé konzultace. Pokud tedy chceme dospět ke stabilnímu řešení a reálnému detailnímu plánu pro zdravotnictví v České republice, je užitečné zvážit přípravu Zelené a později také Bílé knihy o zdravotnictví¹ tak, jak je to běžné při projednávání zdravotních politik v jiných evropských státech či v samotné Evropské unii.²

1 Zelené knihy jsou dokumenty, které mají podpořit debatu a nastartovat proces konzultací k určitému tématu. Tyto konzultace mohou následně vyústit v publikování Bílé knihy, která na základě výsledků debaty již předkládá praktické návrhy pro uskutečnění konkrétní akce.
2 Kupříkladu ve Velké Británii byla v roce 2006 zpracována Bílá kniha s názvem Naše zdraví, naše péče, náš hlas. Následovala po rozsáhlém konzultačním procesu v roce 2005, který byl zahájen Zelenou knihou pojmenovanou Vaše zdraví, vaše péče, váš hlas.

Je zjevné, že i u nás v České republice nadešel na politické scéně čas zahájit společnou a věcnou diskusi o tom, jaké změny prosazovat, jak je nejlépe uvádět v život a jakým způsobem ověřovat, že reformní kroky fungují. Tuto diskusi je třeba vést nejenom uvnitř politických stran a mezi nimi, ale zejména pak s odbornou veřejností. Vedme tuto debatu s pokorou a vzájemným respektem, bez osočování a ideologické nenávisti. Součástí rozsáhlých diskusí o zdravotnických reformách by zároveň měly být také debaty o podpůrných normách a hodnotových východiscích. To je zvláště důležité, pokud mají mít reformní snahy trvalý dlouhodobý dopad a nemají se stát pouze krátkodobým vychýlením či drobnou korekcí systému. Debata o hodnotách musí brát v úvahu historický kontext naší země. Je potřeba si uvědomit, že před rokem 1945 měla Česká republika podobný systém zdravotnictví jako zbytek střední Evropy, a ten byl z velké části založen na pojistných principech a Bismarckových zásadách sociální solidarity. Tato tradice byla přerušena desetiletími komunistického systému provozovaného a z daní financovaného státem, který poskytoval volný přístup prakticky ke všem zdravotnickým službám, avšak ne pro každého a se silnou limitací na straně nabídky. Po znovuoobnovení demokracie počátkem 90. let bylo cílem otevřít tento systém potřebám všech pacientů, umožnit zdravotnickým pracovníkům vyšší příjmy a podpořit řízenou konkurenci mezi plátcí a poskytovateli služeb. To jsou zcela jistě trendy, na které je třeba navázat.

Věřím, že si na základě shromážděných dat a prezentovaných postojů sami vytvoříte názor na klíčové problémové okruhy našeho zdravotnictví a možnosti jejich řešení. Pomoci vám v tom mohou také podrobné informace a další výstupy projektu, které jsou k dispozici na internetových stránkách www.kulatystul.cz. Dovoluji si vás oslovit se žádostí o podněty a o vaše názory nejenom na tento dokument, ale zejména na to, jaká reformní opatření jsou pro řešení problémů českého zdravotnictví a jeho financování nevhodnější. Jako průvodce pro své názory použijte, prosím, přiložený formulář.

Jde o váš systém zdravotnictví, vaši zdravotní péči a vaše zdraví.

Ing. Ondřej Mátl, MPA, MSc.

Koordinátor projektu

Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR

Projekt Kulatý stůl

Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR byl iniciován vládou České republiky na základě usnesení ze dne 11. června 2007 č. 632. Cílem projektu bylo **konseknusálně identifikovat a komunikovat dlouhodobé výzvy sektoru zdravotnictví, spojené především se stárnutím populace, a s nimi spojené očekávané problémy, kterým bude muset české zdravotnictví čelit, a hledat varianty jejich řešení**. Současně projekt poskytl zájemci pro **vytvoření konceptů řešení těchto problémů** a podpořil tak snahu o hledání dlouhodobě udržitelné shody mezi všemi zainteresovanými partnery v čele s parlamentními politickými stranami.

V rámci **1. analytické fáze** projektu, zaměřené na zhodnocení současného stavu zdravotnictví a zdravotnického systému v ČR, byly nejprve shromážděny ucelené koncepční zdravotně-politické materiály, které byly v České republice zpracovány a publikovány v posledním desetiletí. Při tom byl zpracován materiál nazvaný Přehled koncepčních materiálů ke zdravotnictví v ČR, který srovnává obsah 21 dostupných materiálů, jež se koncepčním způsobem dotýkají problémů českého zdravotnictví. Nedílnou součástí analytické fáze projektu bylo shromáždění, analýza a interpretace dostupných statistických dat. Informace o datových zdrojích, které byly shromážděny a jsou k dispozici pro účely projektu, poskytuje zpracovaný Katalog datových zdrojů. Vzhledem k tomu, že zaměření projektu je orientováno na budoucnost, je jeho důležitou součástí také modelování očekávaného vývoje finančních toků a bilance systému. Základní informace o této oblasti poskytuje materiál Možnosti a meze modelování finančních toků ve zdravotnictví. Protože cílem projektu bylo také podnět odbornou i celospolečenskou diskusi, byly sestaveny klíčové otázky pro veřejnou diskusi a zástupci odborné veřejnosti byli požádáni o názor na jednotlivá témata. S cílem zajistit, aby byla diskuse nad jednotlivými tématy věcná a odpovědi na otázky pokud možno vycházely z objektivní reality, byl sestaven dokument Fakta o českém zdravotnictví: informační datové listy, který předkládá mezinárodně srovnatelná data o zdraví a časový snímek dosavadního vývoje hlavních indikátorů stavu českého zdravotnictví. Vedle zapojení odborné veřejnosti projekt usiluje také o zpřístupnění diskuse široké veřejnosti. Jednou z možností, jak zapojit širokou veřejnost, je průzkum veřejného mínění. Pro zmapování situace v této oblasti byl zpracován materiál Přehled průzkumů veřejného mínění ke zdraví a zdravotnictví. Výstupem první analytické fáze projektu byla Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR s podtitulem Zdravotnictví v číslech a názorech. Důležitým prvotním krokem v procesu jejího zpracování bylo definování politického zadání, tedy toho, na které otázky požadují parlamentní politické strany v rámci zadání a kapacit projektu od odborníků zajistit odpověď. Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR přináší zhodnocení současného stavu českého zdravotnického systému a identifikuje současné a dlouhodobé problémy, se kterými se tento systém bude muset do budoucna vypořádat. Obsahuje informace o organizaci našeho zdravotnického systému, jeho historickém vývoji, aktérech a legislativním rámci. Její součástí jsou analytické kapitoly věnované zdraví populace a jejím proměnám, struktuře spotřeby zdravotní péče, výsledkům zdravotní péče a v neposlední řadě také financování a finančním

tokům ve zdravotnictví. Zpráva současně přináší související informace o vazbách zdravotnictví k jiným systémům veřejných služeb a dále zhodnocení zdravotnictví jako celku. Nedílnou součástí Zprávy o stavu je vyhodnocení veřejné diskuse k budoucnosti financování českého zdravotnictví. Přestože bylo ve Zprávě shromážděno velké množství dat, nepodařilo se zajistit všechna potřebná a odborníky požadovaná data (zejména pak údaje z finanční oblasti od zdravotních pojišťoven), což ovlivnilo prezentované závěry analytické fáze.

Na analytickou část projektu navázala **2. koncepční fáze** s cílem shromáždít a zveřejnit možná opatření. Jako informační materiál do této fáze byl analytiky projektu připraven dokument nazvaný Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích, který si klade za cíl v geografickém i tematickém uspořádání shromáždit informace o změnách, jež ve zdravotnictví realizovaly jiné členské státy Evropské unie a nabídnout tak inspiraci co do možných přístupů k řešení vybraných problémů. Dále byly rozpracovány informace o možnostech a mezích prognózování a predikování příjmů a výdajů ve zdravotnictví. Tyto informace přináší analytiky zpracovaný materiál České zdravotnictví v roce 2050: Modely finanční udržitelnosti českého zdravotnictví jehož nedílnou součástí je elektronická aplikace umožňující volbu různých scénářů a příslušných parametrů. Tyto dokumenty byly s odborníky politických stran pouze diskutovány. Výstupem druhé koncepční fáze projektu, na které se plně podíleli odborníci politických stran, je předkládaná Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR s podtitulem Identifikované problémy a možnosti řešení. Protože ne vždy byla stanoviska odborníků delegovaných politickými stranami k projednávaným problémům jednotná, jsou v této Zprávě kurzívou uvedena také individuální stanoviska. Důležitým prvotním krokem v procesu jejího zpracování bylo definování politického rámce, tedy určitých mantinelů, ve kterých se navrhované změny mají z pohledu čelních představitelů parlamentních politických stran pohybovat.

Tento projekt, respektive odborní a analytici experti v něm zúčastnění se nepodílejí a nediskutují stávající návrhy změny právního rámce zdravotnictví a zdravotní péče předkládané Ministerstvem zdravotnictví a nelze je proto s těmito návrhy jakkoliv spojovat. Stejně tak Ministerstvo zdravotnictví žádným způsobem nezasahovalo do práce na projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Zástupci KSČM se domnívají, že se projekt Kulatý stůl měl zabývat i v současnosti připravovanými změnami, na rozdíl od ostatních zástupců i samotného zadání projektu.

Kontakt:

Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR
Palackého nám. 4
128 01 Praha 2
Tel.: +420 224 972 853
Fax: +420 224 972 647
E-mail: info@kulatystul.cz
Web: http://www.kulatystul.cz.

Úvod

Problematika zdravotnictví a jeho financování zajímá každého občana. Problémů českého zdravotnictví vnímá veřejnost celou řadu: podle výzkumů veřejného mínění³ vyjadřují dvě třetiny občanů nespokojenost se stavem českého zdravotnictví. Za nejproblematičtější přítom česká veřejnost považuje zejména financování veřejného zdravotnictví, hospodaření v oblasti léků a fungování zdravotních pojišťoven. Společnost vyjadřuje poptávku po změnách, **potřebu reformy zdravotní péče** deklarují více než čtyři pětiny naší veřejnosti.

Problematika zdravotnictví je navíc stále živějším **společenským tématem**. O problémech českého zdravotnictví a žádoucích směrech jeho dalšího vývoje se neustále vede diskuse v médiích, zdravotnictví se dokonce stalo hlavním volebním tématem posledních krajských a senátních voleb. V médiích vyjadřují své názory nejen zástupci politických stran, ale také představitelé jednotlivých zájmových skupin a odborných společností. Emotivní diskuse se velmi často zaměřují pouze na dílčí aspekty problémových okruhů, jsou plné osobních obvinění a dojmů spíše než faktických argumentů, rozborů možných příčin problémů a snahy je řešit. Problémy ve zdravotnictví se navíc často dostávají do roviny sporů. Spory přitom vzhledem k personifikaci a zdůrazňování osobních zájmů v případech, kdy aktéři diskuse k řešení problémů přicházejí se snahou prosadit určitý výsledek, posouvají nebo zkrslují podstatu problémů.

Musíme se pokusit tuto situaci změnit. Je třeba hledat konsensus mezi politickými stranami a zainteresovanými partnery na řešení problémů českého zdravotnictví a věcně probírat možné změny zdravotnického systému tak, aby byly udržitelné ve střednědobém a dlouhodobém horizontu. **Cílem tohoto dokumentu je proto společně hledat odpovědi na otázku jak by bylo možné systém zdravotnictví v reakci na objektivní vnější vlivy měnit.**

Tento dokument obsahuje modelový rámec diskuse o dlouhodobé udržitelnosti systému financování zdravotnictví, popisuje vybrané problémové okruhy tuzemského zdravotnictví a předkládá možnosti jejich řešení tak, jak je vnímají odborníci z politických stran. Dokument doplňují ilustrativní prezentační schémata a další analytické materiály obsažené na příloženém datovém nosiči.

Odborní zástupci politických stran nepovažují diskusi o problémech zdravotnictví v ČR a možnostech jejich řešení za dokončenou, protože se nepodařilo ukázat veškeré možnosti jak systém tuzemského zdravotnictví a jeho financování v reakci na vnější vlivy měnit – i proto, že některé problémové okruhy nebyly vůbec diskutovány. Doporučují proto, aby platforma veřejné diskuse iniciované projektem Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR dále pokračovala. Debata o problémech zdravotnictví a rozhodování o možných způsobech jejich řešení je nadčasovým tématem. Důležitou podmínkou při hledání řešení problémů ve zdravotnictví je vůle se domlouvat, ochota ke spolupráci a sdílení cesty: aby mohli lidé úspěšně spolupracovat, musí je spojit potřeba něčeho společně dosáhnout. Materiál si proto neklade ambici stát se finálním obrazem budoucí podoby zdravotnictví a jeho financování. **Klíčové je další zkoumání vybraných problémů a diskuse možností jejich řešení; při tvorbě zdravotní politiky je třeba vytvořit prostor pro odbornou veřejnost i diskusi uvnitř politických stran a mezi nimi.** Jedná se o kontinuální a nikdy nekončící proces. Cílem materiálu je nastínit a ilustrovat, jak by tento proces měl probíhat, aby byl účinný a omezil prostor pro zneužívání zdravotnických témat k prosazování zájmů jednotlivých skupin na úkor jiných.

3 Sociologický ústav AV ČR. Reforma zdravotnictví: Názory veřejnosti na problémy zdravotnictví a jeho financování. Naše společnost v06_03

I **Budoucnost financování zdravotnictví**

Financování zdravotní péče představuje závažný problém ve všech ekonomicky vyspělých i rozvojových státech. Dotýká se jak veřejných i soukromých rozpočtů, tak nákladů na pracovní sílu a celkové výkonnosti ekonomiky, jedná se proto o problém celospolečenského významu.

Finanční rovnováha zdravotnického systému, podobně jako rovnováha jiných ekonomických systémů, je ovlivňována relací mezi dostupnými zdroji a spotřebovanými finančními prostředky. Většina sociálních programů (jejichž součástí je i systém zdravotnictví) a především způsob tvorby jejich zdrojů přímo závisí na věkové struktuře populace, na míře ekonomické aktivity obyvatel a jejich produktivitě práce. Při změnách v některé ze zmíněných determinantů může dojít k narušení dlouhodobé udržitelnosti tohoto systému. Problém **dlouhodobé udržitelnosti** spočívá v přizpůsobení systému budoucím potřebám řešení zdravotních problémů. V současnosti dosahuje systém veřejného zdravotního pojištění přebytku a zdá se, že průběžné financování zdravotní péče je v něm dobře nastaveno, na první pohled proto neexistuje nutnost radikálních zásahů. Na danou problematiku je však třeba nahlížet z dlouhodobého hlediska.

Stávající **prognózy vývoje finanční udržitelnosti systému zdravotnictví** se zpravidla pokoušejí identifikovat existenci finanční nerovnováhy – deficitu, který by bylo třeba saturovat. Ideálním výstupem vývojových modelů by však mělo být podchycení deficitů (případně nadbytku) ve spotřebě péče a důsledků, které z nich plynou (u jakých zdravotních problémů, u jakých populačních segmentů), včetně dopadů na národní hospodářství. Hlavními determinanty současných ale i budoucích výdajů na zdravotnické služby jsou totiž existující zdravotní problémy, tedy prevalence a incidence jednotlivých druhů onemocnění, léčená prevalence existujících onemocnění, difuze nových technologií, organizační a regulační nastavení systému, vzdálenost jednotlivce od okamžiku smrti (náklady spojené se smrtí), individuální sklon ke spotřebě zdravotnických služeb a další determinanty. Velmi významná je i substituce zdravotně sociální péče mezi sektory (zdravotní – sociální – domácnosti – komunitní). Také organizace zdravotnických služeb, dostupnost léčebných kapacit, finanční spoluúčast rodin a jednotlivců, tedy faktory ovlivněné veřejnými rozhodnutími celé společnosti (prostřednictvím voleb, exekutivy a zákonodárského sboru), do značné míry spoluročují výši výdajů na zdravotnictví. Tyto institucionální aspekty budoucích nákladů na zdravotnictví je však obtížné specifikovat, protože jsou vždy jedinečné a poplatné nejen aktuální situaci, ale i historickému vývoji systémů, zvykům společnosti a dalším aspektům společenského vývoje, které není možné modelovat.

Jak je patrné z následujícího schématu, **modelování** vývoje nákladů je založeno na prognózách demografického vývoje (počty lidí v jednotlivých věkových kategoriích) a na předpokladech o vývoji průměrných nákladů v oblastech akutní a dlouhodobé zdravotní péče (vývoj nákladové křivky v jednotlivých věkových kategoriích). Modelování vývoje příjmů spočívá v odhadování vývoje mezd ovlivněného produktivitou práce a mírou zaměstnanosti; předpokládaný vývoj platby státu vychází ze současného stavu. Výhodou modelů je to, že nemusí obsahovat všechny proměnné a faktory, ale spíše je v nich nutné dobře definovat strukturální vztahy mezi těmi faktory, které mají na budoucí vývoj nejsilnější vliv a svými důsledky převáží ostatní proměnné. Projekce nejsou predikcemi, ale měly by být vnímány spíše jako citlivostní analýza toho, co je pro budoucí vývoj a udržitelnost financování zdravotnictví významné.

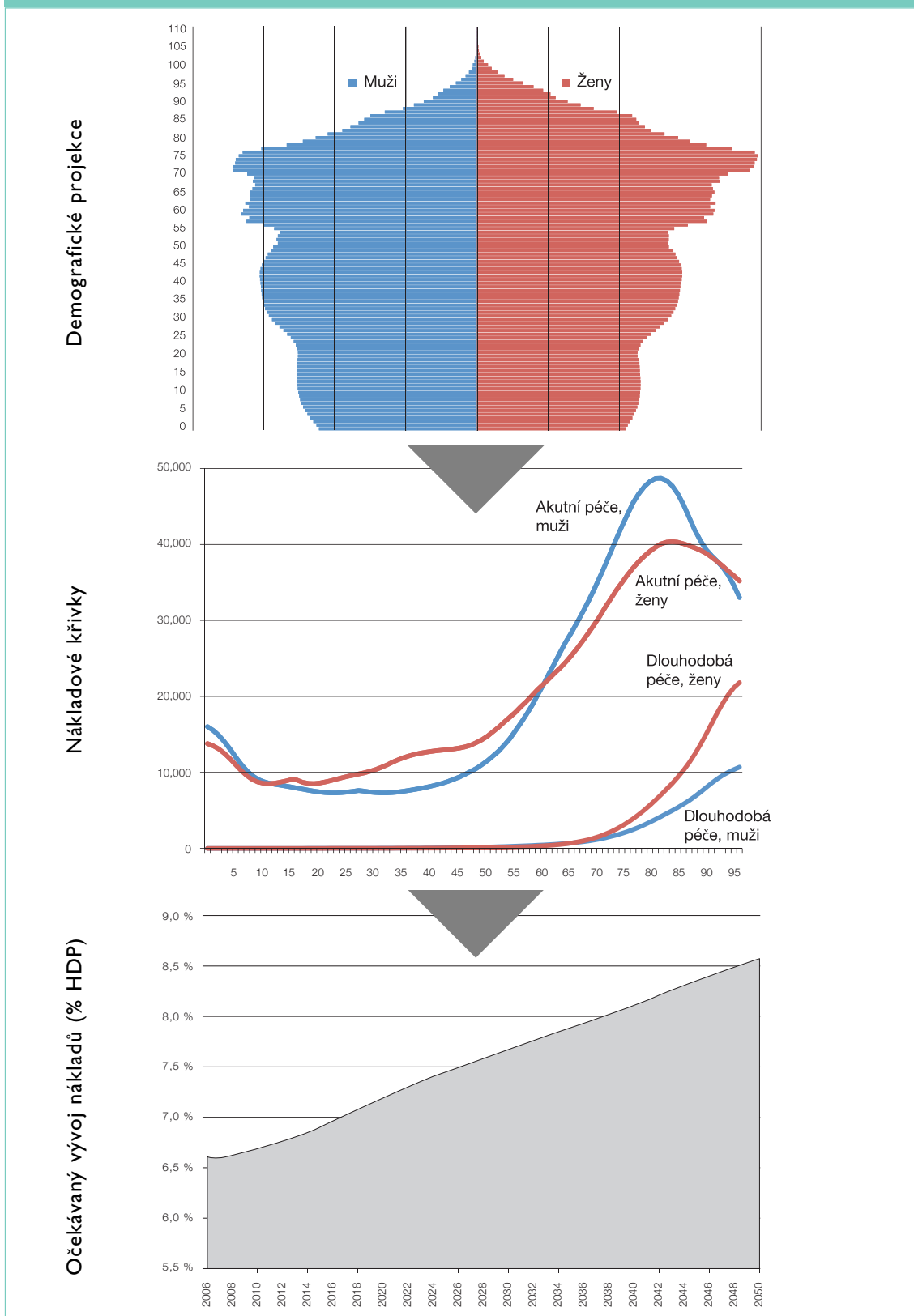
Modelování budoucích výdajů ve zdravotnictví je vždy založeno na **hypotézách o vývoji nákladů**, což zásadně ovlivňuje nejen samotné výsledky, ale i metodologii modelů.

Hlavní z hypotéz je postavena na proporcii délky života prožité ve zdraví a v nemoci s tím, že nemocnost a délka života prožitá ve zdraví určuje výši nákladů na zdravotní služby. S rostoucím věkem narůstá prevalence onemocnění, což implikuje vyšší náklady na zdravotnictví pro starší věkové kategorie – to je zřejmé ve všech systémech zdravotnictví. Změny zdravotního stavu jsou poté v modelech aproximovány posunem očekávané délky života, zároveň se uplatňují teorie snižování nebo nárůstu nemocnosti populace. V rámci tohoto přístupu pak vyvstávají otázky, nakolik lidé přibývající roky svého života prožijí ve zdraví, respektive bez postižení nebo zhoršení kvality života, které by mohlo vyvolat potřebu zdravotní a zdravotně-sociální péče. Problémy této hypotézy začínají již u definice života člověka v dobrém zdraví, jež se s rostoucí délkou života buď prodlužuje (teorie komprese nemocnosti), snižuje (teorie expanze nemocnosti) nebo v poměru vůči délce celého života nemění (teorie dynamického ekvilibria).

Skutečností však je, že spíše než ke zhoršování zdraví populace **dochází k posunu v tom, jak lidé nemoci vnímají**. Pojetí nemocí jako projevů „přirozeného“ stárnutí je stále více zatlačováno do pozadí. Do popředí vstupují patofyziologické pochody, které je možné pomocí moderní léčby a úpravou životního stylu příznivě ovlivnit. Snaha léčit nemoci se navíc zesiluje s tím, jak se rozšiřují naše možnosti (a to znamená i vyšší náklady). Zde se uplatňují dva faktory. Prvním jsou léčebné metody, které jsou stále úspěšnější a dosahují lepších výsledků, a s tím narůstá důvod k tomu, aby byly nemoci předmětem léčby. Přechodem k „prevenci“ se začínají „léčit“ už i rizikové faktory a v této oblasti se dosahuje velmi dobrých výsledků, především u kardiovaskulárních onemocnění. Druhým faktorem je celkové zdraví jedince, který by mohl být léčen. Každá léčebná metoda má své přínosy i rizika. Čím budou lidé zdravější, tím méně bude rizik spojených s léčbou a počet lidí, kteří mohou z léčby mít prospěch, bude narůstat.

Je proto třeba si uvědomit, že na budoucnost nemůžeme nahlížet optikou současnosti. Ve stávající době převažuje v poskytování zdravotní péče – a u faktorů určujících výdaje, které jsou s ním spojeny – přístup, který je označován jako **akutní model péče**. Ten je charakterizován zaměřením na akutní (krátkodobé a naléhavé) řešení zdravotních problémů. V takovém systému je sice nemocný iniciátorem řešení, ale na rozhodování o jeho způsobu má jen malý vliv. Hlavní roli hrají poskytovatelé péče a plátcí. S nárůstem chronických onemocnění a stavů je spojen přechod k tzv. chronickému modelu péče, který je zaměřen na řešení dlouhodobých problémů a nemocný a jeho rodina v něm hraje podstatnou roli. Spotřeba a výsledek péče jsou do značné míry ovlivňovány preferencemi a chováním nemocného a jeho rodiny. Jedná se především o dodržování životosprávy, léčebného režimu, ale také o využití potenciálu domácnosti při zajištění ošetrovatelské péče. U chronických onemocnění a jejich zvládnutí vystupuje do popředí ještě jedna důležitá okolnost. Dlouhodobost péče snižuje z pohledu jednotlivce „viditelnost“ závislosti mezi péčí a jejím výsledkem. To na straně jedné snižuje motivaci nemocných a na straně druhé tak vzniká prostor pro neposkytování péče ze strany poskytovatelů, především v případech, kdy na ně plátcí vyvíjejí tlak k „úsporám“. To vytváří potřebu urychleného a transparentního zformulování „nároků na péči“ hrazenou z rozpočtů, které nejsou pod kontrolou domácností. Předpovídat, jak se bude nákladová křivka v budoucnosti vyvíjet, je proto velmi obtížné.

Graf I Schéma modelování vývoje nákladů⁴



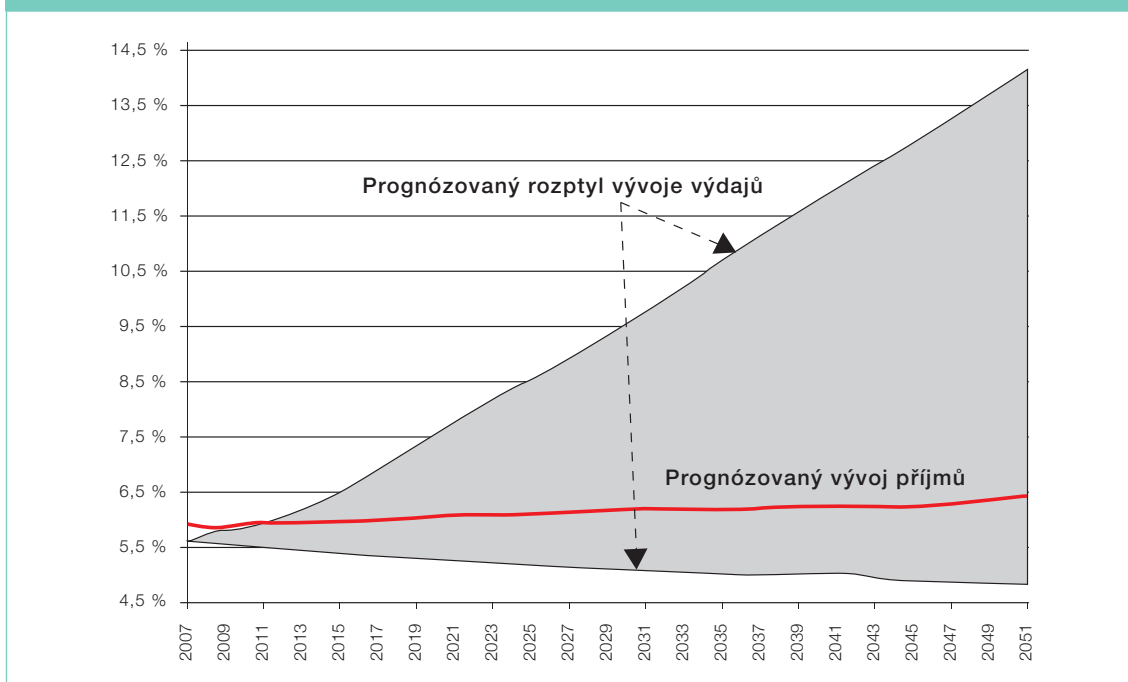
Zdroj: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008.

4 Zobrazené grafy pouze ilustrují principy modelování, jejich cílem není poukázat na konkrétní výše jednotlivých údajů, které se liší v závislosti na použitých datech a předpokladech.

Problémem financování ve vztahu k budoucímu vývoji není tolik to, kdo to všechno zaplatí, ale především to, komu, jakým způsobem a v jaké kvalitě bude péče zajištěna. Z pohledu dlouhodobé finanční udržitelnosti je proto klíčová analýza těch problémů, které nesou největší potenciál (resp. ohrožení) pro změny v objemu a struktuře nákladů a příjmů zdravotnického systému.

Jak je patrné z následujícího grafu, v závislosti na demografické projekci, předpokladech o vývoji zdravotního stavu populace, předpokladech o produktivitě práce a vývoji mezd ve zdravotnictví, předpokladech o trendech v péči o dlouhodobě a na dalších parametrech a proměnných dosahují projekce finanční bilance systému veřejného zdravotnictví velmi rozdílných výsledků. Zobrazené rozpětí je závislé na volbě dat a zvolených předpokladech, které jsou pouze modelové, zjednodušené a v praxi nepříliš reálné. Jakým směrem se bude finanční bilance veřejného zdravotnictví vyvíjet, je do značné míry endogenní proměnnou – je totiž ovlivnitelná rozhodnutím společnosti (resp. politickým rozhodnutím). Bilance systému bude dlouhodobě vždy vyrovnaná a bude tedy docházet buď k omezování péče nebo ke zvyšování daňové zátěže pracujícího obyvatelstva. Jednoduše lze totiž konstatovat, že na zdravotní péči se vydá právě tolik, kolik se vydá. Jde tedy o to, jaká je ochota k placení a jaká je vůle vzdát se jiných výdajů (v případě veřejných výdajů výdaje na školství, bezpečnost apod., u soukromých výdajů vydání na ošacení, potraviny, tabákové výrobky ...).

Graf 2 Prognózaný vývoj bilance zdravotnictví (rozptyl variant v % HDP)



Zdroj: Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, 2008.

Poznámka: V grafu jsou zachyceny dva protichůdné scénáře vývoje výdajů, které zároveň představují vymezení hranic očekávaného vývoje.

Dolní křivka představuje velmi optimistický scénář, který ukazuje, že v budoucím vývoji bude při zachování současné struktury a úrovně péče možné výdaje vyjádřené jako podíl HDP snižovat. Tento scénář vychází z projekce obyvatel dle Burcina a Kučery (vysoká varianta), zlepšeného zdraví, které se odráží v prodloužení života a tedy ve snížení nákladů na péči. Náklady předcházejících úmrtí pak byly vyňaty z věkové nákladové křivky a začleněny do jednotlivých let projekce v relaci k počtu zemřelých v daném roce. Horní křivka představuje mnohem méně optimistický scénář, který vede k potřebě vyčlenit z HDP na udržení stávající struktury a úrovně péče mnohem větší část.

Scénář vychází z projekce obyvatel dle Eurostatu (EUROPOP 2008), předpokládá zvyšování mezd pracovníků ve zdravotnictví tak, aby konvergovaly k průměru proporce mzdy vůči průměrné mzdě obvyklé v zemích OECD, a z toho, že prodloužení délky života a s ním spojeného poklesu úmrtnosti nepřichází samo od sebe, ale je důsledkem zdravotní péče a tedy vede k nárůstu nákladů. Tyto dvě křivky zobrazují protichůdné koncepce – jedna je založena na zvyšujícím se zdraví, které přináší snížení nákladů, druhá naopak na „uzdravování“ a rostoucích nákladech s ním spojených.

Vyšší úroveň dostupných prostředků na zdravotnictví oproti skutečným výdajům v roce 2007 je způsobena vyššími příjmy zdravotních pojišťoven ve srovnání s jejich výdaji (prostředky, které byly v daném roce skutečně použity ke zdravotní péči).

Dosavadní diskuse o financování zdravotnictví se zaměřovaly spíše na problémové okruhy a jejich finanční souvislosti, které vznikají ve vztazích mezi pojišťovnou a zdravotnickými zařízeními (diskuse o výši platů lékařů, o deficitech pojišťoven a systému apod.). Je však třeba řešit zejména relace mezi lidmi a zdravotnickým systémem. To zahrnuje nutnost analyzovat a prostřednictvím modelů se pokoušet vyhodnocovat, jaká péče je pacientům poskytována, v čem jim pomáhá a v čem naopak škodí.

Modelování finanční udržitelnosti je přitom pouze koncept uvažování nad tím, co se ve zdravotnictví odehrává. Další vývoj modelů je důležitý pro to, abychom si uvědomovali, kolik peněz, na jaké problémy a v čí prospěch je vynakládáno, v čem spočívají problémy neefektivní alokace a kdo je kompetentní rozhodnout o jejich řešení. Analýza vývoje financování, která zahrnuje mnohem širší spektrum činností než pouhé modelování, tak představuje výchozí bod pro diskusi o celém systému. Tu však nelze vést bez diskuse o vlastní zdravotní péči. To zásadní, co je třeba při řešení problémových okruhů financování zdravotnictví brát v úvahu, jsou dopady vydávaných prostředků. Klíčová je provázanost rozsahu péče a toho, na kolik jednotlivé položky přijdou v jednotkových nákladech.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Uvedené formulace (např. nezátížení budoucí generace současnou výší výdajů) i výklad, který členové Odborného týmu obdrželi od vedení MZ připravujícího reformu ve zdravotnictví 5. 11. 2007, svědčí o předsudcích předjímaných závěrech, jaký by měl být výsledek činnosti Kulatého stolu (což jsme dokladovali již v MINORITY REPORT ke Zprávě o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR). Data v 1. fázi i zde uvedené formulace že snaha o změnu financování vychází především ze snahy dále zvýšit příjmy občanů mající vyšší zdanitelný základ a umožnit z dalšího segmentu veřejných služeb produkovat vysoké zisky ve prospěch jednotlivců (občané budou povinně odvádět příspěvky na zisky připravovaných soukromých majitelů), tedy z jiných důvodů než nedostatek zdrojů (jak to, že zdravotní pojišťovny nabízejí za „přestup“ autosedačky, lístky na potravinové doplňky apod.). Analýzou této problematiky se odmítla většina členů Kulatého stolu zabývat (přesto, že to vyžaduje název výstupu 1. fáze – „výhled“ i výstup 2. fáze – „možné změny“, tedy i ty připravované ministerstvem.). Toto podporuje i přístup k modelování. Za výhodu modelování se považuje i to, že „modely nemusí obsahovat všechny relevantní proměnné a faktory“ což jednak zpochybňuje výsledek a jednak umožňuje volné interpretace výsledku. Na postup v prognózování budoucího vývoje a možných změn mají zástupci KSČM odlišný názor, protože výsledek (vzhledem ke kladným hospodářským výsledkům pojištěn) nemůže směřovat k asociálnímu přístupu ve veřejné službě. Nesouhlasíme s tvrzením o rozhodujícím postavení modelování v této analýze, vzhledem k řadě omezení, o kterých se zmiňuje i tento text. Naše požadavky na doplnění dat potřebných pro podrobnější finanční analýzu a její zpracování; nebyly realizovány (přes ustanovení uvedená ve výše zmíněné Deklaraci). Graf 2 je silně zavádějící, vycházející ze zjednodušených přístupů např. konvergence mezd zdravotníků k průměru v EU musí současně sledovat i konvergence mezd, platů a příjmů osob i v ostatních segmentech hospodářství, což silně ovlivní příjmovou stránku povinného veřejného pojištění. Nárůst výdajů zdravotnictví na 14 % HDP (což odpovídá úrovni v USA, v EU je odmítána jak výše, tak systém) je silně spekulativní, nereálný a ve vztahu např. k uváděné konvergenci mezd EU seriózně nepodložený, protože scénáře vývoje dle EU (které byly v podkladech Kulatého stolu) mají jiný průběh. S grafem 2 a s protěžováním modelování jako základního a určujícího nástroje analýzy budoucnosti financování zdravotnictví, nesouhlasíme. Navíc je v rozporu s grafem 1 – Očekávaný vývoj nákladů, kde je očekáván vzrůst ze současných cca 6,3 % na cca 8,5 % HDP v roce 2050, tedy o průměrných cca 0,05 % ročně, což je bezproblémově reálné.“

Podrobnější informace o možnostech a mezích prognózování a predikování příjmů a výdajů ve zdravotnictví jsou součástí dokumentu nazvaného **České zdravotnictví v roce 2050: Modely finanční udržitelnosti českého zdravotnictví** vypracovaného analytickým týmem projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování českého zdravotnictví. Dokument pojednává o přístupech k modelování veřejných výdajů, seznamuje s existujícími modely vývoje financování zdravotnictví (modely Evropské komise, Světové banky apod.), přináší demografické projekce a ekonomické prognózy relevantní pro Českou republiku a ilustruje dopady vybraných hypotéz budoucích výdajů v tuzemském prostředí na modelech vyvinutých v rámci projektu Kulatý stůl. Tento dokument je spolu se samotnou elektronickou aplikací umožňující volbu různých scénářů a příslušných parametrů součástí datového disku CD, který je přílohou této publikace.



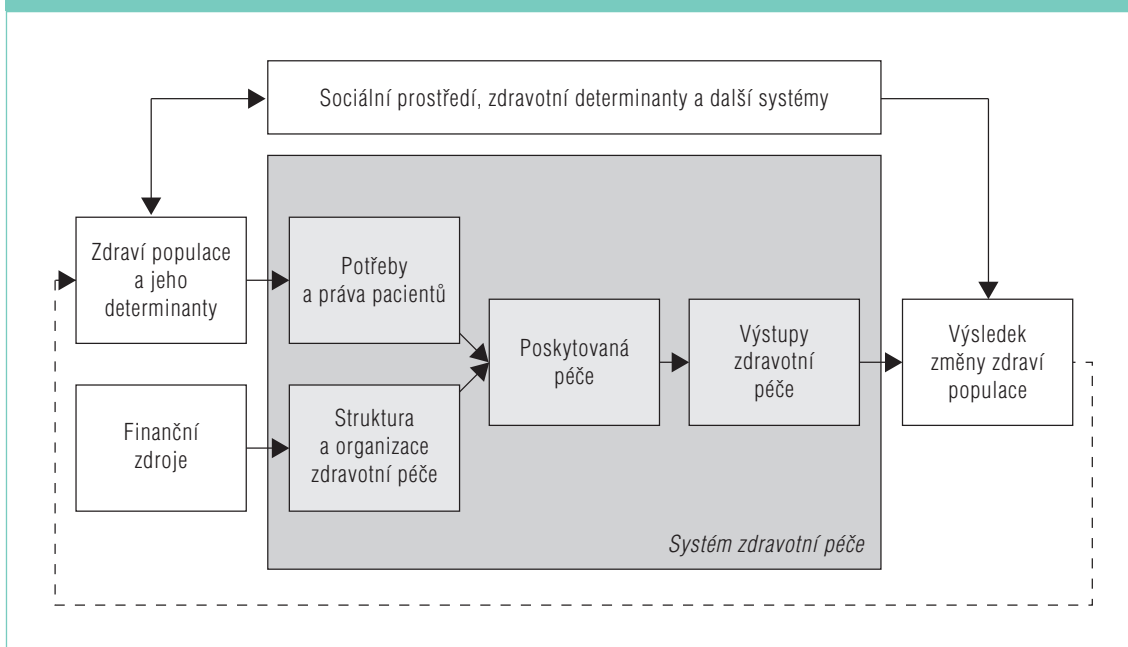
2 Vybrané problémové okruhy a možnosti řešení

Ve zdravotnictví existuje řada **reálných i „mytických“ problémů**, které jsou vázány na zvyšování nároků na zdroje na straně jedné a k omezování spotřeby spojené s poskytováním zdravotní péče na straně druhé tak, aby byla udržena rovnováha mezi dostupnými prostředky a jejich užitím.

Problematických míst ve zdravotnictví nacházíme poměrně velké množství, a platí to nejenom v tuzemských podmínkách, ale i v zahraničí. Najít projevy konkrétních problémů není příliš obtížné, skutečně těžké je ale vybrat podle těchto projevů **témata a problémové okruhy, které mají být řešeny** tak, aby to vedlo ke skutečným zlepšením, jež systém zdravotnictví citelně potřebuje. Situaci komplikuje, ba může zcela znemožnit, úsilí o řešení zástupných problémů nebo takových problémových okruhů, které jsou ze své podstaty neřešitelné, a v neposlední řadě také nepřesné pochopení vybraných jevů.

Navíc před tím, než je možné začít hledat možnosti řešení problémových okruhů, je klíčové problémy dobře zformulovat, vyhodnotit jejich dopady a pochopit je v souvislostech. **Problémové okruhy zdravotnictví**, podobně jako jejich případná řešení, jsou totiž **vzájemně provázané**. Je proto žádoucí si tyto vazby zobrazit a pokusit se je urovnat do logického rámce.⁵

Graf 3 Komparativní analytické schéma procesů ve zdravotnictví



Zdroj: Jakubowski, E., Busse, R. and Chambers, G (1998): Health Care Systems in the EU – A comparative study, upraveno autory.

Na grafu je zobrazeno komparativní analytické schéma procesů ve zdravotnictví. (Jakubowski, Busse and Chambers, 1998) Stránku vstupů v tomto schématu tvoří zejména stav zdraví populace a dostupné finanční zdroje na zdravotní péči. Tyto exogenní faktory se vstupem do systému zdravotní péče stávají vstupy endogenními a charakterizují potřeby a práva pacientů (poptávka) na straně jedné a strukturu a organizaci zdravotní péče (nabídka) na straně druhé. Poskytovaná zdravotní péče propojuje oba vstupní faktory: může mít například formu hospitalizace a odpovídajícího kontaktu mezi pacientem a lékařem. Okamžité výstupy takové péče mohou být pozitivní, ale i negativní, vzniknou-li nežádoucí účinky a komplikace. Tyto okamžité výstupy systému zdravotní péče není možné zaměřovat s výsledky změny zdraví populace, na které je třeba nahlížet v dlouhodobé perspektivě a na které mohou mít vedle zdravotnického systému vliv také jiné systémy veřejných služeb, sociální prostředí apod. Toto schéma vnímá zdravotnictví jako dynamický systém, jehož výsledky se do něj opět promítají na straně vstupů (zdraví populace).

Východí problém financování zdravotní péče je vázán na dvě základní vlastnosti (atributy) zdravotní péče: **máme nedostatečné znalosti o přínosu zdravotní péče a nemáme jasně vymezené právo na zdravotní péči** se zajištěnou vymahatelností. Od těchto dvou základních charakteristik se odvíjí celá řada problémů, které souvisejí se zvyšováním nároků na zdroje na straně jedné a s omezováním spotřeby spojené s poskytováním zdravotní péče na straně druhé tak, aby byla udržena rovnováha mezi dostupnými prostředky a jejich užitím. Situaci dále komplikuje fakt, že nedostatečné znalosti o přínosech zdravotní péče a potíže s jejich měřením vytvářejí prostředí, které vyvíjí jen malý tlak na zvyšování účinnosti poskytované péče, na její organizaci a na účinné zapojení občanů do péče o vlastní zdraví.

V publikované Zprávě o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR⁶ byla identifikována celá řada problémů, které se objevují ve financování systému zdravotní péče. Do následující části byly na základě příspěvků členů expertů delegovaných politickými stranami vybrány ty problémové okruhy, které jsou často zmiňovány odbornou i širokou veřejností a od jejichž řešení se očekává příznivý dopad na udržení finanční rovnováhy systému.⁷ Problémy lze rozčlenit do několika skupin.

5 Pro ilustraci a zobrazení vazeb používáme komparativní analytické schéma pro oblast zdravotní péče, které vyvinul Reinhard Busse.
6 Kolektiv autorů. Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR: Zdravotnictví v číslech a názorech. Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Praha, květen 2008
7 Ve zdravotnictví samozřejmě existuje celá řada dalších témat k řešení, cílem projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR je však zaměřit se na problémy bezprostředně dopadající na finanční rovnováhu systému.

V první skupině jsou **problémy spojené s nízkou úrovní zdraví a jeho ochrany**, která následně vyvolává potřebu zdravotní péče. Jedná se především o nezdravé životní, pracovní a domácí prostředí, nezdravý životní styl a chování, malou informovanost a zdravotní gramotnost občanů a pacientů a okrajovou pozornost věnovanou prevenci. Cílem řešení těchto problémů je nejen snížit nároky na čerpání zdravotní péče v souvislosti s onemocněním, ale také zvýšit úroveň zdraví a tím i možnost využívat jeho potenciálu. Řešení těchto problémů je prakticky ve všech případech spojeno s chováním jednotlivců a jejich blízkých. Možnosti řešení proto závisejí na zapojení pacientů do zvládnání vlastní situace a na motivaci, kterou k takovému zapojení mají. Z velké části se proto jedná o „transformaci“ celé společnosti, nejenom zdravotnictví. Vytváření dostatečné motivace pro jednotlivce je poměrně obtížné, protože zdravotní problémy „lze řešit“ pomocí zdravotní péče (na to je deklarované právo) a znalosti o omezených přínosech zdravotní péče se do chování každého z nás dostatečně nepromítají.

Další velkou skupinou, na kterou se soustřeďuje pozornost, jsou **problémy, které jsou připisovány málo účinné nebo nevhodné struktuře a organizaci zdravotní péče**, její vybavenosti personálními a dalšími zdroji. Do této skupiny patří často zmiňované problémy jako je nedostatečný systém dlouhodobé péče, zneužívání nemocenské, nevhodná struktura péče a lůžkového fondu, nevyhovující počty, skladba, kompetence a vzdělávání zdravotnického personálu, nesprávné zacházení s léčivými, zastaralá technická infrastruktura či omezené využívání informačních technologií. Tyto problémy souvisejí – s výjimkou technické infrastruktury – především s dosavadním prioritním zaměřením na řešení akutních stavů a s nedostatečně rychlým přizpůsobováním zdravotnického systému narůstajícím potřebám, jež jsou spojeny s chronickými stavy – pomalý přechod od „akutního“ k „chronickému“ modelu péče. Cílem řešení těchto problémů je především zvýšení účinnosti zdravotnického systému díky lepšímu využití stávajících zdrojů, což sníží náklady na „jednotku výkonu“. Potíže s prosazováním řešení v těchto oblastech jsou spojeny s tím, že je nízká úroveň znalostí o přínosu poskytované péče a to snižuje i možnosti porovnávání výkonu mezi stávajícím stavem a stavem, ke kterému se má dospět. Navíc se jedná o organizace subjektů a institucí, které se snaží uhájit své postavení. Řešení problémů v oblasti technické a informační infrastruktury je spojeno s obtížným posouzením přínosů plynoucích z investic (ke snížení nákladů totiž prakticky nikdy nedochází, neboť v případě využívání informací jsou zdroje přesunuty do efektivnějších oblastí) a v případě využívání informačních technologií také s problémem ochrany citlivých osobních údajů. Ke struktuře zdravotnického systému se váže i problém nízké připravenosti na krizové situace. Tento problém je obzvlášť závažný, protože v „nekrizových“ situacích zvyšuje náklady a v případě, že krize nastane, zvyšuje nejenom náklady, ale i ztráty na zdraví v důsledku nepřipravenosti. V této oblasti je navíc důležité propojení s ostatními složkami záchranného systému, jehož špatná funkce se může promítnout do nákladů na zdravotní péči.

Se skupinou problémů vázaných na strukturu zdravotnického systému úzce souvisí i **problémy řízení poskytované péče**. Patří k nim problém nízké koordinace péče a nedostatečného sdílení informací, nebo nedefinovaný „standard“ zdravotní péče. Cílem při jejich řešení je zvýšení účinnosti spotřebovávaných prostředků ve vztahu k přínosu poskytované péče u jednotlivých nemocných cestou omezení nadměrné spotřeby péče, která nevede k přínosům, rozšíření nedostatečně užívané péče, která naopak vede k přínosům a vyloučení péče, jejíž použití je zbytečně opakováno, je nevhodné nebo dokonce vede k poškození nemocného (overuse, underuse a misuse).

Celá řada problémů je přímo (nezprostředkovane) spojena s **financováním zdravotní péče a finančními zdroji, nebo se způsobem úhrad za poskytovanou zdravotní péči**. Jedná se především o výskyt korupce v systému, existenci velkého množství „stejných“ pojišťoven, téma majetkového propojování zdravotních pojišťoven a poskytovatelů, špatně nastavené financování zvláště nákladné péče či problémy s finanční dostupností péče pro některé obyvatele. Jedná se o poměrně heterogenní skupinu problémů, u kterých není snadné odhadnout dopady na účinnost poskytování zdravotní péče nebo na naplnění práva na zdravotní péči.

Výše uvedené problémy, včetně nedostatečných znalostí o přínosu péče a vymezení práva na zdravotní péči nejsou úplným výčtem ani systematickou klasifikací. Dokonce nemusí být ani všeobecná celospolečenská shoda v tom, zda se vůbec o problém jedná, nebo o očekávaných přínosech plynoucích z jejich řešení. Přesto však tento souhrn odráží dnešní vnímání problémových oblastí ve zdravotnictví u velké části odborné i široké veřejnosti. Proto je třeba zmiňovaným otázkám věnovat velkou pozornost, kvantifikovat jejich rozsah a finanční souvislosti, rozpracovat návrhy na jejich řešení a realisticky posoudit přínosy variant řešení. Je to pravděpodobně jediná cesta k politicky realizovatelným řešením. A bez politiků – zastupitelů, ani bez podpory občanů potřebné změny nelze prosadit. Systém sám má silnou tendenci se udržovat ve stávajícím stavu, bez ohledu na to, jakou hodnotu prostředky do něj vložené přinášejí.

Hledání možností řešení problémových okruhů českého zdravotnictví je proto poměrně náročný úkol. Možností řešení je zpravidla více, v nalezených alternativách je třeba konsensuálně hledat ty nejlepší a vyhodnocovat je především z pohledu účinku na problém a realizovatelnosti. Volba pak padá na ty možnosti, které problém skutečně řeší, a mělo by ji doprovázet i rozhodnutí, kdo by měl řešení prakticky realizovat a jaké právní, ekonomické a organizační změny si řešení vyžádá.

Situaci ve zdravotnictví na rozdíl od jiných segmentů trhu a ekonomického rozhodování komplikuje skutečnost, že **zdravotnictví patří mezi čisté veřejné statky**⁸. Pro ty je charakteristické to, že náklady na vyloučení jednotlivců z jejich spotřeby jsou vysoké. Tyto statky jsou proto produkovány přímo veřejným sektorem nebo soukromými firmami na zakázku, jsou distribuovány prostřednictvím veřejných financí a financovány z výnosů povinných (ze zákona) daní nebo příspěvků na pojištění. Politické rozhodování v případě veřejných statků proto spočívá ve výběru mezi veřejným a soukromým zabezpečením statků, mezi soukromou a veřejnou produkcí těchto statků a zejména pak ve volbě optimální struktury nabídky a v regulaci poptávky. Zdravotnictví je navíc vázáno na individuální spotřebu: když danou službu spotřebuje jeden člověk, už tato služba při existenci daných kapacit a rozpočtových možnostech nezbývá pro jiného (totéž platí i mezi jednotlivými časovými obdobími u jednoho jedince). Základní východí tezí pro všechna řešení proto je, že zdravotnictví **musí být veřejnou službou, v rámci které musí být řízená konkurence s jasně stanovenými pravidly**.

8 Musgrave, R.A., Musgrave, P.B. Veřejné finance v teorii a praxi. Management Press, Praha 1994

Všechny řešení by měly usilovat o zvýšení efektivity systému, zajištění bezpečnosti a kvality péče a o garanci spravedlnosti a solidarity s potřebnými. Následující přehled obsahuje výčet identifikovaných problémů, uvádí základní finanční souvislosti a nastiňuje možnost jejich řešení z pohledu odborných zástupců politických stran, kteří se podíleli na projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v České republice. Společná stanoviska expertů jsou doplněna o individuální stanoviska jednotlivých odborných zástupců politických stran uvedená kurzívou.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Řada identifikovaných problémů vyplývajících ze zjištění uvedených ve Zprávě o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, předložených zástupci KSČM, nebyla do dále uvedeného seznamu problémů pod označením body 1 – 20 zařazena. Protože, podle našeho názoru, jsou z hlediska budoucnosti financování zdravotnictví významná, využíváme práva členů Odborného týmu a zařazujeme je do této Zprávy v rámci bodu 21. Za závažný nedostatek považujeme, zejména ve vztahu k systému financování, že ani ve Zprávě o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR ani v této Zprávě o možných změnách zdravotnictví v ČR (přestože analýza vycházela ze Systému zdravotnických účtů (metodika vydaná ČSU)), není analyzována problematika tržního a netržního prostředí ve zdravotnictví s důsledky z toho plynoucími pro pacienty i poskytovatele včetně negativního vlivu skupinové solidarity na rovnost podmínek při poskytování veřejné služby občanům (pacientům). Obecně formulace o kladném působení konkurence na hospodářský rozvoj (viz důsledky neřízené konkurence v současné globální finanční krizi), cenovou hladinu (viz navyšování cen elektřiny, potravin atd.) sporně možná platí pro tržní prostředí, ale ne pro netržní, tedy i pro poskytování veřejných služeb. Nedostatkem (na který měla rovněž reagovat tato syntéza) je, že analýza se nezabývala závazky (a jejich případným neplněním v současnosti a v budoucnosti) vyplývajících pro poskytování zdravotní péče z mezinárodních smluv ratifikovaných v ČR (např. Úmluva o lidských právech a biomedicíně, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, mluva o právech dítěte atd.). Rovněž tak za závažný nedostatek považujeme chybějící negativa vyplývající pro financování zdravotnictví z připravovaných záměrů MZ.“

I.

Nezdravé životní, pracovní a domácí prostředí
(nadměrné emise, nebezpečné pozemní komunikace, ...)

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Nezdravé životní prostředí škodlivě působí na zdraví a ovlivňuje fyzickou, duševní a sociální zdatnost jednotlivců. Zdraví škodlivé prostředí může vést ke zdravotnímu postižení, úrazu či onemocnění. Z pohledu finančního vyvolává nezdravé prostředí finanční výdaje spojené s přizpůsobením prostředí občanům se zdravotním postižením a finanční výdaje spojené se zdravotní péčí v důsledku onemocnění a úrazů.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pro zdraví populace mohou mít vyšší přínos investice do ochrany životního prostředí než náklady vynaložené na řešení problémů, které jsou nezdravým prostředím způsobeny. • Je třeba účinněji koordinovat mezesortní přístup k podpoře zdravého životního, pracovního a domácího prostředí v rámci Rady vlády pro zdraví a životní prostředí i na jiných platformách, a to stanovením měřitelných cílů (například výchova dětí k ochraně prostředí a podpoře lidského zdraví již v předškolním a později školním věku v definované struktuře a rozsahu) • Žádoucí je podporovat dlouhodobý trend poklesu koncentrace SO₂, nezbytně nutné je vytvořit podmínky pro omezení znečištění ze sektoru energetiky. • Nezbytné je dosáhnout snížení emise oxidů dusíku, klíčová je v tomto kontextu regulace automobilové dopravy a investice do modernizace vozového parku. • Důležité je také snižovat koncentrace polévatvého prachu (PM₁₀) a polycyklických aromatických uhlovodíků (PAU) v ovzduší omezením topných systémů na pevná paliva a účinnější regulací spalování odpadů a vegetace na otevřených prostranstvích. • Možnou cestou jsou také investice do vědy a výzkumu (například podpora vývoje nových účinnějších ochranných pomůcek ze zdrojů Ministerstva zdravotnictví určených pro výzkum). • Ve vztahu k životnímu a pracovnímu prostředí a k jeho dopadům na úroveň zdraví je žádoucí podporovat tlak na oceňování rozsahu poškození dotčené populace ze strany znečišťovatelů, které vytváří prostor pro soudní a mimosoudní uplatňování náhrad určených na základě poškození celé populace – především ve vztahu k energetice a dopravě. • Investice do ochrany prostředí je vhodné podporovat z evropských fondů, ale také z dalších zdrojů.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Omezování topných systémů na pevná paliva musí být provázáno s trvalou kompenzací obyvatelstvu zvýšených nákladů spojených s jinými druhy topných systémů oproti pevným palivům.“

Individuální stanovisko PharmDr. Jarmily Skopové a MUDr. Jaroslava Smutného delegovaných za Stranu Zelených a MUDr. Toma Philippa, Ph.D., a MUDr. Vladimíra Říhy delegovaných za KDU-ČSL: „Dalšími zdroji, které je možné využít jako investice do ochrany prostředí, jsou výnosy z ekologické daňové reformy.“

II.

Nezdravý životní styl a chování (kouření, alkohol, obezita ...)

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Nezdravý životní styl (kouření, nadměrné požívání alkoholu, zneužívání drog a jiné závislosti, nezdravá výživa a způsob stravování, nedodržování osobní hygieny, omezená pohybová a duševní aktivita či jiné rizikové chování) vede ke vzniku onemocnění a zatěžuje tak systém náklady na jejich léčbu. Vznikem onemocnění jsou ohroženi nejen rizikově se chovající jedinci, ale u některých závislostí také jejich okolí. Nezdravý životní styl také může vyvolávat další náklady, které však vznikají mimo zdravotnický systém, jako je například úklid veřejných prostranství, kompenzace škod na majetku apod. Finanční rovnováha je ovlivňována také snížením produktivity práce a tedy plným nevyužitím potenciálu na straně příjmů.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zaměření na prevenci a řešení problémů plynoucích z rizikového chování je v mnoha případech vysoce účinnou strategií. Pokud totiž díky prevenci dojde ke snížení rizikového chování, výsledný efekt se významně podílí na prodloužení lidského života. Současně je třeba pečlivě sledovat, které intervence fungují a které nikoli, životní styl, i nezdravý, je totiž volbou každého jednotlivce a není snadné ho měnit. • Žádoucí je větší podpora zdravotní výchovy. Řešením je osvěta; je třeba vyvíjet stálý informační tlak na obyvatelstvo, zajistit podporu programů primární prevence. Speciální pozornost by měla být věnována osvětovým akcím zaměřeným na děti a mládež (např. řešení spotřeby alkoholu u mládeže, zdravý životní styl matek apod.). • Možností je zřízení fondu výchovy ke zdravému způsobu života s cílem financovat trvalé informační kampaně na podporu primární prevence, financovaného ze zdravotního pojištění, ze spotřebních a ekologických daní. • Cestou je také asignace spotřebních daní z lihu, z piva, z vína a meziproductů a daní z tabákových výrobků (případně z jiných zdraví škodlivých výrobků) na financování výchovy ke zdravému způsobu života a případně i částečnou úhradu nákladů vyvolaných rizikovým chováním. • Dále je třeba podpořit pozitivní motivace těch, kteří praktikují zdravý životní styl. Možností je vytvořit pro pojišťovny prostor pro pozitivní, případně i negativní motivaci pojištěnců ke zdravému životnímu stylu. Konkrétním opatřením by bylo, pokud by pojišťovny nabízely diferencované pojistné plány těm, kteří nekouří nebo nadměrně nepijí.

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha delegovaného za ODS a PharmDr. Jarmily Skopové delegované za Stranu Zelených: „Skutečností je také „medicinalizace“ životních situací. Řada životních situací, které byly dříve chápány jako součást života, je nově vnímána jako zdravotní problém a jako takový řešena. To zvyšuje nároky na zdravotní systém a čerpá jeho zdroje.“

III.

Nejasné právo na zdravotní péči

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Právo na zdravotní péči je velmi často vnímáno jako základní lidské právo zakotvené ústavními principy. Tedy právo, které má být každému zajištěno, bez ohledu na to, kdo má jeho naplnění zabezpečit. Naplnění práva na zdravotní péči (i v případech, kdy její přínos není dostatečně znám) se potom přesouvá na společnost jako celek a tím i na veřejné rozpočty. S vnímáním práva na zdravotní péči jako základního lidského práva nekoresponduje vymezení povinností jednotlivce ve vztahu k vlastnímu zdraví a v péči o ně. V současném systému není jasně definován rozsah, úroveň a kvalita zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tím, že není definováno jasné právo na zdravotní péči, se mohou náklady snižovat (z důvodu nevyváženého nároku na péči), ale jindy mohou být náklady naopak vyšší (z důvodu zneužívání, resp. nadměrného čerpání péče). Definováním takového standardu zdravotní péče by mohlo dojít k úspoře nákladů vyčleněním určitého objemu péče, ale náklady by naopak mohly také růst, neboť by byl nárok jasně definován. Péče by tak byla poskytována i těm, kterým dnes poskytována není, přestože by se jim jí mělo dostat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Právo na zdravotní péči musí být legislativně jasně vymezeno, aby bylo jasné, v čem nárok na péči spočívá. To je nesmírně náročné. • Dnes je standardní to, co uzná poskytovatel a zaplatí plátce. Doporučuje se proto na základě dohody politických parlamentních stran zákonem stanovit rozsah péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a to kombinací indikačního systému (na základě doporučení autorizovaným a kvalifikovaným odborníkem) a výčtového systému (na základě taxativního vymezení nárokovatelných položek). Situaci nelze řešit „standardem“, ale vymezením smluvně zajištěné a smluvně nezajištěné péče. Klíčové je, aby byl explicitně stanoven minimální rozsah péče, která musí být smluvně zajištěna. • Tato cesta by umožnila legální možnost připlácet si za nadstandardní výkony. • Nepochybným přínosem by bylo také definování kvality a bezpečnosti péče hrazené z veřejného pojištění.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „V návaznosti na ústavu zákony stanovují povinné veřejné zdravotní pojištění jako solidární a v návaznosti potom úhrady z něj bez jakéhokoliv omezení pro všechny pojištěnce stejně. Rovnosti podmínek na výstupu ale neodpovídá nerovnost podmínek na vstupu. Po dlouholetém porušování §3, §3a zákona č. 592/1992 sb. byla k 1. 1. 2008 uzákoněna nerovnost v míře solidarity mezi pojištěnci zavedením nízkého stropu pojistného, což silně snižuje příjmy zdravotních pojišťoven. I z tohoto důvodu se v návrzích zákonů o zdravotním pojištění a zdravotních službách objevila vágní (označovaná za moderní) definice nároku pojištěnce. Problémem ministerstvem připravovaných zákonů se, přes opakované požadavky zástupců KSČM, nezabývala ani analýza ani tato zpráva se odůvodněním, že Kulatý stůl k tomu nemá mandát, ačkoliv výhled, tedy co bude, co je očekáváno, je obsaženo přímo v názvu jak výstupů, tak celého projektu (Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR). Vymezení rozsahu pro výčtové nebo indikační určení hrazené zdravotní péče má principiální důležitost a mělo by být dohodnuto, na bázi konsensu parlamentních stran, předem. S připravovanou redukcí rozsahu zdravotní péče hrazené z povinného veřejného solidárního zdravotního pojištění KSČM nesouhlasí a vzhledem k přebytkům zdravotních pojišťoven v současné a nejbližší době ji považuje za účelovou z jiných důvodů. (jejich připravovaná privatizace).

IV.

Málo informovaný a zdravotně-gramotný občan

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Schopnost včasného rozpoznání a zhodnocení příznaků onemocnění, porozumění léčbě a schopnost se na ní aktivně podílet (jak ze strany nemocného, tak ostatních členů domácnosti nebo rodiny) a spolupracovat se zdravotníky ovlivňuje potřebnost a účinnost zdravotní péče a tím také výši vynaložených nákladů. Zvyšování „gramotnosti“ a informovanosti nemocných a jejich blízkých se dosud věnuje málo pozornosti – příkladem jsou pro pacienta nesrozumitelné návody na užívání léků (forma nevhodná pro danou cílovou skupinu, malá velikost písmen, apod.), nesrozumitelné vysvětlování ze strany zdravotnických pracovníků (a to jak v ambulantních praxích, tak při propouštění z nemocnic). Je však zjevné, že schopnost běžných občanů podílet se na péči o vlastní zdraví je přímo úměrná jejich vzdělání a také dostupnosti informací v pro ně srozumitelné formě.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • V informacemi přehlcené společnosti je pro jednotlivé občany obtížné se orientovat v relevanci jednotlivých sdělení. • Doporučuje se proto, aby stát zajistil doporučené a garantované zdroje informací pro veřejnost.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Toto je názor laický, v praxi jsme se opakovaně setkali i se zkušenými odborníky, kteří v případě vlastního onemocnění chovali zcela jinak než by doporučili svému pacientovi. Proto ponechávat zodpovědnost za své léčení na nemocném je problematické a ze strany lékaře jde spíše o alibismus.“

Individuální stanovisko PharmDr. Jarmily Skopové delegované za Stranu Zelených: S ohledem na posun ke chronickému modelu zdravotní péče je důležitá je také podpora individuálních poradenských služeb s garantovanou kvalitou.

V.

Péče finančně nedostupná pro obyvatele

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Při existenci finanční spoluúčasti na některé typy poskytované péče by mohla nastat situace, kdy se pacient rozhodne problém neřešit a nevynakládat tak potřebné prostředky z vlastního rozpočtu. Samotný problém by se však mohl zhoršovat a jeho následné řešení by mohlo být pro systém mnohem finančně nákladnější.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Finančně dostupná péče je ústavním právem, občané mají právo na bezplatnou péči za podmínek stanovených zákonem. Legislativa však neumí jednoznačně stanovit, o jakou péči se jedná (komu, v jakých indikacích, s jakým očekávaným výsledkem). • V ČR jsou zdravotní služby v zásadě finančně dostupné, a to i s přihlédnutím k situaci v ostatních zemích EU. • Základním problémem v této oblasti je tak jednostrannost vztahu pojišťovny a pojištěnce.

Individuální stanovisko PharmDr. Jarmily Skopové delegované za Stranu Zelených: „Problém optimálního nastavení výše spoluúčasti spočívá v tom, že příliš vysoká spoluúčast může způsobovat při nečerpání péče nebo nezachycení onemocnění včas dodatečně vyšší náklady, ale na druhé straně může docházet k čerpání nedůvodné péče, pokud je tato zcela zdarma.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Zákon nezná finančně dostupnou a finančně nedostupnou zdravotní péči pro občany ČR, zná pouze rovnost podmínek a dostupnost na její poskytnutí v okamžiku potřeby. V rozporu s ústavním právem se potřebná zdravotní péče pro občany neustále zdražuje, čímž se pro různé skupiny obyvatelstva stává finančně nedostupnou. Za základní problém nepovažujeme tzv. jednostranný vztah pojišťovna – pojištěnec (navrhovaná změna vede ke komercializaci, což v rámci veřejné služby je nevhodné), ale omezování příjmů zdravotních pojišťoven ve prospěch občanů s nadprůměrnými příjmy a kroky směřující k zavedení tržních principů do veřejné služby.“

VI.

Nízká úroveň znalostí o užítku poskytované péče

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Znalosti o používaných metodách a jejich indikacích se stávají rozhodujícím faktorem v jejich účelném využití ve prospěch nemocných. Rozsah činností, které jsou součástí zdravotní péče, se neustále rozšiřuje a přitom není dostatečně známo, jaký přínos z nich plyne. Situace je dále komplikována tím, že přínos z péče závisí na indikacích a kontraindikacích (jaká péče, komu je poskytována, jaký problém je řešen) a na tom, jak se výsledek projeví u konkrétního jedince – včetně dopadů na jeho vnímání kvality života. Nedostatečné znalosti o přínosech péče potom vedou k tomu, že se pozornost přesouvá pouze k „nákladům“ na péči a velmi obtížně se rozhoduje o tom, na úkor čeho se mají prostředky získat. To platí při rozhodování o užití jak veřejných, tak i soukromých prostředků. Finanční dopady jsou enormní – použitím nevhodných (neprůkazných) řešení zdravotních problémů a umožněním jejich širokého využívání dochází k plýtvání prostředky, které pak jinde scházejí.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Tento problém souvisí s inovacemi a naší schopností rozpoznávat jejich účinnost, řešením je uplatňování tzv. „evidence based medicine“⁹. V případě léčiv je systém hodnocení účinnosti poměrně propracovaný, u technologií a zejména pak u metod je ale situace složitější. Možností je proto založení centra pro hodnocení účinnosti technologií a metod ve zdravotnictví (podobně jako existuje Národní institut pro zdravotní a klinickou excelenci NICE ve Velké Británii). Posláním centra by byla podpora efektivního využívání zdrojů a využití hodnocení nákladové efektivity při rozhodování. Centrum by mělo vytvářet více typů doporučení: posouzení technologií, klinické pokyny a doporučení, hodnocení léčebných postupů a hodnocení programů na podporu veřejného zdraví. Centrum by z různých zdrojů přijímalo návrhy na témata, která by vyhodnocovalo na základě kritérií – břemeno nemocí (počet obyvatel, nemocnost, úmrtnost), dopad na náklady, klinický význam a další.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Navržená působnost Centra má úzkou vazbu na správce povinného solidárního veřejného zdravotního pojištění a jeho působnost a povinnosti. Ve vztahu k veřejné službě (netržní prostředí) musí být definován vztah (povinnost respektovat ano či ne apod.), ve vztahu k tržnímu prostředí je to bezproblémové.“

VII.

Nízká koordinace péče a sdílení informací

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Závažným problémem je nedostatečné předávání klinických informací mezi jednotlivými poskytovateli péče a chybějící návaznost služeb, která často vede k nízké kvalitě a efektivitě, občas i k závažnému poškození nebo dokonce úmrtí pacienta. S narůstajícím počtem subjektů (které by měly vzájemně úzce spolupracovat) nejenom uvnitř zdravotnictví (v jednotlivých specializacích), ale i v ostatních oblastech dochází k extrémním nárokům na řízení součinnosti, týmovou práci a na hodnocení dosahovaných výsledků. S nárůstem počtu dostupných metod (preventivních, vyšetřovacích i léčebných) roste extrémně náročnost na zajištění dostupnosti informací, které jsou s touto péčí spojeny a jejich předávání dotčeným subjektům. Zároveň roste význam ochrany těchto údajů před jejich zneužitím. Finanční dopady vznikající špatnou součinností jsou bezpochyby obrovské. Nejedná se jenom o provádění duplicitních vyšetření nebo poskytování neúčinné nebo nevhodné léčby (v důsledku nepředání informací), ale především o to, že konečný výsledek péče (a užitých prostředků) závisí na nejslabším článku celého řetězce. Tím může být někdy i nemocný nebo jeho rodina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Klíčové je zajištění sdílení a předávání klinických informací mezi lékaři, lékárníky a dalšími zdravotnickými profesionály a to prostřednictvím pacienta. Důležité je také zohlednění principů subsidiarity v úhradových mechanismech z veřejných prostředků (co zvládne praktický lékař, to nehradit specialistovi, co je možné řešit ambulantně, nehradit v nemocnicích na lůžku). Možnou cestou je také posílení koordinační role registrujícího praktického lékaře. Potřeba je zvážit možnosti a rizika, která nabízejí systémy řízení péče a managementu nemocí, které mohou být regulačně velmi účinné, neboť regulují jak poskytovatele, tak pojištěnce.

9 Pojem Evidence Based Medicine (často se používá jen zkratka EBM) je odborný termín, který se nejčastěji překládá jako medicína založená na důkazech.

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha delegovaného za ODS: „V systému zdravotní péče v ČR není kladen potřebný důraz na subsidiaritu jednotlivých druhů zdravotní péče. Péče, která nevyžaduje lékaře či zdravotníka, by měla být poskytována občanem samotným nebo jeho blízkými. Péče, která je v kompetenci praktického lékaře by neměla být poskytována specialistou. Péče, kterou je možné zajistit ambulantně, by neměla být poskytována při hospitalizaci. Péče, kterou je možné poskytnout na ošetřovatelských lůžkách a lůžkách dlouhodobé péče, by neměla být poskytována na akutních lůžkách. Superspecializovaná pracoviště by měla být využívána výhradně k poskytování superspecializované péče. Ve zdravotnických zařízeních by neměla být poskytována sociální péče v případech, kdy lze potřebu občana zajistit v jeho přirozeném domácím prostředí nebo v zařízení sociální péče.“

Individuální stanovisko MUDr. Vladimíra Říhy delegovaného za KDU-ČSL: „Pojem „řízená péče“ je natolik diskreditován (viz film „Sicko“), že jej nelze seriózně používat a obhajovat“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Obsah pojmu „řízená péče“ (jak je znám např. z USA) je principiálně odlišný od formulace „neřízená a nekoordinovaná péče“. Koordinovaná péče ve veřejné službě je nutností a i koordinace musí být řízena. „Řízená péče“ tak jak je známa z USA znamená omezení rovnosti podmínek její dostupnosti pro pacienty, zvýšení režijních nákladů plátců pojistného, omezení úhrad za poskytnutou péči na nejlevnější možnosti (viz návrh zákona MZ) atd. Tedy v průměru zhoršení zdravotní péče pro občany. S tímto pojetím KSČM principiálně nesouhlasí.“

VIII.

Okrajová pozornost věnovaná prevenci

Společné stanovisko

Vymezení problému

Principy a potenciál preventivních programů jsou všeobecně přijímanou a uznávanou hodnotou nejenom na úrovni jednotlivých evropských států, ale také ze strany Světové zdravotnické organizace. V České republice je prevence poměrně dobře rozvinutá, existuje však prostor pro zlepšení. Z finančního hlediska představuje rozvětvený systém prevence (zejména pak předcházení vzniku chorob a včasné diagnostiky) potenciál pro dosahování úspor, protože vynaložením menších prostředků na preventivní programy je možné zabránit vzniku velkých zdravotních problémů (viditelné na příkladu epidemie žloutenky) jejichž léčba je finančně nesrovnatelně nákladnější. Při posuzování účinnosti prevence je třeba mít na paměti to, že preventivní opatření se velmi často týkají mnohem většího počtu občanů, než kolik jich skutečně onemocní, a že i preventivní opatření mohou mít nežádoucí účinky.

Možnosti řešení

- **Pozornost je zapotřebí soustředit zejména na oblast primární prevence** a pozitivní ovlivňování zdravotního stavu s cílem zvyšovat kvalitu života. Primární prevence by měla být nedílnou součástí léčebně-preventivní péče, zvláště pak v souvislosti s preventivními lékařskými prohlídkami. Těžiště spočívá také v činnosti nezdravotnických resortů – školství, ochrana životního prostředí, dopravní policie, apod. Možností (viz výše) je zřízení fondu výchovy ke zdravému způsobu života.
- Problém je také v sekundární prevenci, a to vinou málo aktivní spolupráce ze strany nemocných a různých omezení, která vedou k nedostatečnému využívání možností sekundární prevence (farmakoterapie).

IX.

Špatně nastavené financování zvláště nákladné péče

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Moderní medicína na jednu stranu dokáže vyčerpat „neomezené“ množství prostředků, na druhou stranu je však schopna řešit různé zdravotní problémy a závažné stavy. Otázkou je nalezení rovnováhy mezi solidaritou v případě jednotlivých mimořádně nákladných stavů a objemem prostředků, které jsou k dispozici. Existující medializované případy, ve kterých se zdroje na léčbu onemocnění zajišťovaly formou sbírek, upozornily na téma financování zvláště nákladné péče.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Řešení problematiky cestou veřejných sbírek je nesystémové, odporuje pojistným principům, a je proto třeba hledat transparentní podmínky pro úhrady zvláště nákladné péče v rámci zdravotního pojištění. • Možností je také regulace počtu poskytovatelů „drahé péče“ např. výčtovou vyhláškou nutnou k navázání smluvního stavu se zdravotní pojišťovnou; při poskytování zvláště nákladné péče je totiž žádoucí koncentrace specializovaných služeb do větších celků. • Specifickým tématem, o kterém je třeba veřejnost více informovat, a to i ze strany Centra mezistátních úhrad, je možnost léčby v jiném členském státě Evropské unie na účet tuzemské zdravotní pojišťovny, pokud u nás daná léčba neexistuje.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Pro tvrzení, že nevyhovující je pojistný princip a vhodnější je financování z všeobecných daní se v analýze nevyskytuje jediný podklad, ze kterého je možné učinit tento závěr. Rovněž další formulace, že „řešení nemůže být pro všechny“ směřuje k tomu, že bude jen pro ty, kteří budou schopni potřebné prostředky složit a tedy zavádí nerovnost dostupnosti v rámci dostupnosti veřejné služby a to je pro KSČM nepřijatelné.“

X.

Nedostatečný systém dlouhodobé péče

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Zajištění dlouhodobé péče je v současné době nedostatečně vzájemně provázané a nesystémové. Se stárnutím populace je potřeba dlouhodobé péče stále častější a stává se předvídatelnou pojistnou událostí. Potřeba dlouhodobé péče je vázána nejenom na pobyt v domácnosti nebo v sociálním zařízení, ale i v zařízeních zdravotnických. Vzhledem k různým a odděleným mechanismům financování může velmi snadno docházet k přesunu z nezdravotnických sektorů do zdravotnictví s tím, že u těchto lidí téměř vždy existuje i potřeba péče zdravotní. Takto „indukovaná“ zdravotní péče, včetně ošetrovatelské komponenty potom odčerpává prostředky ze zdravotnického systému. S ohledem na budoucí demografický vývoj lze očekávat, že snahy o přesouvání ošetrovatelské péče mezi jednotlivými sektory budou velmi silné. Finanční dopady bude možné odhadnout po zjištění celkového objemu ošetrovatelské péče a jeho ocenění. Určité vodítko však již dnes ukazuje mezinárodní srovnání nákladových křivek.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pro možnost řešení problému dlouhodobé péče je třeba nejdříve vymezit pojem dlouhodobé péče, analyzovat tuto problematiku v České republice včetně srovnání se zahraničím a otevřít diskusi na toto téma, které zůstává dlouhodobě mimo pozornost veřejnosti. • Jednou z možností uchopení tohoto problému, jehož řešení je v kompetenci resortů zdravotnictví a práce a sociálních věcí, je organizační změna – převedení gesce na jedno místo; důležitá je také podpora rozvoje oboru geriatric a gerontologie. • Doporučuje se definovat kvantitativní (např. jak často má být nemohoucí člověk vykoupan atp.) i kvalitativní (např. individuální plánování služeb) standards kvality pro poskytování dlouhodobé péče. Pro zajištění náležité kvality služeb ošetrovatelské péče je také třeba upravit legislativu vzdělávání zdravotnických pracovníků a vytvořit moduly vzdělávání s ohledem na odlišné kulturní a sociální zázemí osob s postižením a osob odlišných národností. • Možností je vyčlenění nového typu pojištění – pojištění dlouhodobé péče, jehož cílem by bylo pokrytí potřeby dlouhodobé a soustavné ošetrovatelské péče (například péče delší než 6 měsíců). Plnění z tohoto pojištění by bylo provázáno s potřebou, která byla vyvolána zdravotním problémem (viz dnešní příspěvky na péči a stupně bezmocnosti).

Z tohoto pojištění by se hradila domácí péče do určitého limitu, péče v institucích (se spoluúčastí pojištěnce) a dávky pečujícími členům rodiny. Podobné systémy jsou uplatňovány v Německu, Rakousku či Japonsku.

- Prioritou by měla být péče v domácnostech a snaha **udržet závislé osoby co nejdéle v jejich přirozeném prostředí**. K tomu je zapotřebí využít také možností nových technologií, příkladem je podpora využití telemedicíny při zajišťování dlouhodobé péče v domácnostech.
- Dlouhodobá péče poskytovaná domácnostmi je z hlediska veřejných prostředků levnější než péče formální. Racionálním řešením je proto **podpora členů domácností**, kteří jsou ochotni pečovat o rodinné příslušníky. Zvláštní pozornost by v tomto ohledu měla být směřována na péči v terminálním stádiu života.
- Diskutovat je třeba nejen o solidaritě celospolečenské, ale i rodinné. Při hledání dalších zdrojů je možností skutečné uplatňování institutu vyživovací povinnosti dětí vůči rodičům.
- Součástí diskuse (s velkou mediální podporou) by měly být i otázky, které se týkají zneužívání osob závislých na pomoci druhých, lidské důstojnosti, paliativní péče v terminálních stádiích života, ageismu, euthanazie a podobně. Tato témata jsou dosud hodně tabuizována nebo „odkládána“ a vzniká tak jen malý tlak na jejich řešení.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Navrhované další pojištění (na dlouhodobou péči) by, vzhledem k tomu, že existují pro tyto případy i sociální příspěvky na péči hojně čerpané, mělo být dobrovolné s vymezením rozsahu, který spadá pod povinné veřejné zdravotní solidární pojištění. Jaký rozsah mohou zajišťovat sociální příspěvky na péči a pro koho a co by bylo zajišťováno z tohoto doplňkového připojištění. Slovo „vyčlenění“ znamená z něčeho. Při jednání nebylo specifikováno z čeho anebo se má vyčlenit (o to snížit). Pokud by se jednalo o zavedení, pak musí být dobrovolné. Vhodnější řešení by bylo zvlášť nákladnou péči soustřeďovat do center, kde je záruka, že léčba bude odpovídat posledním poznatkům vědy a tedy bude maximálně efektivní.“

XI.

Zneužívání nemocenské

Společné stanovisko

Vymezení problému ¹¹	Možnosti řešení
<p>Špatně nastavené motivace v systému nemocenského pojištění, mezi které patří zejména nízké zapojení zaměstnavatelů do systému a z něho plynoucí zneužívání pracovní neschopnosti v dobách finančních problémů firmy, neexistence zpětné vazby u lékařů předepisujících pracovní neschopnost s cílem vyhovět pacientům a měkké rozpočtové omezení ČSSZ, vedou ke ztrátám na odvodech na zdravotní pojištění v řádu až několika miliard korun ročně (osoba v krátkodobé pracovní neschopnosti neplatí zdravotní pojištění) a k nákladům na zbytečně indukovanou péči, která má obhájit pracovní neschopnosti pojištěnce. Zvýšení krátkodobé i dlouhodobé pracovní neschopnosti má dopad také na výběr přímých daní a pojistného na sociální zabezpečení. Problémem je nadměrný kontakt občana se systémem zdravotního pojištění kvůli posuzování nemocenské. Rozhodnutí lékaře přitom vyvolává náklady jak v nemocenském, tak i zdravotním pojištění. V zahraničí je běžná integrace zdravotního a nemocenského pojištění do jednoho systému. Informačně odložený systém nemocenského pojištění, který je praxí v tuzemsku, vykazuje značné nedostatky.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Doporučuje se informační propojení nemocenského a zdravotního pojištění. Klíčové je zajištění zpětné vazby a bonifikace racionálního chování lékařů ve vztahu k jejich posudkové činnosti (případně sankce za nadměrné vystavování především dočasně pracovní neschopnosti). V dlouhodobém horizontu je možností organizační propojení obou systémů pod správou zdravotních pojišťoven. To by vedlo k omezení nadbytečného čerpání pracovní neschopnosti, protože zdravotní pojišťovny by měly jako správci nemocenského pojištění motivaci i lepší prostředky bránit se negativním důsledkům neoprávněně přiznávané pracovní neschopnosti (ztrátám na pojistném, úhradám zdravotní péče poskytované ke „zdůvodnění“ pracovní neschopnosti a ztrátám na vyplacené nemocenské). Propojení nemocenského a zdravotního pojištění by také umožnilo kontrolu postupu rozhodnutí pracovní neschopnosti lékařem a případný postih lékařů, kteří stanovují pracovní neschopnosti v neoprávněných případech (např. snížení úhrady při náhradě škody, zrušení smlouvy), a zvýšilo by motivaci ke kontrole postupu lékařů a dodržování léčebného režimu (v současném systému jsou motivace ke kontrole omezené). Zároveň by bylo v zájmu pojišťoven rozvíjení preventivní péče, která může omezit vznik příčiny pracovní neschopnosti.

XII.

Nepřipravenost na krizové situace

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Krizové události se objevují jen mimořádně, mohou však vyvolat vysoké náklady. Riziko živelních katastrof, epidemí, velkých dopravních nebo průmyslových nehod je přitom reálné a navíc dochází k novým hrozbám zejména v důsledku nastupujícího terorismu. Finanční dopady lze opět pouze odhadovat: záleží na skutečném rozsahu události. Je však třeba mít na paměti, že připravenost není zadarmo a je třeba udržet v rovnováze náklady na připravenost s náklady na dopady nepřipravenosti. V současné době neodpovídá koncepce medicíny katastrof v České republice evropskému trendu, situace je značně podceňována zvláště v ochraně proti biologickému ohrožení.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Vytváření krizových plánů zahrnuje jak traumatologické plánování, tak plánování připravenosti jednotlivých zdravotnických zařízení. Problémem je samotné krizové řízení, klíčová je proto společná příprava všech aktérů (na národní, regionální i lokální úrovni) na řešení krizových situací a vznik jednotných komunikačních kanálů mezi jednotlivými složkami systému krizové připravenosti. Důležitá je také příprava obyvatel ke krizové připravenosti a kurzy první pomoci. Doporučuje se proto zpracovat a projednat koncepci krizové připravenosti jednotlivých zdravotnických zařízení, zejména definovat hlavní potenciální zdroje ohrožení, nastavit jednotné komunikační kanály mezi jednotlivými složkami, projednat možnosti zahraniční spolupráce, zajistit odpovídající zdroje ze státního rozpočtu apod. Nezbytné je také odpovídajícím způsobem s koncepcí seznámit občany ČR.

10 Dopady na tuto problematiku bude mít také nový zákon o nemocenském pojištění č. 187/2006 Sb, který nabude účinnosti od počátku roku 2009. Nemocenská se bude nově vyplácet až od 15. kalendářního dne dočasné pracovní neschopnosti (karantény). Prvních 14 dní pracovní neschopnosti (nebo karantény) bude zaměstnanci vyplácet zaměstnavatel náhradu mzdy, ta se bude poskytovat pouze za pracovní dny v případě pracovní neschopnosti od čtvrtého pracovního dne, v případě karantény od prvního pracovního dne.

XIII.

Nevhodná struktura zdravotní péče

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Nevhodná struktura lůžkového fondu, nedostatečná centralizace akutní péče, nedostatek chronických lůžek a podfinancovaná následná péče představují vybrané problémy v této oblasti. V ČR je nevhodná struktura zdravotní péče. Platí to i v případě lůžkového fondu (akutní/chronická/sociální lůžka). Akutní lůžka, která jsou dražší, jsou často využívána pro řešení problémů, které by bylo možné řešit nemocniční péčí jiného typu případně též ambulantní péčí. Základní příčinou dlouhodobě přetrvávající nevhodné struktury jsou nesprávně nastavené mechanismy úhrady resp. financování těchto kapacit. Restrukturalizací lůžkového fondu by bylo možné dosáhnout úspor – snížení nákladů, neboť by problémy byly řešeny odpovídajícím technickým a personálním vybavením. Změny struktury zdravotní péče jsou vázány na vlastní zdravotní péči, která má být vždy přizpůsobena potřebám nemocných. Mimo to jsou ale velmi závislé na struktuře poskytovatelů zdravotní péče – tedy na síti zdravotnických zařízení. Síť zdravotnických zařízení je vždy výsledkem dlouhodobého vývoje, který se neváže pouze na vlastního poskytovatele, ale také na spádovou oblast a na ostatní poskytovatele, kteří v ní působí. Vždy se tedy jedná o celou infrastrukturu, a proto jsou zásahy do sítě vždy konfliktní.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nevhodná struktura zdravotní péče úzce souvisí s nastavenými úhradovými mechanismy. Úhrady od zdravotních pojišťoven za jednotlivé druhy zdravotní péče jsou nevyrovnané, je proto třeba vyrovnat ocenění výkonů. Možnosti řešení lze dále hledat v centralizaci technologicky a především odborně personálně náročné péče (traumatologická centra, kardiocentra, onkocentra a centra pro diagnostiku a léčení méně četných a velmi závažných stavů a podobně). Tato centra by měla být napojena na vědeckovýzkumnou základnu a na výukovou základnu. Financování těchto center by mělo stát mimo rámec všeobecného zdravotního pojištění a mělo by integrovat jak činnosti zdravotnické, tak výzkumné a výukové. Na druhém pólu je vytváření infrastruktury napojené na sektor domácností, sociální péči, komunitní péči a na další formy péče, které jsou důležité pro dlouhodobou péči – především ve vztahu k chronickým onemocněním. Ze stávající sítě se jedná především o první linii, základní obory v ambulantní složce a o lůžkovou péči – především v oboru všeobecné interny, chirurgie a dlouhodobě ošetrovatelské péče. Tato činnost musí být decentralizována a provázána s poskytováním sociální péče a s neformální péčí poskytovanou v sektoru domácností. S provázáním činností by měly být propojeny i mechanismy úhrad – včetně úhrad ze zdravotního pojištění, příspěvků na péči a poskytování příspěvků organizacím. Nově je třeba do této části systému začlenit i péči o umírající a integrovat ji do všech dílčích komponent. Mezi těmito póly potom leží ostatní poskytovatelé, kteří obvykle působí jako zázemí pro první linii, jsou poskytovateli elektivní péče a řeší stavy, které nevyžadují řešení v centrech. Utváření této části sítě by se mělo odvíjet od preferencí nemocných a nároků první linie. V této části má smysl vytvářet nějakou formu „garantované sítě“, ale je otázkou, v čem se bude odlišovat od stávajícího stavu a zda přínos z její realizace převyší náklady a negativa – nevolí občanů, dopady na dlouhodobě vytvářenou infrastrukturu a podobně. Otázkou je i to, kdo by měl tuto síť garantovat, zda pojišťovny, stát nebo kraje.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Je nezbytné zpracovat objektivní podklad pro tvorbu péteřní sítě, aby nebyla vytvářena podle subjektivních názorů. S výše uvedenými formulacemi týkajícími se normativů nelze souhlasit, naopak jejich vytvoření je z hlediska veřejné služby (řízená konkurence – řízená nabídka) nutné. V zahraničí existují a i u nás v 90-tých letech VZP je zpracovávala a z hlediska financování se jeví jako přínosné. Protože (jak je uvedeno v bodě 7) nemůže být veřejný služba neřízená, musí existovat objektivní podklad pro tvorbu její péteřní sítě, aby nebyla vytvářena podle subjektivních názorů. S uvedeným přístupem k problematice normativů zástupci KSČM nesouhlasí. Navrhujeme formulaci principů péteřní sítě financované veřejnou službou na bázi využití normativů počtů poskytovatelů dané odbornosti na 10.000 obyvatel. Chybí specifikace opatření vztahujících se k významné části zdravotní péče – stomatologie (včetně ortodontie) vzhledem k jejímu neustálému zdražování na úkor pacientů a tím omezování její dostupnosti. Situaci lze částečně řešit zahrnutím stomatologie do péteřní sítě včetně jejích pravidel a opětným přiblížením se původnímu rozsahu stomatologických výkonů hrazených správcem povinného veřejného pojištění. Z hlediska centralizací akutní lůžkové medicíny je nutné zvažovat případ od případu, protože možnost její centralizace je podmíněna řadou dalších faktorů (např. dopravní infrastruktura, ale i personální a přístrojové vybavení). Pokládáme rovněž za nutné do „první linie“ zařadit pediatrii a gynekologii s porodnictvím.“

XIV.

Nevyhovující počty, skladba, kompetence a vzdělávání zdravotnického personálu

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Přetrvávání principů „akutního modelu“ spolu s nárůstem počtu osob, kterým je nebo by měla být poskytována péče, vede k nárůstu nároků na pracovní sílu, které bude jen obtížně možné uspokojit. Zdaleka se nejedná jenom o nedostatky v „plánování“ a přípravě nových pracovníků a o jejich odchod na lépe placené pracovní trhy. Problém je v nedostatečném zapojení pracovní kapacity ostatních subjektů, které se na péči podílejí. Další potíž tkví v kompetencích pracovníků, kdy „drazí“ pracovníci často vykonávají „levné“ činnosti. Finanční dopady tohoto problému spočívají jednak v neefektivně vynaložených prostředcích a dále také v potřebě vydání dodatečných prostředků pro zajištění pracovní síly, která za stávající ocenění nebude ochotna poskytovat danou péči.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zdravotnický personál hraje v zajišťování zdravotní péče klíčovou roli. Zapojení jednotlivých profesí do řešení zdravotních problémů dnes neodpovídá potřebám moderní medicíny. Očekávat je třeba širší uplatnění chronického modelu péče, s čímž se bude výrazně měnit i role jednotlivých pracovníků. Velká část péče se bude přesouvat do ošetrovatelství (v návaznosti na sociální sektor a sektor domácností). Důraz je třeba klást na spolupráci mezi lékaři geriatry, praktickými lékaři, ošetrovatelskými týmy a lékárníky (protože jsou nejčastější formou kontaktů u chronických onemocnění). Možností řešení rostoucích nároků na počet pracovníků a na jejich mzdové ohodnocení není mnoho a je třeba je začít realizovat co nejdříve. Za prvé je třeba zajistit rozvoj první linie v návaznosti na sociální služby a neformální péči poskytovanou v domácnostech. To se týká především právě ošetrovatelství. Zde musí dojít k výrazné integraci, k níž je třeba posílit postavení i kompetence zdravotních sester. Rozvoj této části systému sníží nároky na nemocniční sektor, kde především v menších zařízeních (bývalé okresní nemocnice) narůstá nedostatek lékařů i sester. Za druhé je třeba posilovat centralizaci náročných (především personálně odborných) činností do center. Zde musí být zajištěna dlouhodobá stabilita, odborný růst celých týmů, jejich dostatečná redundance. Zvýšení efektivity těchto center opět sníží nároky na zbývající část systému – bývalé okresní nemocnice a obdobná zařízení. Z pohledu věkové struktury je třeba věnovat největší pozornost vytváření podmínek pro kontinuální obnovování lékařů první linie – především praktických lékařů a stomatologů. Vzhledem k tomu, že tato část systému spadá prakticky celá do privátního sektoru a nebylo dbáno na potřebu reprodukce této části, došlo v několika posledních letech k výraznému snížení počtu absolventů, které vede k riziku snížení počtu celkového pracovníků v důsledku odchodů do důchodu. Nejedná se však o zásadní nebo obtížně řešitelný problém, ale spíše o zanedbání péče o rozvoj této oblasti. Možnosti státu ovlivňovat počty a strukturu personálu jsou omezené, počty lékařů nelze direktivně plánovat, existuje tržní nabídka a poptávka, v praxi jsou limitující pouze náklady na vzdělání. Očekávat je možné zvýšenou migraci pracovníků sil v této oblasti, na kterou je třeba se připravit. Dále 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 Ministerstvem zdravotnictví. V souvislosti s rozvojem nových technologií a možností zdravotnictví je třeba klást větší důraz na etickou výchovu zdravotnických pracovníků.

Individuální stanovisko MUDr. Vladimíra Říhy delegovaného za KDU-ČSL: „Paušální požadavek na vysokoškolské vzdělání „sester“ s sebou nese problém zajištění péče o pacienty; lůžková zařízení zvl. ve velkých městech se potýkají s nedostatkem sester. Přitom v sousedních státech (např. SRN) nemají všechny sestry vysokoškolské vzdělání.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Nelze tvrdit, že dojde k přechodu na jiný model péče (akutní péče musí zůstat), ale správně má být, že dojde k širšímu uplatnění chronického modelu péče. Problematika vzdělání zdravotních sester byla diskutována na 15. jednání Odborného týmu se závěrem, že potřeba jejich vysokoškolského vzdělání je omezena jen na určité výkony a nikoliv jako všeobecná potřeba. Odborná centra nelze budovat všude, ale jen v aglomeracích, regionech s určitým počtem obyvatel. To opakovaně potvrzuje potřebu zpracování normativů. K problematice stomatologů (případně i praktických lékařů) je nutné uvést, že na současném stavu má velký podíl téměř úplná privatizace oboru a z toho by měla být vyvozena nápravná opatření. Navíc komplexní vzdělávání stomatologů je minulostí, dnes jsou připravováni jen zubní lékaři s titulem MDDr (medicinae dentales doctor). Rovněž posilování úlohy farmaceutů bez odpovídajících změn legislativy a tím i korektury jejich odborné přípravy je problematické.“

XV.

Nesprávné zacházení s léčivý

Společné stanovisko

Vymezení problému

Výdaje na léčiva tvoří nejvýznamnější výdajovou položku. Tento relativně vysoký podíl vzhledem k ostatním segmentům zdravotní péče je dán jednak nízkým ohodnocením práce zdravotnických pracovníků a dále nedostatečnou motivací k účelnosti vynakládání prostředků (na straně předepisujícího lékaře i na straně pacienta při dodržování léčebného režimu a podceňování režimových opatření). Cenu léčiv lze jen částečně ovlivnit lékovou politikou státu a úhradovými mechanismy. K vysoké spotřebě léčiv přispívá i podíl nadspotřeby způsobené jejich neracionálním předepisováním a tím, že pacienti léky nevyužívají. Problémem je, že příliš velké množství léčiv je vázáno na lékařský předpis. Při předepisování platí rigidní a nevhodná pravidla preskripčních omezení, která vedou k dalším zbytečným výdajům. Nepředvídatelností finanční spoluúčasti a tím, že pacienti nemají potřebný přístup k informacím o léčivách, dochází k tomu, že se mohou méně podílet na rozhodování o jejich spotřebě. Neexistuje systém podpory účelné farmakoterapie. Racionálnější a efektivnější farmakoterapii by bylo možné dosáhnout úspor v systému a zejména pak zvýšit přínosy, které z léčby plynou.

Možnosti řešení

- Výdaje na léky ovlivňuje zejména **míra nemocnosti populace a změny v návycích, motivaci a znalostech pacientů a zdravotníků**. Na tyto oblasti je účelné zaměřit případné reformní kroky.
- Doporučuje se provádět analýzy preskripčního chování, definovat doporučené postupy (na úrovni předepisování a výdeje) a podporovat v tomto smyslu vzdělávání lékařů a lékárníků i v oblasti účelné farmakoterapie. Žádoucí je redefinovat preskripční omezení, naopak je třeba zainteresovat lékaře na hospodárnosti mimo jiné i cestou preference generické léčby a využitím potenciálu generické substituce při výdeji léčiv.
- Dále je důležité co nejdříve uvést do praxe systémy na **hodnocení účinnosti farmakoterapeutické péče s využitím farmakoeconomických analytických metod**. Zejména je nezbytné nutně měřit výsledky u ekonomicky nákladné terapie (a to nejen pomocí léčiv), a zjišťovat, zda rozsáhlé investice do jednotlivých projektů, např. biologická léčiva u revmatoidní artritidy, jsou nákladově efektivní.
- Současně se doporučuje zaměřit na **problematiku interakce léčiv**, informační systémy mapující nežádoucí interakce s jinými léky by měly být volně dostupné pro lékárníky, lékaře i širokou veřejnost s ohledem na cílovou skupinu. Nezbytné je také posílit odbornou kontrolu interakcí farmaceutem a jejich řešení ve spolupráci s lékařem, jakož i kontrolní roli zdravotních pojišťoven v této oblasti.
- Žádoucí je zejména **„revitalizace“ úlohy farmaceutů při péči především o chronické stavy a v oblasti samoléčby**. Role lékárníka v integrované dlouhodobé péči o seniory (dodávání léčiv a pomůcek přímo do domácností, dávkovací systémy, monitoring compliance, „dispenzarizace“ problémů u chronických pacientů s kombinovanou farmakoterapií, apod.) je dosud podceňovaná. Lékárník je přitom nejčastěji navštěvovaným zdravotnickým pracovníkem a tento kontakt je málo využíván. Je proto výhodné tuto mezioborovou profesi více využívat v komunikaci jak s lékaři a ostatními zdravotníky, tak se širokou veřejností (v zajištění dostupnosti léčiv, generické léčbě, řešení interakcí, poradenství při samoléčbě, k včasnému záchytu některých chorob využitím jednoduchých screeningových metod v podpoře compliance, eliminaci duplicit apod.).

- Nastavený systém úhradových mechanismů (při stanovování maximálních cen léků se vychází z průměru z nejnižších průměrných cen daného léku ve třech státech EU) i převedení kompetencí z Ministerstva financí na Ministerstvo zdravotnictví jsou správné. Je však třeba eliminovat možné obcházení regulačních pravidel v praxi (např. je-li základem pro výpočet úhrady skutečně obchodovaná cena, představuje používání dvojích obchodovaných cen umělé udržování vyšší úhrady).
- Žádoucí je revize seznamu hrazených léků. Vzhledem k tomu, že úhradový mechanismus obchodní přírůžkou postrádá motivace k racionálnímu zacházení s léčivými, bylo by žádoucí zvážit možnosti kombinovaného systému úhrady (výkon plus přírůžka).
- **Spoluúčast při nákupu léků by měla mít předvídatelnou podobu** již ve fázi předepisování, aby předepisující lékař i pacient o výši spoluúčasti při předepisování věděli a pacient mohl případně zvolit lékařem nabídnutou alternativu. Míra spoluúčasti totiž významně ovlivňuje výdaje na léčiva, obvykle však pouze do 20-25 %, což je situace v ČR, při vyšší spoluúčasti se již efekt neprojevuje.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Uvedené faktory zejména ovlivňující objem výdajů za léky je nutné doplnit o „další vlivy působící na lékaře a jejich preskripci“. Z hlediska hodnocení by bylo účelné obnovit postupy označované jako účelná farmakoterapie (viz podklady z analýzy). Zcela chybí opatření pro omezení negativního vlivu marketingových pobídek farmaceutických společností na výši výdajů za léky (opakovaně uvedeno v podkladech 1. fáze – analýzy). Za významné z hlediska objemu výdajů za léky pokládáme (nyní zveřejněné) stanovisko EK, že farmaceutické společnosti brání různými způsoby a klíčkami používání generik. Na predikci generik by i v této souvislosti měli být lékaři ekonomicky zainteresováni. I z podkladů 1. fáze vyplývá, že marketingové pobídky významně ovlivňují, utlumují predikci generik.“

Individuální stanovisko PharmDr. Jarmily Skopové delegované za Stranu Zelených: „Samostatným, avšak neméně závažným problémem, je zacházení s léčivými v lůžkových zařízeních z hlediska bezpečnosti i optimalizace nákladů. V oblasti lůžkové péče je nezbytné z hlediska bezpečnosti a předcházení iatrogennímu poškození pacientů (nesprávný lék, nesprávné dávkování, interakce, atd.) provádět rozbor preskripce – zde by měla být systematicky uplatňována role klinických farmaceutů.“

XVI.

Zastaralá technická infrastruktura

Společné stanovisko

Vymezení problému

Řada zdravotnických zařízení působí v zastaralých a nevyhovujících objektech, jejichž rekonstrukce vyžaduje náklady. Také ve způsobu nasazování moderních technologií a obnovy přístrojů existuje prostor pro dosažení úspor. Rozsah prostředků potřebných na obnovu technické infrastruktury a její dopad na financování zdravotnictví není zřejmý.

Možnosti řešení

- Infrastruktura zdravotnických zařízení zahrnuje jak budovy, tak přístrojové vybavení. Jejich obnova není systémově řešena.

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha a MUDr. Petra Zimmermanna delegovaných za ODS, MUDr. Toma Philippa, Ph.D., a MUDr. Vladimíra Říhy delegovaných za KDU-ČSL a PharmDr. Jarmily Skopové a MUDr. Jaroslava Smutného delegovaných za Stranu Zelených: „Reprodukce a obnova investic by měly být realizovány z tržeb. Kalkulace úhradových mechanismů však odpisy nezahrnuje. V tuzemsku je systém nastavený jako vícezdrojový, obnova majetku je řešena příspěvky zřizovatelů a dotacemi ze státního rozpočtu a dalších veřejných rozpočtů. Toto uspořádání je nespravedlivé vůči soukromým poskytovatelům zdravotní péče, kteří dotace z veřejných rozpočtů nedostávají. **Dotace na investiční činnosti jsou nesystémové, obnova investic by měla být součástí zdravotního pojištění. Díky vývoji by úhrady (dle seznamu výkonů s bodovými hodnotami či dle jiných úhradových mechanismů) měly pokrývat i investiční náklady.**“

Individuální stanovisko MUDr. Vladimíra Říhy delegovaného za KDU-ČSL: „Je třeba určit odpovědnou instituci, která by se zabývala systémovým řešením obnovy infrastruktury zdravotnických zařízení, zahrnující jako budovy, tak přístrojové vybavení.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Nesouhlasíme s uvedenými formulacemi, které se vztahují pouze pro financování v rámci tržního prostředí. Pro netržní prostředí (veřejnou službu) platí principy uvedené v metodice SHA, že pro jiné účely než poskytnutí zdravotní péče jsou určeny tzv. jiné transfery z veřejných rozpočtů (nikoliv dotace) a speciálně jsou jako příklad uvedeny investice. Tedy poskytovatelé napojení na financování veřejnou službou pořizují investice nejen z přebytku svých tržeb. Pojištěnci si platí v pojistném jen provedení výkonu, poskytnutí léků apod., nikoliv pořízení nebo obnovu investic. Zahrnutí odpisů do ceny výkonu by znamenalo značné zdražení zdravotní péče pro občany a to je nepřijatelné (viz též prohlášení ministra k reformě – nedojde ke zdražení, bude pro občany výhodnější). Technickou infrastrukturou se analyza (1. fáze) nezabývala a objemy potřebné na její obnovu, investoři atd. a tedy dopady o financování zdravotnictví nejsou zřejmé. Chybí analýza co je levnější, neustálé rekonstrukce zastaralých objektů nebo výstavba nových.“

XVII.

Omezené využívání informačních technologií

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>eHealth (telemedicína, elektronická zdravotní dokumentace a její sdílení apod.) představuje potenciál pro zefektivnění léčby zdravotních problémů. Vyžaduje počáteční investici, schopnost a motivaci všech aktérů v takovémto prostředí pracovat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Využití informačních a komunikačních technologií v oblasti zdravotnictví a zdravotní péče (eHealth) představuje velký potenciál pro snižování zbytečně vynaložených nákladů a zároveň zvýšení kvality a bezpečnosti péče. Zapotřebí je proto rozvoj způsobu práce s informacemi a podpora rozvoje eHealth (elektronická zdravotní dokumentace, elektronická preskripce, patientské informační systémy, telemedicína apod. a dále rozvoj využívání manažerských a geografických informačních systémů ve zdravotnictví). U všech zdravotnických zařízení se doporučuje povinné připojení k Internetu, využívání softwarového vybavení pro vyúčtování výkonů pojišťovně i pro vedení databází o pacientech. Zároveň se navrhuje povinné legislativní zakotvení elektronické formy vedení zdravotnické dokumentace. Vhodné by bylo, aby pojišťovny zřídily osobní účty pojištěnců přístupné on-line a zobrazující m. j. přehled o platbách zdravotního pojištění a přehled zdravotnických služeb čerpaných na vrub zdravotního pojištění, informaci o zaplacených poplatcích a další spoluúčasti. Ze strany státu se doporučuje vytvořit a spravovat datové standardy a registry (v koordinaci s evropskými i světovými standardy), zajistit distribuci elektronických identifikátorů a podporovat konektivitu zdravotnických zařízení a občanů. Současně je třeba dodržovat pravidla zacházení s osobními údaji a zajistit důslednou kontrolu dodržování těchto pravidel ve všech oblastech eHealth.

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „E-health je pouze část (a to malá, to je zužování problematiky jen na vybrané aplikace) problematiky využívání informačních technologií ve zdravotnictví. Podstatně větší možnosti skýtá v rámci veřejné služby funkční jednotný softwarový systém zajišťující nejen zpracování podkladů pro zdravotní pojišťovny, jejich analýzu, kontrolu poskytovatelů, ale i lékařské potřeby včetně předávání informací, databází, vzájemného působení léků atd. Správce veřejného pojištění (plátce veřejné služby) by měl stanovit rozsahy povinných softwarů, interface a další náležitosti, které musí poskytovatel splňovat v rámci poskytování veřejné služby. V této souvislosti je rovněž nutné řešit odpovídající přístup dalšího účastníka – pacienta např. zavedením povinných elektronických osobních identifikačních karet.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM, MUDr. Toma Philippa, Ph.D., a MUDr. Vladimíra Říhý delegovaných za KDU-ČSL a PharmDr. Jarmily Skopové a MUDr. Jaroslava Smutného delegovaných za Stranu Zelených: „Stát a samospráva by také měly podporovat technickou infrastrukturu zdravotnických zařízení, její pořízování, údržbu a rozvoj a zajistit dostatečné prostředky pro její modernizaci.“

XVIII.

Příliš mnoho „stejných“ pojišťoven

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Současný systém veřejného zdravotního pojištění nevytváří dostatečný prostor pro konkurenci a vzájemné odlišení zdravotních pojišťoven. Vzhledem k omezené možnosti zdravotní pojišťovny odlišit se od ostatních je pro pojištěnce změna zdravotní pojišťovny nezajímavá a to v důsledku snižuje motivaci zdravotní pojišťovny bojovat o klienty kvalitním hospodařením a kvalitními službami. Nedokonalý systém přerozdělování umožňuje zdravotním pojišťovnám selekci pojištěnců, kteří jsou pro ně výhodní, a motivuje je lákat takové pojištěnce pomocí různých pobídek. „Zajímavými“ pojištěnci jsou v současné době např. zdravé osoby vyššího věku.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ve zdravotnictví existují různé systémy organizace financování zdravotní péče, každý má určitá pozitiva i negativa a není tak možné identifikovat ideální systém. Klíčová je proto spíše tradice systémů a jejich kontinuita. • Rozdělením právní úpravy resortních, oborových a zaměstnaneckých pojišťoven a všeobecné zdravotní pojišťovny nemající v tuzemsku jednotlivé pojišťovny rovné postavení před zákonem. Logické je proto doporučení, aby všechny pojišťovny postupovaly podle stejného zákona a stejných pravidel. • Každá pojišťovna by měla mít povinnost pojistit kteréhokoliv občana bez ohledu na jeho zdravotní rizika, selekce pojištěnců na základě zdravotních rizik je nepřijatelná. Motivace k aktivnímu vyhledávání pojištěnců s nízkými zdravotními riziky lze do určité míry eliminovat systémem přerozdělení prostředků podle více kritérií. • Pojišťovny také musí mít vůči zdravotnickým zařízením i určité povinnosti, je třeba uložit odpovědnost pojišťoven za zajištění kontraktu na vymezenou péči pro své pojištěnce. • Přínosem by bylo vytvoření přímého vztahu mezi pojištěncem a pojišťovnou.

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha a MUDr. Petra Zimmermanna delegovaných za ODS, MUDr. Toma Philippa, Ph.D., a MUDr. Vladimíra Říhý delegovaných za KDU-ČSL a PharmDr. Jarmily Skopové delegované za Stranu Zelených: „V současné době si pojišťovny příliš nekonkurují, rozdíly v nabídkách služeb pojišťoven jsou neopodstatněně minimální a pocítují je spíše poskytovatelé než pojištěnci. Aby měl systém více pojišťoven smysl, doporučuje se, aby pojišťovny byly více vyprofilovány na určité pracovní skupiny (obory), charakter zaměstnání apod., pojišťovny by měly směřovat k větší různorodosti. Žadoucí je konkurence v ceně i kvalitě, možnost ji zavedení nominálního pojistného.“

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha delegovaného za ODS: „Monopol vede ke ztrátě konkurence, tedy ke snížení kvality a zvýšení ceny pro klienta, v tomto případě pojištěnce a stát. Namísto sjednocování pojišťoven je třeba výrazně rozšířit prostor pro jejich skutečnou konkurenci, umožnit jim vybírat rozdílné pojistné a nakupovat zdravotní péči za rozdílné ceny.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Analýza (Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR) prokázala (zjistila) negativní vliv skupinové solidarity (dané větším počtem zdravotních pojišťoven) na financování zdravotnictví vyplývající ze složení kmene pojištěnců a jejich souhrnných výdajových profilů. Protože neexistuje mechanismus přerozdělení výdajových profilů mezi zdravotními pojišťovnami (přerozdělují se jen příjmy a to reprezentuje dle analýzy cca 3,5 % nákladů), které určují hospodářský výsledek (a tím i možnost rovnosti podmínek pro pojištěnce), je jediným možným řešením tohoto negativa jediný správce povinného solidárního veřejného zdravotního pojištění. Mimo uvedené administrativní úspory, přibudou i úspory z titulu odstranění nákladů na konkurenci (na tzv. zajištění místa na trhu). V rámci veřejné služby je konkurence kontraproduktivní (veřejné prostředky konkurují veřejným prostředkům ve stejné působnosti a snižují jejich celkově použitelný objem). Toto negativum by odstranil návrat k původní koncepci povinného veřejného zdravotního pojištění (jeden správce) a více profesních komerčních připojištění placených zaměstnavateli (s případným příspěvkem zaměstnanců). Navrhované by mělo znamenat návrat k původní koncepci veřejného pojištění tj. jednotné celostátní povinné solidární veřejné zdravotní pojištění spravované jedním správcem – např. VZP. Oborové, rezortní, podnikové a jiné zdravotní pojišťovny (zaměstnanecké) byly původně koncipovány pro připojištění dle potřeb profesí placené zaměstnavateli

i zaměstnanci. Tato koncepce zároveň znamená odstranění negativních vlivů, jak je pokazuje Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR. Zároveň odstraňuje problémy s přerozdělením, protože ani vícekritériální přerozdělování nedokáže spravedlivě přerozdělit příjmy dle výdajových profilů pojištěnců (v původních zemích EU se dostali na 8,5 %, u nás cca 3,5 % nákladů). Tedy jediným řešením problému je návrat k původní koncepci veřejného zdravotního pojištění. Nedostatečný je ve zdravotním pojištění kontrolní systém (jak hospodaření a hospodárnosti, tak kvality poskytované péče). Kritické je dlouholeté porušování §3, §3a zákona č. 592/1992 Sb. v platném znění a existence nesmyslně nízkého maximálního vyměřovacího základu („stropu pojištění“).“

XIX.

Propojování zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Propojováním pojišťoven a poskytovatelů péče hrozí potenciální vznik horizontálních a vertikálních monopolů. Vzhledem ke skutečnosti, že pojišťovny dnes de facto rozhodují o množství vynaložených prostředků, mohou mít zájem neposkytovat péči a spořít prostředky pro jiný účel. Současně však mohou účinnější kontrolní činností omezovat neefektivní výdaje zdravotnických zařízení. Propojení plátců a poskytovatelů navíc odstraňuje „gaming“¹¹ a s ním spojené ztráty.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Propojováním zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení mohou vznikat hrozby lokálních monopolů, je však otázkou, do jaké míry je možné tyto jevy kvantifikovat. Případná rizika se týkají jednak omezení pacientů, rizikem je omezení svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení. Je proto potřeba přísný dozor nad zachováním svobodné volby lékaře občanem (teoreticky i prakticky). Rizika spočívají také na straně lékařů ve vztahu k pojišťovnám, možné je ohrožení menších zdravotnických zařízení v důsledku nucených přihlašování k určitým pojišťovnám. Protiopatřením může být stanovení povinnosti, aby každé zdravotnické zařízení ze zákona mělo právo/povinnost na smlouvu s více pojišťovnami.

Individuální stanovisko PharmDr. Jarmily Skopové delegované za Stranu Zelených: „Při nedostatečně nastavených a kontrolovaných kvalitativních požadavcích může docházet při propojování zdravotních pojišťoven a zdravotnických zařízení ke snižování kvality poskytované péče. Ve střetu zájmů je vertikální propojení plátců s poskytovateli, jakož i některá horizontální propojení různých druhů poskytovatelů.“

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha delegovaného za ODS: „Jedinou alternativou možného propojování pojišťoven a zdravotnických zařízení je podle mého názoru společenské vlastnictví, tedy zestátnění – jeho výsledkem je však totální majtkové propojení, kdy vše patří všem a nikdo nenes odpovědnost.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Tento problém odstraní jediný správce povinného solidárního veřejného zdravotního pojištění. Analýza na tento problém nepoukázala, ačkoliv již dnes se jedná o nesprávné použití veřejných prostředků pro tuto činnost (viz zákon o oborových, rezortních, podnikových a jiných pojišťovnách, majtkovém propojení, užití prostředků pojistného a platby poskytovatelům za získání klientů) a na řadu nebezpečí pro zdravotníky i nemocné navozených spojením ZP a poskytovatelů zdravotní péče zástupci KSČM upozorňovali. Ve vazbě i na předcházející bod k rozdílným stanoviskům k problematice jediného správce povinného veřejného solidárního zdravotního pojištění, lze uvést, že se jedná o obecné formulace obvykle používané pro tržní prostředí (o kladném vlivu konkurence i když současná krizová situace ukázala, že ani pro tržní prostředí to ne vždy platí). Pro veřejnou službu (netržní prostředí) jsou ale značně sporné (viz studie univerzity ve Stanfordu, USA ze 70-tých let), vůbec neřeší jak zabezpečit rovnost podmínek pro poskytnutí veřejné služby tedy i dostupnost a rovnost cen na celém území státu (viz ústava), odstranění finančních bariér pro některé skupiny obyvatelstva, použití veřejných prostředků z povinného pojištění pouze na zdravotní péči (účel na který byly vybrány) atd. Jde v podstatě pouze o opatření na straně poptávky a nikoliv nabídky jak stanovuje schválená teze. Opatření na straně nabídky týkající se celé společnosti (rovnost podmínek) mohou být řízena pouze z jednoho místa. Vícekritériální systém na převážnou část nákladů (výdajové profily) je zatím nikde nerealizovaná chyméra (např. v NŠmecku se podařilo přerozdělit cca 8,5 % nákladů). Nesouhlasíme rovněž s přímým vztahem pojištěnec – pojišťovna, který vede k utlumení principů veřejné služby, k přiblížení se klientskému (tedy různému dle osob) vztahu, k přiblížení se možnosti řízení péči dle USA. Žádáme o toto doplnit naše zvláštní stanovisko.“

¹¹ „Gaming“ představuje hru, kdy se jednotlivé subjekty snaží navzájem obelstít a získat z toho výhodu – předstíráním péče, volbou diagnózy za účelem dosažení co největší úhrady, apod.

XX. Výskyt korupce

Společné stanovisko

Vymezení problému	Možnosti řešení
<p>Marketingové pobídky farmaceutických firem či úplatky dodavatelů nákladné techniky jsou příklady výskytu korupce ve zdravotnictví, jejímž základním dopadem je vynakládání prostředků, které nemusí pinit svůj účel. Veřejné prostředky tak mohou být směřovány k užití podle výše „úplatku“ a ne podle přínosu, který z jejich užití plyne. Vymýcení korupce s sebou proto nese potenciál úspory.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Korupce je příznakem existujících problémů. Je sporné, do jaké míry je možné výskyt korupce zamezit regulací. • Obecným principem řešení korupce je zvýšení transparentnosti rozhodování na všech úrovních a vytvoření jasných kritérií upravujících vztahy mezi občany i institucemi navzájem; transparentnosti může být kupříkladu dosaženo tím, že se bude ve výběrových řízeních zveřejňovat seznam nabídek a jejich cen včetně dokumentace celého procesu výběru (ať již v procesu schvalování léčiv, nebo v procesu nákupu investic zdravotnickými zařízeními). Doporučuje se, aby ceny nakupovaných zdravotnických prostředků, zboží a léčiv byly srovnávány. • Žádoucí je definovat jasná a známá práva pacientů, musí existovat jednoduché a dobře definované způsoby stížností; významně by pomohl jasně určený nárok na péči hrazenou z veřejného zdravotního pojištění, včetně zveřejňování například čekacích listů na vybrané zákroky apod. • Nezbytné je podporovat občany k řešení problémů korupce stížnostmi ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami. • Doporučuje se další omezení ovlivňování lékaři a zdravotnických pracovníků výrobcí léčiv; možností je stanovení stropu (v procentech) na náklady na cestu, stravu a ubytování lékaře při konferencích atp. hrazené výrobcí léčiv, zákaz pořádání a financování společenských aktivit farmaceutickými firmami při organizovaných vědeckých konferencích pro lékaře a zákaz sponzoringu aktivit lékařů výrobcí léčiv. Nejdůležitější je ale vytvořit takové prostředí, kde bude pro lékaře nevhodné používat to, co není nejlepší. • Cestou je také pořádání informačních kampaní a výchova k nekorupčnímu prostředí ve společnosti, žádoucí je poskytovat podněty pro čestné chování, nástrojem je také školení lékařů a mediků o tom, jak kriticky analyzovat propagační materiály a nabídky dodavatelského průmyslu a jak k nim přistupovat. • U léků a dalších technologií, kde se korupce dá obtížně odlišit od marketingu, je třeba zajistit také nezávislost výzkumu v procesu získávání znalostí. • Málo pozornosti je také věnováno rozhraní mezi zdravotnickými zařízeními a plátcem. Je otázkou, do jaké míry funguje mezi zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami partnerský smluvní vztah, zda je uzavírání smluv a samotný průběh úhrad zdravotní péče vždy standardní. Doporučuje se proto, aby všechny smlouvy o navazování smluvních vztahů a úhradách služeb byly transparentně zveřejňovány (jak byla smlouva navázána, kdo ji schválil apod.) • Nezbytností je zavedení kontrolních mechanismů (vnitřní kontrola by měla být doplněna o externí audit, kontrolu účetnictví státními orgány, neohlášené návštěvy ve zdravotnických zařízeních a hodnocení služeb klienty a příjemci apod.) a případných postihů za korupční jednání včetně jejich medializace. Žádoucí je také posílení role Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže v této oblasti.

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha delegovaného za ODS: „Jiným projevem korupce jsou nelegální platby pacienta zdravotnickému zařízení, resp. zdravotníkovi. Tímto mechanismem pacient kompenzuje nejasně stanovená práva, nedostatečnou dostupnost, nedůvěru v kvalitu a bezpečnost veřejně hrazené péče, nevymahatelnou svobodnou volbu a nemožnost legálního nákupu zdravotní péče. Je nezbytné umožnit legální nákup zdravotní péče a doplatek nad péči hrazenou ze zdravotního pojištění.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Korupce se neuplatňuje jenom u zakázek hrazených z veřejných prostředků, ale také a ve velkém rozsahu v běžné tržní sféře. Formulace, že „je žádoucí regulovat pouze to co je nezbytně nutné v podstatě jen rozšiřuje v oblasti veřejné služby prostor pro nekontrolovatelné (a tedy s možností korupce) vztahy. Musí tedy být jednak regulace uplatněna v optimálním rozsahu a jednak, při jejím zjištění, použita tvrdá represe. Ve zdravotnictví neustále zdůrazňovaná korupce ze strany pacientů je v rámci financování zdravotnictví v podstatě nevýznamná. Podstatná, již ovlivňující rámec financování zdravotnictví, je mezi poskytovateli a dodavateli výrobků a služeb. U uváděných příkladů korupce ze strany farmaceutických společností chybí dary luxusního nebo drahého zboží případně příspěvky na dovolenou apod. (viz medializované případy) či smlouvy o ověřování účinnosti konkrétního léku (mělo by jít pouze přes SUKL). Pro represivní opatření je nutné využít činnosti auditorů, kteří mají přístup do účetnictví farmaceutických společností a v rámci auditu mohou zjistit konkrétní adresáty, kterým společnost poskytla korupční plnění, stanovit jim legislativou povinnost, že konkrétní jména musí být uvedena v auditorské zprávě a tato část auditorské zprávy předána správci povinného veřejného solidárního zdravotního pojištění, který by podle rozsahu uplatnil postih od pokuty až po zrušení smluvního vztahu. Lékaři by měli být ze strany správce pojištění ekonomicky zainteresováni na přednostní predikci generik, ale tak, aby v odůvodněných případech limitování nebyli. Kampaně proti korupci jsou silně diskutabilní, pacienti o korupci poskytovatelů dodavatelů nevědí a příjemci korupce to neřeknou. Mezi tzv. korupci ze strany pacientů jsou neoprávněně zařazovány i případy uznání za poskytnuté služby. Jediným řešením je podrobná kontrola a tvrdý postih. Vyhodnotit to lze ale jedině když budou všechna data soustředěna na jednom místě, tedy vytvořit jediného správce povinného veřejného solidárního zdravotního pojištění. Mylný je předpoklad, že korupce se uplatňuje jenom u zakázek hrazených z veřejných prostředků. Také a ve velkém rozsahu se používá v běžné tržní sféře, což je obecně známo. Povinnost zdravotní pojišťovny uzavřít smlouvu by měla mít jen pro zařízení zařazená do péteřní sítě. Nesouhlasíme s obecnou formulací, ze které vyplývá, že nikdo nenese odpovědnost.“

XXI.

Ostatní témata

Ostatní témata zahrnují mimo jiné problematiku mezinárodních závazků, otázku zisku a trhu ve zdravotnictví, problematiku právní formy zdravotnických zařízení, skupinová solidarita, problematika DPH apod. Tato témata nebyla na společných setkání diskutována.

Mezinárodní závazky

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Tato zpráva (výstup 2. fáze) ani výstup 1. fáze (analýza) se nezabývá mezinárodními závazky vyplývajícími pro ČR z ratifikovaných mezinárodních smluv (např. Úmluva o lidských právech a biomedicině, Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech, mluva o právech dítěte atd.), z hlediska jejich dodržení jak v současnosti tak ve výhledu zdravotnictví (mezinárodní smlouvy jsou nadřazeny zákonům).“

Trh a zisk ve zdravotnictví

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha delegovaného za ODS: „Fenomén „zisku“ ve zdravotnictví je značně vágní kategorií. Ve společnosti není vyjasněno, kde se „veřejné prostředky“ stávají „soukromými prostředky“, tedy do jaké úrovně má dosahovat veřejná kontrola. Vzhledem k tomu, že zdravotní služby jsou chápány jako služby ve veřejném zájmu, je veřejným zájmem jejich vysoká kvalita a nízká cena, resp. optimální využívání zdrojů. Nejlepší cestou k tomu je řízené konkurenční prostředí s možností vytváření zisku, tedy s pozitivní motivací k podnikání a investicím v této oblasti. Pokud se poskytování zdravotních služeb skutečně vyplatí, soustředí se do zdravotnictví velké investice a nejlepší lidské zdroje, to vše zcela nepochybnitelně ku prospěchu pacientů a společnosti.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Není analyzována (ani ve výstupu 1. fáze ani v tomto výstupu 2. fáze) problematika tržního a netržního prostředí ve zdravotnictví s důsledky z toho plynoucími pro pacienty i poskytovatele (včetně negativního vlivu již zmíněné skupinové solidarity) na rovnost podmínek při poskytování veřejné služby občanům (pacientům). Je třeba důsledně rozlišovat tržní a netržní prostředí, tedy poskytování zdravotní péče subjekty v rámci veřejné služby (netržní prostředí, netvořící zisk, netýká se „živnostníků“) a subjekty působícími v rámci zdravotního trhu (tvořícími zisk). Z toho vyplývá i převažující právní forma subjektů poskytujících zdravotní péči v rámci veřejné služby (stávající obchodní společnosti nevyhovují této podmínce).“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Nesouhlasíme s názorem, že fenomén „zisku“ ve zdravotnictví je značně vážná kategorie a že ve společnosti není vyjasněno, kde se „veřejné prostředky“ stávají „sukromými prostředky“, tedy do jaké úrovně má dosahovat veřejná kontrola. Vzhledem k tomu, že zdravotní služby jsou chápány jako služby ve veřejném zájmu (příčemž veřejným zájmem je zdravé obyvatelstvo a jeho zdraví), je veřejným zájmem jejich vysoká kvalita a nízká cena, resp. optimální využívání zdrojů. Tvrzení, že nejlepší cestou k tomu je řízené konkurenční prostředí s možností vytváření zisku neplatí pro veřejnou službu, která má za cíl poskytnutí kvalitní potřebné služby a nikoliv tvorbu zisku. Pozitivní motivace (tvorba zisku) k podnikání a investicím v této oblasti znamená soustředění pozornosti na výnosné odbornosti (nikoliv potřebné spektrum). Soukromé investice znamenají úvěry, tedy prodražení veřejné služby o zisky bank, což opět musí zaplatit pojištěnci (musí se udržet míra zisku investorů). Tvrzení, že pokud se poskytování zdravotních služeb skutečně vyplatí, soustředí se do zdravotnictví velké investice a nejlepší lidské zdroje, to vše zcela nepochybně prospěchu pacientů a společnosti, ale znamená značné prodražení zdravotní péče. K tomu je nutno přidat několikrát opakovaně prohlášení premiéra, že soukromníkům nemůže stát stanovovat ceny ani poroučet. Přípuštění obecné tvorby zisku do zdravotnictví je pro KSČM proto nepřijatelné.“

Právní forma zdravotnických zařízení

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha a MUDr. Petra Zimmermanna delegovaných za ODS, MUDr. Toma Philippa, Ph.D., a MUDr. Vladimíra Říhy delegovaných za KDU-ČSL a PharmDr. Jarmily Skopové a MUDr. Jaroslava Smutného delegovaných za Stranu Zelených: „Forma příspěvkových organizací, používaná v tuzemském zdravotnictví, není vyhovující. Hlavním problémem příspěvkových organizací je nedostatečná kontrola zřizovatele nad tokem veřejných financí a zejména pak napojení na rozpočet zřizovatele a s tím spojená povinnost příspěvků, které jsou dotací, jež znevýhodňuje ostatní poskytovatele. Žádoucí je vytvořit právní nástroj upravující pravidla fungování pro organizace, které vytvářejí zisk vracejí zpátky do systému. Současně je klíčové zajistit rovnost všech právních forem před zákonem ve smyslu jejich práv a povinností.“

Individuální stanovisko MUDr. Milana Cabrnocha delegovaného za ODS: „V oblasti ambulantní zdravotní péče není sporu o tom, že soukromý obchodní subjekt, nejčastěji osoba samostatně výdělečně činná nebo obchodní společnost, je plně vyhovující právní formou. Pro efektivní veřejnou kontrolu nemocniční péče je proto nejlepší právní formou klasická obchodní společnost. Tyto právní formy společnost dobře zná, jejich legislativní úprava je vytvořena dobře, jejich hospodaření je transparentní, a především j vyřešena jasná odpovědnost za jejich činnost – to vše v protikladu s rozpočtovými a příspěvkovými organizacemi a lépe než u organizací „neziskových“. Možnost vytváření zisku je základním motivem k podnikání, k poskytování služeb, a to i ve veřejném zájmu. Tato motivace zajišťuje nabídku lepší kvality a nižších cen pro klienty, tedy i pro veřejné pojištění. Je proto nezbytné zajistit rovnost všech právních forem před zákonem ve smyslu jejich práv a povinností, včetně přístupu k veřejným financím, pojištění či regulačním poplatkům.“

Individuální stanovisko PharmDr. Jarmily Skopové delegované za Stranu Zelených: „V právním systému ČR chybí vhodná soukromoprávní forma hospodařící v „neziskovém“ režimu, jaká je v zahraničí obvyklá (nonprofitní soukromá zdravotnická zařízení, která jsou vázána vytvořený zisk navracet zpět do systému)“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „V návrhu chybí formulace principů péteřní sítě poskytující a financované veřejnou službou např. využití (zpracování) normativů počtů poskytovatelů dané odbornosti na 10.000 obyvatel (v 90tých letech pracovala na jejich vytvoření VZP), kterýžto princip je používán i v zahraničí. S tím úzce souvisí právní forma poskytovatelů zdravotní péče zařazených v péteřní síti (zejména lůžkových zařízení). V návaznosti na výhled zdravotnictví (připravované návrhy zákonů) obsahovala Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR i problematiku vhodnosti právní formy zařízení zařazených v péteřní síti. Protože byla v této verzi vynechána, považujeme za nezbytné, vzhledem k její důležitosti pro financování zdravotnictví, k ní zaujmout stanovisko. Nesouhlasíme s obecně používanými formulacemi na toto téma užívanými některými částmi politického spektra, protože nejsou zcela v souladu s platnými předpisy, týkajícími se transparentnosti toku finančních prostředků příspěvkovými případně neziskovými organizacemi, jako důvodu pro změnu právní formy na obchodní společnosti. Jako hlavní důvod nevhodnosti právní formy příspěvkových organizací (případně neziskových) je udávána nedostatečná kontrola zřizovatele nad tokem veřejných financí a zejména pak napojení na rozpočet zřizovatele a s tím spojená povinnost příspěvků, které jsou dotací, jež znevýhodňuje ostatní poskytovatele. Jako řešení je navrhováno vytvořit právní nástroj upravující pravidla fungování pro organizace, které vytvářejí zisk vracejí zpátky do systému. S těmito stanovisky nesouhlasíme, protože průhlednost účetnictví je odvislá od zřizovatele, který stanovuje úplnost dokumentace účetnictví dle zákona o účetnictví, až po shodu s účetnictvím obchodních organizací a propracovanost účetní osnovy. Na povinnost zřizovatele udržovat vyrovnaný hospodářský výsledek netržního subjektu, navazuje metodika SHA, která pro tento účel má definovaný jiný transfer z veřejného rozpočtu pro vyrovnání případné ztráty v netržním prostředí. Znevýhodňování soukromých poskytovatelů jinými transfery z veřejných rozpočtů (jeden z argumentů proti neziskovým formám) souvisí s klíčovou otázkou, jedná-li se o veřejnou službu (netržní prostředí) či o tržní prostředí. Navíc v rámci veřejné služby ani jiná právní forma nezaručuje vytvoření zisku (bez toho, že by byl tvořen na úkor kvality a dostupnosti) – viz cenové zdůvodnění v metodice SHA proč se předpokládá podpora ze strany veřejných rozpočtů, ale nikoliv dotací nýbrž jiným transferem. Definice odsouhlasená Odborným týmem 24. 1. 2008 zcela jednoznačně stanovuje, že se jedná o veřejnou službu – netržní prostředí (všechny politické strany tvrdí totéž) s řízeným objemem nabídky. Tedy argumentace o znevýhodnění poskytovatele v rámci veřejné služby (poskytované v kapitalismu) nemá logické opodstatnění. Vždy existuje možnost přejít do tržního prostředí. Z hlediska zákona o neziskových formách tento již existuje a může se jednat maximálně o jeho novelizaci. Rovněž není možná rovnost právních forem před zákonem, jestliže je stát vytvořil za zcela jiným účelem (obchodní formy za účelem podnikání, vytváření zisku, ostatní

za účelem plnění veřejné služby, potřeb veřejnosti hrazených trvale z veřejných peněz). Navíc pokud politické špičky (ministr) tvrdí, že zdraví není zboží, tak to znamená, že zdraví nelze ani prodat ani nakoupit, ani vyrobit, tedy nemůže být předmětem podnikání nebo-li nemůže zacházení, nakládání s ním, udržování nebo péče o něj, produkovat zisk.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Efektivní veřejná kontrola lůžkových zařízení (financovaných z veřejného pojištění) nezávisí na právní formě subjektu, ale na vnitřních organizačních normách. Naopak právní forma klasické obchodní společnosti ze zákona dává pravomoc kontroly a zveřejňování zjištění pouze valné hromadě, takže zjištění chybného nakládání s prostředky z veřejného pojištění (např. jejich vysávání za jiným účelem) jsou prohlašována za „obchodní tajemství“ a nezveřejňována – viz příklady z práce. Tyto právní formy byly vytvořeny pro tržní prostředí a nikoliv pro netržní (viz dtto rozlišení v zahraničí). Rovněž jasná osobní odpovědnost za činnost subjektu je diskutabilní (u a.s. představenstvo + valná hromada, u s.r.o. jednatel + valná hromada, u neziskových forem ředitel). Možnost vytváření zisku je sice základním motivem k podnikání, k poskytování služeb, a to i ve veřejném zájmu, ale současně je vytvořen i prostor pro vysávání veřejných prostředků za jiným účelem. Z tohoto důvodu není žádoucí, aby obchodní společnosti měly rovnocenný přístup k veřejným financím, veřejnému pojištění či jiným transferům jako neziskové formy určené ze své podstaty k poskytování veřejných služeb. V zahraničí je převážná většina zdravotní péče (přes 90 %) zajišťována neziskovými (veřejnými) formami subjektů.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR neobsahuje problematiku (analýzu negativních případně pozitivních dopadů) změn ve zdravotnictví připravovaných ministerstvem (rozsah hrazené zdravotní péče, změny právních forem zdravotních pojišťoven a lůžkových zařízení, univerzitní nemocnice atd.) ve vazbě na dostupnost péče včetně vzniku finančních bariér, její kvality atd.. To považujeme za velký nedostatek jak této Zprávy o možných změnách zdravotnictví v ČR, tak Zprávy o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR.“

Skupinová solidarita

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR jednoznačně určila, potvrdila závislost výsledné finanční bilance (všech správců veřejného zdravotního pojištění) na složení kmene jejich pojištěnců především nepřímoúměrně na podíl tzv. státních pojištěnců. To znamená, že vzniká tzv. skupinová solidarita, která má negativní vliv na financování zdravotnictví jako celku, určující vliv na výslednou finanční bilanci příslušného správce veřejného zdravotního pojištění odvislý od složení kmene pojištěnců v závislosti na věkové struktuře a odvětví zaměstnání, porušuje rovnost podmínek pro pojištěnce (občany) z hlediska poskytnutí potřebné zdravotní péče, zvyšuje náklady hrazené z povinného veřejného zdravotního pojištění o neproduktivní složky atd.. Řešením těchto a dalších negativ (např. soustředěním dat rozšíření možnosti zjišťování negativního vlivu marketingových pobídek farmaceutických společností) je pro veřejnou službu (úhrady zdravotní péče hrazené z povinného solidárního veřejného zdravotního pojištění) vytvořit opět (navrátit se k původní koncepci veřejného pojištění) jediného správce. Různá dobrovolná doplňková připojištění, připojištění tzv. „nadstandardů“ v závislosti na vykonávaných profesích nebo nadstandardů hospitalizace, umožněná na komerční bázi s pojistným hrazením různými subjekty včetně zaměstnavatelů. Zároveň dojde k odstranění problému „stejných“ pojišťoven (viz bod 18) jehož důsledkem je i chybějící autoregulační mechanismus a orientace stimulů efektivitativy převážně na opatření na straně poptávky (tedy postihující pacienty) místo opatření na straně nabídky (v materiálu není respektována základní teze schválená jednomyslně 24. 1. 2008 Odborným týmem).“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Nedostatečnost stávajícího kontrolního systému (jak hospodaření a hospodárnosti, tak kvality poskytované péče) prokázaly stížnosti pacientů, medializované causy, zjištění finančních a forenzních auditů, prokazuje i dlouholeté porušování §3, §3a zákona č. 592/1992 Sb. v platném znění v otázce maximálního vyměřovacího základu pro platbu pojištěného, ale i chybějící hodnocení postupů léčení (zrušení tzv. účelné farmakoterapie). Vzhledem k tomu, že povinné veřejné zdravotní pojištění patří mezi veřejné peníze, měly by se na kontrole hospodaření správce těchto prostředků podílet i orgány státu určené ke kontrole nakládání s veřejnými prostředky.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Nejsou specifikovány opatření vztahující se k významné části zdravotní péče – stomatologie (včetně ortodontie), která byla neuváženě téměř plně privatizována, čehož důsledkem je i její neustálé zdražování na úkor pacientů a tím omezování její dostupnosti. Považujeme za nutné, aby byla opětně zařazena do působnosti péťeřní sítě a zhodnocena její pravidla poskytování a finanční náročnost pro obyvatele.“

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Připravované krácení zdrojů povinného solidárního veřejného zdravotního pojištění ministerstvem zavedením nesmyslně nízkého maximálního vyměřovacího základu („stropu pojištění“), úvahy o krácení sazby pojistného a připravovaným navýšením limitu režijních nákladů o 1 % i odčerpáním 15 % případně vzniklého zisku pro potřeby (budoucích) akcionářů (mimo VZP) nebo zavedením právní formy obchodních společností do veřejné služby (nakládání s penězi je plně v pravomoci valné hromady, možnosti tunelování mateřské společnosti přes dceřinné, nakupované služby apod.), pokládáme vůči zdravotnictví za „nezodpovědné, vedoucí k jeho devastaci a zhoršení dostupnosti i kvality poskytované péče. Toto potvrzují i tato zpráva konstatováním, že stávající systém financování zdravotnictví je dobře nastaven. Současné přebytky zdravotních pojišťoven ukazují na řádově 10% rezervu pojistného v současnosti. Nejsou blíže uvedeny negativní vlivy a nedomyšlenosti současných úhradových mechanismů a nutnost jejich novelizace, což signalizuje ze strany některých subjektů možnost představy o jiné (tržním) řešení.“

Problematika DPH

Individuální stanovisko Ing. Oldřicha Nápravníka, CSc. a prof. MUDr. Leoše Navrátila, CSc., delegovaných za KSČM: „Ani v jedné fázi se projekt Kulatý stůl nezabýval problematikou DPH ve zdravotnictví, kde poskytovatelé jsou v pozici konečného spotřebitele služby i když konečným poskytovatelem jimi poskytované služby je pacient.“

Podrobnější ilustrace některých diskutovaných problémových okruhů je součástí **prezentačních schémat** zpracovaných analytickým týmem projektu. Tato schémata se jednoduchým, přehledným a pokud možno srozumitelným způsobem pokoušejí některé z uvedených problémů vymezit, ilustrovat je na konkrétním příkladě, kvantifikovat a specifikovat jejich rozměr, predikovat dopady na finanční rovnováhu systému a následně deklarovat možné návrhy řešení s uvedením příkladů dobré praxe. Součástí prezentačních schémat je také závěrečné shrnutí, jež obsahuje možná očekávání v dané oblasti a dále uvádí faktory, které v dané oblasti z hlediska budoucího vývoje dosud neznáme a neumíme odhadnout. Prezentační schémata se věnují problematice životního prostředí, životního stylu, prevence, dlouhodobé péče, krizové připravenosti, struktury péče, zdravotnického personálu, nesprávného zacházení s léčivými, omezeného využívání informačních technologií a otázkám korupce ve zdravotnictví. Prezentační schémata jsou součástí datového disku CD, který je přílohou této publikace, a dále jsou k dispozici na webové stránce <http://www.kulatystul.cz/cs/node/267>.



S cílem shrnout základní informace ke změnám zdravotnictví v jiných členských státech Evropské unie byl analytickým týmem projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR zpracován dokument s názvem **Zdravotnictví za hranicemi: Přehled vybraných reformních opatření v evropských zemích**. Tento dokument v geograficky i tematicky seřazeném uspořádání popisuje změny v evropských systémech zdravotnictví s cílem nabídnout inspiraci v možných přístupech k řešení zkoumaných problémů. Dokument popisuje způsob transformace systémů v Dánsku, Německu, Nizozemsku, Rakousku, Slovensku, Švédsku a Velké Británii a ohlíží se za změnami v oblasti financování zdravotnického systému, organizace zdravotního pojištění, regulace poptávky, regulace nabídky a za změnami realizovanými v příbuzných, se zdravím souvisejících, oborech. Tento dokument je součástí datového disku CD, který je přílohou této publikace.



Přehled koncepčních materiálů ke zdravotnictví v ČR, sestavený analytickým týmem projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, shromažďuje dvacet jedna základních koncepčních materiálů ke zdravotnictví publikovaných v období posledních deseti let. Materiály koncepčního charakteru jsou v dokumentu rozřazeny podle typu instituce, která je vydala (resortní koncepce, koncepce politických stran, koncepce sestavené veřejnoprávními subjekty a ostatní strategické dokumenty) a jsou dále analyzovány. Ačkoliv jsou výchozí pozice jednotlivých koncepčních materiálů velmi různorodé, lze při jejich podrobné analýze identifikovat společné body, okruhy, které ve většině artikulují a jimž se v různém rozsahu věnují. Tyto okruhy zahrnují témata jako populace a její zdraví, demografický vývoj, kvalita zdravotních služeb, etika ve zdravotnictví, lidské zdroje ve zdravotnictví, zdroje financování zdravotnického sektoru, regulace poptávky po zdravotnických službách, regulace nabídky zdravotnických služeb, úhradové mechanismy, léky a zdravotní pomůcky apod. Přehled koncepčních materiálů, který je doplněn o další odkazy a zdroje věnující se zdravotnictví, je součástí datového disku CD, který je přílohou této publikace.



Závěr

Obyvatelé ČR mají k dispozici **zdravotní péči srovnatelnou s nejlépejšími státy světa**. To však neznamená, že by byl systém zdravotnictví uspořádán ideálně a byl plně připraven na výzvy, kterým bude ve střednědobém a dlouhodobém horizontu čelit. Stávající způsob regulace zdravotnického systému naopak již dnes vede k opakujícím se a prohlubujícím problémům, které bezprostředně ovlivňují ekonomickou bilanci a postupně se začínají promítat do kvality i dostupnosti zdravotní péče.

Základní premisou jakýchkoliv změn je ústavním pořádkem zakotvené právo občanů na ochranu zdraví a bezplatnou zdravotní péči v rámci podmínek daných legislativou. Změny by měly vycházet z principiálního **žádoucího zachování všeobecného charakteru a solidarity veřejného zdravotního pojištění**. Cílem by mělo být zajištění stability zdravotnictví a jeho financování v kontextu stárnutí populace a rozvoje technologií, nastavení kontrolních mechanismů a zlepšení dozoru a kontroly státu nad veřejnými prostředky, zvýšení informovanosti a odpovědnosti pacientů za zdraví a zajištění ochrany jejich práv, zvýšení dostupnosti a zlepšení kvality poskytované zdravotní péče, podpoření výzkumu a vzdělávání pracovníků a v neposlední řadě také zajištění regulovaného a řízeného konkurenčního prostředí zdravotní péče jako veřejné služby. To jsou ostatně cíle, které společně vnímají politické strany a jejich čelní představitelé participující na projektu Kulatý stůl. Na tomto základě by měly být ujasněny a upřesněny role, motivace a vztahy jednotlivých subjektů systému, počínaje občany – pojištěnci, přes poskytovatele zdravotní péče, zdravotní pojišťovny, a v neposlední řadě orgány veřejné správy, jako jsou místní a krajské samosprávy i samotné instituce ústřední státní správy.

Doporučení obsažená v tomto dokumentu se pokoušejí přinést odpověď na otázku, jak by bylo možné systém zdravotnictví v reakci na objektivní vnější vlivy měnit a jak je možné k vybraným problémovým okruhům přistoupit. Je třeba konstatovat, že **mnoho z návrhů se již objevilo v jiných dokumentech nebo bylo mnohem podrobněji artikulováno na jiných platformách**. Nejde tak proto tolik o inovativnost či preciznost vznesených doporučení, jako spíše o snahu ukotvit tyto návrhy ve veřejné diskusi.

Právě otevřená diskuse je totiž pro řešení problémů zdravotnictví a jeho financování klíčová. V praxi se dosud příliš nedaří vést konstruktivní dialog a hledat konsensus mezi politickými stranami a zainteresovanou veřejností o změnách a potřebném novém nastavení zdravotnického systému v České republice. Problém složitého hledání konsensu mezi politickými stranami v oblasti zdravotnictví v praxi nespočívá v nemožnosti dohodnout se na obdobných cílech, ale spíše v interpretaci těchto deklarací a chápání pojmů, které si každá politická strana, podle svého pravcového, středového nebo levicového zaměření vykládá různě, což ukazuje i tato Zpráva o možných změnách zdravotnictví v ČR a individuální stanoviska v textu obsažená. Je proto **zapotřebí více a otevřeněji jednat a zároveň podněcovat a podporovat každou konstruktivní diskusi**. Současně je třeba zveřejňovat a shromažďovat z různých stran návrhy opatření týkajících se možných řešení problémů tak, aby bylo jasné, jaké má kdo priority a jaké změny prosazuje. K tomuto účelu slouží přiložený dotazník a navržený systém katalogových listů.

Tento projekt, odborní a analytičtí experti v něm zúčastnění, se nepodílejí a nediskutují stávající návrhy změn právního rámce zdravotnictví a zdravotní péče předkládané Ministerstvem zdravotnictví a nelze je proto s těmito návrhy jakkoliv spojovat. Stejně tak Ministerstvo zdravotnictví žádným způsobem nezasahovalo do práce na projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR. Zástupci KSČM se domnívají, že se projekt Kulatý stůl měl zabývat i v současnosti připravovanými změnami, na rozdíl od ostatních zástupců a samotného zadání projektu.

Cílem projektu Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR, v jehož rámci tento materiál vznikl, je ilustrovat možnosti, jak vést věcnou diskusi o řešení problémů ve zdravotnictví a jeho financování. Projekt ukazuje, že pokud všichni řešitelé přistupují k situaci s cílem najít vhodné řešení (tedy nikoli prosazovat nějaké partikulární řešení, ale skutečně řešit problém), je možné dosáhnout širší spolupráce nad celospolečenskými problémy.

Diskuse o možnostech změn systému zdravotnictví je nemyslitelná bez účasti širší odborné veřejnosti zastupující pacienty, zdravotnické profesionály, zdravotnická zařízení, pojišťovny, představitele samospráv i orgánů státní správy. Součástí Zprávy o možných změnách zdravotnictví v ČR je proto také tato **výzva k předkládání návrhů reformních opatření pro řešení problémů českého zdravotnictví a jeho financování**.

V tabulce níže se můžete vyjádřit k problémovým okruhům a uvést možná řešení, která považujete za relevantní pro další směřování českého zdravotnictví a jeho financování. Cílem je získat dostatečně podrobné a současně srovnatelné návrhy opatření jako součást procesu hledání dlouhodobě udržitelného konsensu mezi politickými stranami a zainteresovanými partnery o možných změnách zdravotnického systému a jeho financování. Navržená opatření by měla nabídnout cestu k eliminaci problémů a negativních vlivů definovaných v rámci analytické fáze projektu Kulatý stůl. Zároveň by měla být srozumitelná pro širokou veřejnost. Výsledný systém by měl mít charakter katalogu, ve kterém budou navržená opatření rozčleněna do tematických skupin. Katalog bude sestaven z katalogových listů s jednotnou strukturou.

Dokument je připraven jako formulář, to znamená, že se v něm můžete pohybovat pomocí šipek, tabulátoru nebo polohovacího zařízení (myši).¹² Vyplněný dokument prosím zasílejte na adresu info@kulatystul.cz. Předem vám děkujeme za vaše návrhy a spolupráci, která, jak doufáme, pozitivně ovlivní přemýšlení o budoucnosti českého zdravotnictví.

Návrh témat katalogových listů

Navržená opatření by měla poskytnout odpovědi na identifikované problémové okruhy. Mezi oblastí, kde je žádoucí intervence, patří mimo jiné:

- Podpora finanční udržitelnosti zdravotní péče (racionalizace nákladů, maximalizace výběru pojistného, změna výběrového mixu apod.)
- Zlepšování infrastruktury (organizace a správa systému, zlepšování technické infrastruktury, rozvoj využívání IT/IS, podpora lidských zdrojů apod.)
- Zajištění kvality zdravotní péče (definování měření a zlepšování kvality, nastavení standardů léčebné praxe, zvyšování znalostí o efektivitě péče apod.)
- Rozšiřování přístupu ke zdravotní péči (snížování regionálních rozdílů, omezování bariér dostupnosti, zajišťování finanční dostupnosti apod.)
- Zvyšování odpovědnosti za zdraví (podpora veřejného zdraví a preventivních programů apod.)
- Řešení návazností zdravotnictví na jiné sektory (nastavení systému dlouhodobé péče, omezování pracovní neschopnosti, řešení externalit sektorů dopravy, životního prostředí apod.)

Návrh struktury katalogového listu

S cílem získat srovnatelné podkladové informace je navržena **jednotná struktura katalogových listů**. Je žádoucí, aby rozsah jednotlivých listů činil 3 až 5 stran

¹² Elektronický formulář je k dispozici na webových stránkách projektu <http://www.kulatystul.cz>. Pokud se vám z jakéhokoliv důvodu nebudete ve formuláři dobře pracovat, použijte běžný dokument jakéhokoliv textového editoru. V takovém případě prosím nezapomeňte uvést čísla polí.

Tabulka I Formulář katalogového listu

A) Identifikační údaje	
Identifikační číslo	Číselný identifikátor navrhovaného opatření (automatické číslo, které bude doplněno administrátorem systému).
1. Název opatření	Doplňte krátký název charakterizující dané opatření a vylučující záměnu s jiným opatřením.
2. Navrhovatel	Identifikace subjektu, který opatření navrhuje Název organizace: Kontaktní osoba: E-mail:
Katalogizační údaje	Zařazení opatření dle skupiny a typu; nástroj může být definován několika kategoriemi současně (bude doplněno administrátorem systému).
B) Řešené téma	
3. Popis problému	Jaká je podstata problému, který lze navrhovaným opatřením řešit?
4. Kvantifikace a specifikace problému	Jakým způsobem je možné problém kvantifikovat a specifikovat statistickými údaji?
C) Navrhované opatření	
5. Cíl a účel opatření	Jaké jsou hlavní pozitivní efekty, které se předpokládají po realizaci opatření?
6. Popis opatření	Jaké jsou základní parametry opatření? V čem opatření spočívá?
Interakce s ostatními opatřeními	Většina problémů bude patrně řešena kombinací několika opatření týkajících se různých významných vlivů. V této části administrátor doplní opatření, která je vhodné s popisovaným opatřením kombinovat a která se naopak vzájemně vylučují.
7. Instrukce a aktéři	Vyžaduje nástroj institucionální změny? Jaké? Kdo by měl být zapojen do zavedení/realizace nástroje?
8. Nároky na finanční prostředky	Vyžaduje zavedení a monitorování opatření investice nebo další průběžné náklady? Jaká je jejich předpokládaná výše? Z jakých zdrojů (veřejných či soukromých) budou tyto náklady pokryty? Vzniká-li potřeba navýšení veřejných prostředků, na úkor jakých výdajů budou vynakládány, případně jaké daně budou navýšeny?
9. Potřebné legislativní změny	Vyžaduje vybraný nástroj úpravy platné legislativy nebo přijetí nových zákonů či jiných právních předpisů apod.? Jakou legislativu je třeba změnit?
10. Rizika	Jaká je pravděpodobnost, že použití vybraného nástroje nesplní stanovený účel?
11. Podklady a další informace	Kde je možné o daném opatření nalézt podrobnější informace? Bylo opatření zavedeno v zahraničí? Uveďte, prosím, seznam použitých pramenů, případně odkazy na webové stránky.



© Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR
Praha, leden 2009
ISBN – 978-80-85047-36-3

typografická úprava: studio VIDÍ, s.r.o.
tisk: Midva

Projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví v ČR

Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2

<http://www.kulatystul.cz>, info@kulatystul.cz

tel.: +420 224 972 853, fax: +420 224 972 647