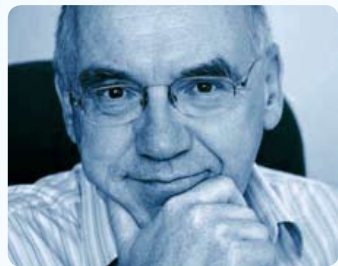


Zpoplatnění zdravotní péče ve chvíli jejího čerpání není reformou, ale jejím nutným základním počinem. Proměna bezplatnosti v platnost znamená



přesun zdravotních služeb z rancu rozpočtů, přidělu a charity do velké rodiny služeb modelovaných potřebami zákazníků. Ano, teprve v okamžiku, kdy budeme nuceni „u doktora“ vyndavat penězanky, začneme vnímat zdravotnictví jako platící klienti a také se budeme podle toho chovat. Reforma nenastane převedením pojišťoven na akciovky ani vytvořením dozoru nad zdravotním pojištěním, ale změnou v našich myslích.

Zavedení poplatků je nevyhnutelné, ale musíme jim říkat zrovna „regulační“? Nelíbí se mi, že jsme všichni stavěni do pasivní pozice někoho, kdo musí být regulován, aby neplýtval s léky, marnotratně nevylehával na nemocničním lůžku či jinak nezneužíval zdravotních služeb. Ani jedno většina z nás nečiní, tak proč se má zdát, že slušné chování není naší volbou, ale výsledkem regulace? Nechci platit regulační poplatky, ale velmi rád budu přispívat lékaři na honorář, nemocnici na náklady spojené s mým stravováním a nabídnutým přístřeším, lékárníkoví na odměnu za jeho servis...

Poskytovat jakoukoli službu bezplatně je nepřírozené, poškozují se tím normální vztah mezi těmi, kdo slouží, a těmi, kdo jsou obsluhováni. Jediné, v čem se zdravotní služby odlišují od všech ostatních, jsou rozdílné, osobní volbou málo ovlivnitelné potřeby jejich zákazníků. Zatímco někteří z nás nepotřebují „doktora“, jak je rok dlouhý, druzí by si na svoji léčbu nevydělal ani v představenstvu ČEZ. Ke kompenzaci dopadů našich rozdílných zdravotních rizik slouží solidární pojištění, ale jenom k tomu, nikoli jako všeobjímající nástroj financování zdravotní péče. Pokud se to se solidaritou přestřelí, jako dnes vidíme kolem nás, přestává být zdravotnictví službou a stává se přidělovým systémem. Přerušením jemného přediva přirozených zpětných vazeb se poskytované služby vzdalují skutečným potřebám klientů a systém se stává problémem. Jediným řešením je zkombinovat soukromé prostředky a solidární pojištění. Zavedení poplatků při čerpání zdravotní péče a rozdělení zdravotního pojištění na solidární a volitelné prospěje našemu zdravotnictví více než koncepce na křídovém papíře a hory propočtů.

Je zbytečné se strašit, že bez potřebných změn se zdravotnictví časem zhroutí. Nic takového se nestane, zdravotnictví přežije všechno, jenom bude méně efektivní a méně kvalitní, než by mohlo být, vážně nemocní a chudí na tom budou špatně a soukromé prostředky se nebudou předávat za účtenky, ale v obálkách.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Konec „bezplatného“ zdravotnictví?



Pavel Hroboň

úhel
pohledu



Lenka Petrášová

volné fórum



Milan
Cabrnoc



Václav
Vydra



Ladislav
Švec



Jitka
Styblíková



Jan
Solich



Iva
Bušínová

Causa Občan



Ondřej
Dostál



úhel pohledu >

**MUDr. Pavel Hroboň, M. S.,
náměstek pro zdravotní pojištění, MZ ČR**

K zavedení regulačních poplatků

Domnívám se, že v současné době se už u nás nenajde člověk, který by opravdu věřil, že české zdravotnictví se obejde bez hluboké reformy. Česká populace stárne, ekonomicky aktivních obyvatel ubývá a přibývá seniorů, kteří potřebují zdravotní péči. Přitom je zdravotní péče v České republice prokazatelně často nadužívána, resp. užívána zbytečně. Celé české zdravotnictví je děravým měšcem, do kterého není možné stále jen přispívat další finance, je také třeba najít nějaké záplaty. Navrhované regulační poplatky, které jsou jenom jedním střípkem celé připravované reformy, mají ambici se takovou záplatou stát. Napomohou finanční stabilizaci zdravotnictví – zejména tím, že pomohou omezit plýtvání. Pak bude možno přikročit k dalším reformám.

Často slyším námitku, že lidé už teď přispívají do systému zdravotního pojištění nemalými částkami, a že tedy není důvod, aby ještě k tomu platili regulační poplatky. Je pravda, že kromě 4,5 procenta strhávaných z hrubé mzdy odvádí zaměstnavatel za každého zaměstnance ještě dalších 9% ze stejného základu. Do systému zdravotního pojištění je tak odvedeno celkem 13,5 procenta z každé vyplacené hrubé mzdy. Mohlo by se zdát, že je to dost, ale není.

Pro ilustraci, na co stačí a na co nestačí zdravotní pojištění, uvádím následující. Občan s průměrnou mzdou zaplatil za posledních 10 let na zdravotním pojištění

Všichni víme z vlastní zkušenosti, že pokud je něco zadarmo v okamžiku spotřeby, využívají lidé takové služby, i když nemusejí.

256 000 Kč. Pokud ale má někdo tu smůlu, že se dostane do opravdu vážného zdravotního stavu, náklady na jeho péči jsou mnohem vyšší. Například jeden den na oddělení ARO (anesteziologie a resuscitace) vyjde až na půl milionu korun. Transplantace kostní dřeně stojí od 1,5 milionu výše, podobné jsou roční náklady na člověka, který potřebuje umělou ledvinu.

Z těchto důvodů máme solidární zdravotní

pojištění – aby každý, kdo se ocitne v opravdu vážném stavu, mohl dostat potřebnou péči. Je jasné, že na tuto péči se jednomu vážně nemocnému musí složit několik zdravých. Ti ale vědí, že pokud se sami stanou jedním z cca 150 až 200 tisíc vážně nemocných lidí v tomto státě, což může potkat každého z nás, bude jim také pomozeno.

Aby to stát a zdravotní pojišťovny mohly opravdu dodržet – a to nejen dnes, ale i v budoucnu – je třeba používat



Pavel Hroboň

peníze z veřejného zdravotního pojištění tam, kde jsou opravdu potřeba a kde už lidem nestačí vlastní peněženka. Koupit si v lékárně paralen či nosní kapky nebo zaplatit 30 Kč u lékaře ale může každý. Je to cena dvou jízdенок na tramvaj, litru benzínu nebo dvou malých piv. Je to méně, než stojí krabička cigaret.

Řada politiků občanům dlouhodobě lhala, že všichni můžou mít všechno a „zadarmo“. Pravda je ale jiná. Pokud budeme mít z veřejného zdravotního pojištění nárok na drobnosti, nezbude na velké a životně nutné věci.

Všichni víme z vlastní zkušenosti, že pokud je něco zadarmo v okamžiku spotřeby, využívají lidé takové služby, i když nemusejí. V České republice máme nejvyšší počet návštěv pacienta u lékaře v Evropské unii. Na čelných místech jsme také v počtu dnů strávených v nemocnici a ve spotřebě léků. Těch lidí vrátí – prošlých a nepoužitých – každý rok za 2 miliardy korun. Pokud započítáme i léky, které nevrátí do lékárně, ale rovnou vyhodí, mluvíme o 4–10 miliardách korun ročně (neboli až o pětině nákladů na všechny vydané léky)!

S výjimkou Polska a Velké Británie je Česká republika jedinou zemí Evropy, kde se regulační poplatky neplatí. V Polsku ale lidé platí z vlastní

kapsy více než polovinu léků na předpis, stejně jako plnou cenu za velkou část návštěv u specialistů. Velká Británie je proslulá svými čekacími dobami.

Regulační poplatky v Rakousku, Německu, ve Švédsku a jinde jsou významně vyšší než u nás,

a to i po přepočítání na reálnou výši platů, tedy po zohlednění vyšších

Dnešní třicátníci ať nečekají, že si v okamžiku odchodu do důchodu sednou v tramvaji – každý třetí člověk bude totiž starší než oni!

příjmů lidí v těchto zemích. Podobné nebo vyšší regulační poplatky, než navrhuje my, byly zavedeny na Slovensku, v Maďarsku, ve Slovinsku, Chorvatsku, Bulharsku a dalších zemích.

To, že u nás lidé platí za zdravotní péči, není ve skutečnosti nic nového. Desetitisíce lidí, většinou právě těch těžce nemocných, zaplatí přes 10 000 Kč ročně za doplatky na léky. My navrhuje, aby tito lidé neplatili více než 5 000 Kč ročně. Do tohoto limitu se započítají i poplatky za návštěvu lékaře a za vydání léku v lékárně. Všichni tedy zaplatíme o trochu více, ale ti nejpotřebnější budou chráněni. Zaplacené doplatky a poplatky bude sledovat zdravotní pojišťovna a přeplatky nad limit po každém čtvrtletí vrátí. Vrácení peněz tedy bude automatické, pacienti se o ně nemusí starat.

Tolik hlavní důvody pro zavedení poplatků. Ze zahraničních zkušeností je ale jasné, že mají i další dopady – omezení zbytečných návštěv skutečně vede k prodloužení času, který může lékař věnovat jednomu pacientovi. Stejně tak zkušenosti ze Slovenska a jiných středoevropských zemí jasné ukazují, že zavedení poplatků vede k omezení korupce tam, kde existovala, a k vyššímu sebevědomí nebo odvaze pacienta požadovat u lékaře služby, jaké očekává.

Výběr je jednoduchý. Buď se smíříme s tím, že si každý něco připlatí, ale v okamžiku nouze si můžeme být jisti kvalitní pomocí. Nebo peníze z veřejného zdravotního pojištění rozmělníme na „všechno zdarma“ – a na vážné věci nezbude. Česká republika je jednou z evropských zemí, ve kterých dochází k nejrychlejšímu stárnutí obyvatelstva. Jaký vliv to má na důchody, je jasné každému z nás. Dopad na zdravotnictví je ale ještě horší – staří lidé potřebují více péče, zároveň ale bude méně lidí platit pojištění. Dnešní třicátníci ať nečekají, že si v okamžiku odchodu

do důchodu sednou v tramvaji – každý třetí člověk bude totiž starší než oni!

Zavedení poplatků je součástí celkové reformy zdravotnictví. Ostatní změny jsou zaměřeny hlavně na pojišťovny a na zdravotnická zařízení. Pacienti z nich budou mít jednoznačně prospěch. Chystáme mimo jiné jasné určení nároku, na jakou zdravotní péči mají pacienti nárok, včetně toho, za jak dlouho a v jaké největší vzdálenosti od domova jim musí být poskytnuta. Do konce roku budou k dispozici informace o péči poskytované v nemocnicích a spokojenosti pacientů. Pojišťovny budou moci poskytnout bonusy za zdravý životní styl.

Poplatky jsou jenom prvním krokem, možná nepříjemným, ale nezbytným.

Lenka Petrášová,
redaktorka MF DNES

Je třeba motivovat pacienty

Pohádku Dařbuján a Pandrhola viděl asi každý. Je zajímavé, že zatímco v téhle pohádce, kterou máme všichni rádi, bereme jaksi za samozřejmé, že lidé za své zdraví musejí platit – jistě, každý podle svých možností – ale ve skutečném životě se velmi divíme, proč bychom měli vytahovat peněženku u lékaře. A chceme, abychom měli



Lenka Petrášová

všechno dál zadarmo. Přitom to obvykle bývá obráceně: pohádky ukazují ideální stav, zatímco v reálném životě to má do ideálu daleko.

Jenže poté, co ministr Tomáš Julínek oznámil svůj úmysl zavést poplatky, strhl se poprask. My paradoxně nechceme žít v pohádkovém příběhu, kde všechno má svou cenu, ale chceme raději svou neideální realitu. A namlouváme si, že to je nejlepší stav. Bez ohledu na to, že už dnes existují

pacienti, kteří nedostávají své léky nebo svou léčbu. Každý týden k nám do redakce takoví volají. Ale hlavně, že smíme k lékařům s rýmou zadarmo a oni nás „bezplatně“ léčí. Opravdu to takto chceme?

Když budeme pokračovat v nastoupeném trendu zvyšující se spotřeby péče bez jejího pokrytí dostatečnými zdroji, mohli bychom za pár let zažít

Poplatky samy však nic nespasí.
A samotné nejsou ani žádnou reformou. Je to jen první krok na cestě k ní.

situaci nepodobnou té v Maďarsku – kdy budou nuceni ti, kteří dnes tvrdí, že není třeba nic měnit, přiznat, že národu lhali, stejně jako maďarský ministerský předseda.

A právě v Maďarsku teď dochází k velmi zvláštní situaci, kdy pravicová opozice divoce kritizuje levicového premiéra za zavádění poplatků. Co to dokazuje? Že poplatky jsou samy o sobě politicky neutrální. A bez ohledu na to, kdo je u moci, k nim dřív nebo později sáhne, pokud nenajde jiné regulační nástroje.

Nevyhne se jim ani my, ať už Julínkova „reforma“ projde nebo ne. Poplatky samy však nic nespasí. A samotné nejsou ani žádnou reformou. Je to jen první krok na cestě k ní. Bez dalších následných kroků jsou dokonce prakticky zbytečné. Jejich největší efekt je především v překonání psychologické bariéry (nebo spíš tabu) dát lékařům místo vajíček peníze. Tedy – regulérně zdaněné.

Ovšem pozor: ze srovnání systému Velké Británie a USA překvapivě plyne, že ani vyšší podíl peněz, který teče do zdravotnictví, nemusí nutně znamenat lepší kvalitu života. Takže ani když naspeme z patientských kapes či ze státní kasy do zdravotnictví sebevíc, neznamená to, že se budeme mít automaticky jako v pohádce.

Co s tím? Je nutné si říci, jestli v kontextu historických podmínek evropského přirozeně sociálního prostředí jsme schopni nastavit reformy tak, aby se nestalo to, co se nyní děje v řadě zemí, které jsou krok před námi: že se rozevírají nůžky v kvalitě života a dostupnosti zdravotní péče mezi lidmi bohatšími, vzdělanějšími a informovanějšími a těmi ostatními.

Je proto nutné si nejdříve říci, jak motivovat pacienty, abychom nevyrobili další outsidersy propadávající sítím zdravotní i sociální péče. Nejsem si jistá, jestli na tuto otázku tvůrci „Julínkovy reformy“ dali přesvědčivou odpověď. Co je však téměř jisté, je fakt, že si zatím nikdo nedává tu práci, aby obyčejným lidem jasně a nerozumně vysvětlil, co jim reforma přinese.

Obávám se, že lidem nestačí říci: „Budete mít rovnoprávnější vztah s lékařem“. Nedělám si iluze: to je něco, co bohužel řada lidí v této zemi oželí výměnou za to, že jim jejich peníze zůstanou v peněžence. Zkrátka bez většího vysvětlování a bez toho, že by výhody reformy pochopili i ti poslední, se může stát to, co na Slovensku, kde dnes sami tvůrci reformy přičítají její neúspěch právě tomu, že o ní málo komunikovali s lidmi.

volné fórum

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. *Jste pro zavedení regulačních poplatků ve zdravotnictví, nebo jste proti?*
2. *Myslíte si, že poplatek může odradit vážně nemocného od návštěvy lékaře?*
3. *Jak změni zavedení poplatků naše zdravotnictví?*

1. Jsem zcela jistě pro zavedení přímých plateb, tedy podle textu otázky regulačních poplatků. Jsem přesvědčen, že naše společnost je na zavedení přímých plateb připravena a většina z nás nepochybuje, že je takový krok potřebný a správný.

Přímé platby vnímám více jako část honoráře, kterou platí pacient svému lékaři. Je to malá

část toho, co každý z nás platíme na zdravotnictví, ale namísto toho, abychom vkládali tyto prostředky do velkého a ne zcela průhledného koše zdravotního pojištění, platíme přímo lékařům, kterého jsme si vybrali. Přímé platby posilují vztah lékaře jako poskytovatele služby a pacienta jako jeho klienta.

2. V žádném případě si nic

takového nemyslím. Výše poplatků byla nastavena velice citlivě a taková situace je zcela vyloučena. Stačí si připomenout, jaké sumy vydávají lidé nejen za vitamíny, ale i za alkohol, cigarety nebo v hernách a loteriích.

3. Na prvním místě každého napadne regulace, omezení plýtvání, redukce zbytečné péče. Pro mne však je důležitější prolomení



*MUDr. Milan Cabrnach,
poslanec EP*

bariéry „bezplatnosti“ zdravotních služeb, nastavení řádného vztahu mezi tím, kdo službu žádá a platí za ni, a tím, kdo službu poskytuje a dostává za svou práci zaplacenou.

1. Je mi to celkem jedno, protože díkybohu jsem docela zdravý. A pokud onemocním, nelituji



Václav Vydra, herec

peněz, abych se uzdravil – většinou si léky kupuji sám. Ale pravda je, že pro spoustu lidí, především třeba těch, kteří jsou

závislí na jednom příjmu – plat, důchod –, může být poplatek velice nepříjemný.

2. Nemyslím. Vážně nemocný k lékaři jít musí, i kdyby na to neměl.

3. To opravdu netuším.

1. Při jednáních s ostatními státy se setkáváme se spoluúčastí velmi často a jde pro nás o běžný pojem. Ze 33 zemí, v nichž mají čeští pojištěnci nárok na zdravotní péči, má poplatek za návštěvu lékaře, či pobyt v nemocnici, zavedeno 25 států.

Oficiální spoluúčast navíc existuje v ČR i nyní, bohužel zcela bez ohledu na solidaritu mezi účastníky systému. Zavedení poplatků proto podporuji mimo jiné za předpokladu, že v důsledku plošného zavedení poplatků skutečně dojde ke snížení spoluúčasti osob chronicky a těžce nemocných. Tento rys je, myslím, klíčový i s ohledem na prosazování tohoto opatření. Na nejdůležitější funkci poplatků přitom nepovažují jejich regulační funkci, i když i ta se do určité míry pozitivně projeví. Za podstatnější považují příklon k vnímání zdravotní péče jako služby, za níž se platí, a od které se proto vyžaduje určitá kvalita (ze strany poskytovatelů i pojišťoven). Dosažení tohoto psychologického efektu je počátkem racionalizace vztahů mezi pacienty, poskytovateli a pojišťovkami a tím i předpokladem reformy.

Úspěch případného zavedení poplatků též závisí na tom, jakým způsobem bude výběr a započítání poplatků administrováno. Tento zdánlivě méně důležitý prvek může ovlivnit pozdější hodnocení úspěšnosti.

2. Ne. Nevěřím, že by vážně nemocného mohl poplatek v řádu desítek až stovek korun odradit od návštěvy lékaře.

Nemyslím si na druhou stranu, že by v případě vážné nemoci mohlo být ošetření bez uhrazení poplatku odmítnuto. V této souvislosti je nutné dořešit, kdo uhradí poplatek za osoby, které jej objektivně nemohou zaplatit (bezdomovci, osoby v hmotné nouzi, vězni atd.).



*Mgr. Ladislav Švec, ředitel
Centra mezinárodních úhrad*

3. Záleží na tom, v jaké podobě a jakým způsobem budou poplatky zavedeny a spravovány. V každém případě půjde o kontroverzní téma i v nejbližších letech. Po nějaké době se ale stane tato forma spoluúčasti běžnou a přijímanou. Celkově věřím, že v případě zavedení poplatků za návštěvu lékaře či pobyt v nemocnici bude pacient náročnější na přístup ze strany poskytovatele i pojišťovny. Bude mít větší zájem o způsob nakládání s prostředky veřejného zdravotního pojištění. Tohoto efektu nelze docílit žádnou formou legislativního opatření bez přímého zainteresování každého pojištěnce při každém kontaktu s jeho nároky, vyplývajícími ze systému.

Na druhou stranu se obávám, že se toto téma stane hlavním kolbištěm další profílance a medi-

alizace jednotlivých politických sil a osobností, což může vést ke zpomalení a rozmělnění reformního úsilí.



*Mgr. Jitka Styblíková,
ředitelka o. s. VIDA*

1. Je těžké soudit tak zásadní věc, jako je zavedení regulačních poplatků, když neznám všechny souvislosti. Nicméně já osobně jsem pro zavedení regulačních poplatků za předpokladu, že to bude jedna z částí celkové koncepce reformy zdravotnictví a že to povede ke zlepšení kvality péče. Je evidentní, že se v našem zdravotnictví plýtvá a že je potřeba jisté regulace. Je však také pravda, že je potřeba nastavit efektivní dohled nad pojišťovkami, zavést systém hodnocení a garance kvality poskytované péče.

2. Nechci předjímat, co se stane nebo nestane. S klidným svědomím však mohu nastínit, co by se mohlo stát v oblasti, kde pracuji. A to je oblast duševního zdraví a nemoci, chcete-li psychiatrie. V psychiatrii jsme velmi rádi, když pacient, který trpí duševní poruchou, a to zejména těžší, jako jsou psychózy (např. schizofrenie), spolupracuje a chce se léčit. Léčba je mnohdy těžká,

pacient musí brát léky, které mohou mít nepříjemné vedlejší účinky, a ještě chceme, aby si je doplácel. U některých pacientů je velké štěstí, když se najde lék, který pacientovi vyhovuje a může s ním normálně fungovat v komunitě. Tady bychom měli být rádi, že se pacient chce léčit, a měli bychom ho v tom podpořit. Nemělo by nám jít o regulaci častých návštěv lékařů a častých hospitalizací. A další situace, která mě napadá. Co když se léčit nechce a ohrožuje sebe nebo okolí? Je hospitalizován v léčebně, a protože nepodepíše dobrovolný vstup, ocitá se v léčebně nedobrovolně. Není to absurdní? Jsem v léčebně nedobrovolně, proti své vůli a ještě si za to mám platit 60 Kč/den. Vraťme se tedy k otázce. Ano, umím si představit, že člověka s duševní poruchou může poplatek odradit od návštěvy lékaře, dokonce že nebude chtít chodit na pravidelné návštěvy ke svému psychiatrovi, bude se vyhýbat hospitalizaci, nebude si vybírat léky v lékárně.

3. Nejsem ekonom a nejsem zdravotník, nemohu tedy zodpovědně rozvíjet teorie o tom, jak poplatky změní naše zdravotnictví. Pokud se na to podívám jako občan a pacient, budu očekávat a pevně věřit, že zavedení regulačních poplatků povede k větší zodpovědnosti pacientů. Zároveň očekávám, že zaplacení poplatku, který je symbolický, povede k posílení sebevědomí pacienta. Pacient nebude jen pasivním příjemcem, ale bude moci zároveň požadovat kvalitnější péči. Zavedení poplatků a ročního limitu je také jedním z nástrojů, jak podpořit a být solidární s chronicky nemocnými spoluobčany.

1. Jsem pro zavedení některých poplatků (pobyt v nemocni-

ci, návštěva lékaře, pohotovostní služba a pevné poplatky u léků – jednotné v ČR) ve zdravotnictví. Poplatky však nepovažuji za jediné řešení. Je potřebné řešit síť zařízení, jasné právní předpisy, odstranit neúspěšná jednání zavedením přísné odborné kontroly v poskytování služeb, v předpisech a cenách léků, v duplicitních laboratorních a lékařských vyšetřeních a nebat se řešit korupční jednání.

Poplatky však nesmějí ovlivnit životní úroveň rodin s dětmi a seniorů, kdy zejména srovnání důchodů se zahraničím jasně ukazuje na možnost snížení jejich životní úrovně.



*prof. RNDr. PhMr. Jan Solich,
CSc., předseda Svazu důchodců
České republiky*

2. Domnívám se že ano. Vycházím z ověřených zkušeností z lékáren, kde naše rozborly mezi seniory jasně potvrdily, že až 20 % pacientů odmítá vyzvednout si léky s vyššími doplatky. Doposud se u nás nikomu nepodařilo realizovat požadavek seniorů, předložený ministrům Radou seniorů ČR či Svazem důchodců ČR, na stanovení jasných a pevných cen či doplatků u léků v lékárnách. Tak zvaná léková turistika je také

toho důkazem. Obdoba je u návštěv zubních lékařů, kdy zejména senioři se bojí drahých výkonů s vysokými doplatky.

3. Podstatně nezmění – může přispět k ozdravení ekonomiky, pacienti si více uvědomí cenu zdraví, ale ke změnám je potřebný systematický přístup s jasnými racionálními prvky a přesnými a přísnými předpisy v naší zdravotní politice. Nebojím se však o dobrou úroveň zdravotní péče.

1. V zásadě se zavedením regulačních poplatků souhlasím. Pacienti s onemocněním celiakií, kteří přísně dodržují bezlepkovou dietu, jsou v podstatě zdraví. Naším jediným a zatím ničím nenahraditelným lékem je jídlo,



*Ing. Iva Bušínová,
předsedkyně správní rady
Poradenského centra
pro celiakii a bezlepkovou dietu*

které neobsahuje lepek. Celiak

by měl preventivně lékaře navštívit jedenkrát za rok.

2. Navrhované poplatky nedosahují takových výšek, aby odradily vážně nemocného člověka od návštěvy lékaře. Uvítala bych zveřejnění informace, jaké jsou skutečné náklady na zdravotní péči u závažných i méně závažných onemocnění.

3. Skončí období tzv. bezplatné zdravotní péče. Očekávám, že zavedení poplatků ve zdravotnictví jednak posílí sebevědomí pacientů a jednak zlepší kvalitu lékařské péče. Dá se předpokládat zejména psychologický dopad na pacienty, kteří – jak doufám – budou chtít za své peníze lepší práci lékařů. Tento krok by měl vést také k tomu, že si lidé začnou více vážit svého zdraví.

Causa Občan

Komise pro schvalování úhrad kochl. impl. při VZP schválila pro moji dceru kochl. impl. typu Med-El, který má však díl voperovávaný do hlavy dítěte z keramiky, a je nutný větší zásah při operaci. My jako rodina požadujeme pro Danielu kochl. impl. Nucleus freedom, který má tento díl z titanu a silikonu a je menší. Naše dcera sportuje, tancuje a kochl. impl. Nucleus jí při těchto aktivitách zajistí větší bezpečnost.

Komisi a ZP MV ČR, kde je naše dcera pojištěna, děkuji za to, že jí kochl. impl. schválili v částce cca 504 000 Kč, ale nechápu, proč bychom si jako rodina nemohli doplatit cca 80 000 Kč na kochl. impl. Nucleus, který je dle našeho názoru lepší a vhodnější pro Danielu.

Luboš Kubík, Žďár nad Sázavou



**na dotazy čtenářů odpovídá
JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D.**

České právo velmi silně omezuje možnost kombinovat financování zdravotní péče z veřejných prostředků s doplatky z vlastní kapsy pacienta. Podle § 11 odst. 1) písm. d) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, platí, že pojištěnec má právo (...) na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených tímto zákonem, přičemž lékař či jiný odborný pracovník ve zdravotnictví ani zdravotnické zařízení nesmí za tuto zdravotní péči ani v souvislosti s poskytnutím této péče přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Porušení tohoto zákazu přijmout úhradu je spojeno s hrozbou nepříjemných sankcí, příslušný orgán státní správy může zdravotnickému zařízení, které takovou úhradu přijalo, odejmout oprávnění k poskytování zdravotní péče nebo uložit pokutu, a ze stejných důvodů je příslušná zdravotní pojišťovna oprávněna takovému zdravotnickému zařízení vypovědět smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Dopla-

tit si na lepší implantát tedy skutečně podle platného práva není možné, rodina se tedy musí spokojit s implantací hrazeného přístroje. Je zde jisté též možnost využít služeb nesmluvní kliniky, která není tímto ustanovením vázána, touto cestou by však rodina přišla o úhradu z veřejného pojištění a musela by celou cenu péče i prostředku zaplatit ze svého.

Toto nesystémové ustanovení se do zákona dostalo jako poslanecký dodatek, po své autorce je známé jako „paragraf Fischerové“. Paradoxně, ačkoliv je § 11 výčtem práv pojištěnců, jeho odst. 1) písm. d) ve skutečnosti pojištěnce omezuje v jeho právu na volbu péče dle jeho individuálních potřeb. Z důvodové zprávy lze vyvodit, že účelem tohoto ustanovení je ochrana rovného přístupu k veřejně hrazené péči. Má tedy za účel zabránit situaci, kdy by pacienti neschopní připlatit byli při soutěži o nedostatkové zdroje zdravotnictví odkázáni na jakousi „chudinskou péči“ s dlouhými čekacími dobami a nezkoušenými lékaři, protože od kvalitní péče by je vytlačili pacienti bohatší, schopní poskytnout požadovaný doplatek ze svých soukromých zdrojů.

Zákaz doplateků může dávat smysl pouze tam, kde jsou dostupné zdroje z povahy věci omezené, takže lepší přístup jednoho pacienta znamená horší přístup jiného. Tak je tomu například u orgánů k transplantaci; logicky vzato, „nejlepších“ lékařů je též z definice omezené množství. Zde může patřičně rovnostářská vláda víceméně legitimně požadovat, aby alokace těchto zdrojů nebyla dána bohatstvím pacienta, ale jinými kritérii. Naopak, přístrojů k implantaci je možno vyrobit libovolné množství dle úrovně poptávky; pokud si tedy jedni pacienti budou připlácet za lepší přístroje k implantaci, nijak tím neomezí přístup k péči jiných pacientů, kteří si připlatit nemohou. Zákaz doplateků v oblasti zdravotnických prostředků je tedy regulací zbytečnou.

Obzvláště kuriózní je, že český pacient má podle současných pravidel o informovaném souhlasu (vyhláška č. 385/2006 Sb. ve verzi účinné od 1. 4. 2007) právo na poučení o alternativách zákroku, které nepochybně zahrnuje též právo vědět o možnosti použít pokročilejší zdravotnické prostředky, než jsou ty hrazené z veřejného zdravotního pojištění – nemá však právo si na ně připlatit.

Většina lidí má silnou motivaci učinit co nejvíce pro své zdraví či zdraví svých blízkých, někdy i za cenu porušení zákona. Ani velmi striktní zákaz doplateků proto tyto finanční transakce neodstraní, pouze přesune do sféry šedé ekonomiky a korupce. Lze tedy doufat, že paragraf Fischerové bude v blízké době v rámci reformy zdravotnictví zrušen či podstatně změněn. Pokud by se tak nestalo, určitou cestu patrně nabízí rychle se vyvíjející evropské právo mobility pacientů, podle kterého lze za určitých okolností čerpat i plánovanou péči v jiném státě EU a mít ji hrazenou od domácí pojišťovny. Zahraniční zdravotnické zařízení totiž českým „paragrafem Fischerové“ patrně vázáno nebude.

Nadace

OPEN SOCIETY FUND PRAHA

**o. s. Občan děkuje za podporu
Nadaci Open Society Fund Praha**

