

Na rozdíl od všech ostatních služeb, ve kterých po pádu komunistického režimu získali občané hlavní slovo, je zdravotnictví stále v zajetí minulosti



a přímý vliv občanů na jeho fungování je mizivý. Papírově mají nárok na nejlepší péči odpovídající jejich zdravotnímu stavu, mohou ji čerpat, kde se jim zlíbí, a stejně svobodně si volí pojišťovnu, která za ně platí účty. Vypadá to jako pohádka a také jí je.

Každý, kdo o zdravotnictví trochu zavadil, zaregistroval čekací doby, vyčerpané limity, odvolávky na spádovost a různé další překážky při čerpání péče. Stejně jako socialistický stát předstíral, že lidi platí, a lidé předstírali, že pracují, tak ten náš předstírá, že se o každého nemocného stejně dobře postará, a občané předstírají, že tomu věří. Když dojde na lámání chleba, tak ten s postavením, kontakty a prostředky si cestu k dobré medicíně najde; kdo nemá nic z toho, žmoulá čepici a spoléhá na štěstí.

Výsledkem nedokončené transformace přidělového socialistického zdravotnictví do pluralitního systému, financovaného prostřednictvím veřejného pojištění, je polotovar, který nemá dobře ošetřeno hospoda-

ření s penězi a postrádá účinné kontrolní a zpětnovazební mechanismy. Mnohým právě takové uspořádání vyhovuje a ti zatím účinně brání jakékoli změně k lepšímu.

Před lety začalo – dnes již zrušené – Národní referenční centrum zveřejňovat základní informace o péči vykázané jednotlivými nemocnicemi. Děs z veřejné kontroly a jejího dopadu vedl k rychlému zrušení zmíněných stránek. Projekt kvality péče Akord vznikl ve VZP s cílem standardizovat podobu péče poskytované v rámci naší republiky, dát lékařům zpětnou vazbu a motivovat je k poskytování kvalitní péče. Ve chvíli, kdy začal ohrožovat zavedené penězovody, byl jeho realizační tým rozpuštěn a jeho obsah vykastrován. Ze stejného důvodu se u nás stále nedaří zavést DRG, zatím bylo zmrzačeno nebo odstřeleno pokaždé, když začínalo mít výsledky. Není zájem nechat peníze putovat za pacienty vybavenými potřebnými informacemi a ekonomickými nástroji.

Pokud se tento postoj podaří zlomit, tak jsou prvé kroky zřejmé. Zákonem definovat proces vstupu zdravotních výkonů do úhrady z veřejného zdravotního pojištění, aby byl definován nárok pacienta a zajištěna adaptace zdravotnictví na vývoj medicíny. Zavést konkurenci v ceně pojistky jednotlivých pojišťoven, aby dostaly motivaci lépe hospodařit. Občanům zpřístupnit maximum informací a ekonomicky je stimulovat k efektivnímu čerpání péče. Howgh.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

Jaké je postavení občanů/ pacientů v našem zdravotnictví?



Ivana Plechátá



Pavel Hroboň



Ladislav Friedrich

úhel pohledu

volné fórum



Petra Klausová

David Kostka



Martin Jan Stránský



Simona Záborská



úhel pohledu

PhDr. Ivana Plechatá
ředitelka, Ústav lékového průvodce, z. ú.

Jaké je postavení občanů/ pacientů v našem zdravotnictví?

České zdravotnictví je tak trochu bitevní pole a všichni zainteresovaní si svá vydobytá postavení dost urputně brání. Nemohu se zbavit dojmu, že je to většinou pacient, který nakonec „tahá za kratší konec“. A to i přesto, že se jeho postavení za posledních 25 let změnilo, a to nejen nastavením systému (zejména posílení práv pacientů), ale i díky postupnému zvyšování kompetencí, informovanosti a přebírání aktivní role samotnými pacienty. Dnes už tedy téma k diskusi není, zda je tento trend dobrý či nikoli, ale jak tuto aktivní roli dále posilovat, a to jak pacienta jako jednotlivce, tak organizovaného pacienta v rámci patientských organizací.

Kdo má zájem na tom, aby byl pacient informovaný, aktivní, formuloval odpovídajícím způsobem své potřeby a dožadoval se svých práv, stejně tak jako si uvědomoval své povinnosti?

Domnívám se, že je to zájmem všech akτέρů ve zdravotnictví, prioritně je to ale zájmem nás – občanů/pacientů samotných. Jak totiž ukazují poslední zahraniční studie,¹ aktivní a informovaný pacient se léčí rychleji, je spokojenější, tedy psychicky odolnější. Je takzvaně v pohodě, a jak víme, psychická pohoda značně přispívá k hojení a uzdravování. V rozporu s výše uvedeným jsou ale poslední data STEM² či SZÚ, která hovoří o tom, že zdravotní gramotnost je v ČR spíše nízká, lidé nemají příliš informací o svém zdravotním stavu, nechodí na preventivní prohlídky, mají problém s dodržováním léčebného režimu a doporučení žít zdravě je pro mnohé pokyn dělat přesný opak. A to přesto, že zdraví staví většina lidí nejvýše v řebříčku svých hodnot.

Stále existuje velká skupina lidí, která péči o své zdraví, případně nemoc přenechala systému. Delegovali mu pravomoc pečovat o své tělo a duši a moc se neptají, nezajímají, nerozhodují.

Stále existuje velká skupina lidí, která péči o své zdraví, případně nemoc přenechala systému. Delegovali mu pravomoc pečovat o své tělo a duši a moc se neptají, nezajímají, nerozhodují.

A protože platí pořekadlo: „Co systém jednou schvátí, už ne navrátí“, pracuje to soukolí na plné obrátky, organizuje, vybírá, vyplácí, reguluje, předepisuje, operuje a to vše bez našeho velkého přičinění. Dostali



Ivana Plechatá

jsme se do zdravotnické mašinerie, která nás unáší kamsi... a my se neptáme, neprotestujeme, my konzumujeme, co nám jedni předepíšou a naordinují a druhí zaplatí. Že jde o naše zdraví a nemoc a naše peníze, nám jaksi nedochází. Systém má také jasný argument pro všechny, kteří se moc ptají. Medi-

cína a vůbec zdravotnictví je přece tak složitá věc, že se laik nemůže orientovat a ani se dobře ptát, takže poslouchejte, co vám ti vzdělání a pomazání říkají a bude dobře. Systém nás také „odměňuje“ za tuto sladkou nevědomost. Neobtěžuje nás odpovědností, nenutí nás naše chování ke svému zdraví měnit, nabízí hojnost výkonů a péče „zadarmo“, nezatěžuje nás mnoha „zbytečnými“ informacemi. Že to je past, už si mnozí začínají uvědomovat.

Abychom tedy měli jako pacienti aktivnější roli v českém zdravotnictví, musíme připustit a chovat se podle toho, že zdraví je primárně naše odpovědnost a zájem. Ty pohodlné pak o tomto musí pře-

¹ (zdroj: Patient survey, AARP, populace USA, 50+)

² <http://www.izip.cz/pro-media/aktuality/485-3/cesi-nemaji-prehled-o-svem-zdravotnim-stavu-platna-ockovani-ma-pouze-ctvrtina-populace>

svědčit systém, a to jednoznačnými motivačními nástroji v podobě spoluúčasti (a to nejen finanční).

Informovaní a aktivnější občané/pacienti se pak sdružují do patientských organizací, kterých jsou v ČR stovky, těch aktivnějších desítky. Většinou jsou to organizace vytvořené a vedené samotnými nemocnými či jejich rodinnými příslušníky. Prioritně podávají pomocnou ruku pacientům s určitou diagnózou. Tyto organizace jsou v drtivé většině registrované jako nestátní neziskové organizace, fungující na principu členské základny, a jsou spravované svými členy na základě demokratické volby.

Jejich hlavním cílem je pomáhat podobně postiženým občanům. Činí tak prostřednictvím podávání informací o podstatě onemocnění, o diagnostice a léčbě, spolupracují s lékaři, kteří jsou odborníky na dané onemocnění, pomáhají svým členům orientovat se v síti zdravotnických zařízení, pořádají pro ně odborné semináře, ale i společenská setkání, odlehčovací a rekondiční pobyty. Pomáhají nejen samotným pacientům, ale také jejich rodinným příslušníkům vyrovnat se s nemocí. Jde o velmi důležitou službu, která pomáhá naučit se žít s nemocí či postižením, sdružovat se, hovořit o problémech, nacházet porozumění a podporu.

Tato sdružení se však stále více soustředí také na akce směřující navenek k většinové společnosti. Seznamují veřejnost s podstatou svého postižení a nemocí za účelem porozumění a posilování solidarity mezi zdravými a nemocnými, mladými a seniory. Hájí práva svých členů na rovný přístup ke zdravotním a sociálním službám, na kterých jsou často jejich členové životně závislí. Vystupují vůči státním institucím, politikům a dalším orgánům státní správy a samosprávy, aby ovlivňovala zákony a podmínky života svých členů.

Třebaže je práce těchto sdružení velmi důležitá jak pro jejich členy, tak ale také potencionálně pro nás všechny, dlouhodobě se tyto organizace potýkají s velmi zásadními problémy. Ne všichni aktéři ve zdravotnictví „je berou“. Zdaleka ne všichni lékaři pokládají aktivity patientských organizací za prospěšné a hodné spolupráce. Na druhou stranu tam, kde spolupráce funguje, získávají jak lékaři, tak pacienti. Mnoho patientských organizací má také velmi limitované kapacity, které vyplývají ze samotného charakteru dobrovolnických organizací (v drtivé většině nemají žádné profesionální zaměstnance), nedostává se jim finančních prostředků ani materiální podpory.

Základní překážkou posílení jejich vlivu je často nezáměr relevantních orgánů jednat se zástupci pacientů. Zda s nimi nějaký orgán bude či nebude

jednat, bude či nebude přihlížet k jejich stanoviskům, je nyní čistě na blahovůli toho kterého vrcholného úředníka. Nikde není právně zakotveno působení těchto organizací a to je špatně. Ve vyspělé Evropě hrají patientské organizace významnou roli při tvorbě zdravotnické politiky a přístupu k péči. V této souvislosti lze vítat iniciativu náměstkyně ministra zdravotnictví Lenky Tesky Arnoštové na vytvoření platformy patientských organizací a na jejím postupném zakotvení do legislativy. Jde o to, co se s touto iniciativou stane po volbách.

Přes uvedené problémy je mnoho patientských organizací i nyní velmi aktivních, ovlivňují významně legislativní prostředí a zastávají se práv nás všech – potencionálních pacientů.

MUDr. Pavel Hroboň, M.S.
řídící partner, **Advance Healthcare**
Management Institute, s. r. o.

Jaké je postavení občanů/ /pacientů v našem zdravotnictví?

Současné postavení občanů:

- Zvykají si stále více, že zdravotní služby jsou „zadarmo“ – se všemi důsledky na nárůst spotřeby a zanedbávání vlastní zodpovědnosti.
- Zároveň ale vědí, že jim poskytované služby často nevyhovují, a za jasné zlepšení jsou ochotni si připlatit.
- Shánějí neoficiální informace o kvalitě léčby, protože oficiální neexistují.
- Často bloudí po systému, jsou v něm ztraceni a hledají průvodce, který by jim srozumitelně poradil.
- Roste počet lidí, kteří jsou alespoň částečně ochotni převzít zodpovědnost za vlastní zdraví – přestože to od nich vlastně nikdo moc nechce.

Jaký je reálný vliv občanů na chod zdravotnictví a na podobu péče, které se jim dostává?

Od nulového až po poměrně vysoký – záleží na odhodlání, energii, znalostech a známostech. Ti nejslabší a nejbezmocnější jsou na tom samozřejmě jako vždy nejhůře.

Co s tím?

Dát lidem vědět, kam se mohou obrátit, když jsou v problémech, zejména ve vztahu ke zdravotní pojišťovně.

Jakou mají motivaci k racionálnímu čerpání zdravotních služeb a péči o své vlastní zdraví?

Mimo svou vnitřní motivaci žádnou, systém je ani k jednomu nijak nenutí ani nemotivuje.

Co s tím?

Motivaci k péči o zdraví je možné zvýšit pomocí zdravotní osvěty poskytované způsobem respektujícím hodnoty a způsob komunikace jednotlivých sociálních skupin. Velmi významnou roli mohou hrát sociální sítě a další podpora ze strany informačních technologií (mobilní aplikace). Významnou roli mohou samozřejmě sehrát i poskytovatelé zdravotních služeb, ale jen pokud budou placeni i za podporu a udržování zdraví, nejen za léčbu již rozvinutých problémů.

Racionální čerpání zdravotních služeb je možno podpořit propojením informací mezi poskytovateli. Na straně pacientů omezením volného čerpání péče u různých zdravotnických zařízení, možnosti získat second opinion hrazený zdravotní pojišťovnou, v budoucnu navázáním stupně možnosti výběru poskytovatele na cenu pojistky.

Jaká je dostupnost informací o kvalitě péče a o správných léčebných postupech?

Odpověď je jednoduchá – neuvěřitelně a bezdůvodně špatná. Jde o jedno ze zjevných selhání českého zdravotnictví.

Co s tím?

Odpověď je opět jednoduchá – začněme měřit základní věci, jako je počet výkonů a procesní ukazatele hodnotitelné z dat reportovaných zdravotním pojišťovnám, tedy – byla provedena vyšetření a léčba, která je u daných problémů

doporučena? Časem se potom dokážeme dostat i ke skutečným výsledkům léčby, jejichž měření je mnohem složitější.

Jak optimálně sladit práva a povinnosti občanů ve vztahu ke zdravotnictví a v jakých situacích by měli mít možnost využívat své soukromé prostředky?

Česká republika je v rámci EU po Německu (respektive jeho systému veřejného zdravotního

pojištění) zemí s nejnižším podílem soukromých zdrojů na financování zdravotnictví. Věřím, že po promyšleném a zbytečném zrušení regulačních poplatků vede cesta k potřebnému vyššímu zapojení soukromých zdrojů následujícími cestami – v naznačeném pořadí:

1. Odstranění administrativních a dalších překážek uplatnění nadstandardu při posílení nároku pojištěnce na způsob poskytnutí služby, který je plně hrazený z veřejného zdravotního pojištění. Pozor – nadstandard na rozdíl od převažujícího veřejného a mediálního mínění není nezákonný, určité zpřesnění zákonů je ale vhodné.

2. Zavedením nominální složky pojistného na veřejné zdravotní pojištění, v jejíž výši by se mohly zdravotní pojišťovny a jejich pojistné produkty lišit.



Pavel Hroboň

Ing. Ladislav Friedrich, CSc.

prezident, Svaz zaměstnaneckých pojišťoven ČR

Jaké je postavení občanů/ /pacientů v našem zdravotnictví?

Každý občan České republiky zaplatí na veřejné zdravotní pojištění v průměru ročně 28 000 korun. Někteří, obvykle zaměstnanci, samozřejmě zaplatí výrazně více a jiní, zejména děti a důchodci, méně, a to jen formou daní, ale v průměru je to pro každého částka srovnatelná například s tím, co v průměru utratíme za potraviny na celý rok. Je přitom jasné, že když vydáváme peníze ze své vlastní peněženky, tak pečlivě zvažujeme za co, a zda je to nutné. Pokud je však zdravotní péče tzv. úplně bezplatná, máme přirozeně tendenci dopřát si ji, kdykoliv máme pocit nebo jsme jen někde zaslechli, že by nám něco pomohlo. Zby-

Česká republika je v rámci EU po Německu (...) zemí s nejnižším podílem soukromých zdrojů na financování zdravotnictví.

tečný kontakt s lékařem nebo špatně cílené nebo duplicitní vyšetření anebo den hospitalizace přitom způsobí náklady stovky či spíše tisíce korun. Teoreticky je každý občan jako plátec v pozici „oslíčku, otrěs se“ a současně jako občan-pacient obíhá „švédský stůl“. Každý lékař je pak v pozici dodavatele na tento „švédský stůl“, kde ovšem neplatí stravníci, ale zdravotní pojišťovna. Práva pacienta i rozsah tzv. bezplatné péče přitom stanoví zákon velmi široce a v části té nejnákladnější péče jen dost obecně. Průběžně pak nárok občana buď přímo stanoví zákon a upravují jej politici, kteří se musejí rozhodovat podle toho, kdo co nového prosazuje a zda na to budeme mít, a odráží tak aktuální náhled na práva občana. Tam, kde o nároku z veřejného zdravotního pojištění rozhoduje zákonem stanovený úřad (SÚKL), musí dodržet zákonné postupy a nese také zodpovědnost. Zde je situace přiměřená ostatním srovnatelným státům.

Úpravy seznamu zdravotních výkonů, jako další s nejpodrobnější popis hrazené péče, provádí MZ a ty však už vždy příliš předvídatelné ani přezkoumatelné nejsou. O úzce specializovaných mimořádných postupech pak rozhoduje lékař a zdravotní pojišťovna, jak za dané situace nejlépe umí. Často ovšem musí rozhodovat v časové tísní, s nedostatkem objektivních studií a bez zcela nepochybnitelného ověření, zda jde skutečně o jedinou možnost. Rozsah a dostupnost bezplatné zdravotní péče je tak v řadě případů pro občana jen informací sdělenou lékařem či zdravotní pojišťovnou v konkrétní situaci a za daných omezení. V části odkladné či preventivní nárokové zdravotní péče mohou pacienti svým chováním významně ovlivnit, jakou péči budou čerpat a kolik to bude stát, ale k úspornému chování nemají ani dost informací, ani žádný silnější zájem. Za takových podmínek by samozřejmě většina komerčních pojišťoven se svým pojištěním zkrachovala. Ve veřejném zdravotním pojištění se to projevuje tak, že každý pacient má sice teoreticky stejný nárok, ale svým přístupem a pohybem v systému se ve výsledku poskytovaná péče často velmi liší. Jaké jsou přitom hlavní faktory ovlivňující skutečné čerpání zdravotní péče?

Je přitom jasné, že když vydáváme peníze ze své vlastní peněženky, tak pečlivě zvažujeme za co, a zda je to nutné.

Záleží na:

- Vlastní znalosti práv a nároků, které pacient má.

- Ochotě a schopnosti lékařů srozumitelně a pravdivě vysvětlit pacientovi pro něj opravdu nejvhodnější léčbu včetně vlivu aktuálního způsobu úhrad a regulací.
- Kvalitě a dostupnosti vhodných zdravotnických zařízení v daném regionu.
- Vytrvalosti pacienta se svých nároků domoci a případně, bohužel, i na jeho sociálních kontaktech.



Ladislav Friedrich

Je přitom jasné, že jak obecně dostupné informace, tak postup a informace od lékaře mohou být do jisté míry zjednodušené, zkrácené nebo motivované jinými zájmy. Tato omezení platí do jisté míry ve všech zdravotnických systémech. V České republice je situace o něco horší v tom, že se nároky pacienta sice fakticky v čase dosti komplikovaně mění, ale občan je obecně přesvědčován, že se o nic moc nemusí starat a vše má zajištěno.

Má-li se tedy postavení pacienta v systému zlepšit, měl by mít hlavně dostatečně silný důvod se zajímat o svůj zdravotní stav, možnosti jeho zlepšování a také o finanční náklady, a zároveň by měl mít zpětnou informaci, kde postupuje obecně správně a kde ne. Přitom je zřejmé, že nejučinnějším důvodem pro zvýšený zájem pacienta je často nějaký poplatek nebo doplatek. Různé formy spoluúčasti občanů na nákladech má většina států. Přitom i bohaté státy vnímají poplatky a spoluúčast především jako nástroj, jak aktivizovat pacienta k zájmu o efektivitu.

Poplatek za den na lůžku je prvním z nich. Jednak je to legitimní spoluúčast na nákladech, které by měl i jako zdravý doma, jednak i stimulace, aby se zajímal, kdy už bude moci být propuštěn domů.

Zrušený poplatek za pobyt v nemocnici sice měl své nedostatky, ale ty bylo možno snadno odstranit. Také ochranu těch opravdu sociálně slabých lze zajistit.

Dalším poplatkem by podle našich poznatků měla být zatížena především nikým objektivně neindikovaná návštěva specializovaných pracovišť. Rozhodovat o tom, jak specializované a nákladné ošetření by měl pacient absolvovat, by všude tam, kde je to možné, měl rozhodovat registrující praktický lékař. Pokud by se pak pacient rozhodl svého praktika vynechat a třeba i opakovaně se nechat vyšetřovat u specialistů, bylo by správné, aby se také podílel na vysoce pravděpodobných vícenákladech, které jsou s takovým postupem spojené. Takový poplatek (samozřejmě s řadou důvodných výjimek) by už měl být alespoň 200 až 300 Kč. Zde ani sociální ochranu nepotřebujeme, protože by i nadále existovala doporučená

a bezplatná cesta prostřednictvím registrujícího praktického lékaře. Posílili bychom tím i postavení lékařů primární péče a uvolnili kapacity specialistů pro skutečně závažnější léčbu.

Zlepšením proti dosavadnímu nastavení by mohlo být tam, kde je to možné, i právo nehradit si nadstandardní materiály a komfortnější léčbu plně sám, ale doplácet jen rozdíl mezi léčbou bezplatnou a tou nákladnější.

Zde by postačilo zákonné vymezení – seznam tzv. standardních bezplatných postupů a dostatečná kontrola, že nejprve je u smluvních lékařů pacientovi vždy srozumitelně, nediskriminačně a průkazně nabídnuta varianta bezplatná. S takovou podmínkou by pak dobrovolné platbě navíc již nemělo nic bránit.

Samozřejmě náměťtí na posílení práv občanů je celá řada. Pokusil jsem se však zmínit především ty s přímou finanční vazbou.

volné fórum

1. *Jaký je reálný vliv občanů na chod zdravotnictví a na podobu péče, které se jim dostává?*
2. *Jaká je dostupnost informací o kvalitě péče a o správných léčebných postupech?*
3. *Jak optimálně sladit práva a povinnosti občanů ve vztahu ke zdravotnictví a v jakých situacích by měli mít možnost využívat své soukromé prostředky?*



*Petra Klausová
zakladatelka a ředitelka,
Nadace Jakuba Voráčka*

odpovědi Petry Klausové:

1. Myslím, že reálný vliv pacienta na chod zdravotnictví a na péči, které se mu dostává, je mizivý. Záleží samozřejmě na sebevědomí a informovanosti každého jednotlivce, ale sama za sebe mohu říci, že dopátrat se relevantních informací, jak můžu do průběhu svého léčení jako pacient zasahovat, pokud nejsem s jeho průběhem spokojena, není vůbec jednoduché. Spíš je to nemožné.

Občan si sice může vybrat zařízení, lékaře – specialistu, kterému důvěřuje, ale z důvodu přetížení těchto zařízení se do nich bohužel ve většině případů vůbec nedostane, a je tedy nucen léčit se tam, kam spadá nebo kde

mají kapacitu, ne tam, kde by mu byla poskytnuta ta nejlepší možná péče.

Že pacienti nemají možnost podobu péče ovlivnit, vidím i na žádostech o radu, se kterými se na Nadaci Jakuba Voráčka a eReS tým ČR obracují.

2. Dle mého názoru je situace velmi neuspokojivá až kritická. Lékaři jsou velmi přetížení a na kvalitní komunikaci s pacientem stále není dost prostoru.

Převládá předávání informací tzv. z pacienta na pacienta, v současnosti je toto sdílení informací běžné prostřednictvím internetu a sociálních sítí. Není žádná možnost objektivního hodnocení zdravotnického zařízení nebo konkrétního lékaře.

Kdyby existovalo hodnocení kvality péče a spokojenosti pacientů, které by se odráželo především v ekonomickém dopadu na konkrétní zdravotnické zařízení nebo lékaře, potom věřím, že by se změnil přístup i ze strany těchto subjektů.

3. Člověk, občan, který pečuje o své zdraví, dodržuje preventivní prohlídky apod., by měl mít možnost čerpat benefity ze zdravotní péče. Pracující pacienti a zaměstnavatelé, kteří odvádějí nemalé prostředky do systému zdravotního pojištění, by měli mít možnost oficiálního doplatku na zdravotní péči ze svých soukromých prostředků nebo prostředků zaměstnavatele. Jejich primárním zájmem není „kupovat si lékaře“, ale být brzy zdravý a ekonomicky aktivní.

Jako povinnost občana vidím chovat se zodpovědně, nezneužívat hrazenou péči a léky, což se v mnoha případech děje. Toto vidím i jako jednu z příčin nedostatku finančních prostředků pro pacienty se závažnými onemocněními.

odpovědi Davida Kostky:

1. O reálném a přímém vlivu asi nemůže být řeč. Zdravotnictví má jasně daná legislativní pravidla, kterými se řídí jak lékaři ve zdravotnických zařízeních, tak zdravotní pojišťovny při úhradách zdravotní péče. Tedy, chtějí-li občané ovlivňovat zdravotní legislativu, měli by sledovat směřování jednotlivých politických stran a těm pak dát hlas při volbách.

Existují tady i patientské organizace, nicméně, těžko říci, zda jsou na takové úrovni a mají takový vliv, aby byly schopné ovlivnit chod zdravotnictví podle názorů a zájmů občanů.

Chci ale zdůraznit, že i přes mnohé těžkosti je české zdra-

votnictví na velmi vysoké úrovni a pacientům se dostává v absolutní většině skutečně kvalifikované, kvalitní, moderní a vyspělé lékařské péče.



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

2. Mám za to, že v současné době je kladen důraz na informovanost pacientů. Ti se také sami stále více zajímají o možnosti léčby v případě nemoci, nebojí se už ptát lékařů a jsou schopni využívat i druhého odborného názoru.

Co je trochu na škodu kvalitní informovanosti, to jsou nejružnější webové stránky, případně novinové články, které informují pacienty mimo kontext, někdy i zavádějícím způsobem, což pak velmi komplikuje komunikaci jak lékařů s pacienty, tak v některých případech i zdravotních pojišťoven s jejich klienty. Lidé mnohdy raději věří neověřeným informacím, a nebál bych se říci až „blbostem“ na internetu, než názoru lékaře či odborníka. To je na škodu všech zainteresovaných stran.

3. Základní pravidla jsou bezesporu nastavena optimál-

ně. Je v pořádku, že zdravotní pojištění je povinné pro každého občana. Funguje zde právní stát – občané mají právo dovolání v případě podezření, že nebylo postupováno v souladu s jejich zájmy při léčení. Mohou se obracet na Českou lékařskou komoru, na zmíněné patientské organizace, na zdravotní pojišťovny, na zdravotní ombudsmany, na soudy. Jsou prostřednictvím odborů zastoupeni v nejvyšších kontrolních orgánech zdravotních pojišťoven.

Pokud jde o použití soukromých prostředků, mám za to, že ti občané, kteří si mohou dovolit uzavřít zdravotní připojištění či jsou ochotni připlatit za nadstandardní služby, by měli mít tuto možnost danou zákonem. Vyloučila by se tím šedá zóna různých „sponzorských darů“ a do zdravotnictví, které je díky masivnímu rozvoji moderních léků a technologií finančně stále náročnější, by proudilo více peněz. Jak vidíme v rozvinutých evropských zemích, systém jisté spoluúčasti lze zavést, aniž by se tím ohrozila dostupnost zdravotní péče pro sociálně slabší občany. Jako si platíme různá pojištění aut či nemovitostí, máme mít stejnou šanci pojistit si také své zdraví. Ač se to nerado přiznává a veřejně se o tom nehovoří, je nutné si už konečně přiznat, že i naše zdraví je (bohužel) obchodní komoditou. Na zdraví někteří hodně vydělávají. Proč tedy ne i sami pacienti?

odpovědi Simony Zábranské:

1. Zdálo by se, že vliv občana začíná při volbách, kdy občan volič zvolí stranu, jejíž politický program v oblasti zdravotní péče mu nejlépe vyhovuje. Problém vidím v tom, že v naší zemi politické strany mezi sebou neustále soupeří místo toho, aby hledali

vzájemnou shodu. Shodu, která zajistí postupné a systematické vybudování fungujícího zdravotního systému.

Časté změny znamenají velký zmatek a nejistotu pro pacienty. Pacient se velmi těžko orientuje v systému zdravotní péče. Pomocnou ruku mu často podávají patientské organizace, které hájí zájmy pacientů.

Naše patientská organizace se stará o nemocné s cystickou fibrózou (CF), onemocněním, které je vrozené, nevyléčitelné a patří mezi vzácná onemocnění. Pacienti mají velmi náročný každodenní léčebný režim (inhalace, dechová rehabilitace, velké množství léků) a i přes veškerou snahu musejí velmi často navštěvovat lékaře a lékařská zařízení. Časté jsou i dlouhodobé hospitalizace v nemocnici. Proto poměrně dobře víme, jak léčba v nemocnicích vypadá a s čím se pacienti potýkají.

Naším úkolem je zastupovat pacienty na veřejnosti. Informujeme o problematice onemocnění, jednáme s ministerstvem, pojišťovny a vedením nemocnic. Snažíme se prosadit standardy péče i přístup k novým lékům.

Díky spolupráci s Českou asociací pro vzácná onemocnění se můžeme opřít o dalšího silného partnera a upozorňovat a řešit problémy zdravotnictví, jako jsou například chybějící centra vysoce specializované péče pro vzácná onemocnění.

Ve vyspělém světě se chronická onemocnění léčí ve specializovaných centrech, protože každé takové onemocnění má svá specifika a vyškolení lékaři a zdravotnický personál přesně vědí, jak nejlépe zvládat konkrétní onemocnění. Centrum vysoce specializované péče umožňuje efektivně vynakládat prostředky na diagnostiku, léčbu

a dispenzarizaci pacientů, a to při neustálém zvyšování kvality poskytované péče. Logicky by se tedy předpokládalo, že onemocnění náročné na péči i finance bude kontrolováno v takovémto centru. Pro cystickou fibrózu i ostatní vzácná onemocnění se však zatím nepodařilo vyjednat vytvoření těchto center.



*Mgr. Simona Zábranská
předsedkyně, Klub nemocných
cystickou fibrózou*

Pacientské organizace se stávají respektovaným partnerem pro státní správu i vedení zdravotnických zařízení. Jejich význam si uvědomuje i ministerstvo zdravotnictví, které pořádá pravidelné schůzky patientských organizací pod vedením paní náměstkyně Arnoštové, při kterých se řeší problémy pacientů. Připravuje se i ukotvení statutu patientských organizací v legislativě. Nemůžu zapomenout ani na pravidelné schůzky patientské rady při VZP, při kterých organizace vznášejí své podněty k pojišťovně.

Věříme, že díky patientským organizacím se pacientům bude dostávat stále větší pozornosti. Už teď musím zmínit skvělou

spolupráci s lékaři, které se nám dostává.

2. Pacient se jen velmi těžko dostává k informacím o kvalitě péče i o správných léčebných postupech. Většinou to bývají patientské organizace, které pacientům tyto informace zprostředkovávají. Vydávají ve spolupráci s lékaři a dalšími odborníky edukační materiály, sledují nové možnosti léčby a tyto informace předávají pacientům.

Pro pacienty s cystickou fibrózou vypracovala Evropská společnost pro CF (ECFS) v čele s předními odborníky tzv. standardy péče. Naše patientská organizace se rozhodla, že po vzoru ostatních vyspělých evropských zemí bude provádět benchmarking – porovnání „center“ cystické fibrózy v České republice dle připravené metodiky. Chceme zjistit, kde a jak se provádí léčba CF. A jaká je spokojenost pacienta. Na tomto projektu spolupracujeme a máme podporu odborné lékařské veřejnosti, protože i jim chybí zpětná vazba. Cílem nás všech je zlepšit péči o naše pacienty.

Připravujeme i inovativní způsob péče o pacienty s cystickou fibrózou. Pomocí aplikace pro chytré telefony chceme výrazně zvýšit motivaci mladých a dospělých pacientů k lepší péči sama o sebe a současně jim pomoci ve zvládnání každodenního režimu.

3. Především si musíme uvědomit, že prostředky, které jdou do zdravotnictví, jsou omezené. Zvykli jsme si, že většina léků je hrazena ze zdravotního pojištění. A tak si toho moc nevážíme. Každoročně se za více než miliardu korun léky vrátí do lékáren nebo skončí v koši. A pak nám chybějí peníze například na inovativní léky a nové léčebné pří-

stroje a postupy. Věda a výzkum jdou stále kupředu, máme nové léky na rakovinu i jiná onemocnění, ale dostanou se k pacientovi, když na ně nebudou peníze? Ale to je úkol pro politickou reprezentaci, zamyslet se, jak efektivněji financovat zdravotnictví a jak optimálně nastavit spolupráci občanů.

Bohužel, občan sám nemá prakticky žádnou možnost ovlivnit kvalitu péče, které se mu dostává. A to už nemluvíme o možnosti připlatit si za nadstandardní péči. Pacient požaduje jednolůžkový pokoj nebo možnost lepší stravy a rád si za to zaplatí. Ovšem ne ve všech nemocnicích je toto možné. A přitom vím, že o tuto formu spolufinancování je zájem. O tom je třeba mluvit. O nadstandardech, o nedostatku lékařů a zdravotnického personálu v nemocnicích, o podhodnocení zdravotníků v nemocnicích – to vše se totiž ve finále odrazí v péči o pacienta.

odpovědi Martina Jana Stránského:

1. Prakticky nulový, i když možná větší, než se zdá. Skutečné změny musejí přijít ze strany vlády. Ta by měla zavést dva zásadní body: stanovení standardu zdravotní péče (co, komu a kde) a možnost, aby si poskytovatelé zdravotní péče mohli sami rozhodnout, se kterou zdravotní pojišťovnou chtějí mít smlouvu. Dnešní stav, kdy naopak pojišťovny rozhodují, s kým smlouvu podepíší a s kým

nikoli, je absurdní. Dokud se tyto dvě věci nezmění (všichni, kteří jednají o zásadním zlepšení ve zdravotnictví, se na těchto dvou bodech prakticky shodují), nemá smysl debatovat o ničem jiném. Pokud by se vytvořil dostatečný tlak ze strany občanů pro tyto změny, tak bych jejich vliv přiznal. Zatím to tak ale kvůli setrávající servilitě a neinformovanosti není. Právě proto jsou organizace jako Kancelář Ombudsmana pro zdraví ČR důležité.



*MUDr. Martin Jan Stránský,
M. D., FACP
zakladatel, Kancelář Ombudsmana pro zdraví*

2. Bídna. Sice existují různé, mnohokrát samovydané statistiky, ale neexistuje jeden skutečně profesionální žebříček služeb v ČR. A to má naše země méně občanů než Londýn. I to samozřejmě vypovídá o tristní

neschopnosti a naprostém zanedbání povinnosti ministerstva zdravotnictví. Právě proto nyní Kancelář Ombudsmana pro zdraví ČR ve spolupráci s Vysokou školou ekonomickou v Praze a Soukromou vysokou školou ekonomickou ve Zlíně a studenty právnických fakult v Praze a Brně tvoří první autentický a statisticky věrohodný žebříček profesionálního hodnocení všech nemocnic v republice.

3. Aby se sladila práva a povinnosti, je třeba nejprve ta práva specifikovat. Pokud neexistuje zmíněná definice standardu péče, nemáte se od čeho odpíchnout, tudíž všechny další diskuse, semináře, ankety atd. kolem elektronizace, práv pacientů, dostupnosti péče, nároků na péči a dalším jsou bezvýznamné. Role státu spočívá v tom přesně definovat, co je schopen nabídnout všem, a to plošně beze změn. To tvoří standard, čímž automaticky vše ostatní zapadne do „mimostandardu“. (Termín „nadstandardní péče“ je absurdní, když neexistuje definice standardu!) Státní síť má být co nejkompaktnější a neefektivnější, čímž se vytvoří co nejširší prostor pro nestátní „trh“ (včetně volitelného připojištění apod.), který bude nabízet alternativní varianty pro co nejvíce občanů. Zvýšení počtu lidí, kteří budou odvádět příspěvky do státního zdravotnictví, ale užívat to soukromé, povede ke zvýšení kvality služeb státní sítě (méně uživatelů za stejné vklady = zvýšení kvality).