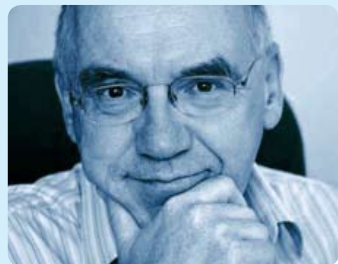




Máme se lépe než kdykoli v historii. Nikdo nás viditelně neohrožuje, ekonomika vzkvétá, práce si hledá ruce, nikoli ruce práci a v předvánočním



nakupování si prý opět sáhneme na rekord. Přesto se dá čekat vlna nespokojenosti v předjaří. Na našem relativním blahobytu se sice mnoho nezmění, ale cenové dopady úpravy DPH, dlouho přenášené deregulace nájemného, hladu po energiích a kdoví čeho ještě nepochybně naštvou hodně lidí. Také zavedení regulačních poplatků nedoprovodí potlesk na otevřené scéně a jásoť zúčastněných stran, naopak, brbláním bude zdravotnictví rezonovat tak do prvních třešní. Chvilí bude živo, ale pak si zvykneme na nové nastavení a s létem přijde smíření.

Ve zdravotnictví se v příštím roce odehrají dvě faktické změny. Již zmíněné regulační poplatky, se zejména psychologickým působením, a zásadní proměna regulace cenotvorby a úhrady léčiv. Jistě se uplatní Parkinsonovy zákony, a tak budeme věnovat daleko větší pozornost drobným poplatkům a jejich zúřadování než podstatným změnám v mechanismech nastavování úhrad léčiv se zásadními dopady do medicíny i ekonomiky zdra-

voťnictví. Posuny v kompetencích mezi ministerstvem financí, ministerstvem zdravotnictví a Státním ústavem pro kontrolu léčiv jsou malou revolucí v lékové politice státu, na kterou se dlouho čekalo. Soustředění monitorovací, analytické i rozhodovací pravomoci pod jedinou střechou SÚKL a až druhoinstanční role Ministerstva zdravotnictví ČR je logickou odpovědí na poptávku po transparentnosti, objektivitě a ověřitelnosti procesu ovlivňujícího nejen to, kolik utratíme za léky, ale také za které.

Hlavní intelektuální úsilí roku 2008 se soustředí na obrábění sedmi zákonů, které mají od prvního ledna roku 2009 korigovat chod českého zdravotnictví. Pro připomenutí: jsou to zákony o veřejném zdravotním pojištění, o zdravotních pojišťovnách, o Úřadu pro dohled nad zdravotním pojištěním, o univerzitních nemocnicích, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, o specifických zdravotních službách a o záchranné službě. Hlavní změny se chystají v oblasti zdravotního pojištění a umělecký dojem z dělby kompetencí mezi ministerstvem, dozorovým orgánem a pojišťovny je z věcného záměru zákona dobrý. Rozpaky může vzbudit navržená profylaxe služeb nabízených pojišťovny, jejich motivační prvky a konzumovatelnost kontrolních mechanismů, tedy dobré téma pro diskusi. Řízená péče je fajn, ale neměli bychom kopírovat muže, který s kladivem v ruce vnímá všechno na světě jako hřebík.

*Hezké Vánoce přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Co nás čeká v roce 2008?

Ladislav Friedrich



úhel pohledu

Radim Petráš



Pavel Neugebauer

volné fórum



Petr Zimmermann

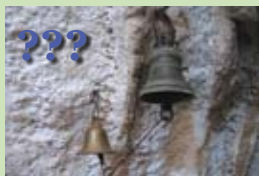
David Rath



Lumír H. Kroček



Milan Kubek



úhel pohledu >

Ing. Ladislav Friedrich, CSc.
generální ředitel,
Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců
bank, pojišťoven a stavebnictví

Co nás čeká v roce 2008

Rok 2008 bude nepochybně rokem největších změn ve veřejném zdravotním pojištění za mnoho let. Přitom změny budou ve dvou rovinách. Tou první jsou změny, které již byly schváleny, jsou promítnuty do stávajících právních předpisů a všichni se s nimi „jen“ musíme vyrovnat a naučit se s nimi žít. Ta druhá rovina je možná ještě důležitější. Rozhodne se v ní nejen, zda a jak konkrétně bude rozpracována druhá etapa reformy, ale hlavně zda a v jaké podobě bude nakonec schválena. Přitom se nejedná jen o diskusi obsahu reformy. Všichni činitelé na významných řídicích pozicích ve zdravotnictví budou muset již nyní svá rozhodnutí s dopadem pro rok 2009 a dále provádět na základě odhadu konečné podoby těchto změn. Obě etapy reformy mají bohužel jeden hlavní problém.

Pokud má české zdravotnictví projít tak rozsáhlou změnou, musejí se základní prvky změn rozhodnout včas.

Málo času na přípravu. Teprve v listopadu a prosinci letošního roku finišuje informační

kampaň k regulačním poplatkům. Rychle se doplňuje metodika vykazování a všichni jen doufáme, že bude včas k dispozici ceník léčiv s novými položkami o započitatelném poplatku.

Přesto se zdá, že se tradiční česká schopnost improvizace nakonec v lednu 2008 opět osvědčí. Zbytek změn, zejména vratky nadlimitních plateb u regulačních poplatků (poprvé v květnu 2008) a limity na pojistném u zaměstnanců (až na výjimky asi ve druhé polovině roku) se snad již zvládnou dodatečně.

Mnohem větším problémem by však mohlo být narůstající zdržení při přípravě celé 2. etapy změn včetně transformace pojišťoven. To jsou sice změny, které se vůči pojištěncům budou projevovat postupně až v průběhu roku 2009 a 2010, ale nejistota pro střednědobá rozhodnutí, která se v každém zdravotnickém zařízení a zdravotní pojišťovně prů-

běžně provádějí, může být větším problémem. Proto se nyní před koncem roku nerozepisují o jednotlivých aspektech věcného návrhu změn zákonů ani o tolik potřebné co nejširší podpoře, ale rád bych projevil alespoň jedno přání.



Ladislav Friedrich

Pokud má české zdravotnictví projít tak rozsáhlou změnou, musejí se základní prvky změn rozhodnout včas.

Přeji Vám příjemné prožití vánočních svátků, bohatou nadílku optimismu a pevných nervů, zdraví a štěstí pro rok 2008.

PharmDr. Radim Petráš,
výkonný ředitel, Mezinárodní asociace
farmaceutických společností

Ve zdravotnictví polojasno

Z perspektivy inovativního farmaceutického průmyslu bych první proběhlé a doposud známé chystané změny v našem zdravotnictví popsal krátce jako polojasno.

To, co vidím jako jasnější část pomyslné oblohy, je, že se po velkém úsilí a se značným časovým zpožděním podařilo vtělit do národní legislativy tzv. transparentní směrnici Evropské unie. Tato směrnice zjednodušeně řečeno požaduje, aby všechna rozhodnutí členského státu, týkající se regulace cen nebo úhrad léčiv, splňovala zásady transparency, objektivit a verifikovatelnosti. Jejými základními principy jsou: zdůvodňovaná rozhodnutí, závazné časové lhůty pro projednávání a nezávislý odvolací proces. Ze znění novelizovaného zákona č. 48 o veřejném zdravotním pojištění se zdá patrné, že tyto principy jsou v něm obsaženy.



Radim Petráš

tům, kteří je potřebují, s realitou, které jsme svědky při jeho naplňování. Už samotný fakt, obsažený ve výše zmíněném zákonu, že zatímco ceny léků budou, díky existenci referenčního koše, přibližně kopírovat situaci v nám ekonomicky **podobných** zemích, jejich základní úhrady se mají stanovovat na úrovni buďto úhrady nejlevnějšího generika v dané referenční skupině, nebo nižší ceny v **kterékoliv** členské zemi EU (například v Bulharsku nebo Rumunsku).

... vzniká systém, který v podstatě říká: pro pacienta je jediný vhodný lék ten nejlevnější...

Tento rozpor může dle mého názoru způsobit, že pod zataženou oblohou může začít být všem, pacientům, lékařům, výrobcům, plátcům i politikům, pěkně dusno.

A to nemluvím o bouřce, která se může otevřít nad inovativními léky. Novým moderním lékům v novém systému hrozí nejen příliš nízké úhrady, ale ještě je, na rozdíl od jiných evropských zemí, postihnou preskripční omezení na specialisty, což rozhodně nezvýší jejich dostupnost pro pacienty.

Zdá se tedy, že tu vzniká systém, který v podstatě říká: **pro pacienta je jediný vhodný lék ten nejlevnější**, a všechny ostatní si musí doplatit (kromě nepříliš pravděpodobného případu, že opravdu inovativní lék bude pouze o 20–30 % dražší než lék se základní úhradou) – a doplatky mu zřejmě nikdo, i když překročí oněch pověstných

O bla č n o ale prozatím vidím nad praktickými pravidly cenotvorby a stanovení konkrétní výše úhrad léků. Tam, podle mého názoru, na sebe může narazit politiky deklarovaný zájem zajistit dostupnost inovativních léků pacien-

tů pět tisíc ročně, nevrátí. Obávám se, že pacienti nemohou zcela tušit, jaká změna se připravuje a že může být zřejmě celá řada léků, na které jsou zvyklí (a které jsou pro ně nutné), jež budou muset velmi bolestivě doplatit. Neznám stát EU, který by zavedl tak plošně a možno říci až drasticky referenční úhradu. Tam, kde je referenční úhrada zavedena, jde většinou o výsledek zhodnocení přínosu terapie metodami Health Technology Assessment s danými kritérii, ale také s postupem, který bere do úvahy i hlediska sociální a hlediska pacienta.

Rád bych se ve své amatérské předpovědi počasí mýlil tak, jak se to stává i profesionálním meteorologům: aby mezi mraky nakonec vykouklo sluníčko a duha vpravdě moderní reformy se rozklenula napříč naší českou kotlinou.

MUDr. Pavel Neugebauer,
předseda SPLDD ČR

Co můžeme očekávat od roku 2008?

Pomalou se stává standardem, že se v souvislosti se zdravotnictvím setkáváme s nějakými proběhlými či chystanými protesty. Jednou to jsou praktičtí lékaři jako zástupci tzv. privátního sektoru, podruhé zase odboráři, resp. lékaři zaměstnanci, nebo v případě rušení odborného centra dokonce zdravotníci spolu s pacienty. Znamená to snad, že zdravotnictví prochází dlouhodobou krizí? Skončí to někdy? Byl bych velmi rád, pokud bych uměl na tyto otázky jednoznačně odpovědět. Jelikož to ale neumím, pokusím se alespoň o krátké zamyšlení nad situacemi, které k současnému stavu přispívají a proč jsou lékaři nuceni nahlas vyjadřovat svůj protest.

První zamyšlení je nad otázkou „Proč je naše nespokojenost s nízkým ohodnocením naší práce vnímána často tak negativně, jak se o tom stále dočítáme v médiích?“ Mohl bych se dlouze věnovat dědictví minulého režimu a připomenout historické souvislosti, kdy režim potlačoval logické postavení inteligence a vzdělání bylo spíše na překážku. Jenže ono se to děje i 18 let po tzv. sametové revoluci. Proč?

Dědictví let minulých bude odeznívat samozřejmě ještě dlouho, tak stačí někdy i málo. Například

¹ OECD Health Data 2003

pár výstupů dr. Ratha o tom, že praktici hrají v systému nižší roli než nemocnice a ambulantní specialisté. Pokud bych parafrázoval slova dr. Ratha, znělo by to asi takto: pořádná medicína se přece neděje u praktiků, no a malér je na světě. Proč?

Když se s touto situací nějak vypořádáme, přijde pro změnu VZP se svou hanlivou kampaní proti nám, praktickým lékařům. Co naplat, že jsme jejich smluvní partneři, chceme po ní peníze, a tak je nutno si trochu rýpnout. Pár poznámek o podvodech a český bulvár se raduje. Proč?

Co to vlastně o nás vypovídá? A je to skutečně jen o nás, nebo je to odraz doby? Nebo spíše odraz současného klimatu ve společnosti? Asi se shodneme, že práce lékaře a vlastně všech zdravotníků je v České republice hodnocena spíše na dolním hodnotovém řebříčku. Obor praktický lékař ať už pro dospělé, nebo pro děti a dorost se stal natolik neatraktivní, že očekávat příliv nových lékařů je téměř fikce. Naše praxe jsou prakticky neprodejné a ve

Nezbývá než věřit, že připravovaná reforma nejen zdravotnictví bude tím správným krokem, který pomůže stabilizovat a správným směrem nasměrovat nejen zdravotnictví.

reformu nejen zdravotnictví bude tím správným krokem, který pomůže stabilizovat a správným směrem nasměrovat nejen zdravotnictví, ale i celý systém naší společnosti.

Ve vystoupeních současného ministra zdravotnictví často slyšíme akcent na tři základní pilíře ve zdravotnictví. Prvním je důraz na práva pacienta a jejich vymahatelnost. Pacient je často vděčným

štitem, jaká bude ale realita za situace, kdy se na jeho bedra naložila tíha regulačních poplatků? Budou mu výměnou stačit prohlášení o zajištění dostupnosti zdravotní péče se stanovením maximální čekací doby či maximální doba dojezdu k praktickému lékaři? Bude mu stačit informace o chystaném výběru zdravotně pojistného plánu?

Druhou velkou změnou, která nás čeká, je transformace zdravotních pojišťoven na akciové společnosti. Z této transformace rozhodně nebojácně vykukuje fenomén zisku. Tabu zvané zisk ve zdravotnictví zdá se dostane zelenou. Bude to ten správný krok k úpravě našeho zdravotnictví?

Jako třetí pilíř je často udávána přeměna fakultní nemocnic na tzv. „univerzitní nemocnice“. Pomůže to řešit dvojkolejnost řízení těchto nemocnic? Dokážou se spolu dohodnout resort školství a resort zdravotnictví? V této souvislosti nás mnohem více zajímá otázka vzdělávání praktických lékařů. Pro rok 2008 se jeví jako důležitý řešení dotační program Ministerstva zdravotnictví ČR. Bude to opravdu jen mezikrok k systémovému řešení, nebo povede jen k dalšímu oddálení problému?

Je mnoho očekávání a bohužel jen budoucnost ukáže, zda cesta zvolená současným ministrem zdravotnictví MUDr. Tomášem Julínkem byla tou správně zvolenou cestou. Osobně tomu chci věřit.



Pavel Neugebauer

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jaké hlavní změny čekáte v českém zdravotnictví v nadcházejícím roce?
2. Jaké budou jejich největší pozitiva?
3. Jaká jsou jejich potenciální rizika a jak by se jim dalo vyvarovat?



MUDr. David Rath, předseda zdravotního výboru PS ČR

Odpovědi Davida Ratha:

1. Očekávám nebývalý chaos a růst nevráživosti pacientů vůči zdravotnickému personálu jako důsledek nových plateb v ordinacích a lékárnách. Zmatek bude doplněn neschopností pojišťoven hlídat limit 5000 Kč a vysoce pravděpodobným rozhodnutím Ústavního soudu, který rozhodne o zrušení poplatků. Očekávám rozkolísání hladiny poskytovaných služeb, kdy v úvodu roku dojde k poklesu zájmu, aby ve druhé polovině roku došlo k jeho opětovnému vzestupu. Předpokládám velké zmatky v lékové politice, které budou charakterizovány rychlým růstem celkových nákladů na léky.

2. Ptát se na pozitiva mohou pouze lidé mající zalíbení v černém humoru. Pozitivem se mi jeví fakt, že dál rychle poroste počet lidí, kteří budou s nostalgii

vzpomínat na dobu, kdy resort řídil David Rath.

3. Zhoršení dostupnosti a kvality zdravotní péče jako důsledek chaosu, který zakryje mnohem závažnější majetkové změny. Jde o změny ve vlastnické struktuře nemocnic a pojišťoven a změny rozhodovacích kompetencí o směrech toků finančních prostředků. Vítězem procesu budou jednoznačně noví majitelé, poražení všichni ostatní – pacienti a zdravotníci. Zabránit tomu může jen pád této vlády, nové volby s jiným výsledkem. Nebo zázrak. Na ty moc nevěřím.



MUDr. Petr Zimmermann, hejtmán, Plzeňský kraj

Odpovědi Petra Zimmermanna:

1. Očekávám, že začnou působit a fungovat první reformní kroky pana ministra Julínka a jeho týmu.

2. Mimo jiné by mohlo ubýť zbytečných či „umělé“ indukovaných návštěv u doktora, čímž

by lékaři mohli mít více času na pacienty, a v důsledku (při poklesu frekvence kontaktů) by mohla posléze vzrůst i jednotková cena práce ve zdravotnictví.

3. Zásadních rizik změn jako takových myslím mnoho není. Problém by mohl vzniknout, pokud by se některá skupina aktérů ve zdravotnictví rozhodla k pasivní či aktivní rezistenci.



MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory

Odpovědi Milana Kubka:

1. Základním problémem českého zdravotnictví je nedostatek finančních prostředků. Výdaje na zdravotnictví rostou pomaleji než HDP a zaostávají hluboko pod možnostmi naší ekonomiky. Největším dlužníkem zůstává stát, který platí pojistné za 57% obyvatel (děti, důchodci, nezaměstnaní), kteří ne vlastní vinou spotřebovávají 80% zdravotní péče (ve finanč-

ním vyjádření), přičemž příspěvek státu tvoří pouhých 24 % příjmů pojišťoven. V příštím roce a též v roce 2009 se tento poměr ještě prohloubí, neboť zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů zmrazil tyto platby na dva roky. Další problémy způsobí zavedení maximálního vyměřovacího základu na pojistné ve výši čtyřnásobku průměrné mzdy a zvýšení dolní sazby DPH na léky z 5 % na 9 % odvede ze zdravotnictví zpět do státního rozpočtu 1,7 mld. Kč. Tyto peníze pochopitelně budou chybět. Zatímco nyní všechny zdravotní pojišťovny mají na svých účtech finanční přebytky, díky nesmyslné úhradové vyhlášce pro rok 2007, kterou ministr poškodil lékaře, tak v příštím roce mohou mít opět ekonomické problémy. Vzhledem k tomu, že VZP ve svém zdravotně pojistném plánu deklaruje, že kvůli tzv. reformě bude mít k dispozici pro úhradu zdravotní péče o 7 mld. Kč méně, než předpokládala, lze celkový výpadek predikovat na cca. 10 mld. Kč.

Tzv. regulační poplatky, které mají část pacientů odradit od čerpání zdravotní péče a jejichž prostřednictvím mají lékaři a lékárníci vybrat od občanů část peněz, o které zdravotnictví ochudil onen sněmovní tisk 222 (zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů), se sice staly symbolem reformy zdravotnictví, avšak reálný význam pro ekonomiku zdravotnictví nebudou mít žádné. Třicet korun jistě z pacienta váženého klienta neudělá, avšak i takto směšná částka dokáže narušit vztahy mezi lékaři, kteří musejí poplatky pod hrozbou až 50 000 Kč pokuty vybírat, a pacienty, z nichž velká část s poplatky nesouhlasí.

2. Žádná. Vzrůstající napětí v resortu je toho důkazem.

3. Věřím, že gesto smíření mezi ministrem a komorou, které se odehrálo na našem sjezdu v Brně, je výrazem poznání pana ministra, že smysluplnou a stabilní reformu zdravotnictví nelze prosazovat silou, bez diskuse a jednání s relevantními představiteli lékařského stavu. Česká lékařská komora chce s ministerstvem spolupracovat, abychom zabránili chaotickému schvalování tak špatných právních norem, jakou je například již zmiňovaný zákon o stabilizaci veřejných rozpočtů. Je totiž naprostým nesmyslem snažit se zlepšovat bilanci státního rozpočtu na úkor chronicky podfinancovaného zdravotnictví.



*MUDr. Lumír H. Kroček,
výkonný ředitel České asociace
farmaceutických firem*

Odpovědi Lumíra H. Kročka:

1. Očekávám hlavně změnu přístupu obyvatel České republiky k jejich vlastnímu zdraví a ke zdraví jejich blízkých. Přesněji, začátek procesů, které by je/nás měly dovést ke změněnému přístupu k jejich/našemu zdraví. K tomu však je třeba: a) jasně ohlásit „lidu“ POTŘEBNÉ

KROKY, tedy v občansky srozumitelné řeči, a vysvětlit (pořád a znovu vysvětlovat), proč jsou tyto kroky směrem k lepšímu postavení občana, pacienta; b) tyto kroky potom přeložit do řeči politické a deklarovat je směrem dovnitř koalice i směrem k opozici, a potom c) je legislativně zpracovat do podoby oněch x zákonů, které mají změnit rámcové chování a jednání všech rozhodujících složek systému péče o zdraví (což je pojem širší než zdravotnictví, resp. zdravotnické služby).

Ministr Julínek na mne působí dojmem vizionáře. Aby se stal při prosazování svých vizí také úspěšným politikem, musí: a) umět přesvědčit zprvu alespoň „kvalifikovanou menšinu“, když ne prostou většinu voličů, že připravuje potřebné kroky – kroky, bez nichž by se systém podstatně nevylepšil a jistoty v nejistém světě množiny individuálního zdraví/nemoci by se dále zmenšovaly. Je naprosto přirozené, že lidé v nouzi, tj. pacienti nebo příbuzní nemocných mají přirozenou tendenci raději trpět sice ne ideální, ale stále ještě fungující model, než aby podporovali něco, o čem mají sami pochybnosti (z neznámého), a co zpochybňují jiní, kteří jsou experty na zdraví, nebo se za ně alespoň prohlašují; b) mít čas nechat tyto změny rozběhnout, aby jejich reálná podoba začala o jejich pozitivním přínosu přesvědčovat tím, že se lidem bude stonat lépe.

2. Nevím. Na to, abych je začal vyjmenovávat, jsou informace o připravovaných změnách stále ještě veřejnosti předávány v příliš politicky deklaratorní podobě, místo aby byly formulovány způsobem, který je přijatelný pro každého z nás, kteří se nejen o své zdraví bojíme, ale třeba se i nějak snažíme si ho posilovat (nebo aspoň neoslabovat). A tuto

absenci srozumitelné komunikace jsem vyjádřil i ve strukturování své odpovědi na první otázku. Návod na použití českého zdravotnictví byl dobrým vykročením, jak informovat všechny, přijatelnou formou a slovníkem. Ale „Návod“ byl sepsán na něco, co už bude fungovat na základě ukončeného legislativního procesu. Mně jde spíš o to, jak by se měly diskutovat připravované změny PŘED změnou zákonů. Násilný způsob prosazení novely zákona č. 48 byl možná „technologicky“ potřebný, ale politicky (a tím mám na mysli to, jak tuto novelu vnímají voliči, ne opozice a část koalice) pochybný krok na cestě k reformovanému zdravotnictví. Pokud by se takové kroky opakovaly, vymstí se jejich hybatelům bez ohledu na kvalitu a správnost směru tohoto kroku.

3. a) Reforma zdravotnictví bez

propojení na reformu sociálních dávek nemusí působit komplexně na změny ke správné motivaci. A nemůže být objektivně změřena a vyhodnocována – nebudou k dispozici podklady pro průběžné vyhodnocování efektů na ŽIVOT obyvatel ČR. Náš život totiž neseává z izolovaného zdraví/nemoci a izolovaného sociálního statusu zdravého/nemocného. Život je v tomto ohledu úzce propojen. Nelze to ignorovat jenom proto, že úředníci MZ a MPSV a jejich šéfové se nechtějí zabývat propojením těchto systémů z hlediska potřeb analýzy fungování obou těchto systémů jako celku.

b) Reforma veřejných systémů je jednoznačně výrazným projektem SOCIÁLNÍHO inženýrství toho, kdo ji navrhuje. Zatím mám pořád dojem, přes různá vyjádření protagonistů reformních kroků, že převažuje inženýrství EKO-

NOMICKÉ. Pokud by převažovala ekonomická složka, reforma selže, protože nebude dostatečně ctít to, co (Střed)Evropan od zdravotnictví historicky očekává. Jako riziko tedy vidím to, že v zájmu nastolení dynamické a perspektivně orientované rovnováhy mezi Příjmy a Výdaji (v Kč) se nepovede dosáhnout převahy Přínosů nad Náklady (v jednotkách spokojenosti občana) měřené v perspektivě jednoho volebního cyklu. A to je předpokladem úspěšnosti hybatelů – viz bod b) druhé části mé odpovědi na otázku 1.

Na začátku každé reformy společnosti musí být hybatelem vizionář. To, jestli byl ten vizionář moudrý, se ukáže až tehdy, když po jejím prosazení, tj. v prostředku reformy je hybatelem 1/3 populace, a na konci, tj. po její realizaci ji vezme za svou celý národ.

