

Letošní zdravotnictví ovládl klid, vídaný zhusta před bouří. Jízdou ve vyjetých kolejích se dále zvýraznily jeho chronické neduhy a svá polínka si přikládá



hospodářská a politická krize evropského prostoru. Zdravotnictví prostupuje nejistota spojená s nedůvěrou ve schopnosti a odhodlání nositelů zdravotnických klíčů vést je do země zaslíbené, kterou si navíc představuje každý jinak. Už začátkem roku předznamená vývoj doktorské rebelie a odezva, kterou vyvolá, směr, kterým se budeme v příštích letech ubírat. Lékaři z podstaty nevyhledávají zbytečná rizika, a tím spíše ne ta, která se dotýkají jejich profesního růstu a vlastní existence. Pokud opravdu masově podají výpovědi, jak to jejich vůdcové avizují, bude to velmi silné poselství o naléhavosti potřebných změn. Uvidíme, jak si je naše politická reprezentace přebere a jak zareaguje.

Ideální a politicky nejkorektnější by bylo transformovat uvolněnou energii v hybatele reformem a zobchodovat klid v nemocnicích za „cestovní mapu“ těchto reformem, ale realista se musí obávat, že volba padne na některý ze starých dobrých postupů. Vyškrábne se pár miliard z rozpočtu

a rebelové se uplatí, najde se „víník“ a s tím se exemplárně zacvíčí nebo se na odbojně lékaře použije celkem racionální silové řešení. Zmenšení počtu lékařských míst v nemocnicích tím, že se uzavřou nadbytečné kapacity, spolehlivě zeroduje zásadový postoj většiny z nich. Politik bude za hrdinu, a na rozdíl od obou předchozích variant dokonce i zdravotnictví prospěje. Dnes je obtížné odhadnout, zda se lékaři skutečně představí jako reálná síla, nebo zda všechno proběhne hezky český – pár naivních doktorů uvolní svá místa lépe orientovaným kolegům, některá dlouhodobě živořící oddělení se zavřou a z přežití zase vplujeme do stojatých vod.

Před změnami ale stejné neutečeme – hospodářství se jen tak honem nerozěběhne a tlak nových technologií, demografického vývoje a patientské emancipace rozhodně nepoleví. Dalo by se říci, že jsme k reformám odsouzeni, ale výkon rozsudku se snažíme odložit až do chvil, kdy zdravotnictví padne na ústa. Do nového roku si proto přejme, abychom v sobě našli sílu pustit se do potřebných změn přece jen o něco dříve, a fandíme zdravému rozumu. No a protože máme adventní čas, tak pro tuto chvíli pusťme zdravotnictví z hlavy a těšme se ze svých blízkých, ze vzájemně předávané radosti a radujme se ze života. Zdravotnictví to přes Vánoce vydrží, ale po nich...

*Příjemné počtení, krásné Vánoce a neušední nadcházející rok 2011 přeje*

Pavel Vepřek

## Jaké legislativní novinky přináší rok 2011 a co to ve zdravotnictví způsobí?



Petr Nosek



Jaromír Gajdáček



Roman Prymula

úhel pohledu

## volné fórum



Janetta Bogdanová

Radim Petráš



Tomáš Fiala



Miroslav Černý



**Audity ve zdravotnictví**

## úhel pohledu >

**Ing. Petr Nosek**  
**náměstek pro zdravotní pojištění, MZ ČR**

### Jaké legislativní novinky přináší rok 2011 a co to ve zdravotnictví způsobí?

**Jaké změny čekají zdravotnickou legislativu v příštím roce?**

#### „Malá“ novela zákona č. 48/1997 Sb. a dalších souvisejících zákonů

Návrh je v procesu vypořádávání připomínkového řízení, po kterém bude odeslán do vlády ČR. Tato novela nepředstavuje nějaké zásadní nové řešení v oblasti veřejného zdravotního pojištění. Její ambice spočívají v nápravě některých nedostatků současné právní úpravy tak, jak se tyto nedostatky projevovaly v dosavadní praxi.

Základním obsahem této novely je v první řadě snaha o umožnění legální úhrady zdravotní péče pojištěncem v případech, kdy dnes dochází k poskytování „sponzorských darů“, případně jiných „způsobů“ úhrady, dále naplnění první části programového prohlášení vlády a zjednodušení a zrychlení v oblasti cenotvorby léků.

Představuje tyto oblasti:

- modifikace tzv. paragrafu poslankyně Fišerové, který principiálně znemožňuje příplatky pacienta za zdravotní péči. Pojištěnci bude umožněno uhradit rozdíl mezi cenou dosud běžně hrazeného výkonu (zdravotnického prostředku) a cenou dražšího výkonu (zdravotnického prostředku), medicínsky stejně efektivního. Pacient bude mít možnost na základě nabídky zdravotnického zařízení o dražší výkon požádat a rozdíl v ceně doplatit. Tato změna je výrazně proreformní, 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. Současně si dovoluji zdůraznit, že v daném případě se nejedná o jakékoliv zúžení stávajícího rozsahu poskytované a hrazené péče, naopak je zdůrazněno, že pacientovi musí být vždy v první řadě nabídnuta varianta hrazené péče z veřejného zdravotního pojištění;
- redefinice rozsahu zdravotní péče hrazené z ve-

řejného zdravotního pojištění, rozšíření o zdravotní péči poskytnutou s cílem zmírnit utrpení;

- zvýšení regulačního poplatku za ošetřovací den v lůžkovém zdravotnickém zařízení ze 60 Kč na 100 Kč v souladu s Programovým vládním prohlášením vlády ČR;
- formulační zpřesnění aplikace očkování na reálný stav, hrazen je vpich i očkovací látka;
- zrušení části tzv. Hovorkových paragrafů, které brání obecnému procesu sloučení zdravotních pojišťoven dříve, než skončí v neřešitelném ekonomickém stavu – bankrotu. A dále 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;
- záměr zkrácení délky dohodovacího řízení k úhradám zdravotní péče z důvodu většího časového prostoru pro tvorbu tzv. úhradové vyhlášky, která se tradičně připravuje na ministerstvu zdravotnictví mimo řádný legislativní proces, a tedy ve velkém chvatu a nervozitě;
- poskytnutí většího časového prostoru pro vymáhání pohledávek, prodloužení doby, po kterou může zdravotní pojišťovna po dlužníkovi dluh na pojistném, penále a pokutách vymáhat, sladění lhůt s MPSV;
- odstranění některých formálních vad stávající právní úpravy.



*Petr Nosek*

V oblasti lékové politiky sledujeme dva základní cíle:  
 1. Přinést další možné úspory systému veřejného zdravotního pojištění.

2. Optimalizovat administrativní procesy tak, aby časová i věcná náročnost byla minimalizována.
  - Umožnění rychlejšího vstupu nových, levných léčiv na trh (především generických léčiv).
  - Zrychlení revizních správních řízení, která přehodnocují úhrady celé skupiny léčiv. Úspora může potencionálně vznikat zkrácením procesních lhůt a zjednodušením administrativních postupů na straně jedné a zavedením nového institutu zkrácených revizí na straně druhé.
  - Dále novela obsahuje celou řadu ustanovení, zejména procesního charakteru. Např. zavedení přísnějšího posuzování a pravidel pro vstup inovativních, drahých léčiv do systému úhrad.
  - Na základě meziresortního řízení bude připravena k realizaci část Programového prohlášení vlády ČR týkající se regulačního poplatku za recept (zrušení regulačního poplatku za položku, zavedení platby regulačního poplatku za recept – s odloženou účinností od 1. 12. 2012.
  - Dále bude revidován způsob stanovování maximálních cen léčiv, včetně referenčních zemí, ze kterých se používají ceny pro výpočet maximální ceny v ČR, čímž by se mělo zajistit snížení maximálních cen zhruba o 10 až 15 %.
  - Novela též řeší opakující se problém retroaktivity úhrady, kdy dochází k tomu, že úhrady jsou vykonatelné dříve, než jsou zveřejněny v Seznamu hrazených léčiv.
  - Z administrativně technických opatření představuje podstatnou změnu zavedení nové koncepce stanovování úhrad tak, aby se nadále stanovovala ve výši ceny výrobce, nikoli ceny pro konečného spotřebitele jako dnes, čímž se zajistí, že jakékoli změny dalších faktorů ovlivňujících ceny léčiv v lékárnách (marže, DPH) se automaticky promítnou do výše koncové úhrady, aniž by se muselo vést nové správní řízení, jako je tomu doposud.
- Pokud dojde ke schválení navržených novel, pro plátce, poskytovatele i pacienty se situace změní zásadním způsobem v tom smyslu, že v určitých případech, kdy bude možno ze strany zdravotnického zařízení stanovit nabídku na alternativu poskytované zdravotní péče, bude mít toto zařízení možnost tuto alternativu pacientovi legálně nabídnout a v případě jeho souhlasu bude pacientem uhrazen rozdíl mezi hrazenou péčí a alternativní nabídkou zdravotnického zařízení.
- Situace je celkem jasná v případě regulačních poplatků, roční přínos do systému pro zdravotnická zařízení poskytující lůžkovou péči bude cca 750 mil. Kč.
- Po připomínkovém řízení bude MZ ČR navrhopovat termín ukončení k 31. 8. daného roku, což umožňuje pouze realizovat vyhlášku o úhradách v řádném legislativním procesu a nevytváří dostatečný časový prostor pro modelace a jednání.
- Zrychlení procesu vstupu nových levných léčiv by mělo být zkráceno z několika měsíců na cca 25 dnů od podání žádosti.
- V oblasti léků by mělo dojít ke zrychlení procesu revizí cen a úhrad s následným dopadem ve smyslu snížení nákladů systému.
- Zavedení revizních správních řízení s termínem rozhodnutí do 2 měsíců, pokud potencionální úspora dosáhne 30 mil. Kč (dříve 50 mil. Kč); dosud tato řízení běží i rok.
- Realizace změn v cenách léků by již neměla způsobovat tzv. retroaktivitu, kdy rozhodnutí o úhradě znamená zpětnou účinnost a působí problémy v úhradách zdravotních pojištěnů vůči lékárnám.
- Nová cenotvorba umožňuje uvažovat i o případné změně způsobu odměňování lékařem...

Jaká operativní opatření je budou nebo by je měla provázet?

### **Jak se jejich dopady promítnou do situace plátců, poskytovatelů, dodavatelů léků a zdravotnických prostředků, a zejména pacientů?**

- Předně je třeba si uvědomit, že legislativní proces má svoje limity, takže výše uvedené legislativní návrhy mohou nabýt účinnosti pravděpodobně nejdříve k 1. 7. 2011, přičemž u některých částí, jako je např. nová cenotvorba léčivých prostředků, bude účinnost stanovena až k 1. 1. 2012, se zásadní podmínkou, že navržené úpravy projdou celým legislativním procesem a budou v navržené podobě schváleny.
- Oblasti novely týkající se vlastního poskytování zdravotní péče nebudou vyžadovat zvláštní opatření.
- Na straně poskytovatelů zdravotní péče se bude zejména jednat o případné vytvoření alternativních nabídek ke stávajícímu rozsahu zdravotní péče, pravděpodobně zejména v oblasti zdravotnických prostředků, tj. materiálů používaných při poskytování zdravotní péče.
- Na straně pojištěnů příprava na případné řízení, kdy by byl pojištěnec vystaven tlaku ze

strany poskytovatele na upřednostnění péče s úhradou z jeho strany, či dokonce případy, kdy by byl nucen k úhradě alternativní péče bez jeho souhlasu dle zákona.

- Na straně státu se očekává v lékové politice revize maximálních cen spojená se změnou způsobu stanovování maximálních cen léčiv a pokračování, resp. dokončení první celkové a hloubkové revize úhrad.
- Vypracování prováděcích předpisů v návaznosti na příslušné novely.

### Co od příštího roku očekáváte?

- Otevření diskuse nad obsahem a rozsahem zdravotní péče, který má být skutečně jednoznačně předmětem solidárního veřejného zdravotního pojištění.
- Přípravu úhradových mechanismů především v oblasti akutní lůžkové péče, které by znamenaly na jedné straně přehled o skutečné produkci nemocnic, na druhé straně zajištění odpovídajících úhrad od zdravotních pojišťoven.
- Vyšší efektivitu práce zdravotních pojišťoven s ohledem na zajištění potřebné zdravotní péče pojištěncům.
- V návaznosti na „Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování“ vypracování příslušných novel dotčených zákonů.
- Vypracování zadání pro reformu cenové a úhradové regulace léčiv a zdravotnických prostředků (zajištění plně hrazeného přípravku v některých skupinách léčiv, vyřazení levných léčiv z úhrad, kompetence SÚKL v oblasti posuzování a rozhodování o cenách a úhradách léčiv, odměňování lékařů, generická preskripce a substituce atd.) a jeho následnou realizaci.

**Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D.**  
**prezident, SZP ČR, generální ředitel, ZP MV ČR**

## Vytvořme nové zdroje na zdravotní péči. Jde to.

Je naše zdravotnictví opravdu černou dírou na peníze? Nemyslím si to, přestože už jsem několikrát řekl, že kdyby lékaři dostali k dispozici celý státní rozpočet, utratili by ho.

Proč si to nemyslím? Jsem přesvědčen, že několik vcelku jednoduchých úprav systému by vedlo k úsporám nemalých finančních částek a prokázalo by, že i ve zdravotnictví lze přemýšlet a chovat

se ekonomicky, aniž by byla ohrožena kvalita poskytovaných služeb.

Je potřeba vzbudit zájem jak u lékařů, tak u pacientů. Lékaři by měli více přemýšlet, jaká vyšetření provádět, jaké léčebné postupy uplatňovat, jaké nové přístroje nakupovat, jak hospodařit s materiálem atd. Zdravotní pojišťovny by měly dostat více kompetencí k nákupu léčiv a zdravotnických prostředků.



*Jaromír Gajdáček*

Pravdou je, že máme v ČR nadbytek drahých akutních lůžek, zatímco levnějších lůžek následně péče je nedostatek. Chtějí lékaři z nemocnic odejít za lepším výdělkem do zahraničí? Prosim. My zase využijme jejich odchodu k restrukturalizaci lůžkové péče v ČR. Jsem přesvědčen, že je pro občany výhodnější zajet o pár kilometrů dál od domova do nemocnice, kde se jim za to dostane špičkové péče.

Slabým místem současného stavu je zneužívání nemocenských dávek. Pomoci by bezesporu mělo spojení zdravotního a nemocenského pojištění. Ušetří se tak na výplatě nemocenských dávek i na výdajích za zdravotní péči. Také sociální a zdravotní péče v době dlouhodobě nemocných by se měla propojit.

Pacientům by nemělo být lhostejné, zda na jedno a to samé vyšetření jdou dvakrát během dvou dnů, i když jim ho předepsali různí lékaři. Jsme zodpovědní za své zdraví, proto je třeba penalizovat rizikové chování. Zdravotní pojišťovny by měly mít pravomoc uplatňovat náhradu škody, rozdílnou výši pojistného nebo přírážku vůči těm pacientům, kteří si prokazatelně poškodili zdraví svým rizikovým chováním. Úrazy, které si lidé způsobí adrenalinovými sporty, by měly být vyňaty z veřejného zdravotního pojištění a měly by být převedeny do komerčního připojištění. Část z vybraných daní za nákup zdraví škodlivých výrobků a potravin, jako jsou cigarety, alkohol, tučné či přesladené potraviny, by měla být převedena do systému veřejného zdravotního pojištění.



Pacienti by měli dostat šanci komerčně se na své zdraví připojistit. Aby se zdravotní pojišťovny staly skutečnými pojišťovacími ústavami, je třeba umožnit jim tvorbu individuálních pojistných smluv pro své klienty. Tyto smlouvy by obsahovaly závazky obou stran.

Tím, že by pojištěnec zvolil pro sebe nejvhodnější produkt, začal by rozhodovat a částečně ovlivňovat výši svých nákladů. Byla by tak posílena jeho pozice a motivace k odpovědnosti za racionální chování.

Vedle zavedení individuální odpovědnosti by samozřejmě zůstal zachován princip solidarity. A měla by být posílena účinnost sociálního systému pro řešení situace občanů, kteří nemohou nastavenou výši pojistného či spoluúčasti řešit.

Do změny systému veřejného zdravotního pojištění je nutné zainteresovat i zaměstnavatele. Ti by měli být motivováni k financování preventivní a nadstandardní zdravotní péče o své zaměstnance. Vytvoříme plně fungující a efektivní prostředí pro vznik nových finančních zdrojů. Víme, kde a jak je získat. Stačí jen chtít a konat.

**prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.**  
**ředitel, FN Hradec Králové**

## Možné dopady změn financování na hospodaření nemocnic v roce 2011

V roce 2011 dojde k dramatické změně ve financování nemocničního sektoru a po dlouhé době opakovaných meziročních nárůstů objemu prostředků k jeho snížení. To může logicky výrazně ovlivnit stabilitu systému a je třeba položit si otázku, zda je toto opatření pro systém stravitelné a zda ve svém důsledku vede k žádoucímu omezení nákladů, nebo je pro řadu zdravotnických zařízení až likvidační.

Základní rámec financování nemocnic v roce 2011 dává návrh úhradové vyhlášky. Alokace 98 % objemu prostředků k referenčnímu období roku 2009 je nepochybně opatřením restriktivním. Tento fakt zdánlivě zmírňuje možnost snížení objemu hospitalizační péče až o 6 % na 94 % opět referenčního období roku 2009. Tato skutečnost by mohla managementy nemocnic zdánlivě uspokojit. Po dlouhé době je to poprvé, kdy je v České republice veřejně deklarována možnost omezení objemu doposud poskytované zdravotní péče.

Realitu tohoto rámce se však pokusím ukázat na příkladu Fakultní nemocnice Hradec Králové, která patří mezi největší zdravotnická zařízení v zemi, s ročním obrátem kolem 5 miliard korun. Pokud přijmeme předpoklad, že zachováme mzdovou úroveň předcházejícího roku, k čemuž jsme se i ve vztahu k našim zaměstnancům již zavázali, z celého balíku odpadá přibližně 2,1 miliardy Kč.



*Roman Prymula*

1,7 miliardy je ročně vydáno na léky, krev, SZM... Ze zbývajících objemu prostředků je valná většina vázána na péči, kterou není možno odložit a v řadě případů ani adekvátním způsobem predikovat, či na specifické úhradové mechanismy. Zbývá tedy pouhých 400 mil. Kč, na které můžeme aplikovat avizované 6% snížení. Reálně jsme tedy schopni ušetřit částku 18–24 mil. Kč, kterou můžeme použít na posílení mezd. Pokud bychom tuto částku beze zbytku aplikovali jen ve prospěch lékařského personálu, došlo by k navýšení mzdy pouze o 3 %, tedy o úpravu víceméně kosmetickou.

Pokud sestoupíme na úroveň jednotlivých úhradových mechanismů, celý systém je každým rokem složitější, a v současné době se v něm řádně nevyzná nejen poskytovatel, ale už ani plátce. Vedle sebe působí různé mechanismy DRG-alfa, non-alfa, lůžkové paušály, ambulantní úhrady, specificky kontrahované položky, a to vše pro 9 různých pojišťoven, mezi kterými existuje řada odlišností. Pro velké poskytovatele péče vzniká problém zejména u některých kontrahovaných položek u menších pojišťoven, kdy je velmi obtížné odhadnout reálnou situaci na konci roku na velmi malých číslech. To je zřejmě jeden z důvodů, proč hospodaření těchto pojišťoven je výrazně přebytkové ve vztahu k VZP. Složitost celého úhradového mechanismu se v plné nahotě projevuje v neschopnosti uzavřít finanční bilanci daného roku v průměrném čase a dnes velmi reálně hrozí, že reálné výsledky budeme znát až s odstu-

pem více než jednoho roku. S touto optikou je pochopitelné volání po paušálech, které by celý proces zjednodušily. Toto řešení však může být časově velmi omezené (viz zkušenost z roku 1997), následně opět musí být nahrazeno exaktnějším modelem, který je zvláště nutný v období nestability systému a aplikace nových reformních kroků. Při omezeném výběru pojistného a takřka nekonečných možnostech každého zdravotního systému spotřebovat jakékoliv prostředky je pochopitelná snaha pojišťoven šetřit. Šetření však nemůže být za každou cenu a lecky i s obtížně pochopitelnou logikou. Takovéhoto opatření je celá řada a je třeba říci, že by k dominantním úsporám mělo docházet systémově nejen na úrovni pojišťovny, ale již na úrovni odborné. I odborné společnosti by si měly uvědomit, na co reálně máme, a například v oblasti biologické léčby je zřejmé, že musíme nastavit mantinely tak, abychom celý systém nevystavili značnému propadu. V oblasti onkologické péče bychom měli řešit základní dilema, zda aplikovat náročnou, nákladnou léčbu v posledních týdnech či měsících života nemocného, kdy tato ještě dále sníží kvalitu života postiženého jedince. Celý systém by se měl zprůhlednit i v oblasti výše materiálových úhrad, které by měly korespondovat s vysoutěženými cenami a reálnou marží. Je věcí diskuse, kdy a zda vůbec se podaří definovat standardy péče. Je zřejmé, že v této oblasti je nezbytná novela zákona č. 48/1997, a tedy umožnění připojištění. Stále se bohužel nepodařilo upravit ústavu a v souladu s její dikcí je v podstatě zdravotní péče v České republice zdarma. Dá se zřejmě vyžadovat doplatek za nadstandardní péči, která vede k identickému výsledku jako péče, která je běžně proplácena, avšak tam, kde neexistuje alternativní postup, je obtížné v souvislosti s naší legislativou požadovaný zákrok nehradit.

Základní úspory v systému je možno vidět v restrukturalizaci, vytvoření adekvátní páteřní sítě zdravotnických zařízení s redukcí lůžkové kapacity akutních lůžek na úrovni velkých, středních i malých nemocnic, v optimalizaci sítě praktických lékařů a zejména v redukcí počtu ambulantních specialistů, jejichž počet v poslední době neadekvátně narůstá a procesně tato skupina využívá lukrativních prvků z nerovnoměrně financovaného zdravotního systému. Až komicky působí opakovaná prohlášení AČMN o neefektivitě velkých nemocnic, kterou kvantifikují např.

v hotelové složce až jako tří- či čtyřnásobnou vůči nemocnicím malým a středním. Realita je však naprosto odlišná, doporučil bych každému pracovní snímek dne například anesteziologa ve velké a malé nemocnici. Vzhledem k nedostatku některých odborností na trhu jsou to malé nemocnice, které tyto odborníky přeplácují, a pak se nezřídka stává, že platová úroveň u specialistů je stejná, ba i vyšší, za podstatně menší objem práce. Tyto skutečnosti potom destabilizují situaci i ve velkých nemocnicích, kdy se vcelku oprávněně ozývá personál s voláním po navýšení mzdových prostředků. Problém je akcentován zejména v posledních letech, kdy zejména fakultní nemocnice jsou velmi striktně řízeny a ve snaze udržet vyrovnaný rozpočet výrazně nenavysují mzdovou úroveň jednotlivých skupin zaměstnanců. Naopak v řadě ostatních zařízení se platy velmi výrazně zvedly a v řadě případů již úroveň těchto špičkových zařízení dosahují. Je však naprosto logické, že by zde diference měla být. V souvislosti s výzvu „Děkujeme, odcházíme“ by případné navýšení prostředků podle mého názoru nemělo být plošné, ale mělo by reflektovat celosvětovou situaci, kdy jednotlivé odbornosti jsou zaplacený rozdílným způsobem podle náročnosti, objemu práce, ale i atraktivnosti oboru. Plošné navýšení všem tento problém stejně neřeší a v blízké budoucnosti by mohlo vést k obdobným nátlakovým akcím, kterým čelíme nyní. Je třeba však také připustit, že jejich cíl je po mnoha letech mzdové stagnace naprosto legitimní. Domnívám se, že hlavními dvěma cestami k řešení tohoto problému je přísné zavedení principu, že úhrada následuje pacienta, kterým by mělo dojít v poměrně krátké době k optimalizaci sítě přirozenou cestou, a z hlediska narovnaní poměrů v systému navýšení platby za státního pojištěnce, samozřejmě za přítomnosti příslušných regulačních opatření.

Z výše uvedeného vyplývá, že rok 2011 nebude jednoduchý. Nemocnice ho mohou přežít s vyrovnaným hospodařením, ale pouze za předpokladu, že zapojí intenzivně restriktivní řízení a dosud vygenerované úspory. Celkovou bilanci může ovlivnit i akce „Děkujeme, odcházíme“, kdy překvapivě, hlavně ve velkých nemocnicích, narůstá podle dostupných signálů počet lékařů, kteří chtějí podat výpověď, a tento proces může být v některých nemocnicích poměrně masový.

V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Jaké změny očekáváte v příštím roce ve zdravotnictví?
2. Jak se jejich dopady promítnou do Vaší práce?
3. Co byste zdravotnictví popřál/a do nového roku?



Janetta Bogdanová, ředitelka, Asociace žen s rakovinou prsu

*odpovědi Janetty Bogdanové:*

1. Letošní rok byl docela neklidný. V médiích se objevily informace o omezování léčby rakoviny, které samozřejmě zneklidnily členky patientských organizací, které sdružujeme. S nejistotou jsme se setkávaly i u lékařů a ve vedení nemocnic. Snažily jsme se najít odpovědi na otázky ohledně financování moderní léčby rakoviny prsu, ale získat jednoznačná vyjádření bylo prakticky nemožné.

Byla bych ráda, kdyby se v příštím roce podařilo tyto nejistoty překonat. Mělo by být zřejmé, že se na český zdravotnický systém můžeme spolehnout, že všechny pacientky dostanou léčbu, kterou potřebují.

2. Jestli se skutečně podaří vyřešit výše zmíněné problémy, bude naše práce o mnoho klid-

nější. Nebudeme se pak muset potýkat s obavami našich pacientek, s nejistotami lékařů a ostatních aktérů ve zdravotnictví.

3. Uklidnění. A také postupné úpravy pravidel tak, aby lékaři mohli rozhodovat o způsobu léčby především podle potřeb pacientů, a ne podle aktuální situace jejich zdravotnického zařízení.



Radim Petráš  
výkonný ředitel, AIFP

*odpovědi Radima Petráše:*

1. Chtěl bych věřit, že se začne formou přípravy a schvalování legislativních norem naplňovat vládní prohlášení v oblasti zdravotnictví tak, abych před příštími Vánocemi mohl konstatovat, že optimismus a naděje, které jsem měl letos v létě, byly oprávněné. Faktických změn, které mohou být v platnosti

již příští rok, nebude podle mě mnoho, a pokud jde o aktuálně připravované změny v oblasti cen a úhrad léčiv, kterou sleduji z profesního zájmu, nemyslím si, že by tyto změny prospěly pacientům, ani pokud se týká zlepšení přístupu k léčbě, ani pokud jde o stav jejich peněženek.

Daleko raději bych nejprve viděl vytvoření KONCEPCE zdravotnictví, samozřejmě včetně lékové politiky, která by nikoliv odborně a technicky, ale proklamativně, a možná až trochu idealisticky popsala, ČEHO chceme dosáhnout, a teprve POTOM začít pracovat na nástrojích, které mohou vést k naplnění této koncepce.

2. Budu se dál snažit přesvědčovat všechny, kdo v procesu dostupnosti účinné a bezpečné léčby pro indikované pacienty hrají nějakou roli, že se dá najít dobré řešení, které nezaškrtí výzkum a vývoj nových léků (kterých už tak je méně a méně) a umožní potřebným, aby profitovali z léčiv, která jsou pro ně nevhodnější, a to za dlouhodobě ufinancovatelných podmínek.

3. Přál bych proto českému zdravotnictví, ale ještě spíše nám všem, protože zdravotnictví je pouhý, i když složitý, systém, který má sloužit lidem, aby našlo silné, přesvědčivé a naslouchající leadery, kteří budou mít dlouhodobou vizi, politickou a odbornou zdatnost a odvahu nepodléhat vyděračům a konjunkturalistům.



MUDr. Bc. Tomáš Fiala, ředitel a předseda představenstva, nemocnice Strakonice, a. s.

*odpovědi Tomáše Fialy:*

1. Díky roztržitému lékařského stavu bohužel čekám další prohlubování rozdílů mezi jednotlivými segmenty. Akcentace tohoto procesu proběhne díky deficitnímu systému financování zdravotnictví. Také čekám oslabování personálního zajištění malých a středních nemocnic díky odborovým aktivitám, které přispěje k dalšímu napětí. Současně však také předpokládám novou definici standardu a nadstandardu a zlepšení systému postgraduálního vzdělávání lékařů.

2. Ve spolupráci s okolními nemocnicemi bude nutno řešit

možný krizový personální stav přesunem a sdílením kapacit s jinými zdravotnickými zařízeními. Tlak úsporných opatření bude nutno ve větší míře přesunout na dodavatele nemocnic.

3. Českému zdravotnictví bych popřál, nechť si, pokud možno, udrží svou vysokou úroveň a ať se rozběhne jeho řízená reforma. A hlavně, ať jsou reformní kroky pokud možno přijímány nejenom důležitým způsobem, ale napříč celým systémem.

JUDr. Miroslav Černý, Ph.D.  
Advokátní kancelář Bradáč Advokáti, Praha

## Audity ve zdravotnictví

*Probíhající hospodářská krize, která zdaleka ještě neskončila a především ve svých důsledcích se bude citelně ještě dlouhou dobu projevovat v mnoha oblastech, zasahuje i do oblasti zdravotnictví. Snaha o co nejlepší a nejkvalitnější využití disponibilních finančních prostředků a zároveň časté výtky nehospodárnosti ve zdravotní oblasti ústí v požadavek auditů. Je tedy třeba ujasnit si, co audity jsou, jakými předpisy se řídí a nakolik mohou být všelékem na odstraňování existujících problémů.*



Audit se nemusí vztahovat nutně vždy pouze k financím. Pro oblast zdravotnictví je důležitý i audit kvality zdravotní péče, neboli ověření úrovně poskytování zdravotních služeb, kde měřítkem kvality bude především kvalita zdravotní péče, poskytované v nejrozvinutějších, nám i kulturně a geograficky nejbližších zemích.

Ve zdravotnictví, stejně tak jako ve všech ostatních oblastech, jako například v průmyslu a jiných podnikatelských i neziskových sférách, lze konat specifické typy auditů: **kompletní audit**, zaměřený na celý systém, nebo **audit částečný**, zaměřený pouze

na některé prvky systému. Např. **audit procesu**, prověřující funkčnost a efektivitu jednotlivých procesů a jejich návaznosti na další procesy, se nemusí zdaleka týkat pouze průmyslové výroby, ale může odhalit nehospodárnost přístupu za situace, kdy různí lékaři specialisté, vyšetřující nezávisle na sobě stejného pacienta, zcela zbytečně opakují často nákladná vyšetření, která už byla krátce předtím učiněna. Ani **audit produktu** nepatří pouze do průmyslu, ve zdravotní oblasti se může týkat například způsobu vytváření, zpracování a sdílení zdravotní dokumentace (viz aktuální projekt elektronické zdravotní knížky, která



dobře funguje v zahraničí, zatímco u nás výsledky tohoto projektu dosud zdaleka neodpovídají vloženým finančním prostředkům). I **audit personálu**, ověřující, zda personál splňuje kvalifikační požadavky, zda u něj dochází k dalšímu prohlubování a zvyšování kvalifikace, zda početnost personálu odpovídá aktuálním potřebám, je třeba konat pravidelně, aby přinesl patřičné výsledky.

Audity mohou být konány rovněž pouze interně, vlastními silami a vlastními pracovníky. Mnohem větší váhu ale má audit externí, konaný nezávislou externí akreditovanou firmou, jejíž zapojení je zárukou kvality a objektivnosti auditu.

Současné volání po auditech ve zdravotnictví požaduje často forenzní audity, což jsou audity zaměřené na odhalení účetních podvodů, zpronevř a obdobných protiprávních stavů a jednání. Problematika zdravotnictví je ale příliš komplexní, osobně se nedomnívám, že zdrojem obtíží ve zdravotnictví jsou na prvním místě účetní podvody a zpronevř. Hlavní problém spočívá v existující propasti mezi odbornými možnostmi, které dává současná vrcholná lékařská věda, a finančními možnostmi (nebo spíše nemožností) vrcholnou péči pro všechny v rámci existujícího systému ufinancovat. Žádný audit není schopen vyřešit tento problém. Přesto jsou audity v rámci možných zlepšení a zkvalitnění zdravotnictví nezbytné, a to v mnohem větší míře a na profesionálnější úrovni, než jak probíhaly doposud.

V naší zemi existuje samosprávná profesní organizace s názvem Komora auditorů České republiky, která byla zřízena zákonem č. 254/2000 Sb. ([www.kacr.cz](http://www.kacr.cz)). V současné době je určujícím právním předpisem pro auditory zákon č. 93/2009 Sb., o auditech. Podle zákona audity jakožto auditor může konat tzv. statutární auditor, což je fyzická osoba, které bylo vydáno auditorské oprávnění, nebo auditorská

společnost, což je právnická osoba s auditorským oprávněním. Je pochopitelné, že k rozsáhlejším a složitějším auditům je vhodné přizvat spíše auditorské společnosti.

Nakolik se týká finančních auditů, na prvním místě důležitosti stojí povinný audit, což je ověření řádných a mimořádných účetních závěrek nebo konsolidovaných účetních závěrek. Auditor prozkoumává hospodaření, ověřuje účetní záznamy a jiné ekonomické informace. Auditor nemůže postupovat podle svého uvážení, ale je vázán zákonem stanovenými mezinárodními auditorskými standardy, upravenými právem Evropských společenství (článek 26 Směrnice Evropského parlamentu a Rady 43/2006). Komora auditorů dbá na to, aby auditorské oprávnění dostaly pouze osoby bezúhonné a na potřebné odborné úrovni. Vede rovněž seznam auditorů. Auditor je vázán mlčenlivostí. Zákon přesně určuje, jakou podobu má mít zpráva, kterou vypracuje. Auditor podléhá kontrole kvality, zaměřené především na to, zda při provádění auditorské činnosti postupuje podle mezinárodních auditorských standardů, vlastních standardů Komory auditorů a etického kodexu. Zvláštní požadavky jsou v zákoně specifikovány pro případy, kdy auditor provádí povinný audit subjektů veřejného zájmu. Je to především požadavek průhlednosti (zveřejnění aktuálních detailních informací o auditorech) a požadavek nezávislosti auditora na subjektu veřejného zájmu, k němuž audit provádí.

Obecně však auditor, pokud jeho činnost má přinést reálné výsledky, nesmí být pouze úředníkem či účetním, ale osobou vzdělanou v daném oboru a zároveň otevřenou, aby byl schopen ve zkoumaném systému najít chyby a nedostatky, ale také navrhnout vhodná uskutečnitelná řešení ke zlepšení fungování systému. To platí i pro oblast zdravotnictví.



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



*Někdy je nutné jít dlouho po nesprávné cestě, abychom se mohli správně a rychle vrátit. Edward Albee*

*Českému zdravotnictví, aby už konečně našlo tu správnou cestu, a Vám všem krásné Vánoce a mnoho štěstí a radosti v novém roce 2011 přeje sdružení Občan!*

