

Indikátorem kvality zdravotního systému nejsou výsledky špičkové medicíny, ale kvalita a organizace péče o chronicky nemocné. To, že někdo u nás



umí skvěle spravit mozek, srdce nebo transplantovat ledvinu, je především dáno jeho talentem a nasazením, nikoli projevem funkčnosti systému. Naopak péče o chronicky nemocné je komplexní disciplínou a její výsledky jsou závislé na vzájemné koordinaci služeb, sdílení informací a dobrém nastavení motivací pro všechny zúčastněné. Čím lépe uspořádané zdravotnictví, tím lepší péče o chroniky.

No a tady nás opravdu tlačí bota. Až na stále ještě kvalifikované lékaře postrádáme všechny ostatní komponenty moderní péče o chronicky nemocné. Nemáme závazné obecné standardy ani pro ta nejrozšířenější chronická onemocnění, a tak nemohou vznikat individuální léčebné plány. Není určeno, kdo má péči koordinovat, a tak se pacienti toulají systémem a jejich osud je spíše dílem náhody než výsledkem cílené aktivity. Lékaři nemají okamžitý přístup ke všem informacím potřebných pro své rozhodování, a stejně jsou na tom i jejich pacienti.

Úhradové mechanismy nemotivují lékaře poskytovat správnou péči a vzájemně spolupracovat. Trvá rezignace na porovnání výsledků péče a lékařům a pacientům se nedostává zpětné vazby. V neposlední řadě schází zainteresování pacientů na výsledcích léčby a na správném životním stylu. Ekonomické nástroje, které jinde slouží k navigaci pacienta v systému, byly odmítnuty.

Péče o chronicky nemocné čerpá 80 % nákladů zdravotnictví a je zásadně důležitá pro zdravotní stav stárnoucí populace. Ona z velké části rozhodne, zda prodloužení délky života bude znamenat více plnohodnotných let, nebo jen prodloužení trápení. Divím se, že zatím ještě nikdo nezabubnoval na poplach.

Ve Sněmovně teď putuje do druhého čtení návrh novely zákona o veřejném zdravotním pojištění, která rozšiřuje přerozdělení o vrstvu farmaceuticko-nákladových skupin. Pokud projde, má šanci spustit kaskádu změn vedoucích ke zlepšení péče o chronicky nemocné. Pojišťovny, které začnou dostávat z přerozdělení peníze odpovídající nákladům na léčení jejich chronických pacientů, získají motivaci se péči o chroniky více věnovat. Pak jen zbývá změnit úhradové a regulační mechanismy, rozhodnout o způsobu koordinace péče, elektronizovat zdravotnictví, napsat standardy, motivovat pacienty. Prostě brnkačka.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Jak se staráme o chroniky?



Pavel Hroboň



Jan Kvaček



Filip Vrabel

úhel pohledu

volné fórum



David Kostka

Svatopluk Býma



Martin Anders

Pavel Frňka



Jan Hůlek

Jaroslav Dolejš
Jan Starý

právní
okénko

Odpovědnost za správné ošetření pacienta

úhel pohledu

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
řídicí partner, Advance Healthcare
Management Institute

Proč by nás měly zajímat chronické nemoci?

Odpověď na otázku v úvodu článku je velmi jednoduchá. Chronické neinfekční nemoci, jako je diabetes, cévní onemocnění, astma, mentální problémy, onkologická onemocnění a další, představují již dnes obrovskou medicínskou i ekonomickou zátěž. Jen diabetem trpí v České republice téměř každý desátý člověk. Podle zahraničních zdrojů jsou chronické nemoci zodpovědné za 70–80 % nákladů na zdravotnictví ve vyspělých zemích. Nejde jen o náklady, ale o stejně velký podíl na zkrácení života a zhoršení jeho kvality.

Druhý problém je, že dnešní zdravotní systémy si s chronickými nemocemi neumějí moc poradit. Respektive, umějí velmi dobře (obvykle za velmi vysokých nákladů) prodlužovat život pacientů s chronickými nemocemi. Neumějí si ale poradit s tím, aby tolik obyvatel chronické nemoci nemělo, a když už je mají, tak aby je dostali později a déle je udrželi pod kontrolou, tedy oddálili výskyt komplikací.

Vezmeme si jako příklad diabetes II. typu. Jeho rizikové faktory (obezita, nedostatek pohybu a další) jsou dlouhodobě známé. Umíme odhalit začátky onemocnění. Pokud ale pacient po diagnóze nezmění své chování a nedodrží příslušný léčebný

... problém je, že dnešní
zdravotní systémy si
s chronickými nemocemi
neumějí moc poradit.

režim, postupně se rozvinou závažné a drahé komplikace. Diabeti-

ci mají vysoký výskyt srdečních infarktů, mozkových mrtvic, selhání ledvin, oslepnutí, amputací končetin a dalších závažných komplikací. Ty mají obrovský dopad jak na kvalitu a délku jejich života, tak na náklady na léčbu. Cílem tedy je oddálit vznik těchto komplikací, ideálně ho vůbec nedopustit.

K tomu ale potřebujeme dvě věci – integraci poskytovaných zdravotních služeb a větší zapojení pacienta. O pacienty s chronickými nemocemi již dnes pečují celá řada poskytovatelů působících na různých místech zdravotního systému. Například

u pacientů s cukrovkou jde o praktické lékaře, diabetology, dietní sestry a poradce, oční lékaře, neurology, kardiology, případně chirurgy a další zdravotníky působící jak v ambulantní sféře, tak v nemocnicích. Bez úzké koordinace jejich činnosti a výměny dat není možné zajistit poskytnutí všech potřebných léčebných a preventivních zásahů, tedy efektivní péče.

Vedle integrace zdravotních služeb je druhým základem posílení péče pacienta o vlastní zdraví. Naše chování, tedy pohyb (respektive jeho nedostatek), strava, stres, návykové látky a další parametry životního stylu, představuje pro většinu z nás rozhodující faktory vzniku a rychlosti rozvoje chronických nemocí. Pokud tedy dokážeme změnit své chování, chronické nemoci u nás buď nemusejí vzniknout vůbec, nebo vzniknou až v mnohem vyšším věku a jejich průběh bude významně mírnější.

Pokud včas nepochopíme rozsah problému, který pro naši společnost představují chronické nemoci, a nepodnikneme účinné kroky k jeho omezení, půjde o obrovské selhání s nedozírnými zdravotními i ekonomickými důsledky. K jejich řešení ale potřebujeme změnit naše zdravotnictví i sami sebe.



Pavel Hroboň

Mgr. Jan Kvaček
vedoucí odboru strategie, OZP

Co může přinést zavedení PCG?

Na úvod bych pro čtenáře, kteří se v problematice neorientují, velmi krátce shrnul, jak funguje příjmová strana zdravotních pojišťoven. Veškeré pojistné, které pojišťovny vyberou od občanů a které případ-

ně hradí stát, je mezi pojišťovnami přerozděleno. Každý pojištěnec je oceněn podle odhadu svých budoucích nákladů a z vybraného balíku peněz dostanou pojišťovny na každého pojištěnce takto určené pojistné. Odhad budoucích nákladů každého pojištěnce je dnes kalkulován pouze dle pohlaví a věku, což je samozřejmě velmi nepřesné. Naprosto zdravý padesaťník tak dostane stejný index jako padesaťník s těžkou chorobou.

PCG (Pharmacy Based Cost Groups – nákladové skupiny dle léčiv) přinášejí v tomto směru malou revoluci. Při odhadu budoucích nákladů pojištěnců se bude nově brát ohled na jejich zdravotní stav. Konkrétně budou v potaz brány chronické choroby, které budou identifikovány skrze dlouhodobou spotřebu léčiv. Vezmeme-li si tedy znovu náš příklad se dvěma padesaťníky, tak nově, pokud je jeden zdravý a druhý chronicky nemocný, potom na chronicky nemocného dostane pojišťovna více finančních prostředků a na zdravého méně.

Toto s sebou přináší poměrně zásadní zlom. Dnes, pokud by kterákoli pojišťovna excelovala v péči o chronicky nemocné a tito pojištěnci by se k ní začali stahovat, zkrachovala by, jelikož příjmová strana jejich stav nijak neodráží. Nově to bude znamenat, že i pojišťovna, která by hypoteticky měla celý kmen chronicky nemocný, může dobře prosperovat, jelikož zdravotní stav pojištěnců bude na příjmy reflektován.

Dnes samozřejmě nemáme pojišťovny s pojistným kmenem, který by byl celý zdravý či celý nemocný. Tím, že pojistné kmeny jsou velké a do jisté míry náhodně poskládané, dochází k tomu, že v celkovém součtu příjmů se situace před zohledněním chronických stavů a po jejich zohlednění nijak výrazně nemění. Mnozí tak zastávají názor, že zavedení nové vrstvy přerozdělení je zbytečné.

Tomuto názoru lze oponovat následujícím způsobem. Nová vrstva přerozdělení se nezavádí kvůli příjmu pojišťoven jako celku, ale kvůli lepší ochraně a zlepšení postavení jednotlivých pojištěnců. Dnes je nemocný pojištěnec pro pojišťovnu čistou ekonomickou zátěží a pojišťovna na jednoho nemocného musí mít několik zdravých, aby udržela bilanci hospodaření. Nově toto nebude třeba a z nemocných pojištěnců se stanou vítaní klienti, kterých se pojišťovny nebudou bát.

Zároveň, čím lépe budou pojišťovny dbát na jejich správnou léčbu, tím více mohou snížit náklady

na tuto léčbu a tím spíše dosáhnou kladného salda hospodaření. Nová vrstva přerozdělení tedy bude vytvářet finanční tlak na správnou léčbu chronicky nemocných.

Právě toto jsou hlavní cíle a efekty nové vrstvy přerozdělení. Je jen otázkou, jak úspěšně jednotlivé pojišťovny problematiku uchopí.

Jistě na tomto místě může vyvstat otázka, jestli by nebylo vhodné přerozdělování ještě zpřesnit.

Chronických skupin, které do mechanismu PCG vstupují, je jen několik. Odpověď na tuto otázku je jistě kladná. Přerozdělení by mělo reflektovat všechny skutečnosti, které dělají některé pojištěnce více lukrativními než ostatní. Česká republika se v zavádění nové vrstvy přerozdělení inspirovala v Nizozemsku, a pokud se do Nizozemska podíváme, nalezneme zde i inspiraci pro další rozvoj mechanismu. Do budoucna se tak nabízí zohledňování



Jan Kvaček

hospitalizací s některými závažnými diagnózami, jako například srdeční choroby či karcinomy, popřípadě zohlednění regionů nebo rozdílů mezi městy a venkovem. Dnes například v této oblasti platí, že všechny zdravotní pojišťovny by rády měly pojistný kmen situovaný na Vysočině a žádná nechce mít

pojistný kmen situovaný v Praze.

Zavedení PCG vrstvy přerozdělení by mělo přijít ruku v ruce se zaváděním programů pro management chronických nemocí. Zdravotní pojišťovna, kterou dnes většina pacientů nijak nevnímá, by se do budoucna měla stát cenným partnerem pacienta a jeho průvodcem po systému veřejného zdravotnictví. Například Oborová zdravotní pojišťovna již dnes nabízí svým klientům sledování chronických stavů v elektronické knížce (Vitakarta) a poskytuje svým klientům možnost nalézt vhodného lékaře a objednat se na nejbližší možný termín pomocí asistenční

Nová vrstva přerozdělení se nezavádí kvůli příjmu pojišťoven jako celku, ale kvůli lepší ochraně a zlepšení postavení jednotlivých pojištěnců.

služby bez nutnosti pátrání a tápání, kam má pacient jít a kde ho přijmou.

Mgr. Filip Vrubel
partner, Ambruz & Dark Deloitte Legal

Chronická péče – náklady na včasnou léčbu a prevenci

Již téměř devět let je v České republice používán nový systém stanovení cen a úhrad ze zdravotního pojištění, jehož hlavní ideou byla stejná platba za stejný účinek. Systém je postaven na referencování cen porovnatelných léčiv, a to jak mezi sebou, tak i s cenami v ostatních evropských zemích. Díky extrémnímu tlaku na ceny došlo ke snižování nákladů zdravotního pojištění, a to zejména u skupin s větším počtem léčivých látek. Důsledkem jsou i některé negativní dopady vyplývající z cenových rozdílů v jednotlivých zemích (tzv. reexporty), nicméně je skutečností, že díky jasně nastavenému postupu došlo k narovnání cen a naše ceny jsou dnes referencovány řadou ostatních zemí.

Systém s jednoznačnými a nepřekročitelnými pravidly, která vedou k nastavení nízkých cen, však nutně naráží na své vlastní limity. Žádný systém není dokonalý a vyhovující pro řešení všech případů, které mohou nastat. To je obvykle řešeno postupným „vylepšováním“ a úpravami reflektujícími dosavadní zkušenosti. Jenže náš systém úhradové regulace, který již zjevně vyčerpal svůj prvotní úsporný potenciál, už několik let nedoznal žádných legislativních změn. A čím dál tím častěji naráží na své slabé stránky spočívající zejména v minimální flexibilitě a absolutní izolovanosti hodnocení finančních dopadů.

Nedostatky systému, který redukuje hodnocení dopadů vstupu nových léčiv, technologií a zdravotnických intervencí pouze na rozpočet zdravotního pojištění, se plně projeví právě u chronických onemocnění a léčby a prevence civilizačních chorob. Důsledkem izolovanosti posuzování nákladů pro jednotlivé rozpočty a nezbytné snahy o udržitelnost výdajů zdravotního pojištění je, že

i nadále bude přiznávána úhrada pouze pro úzkou skupinu těžkých pacientů. Pokud nebudou novelizována s o u č a s n á pravidla pro vstup nových léčiv do systému zdravotního pojištění, která nijak nezohledňují úspory generované na sociálních výdajích, a i nadále bude h o d n o c e n pouze dopad na zdravotní pojištění, tak s p o l e č n o s t jako celek nebude schopna využít potenciálu léčby časných stadií onemocnění, která by se dotýkala velkého počtu pacientů.



Filip Vrubel

Demografické výzkumy a prognózy varují před zátěží, kterou bude zdravotním systémům přinášet stárnutí populace a s tím související nárůst incidence zejména neurodegenerativních onemocnění. Přestože je prokázáno, že prodloužení soběstačnosti pacienta s demencí a udržení pečujících rodinných příslušníků ekonomicky činnými – při včasné zachytu onemocnění – může následně vést k úsporám na straně zdravotního i sociálního sektoru, je pozoruhodné, že státní správa nedeklaruje žádné ambice upravit současný systém financování této péče. A to tak, aby zohlednila všechny relevantní přínosy a náklady, například podle zásad health technology assessment (HTA).

Ve světle těchto úvah se čím dál častěji začínají objevovat výzvy k tomu, aby byla provedena revize stávajícího systému financování zdravotní péče (včetně farmakoterapie) a navrženy jeho legislativní úpravy právě v těch oblastech, které jsou na základě zkušeností identifikovány jako nevyhovující. Nelze považovat za správné, a patrně ani dlouhodobě udržitelné, aby byl zakonzervován stav, kdy kvůli nemožnosti komplexního posouze-

Nedostatky systému, který redukuje hodnocení dopadů vstupu nových léčiv, technologií a zdravotnických intervencí pouze na rozpočet zdravotního pojištění, se plně projeví právě u chronických onemocnění a léčby a prevence civilizačních chorob.

ní přínosu určité technologie pro společnost jako celek probíhá pouze separované hodnocení jednotlivých finančních rozpočtů. Právě péče o pacienty s demencí je oblastí, kde je tento problém již identifikován, a nelze si představit, že vývoj medicíny a předpokládané rozšíření léčebných možností bude reflektováno jen stávajícím institutem hloubkových revizí úhrad léčiv, v rámci

kteří může dojít nanejvýše ke změně preskripčních a indikačních omezení, aniž by však došlo k posunu vnímání dopadů zdravotní péče v celospolečenském kontextu. Tedy aniž by došlo ke skutečné změně systému financování zdravotní péče, kde prvním krokem bude opravdu komplexní hodnocení přínosu zdravotnických technologií a intervencí.

volné fórum

1. *Jak se v českém zdravotnictví staráme o chronicky nemocné?*
2. *Jak by měla péče o chroniky vypadat?*
3. *Co všechno by se mělo v našem zdravotnictví změnit, abychom se tomu přiblížili?*



*MUDr. David Kostka, MBA
generální ředitel, ZP MV ČR*

odpovědi Davida Kostky:

1. V tuto chvíli probíhají na jednotlivých pojišťovnách různé projekty, podporující lékaře/PZS, kteří se starají o chronické pacienty. I ZPMV ČR měla do loňského roku projekt Léčebných plánů, kde jsme podporovali úspěšnou péči o pacienty s cukrovkou, zvýšenou hladinou cholesterolu, vysokým tlakem a obezitou poskytovanou praktickými lékaři.

2. Především by měl péči o tyto pacienty někdo řídit. Z mého pohledu by to měl být registrující praktický lékař

a optimální by byla forma gate keepingu nebo jasněji vymezená forma dispenzarizační péče včetně bonifikací při úspěšně řízené léčbě a stabilizaci pacienta, ale také malusů za nedodržení pravidel, a to jak pro lékaře, tak pro pacienty. Správně nastavená motivace pacientů by měla vést k větší zodpovědnosti vůči svému zdravotnímu stavu, dodržování doporučených režimů. Stejně tak nastavená motivace lékaře, aby udržel pacienta co nejdéle dobře, event. optimálně kompenzovaného, ale i s ohledem na náklady za tuto péči.

3. Především by to měla podpořit legislativa, počínaje zákonem č. 48/1997 Sb., legislativní zakotvení povinností pacientů (nejen práv), a dále pak úhradovou vyhláškou podporující jasnou formu úhrady včetně bonusů a malusů pro poskytovatele péče. Otázkou je, jaká data by měla být oprávněna držet ZP, aby mohla správně vyhodnocovat efektivitu léčby, a pokud by to neměla být ZP, kdo by hodnotil způsob léčby, kdo by to hodnotit měl.

odpovědi Svatopluka Býmy:

1. + 2. Situace rozhodně není ideální. Kromě základní včasné diagnostiky je úkolem lékařů

primární péče především sledování a dispenzarizace závažných chronických onemocnění jimi registrovaných pacientů.



*doc. MUDr. Svatopluk Býma,
CSc., předseda, Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP*

V této souvislosti stále chybí dostatečné (i legislativní) vymezení priorit pro tuto oblast, včetně jasně specifikovaných kompetencí pro PL a orgánové specialisty. Nelze donekonečna tolerovat tendence ostatních specializovaných oborů a odborností (včetně laboratorních diagnostických metod) k vymezování se vůči praktickým lékařům. Tyto tendence se negativně

projevují zejména v poskytování duplicitní ambulantní péče a působí rozkolísání ekonomiky celého systému zdravotní péče. Pokud definujeme primární péči jako koordinovanou komplexní zdravotně-sociální péči poskytovanou zejména lékaři na úrovni prvního kontaktu občana se zdravotnickým systémem, je jasné, že jde o činnosti související s podporou zdraví, prevencí, vyšetřováním, léčením a rehabilitací. Tyto činnosti jsou poskytovány nejbližší sociálnímu prostředí pacienta a respektují jeho bio-psycho-sociální potřeby. Je tudíž zřejmé, že veškeré aktivity vedené jiným směrem snižují výrazně efektivitu a úspornost ambulantní péče.

3. Minimálně kromě legislativy je to odstranění preskripčních omezení vázaných na odbornost lékaře a zachování (event. upřesnění) omezení indikačních kritérií. Současný stav, kdy kvalifikovaný praktický lékař konstatuje naplnění indikačního kritéria, přesto nemůže léčivý přípravek předepsat a odesílá pacienta pro předpis k specialistovi uvedenému ve vyhlášce, pokládáme za neúnosný a neekonomický. V takovém případě k předpisu nakonec stejně dojde, ale ze zdravotního pojištění je navíc hrazen minimálně výkon klinického vyšetření specialisty (event. doprava a další nikoli nezbytná indukovaná péče), a pacient je navíc nucen absolvovat návštěvy několika ordinací (často se vrací s doporučením předpisu od specialisty zpět k praktickému lékaři) namísto jedné. Tímto opatřením by nebyla dotčena možnost praktického lékaře vyžádat v odůvodněných případech posouzení splnění podmínek indikačního omezení jiným specializovaným lékařem. Také pokládáme za účelné rozšířit

spektrum zdravotních výkonů, které by byl oprávněn provádět praktický lékař. Jedná se například o péči o diabetiky 2. typu, astmatiky, POCT diagnostiku přímo v ordinacích, onkologickou prevenci apod. tak, abychom se aspoň přiblížili k rozsahu a spektru činností vykonávaných všeobecnými praktickými lékaři ve vyspělých zemích zemích EU. Dále ze strany MZ a ZP připravit zavedení racionálního disease management systému, zejména u dlouhodobých chronických chorob, jako je DM 2. typu, arteriální hypertenze, dyslipidémie, CHOPN, astma apod. na základě silných kompetencí primární péče. Kromě již zmíněného zrušení preskripčních omezení by se též měly omezit regulace v primární péči ze strany ZP a stimulovat formou bonusů aktivní a kvalitní přístup praktických lékařů k pacientům v rámci léčby DM, AH, HLP, očkování, záchytu prediabetu apod. V neposlední řadě je třeba motivovat pacienty k prevenci, ochraně svého zdraví a k racionálnímu využívání zdravotních služeb formou bonusů a malusů na zdravotním pojištění nebo pomocí plateb u lékařů.

odpovědi Martina Anderse:

1. Za oblast psychiatrie myslím, že se hodí odpověď, že na to, kolik na to máme prostředků, tak vlastně velmi dobře. Jako stát alokujeme jedno z nejnižších procent zdravotních nákladů do segmentu psychiatrie, resp. do péče o stále širší klientelu jedinců, kteří trpí různými typy duševních poruch, které, jak je dlouhodobě dokázáno, patří ve valné většině k celoživotním onemocněním s chronicky progredientním průběhem. Často vedou k významnému funkčnímu postižení, které, a to

možná není známo, je hodnoceno jako závažnější než při somatických poruchách.



doc. MUDr. Martin Anders, Ph.D., předseda, Psychiatrická společnost ČLS JEP

Dle mého názoru trpí kvalita prostředí, kde je péče poskytována, není zajištěna homogenní dostupnost, ale eroduje i samotná kvalita takové péče, která, pokud je doručována nemocným ve velkokapacitních zařízeních daleko od domova, není úplně tím ideálním trendem současného pojetí neuropsychiatrické péče jako takové. Možná si neuvědomujeme, ale čekají náš těžké časy, kdy budeme nuceni zajistit péči především lidem strádajícím demencí.

2. V psychiatrii bojujeme se stigmatizací a pojem „chronik“ jaksi do tohoto ranku zapadá, proto bych raději volil termín „dlouhodobě nemocný“. Pro dlouhodobě psychicky nemocné je důležitá nejenom zdravotnická část péče, kdy je třeba zajistit péči v místě, kde tito nemocní žijí mezi svými, ale nezanedbatelnou roli hrají i sociální faktory, a proto si myslím, že taková péče by měla být komplexní, tj. svázaná, reflektující

se navzájem. Taková je i naše snaha v rámci reformy psychiatrické péče. V první etapě pomoci především těm, kteří jsou dlouhodobě nemocní, současná organizace péče jim neposkytuje příznivé podmínky pro dosažení údravy, a také dnes propadávají síti poskytovaných služeb z různých důvodů. U duševně nemocných je nezbytnou podmínkou kvalitní péče její vzájemná návaznost a propojenost. Do popředí tak vystupují pojmy jako „sítě služeb“ nebo „řízení péče“. Abychom mohli konstatovat, že péče je dobrá, musíme zajistit, aby se služby vůči pacientovi chovaly jako propojený systém respektující jeho potřeby a mající na prvním místě kvalitu života. A to je i cílem probíhající reformy péče o duševně nemocné.

3. V oblasti psychiatrie bychom rádi změnili postoje k duševně nemocným, ale i samotné fungování systému poskytované péče. V rámci reformy plánujeme nejen etablování tzv. center duševního zdraví, ale také zkvalitnění současného prostředí v psychiatrických zařízeních, rozšíření ambulantních služeb, ale také počty oddělení ve všeobecných nemocnicích. Je otázkou, kde stojí současné priority, ale myslím si, že potřebujeme seriózní a důkladné analýzy stavu, které dovolí hledat racionální řešení, které nebude kontaminováno jinými zájmy, než je snaha zpřístupnit kvalitní péči pro všechny, kteří to potřebují. Na prvním místě musí být údrava pacienta, a proto i ekonomické motivace poskytovatelů musejí být nastaveny v souladu s tímto cílem.

odpovědi Pavla Frňky:

1. První problém je již v samotné otázce. Přes všechna ujišťování o odklonu od paterna-

listického modelu zdravotnictví v nás přetrvává pocit, že se musíme starat, že cílem je poskytování péče a výsledek se dá měřit tím, kolik služeb, léků a zdravotnických prostředků jsme dokázali pacientovi dát. Neptáme se, jak má zdravotní systém pomáhat pacientovi starat se o jeho vlastní zdraví či nemoc, zvláště pokud jsou zdravotní služby jen jednou (a přiznejme si, že i v případě mnoha chronicky nemocných minoritní) determinantou zdraví.



*MUDr. Pavel Frňka, DMS
ředitel strategie, ČPZP*

2. Koordinovaně, přiměřeně individuálnímu stavu a potřebám pacienta a to nejen kapacitami zdravotního systému, ale i systému sociálních služeb.

3. Pokud jsou našimi cíli ekvita, efektivita a udržitelnost zmíněné pomoci chronicky nemocným, musíme hledat techniky k jejich naplnění. Začít je samozřejmě potřeba od samotných chronicky nemocných. Pomoci jim pochopit, že pilulka nebo injekce není samospasitelná, že jejich vlastní chování významně ovlivní chronický průběh onemocnění a na to navázat

pozitivní motivaci k dodržování individualizovaného léčebného režimu. Pomoci jim v jejich nemoci tím, že jejich partnerem bude konkrétní kompetentní koordinátor, který poskytne služby které umí, zajistí speciality ke kterým nemá oprávnění, ale hlavně vysvětlí, odpoví a doporučí. Dobrým kandidátem na tuto roli je skutečně praktický lékař, motivovaný nejen etickými principy, ale i posílenými kompetencemi a v neposlední řadě finančně. Kruh se uzavírá – asi nikdo nepochybuje o tom, že jen prostá (i když chvályhodná a principiálně správná) změna přerozdělení podle chronických skupin pacientů zajistí, že se budou pojišťovny chovat zásadně jinak. Dokud nebude změna provázána s možností motivovat pojištěnce k odpovědnému chování a poskytovatele služeb k plnění výstupních kvalitativních parametrů služeb, budou scházet motivace i pojišťovně. Marcus Porcius Cato starší končil svou řeč v senátu „Ceterum censeo...“, budu tedy parafrázovat – ostatně soudím, že bez pozitivní motivace všech prvků zdravotnictví se neobejdeme.

odpovědi Jana Hůlka:

1. Velice fragmentované a nekoordinované. Chronický pacient téměř vždy potřebuje péči v několika oborech najednou. Jak choroba pokračuje a projevují se další a další komorbidity, počet odborností narůstá. I kdyby se pacient léčil u všech odborností ve stejném zdravotnickém zařízení, propojenost jeho zdravotnických informací mezi nimi bude nízká.

A navíc realita je, že většina odborností, které pacient navštěvuje, má jiného provozovatele, tedy i jiný informační systém, zájem a vlastní motivaci.

Potřeba péči koordinovat a řídit je jen na osobní zodpovědnosti a nadšení některého z péčí poskytujících lékařů. Výsledkem je tak třeba naše neslavné 21. místo v European Diabetes Indexu. Rozdíl mezi realitou a doporučenými postupy k léčbě chronických nemocí je u nás většinou obrovská. A příkladů nekoordinované péče o chronického pacienta vidíme denně mnoho.

2. Třeba tak jak ji dnes buduje a do praxe uvádí eVito medical. Tedy pacienty stratifikovat podle rizikovosti, vytvořit jim individuální léčebný plán a ten průběžně sledovat. Koordinovat jednotlivé poskytovatele, aktivně pacientovi připomínat doporučená vyšetření, edukovat pacienta a vést ho k selfmanagementu jeho nemoci. Tam, kde to je účelné, nasadit telemonitoring. To jsou základní atributy programu Disease managementu, který eVito zavádí v partnerství se skupinou EUC. Jako

první diagnózu zvolili Diabetes mellitus 2. typu a Prediabetes.



Bc. Jan Hůlek, předseda představenstva, eVito medical a.s.

Dalo by se jednou větou říci: „Naplnovat v praxi doporučené postupy, které k chronickým nemocem máme.“

3. Jako první předpoklad je vytvořit dlouhodobou ekonomickou motivaci plátcům, zlepšovat péči o chroniky. Ta je dnes nulová. Tedy zohlednit chronicitu do systému přerozdělení pojistného. Jako nejlepší se jeví, třeba podle slovenské zkušenosti, zavést PCG. Zatím to vypadá, že tento předpoklad bude naplněn od 1. 1. 2018.

Potom nastavit platby poskytovatelům péče tak, aby je motivovaly péči koordinovat a vedly je k předcházení preventabilních komplikací chronických nemocí.

Myslím, že pomůže zavést do praxe úhradu telemedicíny, a klidně ať je to navázané na prokazatelné zlepšení indikátoru kvality péče. Validovaných výsledků, že správné použití telemedicíny vede například ke snížení glykovaného hemoglobinu, je už dost. Nejnovější je třeba výsledek publikovaný v Canadian Medical Association Journal v říjnu 2016.

Jaroslav Dolejš, student, Bradáč advokáti,
Mgr. Jan Starý, BBA, advokát

Odpovědnost za správné ošetření pacienta

Stručně se pokusíme nastínit problematiku možné „právní“ odpovědnosti za ošetření pacienta, a kdo by měl být, resp. je právně odpovědný.

Vznik odpovědnosti v „právnickém“ pojetí se liší od obecného chápání tohoto pojmu. Z pohledu práva dochází ke vzniku odpovědnosti porušením nějaké povinnosti, soukromoprávní či veřejnoprávní. K porušení povinnosti může dojít mnoha způsoby, aktivním konáním či naopak nekonáním nebo opomenutím.

Co se vzniku právní odpovědnosti týče, souvisí zejména s otázkou, zda byly určité léčebné úkony provedeny tzv. lege artis (tj. podle pravidel umění). Současná zákonná definice nám uvádí v ust. § 28 odst. 2 v návaznosti na ust. § 4 odst. 5 zákona

č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „ZZS“), že „pacient má právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni. Náležitou odbornou úroveň se rozumí poskytování zdravotních služeb podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti“. Definici pojmu lege artis nám také uvádí zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, který nově zavedl typ smlouvy, tzv. Smlouvu o péči o zdraví. Ust. § 2643 odst. 1 občán-



ského zákoníku poté stanovuje „postup poskytovatele podle smlouvy o péči o zdraví s péčí řádného odborníka, a to v souladu s pravidly jeho oboru“.

Lze tedy říci, že takto jsou definovaná kritéria pro postup lege artis. Profesionální povinnosti zdravotnických pracovníků je postup v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy, resp. povinnost provádět jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví, včetně vědeckého výzkumu v souladu s příslušnými profesními povinnostmi a standardy. Dalším pojmem je dostupnost, kdy je třeba přihlížet k možnostem konkrétního poskytovatele zdravotních služeb, avšak v kontextu např. celorepublikovém, tzn. nemůže-li být předmětná péče poskytnuta v daném zdravotnickém zařízení nebo existuje-li jiná metoda, je povinností lékaře o tomto pacienta informovat.

Postupy, které by byly shledány tzv. non lege artis, mohou tedy být důvodem pro vznik odpovědnosti, a to soukromoprávní (za újmu na zdraví), nebo veřejnoprávní (např. trestní, přestupek, disciplinární). Tento článek není právním rozбором problematiky odpovědnosti za újmu na zdraví, proto zde vynecháme popis naplňování dalších předpokladů pro vznik odpovědnosti za újmu, stejně jako problematiku důkazních břemen. Jen zmínkou dodejme, že v případě delikttní odpovědnosti dle občanského práva je vždy odpovědný předmětný poskytovatel zdravotních služeb, zatímco u trestní odpovědnosti se již jedná o konkrétního lékaře či jiného zdravotnického pracovníka.

Ve shora uvedeném případě je tedy vždy třeba zkoumat, zdali při předmětných vyšetřeních bylo vše tzv. lege artis. Non lege artis postupem může v daném případě být např. zákrok provedený neatestovaným lékařem, či v neznalosti konkrétních léčebných postupů stanovených medicínskými standardy, ale např. i nepředání pacienta specialistovi v případě, kdy je to vzhledem k povaze ne-

moci nutné (např. absence daných přístrojů apod.).

Okrajově lze zmínit, že např. stanovení chybné diagnózy nutně nezakládá odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb. K této problematice se vyjádřil Nejvyšší soud ČR ve svém usnesení ze dne 22. 3. 2005, sp. zn. 7 Tdo 219/2005, kde konstatoval, že stanoví-li lékař při výkonu svého povolání chybnou diagnózu, pak to samo o sobě ještě nemusí opodstatňovat závěr, že již tímto porušil svou povinnost vykonávat své povolání tzv. lege artis. Avšak takovýto závěr může být namístě v případě, když nesprávná diagnóza je důsledkem závažného porušení postupu pro její určování – např. v důsledku bezdůvodného nevyužití dostupných diagnostických metod. Postup lékaře je přitom vždy zapotřebí hodnotit ex ante, tedy na základě poznatků a informací, které měl lékař v době rozhodování k dispozici.

V našem případě je tedy třeba vždy mít na paměti, že každý lékař, který vyšetřuje pacienta, je povinen postupovat tzv. lege artis a v případě nutnosti vyšetření specialistou musí o tom pacienta informovat, viz shora.

Závěrem lze tedy říci, že právní odpovědnost poskytovatele zdravotních služeb, či dokonce samotného lékaře nastupuje mimo jiné zejména postupem tzv. non lege artis.

Zajímavým aspektem v dané problematice mohou být i zdravotní pojišťovny, které vytvářejí ekonomický aspekt zdravotní péče, který, ať chceme, nebo nechceme, hraje u poskytování zdravotní péče v ČR svoji roli. Vzhledem k tomu, že poskytovatelé zdravotních služeb jsou v naprosté většině ve smluvním vztahu se zdravotními pojišťovnami, lze tak již nyní zaznamenat i první pokusy ohledně spoluodpovědnosti, resp. spoluzavinění újmy na zdraví, a to ze strany zdravotní pojišťovny. Tyto pokusy jsou spíše raritní, neboť důkazně se jedná o vcelku složitou problematiku, avšak ne úplně scestnou.

... v případě delikttní odpovědnosti dle občanského práva je odpovědný vždy předmětný poskytovatel zdravotních služeb, zatímco u trestní odpovědnosti se již jedná o konkrétního lékaře, či jiného zdravotnického pracovníka.