

Je to k nevíře, jak zvolna se dobíráme poznání, že léčení a ošetrovatelství je stejnou službou jako stříhání vlasů, spravování aut nebo taxikářen. Výjimečnost



zdravotní péče není dána kořením altruismu, etikou či mysteriem kontaktu života a smrti, to všechno je k vidění i jinde, ale ve zvláštní situaci jejich zákazníků. Na rozdíl od jiných služeb jsou zákazníci zdravotnictví velmi rozdílní v potřebě jeho služby užívat a jejich potřeby jsou jen omezeně ovlivnitelné osobním rozhodováním. Pacient si nemoc nevybírání a její příchod nemůže ani předvídat, ani mu zabránit. Pro diabetika prvního typu není závislost na inzulinu svobodnou volbou, ale otázkou přežití a jeho rozhodování se může uplatnit až ve výběru konkrétního preparátu nebo aplikační formy.

Základním úkolem zdravotních systémů v evropském prostoru je zajistit vstup občanům spravedlivý přístup k nutné zdravotní péči, bez ohledu nejen na závažnost a nákladnost jejich nemoci, ale i na jejich individuální možnost za léčení zaplatit. Teoreticky se nabízejí dvě cesty, jak toho docílit – přidělový systém, který v obecné rovině službám nesvědčí a dnešním zdravotnictvím viditelně překáží ve fungování, nebo regulovaný trh ve zdravotních službách a zdravotním pojištění, ovšem za podmínky, že dokážeme účinně kompenzovat zmíněná zdravotní rizika všem občanům. Snadno se

to řekne, hůře udělá, ale na navody, jak dotáhnout před lety započaté reformy k vítěznému konci, už delší dobu usedá prach.

Transformaci přidělového systému v regulovaný trh, která se úspěšně rozběhla začátkem devadesátých let, zmožila v její polovině únava a špačky klepe dodnes. Svěží Topolánková vláda slíbila změnu a program ministra zdravotnictví Tomáše Julínka může být dobrou „cestovní mapou“ k dokončení transformace zdravotnictví. Jeho hlavní rizika jsou dvojí – technické provedení a čas. Správná nálepka ještě automaticky neznamená správný obsah a pro naši budoucnost je klíčové, jak si ministerstvo poradí se specifikací regulátora, s vymezením rozsahu péče zajišťované veřejným zdravotním pojištěním, s transparentním a efektivním stanovením výše úhrady za léky a zdravotnické prostředky a s dalšími oříšky. Okno, které má vláda pro uskutečnění nutných změn, se bude pod diktátem politického cyklu rychle zavírat, a tak ať se kouří od klávesnic, pokud chtějí závod s časem vyhrát.

Jako prevenci frustrační kompozice střídání očekávání a zklamání navrhuji, abychom to konečně udělali najednou a pořádně. Nejlepší prevencí zbytečných škod z nedomyšlených kroků a současně i podmínkou dlouhodobé udržitelnosti prováděných změn je pusit včas do kuchyně co nejvíce strážníků. Projekt Dialogem k reformě, který tímto číslem startujeme, tomu chce napomoci.

Příjemné počtení přeje
MUDr. Pavel Vepřek

Jaké změny chystá ministerstvo zdravotnictví?



stanovisko
ministerstva

Tomáš Julínek

volné fórum



Džamila Stehliková



Milada Emmerová



Miroslav Zavoral



Lenka Petrášová

Josef Janeček



Milan Šilhan



Václav Krása



Petr Holub



Causa Občan



Ondřej Dostál



stanovisko ministerstva

Čas změn přichází...

Tomáš Julínek, spolu se svým týmem, zahájil první část reformy, pro druhou bude hledat širší politickou podporu.



MUDr. Tomáš Julínek,
ministr zdravotnictví

Ministr Tomáš Julínek hodlá v tomto volebním období realizovat kroky první etapy reformy zdravotnictví. Ta se dotkne pacientů pouze okrajově a zaměří se zejména na reformu institucí a potom také na některá nutná manažerská opatření, zvláště směrem k přímo řízeným organizacím. Této fáze reformy se také týká legislativní plán ministerstva, o kterém se zmiňujeme níže. Její naplňování již nesnese odkladu. Ministr s teze reformy přišel před volbami a má tak pro její realizaci politický mandát.

Daleko zásadněji se pacientů dotkne druhá fáze reformy – reforma financování. Ta přinese podstatné a zdůrazňujeme, že pozitivní změny, například v podobě možnosti volby rozsahu pojištění a možnosti zdravotního spojení. Zatímco cílem první etapy – reformy institucí, která proběhne v tomto volebním období – je zvýšení efektivity dnešního systému, cíle reformy financování sahají mnohem

výše, a to k zajištění dlouhodobé udržitelnosti solidárního systému. Pro takovou hlubokou změnu je třeba hledat širší politickou podporu. Ministr Julínek proto ustanovil komisi, kterou zatím pracovně nazýváme „Bezděkovou komisí pro zdravotnictví“ (dle názvu komise, která se zabývala reformou důchodového systému), do které všechny parlamentní politické strany nominovaly své zástupce. Design komise se nyní doladuje a ministr o ní bude informovat na jedné z nejbližších tiskových konferencí MZ.

Legislativní plán

Tomáš Julínek spolu se svými náměstkyněmi zveřejnil hlavní body legislativního plánu v úterý 27. února. Každý zákon má svůj přípravný tým a každý z náměstků ministra garantuje přípravu několika zákonů. Nejnáléhavější jsou změny v oblasti veřejného zdravotního pojištění (mj. nejprve malá a potom rozsáhlá novela zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění). Současné ministerstvo zdravotnictví však musí řešit i některé velmi vážné resty z minulosti. Mezi nimi zvláště vyniká absence zákona o zdravotnické záchranné službě. Tento zákon, vedle změny financování záchranných služeb, by měl přinést i možnost účinně řídit záchranné práce při krizových stavech, jako jsou katastrofy, nebo například i vážná dopravní nehoda na hranici tří krajů. V následujícím přehledu uvádíme nejdůležitější změny ve třech hlavních úsecích, řízených náměstkyněmi MZ (vždy uvádíme cíle v daném úseku a k nim příslušné zákony a jejich vybrané charakteristiky):

- veřejné zdravotní pojištění
- poskytování zdravotní péče
- přímo řízené organizace / fiskální politika

Další významný úsek – ochrana a podpora veřejného zdraví – má před sebou úkoly zejména z oblasti harmonizace naší legislativy s EU (včetně novelizace zákona o veřejném zdraví), ale také například transformaci krajských zdravotních ústavů.

Veřejné zdravotní pojištění

Transparentní a efektivní úhrada léků

Novela zákona č. 48/1997 Sb. do 1. 1. 2008

Naplnění požadavků „transparentní“ direktivy a výnosu Ústavního soudu

Zvýšení efektivity lékové politiky

Zamezení plýtvání a zneužívání zdravotních služeb

Novela zákona č. 48/1997 Sb. v průběhu roku 2007

Zavedení regulačních poplatků

První kroky směrem k nakupování zdravotní péče

Jasná pravidla pro veřejné zdravotní pojištění

Novela zákona č. 48/1997 Sb. v průběhu roku 2008

Upřesnění rozsahu péče kryté z veřejného zdravotního pojištění včetně časové a geografické dostupnosti

Efektivní pravidla pro vztahy mezi poskytovateli a zdravotními pojišťovnami

Zavedení efektivního dohledu

Nový zákon o dohledu nad veřejným zdravotním pojištěním

Ustavení nezávislého regulátora a jasných pravidel
Dohled nad finančním zdravím pojištěnec a dostupností péče

Zlepšení odpovědnosti a řízení pojišťoven

Jednotný zákon o zdravotních pojišťovnách

Transformace na akciové společnosti za účelem zlepšení transparentnosti a řízení

Poskytování zdravotní péče

Vymezení podmínek přístupu na trh zdravotních služeb

Nový zákon o zdravotnickém zařízení (ZZ)

Podmínky pro provoz ZZ bez ohledu na právní formu či vlastníka (registrace), dozor a sankce při porušování

Nově úprava svobodného výkonu povolání

Akreditace ZZ – podpora bezpečnosti pro pacienta

Práva a povinnosti pacientů, definice zdravotních služeb a péče

Zákon o zdravotních službách jako náhrada zastaralého zákona č. 20/1966 Sb., definice pojmů, druhy služeb

Práva a povinnosti pacientů i zdravotníků, stížnosti

Zdravotnická dokumentace, registry

Sjednocení činnosti záchranné služby a řešení jejího financování,

Zákon o zdravotnické záchranné službě (ZZS)

Zásadní změna ve způsobu financování
Systém předání pacienta mezi ZZS a lůžkovým ZZ
Princip pohotovostních ambulancí u stanovišť ZZS

Změna financování letecké záchranné služby

Změna financování a kompetencí ve vzdělávání

Komplexní novely zákonů č. 95 a 96/2004 Sb.

Změna financování – systém „finance za školením“

Významné zapojení univerzit (transformace IPVZ a NCO)

Stanovení jasných kompetencí státu v celém procesu

Revize kompetencí nelékařů ve smyslu jejich posílení

Prímo řízené organizace / fiskální politika

Transformace fakultních nemocnic na univerzitní nemocnice

Speciální zákon s účinností od 1. 1. 2009

Non-profitní organizace ve spoluvlastnictví státu, municipalit a univerzit

Vymezení role a zodpovědnosti při řízení poskytování zdravotních služeb, při vzdělávání a ve výzkumné činnosti

Transparentnost financování (zdrav. služby, vzdělávání, výzkumné granty)

Taxativní výčet nemocnic

Efektivní řízení organizací v působnosti ministerstva zdravotnictví

Strategické plány rozvoje zdravotnického zařízení
Důraz na ekonomické zdraví a finanční stabilitu

Efektivní řízení investic

Posílení procesů řízení kvality a bezpečnosti

Osobní a hmotná motivace i zodpovědnost managementu

Transparentní rozpočtová politika

Stanovení prioritních národních programů

Zpřehlednění a větší transparentnost dotačních titulů

Stanovení státních priorit a dodržování pravidel ekonomické racionality pro investiční dotační politiku

Využití možností strukturálních fondů EU

Zohlednění státní fiskální politiky



V tomto čísle odpovídají naši respondenti na tyto otázky:

1. Co soudíte o záměrech vlády v oblasti zdravotnictví?
2. Který z nich pokládáte za nejvíce sporný a proč?
3. Které změny by byly Vaší prioritou, kdybyste byl/a na místě ministra Julínka?



*MUDr. Džamila Stehlíková,
ministryně vlády ČR pro
oblast lidských práv a národ-
nostních menšin, SZ*

1. V oblasti zdravotnictví má tato vláda nesporně ambiciózní plány a je podle mého názoru bohužel první vládou od roku 1994, která chce dokázat něco pozitivního v oblasti řešení problémů zdravotnictví. Mám na mysli problematiku přerodu zdravotních pojišťoven na to, aby se skutečnými zdravotními pojišťovnami staly a aby se prozatímní pojištěnci stali klienty pojišťoven, kterým zdravotní pojišťovny něco garantují – jasně definovanou vymahatelnou péči v definované kvalitě, a nikoliv všeobjímající péči, která se smrkne na výrazný problém, když člověk péči skutečně potřebuje a nedisponuje znalostmi nebo jakoukoliv formou všimného. Budu velmi ráda, když dojde ke zlepšení pozice občana, nebo

chcete-li pacienta, který by se měl stát centrem dění ve zdravotnictví s respektovanými právy, a nikoliv pouhým objektem léčebně preventivní činnosti lékařů. Prozatímním centrem dění jsou lékaři a zdravotní pojišťovny, nikoliv pacienti.

2. Za nejspornější pokládám zavedení osobních účtů v oblasti zdravotnictví, protože zde vidím několik procedurálních rizik. Pokud tyto osobní účty budou součástí nějaké organické nabídky ze strany služeb zdravotních pojišťoven svým klientům, pak ano, ale jejich plošné zavedení mi přijde jako určitý samoúčelný krok. Kromě sporných kroků zde vidím ale také řadu rizik. Za velmi rizikové pokládám nemožnost pružné reakce vůči pochopitelné vzrůstající nespokojenosti lékařů a rigidní chování zdravotních pojišťoven v oblasti schopnosti výpočtu rizik a kvality vykázané péče. Naše zdravotní pojišťovny raději zaplatí komukoliv cokoliv, než aby si vybíraly opravdu kvalitní lékaře a zdravotnická zařízení a těm nabídly smlouvy, které obsahují určité výhodné bonifikace.

3. Mé priority: prosazujeme jasně legislativní zakotvení odborných a finančních vztahů v trojúhelníku, tvořeném poskytovatelem zdravotní péče, pacientem a financujícím subjektem (zdravotní pojišťovnou). Jde o garantovanou kvalitu a dostupnost zdravotní péče garantovanou pojišťovnami a motivaci občanů ke spotřebě zdravotní

péče. Lékaři a zdravotnická zařízení by prostřednictvím uzavřených smluv se zdravotními pojišťovnami měli být motivováni k poskytování kvalitních a rychlých služeb a měli by mít možnost pohybovat se v predikovatelném prostředí, a ne tak, že se koncem roku dozvědí, kolik jim zdravotní pojišťovny vlastně zaplatí. Pro své klienty by měly zdravotní pojišťovny nakupovat péči a současně jim dát na vědomí, kde a v jakém objemu jim péči nakupují. Rovněž podporuji vznik expertní komise pro zdravotnictví ke hledání konsenzu nutné reformy ve zdravotnictví napříč politickým spektrem.



*MUDr. Josef Janeček,
předseda odborné Zdravotnické komise KDU-ČSL*

1. Záměr vlády je významně posunut směrem k liberálnímu programu ODS. Důraz je kladen na snížení poptávky po zdravotní péči formou řady regulačních mechanismů. Vládní prohlášení

je přirozeně dosti obecné, takže záleží na způsobu, jakým bude naplněno. I když se do prohlášení podařilo prosadit pasáže s důrazem na prevenci, teprve vývoj ukáže, jak vážně bude se sliby naloženo.

2. Za spornou považují skutečnost, že je ve vládním prohlášení např. program na převedení zdravotních pojišťoven na akciové společnosti, přičemž se hovořilo o snaze umožnit pojišťovně i navyšování kapitálu zvenci. Proto mě překvapilo, že ačkoliv mi pan ministr Julínek sliboval, že od tohoto ustanovení bude upuštěno a ve vládním prohlášení nebude, tak se tam přesto objevilo. Stejně problematickou vidím snahu o zavedení povinných individuálních účtů, jejichž zavedení by znamenalo, že ze solidárního pojištění ubude přibližně třicet miliard korun.

3. Roky již prosazujeme kontrolu kvality a důraz na prevenci, akreditace zdravotnických zařízení, odbornou regulaci sítě zdravotnických zařízení, léčebné standardy. Každá pojišťovna totiž ví, že nejlepší je ta pojistná událost, která nenastane. Právě omezení výskytu pojistných událostí, tedy vzniku nemocí, představuje obrovskou ekonomickou rezervu v našem zdravotnictví. Jenom náklady na léčení nemocí vzniklých kouřením činí ročně více než třicet miliard korun. Je proto absurdní, že neděláme nic proti vysoké spotřebě cigaret a alkoholu, když přece víme, že by to prospělo jak zlepšení zdravotního stavu, tak finanční situaci v systému. Místo toho tu máme nové instituce, které sice zajistí řadu nových zajímavých postů, ale občanovi toho moc nepřinesou. Bohužel návrh zákona o síti zdravotnických zařízení, který podmínku

akreditací navrhoval, nesměl být na nátlak ODS před deseti lety projednáván, protože víra v tržní samoregulaci zdravotnictví, včetně vyselektování těch nej kvalitnějších, byla nezlomná. Pokud se tedy teprve pod tlakem události v havlíčkovobrodské nemocnici hovoří o potřebnosti akreditací, pak je to sice hezké, ale je smutné, že k tomu bylo potřeba tolika úmrtí.



doc. MUDr. Milada Emmerová, CSc., ministryně zdravotnictví v letech 2004–05

1. Pokud má být Julínkovo „desatero“ zveřejněním hlavních reformních záměrů, pak jsem zklamaná (MF Dnes 29. 1. 2007). Drtivá většina těchto opatření se týká jen „jiného způsobu financování narůstajících organizačních nepořádků v našem zdravotnictví“. Skutečnost, že pan ministr opět začíná „reformu“ z opačného konce, to už jsme zažili u jeho předchůdců v první polovině devadesátých let minulého století a od té doby se různými „úpravami“ ve financování zdravotnictví situace stále jen zhoršovala. Bohužel, ve vztahu k těm, pro které je celý systém vybudován, tj. ve vztahu

k občanům s poruchou zdraví. Nastolení koncepce, tj. strategie a taktiky k realizaci kvalitní, dostupné a efektivní zdravotní péče pro všechny občany České republiky, mi stále chybí, pokud se pan ministr neopře o „koncept“, přijatou vládou v době mého působení na MZd na jaře 2005. Teprve na tu navazovala „krátkodobá ekonomická opatření“, která byla seznamem nových položek na příjmové i výdajové stránce veřejného zdravotního pojištění s cílem neplýtvat financemi a nefrustrovat především nejpotřebnější občany hrozbami příplatků a poplatků.

2. Vadí mi všechny ty body, ve kterých lze vyčíst v řádcích i mezi nimi, že ve zdravotnictví má v plné míře zvítězit trh, a těch je drtivá většina; že se tímto způsobem bude budovat rozdílné zdravotnictví pro ty, kdo mají peníze, a pro ty, kteří jich nemají nazbyt, ačkoliv všichni přispívají do měšce zdravotního pojištění. Vadí mi, že se uplatňují trendy, hlásané takovými odborníky, kteří se zdravotnictvím neměli nikdy nic společného, ale „dokonale mu rozumí“. Nemají k tomu ani vzdělání, ani nezbytnou praktickou zkušenost zdravotníka a asi nikdy nebyli ani pacienti. Pripadá mi to zrovna takové, jako bych já oplývala tak patologickým sebevědomím, že bych hovořila například paní Drábové do provozu jaderné elektrárny Temelín. Divím se, že pan ministr Julínek tyto poradce poněkud neutřídí ve vlastním zájmu, tedy v zájmu především lékaře, kterému má záležet na důvěře občanů (lékařem totiž zůstane do smrti, ministrování má „jepičí život“).

3. Kromě výše řečeného bych intenzivně pokračovala ve spolupráci s hejtmany a jejich spo-

lupracovníky na krajských úřadech. Obecně zadaná a přijatá koncepce musí být závazná pro každý kraj, ale musí být také přihlíženo k jeho specifikům. Musí se zajistit adekvátní lůžková péče ve všech medicínských oborech, dostatečná kapacita primární péče a jejich důležitých nástrojů, například dostatku pracovníků v kategorii „domácí péče“, musí se nově vybudovat oddělení sociálně-zdravotních lůžek dle zákona o sociálních službách s jejich vícezdrojovým financováním, atd., atd. Rozhodně bych pozastavila takové aktivity, jako je prodej 11 nemocnic ve Středočeském kraji, které pak budou nenávratně chybět v jiných segmentech zdravotně-sociální péče v daném regionu.



*MUDr. Milan Šilhan,
bývalý předseda zdravotní
komise ČSSD*

1. Pokud za záměry vlády považujeme něco mezi (narychlo spíchnutou) koaliční dohodou a Julínkovými-Hroboňovými ideály, domnívám se, že v jejich současné podobě nedostanou poslaneckou podporu. Je zároveň nedobré, že se Julínek a jeho skupina neodhodlali předložit

veřejnosti něco jako „inventuru českého zdravotnictví a jeho financování“. Nejsem si ovšem jist tím, že to vůbec MZ umí. Uvádím to proto, že jakákoliv reforma zdravotnictví se musí o nějaký věcný a ekonomický základ opírat. Představa, že ekonomicko-organizační chaos vytrhne ojedinělý patientský příspěvek 20 či 50 Kč, je naivní. Nejsem si jist, co je víc ve hře: jestli nechápaní principů řízení veřejných zdravotních služeb, nebo jen jejich ideové odmítání.

2. Z Julínkovsko-hroboňovských návrhů je jeden spornější než druhý. Snad jen osobní účty jsou nedůvodně drahé a věcně zbytečné. Snad nikoho mimo účtující podvodníky neohrozí. Proč spoluúčast? Nebyla vysvětlena. Kdo dává J + H právo vychovávat pacienty? Je-li zdraví zásadně ovlivňováno životním stylem, neovlivní ho 20 či 50 Kč, ale intenzivní přesvědčovací program, který bude muset být patřičně zainvestován a musí se stát celonárodní politikou. Jistě bude v oblasti spoluúčasti uplatňován princip sociální klausule. Při použití evropského modelu v rámci veřejného pojištění může být výsledek zcela kontraproduktivní a spoluúčast výsledně ještě menší. Cesta k přetvoření veřejných zdravotních (neziskových) pojišťoven na pojišťovny „obchodní“ je chápána jako předprivatizační krok a nebude většinově podporována, i když se časově značně odsouvá. Nebude podporován ani model J + H propagovaného veřejného zdravotního pojištění, který láme méně i více viditelně principy pojištěnecké solidarity.

3. Současnému ministru Julínkovi jeho situaci v prvé řadě vůbec nezávídím. Musí, ať chce nebo nechce, dosavadní systém veřejného financování

zdravotnictví stabilizovat. Což nejde tím, že by ho ještě více svými doporučeními zchaotizoval. Doporučil bych mu začít s inventarizací toho, za co mu kompetenční zákon přisuzuje odpovědnost. Jenom tak se dostane k tomu, že bude moci závažné nedostatky současnosti i minulosti pojmenovat a pak začít s jejich vyrovnáváním. Bude to těžké, protože MZ nemá vlastní výzkumné pracoviště a jeho ekonomické útvary v minulosti nepřipravovaly podrobné analýzy toho, co se děje v českém zdravotnictví. Ročenky ÚZIS zásadními informacemi a jejich výkladem neoplývají. V ČR se sice na vládní úrovni připravovaly materiály o „stavu zdraví ČR“, ale již nebyly široce zveřejňovány a oponovány, ale hlavně MZ nemuselo předkládat vládě podrobné plány na zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva (a tyto plány se nestaly částmi vládních závazků). I ministr Julínek bude muset pokračovat v přípravě zákona o veřejných neziskových nemocnicích a o stanovování sítě potřebných zdravotních služeb, o které bude muset opírat kontrolu nákladů na veřejné zdravotní služby. V tomto směru se bude muset přiblížit veřejným financím ve zdravotnictví a jejich plánování, podobně jak činí Rakousko nebo Německo. Jestliže se bude nyní hovořit o „velkých mandatorních výdajích za státní pojištěnce“, bude muset zvažovat přestavbu zákona o pojistném a zákonem naopak posílit solidaritu systému, nikoliv učinit opak. Bude se muset věnovat problémům „korupce“ ve zdravotnictví (minimálně způsobem, jaký navrhoval pan doc. Ing. J. Vepřek). Jestliže bude ministr Julínek náchyl-

ný k tvorbě „spolupracujících odborných koncepčních komisí“, bude muset počítat s velkou kritikou a jen s malou šancí, že jeho představy o budoucnosti českého zdravotnictví projdou.



pplk. doc. MUDr. Miroslav Zavoral, PhD., přednosta Interní kliniky 1. LF UK a ÚVN Praha

1. Program resortu vedeného panem ministrem Julínkem, chcete-li jinak: cestovní mapa (dnes oblíbená formulace), tj: definice současného stavu – definice cíle – cesty a prostředků, jimiž chceme cílů dosáhnout. Definice strategických a taktických cílů a postupů. Bez toho považují diskusi za mlácení prázdné slámy. Toto vám řekne každý absolvent ekonomické fakulty – a pokud se nemýlím, nazývá se ten obor, jehož jsou takové postupy náplní, systémové inženýrství.

2. Také na ni nemůžete dát racionální odpověď, když neznáte cestovní mapu ministra zdravotnictví. Spíše bych si dovolil položit panu ministrovi otázku, za jak významnou hodnotu v české společnosti považuje sociální smír, a doufám, že si uvědomuje, že zdraví není zbožím, ale sta-

tek, který nelze ani koupit, ani ukrást.

3. Přesně to, co platí v medicíně od dob Aeskulapa a Galéna: „Primum non nocere“ – „Především neškodit“.

1. Nevím, jestli už je zřejmé, jaké má vláda záměry ve zdravotnictví. Je nepochybné, že pan ministr Julínek má snahu komunikovat s veřejností podstatně více než všichni jeho předchůdci. Považuji za správné, že ministerstvo chce ekonomickými nástroji snížit zájem občanů o nadbytečnou zdravotní péči a zároveň chce zastropovat zvyšování spoluúčasti, aby byla únosná pro sociálně slabší občany. Takže zlepšit informovanost a únosné zvyšování spoluúčasti vidím jako zřetelný trend vlády. Myslím si, že zásadní koncepční změny nejsou ještě zcela jasné, a to především proto, že složení poslanecké sněmovny nebude nakloněno razantním změnám.



Václav Krása, předseda Národní rady zdravotně postižených

2. Nevím, zda je to skutečný záměr pana ministra Julínka, ale představu, že by současné zdravotní pojišťovny prováděly také

komerční pojištění, považují za chybnou. Byly by zvýhodněny na trhu pojišťoven, protože by prostředky z veřejného zdravotního pojištění mohly být použity ke krytí ztrát z komerčního pojištění. Vím, že zneužívání prostředků z veřejného zdravotního pojištění lze v zákoně zakázat, je možné udělat všechny možné kontrolní mechanismy, aby se tak nedělo. Přesto v našem prostředí klientelismu, korupce a známostí to považují za příliš velké riziko.

3. Především bych se snažil ekonomickými nástroji snížit nadužívání zdravotní péče. Dále bych zrušil zařazení mezd zdravotnických pracovníků pod zákon o mzdě a platu a tím bych se zbavil politického tlaku zdravotnických pracovníků, protože napříště by mzdy byly záležitostí zdravotnických zařízení.



Lenka Petrášová, redaktorka MF Dnes

1. Je to konečně krok k reformám, o kterých dnes snad už nikdo nepochybuje, že je nutné je provést. A že to bude operace, která bude pacienty trochu „bolet“, je také jisté. Budeme muset sáhnout do kapsy o ně-

co hlouběji u lékařů i v lékárně a také budeme nuceni začít více přemýšlet o svém zdraví; což je proces, který také bolí. Jenže systém, který má druhou nejnižší spoluúčast pacientů na světě, do něhož jde zároveň zhruba tolik peněz, jako dávají jiné státy v přepočtu na procento HDP, takovou reformu nutně potřebuje. Dokonce si myslím, že by kroky ke změně měly být ještě razantnější.

2. Vzhledem k tomu, že pan ministr ještě nepředstavil svůj konkrétní plán, jak chce řídit zdravotnictví, a tak všechno, co se veřejnost dozvídá, jsou zatím jen střípky odvozené z dřívějších prohlášení Tomáše Julínka a jeho lidí, nebo z vládního programu, je zatím těžké říci, co je krokem vedle nebo co je diskutabilní. Ministr chce svůj jízdní řád českého zdravotnictví představit teprve 27. února, což je po uzavěrcce této ankety. Až pak bude možné říci: Takto ano, a tady toto raději ne, protože už to třeba zkoušeli jinde a neprokázalo se to jako účinné opatření.

Jestli ale je něco, co mi vadí, pak je to právě fakt, že Tomáš Julínek a jeho lidé jsou na ministerstvu už půl roku, ale o tom, co tam dělají, veřejnost moc neví. Oni totiž moc nevysvětlují. Jenže pokud se někdo chystá takto zasáhnout do dosavadního zdravotního systému, musí předstoupit před voliče a vysvětlovat, získat lidi na svou stranu nebo jim alespoň dát co nejpodrobnější informace o tom, co je čeká. A že to rozhodně není jen o dvacetikoruně za recept. Ale koneckonců i tu dvacetikorunu mi musí umět politik zdůvodnit, proč mi ji tahá z kapsy. Není možné se spolehnout na to, že v jeden den slavnostně před-

stoupím před národ a oznámím, co mám v plánu, a pak se s tím člověče nějak poper... Zatím mám bohužel pocit, že tuto práci – vysvětlovat lidem, proč jsou reformy nezbytné a že přinesou také řadu pozitivních věcí – dělají spíš nejružnější neziskové organizace, občanská sdružení včetně Občana, či novináři sami, jen ne politici. Přitom pan ministr pro mě trochu nepochopitelně veřejnost spíš chlácholí, že nejde o žádný velký třesk ve zdravotnictví a že nejde o žádnou revoluci. Ale jde. Na konci toho schodiště, na které chce Julínkův tým vystoupat, alespoň podle všech dosavadních prohlášení ministerstva týmu, je poměrně razantní proměna českého zdravotnictví. A politici by si ji měli před lidmi umět obhájit.

3. Definovat, co je standard. Co je péče, na kterou má každý nárok z běžného zdravotního pojištění a kterou dostane, ať se děje, co se děje. A co jsou věci, které jsou mimo to „nadstandardní“, na které se připlácí, nebo se na ně může člověk připojistit. Tedy že každý má například nárok na nový kyčelní kloub v takové a takové ceně. A pokud bude někdo chtít jiný, může si na něj připlatit. A ne jako dnes, kdy raději lidé položí lékaři na stůl tu obálku, aby lepší kloub dostali. Tak jako to už dávno funguje u zubařů: amalgámovou plombu dostane každý ze solidárního pojištění, bílou si musí zaplatit. Teprve od toho se může odvíjet všechno další. A také tím zničím ten dávno nepravdivý mýtus, že v Česku je zdravotní péče bezplatná. Zlegalizuje se tak to, co se už stejně děje, akorát z toho stát nic nemá a pacient na to zbytečně doplácí: že lékaři, například gynekologové, vybírají nejruž-

nější poplatky, na které nemají právo a maskují to darovacími smlouvami a sponzorskými dary od pacientů. Nebo si rovnou řeknou o úplatek. Je načase se změnit a říci, že v Česku zdravotnictví stejně jako nikde na světě zadarmo není.

Krokem číslo dva by mělo být zavedení skutečné konkurence mezi zdravotními pojišťovnami. Nikoli té pseudo-konkurence, která tady funguje, kdy směr udává VZP a ostatní pojišťovny jsou v podstatě zbytečné, protože se řídí tím, jak se chová VZP. Ať mi pojišťovna nabídne různé druhy pojištění, různé zdravotní plány. Ať o mě bojuje. Ať nasmlouvává péči pro mě u lékařů a zdravotnických zařízení a nebojí se říci: „Vaše nemocnice dělá operace očí třikrát draž než ta, co je o dvacet kilometrů dál, a ještě s většími komplikacemi u pacientů a s delší dobou léčení, čili to asi moc neumíte. Takže se nezlobte, ale my s vámi smlouvu neuzavřeme, to je pro naše pacienty nevýhodné...“ Samozřejmě to bez regulátora, bez dohledu nad pojišťovnami a bez mantinelů daných zákonem nejde. Mimochodem – příklad s třikrát dražší operací je úplně konkrétní a vyplynul z porovnávání podle DRG systému u nemocnic v Jihočeském kraji. Takže je vidět, že to jde, zjistit, jak která nemocnice které diagnózy léčí a s jakou efektivitou. Jen bohužel nikdo nemá odvahu říci nahlas, že je u nás více lůžek v nemocnicích, než je průměr EU, a že je tudíž třeba tuto nejdražší položku v celém balíku zdravotnické péče zredukovat. S čímž by si pojišťovny, pokud by byly donuceny ke skutečné konkurenci, také poradily.

1. V této chvíli je očividně největším zájmem ušetřit. Pouze škrtky ve zdravotnictví a sociálním systému umožní snižovat rozpočtový schodek ve chvíli, kdy se mají zároveň snižovat daně. Ministr zdravotnictví Julínek zřejmě na dílčí snížení příspěvku za státní pojištění přistoupí. Může za to získat podporu pro své reformní kroky, zvláště když přesvědčí ostatní ministry, že s jejich pomocí zaručí větší stabilitu pro veřejné finance. Vláda proto uvítá regulační poplatky u lékařů, výčet zdravotnických výkonů hrazených z veřejného pojištění i větší oddělení zdravotních pojišťoven od státního rozpočtu. Vláda může slyšet i na další plány, například zavedení modelu DRG, který má umožnit efektivnější provoz zdravotnických zařízení. Tento scénář se může uskutečnit, má však velkou slabinu, že ho podporuje nejvýš 102 poslanců ve sněmovně. Právě zdravotnictví

je přítom obor, kde se podobně jako v penzích mají reformy provádět se souhlasem napříč sněmovnou. Jinak může příští vláda většinu kroků zrušit a začít reformu nanovo.



*Petr Holub,
analytik Aktuálně.cz*

2. Zatím se zdá, že vláda nepřistoupí k nejvíc sporným krokům, jakým by bylo zavedení osobních účtů, které by vedlo především k nárůstu zbytečné administrativy. Nejistým experimentem může být převod zdravotních pojišťoven na formu akciových společností. Tento krok může

zjednodušit řízení pojišťoven, stejně jako to dokázal v případě některých nemocnic. Je to však jen nouzové řešení a nemělo by patřit ke klíčovým bodům chystané reformy. Není také jisté, jestli úsporná opatření skutečně nějaké úspory přinesou: především nová definice zdravotnických výkonů může naopak rozšířit obory placené z pojištění.

3. Rozhodně bych také musel změnit způsob kategorizace léků. Rychle je třeba především zavést poplatky u lékařů a odbourat automatické zvyšování příspěvků za státní pojištění. Dosud nejsou volby tak blízko, aby ministr nepopulární kroky nezkusil. Za nezbytný krok v této chvíli považují získat širokou podporu pro dohodu o tom, jakou právní formu mají mít zdravotní pojišťovny, do jaké míry by mohl do jejich provozu zasahovat stát a jak zaručit veřejnou kontrolu nad jejich dosud neprůhlednými financemi.



Sny pana ministra

čili co nefunguje v českém zdravotnictví

zjistíte mimo jiné na www.sdruzeniobcan.cz

Nadace

OPEN SOCIETY FUND PRAHA

o. s. Občan děkuje za podporu
Nadaci Open Society Fund Praha

Causa Občan

Jak se slučuje chystané zavádění poplatků za recept a za některé zdravotnické služby s naším ústavním právem na bezplatnou péči? Co se to na nás vlastně chystá? Předem děkuji za odpověď, Jan Kříž, Praha.

Asi nejviditelnější změnou bude zavedení regulačních poplatků. Za recept dvacetikoruna, na pohotovosti, u lékaře či za den pobytu v nemocnici padesátikoruna. Nejedná se o částky, které by odrážely skutečnou hodnotu poskytované služby, ta je samozřejmě mnohem vyšší. Tyto platby mají spíše za cíl odradit ty občany, kteří systém zneužívají; podle dostupných statistik má u nás být takových pacientů hodně; je-li to pravda, mohlo by toto opatření vést ke zkrácení front v čekárnách. Z právního hlediska je zajímavou otázkou, zda je zavedení těchto poplatků slučitelné s čl. 31 Listiny základních práv a svobod. Ten dává občanům právo na „bezplatnou péči na základě veřejného zdravotního pojištění“, přičemž bližší vymezení toho, na které služby se bezplatnost vztahuje, má stanovit zákon. Teoreticky by alespoň určitý základní seznam zákroků a léků měl zůstat bezplatným, nebude-li Listina změněna, k čemuž současné vládě chybí potřebná většina v Parlamentu.

Slovensko, kde podobné poplatky zavedli již před několika lety, s námi sdílí obdobné zakotvení ústavního práva na zdravotní péči, po rozdělení federace bylo toto právo v právních rádech obou států ponecháno beze změn. Otázka přípustnosti příplatků byla na Slovensku krátce po zavedení reforem, tedy již před několika lety, předložena tamnímu Ústavnímu soudu. Slovenská vláda jako navrhovatel zákona se hájí tvvrzením, že požadované poplatky jsou velmi nízké, a fakticky tedy přístupu k péči nebrání. Někteří soudci vyslovili o této tezi pochybnosti: logicky podle nich neexistuje nic jako větší či menší míra bezplatnosti, služba buďto je bezplatná, nebo není bezplatná. Většinové stanovisko soudu však nakonec vyznělo ve prospěch poplatků, avšak jen vzhledem k jejich výši a vzhledem k tomu, že existovaly určité mechanismy sociální pomoci pro ty z pacientů, pro které je i oněch padesát korun příliš mnoho a v přístupu k péči by jim bránilo. Lze tedy očekávat, že i český zákonodárce pro ty nejchudší a zároveň nejvíce nemocné pacienty vytvoří nějakou výjimku z této poplatkové povinnosti.

Vláda chce dále zavést limity na doplatky na léky a zdravotní péči, uvažuje se částce 3 000 korun za rok na léky nebo pět tisíc na léky a ostatní zdravotní pomůcky a další doplatky. Kdo dosáhne této hranice, již v daném roce platit nemusí. Vyskytly se názory, že pacient, který již zaplatil maximum, nebude dále motivován k úspornému chování, bude léky plýtvat a péči zneužívat. Objevily se i obavy z toho, že pacienti, kteří dočerpali roční limit, budou léky, které dostanou nadále zdarma, načerno poskytovat dál. Záleží na přesné právní úpravě, zda se tato rizika naplní.



**na dotazy čtenářů odpovídá
JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D.**

