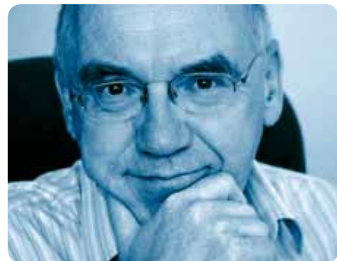


Leoš Heger zjevně neprosazuje žádnou svoji „jedině správnou“ koncepci, ale naslouchá tepu zdravotnictví a snaží se řešit jeho problémy co nejprů-



chodnějším způsobem. Ministerem představované „Teze řízení zdravotnictví“ jsou toho dokladem. Přehled aktuálně prováděných kroků je uveden koncepčními úvahami, které dávají široký prostor k různým způsobům dopracování. Reformní nedočkavci pravděpodobně neutají zklamání, protože čekali jasnou cestovní mapu, a věční kverulanti jakbysmet, protože není, do čeho se strefovat.

Ve zdravotnictví to zatím kvasí, nemocniční lékaři hrozí odchody, manažeři zdravotnických zařízení lobbují proti připravované redukční kúře zdravotnických financí a pacienti se trénují na roli rukojmí. Vypadá to na hodně horké Vánoce. Roste poptávka po razantní akci, ale třeba je dobré ji tentokrát oslyšet a raději měřit dvakrát. Dobře dávkovaná a časovaná nečinnost přináší někdy více ovoce než přehnaná aktivita. Reformy se přece jenom dělají lépe s lidmi, kteří vás následují, než s těmi, které hrnete

před sebou. To jsem odkoukal od Honzy Bora, kterému jsem před lety sekundoval v čele expedice Aqua Terra – Africa Madagaskar. Osm nás po stejný počet měsíců putovalo celkem drsným prostředím východní Afriky a Madagaskaru, točili jsme filmy a zkoušeli spolehlivost právě vymyšleného Aquasterilu sami na sobě. Prostředí jak stvořené pro ponorkovou nemoc, nicméně Honza nás od ní uchránil. Recept měl jednoduchý: pokaždé počkal, až jsme se všichni sladili. Třeba když naše „sanitární“ zastávky, při kterých jsme prali, třídili shromážděný materiál, opravovali techniku a lízali utržené rány, ukončoval až ve chvíli, kdy o to stáli už všichni. Nebyl to Honza, kdo nás honil do práce, ale to my jsme za ním chodili s přáním „Tak už jedme!“ . Když přišel poslední, jelo se.

Mám za to, že přístup Leoše Hegera se tomu Honzovu hodně podobá. Tlačme ministra do potřebných reform a věřme, že ve chvíli, kdy zástup žadatelů posílí poslední zájmová skupina, dostanou reformy zelenou. Cvičně si zopakujme některé potřebné kroky: vymezení rozsahu péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, zavedení dvousložkového pojistného, systémové propojení zdravotní a sociální péče v rámci zdravotně-sociálního pojištění, úprava úhradových mechanismů a norem upravujících personální a technické požadavky na zdravotnická zařízení, no a v neposlední řadě posílení regulační

Jaké změny chystá ministerstvo zdravotnictví?

Leoš Heger



volné fórum



Jaroslav Blahoš

Miloš Voleman



Vendula Mrázková

Veřejné zakázky



a kontrolní role státu na úkor jeho přímých zásahů do chodu zdravotnických zařízení a pojišťoven.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

úhel pohledu >

**doc. MUDr. Leoš Heger, CSc.,
ministr zdravotnictví ČR**

Teze řízení zdravotnictví a aktuálně připravované změny

Úvod

Každý, kdo chce zasahovat do složitého komplexu zdravotnictví, by si měl odpovědně položit otázku, v jakém rozsahu je potřeba zdravotnický systém České republiky měnit. Lze na ni nalézt celou řadu odpovědí a protichůdných argumentů a diskuse léta nespěje k žádnému cíli. Pro zachování současného stavu svědčí např. fakt, že technologicky patří české zdravotnictví i čeští lékaři k jedněm z nejlepších na světě a i tu nejdražší péči zde pacienti, kteří ji potřebují, obvykle bez problémů dostanou, ať jsou odkudkoliv, chudí či bohatí. Na druhé straně všichni vědí, že nalézt místo v dobře vybavené, dostupné a evropskému standardu odpovídající léčebně pro dlouhodobě nemocné je dost obtížné. Řada lidí je přesvědčena, že pacienti se často cítí jako ti poslední, kvůli kterým tu zdravotnictví existuje, a zdravotníci, zejména v nemocnicích, jsou chronicky přepracovaní, finančně nedocenění a dlouhodobě se pohybují na společensky nežádoucí hranici výbušné nespokojenosti.

To, že má zdravotnictví problémy ve všech zemích na světě, a že ani v těch nejvyspělejších nebyl dosud nalezen obecně přijatelný a vše řešící systém, je rovněž známo. Nikde nebyly uspokojivě vyřešeny potřeby a přání všech pacientů, kterým hrozí smrt či vážná porucha zdraví, dostat tu nejlepší a nejmodernější péči, kterou medicínská věda umí nabídnout. Je to proto, že ve většině

zemí na tak o v ý t o ideál nedostačují peníze a tam, kde je finančních zdrojů dost, zase chybí

Celé zdravotnictví tak získává pověst jednoho velkého nepořádku, do kterého dávat jakoukoliv další finanční injekci je zcela zbytečné.

ochota k dostatečné míře solidarity nebo ochota sahat do státního rozpočtu a zvyšovat daně či kvůli zdravotnictví krátiť jiné kapitoly.

Zdravotnický systém poskytování služeb je z vnitřních, objektivních a těžko odstranitelných důvodů relativně ekonomicky neefektivní. Musí budovat celou řadu nadbytečných kapacit kvůli náhodně se objevujícím havarijním situacím, či kvůli hrozbě vzniku epidemií. Musí pracovat s vysokou mírou bezpečí, což prodražuje všechny používané výrobky a hygienické nároky. Klade také vysoké požadavky na kvalitu personálu a na systémy o m e z u j í c í p o c h y b e n í . Zdravotnictví pracuje s vysokou mírou nejistoty jak kvůli potřebě rychlého rizikového rozhodování v urgentních situacích, tak kvůli velmi obtížnému a drahému ověřování dlouhodobých výsledků používaných postupů. Navíc v něm nelze stoprocentně aplikovat běžné komerční postupy, vedoucí k vyšší efektivitě, jako např. vysoký stupeň specializace poskytovatele (musejí existovat i univerzální nemocnice kvůli pacientům, kteří nejsou medicínsky zařaditelní do jednoduché diagnózy). Konkurence někdy poskytování péče spíše zdražuje a postupy vedoucí k vyššímu individuálnímu uspokojení pacienta jsou evidentně dražší než masové poskytování péče ve velkých zařízeních, kde se pacient i přes dobré medicínské výsledky lidsky ztrácí.

V každém zdravotnickém systému existují i další neefektivnosti, které ovšem lze ovlivnit. Namátkově jde o přebujelou administrativu, plýtvání s léky, nákupy nepotřebné zdravotnické techniky, duplicitu vyšetření u pacientů, procházejících bez zodpovědnosti systémem. Tento typ neefektivit je často směřován do jednoho velkého balíku problémů, jak spolu s výše uvedenou obecnou a neodstranitelnou implicitní nízkou efektivitou celého zdravotnictví, tak s různými konkrétními pochy-



Leoš Heger

beními na úrovni poskytovatelů i politiků, korupčními aférami a šedou ekonomikou. Celé zdravotnictví tak získává pověst velké černé díry, do které dávat jakoukoliv další finanční injekci je zcela zbytečné. Vznikla tak krize důvěry ve zdravotnictví,

která vede ke zveličování negativních jevů, kterým jsou vystaveni pacienti, a zároveň činí nevhodnými oprávněné stížnosti zdravotníků na zanedbávání jejich oprávněných potřeb. Začíná tak hrozit riziko otupení vysokého etického náboje ve zdravotnictví, který vždy byl mocným nástrojem udržování vysoké úrovně poskytování péče a morálky personálu. Dlouhodobě a po zásluze negativně medializované rozbroje mezi různými skupinami lékařů, mezi lékárníky a lékaři, mezi některými kategoriemi nelékařských pracovníků a lékaři či mezi plátcí a poskytovateli jsou toho smutným příkladem, o vztazích mezi zdravotnickými politiky z různých stran nemluvě.

Z uvedené vyplývá, že je do zdravotnického systému potřeba začít vnášet pořádek, budovat pravidla, která zde chybějí, a začít slušně a věrohodně řešit desítky až stovky problémů nejen legislativně, ale i vztahově a finančně. Vytvoření transparentního systému poukáže na neefektivitu systému, které bude posléze možné měnit. Dnes již nelze spasitelně označit jednu klíčovou změnu, která by přinesla revoluční obrat v poměrech ve zdravotnictví a jednoznačně by je obratem ozdravila. Potřebných změn jsou již desítky a celý systém je nutno začít bez politických vášní a dramatik trpělivě kultivovat ku prospěchu pacientů a zdravotníků, bez jejichž spokojenosti se dlouhodobě udržitelné zdravotnictví neobejde.

Problémy nejsou v principech, na kterých bylo naše zdravotnictví v posledních dvaceti letech budováno, ale zejména v detailech, které byly zanedbány. Přesto však existují tři zásadní reformní oblasti, reprezentující zcela klíčové opory nezbytných změn. Jsou jimi:

- otevření možností příplatků za nadstandard a tvorba úhradových standardů,
- odpovědná definice postupů *lege artis*,
- vynucení změn v chování zdravotních pojišťoven.

Cíle, ke kterým bude zdravotnictví směřovat

Systém

- Posílení komplexního systému ochrany a rozvoje zdraví s aktivním zapojením občanů a dosažení vyrovnané proporce mezi efektivními preventivními opatřeními a poskytováním diagnostických a terapeutických služeb.
- Posílení role akutní a následné péče v pomoci návratu pacientů do jejich původního zdraví a soběstačnosti, aby se mohli vrátit do práce, či do svého přirozeného prostředí.
- Dosažení nejvyššího možného objemu poskytování racionální a kvalitní zdravotní péče při stávajících zdrojích.
- Zklidnění tenzí ve zdravotnictví a zvýšení jeho dobré pověsti. Zdravotnictví musí být vnímáno jako vstřícný a efektivní systém („Value for money“), který za přidělené zdroje poskytuje maximum možného, protože teprve potom bude možno účinně vznášet požadavky na navyšování zdrojů pro jeho rozvoj.
- Nové definování finančních vztahů a rolí zdravotnického a sociálního resortu tak, aby byla zachována a posílena jistota občanů, že na široké styčné hranici obou sektorů bude snadná a rychlá dostupnost pro ty, kdo péči skutečně potřebují.
- Vytvoření efektivních nástrojů ministerstva zdravotnictví pro kontrolu naplňování právních předpisů a z nich vyplývajících povinností zdravotních pojišťoven, poskytovatelů i pacientů.
- Posílení resortní informatiky a analytických kapacit na úrovni ministerstva zdravotnictví tak, aby byly plně a snadno k dispozici informace nezbytné pro sledování a řízení celého systému péče o zdraví ze zdrojů ČSÚ, ÚZIS, zdravotních pojišťoven, resortních registrů a mezinárodních databází.
- Vytvoření ceníku zdravotní péče, vycházejícího z reálných nákladů a přiměřeného zisku poskytovatele péče.
- Vytvoření životaschopného a praktického systému stanovení úhrad léčiv z veřejného zdravotního pojištění a podobného systému určování úhrad zdravotních výkonů tak, aby byly konformní s Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod, tj. aby byla potřebná péče bez přímé úhrady pacientem dostupná pro všechny závažné diagnózy a zdravotnické situace. Výjimky, kdy je péče plně hrazena pacientem

nebo kdy je předepsaná spoluúčast pacienta, budou definovány zákonem, včetně podmínek, kdy je možno v rámci nadstandardu vyžadovat od pacienta doplatky.

Občan

- Definování nároku pacienta při čerpání péče, hrazené ze systému veřejného zdravotního pojištění.
- Vybudování srozumitelných, otevřených a spravedlivých pravidel pro občany, aby se mohli ve zdravotnickém systému lépe orientovat a racionálně čerpat zdravotní péči.
- Posílení alokace financí do oblastí, kde občané pocítují největší nedostatky ve službách a kde Česká republika relativně zaostává za vyspělými zeměmi.
- Upřesnění povinností občanů pečovat o své zdraví a dodržovat pravidla při čerpání péče.
- Postupně a sociálně únosné zvyšování finanční spoluúčasti na péči, která bude mít za cíl vychovat pojištěnce k racionálnímu čerpání zdravotních služeb, uvědomovat si nákladnost péče a aktivně pečovat o ochranu vlastního zdraví. Získané finanční prostředky posílí nedostatečně hrazenou péči a nově zaváděné metody.
- Postupně umožnění širší míry připlácení pro pojištěnce, kteří budou mít zájem získat nadstandardní výhody, jako luxusnější prostředí, nabídku časové flexibility, nadstandardní konzultace a jiné podobné benefity, včetně zbytné péče nad rámec pojistného plnění.
- Vzdělávání pacientů (zejména chronicky nemocných pacientů) a jejich rodinných příslušníků pro poskytování péče v domácím prostředí a posílení zodpovědnosti pacientů za vlastní zdraví.

Poskytovatel péče

- Získání solidní legislativní opory při poskytování zdravotní péče prostřednictvím nového definování postupu *lege artis* v reálných podmínkách České republiky tak, aby bylo možno v souladu s Ústavou ČR a Listinou základních práv a svobod zcela transparentně regulovat objem poskytované péče a limitovat ji v závislosti na aktuálních zdrojích a zároveň definovat nepodkročitelný standard pro občana, který péči potřebuje.
- Zavedení nové organizace zdravotní péče tak, aby odpovídala modernímu pojetí klasifikace služeb od péče akutní přes péči doléčovací (aktivizační), ošetrovatelskou (zdravotně sociální)

až po paliativní a terminální péči.

- Dopracování pravidel vzdělávání zdravotnických pracovníků a jejich kompetencí. Stabilizování systému vzdělávání lékařů, zjednodušení nepřehledného systému klasifikace a získávání kompetencí nelékařských pracovníků a posílení kompetencí a odpovědností sester.
- Posilování komunikačních sítí a sdílení zdravotnické dokumentace tak, aby byly ošetřujícímu lékaři k dispozici potřebné údaje o předchozí péči v rámci platných pravidel ochrany osobních dat.

Plátce

- Zpřísnění povinností plátců zajistit pojištěncům potřebnou péči v celém rozsahu spektra zdravotních služeb v rámci finančních možností, nastavených úrovní jejich příjmů.
- Reálné definování povinností plátců péče tak, aby využítí prostředků získaných z pojistného bylo efektivní, transparentní a směřovalo k naplnění principu ekvity.
- Prohloubení kontrolní role ministerstva zdravotnictví vůči plátcům.
- Uvolnění konkurence mezi plátcí tak, aby je vytvořené motivační mechanismy vedly k mapování kvality péče a vytváření úhradových schémat, která zvýhodňují kvalitní poskytovatele a umožňují jejich expanzi na trhu služeb.
- Zajištění legislativní možnosti regulovat vstup nových technologií při poskytování péče a povinnosti plošně z veřejného zdravotního pojištění hradit pouze postupy, jejichž účinnost byla řádně prověřena.
- Vytvoření podmínek pro odlišení zdravotních pojišťoven mezi sebou.

Role krajů a obcí

- Vyjasnění rolí krajů a obcí ve zdravotním systému a jeho financování.

Konkrétní plánované kroky

Rychlost změn

Systém má aktuálně velké problémy s nespokojeností nemocničních lékařů, ale přesto je s klíčovými změnami potřeba postupovat uvážlivě. Kde je to možné, je nezbytné provádět pilotní testování změn, odladit je a připravit k realizaci co nejpečlivěji. Při špatně organizovaném postupu snadno dochází k neočekávaným škodám, k jaké např. došlo při implementaci nového systému vzdělá-

vání pracovníků ve zdravotnictví, který se dodnes nenaplnil a uvedl tisíce lidí do velké nejistoty, přičemž starý systém dvou atestací lékařů, který ačkoli nefungoval ideálně, se úplně rozpadl. Některé změny se dějí tak rychle a často, že se vůbec n e s t a č í zažít, jak

Dnes již nelze spásitelsky označit jednu či několik málo klíčových změn, které by přinesly revoluční obrat v poměrech ve zdravotnictví a jednoznačně by ho obratem ozdravily.

ukazuje každoročně výrazně předělávaná metodika DRG, takže i přes velké úsilí a prostředky se kýžený efekt letitého zavádění slibného systému úhrad zatím prakticky nedostavuje, přestože by naplnil nezbytný požadavek na fungování principu, kdy „peníze jdou za pacientem“.

Aktuální a připravovaná legislativní opatření

Prodloužení 7% snížení cen a úhrad léčivých přípravků do 31. 12. 2011.

Tč. se projednává finální text novely zákona, který bude předložen jako koaliční poslanecká iniciativa. Jedná se o nouzové opatření, kdy tzv. Janotův balíček obsahoval toto opatření s platností do 31. 12. 2010. Vzhledem ke složitosti administrativního procesu stanovování cen a úhrad léčivých přípravků a jejich revizí ke konci tohoto roku nebude zrevidováno cca 55 % léčivých přípravků a hrozí navýšení nákladů veřejného zdravotního pojištění o cca 3–4 mld. Kč.

Zahájen proces přípravy ratifikace Rámcové úmluvy o kontrole tabáku

Úmluvu v rámci WHO přijalo 171 zemí, včetně 26 členských států EU. Za ČR ji podepsala v r. 2003 ministryně M. Součková a přes několik pokusů nebyla dosud ratifikována. Jedná se o symbolické vyjádření snahy ČR připojit se k boji proti tabákové pandemii, protože naše dosud přijatá protikuřácká legislativa je s úmluvou plně kompatibilní a ratifikace by si nevytutila další legislativní opatření.

„Malá“ novela zákona č. 48/1997 Sb.

Návrh je v procesu vypořádávání připomínekového řízení, po kterém bude odeslán do vlády ČR. Obsahuje tyto oblasti:

- Zrušení části tzv. Hovorkových paragrafů, které brání zahájení procesu sloučení Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra a Vojenské zdravotní pojišťovny, které je naplánováno v rámci Programového prohlášení vlády ČR s cílem zefektivnit činnost obou pojišťoven a vyrovnat síly jednotlivých aktérů na trhu zdravotního pojištění.
- Úpravy procesu určování cen a úhrad léčivých přípravků s cílem zrychlit celé řízení a jeho pravidelné revize, které jsou tč. administrativně složité, SÚKL a ministerstvo zdravotnictví je časově nevládnoucí a hromadí se správní žaloby firem. Úprava by měla přinést i zrychlení vstupu generických léčiv na náš trh.
- Navrhuje se zkrácení délky dohodovacího řízení k úhradám zdravotních výkonů pro větší prostor pro seriózní tvorbu tzv. úhradové vyhlášky, která se tradičně připravuje na ministerstvu zdravotnictví ve velkém chvatu a nervozitě.
- V rámci regulačních poplatků se zvyšuje platba za ošetřovací den v ústavních zdravotnických zařízeních ze 60 Kč na 100 Kč. Platba není limitována délkou pobytu a i nadále se nebude započítávat do ročního limitu 2 500 Kč, resp. 5 000 Kč, po jehož vyčerpání pacient i nadále poplatky hradí, ale zdravotní pojišťovna mu je vrací.
- Oslabení funkce tzv. paragrafu poslankyně Fišerové, který principiálně znemožňuje příplatky pacienta za nadstandard. Plátcí bude umožněno uhradit místo ceny dražšího výkonu pouze cenu medicínsky stejně efektivního, avšak levnějšího výkonu s tím, že pacient bude mít možnost o dražší výkon požádat a rozdíl v ceně doplatit. Tato změna je výrazně reformní, a pokud bude do legislativy zakomponována, umožní zahájení rozsáhlých prací na definování úhradových standardů pro dané diagnózy a medicínské situace a možnost připlácení na nadstandardní výkony a materiály. Pro jednotlivé vybrané výkony bude nutno rozšířit Seznam výkonů s bodovými hodnotami o diagnostické limity a další kritéria, která úhrady vymezí. Pro komplexní léčebné algoritmy bude nutno popsat a legislativně zakotvit tvorbu standardních postupů, čímž vznikne zcela nová agenda, zajišťující vlastní tvorbu, schvalování a pravidelnou dlouhodobou aktualizaci standardů, nad kterou si pravděpodobně ministerstvo zdravotnictví ponechá konečný dohled.

Plánované zvýšení regulačního poplatku z 30 Kč na 90 Kč při první návštěvě ambulantního specialisty bez doporučení či pozvání bude navrženo až při další novele. Zavedení vyžaduje diskusi o řadě výjimek a zároveň i formulaci pravidel pohybu pacienta v systému a definici rolí ošetřujícího lékaře v případě návštěvování dvou a více paralelních ošetřujících lékařů např. v oblasti preskripce. Rovněž je nutné lépe definovat povinnosti pacienta aj. metodické záležitosti, které od zrušení Zdravotního řádu v devadesátých letech v legislativě chybějí. Ještě se aktuálně v rámci připomínkového procesu zkoumá možnost implementace změny regulačních poplatků v lékárnách, která byla původně plánována až v rámci hlubších změn stanovení úhrad léčiv.

Novelizace zákonů o vzdělávání zdravotnických pracovníků č. 95 a 96/2004 Sb.

U lékařů jsou finalizovány připomínky k novele vyhlášky č. 185/2009 Sb. o oborech specializačního vzdělávání lékařů a počítá se s jejím vydáním do konce r. 2010. Nově jsou definovány kmeny vzdělávacích oborů a nástavbových oborů, které byly vyžadovány odbornou veřejností. Paralelně s tímto procesem probíhají jednání s vedením akreditačních komisí o zkrácení povinné všeobecné části společně všem kmenům, která bude zkrácena na půl roku a redukována na absolvování stáží na interně, chirurgii a v oblasti intenzivní medicíny. MZ bude dále usilovat o redukci povinných stáží na pracovišti vyššího typu na cca půl roku. Dále se připravuje převod organizace specializačního a nadstavbového vzdělávání lékařů na lékařské fakulty a hledá se možnost definování jejich role jako institucí, které by vykonávaly nad vzděláváním dohled. Atestační zkoušky, které budou organizovat fakulty, si ponechá ve své gesci stát a místa zkoušení budou v rámci fakult rotovat. Ministerstvo zdravotnictví zrekonstruuje složení akreditačních komisí tak, aby v nich byly zastoupeny všechny fakulty a aby jejich druhou polovinu tvořili členové navržené odbornými společnostmi a Českou lékařskou komorou z neakademických pracovišť.

K zákonu č. 95/2004 Sb. se připravuje vládní novela, která zruší stabilizační dohody u rezidentů a zjednoduší financování rezidenčních programů. Předpokladem je, že by se hradily dva roky vzdělávání v kmenech všech specializačních oborů a zbytek programu pouze u 2–4 vybraných oborů, které vyžadují zvláštní podporu. S jistotou sem budou patřit všeobecné praktické lékařství a praktické lé-

kařství pro děti a dorost. Tato změna by výrazně zjednodušila administrativu dotačních programů jak na ministerstvu, tak na vzdělávacích pracovištích a umožnila by snadný přechod rezidenta na jiné pracoviště.

Navrhovaná novela zákona č. 96/2004 Sb. je připravovaná jako poslanecká iniciativa. Měla by prodloužit registrační období pro sestry na 10 let, aby se zabránilo pravděpodobně nezvládnutelné a zbytečně zatěžující obnově registrací v příštím roce. Součástí novely bude i přejmenování dnes neatraktivního oboru zdravotní asistentka na praktickou sestru, což by spolu s povýšením kompetencí do režimu samostatné práce bez dohledu v oblasti základních ošetrovatelských funkcí mělo výrazně zvýšit uplatnění absolventek tohoto oboru na trhu práce. Rovněž se plánuje sjednocení oborů různě specializovaných sanitářů a jejich vzdělávacích programů do jednotné profese sanitář.

Zákon o zdravotnických službách

Zákon o zdravotních službách, připravený reformním týmem bývalého ministra T. Julínka, se otevřel k neformálním diskusím v rámci ministerstva zdravotnictví a okruh připomínkujících míst se bude rozšiřovat tak, aby byl předložen do formálního legislativního procesu během prvního kvartálu r. 2011. Pravděpodobně bude nutno zrevidovat definice jednotlivých typů zdravotní péče, resp. zdravotních služeb, zjednodušit administrativu okolo registrace zdravotnických zařízení a definovat tvorbu zdravotnických standardů a dohledu nad kvalitou péče. Bude nutno diskutovat i zvláštní postavení oborů praktického lékařství jakožto průvodců pacientů v systému, ale zároveň i jejich povinnosti ve sféře nepopulárních funkcí, jakými jsou ohledání zemědělských či nepřetržitá péče typu centralizovaných pohotovostí.

Klíčovým reformním momentem v zákoně bude racionální definice postupu *lege artis*, která se v podobě stávajícího zákona o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. již přežila a byla nepřímo rozšířena několika judikáty Nejvyššího soudu. Nejen u nás, ale i v plně rozvinutých zemích s vyšším ekonomickým potenciálem narůstá napětí mezi zdroji a rychle rostoucími možnostmi medicínské vědy. Péče se tak stává neufinancovatelnou. Tento proces díky rychlému rozvoji nových technologií a rostoucím nárokům na kvalitu a bezpečí bude dále pokračovat a i v bohatých zemích se objevuje potřeba objem péče transparentně limitovat. Je to obtížný proces, vyžadující širokou expertní bázi, připravující odborná stanoviska, doplněný širo-

kým společenským konsenzem. Pokládá se to však za lepší variantu, než jakou reprezentuje současný stav. Lékaři jsou ohroženi legislativní nejistotou, pokud z důvodů nedostatečných zdrojů plnou až maximální péči neposkytnou, a objevují se stále častější hrozby právníků, kteří nabádají pacienty k podávání žalob.

Pokud není pacientovi, který očekává naprosto neomezenou péči bez jakékoliv limitace její účinnosti tato maximální péče poskytnuta, vede to k jeho těžké traumatizaci a pocitu nejistoty a krivdy. Převážná většina lékařů se stále chová odpovědně, situaci pacientům vysvětlují a péči přidělují na základě zkušeností podle subjektivně odhadovaných potřeb pacienta, jeho rizik, prognózy stavu a odhadu pravděpodobnosti účinnosti léčby. V ojedinělých případech však nelze vyloučit ani nejednotné a někdy neprůhledné, či dokonce šedou ekonomikou ovlivněné chování lékařů. Ti si navíc pod zámkou nezbytnosti nelimitovaného poskytování péče občas vynucují navyšování zdrojů pro své zdravotnické zařízení či obor až bulvárním způsobem, což dále přispívá k neklidu v celém systému.

Vše je důvodem, aby se v definici postupu *lege artis* prvek možného limitu v závislosti na ekonomických možnostech systému objevil a byl dále upřesňován a specifikován dalšími zákonnými normami. Vytvořil by zároveň podklad pro rozvedení legislativy pro omezení vstupu nových technologií do standardů poskytování péče, ať v případech nedostatku zdrojů, či v případech, kdy není průkazný vysoký medicínský efekt postupu. Zavedení kontrolované limitace péče by navíc výrazně snížilo nervozitu, která vzniká neřešením maximalistických nároků na péči v prostředí nedostatku zdrojů. Ten při spontánním a neorganizovaném boji o finanční prostředky vede snadno díky zpolitizovanému a chaotickému alokování zdrojů k těžkým systémovým neefektivitám.

Zákon o zdravotnických službách bude doplněn již připraveným zákonem o speciálních službách a zákonem o záchranné službě, které musejí být vzájemně terminologicky provázány se zákonem o službách.

V návaznosti na tyto zákony bude připravován samostatný zákon o dlouhodobé péči, který vymezí podmínky a financování péče na pomezí zdravotního a sociálního sektoru. Na druhé straně bude tento zákon navazovat na současný zákon o sociálních službách a bude vytvořen ve spolupráci s ministerstvem práce a sociálních věcí.

Další změny zákona o veřejném zdravotním pojištění

Zcela nový, popřípadě výrazně dále novelizovaný zákon č. 48/1997 bude diskutován po dokončení současných příprav úhradové vyhlášky pro r. 2011. Půjde-li se cestou tvorby úhradových standardů, bude z něj kvůli zachování konformity s ústavou pravděpodobně nutno vyjmout vyhlášku „Seznam výkonů s bodovými hodnotami“ a přetvořit ji na nový zákon, který do sebe zavezme současnou přílohu zákona č. 48 se stomatologickými výkony, chystané úhradové standardy na bázi Seznamu a zároveň nově vytvořený korunový ceník.

Zákon tohoto typu by musel být Poslaneckou sněmovnou Parlamentu ČR pravděpodobně ročně novelizován (podobně jako státní rozpočet) a vyvíjel by se již nezávisle na kmenovém zákonu o veřejném zdravotním pojištění. V něm bude nutno definitivně upravit či předělat pravidla pro určování cen a úhrad léčivých přípravků, eventuálně je vyjmout do dalšího samostatného zákona. Dále bude nutno implementovat další parametr k přerozdělení pojistného mezi jednotlivými pojišťovnami, protože současná metoda, vycházející z věku pojištěnců, není schopna zajistit rovnoměrnou bilanci jak u VZP, tak u zaměstnaneckých pojišťoven.

Klíčovou reformní funkcí zákona č. 48 zůstane nové nadefinování role zdravotních pojišťoven. Od doby jejich vzniku se hlavní myšlenky pojistného systému, ke kterým patří samostatnost, vysoká odpovědnost za efektivní strukturu sítě poskytovatelů a za dostupnost péče pro pojištěnce, nikdy řádně nenaplnily. Pokud na důkladnou diskusi o výrazné transformaci fungování pojišťoven nebude dostatečný prostor, bude nutno alespoň připravit takovou novelu, která určí odpovědnosti pojišťoven za to, co dosud dělat mohou, ale téměř nic je k tomu nemotivuje. Mají se chovat jako subjekty, které ovlivňují zdravotní politiku ve prospěch pacientů, které pečují o vysokou efektivitu systému a kvalitu péče, ale zároveň mají fungovat jako subjekty, které kultivují prostředí tak, aby byli spokojeni i poskytovatelé péče. Zavádění nástrojů, které by zdravotní pojišťovny k tomuto směřování motivovalo, může být možná i postupným procesem, protože jakákoliv dílčí změna, která se v tomto duchu prosadí, bude pro naše zdravotnictví užitečná.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jak hodnotíte dosavadní kroky současného ministerstva zdravotnictví?
2. Jak se Vám líbí jeho koncepční záměry?
3. Co byste do nich doplnil/a, co byste z nich vyjmul/a a co byste dělal/a jinak nebo jindy?



prof. MUDr. Jaroslav Blahoš,
DrSc., předseda ČLS JEP

odpovědi Jaroslava Blahoše:

Zde jsou mé odpovědi souhrnně 1–3.

Znám pana ministra dlouhou dobu a jsem přesvědčen, že jeho úmysly, dané jeho osobností a dlouholetými úspěšnými zkušenostmi, jsou rozumné a podložené snahou pomoci našemu zdravotnictví. Je pochopitelné, že dosavadní kroky nemohly být nijak převratné, neboť není ve funkci natolik dlouho, aby mohl zvládnout problémy, které se nakupily a které se díky aktuálním politicko-ekonomickým podmínkám dále kupí. Při osobním styku se zástupci předsednictva ČLS JEP jsme vyjádřili názor, že jednou z priorit je urychlení jasné formulace a legalizace specializačního vzdělávání. Nejistota mladých lékařů po promoci je jednou z příčin frustrace v nejnějším přetrvávajícím postra-

graduálním vakuu. ČLS JEP předložila již 19. 4. 2010 jasnou představu, schválenou na společném zasedání odborných společností. Na schůzi Mladých lékařů v Praze přislíbil pan ministr urychlené vyřízení. Ujistili jsme pana ministra, že ČLS JEP se svými 115 odbornými společnostmi bude ráda nápomocna.

Tlak na vládu a ministra financí zvláště, aby vyhověli naléhavé žádosti úpravy financování zdravotnictví, by měl být zdůrazněn i tím, že ve všech vládních resortech tvoří zdraví a zdravotnictví do jisté míry jejich neodmyslitelnou agendu. V přeneseném slova smyslu stále platí, že „salus rei publicae suprema lex“.



MUDr. Miloš Voleman,
chirurg, FNKV, člen předsednictva LOK-SČL ČR

odpovědi Miloše Volemana:

1. Neutrálně, spíše mírně ne-

gativně. Rozhodně se výrazně zlepšila komunikace mezi ministerstvem a ostatními organizacemi – z pozice lékaře vnímám hlavně komunikaci ministerstva s ČLK a LOKem. Existuje i obecná shoda ministerstva a lékařských organizací na definování zásadních problémů a i nutnosti jejich řešení. Bohužel to, co existuje v rovině proklamací, nemá prakticky žádný dopad v rovině faktické. Personální krize zdravotnictví není zatím řešena vůbec, ani není ze strany ministerstva jednoznačný plán na její řešení (pojmem jednoznačný plán myslím konkrétní opatření a stanovený harmonogram jejich zavedení). Obecný příslib změn nečiní ministra důvěryhodným, protože v tomto se nijak neliší od svých předchůdců. Je možné, že ministr nemá sílu změny provést, ale pak by měl toto veřejně říci a říci také, proč tuto sílu nemá. Navíc zatím jediný konkrétní krok, totiž návrh nové úhradové vyhlášky, je přímým popřením ostatních slibů. Zde se jedná jednoznačně o krok proti zdravotníkům. Z čí hlavy návrh vyšel, ale nevíme. Nová vyhláška o postgraduálním vzdělávání zatím není v definitivní podobě. Pan ministr projevil v této oblasti jasnou snahu problém řešit (vyhozením náměstkyně Hellerové), ale další kroky už nenásledovaly.

2. Obecně řečeno, líbí se mi záměr definovat standardní a nadstandardní péči. Ale tahle proklamacie je stará jak

Metuzalém, stala se z ní určitá mantra, kterou slyšíme ze všech stran. Nikdo ale nebyl doposud schopen jasně říci, jakým způsobem by měly být standardy definovány. Za dob pánů Julínka a Šnajdra si to představovali jak Hurvínek válku – prostě se nějak nadefinují úřednickou vyhláškou a bude to. Kdo se v problematice alespoň trochu orientuje, ten ví, že jde o neskutečně složitý problém, už jen obecně filozofická definice standardu způsobí velké hádky. Tak jak je navrhovaná v připravované novele zákona o veřejném zdravotním pojištění, je zcela nepoužitelná. Formulace je příliš vágní a „natahovací“. Pokud by byla přijata, vedlo by to nepochybně k nadvládě zdravotních pojišťoven nad zdravotnickými zařízeními (v podstatě by byla zavedena řízená péče – noční můra všech lékařů i pacientů) a v druhé době by následovala lavina soudních sporů. Zde pan ministr projevilo rozumné uvažování, když prohlásil, že v první době se definice standardu může týkat pouze záležitostí materiálových a až v druhé době zdravotních služeb jako celků s tím, že celý proces musí probíhat relativně pomalu a kontrolovaně. Zde je pan ministr určitě pod velkým tlakem. Měl by ale jasně říci, kdo na něj tlačí. Ostatní připravované změny nepovažuji za zásadně koncepční, spíše jde o kosmetiku.

3. To souvisí s předchozí otázkou. Definování standardů je běh na dlouhou trať. Zde není důvod spěchat, pokud se systém zhroutl, nebude to z tohoto důvodu. Pro fungování zdravotnictví jsou potřeba tři základní pilíře: síť zdravotnických zařízení, vybavení zdravotnických zařízení a kvalifikovaný zdravotnický personál. A samo-

zřejmě peníze. V současné době máme síť zajištěnou, vybavení je zcela dostatečné, spíše jsme místej nadvybaveni. Kritická situace je v oblasti personálu. Já osobně bych postupoval následovně:

Krok 1. Stabilizace personální situace – řešení nedostatečného odměňování zdravotnického personálu a řešení neúnosných pracovních podmínek (dlouhodobé přetěžování personálu a nevyhovující systém postgraduálního vzdělávání) v českých nemocnicích. Odměňování lze řešit prakticky okamžitě, zlepšení pracovních podmínek lze dosáhnout v horizontu dvou let – pokud bude dobré odměňování, dá se předpokládat, že odliv pracovníků ze zdravotnictví se zastaví a otočí.

Krok 2. Musí probíhat souběžně s krokem 1. Změnou lékové politiky a změnou systému úhrad (rychlou, v rámci stávajících principů) za poskytnutou péči získat prostředky k realizaci bodu 1. (technická záležitost, proti budou pouze farmaceutické firmy a ta zdravotnická zařízení, která t. č. poskytují péči neefektivně nákladnou). Základní opatření ke splnění kroků 1 a 2 lze provést do jednoho měsíce.

Krok 3. Definování standardní a nadstandardní péče. Horizont splnění dva roky. Tento bod bude neuralgický, zde je příliš mnoho zájmových skupin.

Krok 4. Souběžně s krokem 3. Nová koncepce úhrad za zdravotní péči. Stávající systém s sebou stále nese pozůstatky první poloviny devadesátých let, kdy byl nastaven koncepčně špatně a pro současnou úroveň zdravotnictví je již úplně nevhodný. Princip každoročního dohadování a nejistoty na další rok musí být nahrazen systémem schopným fungovat bez koncepčních zásahů delší dobu

a přitom pružně reagovat na vývoj ve zdravotnictví. Jde opět o technickou věc, kterou už řešila řada zemí, a můžeme ji klidně okopírovat. Splnit se dá do dvou let, nutno ale dosáhnout obecného konsensu.

Krok 5. Těsně následuje po krocích 3 a 4. Redefinování systému zdravotního pojištění (včetně počtu a postavení pojišťoven), zavedení komerčního připojištění a redefinování sítě zdravotnických zařízení.

Krok 6. Tento krok musí běžet průběžně a bude trvat v podstatě stále: tlačít na zvyšování podílu zdravotnictví na HDP – s cílem dosáhnout cca 10 %. V první fázi se snažit zrušit stropy na zdravotní pojištění, zaveš zdravotní pojištění z dohod, srovnat příspěvky zaměstnanců a OSVČ do fondu zdravotního pojištění, pokusit se nasměrovat do fondu zdravotního pojištění výnos spotřební daně z tabáku a alkoholu. Zvyšit příspěvek za státní pojištěnce.

Krok 7. Také průběžně a natrvalo. Zabránit nebo aspoň důsledně omezit korupci – od úrovně ministerstva zdravotnictví až k jednotlivým zdravotnickým zařízením, a to zavedením velmi důsledné veřejné kontroly. V principu by mělo platit, že vydání každé koruny vybrané na veřejném zdravotním pojištění bude dohledatelné veřejným přístupem. A zcela zásadně – už žádné „české cesty“. Řešíme problémy, které řešily nebo řeší všechny okolní země. Neinspirovat se na Slovensku, dr. Zajace poslat tam, kam patří (kam patří, vám řekne každý nemocniční lékař, ale nepůjde to publikovat před 22. hodinou). Inspirovat se v Německu a Rakousku, případně ve Skandinávii.

Mgr. Vendula Mrázková, LL.M., advokátní koncipientka,
Advokátní kancelář Bradáč Advokáti, Praha

Veřejné zakázky

V dnešní době doprovázené finančními škrty a šetřením může proces zadávání veřejných zakázek přinést úspory v tom smyslu, že umožní efektivnější vynakládání veřejných prostředků. Jelikož v rámci institutu veřejných zakázek jsou vynakládány velmi značné objemy veřejných financí, správné a efektivní zadávání veřejných zakázek, jež vytvoří soutěžní prostředí mezi dodavateli, zabezpečí účelné vynakládání veřejných prostředků zadavateli, a tím i úspory v rámci veřejných rozpočtů.



K dosažení takové účelnosti je nutné, aby v procesu zadávání veřejných zakázek bylo postupováno nejen v souladu se zákonnými pravidly, ale i zásadami transparentnosti, rovného zacházení a zákazku diskriminace. I ve zdravotnictví se hovoří o veřejných zakázkách a i v tomto oboru je na jejich zadávání vynakládáno značné množství finančních prostředků. Je tedy potřeba vědět, co si pod veřejnou zakázkou můžeme představit.

Hlavním právním předpisem upravujícím problematiku zadávání veřejných zakázek je zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, v platném znění (dále jen „zákon o veřejných zakázkách“). Tento zákon upravuje závazný postup, který je třeba dodržet při uzavírání smlouvy na předmět plnění veřejné zakázky, jsou-li na předmět plnění vynakládány veřejné finanční prostředky. **Veřejnou zakázkou** se rozumí zakázka na dodávky, služby nebo stavební práce, jež je úplatná a jež se realizuje na základě smlouvy mezi zadavatelem a jedním či více dodavateli. Veřejné zakázky tedy můžeme podle předmětu plnění dělit na veřejné zakázky na dodávky, veřejné zakázky na služby a veřejné zakázky na stavební práce (tzv. druhy veřejných zakázek). Veřejnými zakázkami na dodávky jsou veřejné zakázky, jejichž předmětem je pořízení věci (zboží), včetně takových, jejichž předmětem je kromě pořízení zboží také poskytnutí služeb nebo stavebních prací spočívajících v umístění, montáži či uvedení takového zboží do provozu, nejedná-li se o zhotovení stavby. Tyto činnosti nesmějí být základním účelem veřejné zakázky, ale musejí být nezbytné k řádnému splnění veřejné zakázky na dodávky. Veřejnou zakázkou na stavební práce jsou takové veřejné zakázky, jejichž předmětem je provedení

stavebních prací specifikovaných v zákoně o veřejných zakázkách, či zhotovení stavby. Kategorii veřejných zakázek na služby tvoří všechny veřejné zakázky, které nejsou veřejnými zakázkami na dodávky nebo stavební práce.

Veřejné zakázky lze také dělit podle výše jejich předpokládané hodnoty na veřejné zakázky nadlimitní, podlimitní a veřejné zakázky malého rozsahu. Předpokládanou hodnotu, již je zadavatelem předpokládaná výše peněžitého závazku vyplývající z plnění veřejné zakázky, je povinen zadavatel stanovit před zahájením zadávacího řízení dle postupů upravených v zákoně o veřejných zakázkách. Předpokládanou hodnotou je tedy cena, jejíž zaplacení zadavatel za předmět plnění veřejné zakázky očekává. Nadlimitní veřejnou zakázkou je taková veřejná zakázka, jejíž předpokládaná hodnota bez DPH dosáhne nejméně finančního limitu stanoveného prováděcím právním předpisem.¹ Finanční limity jsou stanoveny v závislosti na druhu veřejné zakázky a osobě zadavatele. Podlimitní veřejnou zakázkou se rozumí veřejná zakázka, jejíž předpokládaná hodnota činí v případě veřejné zakázky na dodávky nebo služby nejméně 2 000 000 Kč bez DPH nebo v případě veřejné zakázky na stavební práce nejméně 6 000 000 Kč bez DPH, avšak nedosáhne finančního limitu stanoveného pro nadlimitní veřejnou zakázku. Veřejnou zakázkou malého rozsahu tvoří taková veřejná

¹ Nařízení vlády č. 77/2008 Sb., o stanovení finančních limitů pro účely zákona o veřejných zakázkách, o vymezení zboží pořízovaného Českou republikou – Ministerstvem obrany, pro které platí zvláštní finanční limit, a o přepočtech částek stanovených v zákoně o veřejných zakázkách v eurech na českou měnu v platném znění.

zakázka, jejíž předpokládaná hodnota nepřesáhne v případě veřejné zakázky na dodávky nebo služby 2 000 000 Kč bez DPH nebo v případě veřejné zakázky na stavební práce 6 000 000 Kč bez DPH. Stanovení druhu veřejné zakázky a její předpokládané hodnoty je podstatné zejména pro určení, v jakém druhu zadávacího řízení může být veřejná zakázka zadána. Například veřejná zakázka malého rozsahu nemusí být vůbec zadávána v režimu zákona o veřejných zakázkách, nicméně veřejní zadavatelé mají i v tomto případě povinnost dodržovat základní zásady transparentnosti, zákazu diskriminace a rovného zacházení.

Dalším rozhodujícím faktorem pro určení, zda veřejná zakázka musí být zadána podle zákonného postupu, je osoba zadavatele. Jinými slovy, dodávky, služby nebo stavební práce musejí být pořizovány **zadavatelem** – osobou vymezenou zákonem o veřejných zakázkách. V návaznosti na to se zjišťuje, zda daná zakázka není vyňata z režimu zákona o veřejných zakázkách prostřednictvím některé z výjimek, např. z důvodu utajovaných informací, bezpečnostních zájmů státu, výzkumu a vývoje apod.² Zákon o veřejných zakázkách rozeznává tři druhy zadavatelů – veřejného, dotovaného a sektorového zadavatele, přičemž v oblasti zdravotnictví vystupují nejčastěji zadavatelé veřejní. Veřejným zadavatelem je jednak Česká republika, státní příspěvková organizace, územní samosprávný celek nebo příspěvková organizace, u níž funkci zřizovatele vykonává územní samosprávný celek, jednak jiná právnická osoba, pokud byla založena či zřízena za účelem uspokojování potřeb veřejného zájmu, které nemají průmyslovou nebo obchodní povahu a je financována převážně státem či jiným veřejným zadavatelem nebo je státem či jiným veřejným zadavatelem ovládána nebo stát či jiný veřejný zadavatel jmenuje či volí více než polovinu členů v jejím statutárním, správním, dozorčím

či kontrolním orgánu. Splňuje-li zadavatel definici veřejného zadavatele, musí zadávat veřejnou zakázku v rámci zákona o veřejných zakázkách, i když disponuje soukromými prostředky. Je třeba dodat, že zadavatelé se mohou sloučit buď mezi sebou, nebo i s osobou, která nenaplní definici znaky zadavatele, ke společnému zadání veřejné zakázky.

Veřejnou zakázku může zadavatel zadat v jednom ze šesti **druhů zadávacích řízení**, které upravuje zákon o veřejných zakázkách. Otevřené řízení a ušší řízení může použít vždy bez omezení. Naproti tomu jednací řízení s uveřejněním, jednací řízení bez uveřejnění, soutěžní dialog nebo zjednodušené podlimitní řízení může zadavatel použít jen tehdy, jsou-li splněny zákonné podmínky. Zadávací řízení zahajuje zadavatel odesláním oznámení o zahájení zadávacího řízení k uveřejnění, nebo výzvy o zahájení zadávacího řízení. Průběh zadávacího řízení se liší dle zvoleného druhu. Zadavatel může k zadávání veřejné zakázky využít prostřednictvím písemné smlouvy také centralizovaného zadavatele, jímž je veřejný zadavatel, který pro jiného zadavatele pořizuje dodávky či služby, jež jsou předmětem veřejných zakázek, které následně prodává jiným zadavatelům za cenu nikoliv vyšší, než za kterou byly pořizeny, nebo provádí zadávací řízení a zadává veřejnou zakázku na účet jiných zadavatelů.

Zákon o veřejných zakázkách reaguje na moderní technologie a snaží se o snížení administrativního a následně finančního zatížení zadavatelů tím, že ve velké míře umožňuje použití elektronických prostředků, jako je elektronická aukce nebo dynamický nákupní systém. Plné a efektivní využití všech prvků elektronického zadávání zcela jistě přinese další úspory veřejných rozpočtů.

Pokud budou subjekty ve zdravotnictví postupovat v souladu s požadavky a možnostmi zákona, a zejména dodržovat zásadu transparentnosti, rovného zacházení a zákazu diskriminace, dojde k úsporám finančních prostředků, které pak mohou být použity v jiných potřebných oblastech.

² Výjimky z působnosti zákona stanoví § 18 a 19 zákona o veřejných zakázkách.

