

Jen málo zdravotnických témat může soutěžit se standardy a nadstandardy v míře obehnanosti, a s pochopením bychom měli přistupovat



k těm, kteří při vyslovení tohoto sousloví končí hovor a prchájí z místnosti. O standardech se široce mudruje už od samotných prvopočátků obnoveného pojišťovenského systému, ale přes vynaložené peníze, energii a stohy papíru jsou výsledky pohříchu skrovné. Nebýt příkladu ostatních evropských zemí, bylo by nasnadě pachtění za standardy odpískat, ušetřit ruce popalenin od horkých brambor a věnovat se něčemu méně kontroverznímu.

Zásadním důvodem, proč oslyšet svody rezignace, je faktická potřebnost jasných, kontrolovatelných a veřejně známých standardů pro lepší fungování našeho zdravotnictví. Takové standardy umožní vymahatelnost práv pojištěnců, kontrolu zdravotních pojišťoven, zúžení prostoru pro korupci a přízpůsobení podoby péče požadavkům pacientů. Nastal čas přestat hledat zelené louky na budování nových systémů a konečně začít pracovat s tím, co už máme.

Pokud se shodneme na tom, že standardem je péče poskytovaná občanům bezplatně za podmínek stanovených zákonem, tak standardy už máme popsány ve stávajícím „Sazebníku“ a nadstandardem je vše nad jeho rámec. Problémem je, že nynější podoba Sazebníku je pro odlišení standardu a nadstandardu nepoužitelná. Kalkulační listy jsou nedostupné a jeho nerovnosti, nepřesnosti a neaktuálnosti jsou notoricky známé. Co tedy s tím? Aby se dalo se Sazebníkem vůbec nějak rozumně pracovat, je nutné jej převést do digitální podoby a se zmíněnými nedostatky se popasovat, což se právě na ministerstvu zdravotnictví odehrává. Digitalizovaný a technicky vyspravený Sazebník bude dán do rukou oborově příslušných odborných společností, k věcným korekcím, upřesnění jednotlivých položek a k případným návrhům na doplnění nových výkonů. Druhou stranou, která má co mluvit do změn v Sazebníku, jsou zdravotní pojišťovny se svými daty o frekvencích výkonů a souvisejících nákladech. Konečné slovo patří ministerstvu, které nese odpovědnost za výsledek i jeho politickou průchodnost. Pokud se to letos podaří zvládnout, tak do roku 2012 vstoupí naše zdravotnictví transparentnější, než bylo kdykoli v historii.

Proměna rigidního Sazebníku s nedostupnými střevy v otevřený systém, který bude technicky možné průběžně upravovat a adaptovat na vývoj medicíny, je malou revolucí a zásadní reformou. Jinou

Standardy a nadstandardy – řešení na dohled?



Leoš Heger

úhel pohledu



Jaromír Gajdáček

volné fórum



Václav Krása



Tomáš Roubal

*V počtu lůžek jsme
15 let za Evropou*

kapitolou je, že pro větší konformnost s naší Ústavou může vzniknout potřeba učinit jej součástí zákona a tím jeho budoucím úpravám přistříhnout křídla.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

úhel pohledu >

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

Nárok pacienta a platba za nadstandard (Hrozba nebo férové řešení zastírané reality?)

Jednou ze součástí připravované reformy zdravotnictví je odlišení standardu, nebo chcete-li, nároku pacienta na plně hrazenou zdravotní péči z veřejného zdravotního pojištění, a tzv. nadstandardu. Fakt, že tento pokus o změnu, která by nás mohla přiblížit k normálním zemím, kde není hanbou, že je někdo bohatší než jiný, a kde dotyčný může svobodně určit, do čeho vloží své peníze, vyvolal mnohé debaty a obavy, které je možno rozdělit do dvou zásadních oblastí:

1) Zda je v naší kultuře, kde jsou akceptovatelné určité rozdíly mezi lidmi, možno připustit i rozdíly v čerpání zdravotní péče, které by byly dány nikoliv jen zdravotní potřebou jedince, ale též jeho potřebou jistého luxusu a přizpůsobení individuálním preferencím.

2) Jak definovat potřebnou zdravotní péči pro příslušného pacienta a kam až vpustit rozsah onoho „luxusu“ tak, aby nenarušoval běžné nároky na péči.

Nárok, který je hrazen ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění (dále jen v. z. p.), musí podle naší legislativy odpovídat všem zásadám ústavního pořádku pro zdravotnictví, tj. zejména ekvitě, solidaritě a volnému přístupu k potřebné péči. Samoplátecky hrazený nadstandard dále pak nesmí ostatním pojištěncům, kteří si nechtějí nebo nemohou připlatit, narušovat jejich přístup k nárokové (standardní) hrazené péči.

Na první otázku má pravicová koalice celkem jednoznačnou odpověď, kterou je možno nalézt v programovém prohlášení. Vláda v žádném případě nemá v úmyslu budovat rovnostářské zdravotnictví, ve kterém by si člověk nemohl svobodně za své rozumné preference připlatit. Rovněž na otázku, kde končí svoboda připlatit si za nadstandard a kde začíná omezování nároků druhých, lze odpovědět jasně. Těžko může očekávat pacient, který si chce připlatit ve zdravotnickém

zařízení, financovaném alespoň z části z v. z. p., že bude moci předběhnout pacienta, který čeká na standardní výkon. Zcela jistě by tím krátil jeho práva, a pokud bude chtít mít výkon proveden dříve, musel by si ho zaplatit, tak jako je to možné dosud, celý a v jiném zařízení, které není na platbu z veřejného pojištění vůbec napojeno.



Leoš Heger

Stanovení nároku pacienta

Poslední zbývající problém, a to, jak vysoko nasadit laťku standardu, je ovšem řešitelný méně snadno. Jedná se oblast, která je vysoce celospolečenskou záležitostí, ke které by se měla kontinuálně vyjadřovat široká veřejnost, a určit si, kolik chce dostávat a kolik je za to schopna zaplatit, ať ve formě zdravotního pojištění, či připojištění, nebo cestou různých vysoké spoluúčasti.

V současné době, kdy je nejen koalici, ale také opozici i Českou lékařskou komorou opakovaně deklarováno, že je ve zdravotnictví relativně dost rezerv, ať je to v oblasti potlačování korupčních mechanismů, nebo ve zvyšování systémové efektivity, je možno ještě chvíli vystačit s hledáním zdrojů uvnitř. Dříve či později ale přijde čas, kdy bude nutno jasně říci, že rezervy jsou vyčerpány, a kdy bude nutné zeptat se veřejnosti otevřeně, co vlastně chce. Jestli menší tempo rozvoje zdravotnictví, postupné snížení kvality ve srovnání se zahraničím a omezování nejnovějších forem léčby, anebo vyšší finanční zátěž.

V aktuální době je na dané otázky ještě chvíle času, než si zdravotnický systém udělá sám ve svých řadách pořádek. Ovšem již dnes musí začít pracovat na metodice, jak v rámci svých limitovaných zdrojů a aktuální efektivity stanovit nárokový standard co nejprůhledněji tak, aby

naplňoval ústavu i zákonem definovaný veřejný zájem. A připomínám, že tímto veřejným zájmem je nejen dostatečný objem potřebné péče v požadované kvalitě, ale zároveň i udržení finanční stability systému. Je proto bohužel již zcela jasné, že při tom, jak se medicína, očekávání pacientů a občanská práva rychle vyvíjejí, bez nějakého, byť velmi ohleduplného nárokového stropu ve zdravotnictví klidu nikdy dosaženo nebude.

Cílem je samozřejmě nastavit nárokový standard na úroveň, která je nyní běžná. Připravova-

Je proto bohužel již zcela jasné, že při tom, jak se medicína, očekávání pacientů a občanská práva rychle vyvíjejí, bez nějakého, byť velmi ohleduplného nárokového stropu ve zdravotnictví klidu nikdy dosaženo nebude.

ná legislativa má vytvořit prostor, kde by mělo být možné nejprve vytvořit jen některé do očí bijící zby-

tečnosti, které systém veřejného pojištění platí, jako je část operací na operačních robotech, které lze dělat stejně účinně i běžnou a zřetelně levnější endoskopickou cestou. Dále se bude pokračovat zpoplatněním některých nadstandardních materiálů. Dobře známe z úhrad brýlí, jak si většina lidí připlácí za módní tvary a materiály, či za pohodlné multifokální skel. Zde to nikoho nepřekvapuje, ale cílem bude hledat podobné hranice toho, co je jako odpovídající standard placeno i u medicínsky podstatně závažnějších záležitostí. Počítá se se zpoplatněním lepších náhrad oční čočky, výběru dražší endoprotézy kyčelního kloubu a dalších nadstandardních možností, které budou hledat odborníci z jednotlivých oblastí medicíny.

V uvedených případech stojí společenská i legislativní průchodnost zpoplatnění nadstandardu na velmi odpovědném nastavení potřebného a všem zaručeného nároku, a stanovení hranice jeho úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Bude to organizováno s pomocí panelu zástupců každého zdravotnického oboru a plátců péče, a schvalovací pravomoc zůstane na ministerstvu zdravotnictví. Standardem zůstane jako dosud vše, co bude v Seznamu výkonů s bodovými hodnotami, který je tvořen vyhláškou ministerstva. Nikdo se tedy nemusí obávat, že by umožnění hrazení nadstandardu vytvářelo široký prostor pro vznik dvojkolejné medicíny pro chudé a pro

bohaté. A bude-li Parlament pochybovat o dostatečných zárukách takového postupu, bude snadné v případě legislativního procesu vsunout jednou větou podmínku, že vše, co si bude pacient moci jako nadstandard připlatit, musí být uvedeno přímo v zákoně.

Etická a politická rizika vývoje zdravotnictví

Je potřeba zcela otevřeně připustit, že při jasném pojmenování věcí, jako je potřeba zdravotní péče a nárok hrazený z veřejného zdravotního pojištění, lze určité problémy očekávat, a to i v případě, pokud by žádné platby za nadstandardní péči povoleny (tak jako dosud) nebyly. Každý, kdo je nemocen, anebo lidé, kteří pozitivně ohrožení zdraví či života svých blízkých, vnímají potřebu péče velmi citlivě a jsou ochotni požadovat mnoho věcí, které nemusejí být zcela racionální. Rovněž pro lékaře vznikají častá etická dilemata, kdy již nemůže z důvodů limitů medicínské péče dát svému pacientovi to, co by ho zachránilo, a je v takovýchto momentech pod značným tlakem.

Medicína umí dnes navíc tolik, že přistupují i finanční limitace a ani v bohatých zemích Evropy nejsou zdravotnické systémy schopné zaplatit úplně vše, co je teoreticky možno poskytovat. Bylo tomu tak vždy a ještě před 10–15 lety bylo možno v odborné literatuře nalézat mnoho článků o takzvaném přidělování péče potřebným („*rationing*“). V té době bylo ještě obvyklé, že toto přidělování se dělo implicitně, neviditelně a bez většího vysvětlování, přičemž subjekt, který zdroje rozděloval, byl obvykle ošetřující lékař, a to za dvou podmínek. Byly jimi za prvé dostatečná odbornost a zkušenost na to, aby spolehlivě rozeznal, co pacient ve svém zdravotním a sociálním stavu potřebuje, a za druhé, dostatečná etická a morální úroveň lékaře pro to, aby neupřednostňoval přidělování zdrojů některým pacientům na základě jiných než medicínských, resp. sociálních kritérií.

Legendy, které se vyprávěly jak v dávné, tak nedávné minulosti o oborech, kde byly kapacity či finanční zdroje na péči poddimenzované, není třeba konkretizovat a tyto obory jmenovat. Rostoucí práva pacienta a uvědomění si zákonného nároku, podobně jako nezbytnost pacienta plně informovat, již snad nikdy neumožní existenci dříve známých situací, kdy byly zatajovány věkové limitace k indikaci dlouhodobé hemodialýzy aj. Doba si postupně i u nás začíná vynucovat naprostou otevřenost vůči pacientovi a v oblasti

zmíněného *rationingu* nutnost pracovat s explicitními pravidly, která jsou veřejně stanovena. Zde pak přichází fakt pro politiky nejtvrdší, kterým je postupné narůstající poznání veřejnosti. Poznání, které bylo dávno známé všem lékařům, poznání, že ne na vše, včetně toho, co je dostatečně účinné, jsou peníze.

Finanční limity celého zdravotnictví jsou dané objemem vybraného pojistného a prostředků získaných od státu a jednotlivých pacientů. Protože žádný politik nechce zvyšovat daně a zdravotní pojistné plánovaně a bez vnučené

To, co připravuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, je jenom upřesnění a zprůhlednění celého systému a žádná medicína dvou tříd.

potřeby, je nedostatek zdrojů v různých dobách různě palčivý a bude existovat vždy. Možnost připlácení za nadstandard podle slušných a otevřených pravidel ho jistě nevyřeší, ale alespoň čestně popíše jednu stranu problému a potlačí část šedé ekonomiky a klientelismu, které v našem zdravotnictví existují. Odstraní z úhrad ty výdaje na straně zdravotních pojišťoven, které neefektivně odebírají část zdrojů, které je možno použít lépe, zejména na navyšování plošného standardu. Přitom nadstandardem nebude zatížen žádný chudý člověk, který si ho nebude moci dovolit, ale jen a jen movitější pacient, který tím, že si ho bude chtít dopřát, vnese do systému trochu peněz, které zdravotnická zařízení posílí, a ta zde zůstanou i ve prospěch méně majetných.

Závěr

Neoficiální standard je dán v současnosti sazebníkem, zákonem o veřejném zdravotním pojištění a seznamy různých výkonů v přílohách zákona, kde se úhrady z v. z. p. explicitně vylučují, jako např. vybrané stomatologické výkony. To, co připravuje Ministerstvo zdravotnictví ČR, je jenom upřesnění a zprůhlednění celého systému a žádná medicína dvou tříd. Prosažuje se, aby některé věci, které si dnes lidé platí pokoutně, byly placeny otevřeným způsobem. Nebude to pouze hotelový standard, ale i standard materiálový či standard přístrojový. Nikoliv však nadstandard na to, aby se mohlo předbíhat v pořadí čekatelů a nebo vybírat si konkrétního lékaře či sestru. To bude ponecháno ojedinelým, ryze soukromým, ale z veřejného zdravotního pojištění nehraze-

ným zařízením, pokud si někdo bude chtít tento luxus plně sám zaplatit. Je jasné, že se nejedná o samospasitelný krok, ale v rámci širšího souboru opatření přispěje k lepší racionalitě využití prostředků ve zdravotnictví. Kromě toho umožní zvýšit spoluúčast pacientů na úroveň obvyklou ve vyspělých evropských zemích, aniž by došlo ke zhoršení situace sociálně slabších spoluobčanů.

Jinými slovy, nikdo nemusí mít z odlišení standardní a nadstandardní péče strach. Naopak, pokud chceme pro pacienty průhlednější prostředí, transparentnější rozdělování zdrojů a férovější zacházení, jedná se o nutnou cestu.

**Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D., MBA,
prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR,
generální ředitel Zdravotní pojišťovny
Ministerstva vnitra ČR**

Standardy: řekněme jen, co už platit nebudeme

Máme se vůbec bavit o tom, co je standard a co nadstandard ve zdravotnictví? Jakou péči budeme mít hrazeno z veřejného zdravotního pojištění a co si už budeme muset platit ze svého, nebo se na to připojistit? Není to všechno zbytečné úsilí?

Podobných otázek slyšíme v poslední době celou řadu. Také se dozvídáme, že stanovení standardů povede k dělení zdravotnictví na péči pro bohaté a pro chudé. Jako by si dnes nikdo nic u lékařů neplatil. Nebudme účelově slepí. Přispějme k odstranění korupce. Stanovení standardů, či možná přesněji řečeno, stanovení rozsahu zdravotní péče hrazené plně nebo částečně ze systému veřejného zdravotního pojištění, je jednou z cest.



Jaromír Gajdáček

Všichni víme, že zdravotnictví – jak se zdá – se chová jako věčně hladová tlama, která zhltně jakékoliv množství peněz. Sami lékaři přiznávají, že ať do systému nalijeme jakoukoliv částku, oni ji utratí.

Přispějme k odstranění korupce. Stanovení standardů, či možná přesněji řečeno, stanovení rozsahu zdravotní péče hrazené plně nebo částečně ze systému veřejného zdravotního pojištění, je jednou z cest.

Vývoj ve zdravotnictví jde neuvěřitelně rychle dopředu, vznikají nové, účinnější léky, vyrábějí se kvalitnější, šetrnější přístroje. To stojí nekonečné peníze. Problém je, že prostředky, kterými disponujeme, jsou naopak velmi omezené. Chceme zároveň, aby se o naše zdraví starali erudovaní profesionálové. Takové odborníky musíme adekvátně zaplatit. Kde na to všechno brát?

Jednou z cest mohou být právě standardy. Proč bychom si nemohli připlatit za moderní, odlehčenou sádku, náhradní kloub z drahého materiálu, šetrnější operaci? Je třeba konečně definovat, co všechno se z vybraného pojistného bude hradit, a co už ne. Přičemž, aby bylo úplně jasno, zdůrazňuji, že nákladná a poúrazová péče musí zůstat jako vždy hrazená z veřejného zdravotního pojištění.

Jsem ale zároveň přesvědčen, že v krátké době nikdo nevytvoří komplexní seznam standardů zdravotní péče. Na toto téma existuje příliš mnoho rozdílných, až protichůdných názorů mnoha vlivových skupin. Mám za to, že je důležité pokusit se prolomit bariéru a jít zcela opačnou cestou: totiž vyjmout některé výkony nebo materiály, které už nebudou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění nebo budou hrazeny částečně, a dát pacientům možnost uhradit si buď rozdíl, nebo zaplatit celý výkon či lepší materiál. Ministerstvo zdravotnictví by mělo garantovat diskusi větší skupiny zainteresovaných stran, tedy zdravotních pojišťoven, lékařů, ministerstva zdravotnictví a zástupců pacientů. Jde o to,

prodiskutovat všechna pro a proti a systém spravedlivě vybalancovat. Není například možné ke standardům přistupovat podobně jako ČLK, která má představu, že každou fakturu, kterou pošle zdravotnické zařízení, musí pojišťovna beze zbytku proplatit. Takový přístup opravdu není možné nazvat efektivním financováním zdravotnictví.

Na závěr raději ještě jednou připomínám, že změna nemůže být provedena na úkor pacientů či čekacích dob na vyšetření, operace a podobně. Vždy a za jakýchkoliv podmínek musíme uhradit nákladnou péči, poúrazové stavy a vše, co si člověk sám nemůže zaplatit. O nějakém dělení na zdravotnictví pro chudé a bohaté nemůže být ve spojení se standardy vůbec řeč. Podle mne rezervy v systému ještě jsou a zarazí mne, že pokud se začalo hovořit o šetření, tak nemocnice nemluví o možných

úsporách ve svém hospodaření, ale rovnou vyhrožují, že budou méně operovat, méně hospitalizovat, prodlouží čekací doby a podobně.

Nehovoří o tom, že by se mohlo hledat ve vnitřních rezervách, že bude třeba méně stavět nesmyslné nové budovy v Horní Dolní, že se nakoupí méně zbytečných drahých přístrojů.

Jsem přesvědčen, že pokud by se změny, které jsou navrhovány, podařilo prosadit, vtáhli bychom do problematiky i občany. Začali by se více zajímat, kolik stojí jejich zdravotní péče a také zda a jak mohou tyto náklady ovlivnit oni sami. Pojištěnci ZP MV ČR již takovou možnost mají a skutečně se začínají o své náklady prostřednictvím Karty života zajímat. A to i bez větší motivace, jen pro kontrolu.

Změna nemůže být provedena na úkor pacientů či čekacích dob na vyšetření, operace a podobně. Vždy a za jakýchkoliv podmínek musíme uhradit nákladnou péči, poúrazové stavy a vše, co si člověk sám nemůže zaplatit. O nějakém dělení na zdravotnictví pro chudé a bohaté nemůže být ve spojení se standardy vůbec řeč.

volné fórum



*Bc. Václav Krása
předseda Národní rady se
zdravotním postižením ČR*

Obávám se, že stanovení standardů není tou správnou cestou reformy zdravotnictví. Rychlý vývoj medicíny nutně musí vést k tomu, že to, co je dnes nadstandardní péče, může být zítra standardní péčí a pozítí již nestandardní péčí. Domnívám se dokonce, že není ani možné určovat standard a nadstandard konkrétního zdravotnického úkonu. Zdravotník by měl vždy postupovat podle současných poznatků lékařské vědy.

Nadstandard lze charak-

terizovat podle mého mínění v úkonech, které nemají přímou souvislost s konkrétním zdravotnickým výkonem. To znamená například prostornější pokoj, větší obsluhu, možná lepší implantát. Konkrétně u implantátu se bojím toho, že ten minimalistický a nejlevnější bude považován za standardní a celá škála dalších implantátů, od středně drahých až po nejdražší, budou vždy považovány za nadstandard. Domnívám se, že i tato cesta může být špatným krokem při zvolení nižší úrovně implantátu, a to z důvodu nedostatečných finančních prostředků pacienta, může dojít k tomu, že po krátkém čase bude nutno provést reoperaci a nekvalitní implantát vyměnit za další nekvalitní, přičemž reoperace budou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění.

Už vůbec si nedovedu představit, jak by se dal charakterizovat standard a nadstandard v léčebných dlouhodobě nemocných. Skutečná praxe v těchto léčebnách je přímo děsivá, a to i v těch nejprestižnějších. Dnes je zcela běžné, že nemohoucí pacienti nejsou krmeni, není u nich udržován pitný režim, mají proleženiny a podobně. Stanovení standardu a nadstandardu po-

vede nutně k tomu, že ti nemajetní, nebo ti, kteří nebudou mít příbuzné, se dostanou do situace lazaretu na začátku 20. století. Pokud by měly být stanoveny standardy a nadstandardy, tak by se měl ve zdravotnických zařízeních udělat pořádek.

Ve zdravotnictví se vlastně debata vede především kolem peněz, ale nikdo nevede debatu kolem kvality a etiky péče. Myslí si, že to by měla být prvotní debata. Osoby se zdravotním postižením se obávají současné diskuse kolem standardů. Máme mnoho zkušeností, že zdravotnický personál neumí komunikovat a zacházet s osobami se zdravotním postižením, a standardy, o kterých se mluví, tyto věci nevyřeší. Víím, že ekonomika ve zdravotnictví je důležitá. Na jedné straně se pořád tváříme, jako že náš stát je v situaci, kdy nemá prostředky na zdravotní péči, přičemž v jiných oblastech unikají obrovské miliardy neznámému kam. Je to debata úplně obrácená. Snažíme se šetřit na činnostech, které jsou pro drtivou většinu občanů životně důležité, abychom nechávali unikat miliardy pro chytráky a podvodníky. Současné dění mě stále více přesvědčuje o tom, že naše směřování není úplně správné.



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

Mgr. Tomáš Roubal
analytik Ministerstva zdravotnictví ČR

V počtu lůžek jsme 15 let za Evropou

Zdroj: OECD (2010), *Health at a Glance: Europe 2010*, OECD Publishing
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2010-en
ISBN 978-92-64-09031-6

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD) před nedávnem vydala publikaci *Health at a Glance: Europe*, která představuje soubor klíčových ukazatelů v oblasti zdraví a zdravotních systémů v 31 zemích Evropy. Výběr ukazatelů byl založen na zdravotních ukazatelích Evropského společenství (ECHI), za který v České republice podzim roku 2010 proběhl pilotní sběr (z dat Všeobecné zdravotní pojišťovny). Tato publikace je volně dostupná na internetových stránkách ec.europa.eu/health/reports/docs/health_glance_en.pdf.

Publikace obsahuje data o zdravotním stavu obyvatel, o determinantách zdraví a rizikových faktorech, o struktuře a kapacitách poskytovatelů zdravotní péče a o výkonnosti a financování zdravotnických systémů.

Očekávaná naděje dožití při narození je v České republice o rok kratší než v zemích Evropské unie, ale podíl prožitého života ve zdraví (healthy life years) činí více než tři čtvrtiny (76,4 %) života, tedy mírně nadprůměrný podíl. Jiná situace je u seniorů, kde je v České republice prožití téměř dvou třetin zbývajících života s omezením, což je nadprůměrná hodnota a dvojnásobek hodnoty Dánska.

Zatímco boj s „klasickými“ rizikovými faktory (alkohol, kouření) se zdá být úspěšný, na intenzitě nabývají nová rizika, spojená s nezdravým způsobem života a obezitou. Ve všech evropských státech dochází k nárůstu nadváhy a obezitou dnes trpí více než polovina obyvatel EU. Podíl obézních se v posledních dvaceti letech dokonce zdvojnásobil. Ve srovnání s ostatními zeměmi je u nás navíc nízká spotřeba ovoce a zeleniny, nadprůměrný podíl obézní populace i vysoká spotřeba alkoholu.

Tato publikace je přínosná také v tom, že se věnuje této problematice u dětí (zde je alarmující čtvrtinový podíl dívek ve věku 15 let, které pravidelně alespoň jednou týdně kouří) a jejich životnímu stylu.

V souvislosti s aktuálními diskusemi o restruktu-

ralizaci lůžek a o dostatku zdravotnického personálu je jistě zajímavé i srovnání počtu lékařů a nemocničních lůžek.

Česká republika má nadprůměrný počet lékařů (3,6 na 1000 obyvatel), kdy v Evropské unii je průměr 3,3 lékaře na 1000 obyvatel, a naopak podprůměrný podíl nelékařského personálu na počet lékařů.

Proces snižování počtu lůžek v nemocnicích probíhá ve všech sledovaných státech, v tomto procesu však Česká republika zaostává a pouze Německo a Rakousko mají v nemocnicích více lůžek. Počet lůžek v České republice (7,3 na 1000 obyvatel) je srovnatelný s evropským průměrem v roce 1995.

Důležitější v mnoha aspektech však je, co se děje přímo na lůžkách. Výkonnostně se české zdravotnictví dá srovnávat s ostatními státy, kdy například počet koronárních angioplastik (248 na 100 000 obyvatel) i počet kyčelních náhrad (172 na 100 000 obyvatel) je nadprůměrný.

Nadměrný počet hospitalizací a jejich délky lze upřesnit na případě operací kataraktů. Jejich počet (786 na 100 000 obyvatel) je sice nadprůměrný, ale více než třetina se provádí při hospitalizaci, což je nesrovnatelně více než v ostatních zemích. Tomu také odpovídá počet ošetřovacích dnů strávených na lůžku v důsledku provedení tohoto výkonu.

Průměrná ošetřovací doba v nemocnicích je v České republice delší než týden (7,5 dne) a od roku 2000 došlo k jejímu zkrácení o jeden den. Stále se jedná o nadprůměrnou hodnotu. Na velmi výrazné rozdíly mezi počtem ošetřovacích dnů různých diagnóz v různých regionech České republiky upozornil i projekt Kulatý stůl k budoucnosti financování zdravotnictví (viz Zpráva o stavu, vývoji a výhledu zdravotnictví v ČR, 2009). Tato publikace tyto nerovnosti



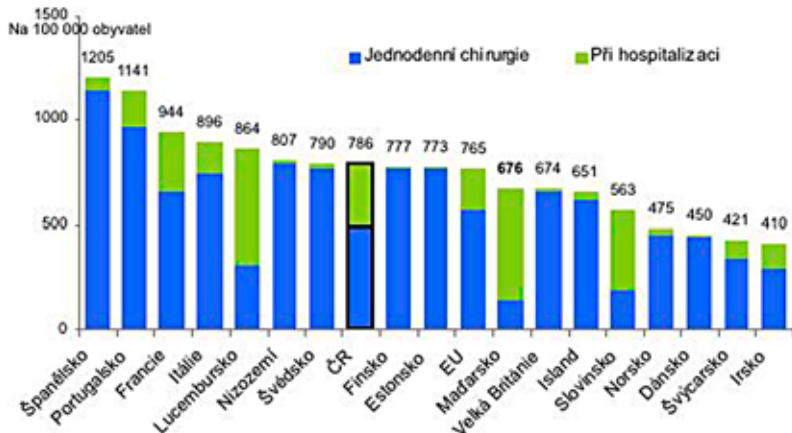
ukazuje na příkladu průměrné ošetrovací doby po akutním infarktu myokardu, která je podprůměrná (6,8 dne), a na průměrné ošetrovací době po porodu, která je naopak o den delší, než je evropský průměr (a je více než dvojnásobná vůči Nizozemsku nebo Švédsku).

Poslední kapitola se zabývá financováním zdravotní péče. V posledních deseti letech rostly výdaje na zdravotnictví reálně o 4,6 %, a ačkoli

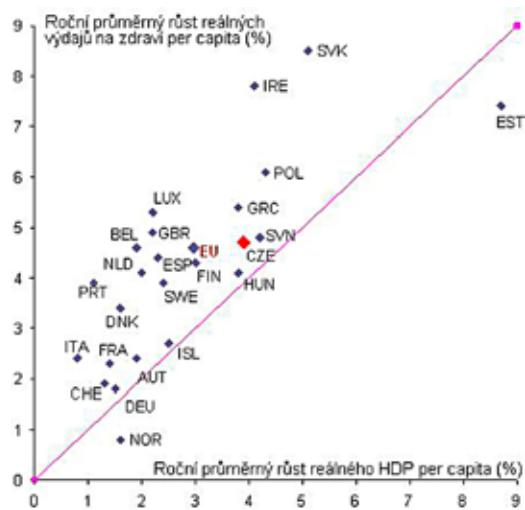
se tento nárůst v posledních letech zpomalil, stále je růst zdravotnictví vyšší než zbývající ekonomika. Růst výdajů na zdravotnictví v ČR je srovnatelný s ostatními srovnávanými státy, pouze výše soukromých výdajů na zdraví je cca o 1 % HDP nižší.

Výsledky zdravotní péče (měřené nadějí přežití v případě rakoviny prsu nebo tlustého střeva) jsou s evropskými státy srovnatelné, což lze označit za velký úspěch českého zdravotnictví.

Z tohoto rychlého pohledu na několik málo údajů je tedy zřejmé, že ačkoli se na zdraví vynakládá stejný podíl veřejných zdrojů jako v ostatních evropských státech, dosahuje se nižší efektivity při poskytování některých typů lůžkové péče (nadměrná doba hospitalizace, nedostatek jednodenní chirurgie). Český systém financování zdravotnictví nevyužívá soukromé zdroje, ačkoli individuální životospráva a styl života čím dál tím více zasahují do nutnosti poskytování zdravotní péče, která je hrazena z veřejných zdrojů. V konečném důsledku se to může projevit ve zhoršení zdraví zejména starší části populace.



Počet operací katarakt, při hospitalizaci a jednodenní chirurgii na 100 000 obyvatel
(Zdroj: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database)



Srovnání růstu HDP a růstu výdajů na zdravotnictví mezi roky 1998 a 2008
(Zdroj: OECD Health Data 2010; Eurostat Statistics Database)

