

Vladimír Pavelka
Rudolf Zajac

Malý průvodce zdravotnictvím



S podporou Starostů

**Vladimír Pavelka
Rudolf Zajac**

Malý průvodce zdravotnictvím

TOP09

S podporou Starostů

© Text: Vladimír Pavelka, 2010
Rudolf Zajac, 2010

Malý průvodce zdravotnictvím aneb jak hodláme řešit letité problémy.

Změny ve zdravotnictví jsou nevyhnutelné. Ne samy pro sebe, ale proto, že občané nejsou spokojeni s jeho fungováním. Strana TOP 09 připravila ambiciózní program změn. Přitom tyto změny nesmějí trestat občany, ale naopak mají zlepšit celý systém. Pro lepší pochopení jsme zejména pro laiky připravili tento materiál. Chceme, aby změny nebyly demonizovány ani překrucovány nebo zneužívány sociálními populisty. Už název naší strany nám velí, aby změny udržely tradičně kvalitní zdravotnictví, založené na odpovědnosti a vedoucí ku prosperitě obyvatelstva v oblasti jeho zdraví.

Jak TOP 09 hodnotí české zdravotnictví.

Určitě patříme i v rámci celé Evropské unie k zemím s dobře fungujícím zdravotnictvím.

V některých parametrech jsme dokonce špičkou. Například systém poskytování neodkladné přednemocniční péče, komplexní kardiologická péče včetně kardiochirurgie patří mezi nejlepší. Jsme na špičce v péči o matku a dítě, naši primární péči nám závidí v celé Evropě. Máme nejnížší novorozeneckou úmrtnost. Výborné výsledky dosahujeme v transplantacích všeho druhu. Ke slušnému průměru patříme v onkologii. Pro pacienty jsou běžně dostupná nejmodernější léčiva, republika je slušně pokryta nejmodernějšími přístroji.

To jsou ty dobré stránky. Máme však před sebou množství vážných problémů, které nebyly řešené, před kterými jako bychom stále zavírali oči. Například poskytujeme evropskou kvalitu za české platy lékařů a sester. Tento problém se musí systémově řešit, ne prázdnyými sliby o různých dividendách, ale vytvořením takových podmínek, které zabezpečí trvalý rozvoj systému a jenž bude vázán na ekonomickou situaci země a na růst ekonomiky. Nejlepší roky ekonomického růstu se ve zdravotnictví, především ve mzdách, velmi neprojevily. To je vážná chyba.

Jiným problémem je dostupnost špičkové péče pro každého pojištěnce v povinném systému, tedy pro každého občana. Sami občané signalizují, že to například tak úplně neplatí v prostorovém rozložení excelentnos-

ti. Máme vysokou koncentraci ve velkých městech a bohatých regionech, nejmarkantnějším příkladem je Praha. Máme však i regiony, ve kterých není efektivní dostupnost vysoce kvalitní zdravotní péče na žádoucí úrovni. Například v roce 2008 bylo v Praze podle Ústavu zdravotnických informací a statistiky (UZIS) zaznamenáno více jak dvojnásob případů než v jiných zemích, přepočítaných na sto tisíc obyvatel. Že by byla Praha nezdravá? Určitě ne, ale je tu výrazně dostupnější včasná diagnostika a léčba. Není to tedy chyba Prahy, naopak, ale chyba je, že špičková a náročná diagnostika a léčba není každému stejně dostupná.

Pacienty stále trápí nespravedlivé pořadníky, zvláště pak proto, že ve svém principu nejsou legální. Proč se na tu samou léčbu čeká různě dlouho, například na kyčelní endoprotézy? V jednom případě tři až čtyři týdny a jiném i několik let, ačkoli jsou z medicínského hlediska shodné, a vždyť jsme všichni shodně účastní na všeobecném zdravotním pojištění. Pokud zdravotní pojišťovna nemá dostatek prostředků na zajištění odkladné – plánované zdravotní péče, chceme, aby zřídila pořadníky. Zákonem budou určena pravidla jejich vzniku. Tyto pořadníky musí být zcela transparentní a při zachování maximální úrovně ochrany osobních údajů i veřejně kontrolovatelné. Takovýto pořadník zaručuje rovné právo všech pacientů na odkladnou zdravotní péči v okamžiku, kdy jsou k dispozici finanční prostředky na její úhradu. Jinými slovy, kdo bude dříve zařazen, bude dříve léčen, a ne naopak.

Jak je financováno naše zdravotnictví?

Základním principem financování zdravotnictví je vícezdrojové financování. Hlavními plátcí jsou ekonomicky aktivní osoby, především zaměstnanci, zaměstnavatelé a fyzické osoby, podnikatelé, živnostníci. Menší část příjmů, asi jedna třetina, pochází od státu, který přispívá na „své pojištěnce“, především děti a seniory. Peníze do systému přicházejí cestou povinných odvodů do zdravotních pojišťoven, které si objednávají zdravotnické služby (výkony) u poskytovatelů. Významnými zdroji jsou i úhrady občanů za léky a poskytnutou zdravotní péči, které byly v roce 2009 zhruba 14%.

Proč bývá zdravotnictví tak často zadlužené?

Zjednodušeně můžeme říci, že systém je vyrovnaný, pokud se suma příjmů rovná sumě výdajů. Pokud se součty příjmů a výdajů liší, systém je ve ztrátě, nebo v přebytku. To prvé je skoro vždy typické pro zdravotnictví a jako všude v ekonomice tomu říkáme nerovnováha mezi příjmy a výdaji. Ve zdravotnictví v našich podmínkách je hlavním důvodem nerovnováhy nízká odpovědnost. V první řadě zdravotních pojišťoven za efektivní nákup zdravotní péče. To platí zejména v minimální motivaci pojišťoven v realizaci efektivní lékové politiky. Naši pacienti vědí své o nízké odpovědnosti poskytovatelů za poskytnutou péči. V neposlední řadě sem patří taktéž nízká odpovědnost občanů za svoje zdraví.

Jak možno řešit nerovnováhu mezi příjmy a výdaji?

Chceme-li řešit nerovnováhu mezi příjmy a výdaji, můžeme to jistě učinit ve zdrojové části příjmů zdravotnictví. Měli bychom tedy zvýšit odvody skupině ekonomicky aktivních? To není dobrý krok, protože zdrazíme cenu práce a to v konečném důsledku sníží naši konkurenceschopnost. Budeme tedy žádat od státu, aby platil více? Slibovat to samozřejmě můžeme, není to ale poctivé, zejména když současným největším rizikem pro udržení úrovně příjmů, a tím i vyrovnanosti systému je světová hospodářská krize, která se ve zdravotnictví přímo projevuje snížením příjmů zdravotních pojišťoven vzhledem ke stagnacím mezd a stoupající nezaměstnanosti.

Nepřímým příznakem krize je také zvýšení tlaku na výdajovou část státního rozpočtu, protože stoupá počet nezaměstnaných pojištěnců, za které stát také platí pojistné. Bude-li tento trend ekonomického vývoje pokračovat, tak zdravotnictví v létech 2010 a 2011 nemůže reálně očekávat žádný významný nárůst zdrojů. Jinak řečeno, existující zdroje nedokážou pokrýt spotřebu, pokud nebude splněno více podmínek. Nejsou tedy reálné sliby, že stát bude platit více. Ukazuje se, že již v roce 2010 se dá očekávat deficit – rozdíl mezi příjmy a výdaji – na úrovni 40 miliard korun.

Je nutné, aby každoročně stoupaly výdaje na zdravotnictví?

Při pohledu na výdajovou stranu víme, že nejvyšší jsou výdaje za léky, dále na ústavní péči a na primární a specializovanou ambulantní péči. Z léků každoročně nejvíce stoupají výdaje na onkologické léky, krevní deriváty, hormonální přípravky, dále pak na léčbu kardiovaskulárního systému a duševních poruch. Vysoký nárůst výdajů je patrný i u speciálního materiálu, různých náhrad, implantátů, stentů. Permanentní technická revoluce, neustálá inovace zdravotnické techniky jsou též podstatnými faktory, které zvyšují spotřebu omezených a vzácných zdrojů. TOP 09 bude podporovat růst výdajů jen tehdy, když bude provázen zjevným zlepšováním efektivity a kvality poskytované péče. Jinak řečeno, podporujeme kvalitu a excelentnost, ne kvantitu a podprůměrnost. Více o této problematice hovoříme v ekonomické kapitole.

Nedá se něco ušetřit ve zdravotnictví?

Přímo určitě ne, spíše naopak, rostoucí kvalita bude vyžadovat větší náklady. Dá se ušetřit pouze tak, že snížíme zbytečné ztráty. Musíme tedy nezbytně učinit takové kroky, které zvýší efektivitu systému. Česká republika sice dosahuje nejlepších výsledků v rámci nových zemí Evropské unie, ale pořád ještě významně horších než například Holandsko.

Ekonomové tvrdí, že o výbornou efektivitu se jedná, pokud poměr výstupů ze systému a vstupů do systému je číslo blížíící se jedné. V České republice je to zhruba 0,8, v Holandsku téměř 1,0. Čili, v systému se stále ještě ztrácí 20 haléřů z koruny. Ty vůbec neslouží účelu, na který byla tato koruna vynaložená. Uveďme velmi jednoduchý příklad, který však je ekonomicky pravdivý. Kdybychom zítra dosáhli efektivity dejme tomu 0,98, mohli bychom zvýšit mzdy nebo ostatní příjmy všem zdravotníkům rádoově o polovinu, aniž bychom museli komukoli, tedy především pacientům ubrat jedinou korunu z úhrady za služby uhrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Jak se tedy dá efektivita zlepšit?

Chceme-li zlepšit efektivitu systému, musíme učinit odpovídající kroky v celé výdajové části, nejen v jednom segmentu. Racionálními změnami v lékové politice se dají ušetřit miliardy, podporou ambulantního sektoru a domácí léčby se dají snížit náklady na ústavní péči. Investice všech subjektů, tedy i pacientů, do prevence a včasné diagnostiky se odrazí v nižších nákladech na léčbu. Moderní diagnostické a terapeutické metody nejenže zkracují dobu hospitalizace, ale snižují invalidizaci. Tak například investice do invazivní kardiologie nebo angiologie, byť je zatížená okamžitými vyššími náklady, navrácí práceschopnost během několika dnů a odvrací invaliditu po eventuelním dlouhodobém a pravděpodobně ještě nákladnějším léčení.

Na co jsou vlastně zdravotní pojišťovny, nezvyšuje to zbytečné náklady?

Moderní zdravotnictví je financováno solidárně. O co jde? Když Karel IV. na cestě po Čechách uviděl těžce pracujícího kopáče a zeptal se ho, jak vyjde s tím, co vydělá. Kopáč odpověděl, že vydělá tři peníze a je spokojený, protože jeden vrací, z jednoho žije a jeden půjčuje. Král nerozuměl, a tak mu to kopáč vysvětlil. Z toho, který vrací, pečuje o své rodiče, kteří jsou už staří a bezmocní. No a za ten, který půjčuje, vychovává svoje děti. Až vyrostou, a on s manželkou nebudou moci pracovat, děti se o ně postarají.

Po celá tisíciletí se až do Bismarckových časů financovala péče o potřebné především z rodinné či komunitární solidarity. Obecní či městské špitály byly známy dokonce už ve starověku. V devatenáctém století však Bismarck zavedl pojem státem garantovaného blaha a stal se zakladatelem nemocenského pojištění cestou odvodů do speciální instituce – pokladny či pojišťovny. Později vznikl jiný systém – daňový. Lidé platí státu daň a stát z daní financuje zdravotní péči o občany. Tento Beveridgeův model z poloviny dvacátého století se používá dnes například ve Velké Británii, Itálii, Španělsku a jiných zemích.

Jak bránit tomu, aby si pojišťovny nevybíraly pojištěnce?

Přes svůj název nejsou zdravotní pojišťovny zcela podobné jiným pojišťovnám, vystupují v systému poskytování zdravotní péče jako její nákupčí. Alfou a omegou spravedlivé solidarity není orientovat konkurenční chování na výběr pojistného a pojištěnců, neboť která pojišťovna by nechtěla samé mladé, zdravé a bohaté pojištěnce? Pojišťovny je třeba orientovat na zdravou konkurenci při nákupu zdravotní péče. Konkurenci při výběru pojistného je třeba zabránit následným přerozdělováním mezi všemi pojišťovnami na základě více kritérií, aby bylo dosaženo jasného cíle: V každé pojišťovně má být připraven stejný balík zdrojů pro stejně rizikového pojištěnce.

Proč má být financování zdravotnictví povinné?

Povinné solidární modely financování jsou v Evropě základním pilířem financování zdravotní péče. Nejsou stejně úspěšné a jejich společným rysem je rozličně vysoká míra zneužívání. Čím menší je spoluúčast pacienta na úhradě zdravotní péče, tím je míra zneužívání větší, a nadto je nižší kvalita zdravotní péče. Jako extrémní příklady uveďme socialistické zdravotnictví a liberální tržní zdravotnictví, jak ho známe z USA.

Socialistické zdravotnictví financované modelem jakési „pojišťovny“, kterou byl stát samotný (takzvaný Semaškův model), se vyznačovalo všeobecnou fyzickou dostupností, slušnou úrovní prevence, ale nižší kvalitou a výraznou nedostupností excelentnosti. Například ještě v osmdesátých letech byla chronická hemodialýza (umělá ledvina) nedostupná pro pacienty nad 50 let. V USA zdravotnictví doposud nezná povinné pojištění. Přitom na péči se tam vynakládají nejvyšší podíly HDP, je předimenzované hyperexcelentností, ale dokáže jen velmi obtížně pokrýt financování péče pro zhruba 45 milionů lidí, kteří na to jednoduše nemají vlastní zdroje.

Je kontrola pojišťoven dostatečná?

Není. Ne všichni si uvědomujeme, že obrovský balík financí svěřený pojišťovnám není kontrolován adekvátním způsobem. V našem programu se

píše: „Vláda zabezpečí důsledný dohled nad dodržováním nových pravidel tak, aby zdravotní pojišťovny nakupovaly zdravotní péči v rozsahu a kvalitě garantované zákony. Vytvoří proto nezávislý úřad pro dohled nad poskytováním zdravotní péče. Jeho úlohou bude také kontrola solventnosti pojišťoven a kontrola poskytovatelů péče, zda je poskytována „lege artis“, neboli včas a podle nejnovějších vědeckých medicínských poznatků.“ Nově definované právní postavení poskytovatelů povede ke zvýšení jejich odpovědnosti.

Musí vzniknout instituce, která nebude závislá na politických garniturách, jejíž hlavní úlohou bude kontrolovat, zda zdravotní pojišťovny nakupují tu zdravotní péči, kterou měly nakoupit podle zákona, a zároveň průběžně kontrolovat jejich solventnost, podobně jako Česká národní banka kontroluje komerční banky a pojišťovny. Na straně poskytovatelů pak musí kontrolovat, jestli zdravotní péče byla poskytnuta „lege artis“ a zda nejsou porušována stanovená pravidla pro pořadníky. Pro obyvatele regionů, ve kterých zaostává dostupnost špičkové medicíny, musí pojišťovny pod tlakem této instituce zabezpečit stejný nákup špičkové péče jako pro obyvatele velkých center. Musí tedy vytvářet takové finanční podmínky pro poskytovatele, aby byli motivováni přinést excelenci i tam, kde je jí nedostatek.

A co individuální pojištění?

Tady se nejčastěji zaměňují dojmy a pojmy. Reálně na to, aby mohlo být úspěšné, je potřebné přesně definovat nárok občana na bezplatnou péči z veřejného pojištění. Neplatí, co často slyšíme, že individuální pojištění je lék na nedostatek financí. Nakonec, jeden příklad známe téměř všichni. V zákonu je definované, že pokud onemocníte v zahraničí, tak naše česká zdravotní pojišťovna uhradí jenom tolik, kolik by to stálo u nás. To je poměrně jasná definice rizika. Umožnilo to soukromým pojišťovnám zavést takzvané pojištění cestovních nákladů, které kryje riziko vyšší ceny choroby v zahraničí. Samozřejmě, že je nepovinné a nikdo ho nemůže turistům vnutit. Ale je výhodné, protože za nějakých 20 korun denního poplatku kryje riziko v statisících eur. Když se nebude jasně definovat bezplatný balíček, nelze mluvit o šanci zavést v běžném životě nepovinné (doplňkové,

individuální pojištění). Je věcí státu, zda bude moci motivovat pojištěnce například odpočítáním části zaplaceného nepovinného pojištění od daňového základu, určitě by to výrazně pomohlo jeho rozběhnutí.

Které platební mechanismy pojišťoven preferujete?

Není úlohou vlády stanovovat platební mechanismy. Nebudeme bránit ani tvorbě standardů či jiným platebním mechanismům včetně DRG, (úhrada za diagnózu), avšak považujeme je za nástroje zdravotních pojišťoven, za kontrolovatelných podmínek. Zároveň říkáme, že úhrada musí odpovídat kvalitě poskytované péče a její ceně. Nelze nadále tolerovat, aby poskytovatelé léčili za své, častokráte na úkor svých mezd, a ne za peníze pojišťovny v těch případech, které spadají do veřejného zdravotního pojištění. Navíc je nutné vytvořit celostátně závazné indikátory kvality. Jenom spravedlivá motivační úhrada za zdravotní péči vytvoří podmínky pro odstraňování nerovností v jejím poskytování.

Jste pro nominální pojistné?

Víme, že jde o jiný přístup v chápání zdravotního pojištění. Můžeme ho přirovnat například k nákupu služeb mobilního operátora, který za jistou paušální – nominální – úhradu zabezpečí jistý balík služeb. Stejně tak by pojišťovny za nominální pojistné poskytovaly definovaný balík služeb. Výhodou by bylo snížení povinných odvodů na zdravotní pojištění, což je mimořádně žádoucí. My se však kloníme k jinému postupu. Preferujeme v první řadě jasnou definici nároku občana na bezplatnou péči, tedy definovat produkt, který bude hrazený. To je základní krok, po jehož stabilizaci bude nominální pojistné dobrým řešením spravedlivého zdravotního pojistného systému.

Dá se ušetřit na lécích, nemůže to ohrozit bezpečnost pacientů?

V lékové politice lze omezit výdaje ze zdravotního pojištění na léky, u kterých jednoznačně chybějí vědecky prokazatelné medicínské účinnosti. Výborných výsledků lze dosáhnout generickou substitucí (náhrada stejného léku od jiného výrobce), cenovou soutěží. Také sem patří stanovení standardních postupů u nejnákladnější onkologické léčby – vytvořením a respektováním takzvaných „guide lines“ (jednotná pravidla léčby). Je zajímavé, že i když se trh vyznačuje vysokou mírou konkurence, neprojevuje se to na cenách léků. Navíc se stále setkáváme s nežádoucí indukovanou preskripcí (tzn. případy, kdy farmaceutické firmy různým způsobem motivují lékaře předepisovat drahé léky aneb ve zbytečném množství).

Je velkou chybou zdravotních pojišťoven, že nedokážou finančně motivovat lékaře, kteří dosahují dobré léčebné výsledky s generickými, resp. levnějšími molekulami.

Souhlasí TOP 09 s placením ve zdravotnictví?

Naše strana je stranou konzervativní, pro kterou je přiměřená solidarita alfou a omegou chápání politiky jako služby občanům. Jsme přesvědčení, že zdravotnictví nemůže být bez spoluúčasti pacientů, ale ta je nesmí ruinovat či zbídačovat. Spoluúčast v České republice je v současné době odhadována na 8 až 14 procent z celkových alokovaných zdrojů, přičemž největší podíl připadá na doplatky na léky. Ve starších zemích EU však spoluúčast dosahuje v některých případech až 25 procent. Lze předpokládat, že podíl soukromých financí bude růst současně s růstem životní úrovně, ten však musí být výsledkem reálného růstu ekonomiky, a ne kroků vedoucích k zadlužování země. Ale znova opakujeme, abychom mohli spravedlivě požadovat více peněz od občanů, musíme zvýšit efektivitu systému.

Za co máme platit?

Nepochybně bude nutno otevřít možnost zpoplatnění určité části léčby život neohrožujících chorob. Pokud vláda a parlament určí výši limitu zpoplatnění, mohly by pojišťovny například zpoplatnit větší pacientovo pohodlí při poskytování zdravotní péče. Jinou možností je zpoplatnit větší komfort pacienta při poskytování zdravotní péče aneb pojišťovna může preferovat financování prevence před následky jejího opomíjení, pochopitelně ne u život ohrožujících stavů. Zásadním pravidlem však v souladu s ústavou musí být, že pojišťovny budou zpoplatňovat pouze do výše limitu stanoveného zákonem. Tomuto tématu se dále podrobně věnujeme v tématu „Bez zpoplatnění to nepůjde“.

Chcete omezovat nějakou zdravotní péči?

Určitě ne. Máme-li Českou republiku zbavit Semaškova modelu financování, má-li každý občan dostávat podle práva stejně kvalitní a dostupnou zdravotní péči, rozhodně ji nechceme omezovat, jak bylo zvykem ještě v nedávné minulosti (znova si připomeňme dialýzu poskytovanou socialistickým zdravotnictvím pacientům pouze do jejich padesátého roku života).

Jak chcete zastavit odliv českých zdravotníků?

Odpověď je poměrně jednoduchá. Slušným finančním ohodnocením srovnatelným s příjmy ve starých evropských zemích a dobrými pracovními podmínkami. Odpověď na otázku, jak toho dosáhnout, už tak jednoduchá není. Problém nelze zázračně vyřešit jediným krokem. Při odpovědi na otázku o efektivitě jsme řekli, že sestry a lékaři u nás by mohli mít o padesát procent větší příjmy, kdyby české zdravotnictví dosahovalo podobné efektivitě jako například holandské. Nechceme-li slibovat nesmysly, musíme konstatovat, že bude nutno urychleně dokončit již připravenou a započatou sérii kroků, které budou znamenat zásadní změny, nikoli zdokonalování podrobností.

Dalším důležitým krokem je dořešení dalšího a celoživotního vzdělává-

ní. Sem patří hlavně forma a způsob přípravy na atestaci. Musíme vytvořit jednotný model vzdělávání na bázi akreditovaných studijních programů a akreditovaných škol, nejlépe lékařských fakult. V celoživotním vzdělávání mají nezastupitelné místo komory, zejména systémem kreditu.

Jak si představujete změny v síti poskytovatelů?

Na úrovni ambulantního sektoru bude nutno zabezpečit výchovu mladých lékařů primární péče nejen kvůli hrozícímu akutnímu nedostatku těchto lékařů. Například jednoznačně se musejí zlepšit podmínky pro lékaře prvního kontaktu. Ti by měli být prvním kontaktem pacienta se zdravotnictvím. Množství věcí dokážou řešit sami, nejsou však nijak finančně motivováni. Lepší motivační finanční podmínky mohou podpořit zájem lékařů o práci v terénu. Moderní diagnostické a terapeutické metody se přesouvají čím dál tím více směrem do ambulantního sektoru. Chceme, aby část léčby převzali na sebe už praktici a řešili některé jednodušší věci, za což je chceme odměnit. Tím zmenšíme tlak na ambulantní specialisty, protože víme, že práce specialisty v ambulantním sektoru je odborně stejně náročná jako práce téhož specialisty v ústavní péči, pouze chybí hotelová část. Tento pohled je samozřejmě značně schematický, ale dobře vystihuje princip.

Konec konců, kdo z nás si před dvaceti lety dokázal představit operaci nádoru ledviny nebo výměnu kloubu či oční čočky nebo brániční kýly v režimu jednodenní chirurgie? Také musíme preferovat maximálně možné snižování hospitalizace ve prospěch léčby ve stacionářích a domácí péče.

V přednemocniční urgentní péči potřebujeme změnit strukturu z krajské na celostátní. Toto naštěstí nevyžaduje vysoké investice, protože záchranná služba je již vybudovaná. Na to musí navazovat vybudování urgentní nemocniční péče ve vybraných lůžkových zařízeních

V segmentu ústavní péče bude nutno budovat efektivní síť poskytovatelů. Nemá smysl mít na „každém rohu“ nevalně fungující nemocnici, ale je třeba mít perfektní nemocnici dosažitelnou v reálném čase.

Velkým problémem je jakési nepochopení funkce geriatrie jako moderního oboru. Jde o medicínu seniorů, tedy lidí nad 65 let. Tak jako dnes už nikdo nepochybuje o tom, že dětská medicína není zmenšenina dospě-

lých, tak geriatric není „stařec“ normální medicíny. Kdybychom zhodnotili počet pacientů nad 65 let například na interních odděleních, je zřejmé, že jich tam bude drtivá většina. Geriatric se specializuje na různé obory, a tak by tyto měly být zastřešené kvalifikovanými gerontospecialisty. Ať chceme, či ne, bude nutné z této medicínské popelky vybudovat řádný systém poskytování medicínské péče pro seniory.

Co podle TOP 09 čeká sestry?

Stále je nedocenená práce sester. Jsou vzdělané, oddané svému povolání a nesmírně obětavé. Nejen sestry, ale i ostatní zdravotnický personál nejsou pouhými pomocníky lékaře, ale plnohodnotnou součástí týmů. Měla by být posílena role sester jako samostatných poskytovatelek zdravotní péče v oboru ošetrovatelství.

Když se dostanu na začátek pořadí, mohu si svobodně zvolit svou nemocnici?

Pacient také musí mít reálnou možnost využít svobodnou volbu zdravotnického zařízení splňujícího kvalifikační předpoklady, jakmile mu pojišťovna oznámí, že je připravena uhradit jeho plánovanou léčbu. Je všeobecně známo, že jasná pravidla a transparentnost procesů výrazně snižují možnost korupce.

Budou ještě jiné pořadníky?

Ano, jsou i dnes a to ve dvou odlišných situacích. Když se čeká na vhodný orgán, nebo na medicínskou kapacitu. Zkracování čekacích dob v transplantologii jde ruku v ruce se zlepšováním celého komplexu činností.

Čekání na kapacity není v této chvíli zásadním problémem, ale můžeme už pozorovat první příznaky snížené průchodnosti chirurgických pracovišť kvůli nedostatku anesteziologů. Považujeme to za vážný signál narůstajícího rizika, a pokud se zásadně nezmění motivační odměňová-

ní lékařů, sester a ostatních pracovníků, může vzniknout skutečně vážný problém.

Jak hodláte zajistit zdravotní péči o stárnoucí populaci?

Statistické údaje jsou jasné: V roce 1993 bylo u nás 3,688 milionu mladých lidí ve věku do 24 let. V produktivním věku od 24 do 59 let to bylo 4,780 milionu a nad 60 let 1,850 milionu lidí. Podle té pověsti o Karlu IV. s třemi penízky bylo v uvedeném roce ve skupině prvního peníze 38% populace a ve skupině třetího 18%. V produktivním věku bylo 77% obyvatel. Už jsme řekli, že skupina druhého peníze vždy musí financovat veškeré sociální dávky a příspěvky, důchody, náklady na nezaměstnané a skoro celou zdravotní péči. Stát ale svůj podíl financování hradí z přímých daní, je to zas od občanů ekonomicky aktivních a z nepřímých daní všech občanů. V roce 2009 jsou však čísla zcela jiná. Ve skupině prvního peníze je už jenom 2,670 milionu, zato ve skupině třetího peníze je už 2,281 milionu lidí. Těch, kteří to musejí financovat, je 5,315 milionu. Vidíme tedy pokles počtu dětí a vzestup počtu starších lidí. Naštěstí ekonomicky aktivní skupinu posílily takzvané „Husákovy děti“ – populačně silné ročníky sedmdesátých a osmdesátých let. Za deset let, v roce 2020, bude podle odhadů v první skupině 2,340 milionu, ve třetí skupině 2,718 milionu a ekonomicky aktivních pak 5,220 milionu. Jenže v roce 2050 bude v první skupině jen 1,990 milionu, ale ve skupině třetí až 3,650 milionu. Naproti tomu ekonomicky aktivních bude jen 3,8 milionu.

A co ještě znamenají ta čísla?

Například, že rozvojem medicíny se mění střední délka života. Za posledních osmnáct let se zvýšila u mužů z 69,2 na 73,1 roku a u žen ze 76,4 na 79,4 roku. Do roku 2050 se pravděpodobně prodlouží u mužů na 79 let a u žen na 84,5 roku. Nepochybně tedy přibývají senioři a těm jsme povinni vrátit „třetí peníz“. Ubývají však ti, kteří by tuto povinnost plnili. S narůstajícím věkem přibývají i chronické choroby a stavy, které zhoršují mobilitu a soběstačnost.

Víte vůbec, co je to být seniorem?

Víme, ale také víme, že pro slušnou existenci potřebují starší lidé intenzivnější zdravotní a sociální péči. Téměř každý ve skupině sedmdesáti pěti let má nějaký ten umělý kloub, čočku či koronární stent. Implantované přístroje stojí až milion korun. Jsme hluboce přesvědčeni, a to zdůrazňujeme, že jsme povinni zdravotní péči v takovém rozsahu seniorům zabezpečit.

Jak to chcete zabezpečit, nejsou to jenom předvolební sliby?

Chceme vyřešit prastarý problém. Představme si, že na televizní obrazovce běží souběžně dva filmy. V levé polovině vidíme sestru ošetřující pacienta. Nakrmí ho, přebalí, podá mu léky, píchne mu injekci, provádí s ním nějakou rehabilitaci. Na pravé straně vidíme stejný děj. Jaký je rozdíl? Děj v levé polovině obrazovky se odehrává v domově pro seniory a ten vpravo ve zdravotnickém zařízení. Stejná činnost s jedním člověkem, ale ve dvou rezortech s různým přístupem a velkou byrokracií. Výsledný efekt je nevalný. Ve zdravotnické části máme rezervy ve zdrojích, které sice systémem získává, ale ztrácí se v něm bez užitku. Jak jsme již dříve uvedli, je to zhruba 20 haléřů z každé koruny. Pokud zvýšíme efektivitu, jednoduše najdeme další zdroje uvnitř systému.

Může to stačit?

Dalším zdrojem financování bude sociální systém. Jsou zde především příspěvky na péči, které dosahují výše až dvanácti tisíc korun. Současně může občan získat další prostředky zhruba deseti způsoby v podobě dávky na pomůcku, úpravu bytu či zakoupení motorového vozidla. Tento systém je ještě méně efektivní než zdravotnictví, protože funguje takřka nekoordinovaně. Nezřídka lidé, kteří by pomoc potřebovali, ani nevědí o možnostech, jak ji získat. I když jsou klienty v této skupině i mladí lidé s handicapem, počtem budou rozhodující přibývající senioři.

Co navrhuje?

Řešení vidíme ve vytvoření komplexního systému sociálně zdravotní ochrany občana, který bude mít zajištěno financování zdravotních i sociálních služeb prostřednictvím jedné instituce. Cesta k tomuto cíli není jednoduchá. Je třeba přesněji definovat pojmy zdravotní péče, ošetrovatelské péče, specifikovat kompetence sester. Změna se dotkne asi pěti zákonů.

Navíc vidíme i letitý problém posudkové činnosti v rezortu sociálních věcí. Například Boháč, Čevela a Čeledová napsali v roce 2008, že „polovina ze všech lékařů působících v současné době v rezortní lékařské posudkové službě MPSV nesplňuje předepsané požadavky na vzdělávání“. Posuzování nároku na to či ono ze sociálního systému je velmi komplikované a nepřehledné. Navíc, když to dělají málo kvalifikovaní lidé, je i nespravedlivé a častokrát doslova ponižující.

Proč se málo mluví o hospicové a paliativní péči?

Nejprve si řekněme, co je hospicová a paliativní péče. Citujeme stránku www.osobniasistence.cz. „Hospicová péče je taková péče, která nabízí těžce nemocným (většinou v terminálním stavu) a jejich blízkým účinnou pomoc, kdy už jsou prostředky klasické medicíny, síly a schopnosti nejbližšího okolí pečovat o nemocného nedostačující. Hospicová péče je určena většinou pro pacienty s onkologickým onemocněním, přijímání jsou ale i pacienti s jinými druhy nevléčitelných onemocnění, většinou v terminálním stadiu onemocnění. Hospicová péče se poskytuje jak v lůžkových hospicových zařízeních, tak i doma ve spolupráci s rodinou nemocného.“

Zásadním rozdílem mezi péčí poskytovanou v lůžkových nemocničních zařízeních (odd. akutní péče, následné péče - LDN) a hospicovou péčí je to, **že** hospicová péče **se** nesnaží o vyléčení nevléčitelných nemocí, **ale o to, aby** závěrečná část života těžce nemocného pacienta byla maximálně kvalitní, aby netrpěl bolestí, aby nebyl ničím a nikým omezován ve svých aktivitách po celých 24 hodin, aby mu byla poskytnuta kvalitní péče jak fyzická (hygiena, odstranění bolesti), tak psychická včetně péče duchovní (má-li pacient zájem, duchovní péče není nikomu vnucována).“

Paliativní péče spočívá hlavně v odstraňování a tlumení jakýchkoli bo-

lestí pacienta. Předchází hospicové péči a nelze je navzájem zaměňovat. Obě však nepochybně patří do zdravotní péče. Úlohou naší vlády bude vytvořit legislativní prostředí, které umožní její rozšiřování, její poskytování „lege artis“ a její financování ze společných prostředků, které dosud byly spravovány dvěma resorty - sociálních věcí a zdravotnictví. Jestli si plně osvojíme tyto pojmy a dokážeme je přetavit v realitu života, bude to další významný krok k zlepšení péče o naše občany.

Neměly by neschopenky vyplácet zdravotní pojišťovny?

Ano, je potřebné dořešit problematiku dočasné pracovní neschopnosti. Její financování a posuzování by se mělo dít též prostřednictvím jedné instituce. Umíme si představit, že všichni ekonomicky aktivní, kterých se to týká, budou povinně pojištěni na stejnou částku a budou platit stejnou sazbu.

Na vyšší částku se bude moci každý pojistit u komerčních pojišťoven, které takový produkt nabídnou veřejnosti do pěti minut po schválení zákona. Určitě by to zvýšilo ekonomickou efektivitu, zlevnilo cenu práce, podpořilo ekonomiku a napomohlo zvýšení zdrojů do systému zdravotně sociální ochrany občana

Proč máte v názvu odpovědnost, není to samozřejmost?

Chceme, aby moderní zdravotnictví bylo dostupné všem občanům. Abychom toho dosáhli a nemuseli jsme eliminovat celé skupiny lidí, jak bylo zvykem ještě v nedávné minulosti (připomeňme si dialýzu poskytovanou socialistickým zdravotnictvím do padesátého roku života), pak musíme zvýšit odpovědnost všech účastníků. Pojišťoven za nákup zdravotní péče, poskytovatelů za poskytování kvalitních služeb a občanů za vlastní zdraví. A určitě v neposledním řadě i odpovědnost politiků, zejména v slibování něčeho, co je v konečném důsledku velmi neodpovědné vůči všem, zejména našim seniorům a dětem.

I proto neslibujeme další dotace do zdravotnictví například z dividend ČEZu. Kroky TOP 09 povedou ke zvyšování efektivity systému a půjdou

ruku v ruce s našimi ekonomickými kroky vedoucími k překonání krize a nastartování růstu ekonomiky. Tak budou vytvořeny reálné podmínky pro takové zlepšování zdravotně sociálního systému, jaké bude umožňovat ekonomická situace země a jejích obyvatel.

Proč říkáte ve svém programu, že bez zpoplatnění to nejde?

Ano, toto poselství má TOP 09 ve svém programu o zdravotnictví. Už při svém zrodu jsme si předsevzali mluvit pravdu a nevyhýbat se i nepříjemným tématům přesto, že jiné strany o tom buď nehovoří vůbec, anebo velmi nejasně. Například nutnost zpoplatnění se skrývá za standard, který má být placený z veřejného zdravotního pojištění, a za nadstandard, který hrazený nebude. Bohužel, dosud nikdo nedal věcnou odpověď na to, co si pod těmito pojmy myslí.

Občané se celkem mylně domnívají, že se tím myslí například kvalita hotelové části v nemocniční péči, ubytování, strava, televize, a předpokládají, že asi i hezčí sestra. Je to nesmysl, protože pod standardem se rozumí především proces poskytování zdravotnické péče včetně standardizovaných léků a zdravotnických pomůcek. Standard není zatím v České republice definovaný. Ústava ČR hovoří o tom, že podmínky poskytované zdravotní péče musí být uvedené v zákoně. Dříve, či později Česká republika zažije v parlamentu diskusi o tom, co je standardní sádra, oční čočka, kyčelní kloub nebo standardní stent při zákroku na věnčitých tepnách. U té sádry by to možná ještě šlo, těžká bude bez pojištění a odlehčená za poplatek. Představme si ale osmdesátiletou babičku, jak jí lékař vysvětluje, že do oka (srdce, kloubu) dostane tu nebo onu náhradu či stent a za doplatek něco lepšího. Ani parlament, ani babička nebudou schopny přijmout reálné rozhodnutí.

No dobře, ale co TOP 09?

Pokud hovoříme o tom, že by se mohlo přistoupit ke zpoplatnění poskytované zdravotní péče, musí být splněno více podmínek. V první řadě

ekonomické. Zpoplatnění má zajistit nové zdroje do systému. Zopakujme si některá fakta. Ministerstvo zdravotnictví ČR a největší pojišťovna avizují nedostatek financí a deficit již v tomto roce. Krize zasáhla do výšky vybraného pojistného, zdrojů bude v roce 2010 zhruba tolik jako v roce 2008 a 2009, tedy žádný nárůst. Mimo to však víme, že efektivita českého zdravotnictví je řádově 0,80. Jednoduše, z každé koruny se ztrácí 20 haléřů, které vůbec neslouží svému účelu, na který byly vynaložené. Pro porovnání, na Slovensku je efektivita 0,74 a v Holandsku 0,99. Pokud bychom dokázali zvýšit efektivitu systému na holandských 0,99, získali bychom reálné zdroje ve výši cca 40 miliard korun, počítáno cenami roku 2009. Víme, že největší ztráty jsou v lékové politice, ve zbytečně drahých, zbytečně předepisovaných a zbytečně vyhozených lécích. Odhaduje se, že jen prostřednictvím lékáren, kam občané sami donesli nepotřebné léky, se ročně likviduje 100 tun léků. Přitom samotné léky jsou v miligramech, málokdy v gramech. Bůh ví, kolik se jich vyhodí do kontejnerů přímo, to číslo je určitě ještě daleko vyšší.

Velké ztráty máme v nedocení nejen medicínského, ale i ekonomického významu ambulantní péče. Stále více se preferují hospitalizace a to i v těch případech, kdy je jednodenní medicína a nebo léčba ve stacionářích pro pacienta i pro finance výhodnější. Podobně těžko se dají vyčíslit ztráty z nevykonané prevence, výsledkem čehož je, že pacient přijde pozdě, jeho léčba je významně nákladnější a, bohužel, značně méně úspěšná. Samozřejmě, že takových příkladů je o mnoho víc.

Jak jsme již hovořili, dočasně napomáhá ekonomice systému fakt, že výkonnost české ekonomiky je jen 70 % průměru starých zemí EU, ale zdravotnictví neposkytuje 70procentní péči svým občanům, ale reálně porovnatelnou s nejrozvinutějšími zeměmi světa dokonce častokrát i lepší. Čeští zdravotníci poskytují vysoce kvalitní služby ne za evropské, ale za výrazně nižší, někdy až nedůstojné mzdy. To je dlouhodobě neudržitelné!

Spoluúčast pacientů na financování zdravotní péče je v různých zemích Evropy různá. V Německu, Francii či Holandsku se pohybuje na úrovni 22-25% z celkového objemu zdrojů. Spoluúčast není v žádném případě cíl, ale nevyhnutelný prostředek k dosažení udržitelného financování péče každého občana země. V tranzitivních ekonomikách, jakými jsou česká, slovenská nebo maďarská, je typické, že kvalita a dostupnost zdravotní péče není stejná pro každého občana, protože je stále velký rozdíl mezi

hlavním a menšími městy, o venkovu ani nemluvě. Každý má právo na stejnou kvalitu a dostupnost, o tom nikdo nepochybuje, ale postupné vyrovnávání těchto rozdílů je velmi náročné na zdroje.

Ano, to říkají všichni, proč to má stále víc platit občan?

V první řadě je třeba říci, že zpoplatnění není nic mimořádného ani u nás, vždyť již dnes se občané podílejí svými zdroji zhruba v objemu 12-14% (údaj z roku 2008) ze všech zdrojů. Největší část tvoří doplatky na léky, a ne zpolitizované regulační poplatky. Co považujeme za nesmírně důležité, je respektovat množství kritérií, která jsou nevyhnutelná pro spravedlivou spoluúčasť.

Tak už konečně povíte, za co budeme platit?

Při rozhodování o zpoplatnění je více kritérií. Nejdůležitější jsou mediální kritéria. Pro lepší pochopení si představme, že parametry třídíme jakoby přes síta. Například prvním sítem třídění bude posouzení choroby, zda ohrožuje, nebo neohrožuje život, nebo je léčení choroby neodkladné, například úrazy, akutní operace, nebo je možné ho odložit – naplánovat – například operace šedého zákalu. Je třeba vědět, že stejná choroba má různé klinické formy. Například akné, což jsou vyrážky na tváři, nejčastěji u mladých lidí, může být ve formě pupínků, jejichž léčení je lehké, jednoduché. Nebudeme bránit spoluúčasti pacienta při jejich léčbě. Naopak existuje však i tzv. fulminantní forma, která může ohrožovat život, a tu opravdu nelze zpoplatnit.

Další kritéria jsou ekonomická. Například nákladnost léčení. Je zřejmé, že nikdo rozumný nebude zpoplatňovat vysokonákladové onkologické, kardiologické choroby, náročné operace, drahé náhrady kloubů či čoček a už vůbec ne například stenty koronárních artérií. Problémem je, že cena jako ekonomická kategorie, týkající se samotné zdravotní péče, zatím v ČR neexistuje. Máme cenu léků, máme cenu speciálního zdravotního materiálu, ale ne cenu léčby. A na kolik cena samotné léčby rozhodne,

nemá nic společného s existující úhradou zdravotních pojišťoven, ať už za hospitalizaci, nebo za diagnózu.

Do kritérií je však třeba zahrnout i ekonomickou situaci občana. Veřejné zdravotní pojištění musí chránit občany před kritickými náklady zdravotní péče. To je nepochybné. Zpoplatnění musí mít svá sociální kritéria, není možné, aby se poplatky ve zdravotnictví dostal občan až na hranici chudoby. To platí absolutně. Když dokáže sociální systém přispívat množstvím dávek např. na ošacení, dopravu, knížky a učebnice, ubytování, na topení apod., musíme najít způsob, který sociálně slabším pomůže pokrýt tyto náklady. Z toho aspektu odpouštění regulačních poplatků lékaři nebo jejich plošné nahrazování např. „dary krajů“ je nesystémový nesmysl a v jistém slova smyslu i nemorálnost.

Když přes tato a jiná kritéria „prosejeme“ všech více než 11 tisíc známých chorob, uvedených v desáté revizi mezinárodní klasifikace chorob Světové zdravotnické organizace (WHO), matice (na ose „y“ jsou všechny choroby a na ose „x“ jsou výkony nebo služby, které používáme pro předcházení choroby – prevence – její zjištění – diagnostika – odstranění – léčba). Následně dokážeme rozdělit seznamy chorob na ty, které je nemožné zpoplatnit formou spoluúčasti, a na ty, u kterých je spoluúčast možná.

Je TOP 09 připravená pro politická rozhodnutí?

Klíčem ke stabilizaci veřejných financí ve zdravotnictví je vždy politické rozhodnutí. Nejen o tom, zda se bude zpoplatňovat, či ne, ale i výška spoluúčasti a způsob, jak se to má provést. Vláda musí prosadit zákon, který jí umožní určovat maximálně přípustný podíl účasti občanů v daném roce, anebo i v delším časovém období na celkových financích. Tak se podaří postupně a citlivě v sociálně únosné míře vyrovnávat deficit financí.

Nemůžeme čekat, že v systému, ve kterém ještě stále platí zákon 20 z roku 1966 o „Ochráně zdraví lidí“, se takováto změna podaří ihned. Bude potřebné komplexně změnit zákony a potom nás čeká množství práce v odborných skupinách, které budou, podobně jako se určuje spoluúčast při léčích, navrhopvat výšku případné spoluúčasti.

Hlavním politickým rozhodnutím bude tedy stanovit nárok pacienta

na úhradu léčby z veřejného zdravotního pojištění, v zahraniční literatuře se mu také říká BBC (basic benefit pocket).

Můžete říci, kterou konkrétní léčbu si budeme platit?

Samozřejmě, že všechna tu, která se až doposud hradila. U ostatních téměř vždy půjde o spoluúčast, ne o plnou úhradu. Tu můžeme očekávat jen v případech takových onemocnění, u kterých například nejsou hrazené ani léky. Něco jiného bude menší spoluúčast při nízkonákladové léčbě, kde se dalo onemocnění předcházet prevencí. Dobrým příkladem je očkování proti chřipce a spoluúčast na její léčbě. Podobně řádově v stovkách korun můžeme očekávat spoluúčast u léčby plánovaných onemocnění v implantologii, kam patří operace zákalů, operace bederních kloubů a podobně. Ekonomické zdůvodnění nutnosti spoluúčasti uvádíme v poslední kapitole. Taky je možno požadovat spoluúčast u zdravotní péče, která je poskytnuta na požádání pacienta.

Trochu ekonomie neuškodí

Proč výdaje na zdravotnictví rostou?

Porovnáním výdajů mezi zeměmi zjišťujeme, že z ekonomického hlediska můžeme zdravotní péči označit jako „luxusní statek“, tedy statek, po kterém poptávka roste rychleji než příjem, což v ekonomické terminologii znamená, že příjmová elasticita poptávky je větší než jedna. Pokud je tedy příjmová elasticita vyšší než jedna, spotřeba určitého statku bude růst spolu s příjmem. Když je však příjmová elasticita poptávky nižší než jedna, tak procento příjmu minulého na takovýto statek s růstem příjmu klesá. Poptávka po luxusních statcích, jakým je i zdravotnictví, tedy roste spolu s příjmem. V sedmdesátých letech podíl výdajů na zdravotnictví v zemích OECD tvořil přibližně 5% HDP, v devadesátých letech to bylo již téměř 7% HDP. V současnosti se tento podíl vyšplhal už na 9% HDP.

	1960	1970	1980	1990	2000	2005
Výdaje na zdravotnictví jako % z HDP v zemích OECD	3,80	5,00	6,70	6,90	7,90	9,00

To vysvětluje paradox, že stoupající světová prosperita se stala jednou z příčin problémů zdravotních systémů ve více zemích světa. Hospodářský růst způsobuje tlak občanů na postupné zvyšování podílu HDP na financování zdravotnictví. Celosvětový sociální rozvoj ještě víc podporuje toto očekávání. Především vyspělá komunikace (internet, film) přinesla občanům mnoha zemí image životního standardu vysokopříjmových zemí.

Lidé tak stále víc akceptují fakt, že je absolutně nevyhnutelné zůstat mladý a zdravý co nejdéle, být šťastný, jak je jen možné, a konzumovat tolik, jak je jen možné. Zabezpečení fungování zdravotních systémů v mnoha zemích je potom za takto definovaných cílů pod neuvěřitelným tlakem.

Rostoucí očekávání neovlivňují jen celkovou hladinu poptávky po zdravotnické péči, ale i její strukturu. Pacienti se často domáhají nejlepší péče, nejmodernější technologie a nejnovějších léků. Staví se skepticky (někdy oprávněně) k regionálním zařízením a tlačí vlády jednotlivých států k vyšším výdajům několika elitních institucí. Zároveň nutí vládu poskytovat drahou, na vysoce kvalitní technologii založenou péči. Politický vývoj se tak především v demokratických zemích stává (cílem politiků je naplnit přání voličů) významným faktorem rostoucích očekávání.

Jaká je však optimální výška výdajů na zdravotnictví?

Přístupů k této otázce je více. Z ekonomického hlediska můžeme použít „marginální analýzu“. Porovnááme jí výšku benefitu, kterého jsme se museli vzdát mimo sektor zdravotnictví, s výškou dodatečného přírůstku zdraví vyvolaného investováním finančních prostředků právě v sektoru zdravotnictví, a ne mimo ně. Při limitovaných zdrojích se tak jedná o určitou formu „obchodu“: tedy náklady na zdravotnictví můžeme vnímat jako náklady obětované, které jsme mohli vynaložit na jiné statky než zdraví.

Z pohledu subjektivního prospěchu může objem nákladů na zdravotnictví posoudit jedině každý jednotlivec samostatně, neboť on jediný

opravdu ví, jaké individuální ztráty a benefity může očekávat od investování do sektoru zdravotnictví nebo mimo něj. V protikladu objektivní utilitariáni jsou nuceni jednotlivé benefity v jiných sektorech měřit ekvivalentem podobným QALY nebo DALY. Otázkou pro ně zůstává, zda vyšší spotřeba zdrojů na zdravotnictví na úkor např. školství, jehož výsledkem je určitý přírůstek QALY, je porovnatelná se ztrátou, o kterou poklesl index vyjadřující vzdělanost obyvatelstva.

Dva vzpomenuté přístupy sice velmi jasně poukazují na nutnost „obchodu“ mezi jednotlivými prioritami, ať už individuálními, nebo společenskými, ale měření výšky nákladů na zdravotnictví takovýmto způsobem by bylo velmi komplikované. Neboť rozdíl mezi výdaji a náklady vůbec není triviální, často se právě ve zdravotnictví výška nákladů ztotožňuje s výškou výdajů. I když tento přepočítání není právě nejkorektnější, náklady na zdravotnictví můžeme posuzovat přiměřeností minulých výdajů.

Mají země neomezené zdroje?

Ne, vlády mají limitovanou schopnost platit. Poslední vývoj ve světě na jedné straně vytvořil problémy, ale zároveň i příležitosti pro jednotlivé vlády platit za zdravotní péči. Rozhodující pro národní vlády bylo poznání, že autonomie jejich fiskální a monetární politiky je výrazně limitovaná mezinárodními kapitálními toky a nadnárodními finančními institucemi, které nebudou ochotny kupovat dluhopisy vlád, které systémem sociální či zdravotní péče neustále vytváří deficit. Zároveň, když vlády žádají úvěry na restrukturalizaci takovýchto sektorů od mezinárodních finančních institucí, jako je Světová banka či MMF, musí zastavit růst dluhu, kontrolovat vládní výdaje a respektovat jejich pravidla. Rozmáhající se světová ekonomika tak pro méně rozvinuté ekonomiky skrývá mnohá nebezpečí..

Kombinace mezinárodní konkurence a vysoké hospodářské stability vyprodukovala rozličné druhy krizí zdravotních systémů. V první řadě mezinárodní konkurence zvyšuje uvědomování si nákladů podnikání, především v souvislosti s udržením vývozních trhů a ve snaze čelit domácí konkurenci. Žádný subjekt soukromého sektoru nechce platit vyšší odvody z daní na financování zdravotní a sociální péče. Na druhé straně občané si stěžují, že si nemohou dovolit platit víc za zvyšující se náklady

zdravotní péče z vlastních zdrojů. Zároveň však odmítají platit vyšší daně a zvyšování příplatků.

Rozpočtové zdroje vlád limitované výběrem daní a odvodů tak bývají často v přímém rozporu s politickými cíli vlád. Obzvláště zřetelně se tento problém projevuje ve východní Evropě, kde se předimenzované a nestructuralizované zdravotní systémy, vytvořené v čase komunistické éry, ukazují v období ekonomické transformace a ve snaze obnovit ekonomickou konkurenceschopnost jako kriticky neudržitelné.

Je trend směrem k používání trhu ve zdravotnictví náhodný?

Není. Selhání centrálního typu vládnutí bez jasně definovaných vlastnických a zodpovědných vztahů v těchto nízkopříjmových zemích vedlo k plýtvání limitovaných zdrojů, špatnému managementu, nízké kvalitě a přebujelé korupci. Tato skutečnost vzbuzuje zájem o nové definování úlohy vlády, stejně jako o hledání nových forem vlastnických vztahů prostřednictvím korporatizace a privatizace.

Špatně řízené vládní systémy a neefektivně státem řízené a kontrolované organizace profitují především z pervezních stimulů politických systémů. Pro vládu je totiž z hlediska posílení moci atraktivní zneužít veřejný sektor spíše na poskytování jistot než na poskytování služeb, zdůrazňovat víc zaměstnanost než samotný výstup, upřednostňovat kvantitu před kvalitou a vládnout vděčným zaměstnancům, než bojovat se skutečnými zákazníky.

Když se nakonec v mnoha zemích podařilo zlomit takto definovanou politiku, došlo k rozsáhlým institucionálním reformám zaměřeným na decentralizaci vlády a na vytvoření autonomních jednotek, nezávislých kontrolních institucí, právně subjektivních korporací až po privatizované útvary. Hlavním prvkem úspěšnosti těchto reforem je důraz na jasné definování kompetencí, zodpovědnost vlastnických vztahů a organizace managementu těchto institucí.

Tento trend zároveň zahrnuje rostoucí entuziasmus použít při alokaci zdrojů konkurenční trhy, především zužitkovat dva základní komponenty trhů: dovolit spotřebitelům mít možnost výběru a zároveň zabezpečit

tento rozmanitý výběr.

Častokrát preferovaná privatizace sama o sobě však ještě nemusí zabezpečit funkční systém a vidíme, že v praxi často vedle sebe fungují oba dva systémy: veřejný a soukromý. Přesto, tržně orientovaný model nemusí vždy reflektovat etické zásady spojené s poskytováním zdravotní péče. V moderním zdravotním systému proto klíčovou úlohu sehrává uvědoměná regulace zdravotnictví, aby se tržní síly využily na dosažení společenských cílů.

Zlepšování zdravotního stavu je klíčovým cílem zdravotní politiky

Zdravotní systém je místo, kde se střetává touha po nesmrtelnosti s přísným světem ekonomie. Naši touhu po nesmrtelnosti definuje naše biologická podstata:

- naše tělo je nejen naším vlastnictvím, ale definuje nás jako lidi
- naše tělo je místo, kde můžeme být vždy kontaktováni
- naše tělo je předmětem velkých a nepředvídatelných rizik, která jsou navzájem nezávislá

Předpokladem svobodného rozhodnutí jednotlivce o svém životě je plnohodnotný zdravotní stav. Zdraví proto můžeme vnímat jako nevyhnutelný předpoklad smysluplné a svobodné volby.

Hlavním cílem zdravotní politiky je proto vytvořit podmínky na fungování takového zdravotního systému, který v dlouhodobém horizontě zlepšuje zdravotní stav populace. Je důležité si uvědomit, že samotná vláda nemá nástroje na to, aby lidem navracela zdraví. Má však nástroje na to, aby aktivně ovlivňovala chování a konání lidí.

Naše biologická podstata nás tlačí k prodlužování našeho života, protože nejvzácnějším zdrojem kromě vlastního těla je čas. Současně s délkou života však chceme zvyšovat i jeho kvalitu. Na druhé straně, kam nás žene naše ekonomická podstata?

Maximalizovat užitek a minimalizovat náklady. Naším cílem je držet tělo „pohromadě“ při nejnižších nákladech, přičemž odmítáme vidět naši tělesnou schránku jako dlouhodobou investici.

Nesmíme zapomenout, že při cíli dosáhnout nejvyšší průměrnou úro-

veň zdravotního stavu je pro země velmi důležité dosahovat nejmenšího rozdílu ve zdravotním stavu mezi jednotlivci a skupinami.

Spokojenost je druhým finálním cílem zdravotní politiky.

Spokojenost spotřebitelů se zdravotním systémem není daná jen jeho schopností vytvořit zdravotní zisk, resp. zvýšit hladinu zdraví obyvatelů. Při schopnosti systému zlepšovat zdravotní stav populace je velmi důležité, jak jsou lidé spokojeni s nemedicínskými parametry systému.

Prvním parametrem, který není závislý na zdrojích zdravotního systému, je respekt vůči spotřebitelům. Konkrétně respektování jejich důstojnosti při poskytování zdravotních služeb, respektování tajnosti při administraci jejich zdravotních záznamů a umožnění samostatnosti v rozhodování.

Druhým parametrem je orientace na klienta – její zlepšení je už však závislé na dodatečných finančních zdrojích. Jedná se o zrychlení pozornosti, zlepšení kultury prostředí, přístup k sociální síti (rodina a přátelé) a svobodný výběr poskytovatele.

Třetím nejdůležitějším cílem zdravotní politiky je finanční ochrana.

Důležitým východiskem pro posuzování finančního břemene je skutečnost, že osoba, resp. instituce platící určitý odvod přímo do systému, nemusí být v konečném důsledku zároveň osobou, která nese břemeno financování systému. Typickým příkladem je pozice státu jako plátce a pozice plátce daně jako nositele finančního břemene při platbě státu za svoje pojištění.

Důraz musíme klást na distribuci břemene mezi rozličnými příjmovými skupinami, což se nazývá „vertikální rovnost“. Při jejím definování rozlišujeme tři možnosti. Za prvé, finanční zatížení nazýváme *proporcionální* jako všechny sociální skupiny bohatých a chudých – zatěžíme proporcionálně k jejich příjmům. Jako progresivní označujeme také zatížení, které

bohatším bere proporcionálně větší část jejich příjmů než chudobným. Za *regresivní* považujeme takové zatížení, které chudší vrstvy zatěžuje proporcionálně k příjmu víc než bohaté.

V závislosti od míry orientace společnosti/země na sociálně slabší vrstvy tak závisí i nastavení systému daní, odvodů a pojistného na financování zdravotních služeb. Uživatelské poplatky a pojistné prémie, které nejsou závislé od výšky příjmu (jsou stejné pro chudé i bohaté) můžeme považovat za nejméně regresivní. Progresivní zdanění všech forem příjmů (včetně kapitálových výnosů) přináší největší břemeno na bohaté. Zdravotní pojištění financované z odvodů ze mzdy je velmi blízké k proporcionálnímu, ale může mít i progresivní charakteristiku. Když u chudších vrstev tvoří mzda oproti kapitálovým výnosům větší podíl z celkového příjmu, daň uvalená na mzdy bere větší procento celkového příjmu nižším příjmovým skupinám. Spotřební daň a daň z přidané hodnoty mají mírně regresivní dopad (v závislosti od osvobození některého zboží od jejich placení), když spotřeba dosahuje v nižších příjmových skupinách vyšší procentuální podíl.

Druhým přístupem je posouzení „horizontální rovnosti“ vycházející z principu, že s lidmi patřícími na stejnou ekonomickou úroveň by se mělo zacházet stejně. Ve smyslu reformy zdravotnictví je tato otázka aktuální především z regionálního hlediska, když dochází k decentralizaci financování, kompetencí a majetku, chudší oblasti totiž nemají takovou daňovou základnu, aby mohly financovat služby na takové úrovni jako bohatší regiony. Podobný rozpor vzniká i mezi městskými a venkovskými částmi uvnitř samotných regionů.

Co je to dostupnost?

Pojem dostupnost má více dimenzí. Za prvé, často je vnímána podle druhu a počtu nabízených služeb v určitém regionu. V tomto případě je tedy dostupnost ztotožněná s fyzickou dostupností. Za druhé, dostupnost můžeme interpretovat jako užití. Rozumíme pod ním hospitalizaci nebo návštěvy u pacienta měřené na hlavu v různých populačních skupinách. Zřejmě nejdůležitější je chápání dostupnosti jako efektivní dostupnosti,

která zohledňuje polohu, náklady, čas potřebný na cestování, čekací dobu, chování poskytovatelů, otevírací doby.

Vnímání dostupnosti jako části cíle, tedy jako nástroje na dosažení lepšího zdravotního stavu, nemá vůbec triviální následky. Například tvrzení, že každé město by mělo mít určité zařízení a poskytovat určité služby – neboť je to „spravedlivé“, je přinejmenším nepřesvědčivé, když takové zařízení nebo služby nejsou součástí nákladovoefektivního plánu zabezpečení minimálních cílů zlepšování zdravotního stavu. Když je regionální centrum z hlediska aktuálního využití a časových nákladů pacientů vhodnější než lokální, je efektivnější provozovat ho regionálně. Důležitá je totiž distribuce *výsledků* a ne *výstupů*.

Nedostatek/přebytek zařízení oddělení a služeb je problémem jediné tehdy, když jsou neuspokojivé výsledky. Toto zároveň zahrnuje tvrzení, že samotné kapacity a jejich využití nemohou být předmětem identifikace problému, kterým jsou slabé výsledky, ale musíme je vnímat jako důležitý faktor vysvětlující tyto nepříjemné výsledky.

Co je to efektivnost?

Z ekonomického hlediska pod *technickou efektivností* rozumíme situaci, kdy se z daného objemu vstupů snažíme vytěžit maximální množství výstupů nebo chceme stejné výšky výstupu dosáhnout snížením vstupů. Technická efektivnost je tak primární záležitostí manažerů s důrazem na otázku, jak produkovat.

Pod a rozumíme rozhodnutí na systémové úrovni o tom, co produkovat. Znamená to odpověď na otázku, jaký soubor výstupů nejlépe maximalizuje spokojenost zákazníků. Ve zdravotnictví to představuje problém nákladové efektivnosti – navrhnout takový soubor služeb, kterému budou odpovídat největší přínosy zdravotnímu stavu.

Efektivnost nám tedy vyjadřuje vztah mezi náklady a vytouženými výstupy. Pokud nebude zdravotní systém technicky i alokativně efektivní,

tak bude dosahovat méně vytoužených cílů, než by to bylo v optimálním případě. Neefektivní systém znamená plýtvání vzácnými zdroji a toto plýtvání potom neumožňuje přeměnit všechny vstupy na vytoužené výstupy.

Co je to kvalita?

Kvalita je typický postupný cíl důležitý, ne pro ni samotnou, ale jako jeden z rozhodujících parametrů vedoucích ke konečným cílům. Ve zdravotnictví je vnímána více způsoby. Za prvé, kvalita je často interpretovaná jako *kvantita*. „O pacienta se postarali nejlépe, jak uměli, protože mu udělali všechna vyšetření.“ Za druhé, zdravotníci – profesionálové – vnímají kvalitu především jako *klinickou kvalitu*. Ta zahrnuje techniku zákroků, správné určení diagnóz nebo správný postup ošetření. Za třetí, pacienti velmi často posuzují *kvalitu služeb* jako pohodlí, mezilidské vztahy, respekt nebo kvalitu ubytování a stravy. Skrytý často zůstává fakt, že kvalita jako mnohorozměrný faktor je neoddělitelnou funkcí efektivnosti.

Vladimír Pavelka
Rudolf Zajac

Malý průvodce zdravotnictvím

Náklad 2 000 ks
Rok vydání 2010

Neprodejné

