

Do roku 2009 vstupuje české zdravotnictví sice střídáním na ministerstvu, ale ve stále stejných vyšlapaných papučích. Slibovaná zdravotnická refor-



ma se sebevražděně vyčerpala zaváděním regulačních poplatků a naději na její možnou resuscitaci už v zárodku potlačuje stávající rozložení politických sil a neúprosná logika volebního cyklu. Inu, stalo se. Smutné není na místě, podoba změn bude zrát, stejně jako poptávka po jejich uskutečnění. Časem na ně dojde.

Kde udělali Julínkovci chybu? Hlavní příčinou nezdaru nebyla špatná komunikace, ale spíše obsah a časování toho, co bylo komunikováno. Jejich domácí příprava byla menší než velikost ambicí, a tak nezaseli v příznivém roce 2007. Místo toho, aby jednoduchými novelami zákonů nejprve přehodili výhybky a pak komplexními zákony popsali a zarámovali výsledný stav, vymýšleli detaily budoucí fasády a zapomněli kopat základy. Záměr změnit náraz celé zdravotnictví vypadá hezky na papíře, ale není z reálného života. V něm platí železné pravidlo, že každá změna zákona je k horšímu. Stará úskalí,

se kterými se už lidé naučili žít, nahradí nová a neznámá. I kdyby reformátoři věřili, že obejdou působení Murphyho zákonů, museli počítat s přirozeným odporem každého systému ke změně. Narušit zavedené pořádky současně doktorům, fakultním nemocnicím, pojišťovnám, lékárnám, zdravotnickému průmyslu a hlavně občanům může jenom milovník adrenalinových sportů. Bojovat na všech frontách se dlouho nedá.

Problémem Tomáše Julínka bylo, že koncepce jeho týmu se stala posléze natolik propracovanou a rigidní, že vylučovala rozumné manévrování a uzavírání kompromisů. Partnery při jednání to stavělo před volbu mezi bezvýhradnou podporou a odmítnutím. Výsledkem byly konflikty, ve kterých byl „čistotě“ ministerského řešení obětován jeho faktický cíl. Pokud mělo být cílem transformace fakultních nemocnic na akciové společnosti přeříznutí jejich pupeční šňůry ke státnímu rozpočtu a posílení jejich autonomie, pak by bylo přistoupení na podmínky univerzity lepším řešením než rezignace na jakékoli změny.

Typickým příkladem vítězství purismu nad praktičností jsou regulační poplatky. Pokud zapomeneme na aktuální politické zájmy, je koncept regulačních poplatků v prostředí s morálním hazardem obecně správný. Tomáš Julínek si mohl vybrat mezi dvěma způsoby jejich zavedení. Takový, který byl společností akceptovatelný sám o sobě, tedy poplatek za

Co by se mělo odpracovat v českém zdravotnictví v roce 2009?

volné fórum



Tomáš Zima



Alena Šteflová



Milan Macek

Jiří Schlanger



Miroslav Hanuš



Jiří Neumann



EU2009.CZ



položku na receptu, pobyt na lůžku a návštěvu pohotovosti, nebo plošný, který by vyburcováním pozornosti všech občanů odstartoval klíčové změny. Zvolil se druhý způsob, a protože po zavedení poplatků nic dalšího nenásledovalo, stala se tato faktická marginálie reformy její hlavní ikonou a posléze i hrobařem.

Na celé poplatkové šarádě je pikantní její možné pokračování. Pokud se sociální demokracii nepodaří dotáhnout zrušení poplatků do vítězného konce na celostátní úrovni, dostane se do obtížně řešitelných problémů a z její vítězné zbraně se stane nástroj sebeпоškození. Tím se dostáváme k vleklé bolesti našeho zdravotnictví, kterou je neschopnost shody hlavních politických sil na základních principech jeho vývoje. Procesy ve zdravotnictví potřebují svůj čas, týmy se budují pomalu, dobrá pověst přichází až s výsledky a návratnost investic je dlouhodobá. Manévrování ode zdi ke zdi není pro zdravotnictví to pravé a zavedený obyčej, kdy po každém dobytí budovy ministerstva zdravotnictví následuje rituální vyhlazení stop po předchozím osazenstvu, není praktické. Při tradičně vyrovnaném poměru politických sil se nedají dělat změny s dlouhodobým

dopadem bez alespoň rámcové dohody s opozicí. Je to strašně těžké, ale bez toho se každý pokus o rozumné změny stává jenom dalším crash testem. Můj dávný učitel profesor Schrivers říkával, že reformátoři stojí před volbou „die in beauty or muddle through“, čili ve snaze o dokonalost nic nedokázat nebo se pustit do díla a uhrát, co se dá. Julínek, na rozdíl od svého také nepřehlédnutelného předchůdce, volil spíše první variantu.

Teď trochu z jiného soudku. Přestože mě šťve pocit, že se ledacos dalo dělat jinak a lépe, je nepochybné, že Tomáš Julínek byl dobrým ministrem. Kritika na jeho hlavu nepadá proto, že by ve zdravotnictví něco podstatného pokazil, ostatně kdy bylo v takové kondici jako za jeho ministrování, ale proto, že vzbudil větší očekávání, než jaká byl schopen naplnit. Navíc se těšil nevidané podpoře svého premiéra, který svému ministrovi zdravotnictví prokázal více loajality, než bylo u nás kdy k vidění. Odchod Tomáše Julínka neznamena, že naše zdravotnictví reformy nepotřebuje, ale že je potřebuje skutečně udělat.

V roce 2009 budou mít zdravotníci příležitost ocenit veřejný charakter zdravotnictví. Na rozdíl od mnoha jiných profesí jim nehrozí nezaměstnanost

a navíc obecné zhoršení situace v ostatních odvětvích zřejmě vyřeší personální problémy zdravotnických zařízení. Hospodářská krize se samozřejmě odrazí v příjmech zdravotního pojištění, ale pokles celkových prostředků v resortu nebude dramatický.

Na reformním poli se toho však zřejmě mnoho neodehraje. Dá se předpokládat, že návrhy zákonů o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a o záchranné službě zdárně projdou legislativním procesem výměnou za nějakou variantu omezení nebo zrušení regulačních poplatků. Tyto tři zákony sice v sobě nenesou nic zásadně reformního, ale jsou velmi potřebnou aktualizací norem definujících zdravotní služby a organizaci záchranné služby. Čím dříve budou přijaty, tím lépe. Jinak se dá očekávat, že itinerář ministerstva zdravotnictví vyplní v prvním půlroce schůzování v rámci evropského předsednictví, druhé pololetí se budou řešit dopady hospodářské krize a vyjednávat úhradové vyhlášky a pak už hurá do volební kampaně. Přejme si, ať se moc nepřekvapujeme, a těšme se na trvalý mírný pokrok v mezích zákona.

*Úspěšný rok 2009 Vám přeje
MUDr. Pavel Vepřek*



S tématy otevíranými na seminářích v CERGE-EI a v Občanovi v síti se můžete pravidelně setkávat na vlnách Českého rozhlasu 6.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jak je na tom české zdravotnictví na začátku roku 2009?
2. Které tři věci byste v něm změnil/a, kdybyste byl/a kouzelným dědečkem/babičkou?
3. Myslíte si, že může mít naše zdravotnictví užitek z českého předsednictví EU?



prof. MUDr. Tomáš Zima,
DrSc., MBA,
děkan I. lékařské fakulty UK

odpovědi Tomáše Zimy:

1. Pořád se mluví o krizi ve zdravotnictví, ale zdravotnictví poskytuje občanům velmi dobré služby. O finanční a ekonomické krizi se vůbec nemluvilo (vyjma posledních pár měsíců) a krize je tady se všemi důsledky, z nichž řada se promítne do zdravotnictví. Myslím si, že české zdravotnictví na počátku roku 2009 není ve špatné kondici, nicméně je nutné jeho systém zdokonalovat. Je potřeba zavádět standardy péče, systémy kvality, je nezbytné obracet se k potřebám pacientů a občanů.

2. Přál bych si, aby lidé byli tolerantní k názorům druhých, aby se ve zdravotnictví zlepšilo sociální zázemí pacientů a zdravotnických pracovníků a aby se každému dostalo správné a adekvátní léčby.

3. Určitě ano. Předsednictví EU přináší možnost intenzivní komunikace s představiteli evropského zdravotnictví a odborníků z oblasti medicíny. Máme možnost seznámit se s trendy a poznatky, z nichž ty zajímavé můžeme aplikovat v českém zdravotnictví. Priority, které budou diskutovány – antibiotická rezistence, e-health, finanční udržitelnost, jsou významné pro každého z nás.



RNDr. Jiří Schlanger,
předseda, Odborový svaz
zdravotníků a sociální péče ČR

odpovědi Jiřího Schlagra:

1. Stručně řečeno, nic moc.

a) Nezaručuje občanům dostatečné informace o právech a o dostupnosti a kvalitě poskytované zdravotní péče. Neposkytuje ani dostatečné

informace o jejich zdravotním pojištění a Pojišťovně, o jejich účtech o optimálním pohybu ve zdravotním systému. Nezaručuje optimální cestu ke stanovení diagnózy a správné léčbě. Pro pacienta hraje velkou roli, zda má štěstí, nebo zda je nemá. To štěstí spočívá v tom, na koho (zdravotnického profesionála) narazí anebo kdo mu péči kde zprostředkuje. To by ve standardním systému nemělo hrát podstatnou roli.

b) Zdravotnictví stále slouží více partikulárním zájmům segmentů, skupin a jednotlivců než občanům. Veřejná správa na tuto skutečnost adekvátně nereaguje, naopak v mnoha případech se těchto hrátek aktivně účastní. O skutečné soutěži poskytovatelů v otevřeném systému pak nemůže být řeč.

c) Zdravotnictví je nejvíce ohroženo neschopností současné politické garnitury vést odbornou diskuzi a argumentovat, nacházet shodu na podobě zdravotnického systému a alespoň základní shodu na trajektorii dosažení cílů.

2. Dostupnost informací (týká se přístupu všech účastníků systému ke všem informacím týkajícím se jejich práv a potřeb jak v systému pojištění, tak veřejné správy, a pochopitelně o dostupnosti a kvalitě péče), prevence korupce – tedy transparentnost systému (zveřejnění veškerých zakázek a rozhodování veřejné správy a pojišťoven a úhradových pravidel i jejich

aplikace) a dále konkrétní odpovědnost každého účastníka systému daná zákonem.

3. Nikoliv. Důvody byly založeny již v minulém volebním období nezájmem resortu o evropské dění. Tento nezájem platí i pro nestátní subjekty včetně zaměstnavatelů. Těžko je také v situaci, kdy ministr je na začátku předsednictví v podstatě v demisi. Ani v případě e-Health, kde jsme získali jakési renomé, nejsme schopni udělat „díru do světa“, protože bojujeme na vlastních bitevních polích o podíl na zakázkách a v patové situaci stávajících silových (politických a lobbistických) polí naše vlastní projekty stojí. Země s takovým korupčním potenciálem nemohou být vůdčím elementem pro řešení společných evropských problémů.



*MUDr. Alena Šteflová,
ředitelka, kancelář WHO v ČR*

odpovědi Aleny Šteflové:

1. Společným jmenovatelem obtíží, jež se nyní projevují v různých zemích, naši nevyjímaje, je diskrepance mezi nabídkou zdravotnických služeb a mezi poptávkou po nich. Tento

zmiňovaný rozpor je dán jednak růstem potenciálních schopností medicíny zasahovat do procesů zdraví a nemoci, jednak reálnou schopností saturovat s tím spojené finanční nároky. Ukazuje se, že dosavadní kapacita samotných veřejných prostředků a ani způsob jejich získávání a distribuce již dnes nestačí. Současně se stále více odborných názorů, včetně expertů Světové zdravotnické organizace (Joe Kutzin, Senát 2006), přiklání k tomu, že stávající solidární pojištění by mělo být doplněno spoluúčastí pacienta, případně možností určitého „přípojištění“. České zdravotnictví alespoň koncepčně tuto cestu nastartovalo. Zpolitizováním všech prvních či dalších zamýšlených kroků je tato cesta nadlouho zastavena.

2. Odpolitizování českého zdravotnictví a jeho zneužívání k manipulaci s lidmi. Ochotu všech aktérů sednout si k jednomu stolu a jednat na odborné bázi. Nezapomenout při tom, že středem pozornosti těchto debat i dalších opatření musí být občan/pacient.

3. Určitě ano, témata a prioritní konference, plánované na příští půlrok, jsou aktuální i pro naše zdravotnictví. Bylo by dobře, aby akce, které zde proběhnou pro „27 členských států“, zastoupených zpravidla ministerskými delegacemi a odbornými zástupci, byly využity i pro akce satelitní, které by byly dostupné i českým profesionálům.

Rovněž tak je velkou výhodou, že jsme jako země vtaženi do přípravy výstupů z jednotlivých jednání, které by neměly zůstat pouze v konstatující, či dokonce proklamující rovině, ale měly by mít skutečný dopad i na naši zdravotní politiku. Jsem

velmi ráda, že v tomto směru je využito odborných kapacit WHO Europe a že odborníci především z European Observatory on Health Care Systems se již nyní podílejí na celé řadě doprovodných materiálů, jako např. publikací Policy Briefs připravovaných pro dvě z hlavních konferencí CZH PRES. Vždyt téma antibiotické resistance a racionální využívání antibiotik je nosným tématem WHO, stejně tak jako se jím postupně stává rozvoj informačních technologií a telemedicíny, jako jeden z nejdůležitějších nástrojů vedoucích ke stabilizaci nejen zdravotnické soustavy, ale i celého systému péče o zdraví. E-Health i ATB resistance jsou předmětem projektů současně probíhajících v rámci Dvouleté smlouvy o spolupráci mezi WHO Europe a Ministerstvem zdravotnictví ČR. Finanční udržitelnost – téma třetí priority našeho předsednictví – je pak v přímé návaznosti na výstupy ministerské konference, která v červnu loňského roku proběhla na téma zdravotnických systémů v estonském Tallinu, a to i za přítomnosti ministra zdravotnictví ČR.

odpovědi Miroslava Hanuše:

1. Z hlediska péče poskytované české populaci odvádějí lékaři jako celek dobrou práci. Lepší koncentrace odborné péče v jednotlivých nemocnicích a odděleních by zlepšila efektivitu práce i léčebné výsledky. Snaha poskytovat široký rejstřík péče i při malé frekvenci ošetřených diagnóz jde na úkor kvality. To však pacienti obvykle nepoznají. Mělo by být v zájmu příslušných institucí a odborných společností rozumnou selekci provádět a lidem vysvětlovat.

Nepochybně se bude s rozvojem poznatků vědy nadále a výrazněji přesouvat péče z lůžka do ambulancí.



doc. MUDr. Miroslav HANUŠ, CSc., předseda, Česká urologická společnost

2. Jsem pragmatik a těžko se mi představují kouzla. Nicméně bych se snažil

a) vysvětlit přijatelnou formou, že regulační poplatky u lékaře nikoho nedecimují a potřebným velmi pomáhají, ale poplatky za recepty bych převtělil do jiné formy. Pacient jejich platbu prakticky nemůže ovlivnit, avšak jejich placení velmi negativně ovlivňuje jeho myšlení. Je tragédií, že gigantická práce na reformě zdravotnictví klopýtá na poplatku v hodnotě malého piva.

b) razantně omezit miliony duplicitních vyšetření a miliony předepsaných léků, které pacienti často ani neberou (třeba cestou IZIP)

c) aby lékaři pacientovi viditelně naslouchali, se zájmem s ním hovořili a neposouvali ho pasivně množinou všech možných vyšetření, když jim často již svoji diagnózu sděluje.

3. V mé profesi (urologie) jsme v EU i bez českého předsednictví. Unifikujeme v rámci EU výuku lékařů, examinační a odbornou spolupráci a sami se na těchto procesech aktivně podílíme (přednáškami, examinačními centry). Přesto by (spíše) naši politici mohli cestou předsednictví blíže nahlédnout do zdravotnické kuchyně úspěšných zemí EU a něco pochytit. Ta možnost se nabízí, dokonce vnučuje.



prof. MUDr. Milan Macek jr., DrSc., přednosta, Ústav biologie a lékařské genetiky II. LF UK

odpovědi Milana Macka:

1. Stav našeho zdravotnictví není, přes všechnu negativní medializaci, zase tak špatný, jak by se mohlo na první pohled zdát. Pacientům je poskytován evropský standard diagnostické a léčebné péče, a navíc je tato péče dostupná všem, bez rozdílu. Z hlediska procentuálního je výše odvodů srovnatelná, ale platy v korunách jsou přece jenom jiné než platy v eurech u našich západních sousedů... Potíž je tedy hlavně v tom, že operujeme na „evropské cenové

hladině“ z hlediska většiny vstupů do systému. Nedostatečné financování zdravotních služeb ze strany zdravotního pojištění (tj. odvodů občanů) je tak stále „dotováno“ relativně nízkými platy zdravotního personálu. Především se však začíná ukazovat, že na všechnu moderní péči nebudeme mít prostředky, a tak bude třeba ji prioritizovat. Je to závažný problém, se kterým se ve zvýšené míře začínají potýkat západoevropské zdravotní modely.

2. Aby si lidé mohli oficiálně připlatit za „nadstandard“, například pomocí příplatků z komerčního pojištění.

Aby se již přestalo u nás uvažovat o řízené péči v podobě, v jaké je v USA v současné době již opouštěna.

Aby se přestalo hovořit o zástupném problému regulačních poplatků a konečně se začala seriózní celospolečenská diskuse o tom, jaký zdravotní model u nás do budoucna ustanovit.

3. Určitě – v souvislosti s projednáváním Směrnice Evropské rady ke vzácným onemocněním v průběhu našeho předsednictví se v nedávné době na MZČR ustanovila pracovní skupina pro „Vzácná onemocnění“, jejímž cílem bude vypracovat „národní plán“ pro tato onemocnění.

odpovědi Jiřího Neumanna:

1. Ministr Julínek byl obětován politikou vlády, což pravděpodobně znamená zastavení reformy. Je to veřejné přiznání toho, že politické ambice jsou důležitější než činy ve prospěch správného chodu zdravotnictví. Cesta reformou, kterou konečně začal, je určitě správný směr vývoje. Ministr byl odvolán v plné práci a uprostřed provádě-

děných změn. Jako by se někdo jeho možných dobrých výsledků obával... Jsem přesvědčen, že zavedení poplatků jako první a nesmělý reformní krok bylo správné a přineslo očekávané úspory. A že pan ministr nekomunikoval s lidmi a nevysvětloval? Je zajímavé, že „lid“ se o tomto nedostatku dozvěděl až tehdy, když mu to bylo sděleno ústy jiných politiků. A tak je současný stav zdravotnictví opět jako dříve už více let před tím na známém bodu nejasností, váhání a zmateně se točící korouhve. Byla by velká náhoda, kdyby se vedení resortu opět ujala osobnost s povahou tak silnou a zároveň s tou, v politice dosti vzácnou schopností, pracovat více méně nezištně, a ne ku prospěchu svých předem vykalkulovaných zisků.

2. Lidé se sami zajímají o své zdraví. Jedí zdravě, myslí a chovají se zdravě. Nejen sami k sobě, ale i ke druhým. Neodevzdávají se pasivně do rukou lékaře (ať se mnou ten doktor něco udělá!). Jsou si vědomi toho, že za to, co se děje s jejich tělem, nesou valnou měrou odpovědnost oni sami, a vědí, že

klíč k uzdravení mají ve svých vlastních rukou. Pochopili, že je potřeba odstraňovat z mysli veškeré formy sobectví, které se potom negativně promítají do těla. Lékař jim na této cestě pomáhá.



Ing. Jiří Neumann, ředitel
INES International Ltd., o. s.

Medicína nejde cestou vývoje dalších a nových přístrojů, postupů vyšetření a konzumace stále dražších a „účinnějších“ léků, ale rozvíjí zájem o člověka jako takového se vším jeho citěním, prožitky a strastmi. Zde se učí nacházet příčinu mnoha

jeho chorob. Pomoc klasické přístrojové a materiální medicíny je stále samozřejmá, ale nehraje již dominantní roli.

Vraťme se ale s kouzelným dědečkem na zem. Pro začátek by stačilo, aby lidé měli zájem alespoň o to, kolik stojí jejich zdravotní péče dnes.

3. Předsednictví EU by mělo být příležitostí pro Českou republiku, aby podpořila všechny společné aktivity EU v oblasti výměny informací ve zdravotnictví, spolupráci mezi zdravotními pojišťovnami, nemocnicemi, výzkumnými a klinickými pracovišti. Dále by Česká republika měla věnovat pozornost a podporu všem aktivitám a projektům v e-Health. Naši partneři v EU by se během doby našeho předsednictví mohli rovněž dozvědět více o našich domácích aktivitách v této oblasti, zejména o systému elektronických zdravotních knížek IZIP, který je, myslím, evropským unikátem. Vzdělávací aktivity formou e-learningu pro lékaře, sestry i farmaceuty jsou v ČR rovněž rozvinuté a podpora výměny zkušeností v této oblasti by byla jistě přínosem.

Nadace

OPEN SOCIETY FUND PRAHA

o. s. Občan děkuje za podporu

Nadaci Open Society Fund Praha

