

**D**ůvěra v lékaře uzdravuje jednotlivce a důvěra ve zdravotnictví uzdravuje společnost. Nedůvěra deformuje medicínu a přímočarou spolupráci obou aktérů na obnově pacien-



tova zdraví nahrazuje protektivní medicína a laické hledání lepších alternativ. Bují plevel alibistických vyšetření, hnojený nedůvěřivostí pacientů, a uměrně růstu papírování se krátí čas na vzájemný dialog. Doporučení zůstávají oslyšena a předepsané léky putují do popelnic. Nedůvěra ve zdravotnictví nahlodává duševní rovnováhu společnosti a podporuje „blbou náladu“. Za ztrátu důvěry platíme zdravím, časem a penězi.

Neplech, oslabujících důvěru v lékaře a ve zdravotnictví, je u nás k vidění hojnost, ale přesto se zdravotnictví stále ještě těší důvěře veřejnosti. Zvykli jsme si na různé formy korupce, na špatně nastavené regulace a motivace deformující chování lékařů, na velkorysé nakládání s veřejnými penězi, na poptávku po známých a pozici kulichů. Pasivita veřejnosti se zdá dávat za pravdu nečinnosti politiků, ale zdravotnictví zatím tiše eroduje zevnitř. Pokles jeho atraktivitu se projevuje v kvalitě a počtu lidí, kteří s ním spojují nebo

chtějí spojit své profesní životy; není to tak dávnou, co krajem znělo „Náš exodus, váš exitus“. Jedeme samospádem a na termín budičku navrhují vypsát kurzovou sázku.

Představa, že zdravotnictví rozkvete pouhým navýšením plateb za „státní pojištěnce“, je ze stejné líhne jako marxistický přerod kvantitů v kvalitu. Jisté je, že zdravotnictví si více peněz zaslouží, ale ty si musí vydělat a nikoli vyžebrať. Aby to bylo možné, je potřeba odpracovat několik domácích úkolů. Nejprve naplnit literu ústavy a zákonem vymezit rozsah péče bezplatně poskytované občanům. To otevře prostor komerčnímu připojištění a dobrovolnému navýšení prostředků pro zdravotnictví. Druhým krokem je zlepšení správy veřejných prostředků zdravotními pojišťovnami tím, že se jim umožní reálná konkurence jak na příjmové, tak na výdajové straně. Sem patří zavedení některé z variant dvou-složkového pojistného, posílení role v organizaci péče a v možnosti si konkurovat v míře a formách spoluúčasti. Konečně třetím stavebním kamenem by mělo být přesunutí některých aktivit MZ do samostatných správních institucí, jedné pro údržbu a rozvoj klasifikačních a úhradových systémů, druhé pro hodnocení zdravotnických technologií a třetí pro servisování eHealthu. Úhradová vyhláška půjde k ledu a prostor dostane přímé jednání plátců a poskytovatelů.

*Konec futurologie, krásné Vánoce a příjemné počtení přeje  
MUDr. Pavel Vepřek*

## Jak omezit střety zájmů ve zdravotnictví?



Petr Holub



Jakub Dvořáček



Jan Mužák

úhel pohledu

## volné fórum



Štěpán Svačina

Marek Vácha



Ondřej Dostál



Milan Kubek



Iva Bezděková



## úhel pohledu >

**RNDr. Petr Holub**  
komentátor, server ECHO 24

### Nová strategie, jak předražít zdravotnické přístroje

Posláním lékaře není obchod, ale podle Hippokratovy přísahy pomoc trpícím bližním. Přesto se pracovníci moderního zdravotnictví neobejdou bez toho, aby nakupovali drahé léky a zdravotnické prostředky, které by měly být co nejlepší, aby co nejvíce pomohly co největšímu počtu pacientů. Efektivita zdravotnických nákupů se už stává speciální ekonomickou disciplínou a jeden její rozměr určuje fakt, že léky i prostředky se zpravidla nakupují z veřejných peněz.

Pochybnosti o tom, že nákupy nejsou vždy efektivní, se ve větší míře objevily před deseti lety. Snaha je prozkoumat pak vedla k různým odhalením, že se zdravotnické prostředky a zvláště zobrazovací technika nakupují za zbytečně vysokou cenu. V obchodním řetězci mezi výrobcem, překupníkem a zdravotnickým zařízením se realizovala příliš vysoká marže, která efektivitu nákupů snižovala, podle obvyklých spekulací zato umožnila vyplácet vysoké provize zdravotníkům, obchodníkům nebo politikům. Zkušenosti ze zdravotnictví byly jedním z motivů, proč byl zákon o zadávání veřejných zakázek v roce 2012 posílen několika přísnými paragrafy. Před soud se už podařilo dotáhnout některé korupční případy, a proto se zdá, že éra předražených přístrojů skončila.

Ve skutečnosti jde jenom o zdání. Pouze se objevily nové postupy, jak při nákupech přístrojů realizovat co největší provize. Tyto postupy jsou sofistikovanější, aby se vyhnuly nežádoucí pozornosti a aby se daly jen těžko postihnout.

Ve vynalézavosti jsou obchodníci ve zdravotnictví opět na čele. Pokud byly skandály s nákupy zdravotnické techniky, které proběhly před pěti až sedmi lety, jedním z podnětů k přísným kontrolám eurodotací v období 2007–2013, způsobil jeden za současných obchodů opět konflikt na nejvyšší úrovni.

Nákup dvou magnetických rezonancí brněnskou Masarykovou univerzitou byl v médiích podrobně popsán, proto stačí uvést jeho nejdůležitější parametry. Je třeba připomenout, že se možné odchýbení brněnských obchodníků neprokázalo definitivně, v každém případě však zaměstnalo experty z několika zemí, Poslaneckou sněmovnu, Senát a tři tuzemská ministerstva. Události při nákupu rezonancí jsou zároveň shrnutím nejčastěji používaných triků při zakázkách, které byly v poslední době označeny za netransparentní.



*Petr Holub*

**Ve vynalézavosti jsou obchodníci ve zdravotnictví opět na čele. Pokud byly skandály s nákupy zdravotnické techniky, které proběhly před pěti až sedmi lety, jedním z podnětů k přísným kontrolám eurodotací v období 2007–2013, způsobil jeden za současných obchodů opět konflikt na nejvyšší úrovni.**

V první řadě, zakázka na rezonance byla vypsána jako jednacím řízením bez uveřejnění, při kterém je možné oslovit předem vybraného dodavatele. Tím byl v brněnském případě koncern Siemens. Za druhé, jednacím řízením se odůvodnilo tím, že univerzita ke svému výzkumu potřebuje přístroj s tak unikátními parametry, že je může splnit právě jediný výrobek na trhu, v naší historii jde o třiteslovou rezonanci Magnetom Prisma. Tento rozměr nákupu ukazuje, o kolik jsou nové mechanismy složitější než prostá objednávka přístroje od překupníka, jak bývalo zvykem ještě před pěti lety. Unikátnost přístroje musí potvrdit znalec, který zároveň musí stanovit mantinely obvyklé ceny.

Unikátní vlastnosti potvrdila Fakulta biochemie Českého vysokého učení technického v Kladně a potvrdili ji ještě čtyři zahraniční experti, jeden z Ameriky, druhý z Francie, třetí z Nizozemska a čtvrtý ze Slovenska. Ve svých posudcích také

odhadli, že hodnota přístrojů překračuje cenu 100 milionů korun, za kterou byly nakonec koupeny. Zdá se tedy, že obchodníkům není co vytknout, s penězi zacházeli opatrně a předem zajistili nejlepší možné podmínky.

Přesto se objevila možnost, že průběh zakázky byl zmanipulován a že manipulaci má na svědomí několik jejich účastníků. Proti zakázce se postavila konkurence, tady firmy Philips a GE, které vyrábějí přístroje s podobnými parametry, a za pravdu jim dali i politici ze čtyř různých stran. Vznikly tři nové posudky od tuzemských znalců, které se shodovaly v tom, že cena přístrojů byla přehnaná zhruba o 30 milionů. Jeden z nich zaplacený ministerstvem financí pak konstatoval, že přístroje pro Brno nejsou unikátní do té míry, aby se tím dalo zdůvodnit jednací řízení.

Do sporu se pak vložily různé úřady. S větší či menší intenzitou podpořily nákup Masarykovy univerzity Antimonopolní úřad, policejní vyšetřovatelé a úředníci ministerstva školství i ministerstva financí. Pochybnosti se naopak nezbavilo ministerstvo spravedlnosti a kontrolní výbor Poslanecké sněmovny. Celý spor průběžně eskaluje

a už se objevila možnost, že i brněnské rezonance bude řešit mimořádná kontrola Nejvyššího účetního dvora v Lucemburku.

Poučením z případu není jen rezignované konstatování, že snaha vyhýbat se veřejným soutěžím si vždycky najde cestu i ochotné spolupracovníky. Klíčovou informací je zjištění, že musejí vzniknout nová pravidla, resp. metodika, podle které by měli postupovat znalci přizvaní k nákupům zdravotnických přístrojů. Žádnou vypovídací schopnost třeba nemá tvrzení, že jedna magnetická rezonance využívá funkce, které konkurenčním přístrojům chybějí – místo toho je třeba prokázat, že její zobrazovací schopnosti jsou opravdu unikátní. Také není možné prostě napsat, že běžná cena přístroje překračuje 50 milionů, když se na cenové analýze jiných případů takové tvrzení podrobně nezdůvodní.

Zní to možná nezajímavě, šedivě a byrokraticky. Kdo však v této chvíli zanedbá vytvoření směrnice pro experty při nákupech přístrojů, nebude mít na odpovědnost pouze případnou ztrátu desítek milionů v Brně, ale také řádově vyšší plýtvání v dalších zakázkách.

**Mgr. Jakub Dvořáček, MHA**  
**výkonný ředitel, Asociace inovativního farmaceutického průmyslu**

## Cestou ke zprůhlednění spolupráce mezi lékaři a farmaceutickými společnostmi je seberegulační iniciativa Transparentní spolupráce

Jedním z neúčinnějších způsobů, kterým můžeme omezovat střety zájmů ve zdravotnictví, je z pohledu farmaceutického průmyslu zprůhledňování vztahů mezi zainteresovanými stranami. Inovativní farmaceutické společnosti si tuto potřebu už delší dobu uvědomují. Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) spolupracuje s Českou lékařskou komorou J. E. Purkyně na větší transparentnosti vzájemných vztahů lékařů, zdravotnických zařízení a farmaceutického průmyslu.

Vnímáme sílící tlak veřejnosti na ještě větší otevřenost, a to nejen v České republice, ale i v zahraničí. Smyslem iniciativy Transparentní spo-

lupráce je rozptýlit pochyby o tom, že lékaři jsou při předepisování léčivých přípravků motivováni zájmy farmaceutických firem. Proto jsme se vydali cestou samoregulace a v současné době intenzivně pracujeme na iniciativě Transparentní spolupráce. V červnu příštího roku tak prostřednictvím speciálního webového portálu dojde ke zveřejnění informací



*Jakub Dvořáček*

o povaze a rozsahu vztahu mezi farmaceutickými firmami, lékaři a zdravotnickými zařízeními. Finanční i nefinanční plnění, které probíhá ze strany farmaceutických firem směrem ke zdravotníkům, bude po předchozím souhlasu zúčastněných a v souladu s legislativou o ochraně osobních

údajů zveřejněno na internetu. Údaje o spolupráci mezi lékaři a participujícími společnostmi budou dohledatelné.

Prostřednictvím tohoto kroku se snažíme posílit důvěru ve vazby, které mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem existují. Uvědomujeme si, že tato spolupráce je jedním ze základních pilířů moderního zdravotnického systému. Užitek z ní mají především pacienti, protože umožňuje zvyšovat kvalitu poskytované péče a rychleji odpovídat na jejich potřeby. Bez spolupráce mezi farmaceutickým průmyslem a zdravotnickými odborníky by byl postup inovací mnohem pomalejší. Díky vzájemné spolupráci je možné v kratším časovém horizontu přinášet účinnější a bezpečnější léky.

**„Výsledkem nedostatku transparentnosti je nedůvěra a hluboký pocit nejistoty.“**

*Dalajláma*

Tato spolupráce je zároveň nedílnou součástí vzdělávání lékařů. Farmaceutický průmysl je jedním z garantů vysoké odbornosti lékařů. Díky vzdělávacím aktivitám umožňují farmaceutické firmy lékařům udržovat si přehled o nejmodernějších možnostech léčby, které mohou zachránit, zkvalitnit nebo prodloužit život jejich pacientů. Navíc nikdo nemůže o léčivu a jeho účincích informovat lékaře lépe než jeho výrobce, který investoval množství času a úsilí do jeho vývoje.

Jsme pevně přesvědčeni, že díky iniciativě Transparentní spolupráce zmizí pochybnosti. Otevřenost je cestou k posilování důvěry a předcházení střetům zájmů. Podobné procesy se osvědčily ve vyspělých evropských zemích, a proto věříme, že uspějí i v českém prostředí.

**Jan Mužák**  
vedoucí, pracovní skupina Etika, CzechMed

## Kdo je primárním beneficiem předepsaného léku či pomůcky? Pacient, plátce, či kapsa ošetřujícího lékaře?

Představte si prostředí... Kde inovace a bezpečnost jsou hlavními motivátory vzájemné spolupráce a změn. Kde regulátor nastavuje férové prostředí s minimem korupčních příležitostí a plátce si nepřivlastňuje roli druhého regulátora. Prostor, kde je větší prostor na spolupráci průmyslu a vědecké veřejnosti i rozvoj PPP projektů. Prostor, kde je při nákupním rozhodování věnována patřičná pozornost kvalitě, alespoň stejnou vahou jako pozornost věnovaná ceně. Kde každý jednotlivec přebírá zodpovědnost za své činy a rozhodnutí. Prostor, ve kterém se i průmysl chová zodpovědně k zákazníkům a uživatelům svých produktů, respektuje zákony a podílí se na rozvoji společnosti a nikoliv šedé či černé ekonomiky. Prostor, kde trh dlouhodobě oceňuje a upřednostňuje etické obchodní praktiky. Prostor, kde je transparentnost standardem a předností, nikoliv nutným zlem.

Každý jsme někdy byli či budeme jednou pa-

cienty. Bez ohledu na to, zda je naší profesí právo, obchod, věda či politika, ale i medicína nebo farmacie, v takové situaci očekáváme, že na nás samotných je prováděn výkon v nejvyšším standardu, odpočatým a erudovaným odborníkem. Je tedy nanejvýš potřebné, aby každý člen společnosti přispíval podle svých možností k tvorbě zdravotnického prostředí, které je důstojné jak pro pacienta, tak pro poskytovatele, stejně jako pro dodavatele a podpůrné profese.

Při každé návštěvě lékaře nebo v případě akutní potřeby lékařské péče důvěřujeme pečujícímu odborníkovi, věříme, že zvolí právě takové prostředky léčby, jaké náš zdravotní stav vyžaduje a které má v konkrétní situaci k dispozici; stejně tak požadujeme, aby systém poskytování péče zajišťoval dostatečnou dostupnost



*Jan Mužák*



potřebné léčby nebo výkonu. Povědomí, že motivace k použití či nadužití konkrétního léku či zdravotnické pomůcky při poskytování péče může být i jiná než ryze klinická, může ovlivnit důvěru mezi pacientem a odborníkem a může dále negativně ovlivňovat léčbu a pověst lékařské profese. Stejně jako povědomí, že konkrétní prostředek – klinicky vyhovující konkrétnímu případu – nemusí být k dispozici z obchodních či administrativních důvodů, může negativně ovlivňovat důvěru v celý systém poskytování zdravotní péče a zdravotního pojištění.

Kde jsou příčiny a motivace k výše zmíněným pochybnostem? Předně je to společenský vývoj v čase, kdy standardní a legální praktiky jednoho období se mění v kontroverzní, měřeno optikou nového paradigmatu, a tím se postupně mění pravidla hry. Dále jsou to jistě průmyslové subjekty a společnosti, které existují za účelem generování zisku a k tomu maximálně využívají možnosti trhu a právního rámce. Je to i stát a jeho přístup k dlouhodobé koncepci zdravotnictví, mechanismům nákupu a hospodaření a v neposlední řadě jsou to i sami odborníci, kteří chápou své vyjednávací možnosti a lépe znají svou cenu a logiky toho využívají. Podobné je to s erudicí na daném trhu. Je zájmem průmyslu, aby byla erudice co nejvyšší a pokrokové a kvalitní nástroje měly své přirozené místo v produktovém mixu trhu, aby úroveň poskytované péče spíše přitahovala (než odrazovala) pacienty ke včasné léčbě a tím přirozeně zvětšovala tržní příležitosti. Je zároveň zájmem státu mít kvalitní zdravotní péči (nicméně s co nejmenšími náklady veřejných rozpočtů) se schopností včasné diagnózy a odpovídajícího, třeba i preventivního (ekonomicky výhodnějšího), zákroku. Z tohoto úhlu pohledu je zřejmý racionální argument průmyslu pro investice do vzdělávání odborníků a zvyšování erudice trhu, je patrný (byť ne nutně příznavý) i ekonomický zájem státu na participaci průmyslu. Lze vysledovat i přidanou hodnotu pro odborníka – pro kterého je leckdy náklad na vzdělávání neúměrný jeho příjmům, byť je povinnou součástí výkonu jeho profese. Ale zároveň je celá tato komplexní situace vzájemně provázanosti a výhodnosti zdrojem dalších potenciálních konfliktů zájmů...

Jedním z problémů zmíněných střetů zájmů je jejich finanční hodnota a fyzická protihodno-

ta – věčná otázka, zda není ve finanční hodnotě transakce skrytý obchodní motivátor či zda není sama interakce prováděna za jiným než deklarovaným účelem. Tomuto tématu se mimo jiné věnuje Stanovisko Světové lékařské asociace (WMA), přijaté na valném shromáždění WMA v Tokiu v říjnu 2004, dále upravené na valném shromáždění WMA 2009 v Novém Dillí (v ČR uveřejněno v měsíčníku společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP Practicus, v číslech 9–10/2013 a 1/2014, k dispozici na <http://web.practicus.eu/sites/cz/Stranky/Archiv.aspx>). Je těžké ocenit službu či konzultaci, která může potenciálně vést ke změně marketingové strategie či úpravě produktu následně generující zisky. Může v takovém případě částka zdánlivě vysoká změnit svou relativní hodnotu? Stejně je to i s hodnotou investic do podpory vzdělávání, nominálně jsou vysoké, relativní hodnota pro průmysl vzhledem k dlouhodobým strategiím může být ovšem nízká – pokud přihlédneme k faktu, že erudovaný odborník předstává nižší riziko chyby ve výkonu, respektive vyšší pravděpodobnost zohledňování zejména klinického argumentu a porozumění přidané hodnotě kvalitních a pokrokových technologií. Na druhou stranu, relativní hodnota pro konkrétního odborníka může být vysoká a tím negativně ovlivnit jeho rozhodování.

**Povědomí, že motivace k použití či nadužití konkrétního léku či zdravotnické pomůcky při poskytování péče může být i jiná než ryze klinická, může ovlivnit důvěru mezi pacientem a odborníkem a může dále negativně ovlivňovat léčbu a pověst lékařské profese.**

Je též zajímavé se podívat na skladbu a regulaci průmyslu. Lze spatřit originální i generické farmaceutické společnosti, jejichž produkty spadají pod přísnou regulaci zákona o léku. Vidíme segment výrobců zdravotnické techniky, kde byla regulace po dlouhou dobu mírnější a nyní se tvoří a implementuje její varianta inspirovaná právě segmentem léčiv. Též vidíme segment distributorů a různých dalších společností pohybujících se po zdravotnickém trhu, jejichž situace z hlediska kontrol a regulací je řekněme nejméně komplikovaná a jež toho mohou v některých případech snadněji zneužívat.

Rozdíl je i ve směřování etické politiky těchto segmentů; zatímco farmaceutický segment má poměrně tvrdou regulaci vyplývající jak z příslušných zákonů, tak z kodexu průmyslové asociace, která jde cestou plné transparentnosti a zveřejňování jmen účastníků a hodnoty předmětných interakcí, segment zdravotnických prostředků se přiklání směrem k úplnému omezení přímých

podpor vzdělávání a velmi se zaměřuje na hodnotu interakcí mezi odbornou a průmyslovou veřejností.

Segment distribuční je z tohoto hlediska na začátku rozvoje etických standardů podnikání – některé společnosti ideu implementují do svých struktur, tvoří interní kodexy atp., ovšem některé stále pokračují v praktikách uplynulých dekád.

Zdálo by se nejjednodušším řešením tento střet různých zájmů vyřešit minimalizací vztahů průmyslu s odborníkem. To ovšem není možné z důvodu zákonných požadavků na výrobce (zaškolení, důkladné předání informací o výrobku a jeho indikaci), stejně tak z požadavků regulatorních a kvalitativních norem, jež vyžadují efektivní tok informací mezi odbornou veřejností, regulá-

torem a výrobci farmak a medicínských prostředků z hlediska nežádoucích příhod, selhání, ev. stahování výrobků. Ovšem nejen zmíněné požadavky jsou zásadním přínosem spolupráce vědců a zdravotníků s průmyslem; z dlouhodobého či, chcete-li, společenského hlediska je mnohem přínosnější inovativní potenciál, který má sdílení zpětné vazby a vědecký dialog. Jsou to např. úpravy funkčních nebo ovládacích parametrů zdravotnických prostředků či sledování vedlejších účinků a návazných rizik u farmak či identifikace potenciálu dalšího použití v obou segmentech. Z tohoto mezioborového dialogu, sběru dat a zpětné vazby vychází vývoj nových metod, léčebných postupů, technologií a léčiv. Bez této spolupráce by byl zásadně omezen rozvoj – právě ke škodě pacienta.

## ◀ volné fórum

*V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:*

- 1. Jaká rizika může vnést do vztahu pacient–lékař podezření, že v rozhodování lékaře nehraje prospěch pacienta hlavní roli?*
- 2. Jak významný je tento problém v našem zdravotnictví?*
- 3. Co by se mělo v dalších letech změnit, abychom si tyto otázky už nemuseli klást?*



*prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, přednosta, III. interní klinika I. LF UK a VFN a předseda, ČLS JEP*

1. Za teorii rozhodování v informační asymetrii byla před časem udělena Nobelova cena za ekonomii. Je to obecně velký problém, který měl být po roce 1989 ve zdravotnictví eliminován, ale naprosto se to nepodařilo. Je omyl pokládat za takovou asymetrii domněnku, že rozhodování ovlivňují farmaceutické firmy nebo vztahy lékařů k dodavatelům. Problém je daleko širší a týká s napříkld jakýchkoli plateb pomocí paušálů, omezování volného trhu a soutěže ve zdravotnictví, stále probíhajících a nesmyslných studií fáze 4, mnoha preskripčních omezení pojišťoven, míchání nevědeckých a vědeckých přístupů v lékárnách i u lékařů, zbytečných vyšetření,

aby se uživily zbytečné přístroje a zbytečné kapacity a mnoha dalších jevů. Rozhodování v neprospěch pacienta nebo někdy v neprospěch jednoho pacienta a ve prospěch jiného je tak u nás zcela běžné.

2. Je velmi významný, ale málo souvisí s problémem transparentnosti a interakcí lékař–firma, spíše je dán špatným systémem zdravotního pojištění a špatnou organizací zdravotnictví.

3. Zdravotnictví by se mělo více liberalizovat, zbavit administrativy a změnit by se měl systém zdravotních pojišťoven v reálnou konkurenci, nejvíce by se ale měla zvýšit zdravotní gramotnost populace, která je u nás tragická.



*MUDr. Milan Kubek, prezident, ČLK*

1. Každé takové podezření narušuje vztah důvěry mezi lékařem a pacientem. Důvěra je přitom základním předpokladem úspěšné léčby.

2. Platí jednoznačná úměra, že čím jsou v té které zemi výdaje na zdravotnictví nižší, tím více závisí bezpečnost pacientů na morální integritě lékařů. Naše zdravotnictví je katastrofálně podfinancováno, takže se i na vaši otázku každý lehce odpoví sám.

3. V první řadě je třeba zvýšit výdaje na zdravotnictví tak, abychom nemuseli šetřit za každou cenu. Dále je třeba podstatně zlepšit finanční ohodnocení práce zdravotníků a tím posílit příjmy poskytovatelů zdravotních služeb. Následovat musí zásadní zvýšení platů a mezd lékařů, aby byli odolnější vůči nejrůznějším pokusům. A v neposlední řadě je třeba zlikvidovat současný systém regulací, jejichž prostřednictvím pojišťovny omezují spotřebu zdravotních služeb. My lékaři přece nemůžeme být zodpovědní za ekonomickou bilanci zdravotních pojišťoven. Pojišťovny musejí prostřednictvím svého revizního systému

začít regulovat spotřebu zdravotních služeb na straně svých klientů – pojištěnců.

Lékař nesmí být ekonomicky závislý na tom, co uškodlí na svých pacientech. Současný systém regulací nastavený úhradovými vyhláškami ministerstva zdravotnictví považují za organizované nabádání lékařů k tomu, aby porušovali principy lékařské etiky. To musí skončit.



*Mgr. Iva Bezděková, redaktorka, Medical Tribune*

1. Tématem vztahu pacient–lékař se příliš nezabýváme, středem zájmů ve zdravotnictví ano. Takže se odchýlím od zadané otázky, protože se domnívám, že na této vyšší úrovni je střet zájmů ještě nebezpečnější než to, co se děje v ordinacích lékařů. Budu jmenovat konkrétní případy, které ukazují na velkou kreativitu inovátorů českého zdravotnictví.

### **Ředitel veřejných zakázek ve fakultce je zároveň majitelem dodavatelské firmy**

Odbor veřejných zakázek ve FN Královské Vinohrady vede Ing. René Tůma – předseda představenstva firmy PROKON-

ZULT advisory a.s. Společnost se zaměřuje na nákup léků, přístrojů, a spotřebního materiálu ve zdravotnictví s obratem miliard korun. Tato firma (dříve s názvem VAHARINA a.s.) administrovala kontroverzní zakázky pro ústeckou Krajskou zdravotní. Tyto nákupy nyní prošetřuje okresní soud v Ústí nad Labem v trestním řízení. Vedení nemocnice ani ministerstvo zdravotnictví ale nevidí žádný střet zájmů v tom, že veřejné zakázky fakultní nemocnice spravuje osoba, která zároveň vede obchodní firmu podnikající ve zdravotnictví.

### **Vlivný muž z ČSSD doporučí 30 milionů z evropských dotací pro vlastní projekt**

Šikovný majitel cestovní kanceláře Kovotour plus Jiří Hájek (ČSSD) získal před časem 30 milionů dotace z Evropské unie na rekonstrukci luxusního rezortu Čeladenka. V době rozhodování o přidělení evropské dotace byl Hájek členem řídicího výboru IPRÚ, který doporučil čerpání dotací z EU na rekonstrukci hotelu. Případ šetřily různé kontroly (regionální rada, ministerstvo financí). Všechny dospěly k názoru, že Jiří Hájek ve střetu zájmů nebyl.

### **K moři jezdí za veřejné peníze lidé, kteří by měli dohlížet, jestli jsou projekty užitečné**

Firma Kovotour plus je dvorním organizátorem sporných přímořských pobytů Mořský koník, za které pojišťovny ročně utrácí stamiliony korun. Na „inspekce“ Mořských koníků přitom běžně jezdí členové správní i dozorčí rady VZP, kteří mají na hospodaření pojišťovny dohlížet. S Koníkem jezdí

také například MUDr. Zuzana Roithová, členka komise, která rozhoduje o tom, jaká budou kritéria pro výběrová řízení na pořadatele dalšího Mořského koníka. Není to střet zájmů?

### **Samostatnou kapitolou je známé propojení severomoravského impéria nemocnic, ambulancí, dodávek materiálu a pojišťovny.**

Majitel impéria Agel tvrdí, že nemá v české průmyslové zdravotní pojišťovně žádný vliv. Tudíž vše je zcela v pořádku, o žádný střet zájmů nejde. Působení oceláře ve zdravotnictví dokonce mnozí považují za příklad toho, jak by mohlo fungovat naše zdravotnictví, pokud by bylo v soukromých rukou.

### **Zaměstnanec lékového ústavu založí firmu, která pak získá stamiliony z veřejných peněz.**

Někdejší řadový zaměstnanec Státního ústavu pro kontrolu léčiv si v době, kdy byl ještě ředitelem Martin Beneš, založí svou firmu Tronevia a.s. Za tři měsíce tato firma vyhraje zakázku od SÚKL a za tři roky poté se SÚKL stane na této firmě tak závislý, že si z toho teď rvou vlasy premiér i ministr financí? Bravo!

2. Výše uvedené příklady jsou jen ukázkami střetu zájmů ve zdravotnictví, ve skutečnosti je takových případů mnohem více, ale není místo je zde všechny popsat.

3. Opravdu nevím, jak současnou situaci změnit. Lepší zákony? Lepší zákonodárce? Lepší soudce?



Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., přednosta, Ústav etiky na 3. LF UK

1. Vztah lékař–pacient byl tradičně považován za paternalisticky idylický po celý starověk, středověk a ještě kus novověku. Lékař si byl vědom omezenosti svých metod a možností, ovšem on i pacient si byli jisti, že bude uděláno vše pro pacientův prospěch.

Zhruba od konce druhé světové války je tento vztah erodován minimálně ze dvou stran: jednou je tlak na publikační aktivitu lékaře – významná místa žádají tituly, tituly žádají publikace, publikace žádají výzkum a výzkum probíhá na pacientech a může nastat (a občas nastává) situace, kdy lékař–léčitel a lékař–výzkumník mohou k pacientovi přistupovat s rozdílnou optikou.

Druhý tlak jsou pochopitelně farmaceutické firmy nebo obecně firmy dodávající technologie. Tyto firmy otevřeně prohlašují, že nejsou charita a že jako všechny firmy na světě chtějí maximalizovat zisk. To je v pořádku. Avšak činí to všemi prostředky,

od eticky zcela čistých po eticky zcela zavrženíhodné, se širokou šedou zónou uprostřed.

2. Myslím, že velmi. Použiji přirovnání, které se pro tuto situaci občas používá. Když byl vynalezen internet, bylo to považováno za skvělý nástroj pro komunikaci. Opravdu, internet skutečně změnil náš svět. A k lepšímu. Jenomže my již dnes víme, že musíme mít v počítači kvalitní antivirový program, a že když nám napíše bohatá nigerijská vdova, není zcela ideální odpovídat. Lékařská komunita je ve vztahu k farmaceutickým firmám jakoby stále bez „antivirového programu“, panenská, a neschopna se nějak účinně bránit.

Je třeba ale jedním dechem dodat, že ty firmy potřebujeme a že bez jejich technologií, farmaceutik a vývoje by se zdravotnictví pochopitelně neobešlo.

3. Pořád vnímám jakousi nechuť či nedůvěru veřejnosti vůči „bílým plášťům“. Krom systémových zásahů na globální úrovni, týkajících se výrazných změn v oceňování pracovníků podle počtu publikací, přes národní změny, týkající se přetnutí vztahu mezi firmami a konkrétními pracovišti, za účelem zmenšení prostoru pro rozmanité formy kooperace, které občas mohou být zvány korupce, až po úroveň jednotlivých lékařů. Je starou pravdou, že z oně trojice, která je vlastní lékařům, tj. znalosti, dovednosti a postoje, jsme na světové úrovni ve znalostech i v dovednostech. V čem fatálně selháváme, jsou postoje. Pokud si pacienti na něco stěžují, téměř nikdy to nejsou znalosti nebo dovednosti, jako nedostatek komunikace, arogance a podobně.





JUDr. Ondřej Dostál, PhD., LL.M., vedoucí, Centrum pro zdravotnické právo 3. LF UK

1. a 2. Jde o zásadní rizika pro pacienta, finanční i zdravotní. Konflikt zájmů na straně poskytovatele může mít dvě podoby:

„Pozitivní motivace“, kdy má lékař či jeho zaměstnavatel ekonomický prospěch z toho, že ordinuje neúčelné či nevhodné výkony, léky či pomůcky. Může jít například o systémy provizí pro lékaře v terénu za to, že pacienty posílají na soukromé oční kliniky, v podobném duchu hovoří zlé jazyky také o některých ortopedických klinikách, laboratořích či klinikách asistované reprodukce. Neméně zajímavá je i oblast lékáren, kde nedávno Nejvyšší správní soud v kauze „Walmart“ potvrdil pokutu uloženou SÚKlem výrobci za dárkový program pro lékárníky.

Bylo by ale chybou zabývat se pouze drobnou korupcí a zanedbávat systémové problémy. Těmi jsou především „zpětné bonusy“ nemocnice, pobídky za zařazení na pozitivní listy aj. Jejich obecným důsledkem je, že konečný kupující, kterým je pojišťovna, resp. občan jako pojištěnec a daňový poplat-

ník, zaplatí vyšší cenu za méně vhodné léky a zdravotnické prostředky. Proč méně vhodné? Protože logickým důsledkem těchto motivací je, že se lékař či lékárník nebude řídit výhradně medicínským zájmem nemocného, ale poskytne a pojišťovně vykáže ten produkt, za kterým jde největší bonus od dodavatele. V civilizovaných zemích jsou tyto motivace přísně zakázány, a to jak z důvodu úspory veřejných prostředků, tak z důvodu ochrany zdraví pacientů; tzv. „kickbacks“ u péče hrazené z veřejných programů jsou v USA federálním trestným činem. U nás se bohužel politici, ředitelé nemocnic i zástupci lékařské veřejnosti shodují, že tyto provize jsou bezvadné, že jde o standardní součásti podnikání ve zdravotnictví, a na trhu uspěje ten, kdo nejlépe ovládá umění „kak dogovoritsa“, neboť náš systém není, jak říká pan ředitel FN Motol, „poslední západní zdravotnictví na Východě“, ale bohužel „poslední východní zdravotnictví na Západě“. Lze jen doufat, že standardní nástroje ochrany hospodářské soutěže a regulace reklamy, zakotvené v evropském a teoreticky i v českém právu, tyto nekalé praktiky časem vyhubí – což se bohužel nestane bez iniciativy spotřebitelů péče, zdravotních pojištěnců a té části (snad většiny) zdravotníků, kterým současný stav vadí.

„Negativní motivace“, kdy má lékař ekonomický prospěch z toho, že neposkytuje potřebnou hrazenou péči, případně kdy je za poskytování péče ekonomicky či pracovníprávně trestán. Financování českého zdravotnictví stojí a padá s objemovými limitacemi v úhradových vyhláškách a smlouvách poskytovatel–pojišťovna, jejichž principem je, že poskytovatel

více či méně skrytě omezí péči o své pacienty na úroveň odpovídající přidělenému rozpočtu, a to i za cenu vzniku zdravotních rizik. Z dob působení v advokacii jsem se utvrdil v názoru, že většina škodních případů nemá původ v neznalosti či neschopnosti konkrétního zdravotníka, ale je přímým či nepřímým důsledkem omezení stanovených úhradovým předpisem či zaměstnavatelem. Je nepochybné, že i naše zdravotnictví musí řídit náklady. Finančně udržitelný rozsah hrazené péče má ale vymežit Parlament, kontrolovat plýtvání má cíleně zdravotní pojišťovna. Přenos problému na poskytovatele cestou paušálů a regulačních omezení oktrojovaných úhradovou vyhláškou byl shledán již v roce 2013 protiústavním. Bohužel ministerstvo zdravotnictví dosud nepřišlo s lepším řešením a z průběhu jednání o letošní úhradové vyhlášce vyplývá, že ani zástupci poskytovatelů proti současnému stavu nijak nebrojí, dokud se rozdává dost peněz (a daňových poplatníků se nikdo neptal). I na konci příštího roku se proto budou „úhradově nadpočetní“ pacienti setkávat s odmítáním péče, případně si nebudou jisti, zda má lékař od nadřízených povoleno nabídnout jim optimální, ale drahou péči.

3. První krok je napravit financování. Nikoliv nutné přidat peníze, ale přesněji vymežit péči hrazenou a smířit se s tím, že zbytek péče pacienti platí. Jen tehdy bude možno zavést princip „peníze jdou za pacientem“, ať by se systém zhroutil. A jen potom bude moci lékař srovnat a vhodně poučit pacienta o všech medicínských možnostech a umožnit pacientovo autonomní rozhodnutí – s tím, že za nehrazenou péči si pacient zaplatí

sám, případně o sporné otázky úhrady povede jako pojištěnec spor se svou zdravotní pojišťovnou. K tomu potřebujeme zásadně přepracovat úhradovou část zákona č. 48/1997 Sb., a to jak v části vymezující nárok pojištěnce, tak zejména v části popisující tvorbu smluvní sítě a stanovení úhrady.

Na provozní úrovni je třeba, aby pojišťovny posílily odbornost a kapacitu revizních oddělení. Jen tak bude možno ustoupit od „hloupé“ objemové regulace stavící lékaře do konfliktu s pacientem, a nahradit jej cílenou revizí. A jen tak bude možno korektně a rychle řešit spory pojišťovna–pojištěnec o to, co je ještě hrazená péče a co už je „nadstandard“, aby to nemusel řešit lékař bez procesních pravidel a pod tlakem ekonomických omezení. Na úrovni nemocnic je potřeba zajistit, aby

vnitřní procesy nestavěly lékaře do konfliktu zájmů a nenutily je porušovat práva pacientů, zejména právo být přijat do nemocnice, dozvědět se o potřebné léčbě a řádně se léčit; k tomu, nikoliv k produkci hromad formulářů, má sloužit proces akreditace.

Lékařská komora by si měla vzít jako hlavní téma do příštího období právě ochranu terapeutické autonomie lékaře a odstranění konfliktu zájmů ohrožujících pacienty, neboť právě k tomu je zákonem zřízena – od obhajoby ekonomických zájmů různých skupin lékařů jsou zde jiné instituce, bez povinného členství. Profesní komora, která se neumí razantně vymezit proti provizím za posílání pacientů do soukromých klinik na non lege artis zákroky, je v systému k ničemu.

SÚKL, ÚOHS a další regulační orgány by se měly výrazněji zaměřit na oblast různých pobídkových programů, pozitivních listů, bonusových systémů a provizí za referování pacienta, aby tyto mechanismy nežádoucím způsobem neovlivňovaly rozhodování lékařů a lékárníků a nekřivily trh. V platných zákonech k tomu mají dostatečnou oporu.

Občané jako pacienti a pojištěnci se musejí naučit znát své povinnosti a svá práva, včetně ochoty a schopnosti je efektivně hájit, neboť bohužel v této zemi nefunguje právo automaticky. Kdo na svá práva nebude dbát, nedostane za své peníze buď nic, nebo jen to, co mu podnikatel ve zdravotnictví chtějí prodat.

