

Renomovaná The Economist Intelligence Unit provedla rychlou analýzu našeho zdravotnictví, sponzorovanou společností Novartis. Jejím



hlavním sdělením je, že naším primárním problémem není absolutní nedostatek peněz ve zdravotnictví, ale nedodělaná transformace státního zdravotnictví do systému veřejného zdravotního pojištění.

Nedotažené rozdělení kompetencí mezi ministerstvem zdravotnictví a zdravotními pojišťovnami je ve výsledku odpovědné za nevhodnou strukturu poskytovatelů péče s nedostatečně funkční primární péčí, nadbytkem specialistů a nadužívanými nemocnicemi. Schází efektivní sdílení informací mezi jednotlivými vrstvami péče a ta není nikým koordinována. Důsledkem toho je, že naši pacienti přicházejí do kontaktu se zdravotními službami dvakrát častěji, než je průměr EU, a počet pacientů, kteří místo k praktikovi zamíří přímo do nemocnice, je ve srovnání s Evropou také dvojnásobný.

Autoři si všímají malé role HTA při rozhodování o vstupu nových technologií do úhrady z veřejného zdravotního po-

jištění, která je částečně využívána u léků, ale zcela schází v případech zdravotnických prostředků a zdravotních výkonů. V diskusi o potřebě zvýšení efektivity financování zdravotnictví je zdůrazněno velmi nízké zapojení soukromých zdravotních prostředků, absence úhradových mechanismů podporujících kvalitu a efektivitu a již zmíněné nedostatečné vymezení rolí ministerstva a pojišťoven.

Je zajímavé, že při kritice nízkého podílu zdravotnických nákladů na HDP se u nás odvoláváme na 11,3 % sousedního, ale ne příliš efektivního Německa, a pomíjíme třeba Izrael, kterému shodně s námi stačí 7,4 %. A že to opravdu není chudinské zdravotnictví.

Ve svém závěrečném doporučení studie optimisticky konstatuje, že máme slibně nakročeno k modernizaci našeho zdravotnictví, a zdůrazňuje čtyři okruhy vyžadující speciální pozornost.

Prvním je HTA, abychom se mohli rozumně popasovat s novými technologiemi, druhým na pásce je reforma psychiatrické péče. Následuje důraz na co nejrychlejší rozvinutí elektronizace zdravotnictví a konečně to podstatné – zvýšit efektivitu financování. Neboť jak říkájí Angličané: „You get what you pay for.“ Studie EIU není žádná intelektuální ani informační bomba, ale vzhledem ke vzdálenému místu svého zrodu může být dobrým podkladem k zahájení debaty o tom, zda a jak pohneme zdravotnictvím.

Jak vidí naše zdravotnictví angličtí ekonomové?



Ladislav Švec

úhel pohledu

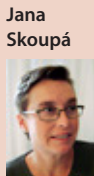


Pavel Hroboň

volné fórum



Zdeněk Kabátek



Jana Skoupá



Petr Zimmermann



Karel Dostálík

Ostatně stoprocentní dohoda v dohodovacím řízení ukazuje, že i záranky se stávají.

*Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek*

úhel pohledu

JUDr. Ladislav Švec
ředitel, Kancelář zdravotního pojištění

Ještě je to dobrý...

Znal jsem jednoho chláпка. Vypadl z okna a v každém patře si říkal: „Ještě je to dobrý, ještě je to dobrý.“

Vypůjčený citát slavného westernu si připomenou vždy, když jsem požádán o pár slov k budoucnosti českého zdravotního systému, respektive systému pluralitního zdravotního pojištění. Kdo mne zná, ví, že nejsem škarohlíd. To jen pohled zpět, dvacetí lety působení ve zdravotnictví, vyvolává ve mně pachut' retrospektivy pasivní údržby, pomalé demontáže původních východisek a neschopnosti realizovat jakékoliv pokrokové změny. Takové, které by učinily systém méně zranitelným, efektivnějším, sofistikovanějším a výkonnějším. Takové, které by zároveň nevyhnutelně znamenaly větší nároky na zdravotní pojišťovny i poskytovatele a pro řadu dalších subjektů pak ohrožení jejich statu quo (finančního, mocenského atd.).

Proč ale tak ostré příměry? Vždyť všechno tak nějak běží... Ano, ještě je to dobrý. Ještě se nic nehroutlí (ostatně často bývá důležitější, jak věci vypadají, než jak si opravdu stojí) a stále na tom jsme (a nejspíš i nadále budeme) lépe než jiné země, které před více než čtvrtstoletím opustily Semaš-kův model státem řízeného a vlastněného zdravotnictví. Není to ale málo?

Shrňme si pár výzev, které nás v nejbližší době čekají...V prvé řadě nelze pochybovat o tom, že raketový růst hospodářství a tím i výběru pojistného nebude pokračovat donekonečna. Již dnes se trend obrací, otázkou je pouze, jak rychle a jak hluboko křivky klesnou. Všichni, kdo si s radostí uvykli na vyjednávání o desetiprocentních nárůstech, se budou muset uskomnit. Na horší se ale zvyká mnohem hůř.

Vedle střednědobého ekonomického cyklu jsou zde pak ještě další, dlouhodobé a dopředu známé trendy, které budou pomalu, ale jistě zvyšovat

nároky na výdaje a obslužnost zdravotního systému. Stárnutí populace i lékařů, zavádění stále dražších léků a technologií, nezlepšujících přitom významně zdravotní stav populace, zvyšování právního povědomí o nyní téměř neomezených nárocích, konkurence bohatších systémů na pracovním trhu, vyliďňování okrajových oblastí země atd.

A také jedna zcela přízemní výzva. Posledních

15 let jsme si totiž nenápadně zvykli na drogu evropských dotací. Drogu, která nám bude už brzy odebrána. Jaký bude osud přístrojů, které jsme z darovaných peněz pořídili, až se dostanou na hranici životnosti? Kdo zaplatí obnovu? Jaký bude osud měkkých projektů, ze kterých dnes tryskají peníze jak v bonanze, neboť ani není za co je utratit, až nám veliká matka zavře kohoutek? Kdo bude výstupy dál rozvíjet a za čí peníze? Co bude s najatými prostory, co s dotovanými úředníky?

Jaký sofistikovaný recept na národní výzvy jsme dosud na centrální úrovni aplikovali? Zvýšíme rozhodnutím vlády příspěvek státu na tzv. státní pojištění a peníze přerozdělíme, podle toho, kde to nejvíce křičí. A když to nebude za dva roky stačit? Zvýšíme rozhodnutím vlády příspěvek státu na tzv. státní pojištění a peníze přerozdělíme, podle toho, kde to nejvíce křičí... Opravdu chceme takto štrýchtovat a předstírat řešení problémů donekonečna? Vždyť tento přístup není řešením, ale pravou podstatou problému.



Ladislav Švec

**To jen pohled zpět,
dvacetí lety působení
ve zdravotnictví, vyvolává
ve mně pachut' retrospektivy
pasivní údržby,
pomalé demontáže původních
východisek a neschopnosti
realizovat jakékoliv
pokrokové změny.**

Systém pluralitního veřejného zdravotního pojištění, který jsme před mnoha lety zavedli, totiž přináší největší přidanou hodnotu ve chvíli, kdy je řešení vztahů mezi ZP, ZZ a pojištěncem do největší možné míry odděleno od politických řešení, přijímaných v rámci státní správy. U nás běžně aplikovaná možnost do těchto vztahů úředně operativně zasahovat, ať již v oblasti příjmů, nebo výdajů, je pak v zásadě popíráním přidané hodnoty celého systému. Přestože se téměř zázračně letos poprvé podařilo dosáhnout dohod mezi ZP a poskytovateli zdravotních služeb (budiž chvála všem, kdo se o to zasloužili!), nikde není garantováno, že se to při politické změně kurzu nemůže brzy vrátit k ne/normálu... Dohoda je přitom mnohem sofistikovanějším nástrojem než úřední zásah. Na základě dohod by bylo možné postavit i efektivní zavádění dosud se a tam překračujících podpůrných procesů, např. v rámci elektronizace zdravotnictví apod. Více dohod = méně zákonů, méně úředních zásahů, méně nekonečných nákladných projektů, méně lobbistů a více reálných řešení.

Shrnující a s ohledem na rozsah dále jen heslovitě... Přestože jím projde každý rok více a více prostředků, systém se vnitřně koncepčně nerozvíjí. Není připraven na očekávatelný, výrazně zvýšený tlak. Nástroje a podpůrné procesy, které mají sloužit zvýšení efektivity, komfortu a bezpečí, se nedaří zavádět, nebo se zavádějí pomalu, nákladně, či nesystémově (e-Health oslavil 20 let od prvního národního projektu, DRG 22 let se čtyřmi restarty, sledování kvality je i po dvaceti letech stále v bodu 0+ apod.).

Měla by zuřit diskuse o tom, jak systém posílit a zařídit jeho udržitelnost. Nezuří.

Měli bychom hovořit o tom, jak zvýšit příjmy zdravotního pojištění. Nehovoříme. Odvádějí v ČR všichni, kdo by měli? Je v pořádku vázat pojistné za 55 % populace na rozmar vlády? Nebylo by lepší navázat je na příjmy aktivní, nebo post-aktivní populace?

Měli bychom jasně stanovit a oddělit roli a kompetenci jednotlivých aktérů, zejména ústřední státní správy a zdravotních pojišťoven. Kdo zodpovídá za dávku nárokovanou pojištěncem? Ministr? Nebo ZP, jíž je pojištěnec členem?

Měli bychom se zamyslet, zda je správně nastavena role zdravotního pojištění v celém kon-

ceptu sociálního zabezpečení. Je logické a efektivní, aby dávky v jedné nemoci řešily čtyři různé systémy a zvyšující se podíl nákladů ZP nebyl nijak kompenzován? Atd. Atd.

S každou nepoloženou, nerozpracovanou a nezodpovězenou otázkou nám přitom ujíždí vlak příležitosti. Namísto nich diskutujeme stále dokola témata vnucená odboráři různého typu.

Dámy a pánové, chceme-li poctivě přistoupit k budoucnosti a rozvinout naznačené myšlenky, nezbyvá než se nejdříve vrátit do minulosti a položit onu základní otázku. Chceme opravdu rozvíjet systém pluralitního veřejného zdravotního pojištění, nebo toužíme po ožívování systému, založeného na centrálním plánování a řízení dle aktuální politické potřeby? Protože bez základů se stavět nedá...

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

Komentář ke zprávě EIU

Můj komentář ke zprávě The Economist Intelligence Unit je stručný – ve většině bodů mají pravdu. České zdravotnictví je na jedné straně minimálně ve středoevropském regionu příkladem dobré dostupnosti potřebné zdravotní péče, na druhou stranu jsme si ještě nedořešili řadu problémů táhnoucích se od 90. let a jsme velmi pomalí v dalších změnách, ke kterým nás nutí se měnící se zdravotní potřeby, nové technologie, stárnutí obyvatelstva a sociální změny.

K těm prvním, tedy nedořešeným problémům z transformace komunistického zdravotnictví na dnešní systém, patří zejména nevyřešené rozhraní mezi ministerstvem a zdravotními pojišťovnami a pojišťovenskému systému nezdravě zasaho-

**Více dohod = méně zákonů,
méně úředních zásahů,
méně nekonečných nákladných
projektů, méně lobbistů
a více reálných řešení.**

**Je opravdu načase přestat
si namlouvat, že tyto a další
problémy může vyřešit
centrálně vedené a plošné
zvyšování platů, a namísto toho
se pustit do potřebných změn.**

vání ministerstva do provozních záležitostí plátců i poskytovatelů. Slovy Tonyho Blaira, stát by měl méně veslovat a namísto toho lépe kormidlovat. Seznam těch novějších problémů je delší a zahrnuje hlavně:

- Nereformovanou síť nemocnic, která začíná kolabovat kvůli relativnímu nedostatku lékářů (statistiky jasně ukazují, že jich v porovnání s ostatními rozvinutými zeměmi nemáme absolutní nedostatek)
- Fragmentaci péče mezi praktiky, ambulantní specialisty a nemocnice, která spolu s minimální výměnou informací způsobuje také nedostatečnou elektronizaci způsobuje neschopnost poskytnout dostatečně provázanou a účinnou péči chronicky nemocným
- Nedostatečnou pozornost věnovanou prevenci a zlepšení zdravotní gramotnosti a chování obyvatelstva
- Chybějící hodnocení kvality péče
- Financování zdravotnictví, které velmi pravděpodobně nedokáže ustat stárnutí obyvatelstva.

Je opravdu načase přestat si namlouvat, že tyto a další problémy může vyřešit centrálně vedené a plošné zvyšování platů, a namísto toho se pustit do potřebných změn. Čas na radikální reformu není – české zdravotnictví z pohledu občana zatím ještě bohudíky funguje jakž takž slušně – místy i výborně, ale právě ono „místy“ vede k velkým nerovnostem. Je ale nejvyšší čas pustit se do spousty jednotlivých legislativních a technických zlepšení.



Pavel Hroboň

volné fórum

1. Co Vás zaujalo v analýze českého zdravotnictví provedené The Economist Intelligence Unit?
2. Se kterými jejich závěry se shodujete a které vidíte jinak?
3. Jakým tématům by se měl ministr zdravotnictví prioritně věnovat?



*Ing. Zdeněk Kabátek
ředitel, VZP*

odpovědi Zdeňka Kabátka:

1. Analýza nepřináší zcela nový vhled na problémy českého zdravotnictví. Většina problematických aspektů je dlouhodobě známa, nicméně je skutečností, že ne všechny se daří přiměřeně řešit. Jednou z oblastí, která by mohla být případně více rozvedena, je téma větší pravomoci pojišťoven při řízení zdravotní péče.

2. Domnívám se, že právě oblast pravomocí pojišťoven zvláště ve smluvní politice je tématem, které by mělo být více diskutováno.

3. Domnívám se, že jedním z hlavních témat, kterým se nicméně již stávající ministr zabývá,

je personální situace ve smyslu dostatečných kapacit lékařského a nelékařského personálu.

odpovědi Jany Skoupé:

1. Zaujala mne vysoká míra shody expertů v kritickém zhodnocení českého zdravotnictví a relativní shoda v krocích, které by měly být provedeny ke zlepšení stavu. Pro mne z toho vyplývá, že modernizace a zefektivnění zdravotnictví není ani tak odbornou otázkou, ale spíše politicky neprůchozí.

2. Plně se ztotožňuji se závěry týkající se absence elektronizace, potřeby zvýšení efektivity zdravotnictví a posílení primární

sféry, byť by to mělo být na úkor sekundární a terciární sféry. Nejsou to jednoduché kroky, ale i z mezinárodních srovnání je vidět, jak v řadě parametrů pokulháváme a jak struktura našeho zdravotnictví není připravena na výzvy 21. století.



*MUDr. Jana Skoupá, MBA
Medicínské datové centrum
1. LF UK, Praha*

Podle mého názoru je elektronizace hlavním předpokladem pro měření kvality a tím i dosažení vyšší efektivity. Primární sféra (při vší úctě k praktickým lékařům) dnes funguje jako velmi nákladný dispečink, rozhodující o tom, ke kterému specialistovi (častěji specialistům) pacienti budou odesíláni. Pacienti si na to natolik – zejména ve větších městech – zvykli, že praktické lékaře obcházejí a jdou přímo ke specialistům, a to často ne ambulantním specialistům, ale přímo do velkých a fakultních nemocnic, kde předpokládají lepší péči.

Nezतोžňuji se naopak s názorem, že pacienti vyhledávají akutní péči z důvodu nedostupnosti primární sféry. Byť také případy mohou nastat, jsou minoritní. Jít na pohotovost do

nemocnice je prostě jednodušší než absolvovat martyrium u praktického lékaře, který mne stejně někam odešle.

3. Ministra zdravotnictví je mi upřímně líto, protože mám pocit, že namísto řešení strategických priorit zatím funguje spíše jako hasič likvidující ohniska požáru (ať už elektronický recept, platové požadavky zdravotnického personálu a odborů nebo zdravotnické prostředky). No snad si s tím poradí a na řadu přijdou i dlouhodobá témata.

Za prioritu považují elektronizaci a na ní navázané hodnocení kvality zdravotní péče poskytované každým jednotlivým lékařem a zařízením. Marně již léta čekám, kdy se konečně budou dobří lékaři odměňovat podle objektivních ukazatelů jejich práce (např. podle podílu dobře kompenzované hypertenze, dyslipidémie a dalších parametrů) a nikoliv podle dodržení finančních limitů či počtu absolvovaných školení.

Oříškem bude bezpochyby úprava struktury poskytovaných zdravotnických služeb. Všichni pamatujeme na mediální bouře, které nastanou v době, kdy je v nemocnici zrušeno pár lůžek, neřkuli celé oddělení. Posílení primární sféry je sice chvályhodný a potřebný záměr, otázkou však zůstává, jak si lékaři první linie poradí se zvýšenými nároky na jejich odbornou erudici a co dělat s armádou specialistů, která (pokud se praktičtí lékaři osvědčí) bude mírně řečeno přebujelá.

V oblasti HTA vítám deklarovanou prioritu o její důslednější implementaci, a to nejen v lékové oblasti. Otázkou však je, co dělat s intervencemi, které nebudou považovány za nákladově efektivní. Oddělení procesu hodnocení a rozhodování je z mého

pohledu nezbytnou podmínkou pro to, aby mohly (nikoliv bezbřeze) do systému vstupovat intervence na vzácná onemocnění a jiné, které dnes o úhradu ani nežádají a snaží se do systému proniknout paralelními cestami.



*MUDr. Petr Zimmermann
kardiolog, Privamed*

odpovědi Petra Zimmermanna:

1. Začal jsem číst s nadějí, že si přečtu neotřelý pohled na české zdravotnictví a dokončení jeho transformace, jak se jeví z názvu. V tomto ohledu jsem byl zklamán. Příliš mnoho citací k současnému stavu zdravotnictví v ČR (se kterými leckde souhlasím) a příliš málo jasných závěrů a doporučení. Celý materiál se točí zejména kolem HTA, reformy psychiatrie, e-Healthu a na některé problémy nedává žádné odpovědi. Zajímalo by mne např., jaká opatření doporučují autoři ke snížení vysokého počtu návštěv u lékaře v ČR a zvýšení dosažitelnosti primární péče mimo běžné ordinární hodiny, či jak se má zavést soukromé pojištění, po kterém v analýze volají, v situaci, kdy všeobecné pojištění kryje téměř

veškerou péči, ... apod. Místo takto obecného pojednání bych uvítal např. komparativní analýzu fungování zdravotnictví v ČR a Velké Británii.

2. S autory se shodují zejména v potřebě zavedení transparentního a funkčního systému HTA v ČR nejen pro hodnocení léků a jejich úhrady, ale i technologií. Nemyslím si, že elektronizace sama o sobě něco vyřeší nebo že rychlá změna psychiatrické péče je hlavním potřebou českého zdravotnictví.

3. Netroufám si panu ministrowi radit, nejde vybrat jen jednu či několik věcí bez souvislosti s dalšími. Přál bych mu, aby se mu podařilo narušit zažitou a mylnou představu mnoha spoluobčanů, že „zdravotnictví je zadarmo“, aby systém zdravotnictví učinil racionálnější a spravedlivější, než je dnes, a aby ho připravil na příští ekonomickou krizi, která jistě někdy dorazí. Při pohledu na složení vládní většiny s ČSSD a KSČM to ale vidím jako marnou naději. Rád se zde ovšem budu mýlit. Navíc jako odborný mluvčí opozice (ODS) budu kroky nové vlády kritizovat, pokud budou chybné.

odpovědi Karla Dostalíka:

1. Upřímně musím poznamenat, že mne zaujalo především to, že v analýze nechybí prakticky nic z věcí významných a důležitých, které se systémem aktuální organizace, regulace a předpokládaného žádoucího vývoje souvisejí. Závěry jsou exaktní, bez zbytečného uvažování o „politickém“ vlivu, jakkoli zdravotní péče je jako politikum zneužíváno. Vše je založeno na

jasných faktech, s logikou závěrů. Tolik obecně.



*MUDr. Karel Dostalík, MBA
odborný ředitel, Potysz health,
a. s.*

Z jednotlivostí musím poznamenat, že mne, nepřijemně, překvapila statistika „kardiovaskulární úmrtnosti“ ve srovnání s OECD průměrem, byt organizace péče v této oblasti je obecně považována za špičkovou.

Druhým, dle mého názoru hrozným, statistickým údajem je procentuální vyjádření kontaktu klientů s pohotovostní službou v důsledku nedosažitelnosti kapacity primární péče. Více než 50 % návštěv „pohotovosti“ z tohoto důvodu je jistě nepřijatelné.

2. Zcela se ztotožňuji s potřebou modernizace koncepce primární péče, a to nejen z důvodu výše uvedené statistiky kontaktu pohotovostní služby z důvodu časové nedosažitelnosti primární péče. Věřím, že významným pozitivním stimulem má být rozšíření kompetencí praktic-

kých lékařů s větším „přesahem“ do péče specializované, eliminací přísných preskripčních omezení stejně jako s rozšířením kompetencí středního zdravotního personálu v procesu poskytování primární péče. A jakkoli neoblíbeným tématem je „gatekeeping“, jsem přesvědčen, že primární péče má být, ve srovnání se současným stavem, mnohem významnějším určujícím článkem, který plánuje a řídí další poskytování specializované ambulantní, komplementární a hospitalizační péče.

Shodu nalézám také v potřebě uvolnit možnost zdravotního pojištění či připojištění privátním pojišťovatelům. Nelze plánovat stanovení standardu, následně určení nadstandardu bez možnosti si tento sjednat či zajistit privátním pojištěním.

S čím souhlasit nemohu, je úvaha o možné regulaci počtu zdravotních pojišťoven. Konstatování, že se v nabídce služeb liší jen např. nepovinnými očkovacími programy či wellness aktivitami, dle mého nemá vest k omezení počtu, ale k uvolnění soutěže mezi jednotlivými subjekty.

3. Necítím se kompetentní určovat, čemu by se měl ministr věnovat prioritně. Nicméně plán moderní koncepce primární péče, se kterým přišel ministr sám, je trefou do černého.

Standardy kvality, resp. věrohodné měření a vyhodnocování je takřka nadlidský úkol. Ovšem bude-li jejich tvorba a implementace úspěšná, přinese do systému v budoucnu více, než si nyní dokážeme představit. Je to práce na dlouhé roky. A je to správná věc.